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

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B. Sc., Ph.D. (cand.)

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
de doctorat en sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Gabriela Peguero-Rodriguez, Ottawa, Canada, 2024

Préface : Contributions des collaborateurs à la thèse

1. **Viola Polomeno, inf., Ph. D.**

   Professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

   - Viola Polomeno est la directrice de la thèse de doctorat. Elle a été impliquée tout au long du projet doctoral de sa conceptualisation jusqu'à la rédaction de la thèse. Elle a conseillé et guidé la candidate au doctorat (GPR) dans les différentes étapes menant à la réalisation de la thèse de doctorat. Elle a révisé, commenté, édité et approuvé tous les chapitres de la thèse.

2. **Michelle Lalonde, inf., Ph. D.**

   Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

   - Michelle Lalonde est la co-directrice de la thèse de doctorat. Elle a débuté son implication suivant la réalisation de l'examen synthèse de la candidate au doctorat (GPR). Elle a été impliquée tout au long du projet du développement de la proposition de recherche jusqu'à la rédaction de la thèse. Elle a conseillé et guidé la candidate au doctorat (GPR) dans les différentes étapes menant à la réalisation de la thèse de doctorat. Elle a révisé, commenté, édité et approuvé tous les chapitres de la thèse.

3. **Chantal Backman, inf., Ph. D.**

   Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

   - Chantal Backman est membre du comité de thèse. Elle a guidé, révisé et approuvé la proposition de recherche initiale. Par la suite, tout au long du parcours doctoral, elle a été mise à jour périodiquement des différents développements. Elle a révisé, édité, approuvé les trois articles qui composent cette thèse de doctorat et c'est la raison pour laquelle elle se trouve parmi les co-auteures de ces articles. Elle a également révisé et offert une rétroaction sur les autres chapitres de la thèse.

4. **Julie Chartrand, inf., Ph. D.**

   Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

   - Julie Chartrand est membre du comité de thèse. Elle a guidé, révisé et approuvé la proposition de recherche initiale. Par la suite, tout au long du parcours doctoral, elle a été mise à jour périodiquement des différents développements. Elle a révisé, édité, approuvé les trois articles qui composent cette thèse de doctorat et c'est la raison pour laquelle elle se trouve parmi les co-auteures de ces articles. Elle a également révisé et offert une rétroaction sur les autres chapitres de la thèse.

Résumé de la thèse

Contexte : La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence présente plusieurs lacunes, dont l'intégration des personnes proches aidantes (PPA). Le personnel infirmier joue un rôle important lors de ces transitions.

But : Mener une analyse multidimensionnelle de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence en tenant compte de l'état actuel de la littérature, des perceptions des PPA et du personnel infirmier et cadre.

Cadre théorique : La théorie des transitions et la théorie des systèmes.

Méthodologie : Utilisant une approche multiméthode, la thèse se divise en trois parties : 1) examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence; 2) étude à devis mixte concomitant à prédominance qualitative auprès de PPA ayant accompagné leur aîné lors d'une transition entre un ÉSLD et l'urgence; et 3) étude à devis mixte séquentiel explicatif auprès du personnel infirmier et du personnel cadre des milieux des ÉSLD et de l'urgence.

Résultats : *Partie 1* – Après l'analyse de 19 articles scientifiques, la transition vers l'urgence est caractérisée de multiphasique et de multifactorielle dans laquelle les familles d'aînés jouent un rôle important. *Partie 2* – Les résultats indiquent que les PPA (n = 12) ont des perceptions négatives face à la transition. Les dix thèmes développés, regroupés sous quatre thèmes globaux, représentent notamment les préoccupations des PPA et leurs rôles joués durant la transition. *Partie 3* – Le personnel infirmier (n = 38) des ÉSLD et de l'urgence partage des perceptions similaires et considère que cette transition se déroule inefficacement. Suivant les entrevues avec le personnel cadre (n = 7), les quatre thèmes développés témoignent des limites des ÉSLD et du transfert de l'information, ainsi que des répercussions d'un séjour à l'urgence et de la contribution des PPA.

Conclusion : La transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence est multiphasique et multifactorielle. Durant cette transition, les PPA jouent plusieurs rôles essentiels, mais leur expertise et leurs besoins ne sont pas toujours reconnus, soulignant l'importance d'adopter une approche bientraitante à leur égard.

Thesis Abstract

Context: The transition of older adults from long-term care facilities (LTCFs) to the emergency department (ED) has several gaps, including the integration of caregivers. Nurses play an important role in these transitions.

Purpose: To conduct a multidimensional analysis of the transition of older adults from LTCFs to the ED by considering the current state of the literature, caregivers' perceptions, and those of nursing and management staff.

Theoretical Framework: Transitions theory and systems theory.

Methods: Using a multimethod approach, the thesis is divided into three parts: 1) a scoping review of the experiences of families accompanying an older adult to the ED; 2) a convergent mixed methods study with a predominant qualitative component of caregivers who accompanied their older adult during a transition from a LTCF to the ED; and 3) an explanatory sequential mixed methods study with nurses and managers in LTCF and ED settings.

Results: *Part 1* – After the analysis of 19 scientific articles, the transition to the ED is considered multiphasic and multifactorial, in which the families of older adults play an important role. *Part 2* – The results indicate that caregivers (n = 12) have negative perceptions of this transition. The ten themes developed, grouped under four overarching themes, represent caregivers' concerns and their roles during this transition. *Part 3* – The nursing staff (n = 38) from the LTCFs and the ED share similar perceptions and view that the management of this transition is ineffective. Following the interviews with the management staff (n = 7), the four themes developed reflect the limitations of the LTCFs and information transfer, as well as the impact of a stay in the ED and the contribution of caregivers.

Conclusion: The transition of older adults and their caregivers from LTCFs to the ED is multiphasic and multifactorial. During this transition, caregivers play several important roles, but their expertise and needs are not always recognized. An approach based on caring towards the caregivers is recommended.

Remerciements

Ouf ! Quelle aventure! En écrivant ces mots, j'ai peine à croire que je suis venu à « bout » de ce parcours qu'est le doctorat. Il y a justement plusieurs personnes à remercier qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de ce périple.

Tout d'abord, mes sincères remerciements vont à ma directrice de thèse, Viola Polomeno, et à ma co-directrice de thèse, Michelle Lalonde.

Viola, les mots ne peuvent pas représenter tout ce que tu as fait pour moi… ton écoute, ta disponibilité, tes conseils…. Ils ont été des phares dans les moments plus difficiles et des guides dans les moments de doute. Je peux dire que ta rencontre a changé ma vie professionnelle, mais également qui je suis devenue comme personne. Depuis notre première rencontre en 2015, tu as été bien plus qu'une mentor : tu as été une source inestimable de soutien, de sagesse et d'inspiration. Ta perspicacité et ta générosité d'esprit m'ont accompagnée tout au long de mon cheminement professionnel. Grâce à toi, j'ai pu évoluer et m'épanouir non seulement comme chercheure, mais également comme femme. Ton soutien continuel m'a permis de traverser les différentes étapes du parcours doctoral avec une confiance renouvelée à chacune de ces étapes. Merci d'avoir cru en moi dès le début et pour tous tes encouragements. Ta foi en mes capacités m'a donné la force de persévérer et de réussir. Je t'en serai éternellement reconnaissante.

Michelle, ta contribution a été tout à fait complémentaire à celle de Viola. Ton écoute attentive, tes conseils avisés, et les rires partagés ont été des éléments précieux dans mon parcours. Tes interventions, toujours pertinentes et bienveillantes, ont apporté une dimension supplémentaire à mon expérience. Merci pour ton soutien indéfectible et pour avoir enrichi mon cheminement professionnel et personnel de manière si significative.

Ce fut un plaisir de travailler avec vous mesdames, je me sens chérie d'avoir été dirigée par des femmes telles que vous!

Merci à mon comité de thèse, Julie Chartrand et Chantal Backman, qui sont présentes depuis les balbutiements de ce projet doctoral. Merci pour vos précieux conseils et votre engagement.

Merci du fond du cœur à toutes les personnes qui ont participé à ce projet de recherche doctorale. Sans votre précieuse contribution, ce doctorat n'aurait jamais pu voir le jour. Chaque témoignage, chaque question répondue ont joué un rôle crucial dans l'avancement de ce projet. Je suis profondément reconnaissante pour votre engagement et votre collaboration qui ont permis de donner vie à cette étude.

Merci aux différents organismes qui ont soutenu financièrement mes études doctorales, dont la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, le régime de bourses d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO), l'Université d'Ottawa et le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec.

Merci à mes « tomateuses » (vous savez qui vous êtes)! Vous étiez là au quotidien et j'avoue que dans les derniers milles chaque « tomate » a été essentielle. Merci d'avoir été ma motivation quotidienne, merci pour votre camaraderie, vous étiez mon groupe de soutien.

Merci à ma mère, Gina Rodriguez, pour sa confiance inébranlable en mes capacités. Dès mon plus jeune âge, elle a été mon plus grand soutien, m'encourageant dans tous mes projets, aussi fous soient-ils, y compris celui d'entreprendre un doctorat. Ta foi en moi m'a donné la force de poursuivre mes rêves et de surmonter les défis. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi à travers les années qui m'ont permis d'être là où je suis aujourd'hui.

Merci à ma belle-mère, Sonia Gendron, et mon beau-père, Christian Pearson, pour leur soutien et leurs prières. Vos paroles rassurantes et votre présence chaleureuse ont été une source inestimable de réconfort, surtout dans les périodes où j'avais besoin de repos. Merci de m'accueillir

dans votre famille, votre bienveillance et votre générosité font de votre demeure un lieu de paix et de répit (fort nécessaire durant ce parcours doctoral!).

Merci à mon fils, Raphaël Rodriguez-Pearson, qui a vu le jour pendant ce doctorat! Merci, Raphi, pour ta bonne humeur, tes sourires contagieux, ta curiosité et ta compréhension quand maman devait aller travailler dans son bureau, même les samedis ensoleillés. Sans que tu le saches, ta présence m'a motivée à poursuivre et à demeurer concentrée. Même si un jour à la hauteur de tes 4 ans, tu m'as demandé : « c'est quoi un doctorat », et que je t'ai répondu : « ne fais jamais ça! », sache que maman ne le pensait pas vraiment. Faire un doctorat peut être une aventure magnifique … surtout quand tu es rendu à l'étape de rédiger les remerciements!

Enfin, je ne peux terminer mes remerciements, sans exprimer toute ma gratitude à mon mari, Marc-Antoine Pearson. Comment te dire à quel point je suis reconnaissante pour ton soutien inconditionnel, ta compréhension, ton amour et tes encouragements constants? Ta confiance inébranlable en mes capacités (parfois surestimées!) m'a permis de me concentrer sur mon doctorat sans aucune préoccupation. Tu as su prendre en charge notre famille et, bien malgré moi, à mettre tes propres besoins de côté, afin de m'offrir un environnement propice à la réalisation de mes études. Pour cela, je t'en serai éternellement reconnaissante. Nous nous sommes connus lorsque je terminais mon DEC en soins infirmiers et tu es toujours là, à mes côtés, à la fin de mon doctorat en sciences infirmières. Merci d'avoir été un pilier de soutien tout au long de ce parcours. Si j'ai pu mener à bien ce doctorat, il y a beaucoup de « toi » là-dedans. Je ne possède hélas pas les autorisations nécessaires pour décerner des doctorats honorifiques, mais sache que ce doctorat est aussi le tien, Marc-Antoine, ton doctorat honorifique!

On compare souvent le doctorat à un marathon. Ceux qui me connaissent savent très bien à quel point je ne suis PAS sportive. Alors, je vous annonce que ce sera mon seul et unique marathon, mais quel marathon cela aura été! Ce parcours a exigé une endurance mentale et émotionnelle que

je n’aurais jamais cru posséder. Bien que je n’aie jamais été attirée par les sports d’endurance (ou les sports en général !), ce marathon académique m’a permis de découvrir des forces insoupçonnées en moi-même. À travers les hauts et les bas, j’ai appris à persévérer, à m’adapter et à trouver de la joie dans les petites victoires. Alors oui, ce sera mon seul marathon, mais il restera l'un des accomplissements les plus marquants et gratifiants de ma vie.

Table des matières

Préface : Contributions des collaborateurs à la thèse ..... **ii**
Résumé de la thèse ..... **iv**
Thesis Abstract ..... **vi**
Remerciements ..... **viii**
Table des matières ..... **xii**
Liste des tableaux ..... **xvii**
Liste des figures ..... **xviii**
Liste des abréviations, sigles et acronymes ..... **xix**
Glossaire ..... **xxi**
Références xxvi

Chapitre 1. Introduction **1**
Problématique de recherche 1
Contexte *1*
Constats *8*
But, objectifs et questions de recherche 9
Structure et contenu de la thèse doctorale 10
Références 15

Chapitre 2. Cadre théorique **19**
La théorie des transitions 19
Postulats théoriques *21*
Description théorique *22*
Justification du choix de la théorie des transitions *28*
La théorie des systèmes 29
Description théorique *30*
Justification de l'utilisation de la théorie des systèmes *33*
Synthèse du chapitre 34
Références 35

Chapitre 3. Recension des écrits **38**
Méthode de recension des écrits 39
Facteurs influençant le processus décisionnel menant à la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence 40
1. Présence et la qualité des soins infirmiers à l'ÉSLD *40*
2. Disponibilité et l'accès à un médecin ou à une IPS *43*
3. Communication entre les professionnels de la santé de l'ÉSLD *45*
4. Ressources matérielles au sein de l'ÉSLD *47*
5. Perceptions des aînés hébergés et de leur famille quant aux soins offerts à l'ÉSLD *47*
6. Caractéristiques et préférences des aînés hébergés *50*
Synthèse des facteurs *52*
Transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence 53
Importance du transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence *54*
Lacunes associées au transfert de l'information des ÉLSD vers l'urgence *55*
Conséquences d'un transfert inadéquat de l'information des ÉSLD vers l'urgence *56*
Recommandations pour un transfert adéquat de l'information des ÉSLD vers l'urgence *57*
Synthèse *58*

Initiatives pour diminuer ou améliorer la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence.....59
Initiatives pour améliorer les transitions.....*59*
Initiatives pour diminuer le nombre de transitions.....*60*
Article n° 1 – Examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence.....64
Abstract.....*66*
Implications for Emergency Nursing.....*67*
1. Introduction.....*67*
2. Methodology.....*69*
3. Results.....*74*
4. Discussion.....*94*
5. Implications for research.....*96*
6. Implications for Emergency Nurses.....*96*
7. Strengths and Limitations.....*97*
8. Conclusion.....*97*
9. References.....*98*
Synthèse du chapitre.....102
Références.....104

Chapitre 4. Méthodologie.....108
Position paradigmatique.....108
Ontologie.....*110*
Épistémologie.....*111*
Méthodologie.....*112*
Article n° 1 – Examen de la portée.....113
Type de recherche.....*114*
Étape 1 : identification de la question de recherche.....*116*
Étape 2 : identification des études pertinentes.....*118*
Étape 3 : sélection des études.....*121*
Étape 4 : extraction des données.....*122*
Étape 5 : collecte, résumé et présentation des résultats.....*122*
Article n° 2 – Personnes proches aidantes (PPA).....125
Type de recherche.....*125*
Devis de recherche.....*130*
Population à l'étude et stratégies d'échantillonnage.....*132*
Milieu d'étude et recrutement.....*135*
Méthodes de collecte de données.....*139*
Déroulement de l'étude.....*152*
Plan d'analyse des données.....*156*
Critères de rigueur.....*166*
Article n° 3 – Personnel infirmier et personnel cadre.....171
Type de recherche.....*171*
Devis de recherche.....*172*
Population à l'étude et stratégies d'échantillonnage.....*173*
Milieu d'étude et recrutement.....*179*
Méthodes de collecte de données.....*181*
Déroulement de l'étude.....*189*
Plan d'analyse des données.....*191*
Critères de rigueur.....*196*
Considérations éthiques.....200
Consentement libre et éclairé.....*201*

Confidentialité et conservation des données *205*
Avantages et risques *206*
Modifications au protocole de recherche *206*
Synthèse du chapitre 209
Références 210

Chapitre 5. Résultats 222
Article n° 2 - Perceptions de personnes proches aidantes 223
Résumé 224
Abstract 225
Introduction 226
Objectif et questions de recherche 227
Méthodologie 227
Type et devis de recherche *227*
Population et échantillon à l'étude *228*
Collecte de données 228
Collecte de données qualitatives *229*
Collecte de données quantitatives *229*
Analyse des données 230
Analyse qualitative *230*
Analyse quantitative *233*
Analyse mixte (point d'intégration) *233*
Considérations éthiques 233
Résultats 233
Profil sociodémographique *233*
Résultats qualitatifs *234*
Thème global 1. Phase pré – urgence : là où tout débute *237*
Thème global 2. Phase per – urgence : là où tout prend forme *239*
Thème global 3. Phase post-urgence : là où tout se conclut ou se complique *241*
Thème global 4. Rôles des PPA auprès de l'aîné : là où tout prend son sens *243*
Résultats quantitatifs *245*
Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs *247*
Discussion 251
Limites *257*
Conclusion 258
Références 261
Article n° 3 - Perceptions du personnel infirmier et cadre 265
Résumé 266
Abstract 267
Introduction 268
Objectif et questions de recherche 271
Méthodologie 271
Type et devis de recherche *271*
Population et échantillon à l'étude *272*
Collecte de données *275*
Analyse des données 277
Phase 1 – Quantitative *277*
Phase 2 – Qualitative *278*
Analyse mixte (point d'intégration) *279*
Considérations éthiques *279*
Résultats 279

Phase 1. Résultats quantitatifs.....*279*
Phase 2. Résultats qualitatifs.....*289*
Thème 1. Les limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici ».....*291*
Thème 2. Le transfert de l'information : processus « pas très très fluide ».....*296*
Thème 3. Les répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (…) c'est beaucoup pour eux ».....*299*
Thème 4. Les PPA : « on a besoin (d'elles), puis (elles) ont besoin de nous ».....*302*
Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs.....*304*
Discussion.....309
Limites.....*318*
Conclusion.....318
Appendice - Données supplémentaires.....320
Références.....324

Chapitre 6. Discussion intégrée.....329
Synthèse des résultats de la thèse doctorale.....329
Partie 1 – Examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence.....*329*
Partie 2 – Étude à devis mixte concomitant auprès de PPA d'aînés qui ont vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence.....*330*
Partie 3 – Étude à devis mixte séquentiel explicatif auprès du personnel infirmier et cadre quant à leurs perceptions sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence.....*331*
Résultats de la thèse dans le contexte de la littérature.....333
Transition multiphasique et multifactorielle.....*333*
Proche aidance : besoin de bientraitance et de reconnaissance.....*341*
Retour sur le cadre théorique.....*349*
Implications pour les sciences infirmières.....358
Implications pour la formation en sciences infirmières.....*358*
Implications pour la pratique infirmière.....*361*
Implications pour les politiques en santé.....*368*
Implications pour la recherche et la théorie.....*370*
Forces et limites.....372
Forces.....*372*
Limites.....*375*
Conclusion.....377
Références.....379

Annexe A : Recension des écrits parue dans la revue *Soins d'urgence*.....387
Annexe B : Stratégies de recherche effectuées dans les bases de données pour l'examen de la portée (AgeLine, CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Database, PsycINFO, Scopus).....397
Annexe C : Affiche de recrutement pour les PPA.....402
Annexe D : Gabarits de courriel - Demande de collaboration afin de favoriser le recrutement des PPA.....403
Annexe E : Lettre d'information pour les PPA.....406
Annexe F : Guide d'entrevue des PPA.....408
Annexe G : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu du guide d'entrevue pour les PPA.....414
Annexe H : Formulaire d'évaluation du guide d'entrevue par les PPA (prétest).....425
Annexe I : Formulaire de consentement et questionnaire en ligne pour les PPA.....427
Annexe J : Autorisation des auteurs pour l'utilisation des instruments de mesure.....457

Annexe K : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu pour le questionnaire en ligne pour les PPA 460
Annexe L : Formulaire d'évaluation du questionnaire en ligne par les PPA (prétest) 465
Annexe M : Formulaire de consentement pour les PPA (portion entrevue) 467
Annexe N : Demande d'accès à l'information au CISSS de l'Outaouais 472
Annexe O : Affiches de recrutement pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences 474
Annexe P : Gabarits de courriel pour le recrutement du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences 476
Annexe Q : Gabarit des courriels d'invitation pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences 485
Annexe R : Lettre d'information pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences 489
Annexe S : Formulaire de consentement et questionnaire en ligne pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences 491
Annexe T : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu du questionnaire pour le personnel infirmier des ÉSLD 532
Annexe U: Formulaire d'évaluation du questionnaire en ligne pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences (prétest) 546
Annexe V : Guide d'entrevue pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences 548
Annexe W : Formulaire de consentement et questionnaire sociodémographique pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences 556
Annexe X : Formulaire de consentement pour l'entrevue destiné au personnel cadre des ÉSLD et des urgences 568
Annexe Y : Certificats éthiques (Université d'Ottawa, CISSS de l'Outaouais et UQO) 573
Annexe Z : Certificat d'accomplissement EPTC 2 579
Annexe AA : Lettre destinée aux examinateurs externes par la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa 580
Annexe BB : Approbations éthiques suivant les modifications au protocole de recherche (Université d'Ottawa, CISSS de l'Outaouais et UQO) 582

Liste des tableaux

Tableau 1.1 *Questions de recherche et la méthodologie associée pour les trois parties de la thèse doctorale* 12

Tableau 1.2 *Structure et contenu de la thèse doctorale sous forme d'articles* 13

Tableau 4.1 *Stratégies utilisées auprès des sources de recrutement et ses retombées - Partie 2 de l'étude de recherche doctorale* 138

Tableau 4.2 *Critères de rigueur pour les méthodes mixtes de recherche et les moyens employés - Partie 2 de l'étude de recherche doctorale* 170

Tableau 4.3 *Critères de rigueur pour les méthodes mixtes de recherche et les moyens employés - Partie 3 de l'étude de recherche doctorale* 199

Tableau 4.4 *Considérations éthiques reliées aux parties 2 (PPA) et 3 (personnel infirmier et cadre) du projet de recherche doctorale* 202

Tableau 4.5 *Critères d'inclusion modifiés au protocole de recherche pour la partie 2 (PPA)* 207

Tableau 4.6 *Critères d'inclusion modifiés au protocole de recherche pour la partie 3 (personnel infirmier)* 208

Tableau 6.1 *Facteurs influençant la transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence et communément identifiés dans les trois parties du projet de recherche doctorale* 335

Liste des figures

Figure 2.1 *Représentation visuelle de la théorie des transitions de Meleis et al. (2000)* 24

Figure 4.1 *Devis mixte concomitant (QUAL + quan)* 132

Figure 4.2 *Diagramme du devis mixte concomitant utilisé* 165

Figure 4.3 *Devis séquentiel explicatif (QUAN → qual)* 173

Figure 4.4 *Équation pour déterminer la taille d'un échantillon significatif* 175

Figure 6.1 *Représentation visuelle théorique de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence* 356

Liste des abréviations, sigles et acronymes

CAMI : Caregivers' Assessment Management Index

CÉR : Comité d'éthique de la recherche

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

DERUR : Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche

DSAPA : Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées

DSI : Direction des soins infirmiers

ÉQRI : Échelle de la qualité des relations interpersonnelles

ÉSLD : Établissement de soins de longue durée

É.T. : Écart-type

ICS : Infirmière clinicienne spécialisée

IP ou IPS : Infirmière praticienne ou infirmière praticienne spécialisée

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MMR : Méthodes mixtes de recherche

MRC : Municipalité régionale de comté

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OBNL : Organisme à but non lucratif

PCS : Prepardness Caregiver Scale

PNPPA : Politique nationale pour les personnes proches aidantes

PPA : Personne proche aidante

QUAL ou qual : Données ou résultats qualitatifs

QUAN ou quan : Données ou résultats quantitatifs

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RI : Ressources intermédiaires

RPA : Résidences privées pour aînés

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

RTF : Ressource de type familial

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

UQO : Université du Québec en Outaouais

$\overline{X}$ **:** Moyenne

ZBI-12 : Inventaire bref du fardeau

Glossaire

Aîné ou personne âgée : Toute personne âgée de plus de 65 ans (Office québécois de la langue française, 2023).

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Selon l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la mission d'un CHSLD est d':

> offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ S-4.2, art. 83).

Les résidents des CHSLD nécessitent généralement plus de trois heures de soin par jour.

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS): Établissements qui proviennent de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire et de l'agence de la santé et des services sociaux. Ils assurent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire (Gouvernement du Québec, 2018). Les CISSS ou CIUSSS comprennent notamment les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres hospitaliers (CH), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et les centres de réadaptation (CR).

CHSLD public : Financé par les fonds publics et administré par les CISSS et CIUSSS. Les CHSLD publics font partie du réseau public de la santé et des services sociaux. Le coût d'hébergement est établi par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2021).

CHSLD privé conventionné : Financé par les fonds publics et administré par un particulier ou une entité privée qui est en est propriétaire et qui doit détenir un permis délivré par le MSSS. Le coût d'hébergement est établi par la RAMQ (CSBE, 2021).

Établissement de soins de longue durée (ÉSLD) : Afin d'alléger la thèse, le terme « ÉSLD » sera privilégié et comprendra les CHSLD, les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). Les termes spécifiques seront toutefois utilisés si le contexte le requiert.

Personne proche aidante (PPA) : Dans la Politique nationale pour les personnes proches aidants du Gouvernement du Québec, les PPA sont définit comme étant :

> Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux

> domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également entraîner des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021a, p. 25).

Personnel cadre : Cela inclut les personnes détenant les positions suivantes soit dans les urgences ou dans les ÉSLD : infirmière de liaison, conseillères en soins infirmiers, conseillères cadre en soins infirmiers et chefs d'unités.

Personnel infirmier : Cela comprend les infirmières et les infirmiers, les infirmières cliniciennes et les infirmiers cliniciens, ainsi que les infirmières et infirmiers auxiliaires.

Résidence privée pour aînés (RPA): Dans la LSSSS, on retrouve la définition suivante :

> Aux fins de la présente loi, est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode (…) (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ S-4.2, art. 346.0.1).

Sa gestion se fait par un propriétaire privé et celle-ci n'est pas subventionnée par le MSSS. Les RPA doivent obtenir une certification d'un CISSS ou CIUSSS afin de témoigner de sa conformité au Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (CSBE, 2021).

Ressources intermédiaires (RI) :

Selon l'article 302 de la LSSSS :

> est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition (…). (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ S-4.2, art. 302)

Les RI sont des entreprises privées avec ou sans but lucratif liée par une entente exclusive avec un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, soit un CISSS ou un CIUSSS qui s'assure de la qualité des services et des soins offerts (CSBE, 2021). Les RI sont financées par les fonds publics et le coût d'hébergement est déterminé par la RAMQ. Les RI accueillent plusieurs types de clientèles, dont les aînés en perte d'autonomie légère à modérée, les personnes ayant des troubles de santé mentale ou atteintes d'une déficience intellectuelle ou physique (CSBE, 2021).

Ressources de type familial (RTF) : Les RTF se composent de familles d'accueil et de résidences d'accueil. Selon l'article 312 de la LSSS, les RTF se définissent ainsi :

> […] Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées

> qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible à celles d'un milieu naturel » (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ S-4.2, art. 312).

Les RTF sont financés par les fonds publics et le coût d'hébergement est déterminé par la RAMQ.

Transfert : Il implique le déplacement d'une personne vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, interétablissements, intra-établissement, etc.) (MSSS, 2021b).

Transition : Processus qui implique le passage d'un état, d'une condition, ou d'une place à un autre. Elle est déclenchée par un changement et crée une période de vulnérabilité où les risques pour la santé sont plus élevés. D'ailleurs, plusieurs types de transition existent, soit les transitions développementales, situationnelles, santé/maladie et organisationnelles (Meleis et al., 2000).

Urgence : Un département d'un centre hospitalier qui offre des services médicaux continus et qui possède une technologie diagnostique et thérapeutique, ainsi que des lits d'hospitalisation. Les services y sont offerts 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux personnes requérant des soins et des services urgents (MSSS, 2022).

Références

Commissaire à la santé et au bien-être. (2021, 2 septembre). *Portrait : les milieux de vie pour aînés au Québec*. Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/portrait-milieux-de-vie-aines-quebec.html

Gouvernement du Québec. (2018, 18 avril). *Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/cisss-et-ciusss

Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ S-4.2. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2

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 nº 21-835-01W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b). *Niveaux d'interventions médicales (NIM): PARLONS-EN dans le contexte de la pandémie de COVID-19* (Publication nº 20-210-395W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002933

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Guide de gestion des urgence*s (Publication nº 22-905-02W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003105/

Office québécois de la langue française. (2023). Personne âgée. Dans *Le grand dictionnaire terminologique*. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17049404/personne-agee

Chapitre 1. Introduction

La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence est le sujet à l'étude de cette doctorale. Ce chapitre présente la problématique de recherche, le but, les objectifs, les questions de recherche ainsi que la structure de la présente thèse sous forme d'articles.

Problématique de recherche

Contexte

Les personnes de plus de 65 ans représentent près de 19 % de la population canadienne et 20 % de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2023; Statistique Canada, 2024). Selon les projections, cette tendance devrait perdurer au cours des prochaines décennies avec une augmentation de la population âgée à la hauteur de 26 % d'ici 2041 au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2023). Ces changements démographiques entraîneront notamment une augmentation des coûts en santé. Au Canada, il est estimé qu'en 2026-2027, les coûts en santé liés au vieillissement de la population atteindront annuellement 19 milliards de dollars (Association médicale canadienne, 2018). D'ailleurs, les répercussions relatives au vieillissement de la population se manifestent déjà de manière tangible. Par exemple, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017) a constaté, au cours des dernières années, une augmentation du nombre de visites dans les urgences du Québec, principalement observée dans la tranche d'âge des plus de 65 ans. Déjà, une forte corrélation émerge entre l'augmentation du nombre de personnes âgées et la hausse des visites de cette population à l'urgence (CBSE, 2017). Il est également constaté qu'en plus d'une hausse des visites à l'urgence par la clientèle âgée, leurs cas sont jugés comme étant plus complexes et urgents (CSBE, 2017).

Par ailleurs, cet accroissement constant de la population vieillissante suggère également une augmentation des admissions des aînés dans les ÉSLD. Actuellement, au Canada, 6,8 % des personnes de plus de 65 ans demeurent dans un ÉSLD, et ce taux s'élève à 30 % chez les 85 ans et plus (Garner et al., 2018). Au Québec, c'est plus de 60 000 personnes qui résident dans des ÉSLD du réseau public (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022), et 17 % de la population québécoise âgée de plus de 75 ans qui vit dans une résidence privée pour aînés (RPA) (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2021). La littérature scientifique soutient toutefois que les aînés demeurant dans les ÉSLD visitent plus fréquemment les urgences que les aînés de la communauté (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Gruneir et al., 2011). Selon Brucksch et al. (2018), entre 29 et 62 % des aînés demeurant dans un ÉSLD visiteraient l'urgence au moins une fois par année. Il convient de noter que ces aînés présentent plusieurs antécédents de santé et des comorbidités qui les rendent vulnérables aux différentes problématiques de santé (Arendts et al., 2013; Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Peguero-Rodriguez et al., 2021). Ils nécessitent donc des services de santé diversifiés et dépendent à des degrés variés de leur personne proche aidante (PPA) et du personnel soignant, incluant le personnel infirmier, pour répondre à leurs besoins de la vie quotidienne (Arendts et al., 2013; Dwyer et al., 2014; Peguero-Rodriguez et al., 2021). Pourtant, les ressources offertes dans les ÉSLD ne répondent pas toujours à leurs besoins, notamment lorsque leur santé se détériore, ce qui entraîne souvent un transfert vers l'urgence (Arendts et al., 2013; Brucksch et al., 2018; Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2015; Peguero-Rodriguez et al., 2021; Stephens et al., 2015). En effet, ces aînés n'ont pas toujours accès, au sein même des ÉSLD, à des soins de première ligne permettant de formuler un diagnostic ou encore d'intervenir lors de l'apparition d'une nouvelle condition ou d'une exacerbation d'une condition chronique préexistante (Dwyer et al., 2014;

Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2015; Stephens et al., 2020; Stephens et al., 2015; Trahan et al., 2016).

Processus décisionnel menant à la transition vers l'urgence. Le processus décisionnel derrière la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est complexe. Plusieurs auteurs ont relevé de nombreux facteurs l'influençant, dont : 1) la présence et la qualité des soins infirmiers; 2) la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS); 3) la communication et la collaboration entre les professionnels de la santé de l'ÉSLD; 4) les ressources matérielles ou les services présents au sein de l'ÉSLD (p. ex. laboratoire, radiologie, électrocardiogramme); 5) les perceptions des soins offerts à l'ÉSLD par les aînés hébergés et leur famille; et 6) les préférences des aînés et des familles à l'égard des soins souhaités (Abrahamson et al., 2016; Dallaire et al., 2018; Laging et al., 2014; Robinson et al., 2012; Stephens et al., 2020; Stephens et al., 2015; Stokoe et al., 2016; Trahan et al., 2016).

Portrait clinique des aînés hébergés transférés et durée de séjour à l'urgence. Selon la littérature scientifique, les aînés qui sont transférés des ÉSLD vers l'urgence sont âgés de 70 à 90 ans, et environ 80 à 95 % d'entre eux y sont transportés par ambulance (Brucksch et al., 2018; Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015). Les principales raisons soulevées expliquant le transfert des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont les problèmes respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, gastro-intestinaux, urinaires et les traumas incluant les chutes et les fractures (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; Steinmiller et al., 2015). Plus précisément, selon Lemoyne et al. (2019) qui ont réalisé une revue systématique (n = 77 études) sur la pertinence des transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence, les raisons les plus communément évoquées sont les traumas (2-59 %), l'infection (3-49 %), l'altération de l'état mental (1-41 %), les problèmes respiratoires (9-30 %) et les problèmes génito-

urinaires (5-23 %) ou gastro-intestinaux (6-22 %). Dwyer et al. (2014) ont également effectué une revue systématique (n = 83 études) sur les caractéristiques des transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence, et rapportent que les aînés des ÉSLD, comparativement à la population générale de l'urgence, arrivent dans un état clinique plus aigu avec des priorités de triage plus élevées. De plus, ces aînés présentent en moyenne de 3,4 à 4,5 diagnostics différents, de la polypharmacie (93 %), des déficits cognitifs (jusqu'à 81 %), de l'incontinence (jusqu'à 76 %), de l'immobilité (jusqu'à 89 %) et des problématiques auditives ou visuelles (jusqu'à 57 %) (Dwyer et al., 2014).

Après avoir effectué une revue narrative de la littérature (n = 19 articles), Dallaire et al. (2018) soutiennent qu'environ 40 % à 80 % des aînés provenant des ÉSLD sont hospitalisés pour un séjour moyen de 7 à 12 jours contre 25 % des aînés qui resteront moins de 24 heures à l'urgence. En revanche, 20 % à 30 % des aînés qui recevront leur congé de l'urgence y seront à nouveau transférés au moins une fois au cours des trois prochains mois; 80 % d'entre eux se verront alors hospitalisés lors de cette nouvelle visite (Dallaire et al., 2018). Le taux de réadmission à l'urgence semble également être plus élevé chez les aînés des ÉSLD que ceux de la communauté (Dwyer et al., 2014). Dwyer et al. (2014) soutiennent que les aînés des ÉSLD ont généralement un plus long séjour à l'urgence que ceux vivant dans la communauté. D'ailleurs, ces auteurs ont également soulevé que les séjours plus longs à l'urgence étaient associés à des aînés des ÉSLD qui arrivaient hors des « heures ouvrables » à l'urgence (Dwyer et al., 2014). En fait, approximativement 50 % des aînés provenant des ÉSLD arrivent durant les heures dites « ouvrables » à l'urgence, tandis que l'autre moitié se présente durant la soirée et la nuit (Dwyer et al., 2014).

Conséquences d'un séjour à l'urgence chez l'aîné. En dépit de cette réalité, la littérature scientifique est toutefois sans équivoque : la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence n'est pas la solution optimale pour cette population (Brucksch et al., 2018; Dallaire et al., 2018; Dwyer et

al., 2014; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Effectivement, plusieurs auteurs (Abrahamson et al., 2016; Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015; Stokoe et al., 2016; Trahan et al., 2016) soulignent qu'un séjour à l'urgence est souvent associé à des complications qui ne sont pas directement liées à la plainte initiale de l'aîné, telles que des chutes, des plaies de pression, des infections nosocomiales, un déclin fonctionnel ou un délirium. Dwyer et al. (2014) révèlent que 38 % des aînés transférés d'un ÉSLD à l'urgence développaient un délirium durant leur séjour à l'urgence, étaient trois fois plus à risque de développer des infections nosocomiales, et subissaient davantage d'investigations radiologiques que les aînés vivant dans la communauté. Ainsi, les aînés provenant des ÉSLD semblent plus susceptibles aux complications iatrogènes et aux infections nosocomiales, ce qui peut exercer une influence sur le coût, la complexité de la prise en charge, et l'efficacité des traitements associés (Dwyer et al., 2014).

D'ailleurs, les aînés ayant développé un délirium à l'urgence ont un taux de mortalité à six mois plus élevé que ceux n'ayant pas développé de délirium (46 % versus 27 %) (Dwyer et al., 2014). Le taux de mortalité à l'urgence pour cette clientèle varie entre 1 et 5 %, et le taux de mortalité intrahospitalier varie entre 6 et 25 %, avec une mortalité globale à 14 % (Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Ces taux de mortalité élevés suggèrent que ces aînés pourraient davantage bénéficier de soins palliatifs et de fin de vie à même les ÉSLD, et que certaines transitions vers l'urgence ne seraient pas en concordance avec les niveaux d'intervention médicale (NIM) préétablis des aînés (Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Ces données mettent également de l'avant la notion que les urgences ne sont pas adaptées aux besoins et aux particularités de la population aînée (Watkins et al., 2020). Comme mentionné par Adams et Gerson (2003), « *[…] the current model of ED care [is] designed for the acutely ill and injured patient,*

not a medically complicated, slow-moving, functionally impaired geriatric patient » (p. 272). Bien que cette citation remonte à deux décennies, elle demeure toujours d'actualité.

Expérience des aînés et des PPA durant la transition. La transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est perçue comme un événement anxiogène, voire comme une situation de crise, et ce, autant pour l'aîné que pour sa PPA (Abrahamson et al., 2016; Arendts et al., 2015; O'Neill et al., 2015; Stephens et al., 2015; Watkins et al., 2020). À cet égard, les aînés sont souvent accompagnés de leur PPA à l'urgence et ils considèrent leur présence comme étant importante (Arendts et al., 2015; Morphet et al., 2015; Nikki et al., 2012; Stein-Parbury et al., 2015). En effet, les PPA plaident pour les besoins des aînés, posent des questions, s'avèrent être une source additionnelle d'information pour le personnel soignant de l'urgence et complètent souvent l'histoire médicale de l'aîné (Arendts et al., 2015; Morphet et al., 2015; Nikki et al., 2012; Stein-Parbury et al., 2015; van Oppen et al., 2019; Watkins et al., 2020). De même, les PPA se considèrent comme étant bien placées pour calmer l'aîné qu'elles accompagnent, en l'aidant à diminuer son anxiété, le réorientant, l'accompagnant et le guidant dans les moments d'attente à l'urgence (Arendts et al., 2015; Morphet et al., 2015; Stein-Parbury et al., 2015; Watkins et al., 2020).

En revanche, les PPA d'aînés se sentent souvent ignorées et exclues des soins qui sont administrés à l'urgence (Morphet et al., 2015; Nikki et al., 2012; Peguero-Rodriguez et al., 2023; Stein-Parbury et al., 2015; van Oppen et al., 2019). Elles désirent avoir davantage d'informations, notamment sur les investigations, les traitements en cours et les délais d'attente, ainsi qu'être activement incluses dans les prises de décisions (van Oppen et al., 2019). Ce sont les PPA qui doivent généralement approcher les professionnels de la santé afin d'obtenir de l'information sur les investigations et les traitements en cours, les délais d'attente et sur ce que l'aîné peut faire durant cette attente (Nikki et al., 2012; Peguero-Rodriguez et al., 2023; Stein-Parbury et al., 2015). Les

PPA déplorent donc le manque de communication avec le personnel soignant, l'espace réservé aux traitements, leur piètre intégration aux soins, le manque de soins de base offerts aux aînés, et l'environnement bruyant et chaotique de l'urgence (Arendts et al., 2015; Morphet et al., 2015; Nikki et al., 2012; Peguero-Rodriguez et al., 2023; Stein-Parbury et al., 2015; Watkins et al., 2020).

Personnel infirmier. Durant cette transition, le personnel infirmier joue un rôle pivot tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence. Dans les ÉSLD, le personnel infirmier est responsable de surveiller l'état clinique des aînés, de détecter les signes de détérioration, d'entreprendre des interventions appropriées et de contribuer à la décision de transférer ou non les aînés vers l'urgence (Choi & Chang, 2022; O'Neill et al., 2015). Une revue systématique d'études qualitatives (n = 7 études) menées par O'Neill et al. (2015) révèle que le personnel infirmier des ÉSLD, malgré leur expertise, ressent le besoin de prendre appui sur une structure ou un plan pour les guider lors de situations où un transfert vers l'urgence serait nécessaire. Cette structure leur permettrait de soutenir leurs décisions et de renforcer leur confiance dans leur démarche (O'Neill et al., 2015).

À l'urgence, le personnel infirmier est essentiel à la prise en charge des aînés, et ce, dès le triage (Peguero-Rodriguez et al., 2023; Watkins et al., 2020). Il est essentiel de reconnaître que la prise en charge de la clientèle aînée est particulièrement complexe en raison de la présence atypique des problèmes de santé, de comorbidités, de la polypharmacie et de syndromes gériatriques (Steinmiller et al., 2015). Par ailleurs, le personnel infirmier de l'urgence décrit leur environnement de travail comme étant chaotique et occupé. Il est constamment sous pression pour jongler avec les contraintes de temps et d'espace, ainsi que le flux élevé de patients présentant une variété de cas cliniques (Watkins et al., 2020). Il souligne également la difficulté à concilier les priorités des soins de l'urgence avec certains aspects relationnels, tels que le soulagement de l'anxiété ou le réconfort des aînés atteints de troubles neurocognitifs, et leur PPA (Watkins et al., 2020). Cette tension se

traduit souvent par une détresse émotionnelle chez le personnel infirmier, qui se sent frustré lorsque la charge de travail entrave leur capacité à fournir des soins de qualité aux aînés, en particulier ceux souffrant de démence (Watkins et al., 2020).

Le personnel infirmier joue un rôle crucial dans la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Leur approche et leurs interventions façonnent l'expérience de cette transition et influent sur son déroulement. Cependant, la littérature met en évidence deux obstacles majeurs à la qualité et à la coordination des soins, soit la collaboration et la communication entre le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences (Dallaire et al., 2018; Griffiths et al., 2014).

Constats

Malgré l'importance de la contribution des PPA et du personnel infirmier dans le processus de transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, peu d'études se sont penchées sur leurs perceptions, et encore moins celles relatives au processus global de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Ce processus global inclut la période allant de la détérioration de l'état clinique de l'aîné à l'ÉSLD, à la prise de décision conduisant à l'urgence, en passant par le séjour à l'urgence et le retour à l'ÉSLD. En effet, les études recensées se concentrent davantage sur des aspects spécifiques de la transition tels que l'implication des PPA dans la prise de décision menant à l'urgence (Pulst et al., 2019; Stephens et al., 2020), les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD lors du processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence (Gurung et al., 2022; O'Neill et al., 2015), ou encore les perceptions du personnel infirmier de l'urgence sur la communication interétablissements (Griffiths et al., 2014). Aucune étude abordant de manière exhaustive les perceptions des PPA ou du personnel infirmier sur le processus intégral de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence n'a cependant été recensée. Il est argumenté qu'une vision globale du processus de transition permettra de brosser un tableau exhaustif de la situation

et de compléter le corpus de connaissances actuel. Dallaire et al. (2018) ont d'ailleurs révélé qu'aucune étude n'avait été réalisée au Québec au sujet de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ni même en ce qui concerne l'identification des besoins de ces aînés, ainsi que ceux des ÉSLD, y compris le personnel infirmier et cadre. À cela, il conviendrait également d'ajouter les besoins des PPA.

Face à la croissance de la population vieillissante, l'augmentation attendue des admissions dans les ÉSLD et la persistance de la dépendance à l'égard du travail non rémunéré des PPA, il devient impératif d'examiner les perceptions tant des PPA que du personnel infirmier dans le cadre de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Force est de constater que des mesures doivent être mises en place dans les ÉSLD et à l'urgence afin d'assurer une prise en charge efficace, sécuritaire et adaptée de la clientèle âgée et de leur PPA. Le présent projet de recherche doctorale vise précisément à mettre la lumière sur les contributions des PPA d'aînés en hébergement lors de cette période de transition, ainsi que celles du personnel infirmier. En effet, soutenir la présence des PPA tout au long du continuum de soins est crucial pour améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux aînés (Andrianova et al., 2023; Morphet et al., 2015; Nikki et al., 2012; Peguero-Rodriguez et al., 2023). Dans son plan d'action pour l'hébergement de longue durée, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2022) du Québec indique d'ailleurs que les PPA sont des partenaires de soins et doivent bénéficier d'un soutien constant tout au long de l'hébergement, mais également lors des périodes de transition. Le personnel infirmier se trouve ainsi en première ligne pour accompagner les PPA lors de ces périodes.

But, objectifs et questions de recherche

Le but de ce projet de recherche doctorale est de réaliser une analyse multidimensionnelle de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence en tenant compte de l'état actuel de la littérature

scientifique, des perceptions des PPA, du personnel infirmier et cadre. Pour y arriver, le projet de recherche doctorale a été conceptualisé en trois parties distinctes, chacune faisant appel à des méthodes différentes. Ainsi, la thèse doctorale se présente comme une étude multiméthode visant à répondre aux trois objectifs suivants :

- Objectif 1 : Décrire l'état actuel de la littérature scientifique à propos des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence (ci-nommé partie 1);
- Objectif 2 : Décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de l'aîné qu'elles accompagnent d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais (ci-nommé partie 2); et
- Objectif 3 : Décrire les perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des PPA dans le contexte du transfert d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais (ci-nommé partie 3).

Pour chacune de ces parties, des questions de recherche ont été formulées (voir tableau 1.1).

Structure et contenu de la thèse doctorale

La présente thèse doctorale sous forme d'articles est structurée en six chapitres (voir tableau 1.2). Les trois premiers chapitres de la thèse abordent successivement la problématique de recherche (chapitre 1), le cadre théorique (chapitre 2) et la recension des écrits (chapitre 3). Le chapitre 3 introduit également le premier article de la thèse, soit l'examen de la portée qui a été effectué sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence afin de répondre à l'objectif de la partie 1 de la thèse doctorale (article n° 1). Le chapitre 4 détaille la position paradigmatique de la candidate au doctorat et les méthodologies employées au sein des différentes parties du projet de recherche doctorale. Le chapitre 5 présente les résultats de la partie 2 du projet

de recherche doctorale, à savoir celle axée sur les perceptions des PPA d'aînés en ÉSLD (article n° 2), ainsi que les résultats de la partie 3, soit celle axée sur les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD et des urgences (article n° 3). Enfin, le chapitre 6 présente une discussion intégrée des résultats du projet de recherche doctorale, met en lumière les implications pour les sciences infirmières, et expose les forces et les limites du projet de recherche doctorale dans son ensemble.

Tableau 1.1

Questions de recherche et la méthodologie associée pour les trois parties de la thèse doctorale

Partie de la thèse doctorale	Questions de recherche	Méthodologie
Partie 1	1) Quelle est l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence?	Examen de la portée
Partie 2	1) Quelles sont les perceptions des PPA vis-à-vis la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence? (QUAL) 2) Quelle est la mesure des indicateurs de processus et de résultat identifiés de la théorie des transitions (le coping, le degré de la qualité des relations interpersonnelles, le fardeau, et le degré de préparation) des PPA vivant la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence ? (quan) 3) Comment la convergence des résultats qualitatifs et des résultats quantitatifs permet-elle d'améliorer la description des PPA et la compréhension de leurs perceptions? (QUAL et quan)	Étude à devis mixte concomitant (QUAL + quan)
Partie 3	1) Quelles sont les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence? (QUAN) 2) Quelles sont les similarités et les différences entre les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et celui des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence? (QUAN) 3) Quel est le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD et des urgences? (qual) 4) Comment les perceptions du personnel infirmier peuvent-elles être expliquées par le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences? (QUAN et qual)	Étude à devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual)

Tableau 1.2

Structure et contenu de la thèse doctorale sous forme d'articles

Chapitres	Objectifs	Article associé
Chapitre 1. Introduction	Décrire la problématique de recherche, énoncer le but du projet de recherche doctorale, les objectifs de recherche, les questions de recherche et la structure de la thèse.	-
Chapitre 2. Cadre de référence	Décrire le cadre de référence utilisé pour guider la conceptualisation de la thèse doctorale.	-
Chapitre 3. Recension des écrits	Synthétiser la littérature scientifique traitant des différents aspects de la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. *Une portion de la recension des écrits provient de l'examen de la portée réalisé sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence.	**Article nº 1 – Publié**. 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
Chapitre 4. Méthodologie	Décrire de façon détaillée les approches méthodologiques utilisées dans chacune des trois parties de l'étude doctorale.	-
Chapitre 5. Résultats	Décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de l'aîné qu'elles accompagnent d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais, Québec.	**Article nº 2 – Soumis**. Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J., & Lalonde, M. (2024). Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes [article soumis pour publication]. *Soins Gérontologie*.

Chapitres	Objectifs	Article associé
	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 dans la région de l'Outaouais, Québec.	**Article nº 3 – Soumis.** Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J., & Lalonde, M. (2024). 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. [article soumis pour publication]. *Canadian Journal of Emergency Nursing/Journal canadien des infirmières d'urgence*.
Chapitre 6 Discussion intégrée	Présenter l'intégration des résultats issus du projet de recherche doctorale, les implications pour les sciences infirmières, ainsi que les forces et les limites.	-

Références

Abrahamson, K., Bernard, B., Magnabosco, L., Nazir, A. & Unroe, K. T. (2016). The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. *BMC Geriatrics*, *16*(1), Article 184. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0359-2

Adams, J. & Gerson, L. (2003). A new model for emergency care of geriatric patients. *Academic Emergency Medicine*, *10*(3), 271-274. https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.271

Andrianova, A., Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F. & Guilbeault, C. (2023). La maltraitance envers les personnes proches aidantes. *Perspective Infirmière*, *20*(1), 34-40. https://www.oiiq.org/documents/20147/14645628/PI-vol20-no-hiver2023.pdf#page=34

Arendts, G., Popescu, A., Howting, D., Quine, S. & Howard, K. (2015). "They never talked to me about…": Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. *Australasian Journal on Ageing*, *34*(2), 95-102. https://doi.org/10.1111/ajag.12125

Arendts, G., Quine, S. & Howard, K. (2013). Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research. *Geriatrics & Gerontology International*, *13*(4), 825-833. https://doi.org/10.1111/ggi.12053

Association médicale canadienne. (2018, 3 août). *Relever le défi démographique : investir dans les soins aux aînés* [Mémoire]. ttps://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/FINA/Brief/BR10007246/br-external/CanadianMedicalAssociation-f.pdf

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

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017, 19 décembre). *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

Dallaire, C., Hardy, M.-S. & Hegg, S. (2018). Identifier les besoins des personnes âgées transférées aux urgences depuis une résidence pour ersonnes âgées : une revue de littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *4*(2), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.refiri.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

Garner, R., Tanuseputro, P., Manuel, D. G. & Sanmartin, C. (2018). Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les canadiens âgés (nº 82-003-X). *Rapports sur la santé*, *29*(5), 15-26. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2018005/article/54966-fra.pdf?st=YA2ENBcp

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

Gruneir, A., Silver, M. J. & Rochon, P. A. (2011). Emergency departement use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review*, *68*(2), 131-155. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1077558710379422

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), e348-e355. https://doi.org/10.1111/ajag.13044

Institut de la statistique du Québec. (2023, mai). *Portrait des personnes aînées au Québec - Portrait complet*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf

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/jbisrir-2014-1141

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b, mai). *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 : pour le mieux-être des personnes hébergées* (Publication nº 22-814-01F). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003375/

Morphet, J., Decker, K., Crawford, K., Innes, K., Williams, A. F. & Griffiths, D. (2015). Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(23-24), 3647-3653. https://doi.org/10.1111/jocn.12954

Nikki, L., Lepistö, S. & Paavilainen, E. (2012). Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, *20*(4), 193-200. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.003

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

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

Pulst, A., Fassmer, A. M. & Schmiemann, G. (2019). Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: A systematic review of qualitative research. *BMC Geriatrics*, *19*(1), Article 155. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1170-7

Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Lilly, M. B., Reid, C., Abel, S., Lo, M. & Cummings, G. G. (2012). Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. *Journal of Aging Studies*, *26*(4), 419-427. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.001

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2021, 8 juillet). *Enquête sur les résidences pour personnes âgées de 2021 : apprenez-en davantage.* https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/lobservateur-du-logement/2021/les-resultats-de-lerpa-de-2021-sont-arrives

Statistique Canada. (2024, 25 avril). *Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique*. Gouvernement du Canada. https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillissement_demographique

Stein-Parbury, J., Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L. & Gallagher, P. (2015). Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in Australia. *Nursing & Health Sciences*, *17*(4), 476-482. https://doi.org/10.1111/nhs.12220

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., Halifax, E., Bui, N., Lee, S. J., Harrington, C., Shim, J. & Ritchie, C. (2015). Provider perspectives on the influence of family on nursing home resident transfers to the emergency department: Crises at the end of life. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 2015*(1), Article 893062. https://doi.org/10.1155/2015/893062

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

Stokoe, A., Hullick, C., Higgins, I., Hewitt, J., Armitage, D. & O'Dea, I. (2016). Caring for acutely unwell older residents in residential aged-care facilities: Perspectives of staff and general practitioners. *Australasian Journal on Ageing*, *35*(2), 127-132. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajag.12221

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

van Oppen, J. D., Keillor, L., Mitchell, Á., Coats, T. J. & Conroy, S. P. (2019). What older people want from emergency care: A systematic review. *Emergency Medicine Journal 36*(12), 754-761. https://doi.org/10.1136/emermed-2019-208589

Watkins, S., Murphy, F., Kennedy, C., Graham, M. & Dewar, B. (2020). Caring for older people with dementia in the emergency department. *British Journal of Nursing*, *29*(12), 692-699. https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.12.692

Chapitre 2. Cadre théorique

Dans ce chapitre, le cadre théorique sera présenté. La première théorie qui compose ce cadre est la théorie des transitions (Meleis et al., 2000). Celle-ci constitue la trame de fond théorique de la thèse et elle sera décrite et expliquée au cours de ce chapitre. La deuxième théorie de ce cadre est celle des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023), qui sera également décrite et expliquée dans ce chapitre. Cette dernière permet de compléter la théorie des transitions afin de mieux comprendre le sujet à l'étude, soit la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence.

La théorie des transitions

La clarification conceptuelle du concept de transition est attribuable à la docteure Afaf Ibrahim Meleis, une infirmière théoricienne qui travaille dans le domaine depuis plus de cinq décennies (Bohner, 2017; Im, 2014; Lindmark et al., 2019; Meleis, 2010). Bien que le concept de transition ait déjà été étudié dans d'autres disciplines, par exemple en sociologie et en anthropologie, Meleis est la première à y apporter une perspective infirmière (Hart & Swenty, 2015; Kralik et al., 2006; Lindmark et al., 2019; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010). Dès les années 1960, Meleis prend conscience que la majeure partie du travail du personnel infirmier est de préparer les patients aux différents types de transitions et d'intervenir de manière à assurer leur bien-être et le développement de stratégies de coping (Meleis, 2010). Ses premiers travaux universitaires se rattachent à cette prémisse et elle développe un programme de recherche axé sur les personnes vivant des transitions malsaines (*unhealthy transitions*) (Meleis, 2010). Cela mènera donc au développement d'une théorie à cet égard, en 2000, soit la théorie des transitions (Meleis et al., 2000).

Comme mentionné précédemment, Meleis considère le concept de transition comme étant au cœur du travail du personnel infirmier, et elle milite à ce qu'il devienne un concept central de la discipline infirmière (Chick & Meleis, 1986; Hart & Swenty, 2015; Im, 2014; Joly, 2016; Kralik et al., 2006; Meleis & Trangenstein, 1994; Olsson & Ek, 2002; Schumacher & Meleis, 1994). Pour y arriver, Meleis collabore à deux analyses conceptuelles (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Ensuite, de façon à poursuivre les analyses conceptuelles selon une perspective infirmière, le développement de la théorie des transitions a été initié (Meleis et al., 2000).

La théorie des transitions (Meleis et al., 2000) a été développée selon l'approche recherche-théorie. En effet, cinq études de devis qualitatif effectuées sur différentes populations vivant des types de transitions variés se retrouvent à la base de cette théorie (Im, 2014; Meleis et al., 2000). Le cadre de référence développé par les analyses conceptuelles de Chick et Meleis (1986) et de Schumacher et Meleis (1994) a servi de guide au développement de chacune de ces cinq études. En dépit du fait que chaque étude avait des approches différentes relatives à la collecte et à l'analyse des données, chacune avait un devis de recherche qualitatif et avait pour but le développement théorique (Meleis et al., 2000). Les cinq études ont été menées sur de multiples populations vivant différentes expériences de transitions, soit : 1) les femmes afro-américaines devenant mères pour la première fois ; 2) les femmes immigrantes coréennes à faible revenu qui vivent la ménopause ; 3) les parents recevant un diagnostic de malformation cardiaque chez leurs enfants ; 4) le processus d'immigration des femmes brésiliennes aux États-Unis ; et 5) le développement du rôle de « soignant » chez les membres de la famille d'une personne sous chimiothérapie (Meleis et al., 2000). Ces études reflètent une diversité culturelle et démontrent une variété de transitions ayant le potentiel d'accroître la vulnérabilité des personnes touchées (Meleis et al., 2000).

Ainsi, la théorie des transitions a été développée autour des résultats de ces cinq études qui ont été analysés et comparés, en plus d'être confrontés aux deux analyses conceptuelles réalisées antérieurement (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994), et comparés à une revue de la littérature qui a été effectuée entre 1993 et 1997 sur le concept de transition (Meleis et al., 2000). Depuis, la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) a été employée dans différents contextes et disciplines, et auprès de plusieurs populations (Lindmark et al., 2019; Zhan et al., 2022), dont la population âgée hébergée. Par exemple, Davies (2005) l'a utilisée pour explorer l'expérience des PPA qui vivent la transition de leur aîné de la communauté vers un ÉSLD. Fitzpatrick et Tzouvara (2019) l'ont utilisée dans le cadre d'une revue systématique afin d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la transition des aînés qui ont emménagé dans un ÉSLD. Plus récemment, Tate, Bailey, et al. (2023) ont mené un examen de la portée sur les facteurs influençant les transitions des aînés de la communauté vers les ÉSLD à l'aide de la théorie des transitions.

Postulats théoriques

Selon cette théorie, les transitions se définissent comme un processus qui implique le passage d'un état, d'une condition, ou d'une place à une autre (Im, 2014; Kralik et al., 2006; Ludin et al., 2013; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002). Celles-ci sont multidimensionnelles, complexes et uniques (Bohner, 2017; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Storø, 2017). Les transitions sont des phénomènes universels qui s'inscrivent dans le temps (Bohner, 2017; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Storø, 2017). Elles sont déclenchées par un changement et créent une période de vulnérabilité où les risques pour la santé sont plus élevés, d'où l'importance du rôle infirmier (Bohner, 2017; Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Schumacher & Meleis, 1994; Storø, 2017; Zhan et al., 2022). Au sein de ces transitions, le

personnel infirmier joue un rôle privilégié puisqu'il est constamment en contact avec les personnes qui vivent des transitions ; il exerce donc une influence quant au déroulement et au dénouement de celles-ci (Bohner, 2017; Hart & Swenty, 2015; Joly, 2016; Kralik et al., 2006; Meleis & Trangenstein, 1994; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Schumacher et al., 1999). En effet, le personnel infirmier interagit continuellement avec l'environnement qui soutient ou qui entrave les transitions vécues par les personnes (Davies, 2005; Meleis, 2010; Reedy & Blum, 2010).

Description théorique

La théorie des transitions est une théorie à spectre modéré de classification explicative qui a pour but d'expliquer les expériences humaines dans différents types de transition, afin de guider les interventions infirmières (Im, 2014; Joly, 2016; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Elle est décrite comme étant interculturelle, applicable à tous les groupes d'âge, à toutes les spécialités cliniques et à tous les professionnels de la santé, bien que l'accent soit mis sur le personnel infirmier (Bohner, 2017).

La théorie des transitions est composée de quatre concepts clés qui s'influencent les uns les autres (voir figure 2.1 pour la représentation visuelle de la théorie). Chacun de ces concepts sera expliqué dans les prochaines sections.

Premier concept : nature des transitions. Selon cette théorie, il existe quatre types de transitions (voir figure 2.1) (Meleis et al., 2000). Tout d'abord, il y a les transitions de type développemental qui sont déclenchées par des changements biologiques, tels que l'adolescence et la ménopause, ou par des changements propres au cycle de la vie, tels que le mariage et le fait de devenir parent (Bohner, 2017; Im, 2014; Kralik et al., 2006; Lindmark et al., 2019; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Zhan et al., 2022).

Ensuite, il y a les transitions de type situationnel qui sont déclenchées par des changements de rôles sociaux (à l'exception des changements de rôles associés aux transitions développementales) ou à des changements de lieu de travail, de milieu de vie ou géographique (p. ex. : immigration) (Bohner, 2017; Im, 2014; Lindmark et al., 2019; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Zhan et al., 2022).

Par la suite, il existe les transitions santé/maladie qui sont provoquées par une altération de l'état de santé, un diagnostic d'une maladie chronique, une hospitalisation ou une convalescence (Bohner, 2017; Im, 2014; Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Zhan et al., 2022). Enfin, il y a les transitions organisationnelles qui impliquent des changements dans l'environnement des individus, soit des changements d'ordre social, politique ou économique, tels que l'adoption de nouvelles politiques ou de nouvelles technologies (Bohner, 2017; Im, 2014; Kralik et al., 2006; Lindmark et al., 2019; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994; Zhan et al., 2022).

Toutes ces transitions se produisent également selon différents « pattern » (agencements) (voir figure 2.1). Un individu peut vivre plusieurs types de transitions à la fois, de façon séquentielle ou simultanée, et celles-ci peuvent s'influencer ou non, ou être reliées ou non (Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010). Par ailleurs, cinq propriétés interdépendantes en lien avec les transitions vécues sont identifiées dans cette théorie (voir figure 2.1) (Meleis et al., 2000). D'une part, il y a la prise de conscience, qui réfère à la perception et à la reconnaissance de la période de transition par la personne (Hart & Swenty, 2015; Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000). La deuxième propriété réfère au degré d'engagement, c'est-à-dire le degré selon lequel une personne est impliquée dans sa transition, par exemple en cherchant de

Figure 2.1

Représentation visuelle de la théorie des transitions de Meleis et al. (2000)

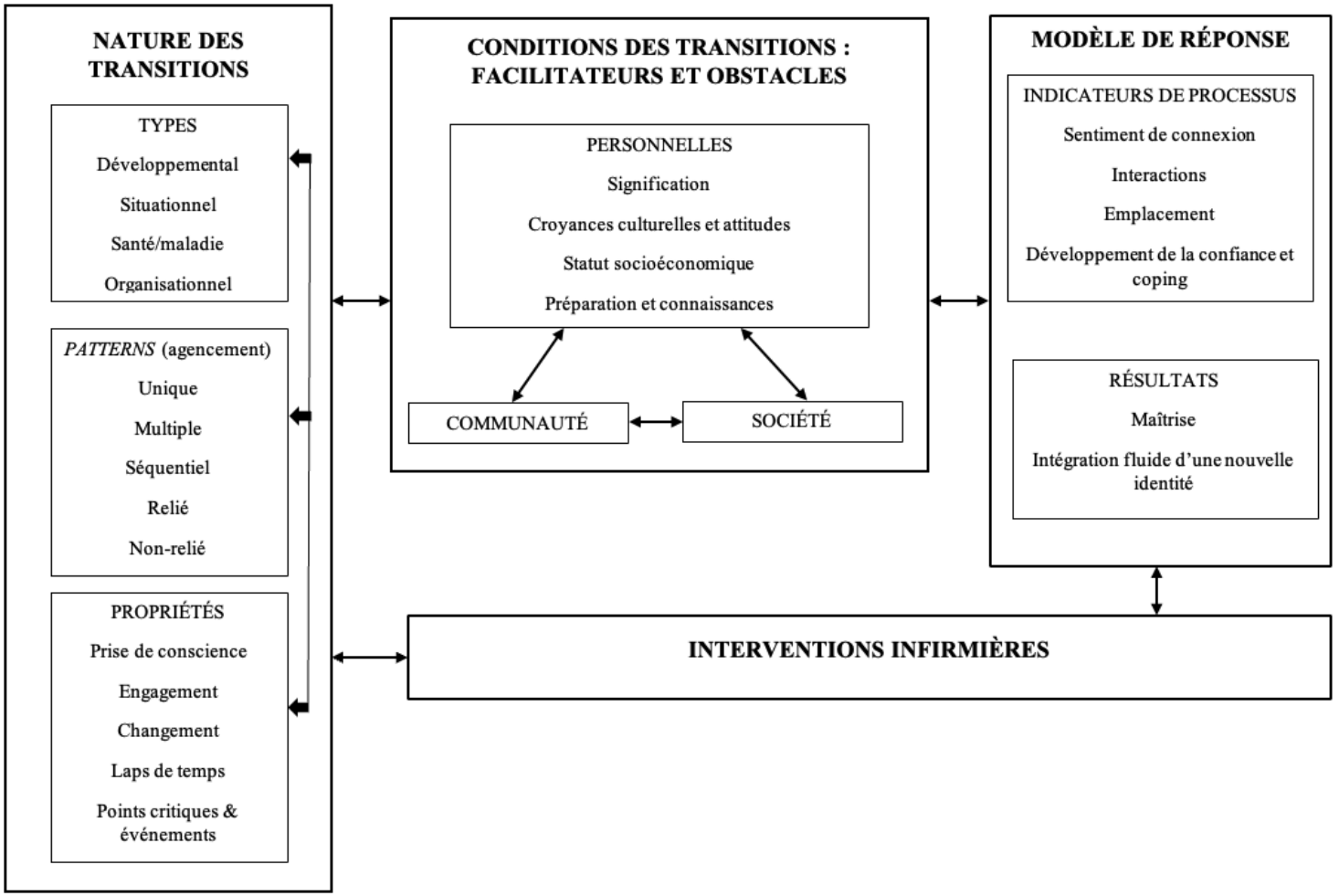


Figure tirée de Meleis et al., 2000 (p. 17) [Traduction libre]. Autorisation de reproduction obtenue par Dre Afaf Ibrahim Meleis.

l'information ou en modifiant ses activités (Im, 2014; Joly, 2016; Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000). Il est à observer qu'il ne peut y avoir d'engagement sans prise de conscience (Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010). Une autre propriété est celle du changement, comme les changements de rôles, d'identité, relationnels ou comportementaux relatifs à la transition (Im, 2014; Meleis et al., 2000). Il est à noter qu'un changement n'est pas synonyme d'une transition (Chick & Meleis, 1986; Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000). Un changement est un événement ou une situation, tandis qu'une transition est l'expérience d'une personne vis-à-vis de ce changement (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Le laps de temps est également une autre propriété des transitions qui peut varier, puisqu'il dépend de la nature du changement et de l'étendue des impacts (Hart & Swenty, 2015; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010; Schumacher et al., 1999). Notons qu'une transition est généralement caractérisée par une période d'instabilité, de confusion des rôles ou d'irritabilité, et devrait se terminer par un retour à une période de stabilité (Hart & Swenty, 2015; Im, 2014; Meleis et al., 2000; Olsson & Ek, 2002; Reedy & Blum, 2010). La dernière propriété est en lien avec les événements déclencheurs de la transition (Meleis et al., 2000). Ceux-ci peuvent être bien distinguables, comme c'est le cas avec une naissance ou un diagnostic de maladie chronique, toutefois ils ne sont pas toujours facilement identifiables (Ludin et al., 2013; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010).

Deuxième concept : conditions des transitions. Ce concept comprend les facteurs facilitateurs et les obstacles pouvant influencer le processus et les résultats escomptés de la transition (voir figure 2.1) (Im, 2014 ; Joly, 2016 ; Meleis et al., 2000 ; Reedy & Blum, 2010). Tout d'abord, il y a les conditions personnelles, telles que la signification, qui réfère à la perception que l'on donne à l'expérience de transition (positive, négative ou neutre) (Im, 2014; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994). La signification que l'on attribue à la

transition peut faciliter celle-ci, ou encore l'entraver (Joly, 2016; Meleis et al., 2000). Les croyances, les attitudes culturelles et le statut économique sont également des facteurs qui exercent une influence sur la façon dont les personnes vivent leur transition (Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010). Enfin, une bonne préparation et le fait d'acquérir des connaissances exercent une influence positive sur le déroulement des transitions, mais le contraire est aussi vrai (Hart & Swenty, 2015; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010; Schumacher & Meleis, 1994). Suivant les conditions personnelles, nous retrouvons celles de la communauté, qui impliquent alors la présence et l'utilisation des ressources communautaires, et le soutien de la famille et des professionnels de la santé (Hart & Swenty, 2015; Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010). Par la suite, les conditions sociétales ont également un degré d'influence sur le déroulement des transitions, et cela comprend la stigmatisation, la marginalisation, les stéréotypes et les inégalités de genre, de race et ethniques, qui peuvent interférer avec une transition vers la santé ou le bien-être (Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000).

Troisième concept : modèle de réponse. Ce concept comporte les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats qui décrivent la manière dont une personne traverse la transition et arrive à la fin de celle-ci (voir figure 2.1) (Im, 2014; Meleis et al., 2000). Autrement dit, les indicateurs de processus constituent des indices mesurables du déroulement de la transition qui peuvent être évalués tout au long d'une transition et qui peuvent mener les personnes vers une transition saine (*healthy transition*), ou vers un état de vulnérabilité et de risques pour la santé (*unhealthy transition*) (Im, 2014; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010; Schumacher et al., 1999). Les indicateurs de processus comprennent, d'une part, le sentiment de connexion et l'interaction, qui réfèrent aux relations interpersonnelles et à l'importance de se sentir connecté à un réseau familial et social (Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010).

D'autre part, les indicateurs de processus incluent l'endroit où est vécue la transition et le développement de la confiance et des stratégies d'adaptation (Im, 2014; Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010).

Les indicateurs de résultats, ou les résultats escomptés renvoient, quant à eux, aux deux éléments qui peuvent être potentiellement évalués, afin de déterminer si la transition est saine (*healthy transitions*) (la personne se dirige vers un état de santé) ou malsaine (*unhealthy transitions*) (la personne se dirige vers un état de vulnérabilité et de risque pour sa santé) (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 1999). Les deux résultats escomptés sont la maîtrise de nouvelles aptitudes nécessaires pour gérer les changements engendrés par la transition et l'intégration fluide d'une nouvelle identité qui réfère au fait de jouer un nouveau rôle parmi ceux déjà acquis (p. ex. : être mère et une PPA).

Quatrième concept : interventions infirmières. Les interventions infirmières ont une influence sur chacun des trois concepts précédents, en plus d'être influencées elles-mêmes par ceux-ci (voir figure 2.1) (Meleis et al., 2000). Par exemple, les interventions infirmières ne seront pas les mêmes en fonction du type de transition vécue. Ainsi, il est essentiel de comprendre la nature des transitions et ses conditions, car elles sont à l'origine du développement d'interventions infirmières congruentes avec l'expérience unique des patients et de leurs familles (Hart & Swenty, 2015; Ludin et al., 2013; Schumacher et al., 1999). Le concept des interventions infirmières a été peu élaboré dans la théorie, cependant, l'évaluation, la réminiscence, la supplémentation du rôle, la création d'un environnement sain et la mobilisation des ressources ont été relevées dans la littérature comme des interventions infirmières en lien avec le phénomène de transition (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 1994; Schumacher et al., 1999). Meleis et al. (2000) soulèvent également l'importance de considérer l'étendue du chevauchement entre les transitions et la nature de la

relation entre les différents événements qui déclenchent les transitions, afin de développer des interventions adéquates.

Les quatre concepts fondamentaux de la théorie des transitions précisent la nature, les agencements et les propriétés des transitions. Ces concepts identifient également les conditions des transitions (facteurs facilitateurs et obstacles), le modèle de réponse, ainsi que les interventions infirmières susceptibles de faciliter le déroulement des transitions. Afin de comprendre pleinement les expériences de transitions, il est donc essentiel de prendre en compte ces concepts.

Justification du choix de la théorie des transitions

La théorie des transitions se prête bien à la problématique de recherche, puisque plusieurs transitions y sont au cœur. Effectivement, en suivant les prémisses de cette théorie, il est possible d'attester que les aînés et leur PPA vivent plusieurs types de transitions dans le contexte d'un transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. D'une part, les aînés vivent des transitions de type santé/maladie (détérioration de leur condition clinique) et situationnelles (transfert d'établissement et changement d'équipe soignante) (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023). D'autre part, les PPA vivent des transitions de type développemental (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023). Au même titre que devenir parent, le fait d'être une PPA engendre un changement de rôle et de responsabilités à l'égard de l'aîné, ce que l'on qualifie alors de transition développementale (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023). La détérioration de la condition clinique de l'aîné et la décision de transférer l'aîné à l'urgence sont identifiées comme étant le début de la période de transition et s'accompagnent alors d'une période d'instabilité et de vulnérabilité pour l'aîné et sa PPA (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023). L'utilisation de la théorie des transitions permet de considérer non seulement les caractéristiques propres de l'aîné, mais également de le concevoir dans son ensemble, soit dans son

environnement physique, familial et social, ce qui inclut alors sa PPA et les professionnels de la santé (Bohner, 2017; Meleis et al., 2000; Storø, 2017). La théorie des transitions a également été sélectionnée, puisqu'elle permet de cibler les éléments clés afin de favoriser de saines expériences de transitions (*healthy transitions*), ainsi que d'identifier les obstacles possibles à ces transitions (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Enfin, la théorie des transitions met l'accent sur la discipline infirmière et l'importance du rôle infirmier dans les expériences de transition (Joly, 2016; Meleis et al., 2000; Reedy & Blum, 2010). Selon Schumacher et Meleis (1994), le personnel infirmier possède un rôle privilégié, puisqu'il est constamment en contact avec des personnes vivant des transitions. Il a donc un rôle important à jouer quant au déroulement et au dénouement de ces expériences de transitions (Bohner, 2017; Joly, 2016; Kralik et al., 2006; Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994; Schumacher et al., 1999). D'ailleurs, l'utilisation de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) est une contribution importante à cette étude, puisque cette problématique a été très peu abordée sous un angle théorique. D'autre part, à notre connaissance, la théorie des transitions n'a jamais été utilisée dans le contexte de la transition d'un aîné et de sa PPA d'un ÉSLD vers l'urgence. Dès lors, il a été possible de contribuer à son développement théorique.

La théorie des systèmes

La théorie des systèmes, initialement introduite par von Bertalanffy (1968, 1972, 1974), conceptualise la famille comme étant un « système » composé d'un ensemble d'éléments en interaction (Bell, 2009; Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009). Considérer la famille comme un système découle des perspectives de la physique et de la biologie, selon lesquelles les organismes sont des systèmes complexes, organisés et interactifs (Kaakinen, 2018 ; von Bertalanffy, 1950,

1968). Cette théorie a depuis été adaptée au contexte infirmier par plusieurs théoriciens (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023).

La théorie des systèmes est souvent associée à l'analogie du mobile (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2014). En effet, tel un mobile suspendu, les familles se maintiennent en équilibre et toute action chez l'un des membres entraînera un remous chez un autre, ce qui créera alors un déséquilibre. Malgré ce changement de direction, le mobile exercera son influence et peu à peu, il retrouvera son équilibre (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023; Wright & Leahey, 2014). Cette analogie permet de soulever que tout changement chez un membre de la famille affecte tous les autres membres (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Shajani & Snell, 2023; Utz et al., 2017).

Description théorique

Kaakinen (2018) résume la théorie des systèmes en quatre concepts fondamentaux, et Shajani et Snell (2023) en cinq concepts fondamentaux. Parmi ces derniers, certains sont complémentaires et d'autres se recoupent. Suivant l'intégration des conceptualisations de Kaakinen (2018) et de Shajani et Snell (2023), la prochaine section présentera les six concepts fondamentaux identifiés de la théorie des systèmes.

Premier concept : toutes les parties du système familial sont interconnectées. Ce principe évoque le fait que tout élément qui influence une partie du système influence par le fait même les autres parties du système, bien que son atteinte puisse varier en matière d'intensité et d'impact sur les autres membres de la famille (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Pratt & Skelton, 2018; Segaric & Hall, 2005; Shajani & Snell, 2023; Utz et al., 2017). Ainsi, lorsqu'un individu au sein d'une famille souffre d'un problème de santé, tous les autres membres de la famille en vivent les impacts, puisqu'ils sont interconnectés (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Shajani & Snell,

2023; Utz et al., 2017). Cet élément est donc fort utile pour évaluer et comprendre les répercussions de la maladie d'une personne sur le système familial, notamment dans les changements de rôles formels et informels des différents membres de la famille (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Utz et al., 2017).

Deuxième concept : le tout constitué par le système familial est plus grand que la somme de ses parties. Selon ce principe, « la famille est un tout plus grand que la simple addition de chacun de ses membres » (Wright & Leahey, 2014, p. 33). La famille dans son ensemble ne se résume pas à la vie individuelle de chacun de ses membres ; il est plutôt nécessaire de s'intéresser à toutes les relations partagées au sein même du système familial (Kaakinen, 2018). Ce concept souligne qu'afin de bien comprendre un individu, il serait intéressant de l'étudier dans son contexte, qui est bien souvent au sein de sa famille (Mehta et al., 2009; Segaric & Hall, 2005; Shajani & Snell, 2023).

Troisième concept : tous les systèmes familiaux ont des frontières entre le système et son environnement. Les frontières (physiques ou abstraites) sont les délimitations que les familles utilisent comme barrières de filtration pour contrôler l'impact des stresseurs sur le système familial, et ainsi le protéger (Kaakinen, 2018). Par exemple, il s'agit du type d'information ou de personnes qu'elles laisseront entrer dans le système (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Shajani & Snell, 2023). Ces frontières déterminent le niveau de perméabilité du système (p. ex. : frontières fermées, flexibles ou trop ouvertes) (Kaakinen, 2018). Ces frontières peuvent être dictées par des croyances, par la culture ou encore par des expériences passées (Mehta et al., 2009; Shajani & Snell, 2023). En outre, il est important d'évaluer la perméabilité de ces frontières, car une trop grande perméabilité (frontières trop ouvertes) fera perdre au système familial son intégrité et son identité, il y aura alors trop d'influences extérieures, ce qui créera un déséquilibre (Kaakinen, 2018; Mehta

et al., 2009; Shajani & Snell, 2023). En revanche, des frontières trop étanches (frontières fermées) freinent les interactions avec le monde extérieur, qui sont pourtant indispensables (p. ex. : avec les professionnels de la santé) (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Shajani & Snell, 2023).

Quatrième concept : les systèmes familiaux peuvent être organisés en sous-systèmes et s'inscrivent dans des suprasystèmes. Comme énoncé précédemment, la famille constitue un système en soi, mais elle est également composée de sous-systèmes, notamment conjugal, parental et fraternel (Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Pratt & Skelton, 2018; Shajani & Snell, 2023). Conséquemment, « chaque membre constitue à la fois un sous-système et un système en lui-même » (Wright & Leahey, 2014, p. 31). La famille s'inscrit également dans des suprasystèmes avec lesquels elle interagit, tels que le voisinage, les organisations ou l'environnement de travail (Bell, 2009; Mehta et al., 2009; Segaric & Hall, 2005; Shajani & Snell, 2023).

Cinquième concept : le système familial est apte à maintenir un équilibre entre le changement et la stabilité. Cela signifie que les familles sont des systèmes continuellement en changement, mais en mesure de créer un équilibre (homéostasie) entre les forces internes et externes qui les influencent (analogie du mobile) (Mehta et al., 2009; Pratt & Skelton, 2018; Shajani & Snell, 2023). Cependant, ce nouvel équilibre est différent de celui qui existait auparavant, puisqu'il y a une réorganisation au sein du système familial afin de l'atteindre (Shajani & Snell, 2023).

Sixième concept : les comportements des membres du système familial sont mieux compris dans une perspective de causalité circulaire. La causalité circulaire est la notion qui permet d'envisager une situation ou une problématique selon une perspective systémique. Cette perspective met l'accent sur l'interaction et la réciprocité dans les relations au sein du système familial (Pratt & Skelton, 2018; Shajani & Snell, 2023). Cela ramène l'idée selon laquelle les

comportements de chaque individu influent sur les comportements d'autres membres du système (Mehta et al., 2009; Shajani & Snell, 2023).

Les concepts fondamentaux de la théorie des systèmes mettent donc de l'avant l'aspect interactionnel entre les membres du système familial et l'influence qu'ils exercent les uns par rapport aux autres. Cette théorie considère la famille comme étant un système qui est à son tour composé de sous-systèmes et qui s'inscrit dans des suprasystèmes. La théorie des systèmes offre une perspective systémique qui a pour objectif d'aider le système familial à atteindre une stabilité, notamment en avançant que la famille est un ensemble interconnecté qui s'adapte aux changements provoqués par un problème de santé (Kaakinen, 2018).

Justification de l'utilisation de la théorie des systèmes

La théorie des systèmes est une théorie interactionnelle et holistique qui étudie les processus au sein des systèmes familiaux (Kaakinen, 2018). Cette théorie est particulièrement intéressée par l'interdépendance des membres d'un système (Bell, 2009; Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Segaric & Hall, 2005; Shajani & Snell, 2023; Utz et al., 2017), d'où son utilité pour comprendre l'impact de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence sur sa PPA. Dans ce contexte, il est considéré que l'aîné et sa PPA forment un sous-système au sein même du système familial. Ainsi, l'un des fondements de la théorie des systèmes est que toutes les parties du système familial sont interconnectées (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Dès lors, la détérioration de la condition clinique de l'aîné pour lequel un transfert vers l'urgence est nécessaire est le changement qui entraîne un déséquilibre au sein du système familial et qui affecte subséquemment sa PPA : « Any change in one member of the family affects all membres of the family » (Kaakinen, 2018, p. 38). Telle l'analogie du mobile, les PPA vivent alors les répercussions de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, notamment dans leurs rôles et responsabilités de PPA. Ces répercussions

peuvent donc générer des transitions chez les PPA, dont des transitions développementales, comme mentionné précédemment dans la section de la théorie des transitions. Cette réaction en chaîne est identifiée par Meleis et al. (2000) comme étant des transitions par rebond (*ripple effect*). Toutefois, la notion selon laquelle tous les membres du système familial sont interconnectés est moins abordée dans la théorie des transitions, d'où l'utilité d'ajouter la théorie des systèmes au cadre théorique.

Par ailleurs, par le biais de l'utilisation de cette théorie, l'aîné et sa PPA constituent un sous-système qui est à son tour compris dans des suprasystèmes, tels que la communauté (Bell, 2009; Kaakinen, 2018; Mehta et al., 2009; Segaric & Hall, 2005; Shajani & Snell, 2023; Utz et al., 2017). Cette théorie met donc de l'avant non seulement la réciprocité qui existe au sein même du système familial, mais également celle entre le système familial et son contexte, comme avec les professionnels de la santé, incluant le personnel infirmier. Cet aspect de réciprocité est moins bien représenté dans la théorie des transitions, d'où la pertinence d'ajouter la théorie des systèmes dans le contexte de ce projet de recherche doctorale.

Synthèse du chapitre

Dans ce chapitre, il a été question de présenter le cadre théorique du projet de recherche doctorale. Ce cadre comprend la théorie des transitions (Meleis et al., 2000), bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). La théorie des transitions demeure la théorie prédominante qui permet de mieux comprendre la problématique à l'étude et les liens qui la façonnent. La théorie des systèmes permet cependant de la compléter et de renforcer l'idée selon laquelle les aînés et leur PPA forment un sous-système dans lequel ils partagent une relation empreinte de réciprocité. Ceci met donc l'accent sur l'importance de considérer non seulement l'aîné dans le contexte de sa transition d'un ÉSLD vers l'urgence, mais également sa PPA, qui en subit alors les contrecoups.

Références

Bell, J. M. (2009). Family systems nursing: Re-examined. *Journal of Family Nursing*, *15*(2), 123-129. https://doi.org/10.1177/1074840709335533

Bohner, K. (2017). Theory description, critical reflection, and theory evaluation of the transitions theory of Meleis et al according to Chinn and Kramer (2011). *Advances in Nursing Science*, *40*(3), E1-E19. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000152

Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. Dans P. L. Chinn (dir.), *Nursing Research Methodology* (p. 237-257). Aspen Publication. https://core.ac.uk/download/pdf/76379712.pdf

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(6), 658-671. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x

Fitzpatrick, J. M. & Tzouvara, V. (2019). Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long-term care facility: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, *27*(3), e57-e81. https://doi.org/10.1111/hsc.12647

Hart, J. A. & Swenty, C. F. (2015). Understanding transitions to promote student success: A concept analysis. *Nursing forum*, *51*(3), 180-185. https://doi.org/10.1111/nuf.12136

Im, E. O. (2014). Theory of transitions. Dans M. J. Smith & P. R. Liehr (dir.), *Middle range theory for nursing* (3e éd., p. 253-276). Springer Publishing Company.

Joly, E. (2016). Integrating transition theory and bioecological theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(6), 1251-1262. https://doi.org/10.1111/jan.12939

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* (6e éd., p. 27-51). F. A. Davis Company.

Kralik, D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *55*(3), 320-329. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J. & Rönning, H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, *6*(3), 664-675. https://doi.org/10.1002/nop2.249

Ludin, S. M., Arbon, P. & Parker, S. (2013). Patients' transition in the intensive care units: Concept analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, *29*(4), 187-192. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001

Mehta, A., Cohen, S. R. & Chan, L. S. (2009). Palliative care: A need for a family systems approach. *Palliative and Supportive Care*, *7*(2), 235-243. https://doi.org/10.1017/S1478951509000303

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

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

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, *42*(6), 255-259. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7885855/

Olsson, K. & Ek, A.-C. (2002). Transition: How a concept has been used in nursing science. *Theoria, Journal of Nursing Theory*, *11*(4), 4-12.

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.refiri.2023.100290

Pratt, K. J. & Skelton, J. A. (2018). Family functioning and childhood obesity treatment: A family systems theory-informed approach. *Academic Pediatric Association*, *18*(6), 620-627. https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.001

Reedy, S. & Blum, K. (2010). Applying middle-range nursing theory to bariatric surgery patients: Experiencing transitions. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, *5*(1), 35-43. https://doi.org/10.1089/bar.2009.9940

Schumacher, K. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119-127. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Schumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Dans E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (dir.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (p. 1-26). Springer. https://engage-encourage.com/wp-content/uploads/2020/03/Helping-Elderly-Persons-in-Transition.pdf

Segaric, C. A. & Hall, W. A. (2005). The family theory-practice gap: A matter of clarity? *Nursing Inquiry*, *12*(3), 210-218. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2005.00270.x

Shajani, Z. & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions* (8e éd.). F. A. Davis

Storø, J. (2017). Which transition concept is useful for describing the process of young people leaving state care? A reflection on research and language. *European Journal of Social Work*, *20*(5), 770-781. https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1255879

Tate, K., Bailey, S., Deschenes, S., Grabusic, C. & Cummings, G. G. (2023). Factors influencing older persons' transitions to facility-based care settings: A scoping review. *The Gerontologist*, *63*(7), 1211-1227. https://doi.org/10.1093/geront/gnac091

Utz, R. L., Berg, C. A. & Butner, J. (2017). It's a family affair: Reflections about aging and health within a family context. *The Gerontologist*, *57*(1), 129-135. https://academic.oup.com/gerontologist/article/57/1/129/2632137?login=false

von Bertalanffy, L. (1950). The theory of open systems in physics and biology. *Science*, *111*(2872), 23-29. https://www.science.org/doi/10.1126/science.111.2872.23

von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. Dans G. J. Klir (dir.), *Trends in general systems theory* (p. 21-41). Wiley-Interscience.

von Bertalanffy, L. (1974). General systems theory and psychiatry. Dans S. Arieti (dir.), *American handbook of psychiatry* (p. 1095-1117). Basic Books.

Wright, L. & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille* (4e éd.). ERPI.

Zhan, L.-J., He, Y.-C., Liu, Q.-J., Pei, M.-Y. & Liu, X.-Y. (2022). Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. *Nursing Communications*, *6*(e2022016). https://doi.org/10.53388/IN2022016

Chapitre 3. Recension des écrits

Ce chapitre a pour objectif de faire l'état des connaissances au sujet de la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Ce chapitre présentera également le premier article de la thèse doctorale, soit l'examen de la portée réalisée sur l'expérience des familles[1] qui accompagnent un aîné à l'urgence. Afin de complémenter le contenu de l'article nº 1, une recension des écrits a été entreprise de façon à approfondir les autres dimensions de la problématique de recherche qui n'auraient pas été abordées dans l'examen de la portée. À ce titre, une recension des écrits sur la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, rédigée par la candidate au doctorat avec le soutien de sa direction de thèse, a été publiée en 2021 dans la revue *Soins d'urgence* qui est une revue professionnelle révisée par les pairs (voir annexe A) (Peguero-Rodriguez et al., 2021). N'ayant toutefois pas fait l'objet d'une entente préalable avec le comité de thèse, cet article ne peut donc pas faire officiellement partie de la thèse doctorale. Cet article se trouve cependant à l'annexe A pour consultation. Il y a d'ailleurs certains passages de cet article qui seront repris dans ce chapitre, mais dans lequel l'information et les références y seront mises à jour, le cas échéant.

Le chapitre débute donc avec la recension des écrits entreprise sur la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, suivi par la présentation de l'article nº 1 (examen de la portée). La recension des écrits couvre les éléments suivants, soit : 1) les facteurs influençant le processus décisionnel menant à la transition d'un aîné vers l'urgence, 2) le transfert de l'information entre les ÉSLD et les urgences, 3) les complications développées à l'urgence chez l'aîné hébergé suivant

[1] À ce stade de la thèse doctorale, l'emploi du terme « famille » a été privilégié pour le chapitre de la recension des écrits. Dans la littérature recensée, les termes employés varient allant de « family » à « carevigers » avec une prédominance du terme « family ». Ainsi, le terme « famille » a été utilisé pour demeurer congruent avec la littérature recensée. Ce terme englobe également les PPA.

leur transition d'un ÉSLD, et 4) les initiatives pour diminuer ou améliorer la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence (sous-section présentée après l'examen de la portée). La recension des écrits porte davantage sur les aînés et les professionnels de la santé, tandis que l'examen de la portée (article nº 1) aborde plutôt l'expérience des familles, notamment dans le contexte de l'accompagnement de l'aîné à l'urgence.

Méthode de recension des écrits

Afin de répertorier la littérature scientifique pertinente, quatre bases de données ont été consultées, soit : *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE, Scopus et *Google Scholar*. Les mots-clés suivants, ainsi que leurs équivalents, ont été utilisés dans les différentes bases de données avec l'opérateur booléen « AND » entre eux : « *emergency department* », « *long-term care facilities* », « *older adults* », et « *transition* ». Les articles ont été sélectionnés sur la base de leur pertinence afin de mieux comprendre le sujet à l'étude. Les articles en français et en anglais ont été considérés, étant les langues maîtrisées par la candidate au doctorat. Les articles scientifiques publiés dans la dernière décennie (2014 - 2024) ont été ciblés, de façon à offrir un portrait actuel de l'état des connaissances. Enfin, les références des articles sélectionnés ont également été consultées et retenues lorsque pertinentes. Au total 34 articles ont été inclus dans cette recension des écrits. Dans la recension des écrits précédemment publiée (Peguero-Rodriguez et al., 2021), 49 articles avaient été inclus et couvraient la période de 2009-2020 (voir annexe A). Certains articles se recoupent toutefois entre les deux recensions des écrits.

Cette section a uniquement présenté la stratégie de recherche employée pour effectuer la recension des écrits. La stratégie de recherche utilisée pour l'examen de la portée est décrite dans la section méthodologie de l'article nº 1 présenté à la fin de ce chapitre.

Facteurs influençant le processus décisionnel menant à la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence

Le processus décisionnel inhérent à la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est complexe, puisqu'il est influencé par plusieurs facteurs allant de la composition des équipes de soins à l'ÉSLD aux préférences des aînés et de leur famille. Au total, ce sont six principaux facteurs qui ont été identifiés dans la littérature scientifique comme exerçant une influence sur la décision de transférer un aîné vers l'urgence. Ces facteurs sont : 1) la présence et la qualité des soins infirmiers à l'ÉSLD, 2) la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS), 3) la communication entre les professionnels de la santé de l'ÉSLD, 4) les ressources matérielles au sein de l'ÉSLD, 5) les perceptions des aînés hébergés et leur famille quant aux soins offerts à l'ÉSLD, et 6) les caractéristiques et préférences des aînés hébergés. Ces facteurs seront décrits dans les prochaines sections.

1. Présence et la qualité des soins infirmiers à l'ÉSLD

Dans les ÉSLD, le personnel infirmier joue un rôle important dans la surveillance de l'état clinique des aînés, dans la détection rapide de signes de détérioration, ainsi que dans l'initiation et la gestion des interventions lors de situations d'urgence (Choi & Chang, 2022; Gurung et al., 2022; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Laging et al., 2015; O'Neill et al., 2015; O'Neill et al., 2017). Le personnel infirmier doit détenir des connaissances approfondies en gériatrie et les compétences nécessaires pour évaluer adéquatement les aînés et intervenir en conséquence (Choi & Chang, 2022; Curtis et al., 2021; Gurung et al., 2022; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Laging et al., 2015; O'Neill et al., 2015; O'Neill et al., 2017; Stokoe et al., 2016; Trahan et al., 2016). Trahan et al. (2016) ont justement soulevé, suivant un examen de la portée (n = 19 articles), que lorsque le personnel infirmier ne détient pas les connaissances ou les compétences nécessaires pour détecter rapidement des changements dans l'état de santé des aînés, ceci était alors associé à

des transferts qui auraient pu être évités[2]. Certains auteurs (Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; McGregor et al., 2014; Stephens et al., 2020) suggèrent que les ÉSLD qui sont dotés de professionnels hautement compétents (p. ex. IPS) et où le personnel infirmier, en nombre suffisant, est soutenu dans leur développement professionnel, présentent moins de transferts dit évitables ayant une meilleure capacité à détecter et à prendre en charge les aînés qui présentent des situations aiguës. Lorsque le personnel infirmier est moins nombreux, la surveillance des aînés s'en trouve compromise, et ceux nécessitant des soins plus accrus sont alors plus susceptibles d'être envoyés à l'urgence, afin de diminuer la charge de travail de l'équipe de soins, et ce, particulièrement la nuit (Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015). Laging et al. (2014), suivant une revue systématique (n = 17 études) sur les facteurs influençant la décision de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, relèvent justement que pour prendre une décision, le personnel soignant prend en considération leurs capacités à prendre en charge l'aîné, soit de déterminer s'ils estiment disposer de suffisamment de personnel qualifié pour répondre aux besoins de l'aîné dont son état s'est détérioré (Laging et al., 2014). Ainsi, si le personnel considère ne pas disposer du temps nécessaire pour s'occuper de l'aîné, cela justifie le fait de le transférer à l'urgence (Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2017).

Il a également été relevé que le personnel infirmier, bien qu'il possède un des plus hauts niveaux de compétence au sein de l'équipe de soins dans les ÉSLD, manque de confiance envers ses propres décisions cliniques et préfère alors que l'aîné soit transféré à l'urgence pour être « certain », plutôt que prendre le risque qu'il demeure à l'ÉSDL (Laging et al., 2014; Laging et al.,

[2] Aucun consensus n'existe quant à la définition de ce qu'est un transfert évitable entre les ÉSLD et l'urgence. Il est proposé qu'un transfert évitable est un transfert qui aurait pu être « évité » s'il y avait eu une détection ou une prise en charge précoce à l'ÉSLD, s'il y avait eu une meilleure communication au sein de l'équipe soignante à l'ÉSLD ou une meilleure prise en compte des volontés de l'aîné (p.ex. directives de soins anticipés) (Lemoyne et al., 2019; Trahan et al., 2016).

2015; Stephens et al., 2020). En effet, la peur des conséquences potentielles, notamment d'un point vu légal, si l'état clinique de l'aîné s'aggrave à l'ÉSLD, et ce, même si la décision de ne pas transférer est considérée bénéfique, peut tout de même mener à la décision de transférer l'aîné vers l'urgence (Laging et al., 2014; Marincowitz et al., 2022b). O'Neill et al. (2015) soulèvent que le personnel infirmier craint d'être poursuivi en justice concernant leurs décisions relatives au transfert à l'urgence. Ainsi, il préfère qu'un plan de soins clair et formel soit mis en place, autrement il aura tendance à envoyer l'aîné à l'urgence (O'Neill et al., 2015).

McGregor et al. (2014) indiquent dans leur étude de cohorte rétrospective réalisée en Colombie-Britannique, que les taux de transfert étaient significativement plus faibles dans les ÉSLD publics (p. ex. ceux appartenant à un centre de santé) que les ÉSLD privés à but lucratif ou non lucratif. Ces auteurs proposent que le nombre d'heures de soins directs donnés par le personnel infirmier, ainsi que la présence d'autres professionnels de la santé (p. ex. physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux) expliquent ce taux de transfert plus bas dans les ÉSLD publics (McGregor et al., 2014). Dwyer et al. (2015) évoquent également le fait qu'un faible ratio infirmière/résident, ainsi qu'une plus grande proportion de personnel soignant expérimenté dans les ÉSLD, étaient associés à une réduction des hospitalisations chez les aînés hébergés. De même, le nombre de transferts vers l'urgence sont diminués lorsque davantage d'infirmières ou d'infirmiers composent les équipes de soins, tandis qu'un ratio plus élevé d'aides-soignants versus d'infirmières ou d'infirmiers est plutôt associé à une augmentation des taux de transferts vers l'urgence (Dwyer et al., 2015). Enfin, un grand roulement de personnel est également associé à une augmentation des taux d'hospitalisation des aînés hébergés (Dwyer et al., 2015).

Par conséquent, un manque de connaissances et de compétences chez le personnel infirmier à reconnaitre des signes de détérioration dans l'état clinique de l'aîné et à intervenir, une planification inadéquate des soins par le personnel infirmier, ainsi qu'une inadéquation de la

dotation du personnel et des compétences détenues relatifs aux besoins des aînés de l'ÉSLD sont tous des facteurs pouvant contribuer à une augmentation des transferts d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence (Choi & Chang, 2022; Dwyer et al., 2015; Gurung et al., 2022; Laging et al., 2014; Laging et al., 2015; Lemoyne et al., 2019; McGregor et al., 2014; O'Neill et al., 2015; O'Neill et al., 2017; Trahan et al., 2016).

2. Disponibilité et l'accès à un médecin ou à une IPS

Il est suggéré, dans la littérature scientifique, que les ÉSLD où il est possible d'avoir accès en temps opportun à un médecin ou à une IPS sont associés à des taux de transfert qui sont plus faibles (Dwyer et al., 2015; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; McGregor et al., 2014; Searle et al., 2023; Stephens et al., 2020; Trahan et al., 2016). Suivant la réalisation d'un examen de la portée (n = 19 études) sur les facteurs contribuant au transfert des aînés des ÉSLD vers l'urgence, Trahan et al. (2016) constatent l'absence relative de médecin ou d'IPS dans les ÉSLD. Ainsi, il est proposé qu'une seule évaluation par un médecin ou une IPS pourrait potentiellement prévenir les transferts non nécessaires à l'urgence (Trahan et al., 2016). En effet, obtenir une évaluation médicale en temps opportun permet la formulation rapide d'un diagnostic et l'initiation d'un traitement au sein de l'ÉSLD, ce qui diminue généralement la nécessité de transférer l'aîné hébergé à l'urgence, à moins que les besoins de l'aîné excèdent les ressources disponibles au sein de l'ÉSLD (Curtis et al., 2021; Dwyer et al., 2015; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; McGregor et al., 2014).

Dwyer et al. (2015), après avoir réalisé une revue de la littérature (n = 78 études), estiment que la décision de transférer un aîné hébergé vers l'urgence est prise par le médecin dans 41 à 71 % des cas, mais dans seulement 11 à 41 % des cas, le médecin a préalablement évalué l'aîné avant le transfert (Dwyer et al., 2015). Ainsi, il ne suffit pas seulement d'avoir un médecin ou une IPS attitrés à l'ÉSLD ou à l'aîné, ces derniers doivent être accessibles et disponibles pour venir évaluer

l'aîné lors d'un changement dans sa condition clinique (Gurung et al., 2022; Laging et al., 2014; Trahan et al., 2016). Les participants (personnel infirmier d'ÉSLD et familles d'aînés hébergés) de l'étude de Stephens et al. (2020) ont également souligné le manque d'expertise médicale sur place, dans les ÉSLD, et l'ont souligné comme étant un facteur contributif au transfert des aînés vers l'urgence. Même constat tiré dans la revue systématique d'études qualitatives (n = 10 études) de Pulst et al. (2019) dans laquelle il a été soulevé que les familles déplorent le manque d'accès et de disponibilité des médecins dans les ÉSLD. En effet, les familles veulent discuter en personne avec le médecin, notamment quant aux objectifs de soins, et qu'il puisse lui-même évaluer l'aîné, autrement ceci mène vers une perte de confiance envers les soins offerts à l'ÉSLD et augmente conséquemment le risque de transferts vers l'urgence et d'hospitalisation (Pulst et al., 2019; Stephens et al., 2020). Marshall et al. (2016) ont observé une diminution de 36 % du nombre mensuel de transferts vers l'urgence de la clientèle hébergée suivant l'intégration du modèle « *Care by Design* » dans des ÉSLD de la province de la Nouvelle-Écosse au Canada. Ce modèle de soins prévoyait, entre autres, la présence d'un médecin omnipraticien par étage ou par unité d'un ÉSLD, des visites hebdomadaires planifiées et un service de garde 24 heures sur 24 (Marshall et al., 2016). Lemoyne et al. (2019) recommandent justement d'améliorer la disponibilité des médecins et des IPS pendant les heures ouvrables, mais également en dehors des heures ouvrables (soir et nuit) dans les ÉSLD, afin que les aînés puissent avoir accès rapidement à des soins médicaux appropriés et diminuer ainsi le nombre de transferts vers l'urgence.

Bref, la présence et l'accès en temps opportun à un médecin ou à une IPS au sein des ÉSLD, ainsi qu'un niveau d'expertise gériatrique de la part du médecin ou de l'IPS, améliorent les résultats cliniques auprès des aînés, réduisant ainsi les risques de transfert vers l'urgence (Dwyer et al., 2015; Gurung et al., 2022; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; Trahan et al., 2016).

3. Communication entre les professionnels de la santé de l'ÉSLD

La communication au sein de l'équipe de soins s'avère importante lorsqu'une décision doit être prise, comme celle de transférer un aîné vers l'urgence. Le personnel infirmier est généralement le principal intermédiaire entre l'aîné, sa famille et l'équipe médicale, mais il est souvent mis au défi lors de leurs interactions avec l'équipe médicale (Choi & Chang, 2022; Gurung et al., 2022; Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2015). Dans l'étude qualitative descriptive de Stephens et al. (2020), le personnel infirmier a indiqué qu'il doit aviser le médecin traitant lorsqu'il y a un changement dans la condition clinique d'un aîné à l'ÉSLD. Il considère toutefois que le rapport qu'il donne semble être ignoré ou n'est pas être pris au sérieux, ce qui entraîne des transferts à l'urgence qu'il considère comme étant inutiles (Gurung et al., 2022; Stephens et al., 2020). En effet, il semblerait que les médecins, qui souvent ne connaissent pas bien l'aîné ou qui sont trop occupés, réagissent à l'annonce d'un changement dans la condition clinique de celui-ci en demandant un transfert à l'urgence, bien que cela puisse aller à l'encontre de l'évaluation clinique de l'infirmière ou de l'infirmier, et ce, comme une façon de se prémunir contre toute éventualité (p. ex. plaintes) (Laging et al., 2014; Stephens et al., 2020). Le personnel infirmier vit de la frustration de ne pas être en mesure d'influencer la décision de transférer ou non l'aîné vers l'urgence et ne sent pas comme un acteur clé dans la prise de décision, ce qui peut parfois susciter un sentiment d'inutilité ou de sentir comme une « marionnette » (Gurung et al., 2022; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Stephens et al., 2020).

D'ailleurs, Laging et al. (2015), suivant une méta-analyse (n = 17 études), soulignent que lorsque le personnel infirmier considère qu'il n'est pas possible de prendre en charge l'état clinique de l'aîné à même l'ÉSLD, il met davantage l'accent, lors de leur communication avec le médecin, sur l'inconfort ressenti par l'aîné, sur le besoin d'obtenir rapidement un diagnostic et de solliciter une expertise externe. Dans le cas contraire, si le personnel infirmier se sent en mesure de prendre

en charge l'aîné à l'ÉSLD, il orientera alors leur message en mettant davantage de l'avant les avantages pour l'aîné de rester à l'ÉSLD (Laging et al., 2014; Laging et al., 2015). Par exemple, Stokoe et al. (2016) soulignent le fait que le personnel soignant des ÉSLD considèrent mieux connaître les aînés et comprennent mieux leurs besoins que le personnel soignant de l'urgence. O'Neill et al. (2015) soulignent également que le personnel infirmier utilise des techniques de communication persuasive et ciblée pour convaincre et influencer les familles et les médecins, selon la situation à laquelle il fait face. Enfin, Lemoyne et al. (2019) évoquent que le personnel infirmier se sent davantage en sécurité et en confiance lorsqu'il sait quand et comment il peut compter sur le médecin.

En contrepartie, il est également relevé que les médecins se sentent parfois frustrés par le manque d'information objective qui leur est transmis par le personnel soignant des ÉSLD, ce qui augmente la probabilité que ces derniers demandent un transfert vers l'urgence (Laging et al., 2014; Trahan et al., 2016). Stephens et al. (2020) soulèvent d'ailleurs que la confiance que les médecins des ÉSLD accordent aux évaluations du personnel infirmier dépend de la connaissance de celui-ci envers la personne qui lui transmet le rapport, et les médecins soulignent par le fait même les incohérences au niveau de la qualité des évaluations cliniques effectuées et des détails qui leur sont fournis.

Il est donc proposé que l'amélioration de la communication, et conséquemment de la collaboration, entre les médecins et le personnel soignant des ÉSLD permettrait de réduire le nombre de transferts dits évitables vers l'urgence (Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020). Lorsque les soins sont bien organisés et que davantage de ressources sont disponibles, le personnel infirmier est d'ailleurs mieux outillé pour gérer les situations aiguës (Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020).

4. Ressources matérielles au sein de l'ÉSLD

Dans la littérature scientifique, il est soulevé qu'il existe une grande variabilité dans la présence d'équipements pour diagnostiquer ou traiter les problèmes de santé aiguë des aînés hébergés, ce qui peut s'avérer être un obstacle majeur à la prestation de soins de qualité en temps opportun à même les ÉSLD (Laging et al., 2014; Trahan et al., 2016). En termes d'équipements, il est, par exemple, question d'avoir accès à un électrocardiogramme (ECG), à du matériel pour procéder à des analyses sanguines, avoir accès à de la radiologie, à la pharmacie, etc. (Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2015). Ainsi, lorsque l'acuité des soins dépasse les capacités du milieu, un transfert à l'urgence est généralement nécessaire (Laging et al., 2014; Trahan et al., 2016). O'Neill et al. (2015), suivant une revue systématique d'études qualitatives (n = 7 études) sur les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD, soulèvent qu'en l'absence d'équipement et de ressources appropriés, il est difficile pour le personnel infirmier de collecter des informations pour étayer leurs décisions cliniques et entravent donc leur capacité de prise de décision. Le personnel infirmier considère que l'accès à certains équipements (p. ex. la capacité d'obtenir des analyses sanguines) empêcherait le transfert de certains aînés hébergés vers l'urgence (Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2015; O'Neill et al., 2017).

5. Perceptions des aînés hébergés et de leur famille quant aux soins offerts à l'ÉSLD

Les perceptions des aînés et de leur famille quant aux soins offerts à l'ÉSLD peuvent avoir un impact sur l'incidence des transferts vers l'urgence. Par exemple, il est soulevé dans la littérature scientifique que lorsque les familles n'ont pas confiance envers les soins prodigués au sein de l'ÉSLD ou lorsqu'elles perçoivent un manque de personnel ou de ressources adéquates, elles ont davantage tendance à demander un transfert vers l'urgence, et ce, même si cela n'est pas recommandé par l'équipe soignante ou que ceci ne respecte pas les directives de soins qui ont été préalablement établis (p. ex. niveau d'intervention médicale [NIM], directives médicales

anticipées, etc.) (Curtis et al., 2021; Marincowitz et al., 2022b; Pulst et al., 2019; Stephens et al., 2020; Stephens et al., 2015; Trahan et al., 2016). Suivant une revue systématique d'études qualitatives (n = 10 études), Curtis et al. (2021) soulignent également que les aînés hébergés n'ont parfois pas confiance envers les soins dispensés à l'ÉSLD, soulignant ne pas se sentir en sécurité, surtout lorsque leur état de santé se détériore. Ces auteurs mentionnent que les aînés hébergés avaient de la difficulté à convaincre le personnel infirmier qu'ils étaient malades et, conséquemment, ne se sentaient pas pris au sérieux (Curtis et al., 2021). Les aînés et leur famille étaient d'ailleurs ambivalents quant au transfert vers l'urgence; d'une part, certains désiraient demeurer à l'ÉSLD, tandis que d'autres se sentaient plus en sécurité à l'idée d'aller l'urgence (Curtis et al., 2021). Il est noté que les familles ont l'impression que l'aîné recevra de meilleurs soins à l'urgence et considèrent la disponibilité de l'équipement médical et l'infrastructure de l'urgence comme étant avantageuses (p. ex. accès à des analyses sanguines avec les résultats dans la même journée) (Curtis et al., 2021; Pulst et al., 2019; Stephens et al., 2020; Stephens et al., 2015).

Une étude qualitative menée par Arendts et al. (2015) auprès d'aînés hébergés (n = 11), de membres de la famille (n = 14) et de membres de l'équipe soignante (n = 17), soulèvent que les familles préfèrent généralement éviter une hospitalisation, mais considèrent parfois que c'est l'unique alternative compte tenu le manque de services offerts dans l'ÉSLD. Stephens et al. (2015, 2020) avancent que les familles ne semblent pas bien informées du pronostic de l'aîné et des différentes options disponibles au sein de l'ÉSLD d'où leur perception que la meilleure option demeure le transfert vers l'urgence. Laging et al. (2014) indiquent que les familles peuvent percevoir le fait de ne pas transférer l'aîné vers l'urgence comme étant de la négligence ou elles désirent offrir les meilleurs soins possibles à leur aîné ou encore elles sont dans un état de panique et demandent alors le transfert.

Les familles détiennent donc une position de pouvoir dans la décision de transférer un aîné vers l'urgence (Gurung et al., 2022; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Marincowitz et al., 2022b; O'Neill et al., 2015; Stephens et al., 2020; Stephens et al., 2015). Marincowitz et al. (2022b) soulèvent que lorsque les familles demeurent loin de l'ÉSLD et qu'elles sont seulement contactés par le personnel soignant de l'ÉSLD lorsqu'il y a une détérioration de la condition clinique de l'aîné hébergé, elles ont davantage tendance à demander un transfert vers l'urgence, puisqu'elles perçoivent, tel qu'énoncé plus haut, l'urgence comme étant plus sécuritaire (Curtis et al., 2021; Pulst et al., 2019). Il peut donc y avoir des préférences conflictuelles entre ce que les familles désirent et ce qui est recommandé par l'équipe soignante, menant parfois les familles a « forcé la main » de l'équipe soignante pour que le transfert vers l'urgence ait lieu (Curtis et al., 2021; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Marincowitz et al., 2022b; Pulst et al., 2019). Gurung et al. (2022) décrit le processus de prise de décision comme une façon de « rendre la famille heureuse », ce qui implique que le personnel soignant des ÉSLD était davantage soucieux des souhaits de la famille que d'agir dans le meilleur intérêt de l'aîné. Il est d'ailleurs soulevé que par crainte de poursuites judiciaires pour des raisons médico-légales, les équipes de soins vont souvent procéder au transfert des aînés vers l'urgence, et ce, même si cela n'est pas recommandé sur le plan clinique (p. ex. aîné en fin de vie) (Lemoyne et al., 2019; Marincowitz et al., 2022b). Dans certaines situations, les familles peuvent se sentir inconfortables à prendre une décision, surtout dans un contexte de soins de fin de vie, et pour cette raison, certaines vont plutôt « déléguer » cette décision aux professionnels de la santé (Marincowitz et al., 2022b; Pulst et al., 2019).

En contrepartie, lorsque les familles perçoivent positivement les soins quotidiens dispensés à l'ÉSLD et considèrent que les besoins des aînés sont bien répondus, elles ont davantage confiance envers l'équipe soignante, ce qui semble être un facteur permettant d'éviter des hospitalisations (Pulst et al., 2019). En effet, les relations positives entre les aînés hébergés, leur famille et les

équipes soignantes conduisent vers de meilleurs soins et vers un sentiment de sécurité pour les aînés et leurs familles (Curtis et al., 2021).

6. Caractéristiques et préférences des aînés hébergés

Dans la littérature scientifique, certaines caractéristiques propres aux aînés hébergés sont associées à des transferts vers l'urgence plus fréquents. Par exemple, les aînés atteints d'un trouble neurocognitif semblent présenter un risque plus élevé d'être transféré à l'urgence ou d'être hospitalisé pour une maladie aiguë comparativement aux aînés qui ne sont pas atteints d'un trouble neurocognitif (Dwyer et al., 2015; Marincowitz et al., 2022a). Ceci peut toutefois varier selon les ÉSLD et leur capacité de soins, puisqu'il est également observé que les aînés qui ont un trouble neurocognitif avancé semblent toutefois être moins souvent transférés à l'urgence (Dwyer et al., 2015). Il a également été rapporté que les aînés qui ont des dispositifs médicaux permanents à demeure, telles que des cathéters urinaires à demeure ou des sondes d'alimentation, sont plus susceptibles d'être transférés à l'urgence (Dwyer et al., 2015; Marincowitz et al., 2022a). C'est le même scénario pour les aînés qui ont de nombreuses comorbidités (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale) : ceux-ci sont plus à risque d'être transférés à l'urgence et d'être subséquemment hospitalisés (Dwyer et al., 2015; Marincowitz et al., 2022a). Les aînés des ÉSLD sont également plus à risque de vivre un transfert vers l'urgence s'ils ont un faible indice de masse corporelle, ont des plaies de pression, souffrent de trouble de déglutition ou ont une dépendance fonctionnelle accrue (Dwyer et al., 2015). De même, la polypharmacie, l'utilisation d'anxiolytiques et d'hypnotiques, ainsi que l'introduction récente d'un nouveau médicament sont toutes associées à un risque plus élevé de transfert vers l'urgence (Dwyer et al., 2015; Marincowitz et al., 2022a). Sans être directement associé à l'aîné hébergé, le changement de saison semble également avoir une incidence sur les

transferts. En effet, il semblerait avoir une hausse des transferts vers l'urgence pendant l'hiver (p. ex. augmentation des chutes) (Dwyer et al., 2015).

En ce qui concerne les préférences des aînés, le fait d'établir d'avance les soins médicaux souhaités, ainsi que les directives de soins anticipés (p. ex. NIM) est essentiel afin d'orienter les décisions médicales (Dwyer et al., 2015; Gurung et al., 2022; Lemoyne et al., 2019). Afin de déterminer ces directives, une discussion entre l'aîné (ou son représentant légal), sa famille et le médecin traitant doit être tenue, afin que les informations sur le pronostic, les complications attendues et les options de traitement possibles soient présentés et discutées (Dwyer et al., 2015). Par conséquent, dans la littérature, il est observé que la présence de directives de soins anticipées (p. ex. NIM) réduit la probabilité d'un transfert vers l'urgence pour un traitement aigu et le risque que l'aîné décède à l'hôpital (Dwyer et al., 2015; Lemoyne et al., 2019; Marincowitz et al., 2022a; Martin et al., 2016; Searle et al., 2023). Dwyer et al. (2015) proposent même que la prévalence de directives de soins anticipés dans un ÉSLD puisse être considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Selon une revue systématique (n = 13 études) menée par Martin et al. (2016), les directives de soins anticipés (p. ex. NIM) peuvent diminuer le taux d'hospitalisation des aînés des ÉSLD de l'ordre de 9 à 26 %, et augmentent l'incidence que les aînés décèdent à l'ÉSLD (augmentation de 29 à 40 % dans certaines études), soit à l'endroit où ils désirent décéder, et ce, sans une augmentation de la mortalité globale. Par conséquent, les directives de soins anticipés semblent avoir des effets bénéfiques sur la réduction des transferts vers l'urgence, mais ultimement elles sont bénéfiques puisqu'elles permettent de respecter les souhaits des aînés et d'éviter des hospitalisations et des traitements qui ne sont pas souhaités (Martin et al., 2016; Searle et al., 2023).

Malgré la présence de directrices de soins anticipés, il est évoqué que les équipes de soins ressentent parfois de la pression des familles, lorsque l'aîné est mourant, afin d'obtenir des traitements actifs, dont un transfert vers l'urgence (Lemoyne et al., 2019). Les familles ont souvent

des attentes irréalistes quant à l'issue de la réanimation (Laging et al., 2014). Ainsi, il est impératif que les proches soient bien informés des décisions de fin de vie de leur aîné et ce qu'elles impliquent (Lemoyne et al., 2019).

Enfin, Marincowitz et al. (2022b) ont réalisé une revue de revues qualitatives (n = 6; couvrant 34 études primaires) et dénotent une hiérarchie dans le processus décisionnel menant au transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, au détriment de certains acteurs clés dont les aînés eux-mêmes. Bien qu'idéalement, cette décision devrait être une décision qui implique à la fois l'aîné, sa famille et le personnel soignant, les aînés estiment ne pas toujours être consultés (Curtis et al., 2021; Laging et al., 2014). Arendts et al. (2015) révèlent justement que les aînés ont un sentiment de résignation, puisqu'ils considèrent n'avoir aucun impact sur la décision de transférer ou non.

Synthèse des facteurs

Pour conclure, il existe six principaux facteurs qui peuvent influencer la décision de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Le niveau de compétences du personnel soignant des ÉSLD, la disponibilité de l'expertise médicale, la communication au sein de l'équipe de soins, les ressources matérielles, les relations partagées entre l'équipe de soins, l'aîné et sa famille, ainsi que les souhaits de l'aîné et de sa famille sont tous des facteurs à considérer (Dwyer et al., 2015; Lemoyne et al., 2019; Marincowitz et al., 2022a; Marincowitz et al., 2022b; Trahan et al., 2016). Outre ces facteurs, il existe également des caractéristiques propres aux aînés qui sont associés à des transferts plus fréquents vers l'urgence, comme ceux qui possèdent plusieurs comorbidités ou qui ont des dispositifs médicaux à demeure (p. ex. cathéter urinaire à demeure) (Dwyer et al., 2015; Marincowitz et al., 2022a). Les facteurs individuels sont également importants à considérer, étant facilement identifiables, notamment dans les dossiers médicaux, et peuvent servir à stratifier le risque des aînés hébergés à être transféré à l'urgence et permettre la mise en œuvre de stratégies

ciblées visant la réduction des risques de détérioration aiguë de leur condition clinique (p. ex. augmentation des visites médicales) (Dwyer et al., 2015).

La décision de transférer un aîné hébergé vers l'urgence s'avère être un processus complexe dans lequel plusieurs facteurs modifiables (p. ex. niveau de formation du personnel soignant des ÉSLD communication interprofessionnelle) et non modifiables (p. ex. présence de comorbidités chez l'aîné) sont continuellement en interaction. Dwyer et al. (2015) indiquent que les taux de transfert varient considérablement entre les ÉLSD, avec des taux annuels allant de 15 % à 75 %, ce qui suggère que les caractéristiques propres aux différents ÉSLD influencent grandement la façon dont ceux-ci peuvent prévenir la détérioration clinique des aînés hébergés ou leur capacité à les prendre en charge, le cas échéant.

Transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence

Une fois la décision prise de transférer l'aîné vers l'urgence, la littérature scientifique consultée évoque à maintes reprises les lacunes relatives au transfert de l'information entre les ÉSLD et l'urgence, ce qui s'avère être un obstacle majeur à la qualité des soins prodigués (Dale et al., 2020; Dallaire et al., 2018; Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; O'Neill et al., 2017; O'Reilly et al., 2019; Stokoe et al., 2016; Tate et al., 2023). Il faut considérer que le transfert des aînés des ÉSLD vers l'urgence se fait souvent dans un contexte d'urgence, effectué à la hâte, accompagné d'une documentation écrite à la main ou électronique qui ne parvient pas toujours entre les mains du personnel de l'urgence (Dale et al., 2020; O'Reilly et al., 2019). Dans ces circonstances, la continuité des soins et la communication s'avèrent particulièrement difficiles compte tenu de la présence de plusieurs intervenants à des stades différents de la transition (p. ex. personnel soignant à l'ÉSDL, les techniciens ambulanciers paramédicaux et le personnel soignant de l'urgence) (Tate et al., 2023). Les familles des aînés hébergés constatent également les lacunes qui existent dans le transfert de l'information. Dans l'étude d'Abrahamson et al. (2016), les familles

ont qualifié la communication entre les ÉSLD et l'urgence de « *poor* » (mauvaise) et de « *disjointed* » (décousue).

Les prochaines sections aborderont l'importance du transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence, les lacunes associées au transfert de l'information, les conséquences possibles d'un transfert inadéquat de l'information, ainsi que les recommandations retrouvées dans la littérature afin d'améliorer le transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence.

Importance du transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence

Dans un contexte d'urgence, l'histoire du patient et les données pertinentes qui ont mené au transfert doivent être rapidement accessibles, lisibles et organisées de façon concise (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; O'Reilly et al., 2019; Tate et al., 2023). En fait, l'information doit être accessible par le personnel soignant de l'urgence dès l'arrivée de l'aîné à l'urgence (Griffiths et al., 2014). Cela permet au personnel soignant de l'urgence d'intervenir de façon optimale et de diminuer l'ambiguïté des actions à entreprendre (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Reilly et al., 2019; Tate et al., 2023). En effet, des interventions rapides doivent être entreprises par un personnel soignant qui ne connaît pas l'état habituel de l'aîné ni ses désirs (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014). Les troubles cognitifs, les différents déficits fonctionnels (p. ex. vision et audition), ainsi que l'absence d'un membre de la famille sont des facteurs qui rendent difficile l'accès à une histoire de santé complète et au fil des évènements précis qui ont précédé le transfert (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Tate et al., 2023). La recherche et la clarification de l'information par le personnel soignant de l'urgence affectent subséquemment le trajet du patient à l'urgence en augmentant à la fois le délai pour les traitements et le temps de séjour, ce qui diminue la qualité des soins offerts aux aînés (Dwyer et al., 2014; Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Neill et al., 2015; Tate et al., 2023).

Par ailleurs, puisque les aînés peuvent présenter des symptômes peu spécifiques ou atypiques d'un problème de santé pouvant avoir de sérieuses répercussions (p. ex. infarctus du myocarde), il est d'autant plus important que la documentation transmise soit précise et comporte des informations pertinentes pour guider les soins (Gettel et al., 2019; O'Reilly et al., 2019; Tate et al., 2023). Tate et al. (2023) découragent l'utilisation de descripteurs vagues (p. ex. changement soudain dans la condition physique) comme raison principale menant au transfert, mais plutôt de spécifier les signes ou les symptômes spécifiques qui sont préoccupants.

Lacunes associées au transfert de l'information des ÉLSD vers l'urgence

Dallaire et al. (2018), suivant une revue de la littérature (n = 19 études), indiquent que les moyens de communication entre les ÉSLD et l'urgence sont jugés inefficaces. Ces auteures décrivent que « seulement 35 % du personnel des [ÉSLD] et les ambulanciers rapporteraient l'information complète au personnel des urgences » (p. 114). Tate et al. (2023), après avoir analysé 637 transferts entre des ÉSLD et des urgences dans deux villes canadiennes (Kelowna, Colombie-Britannique et Edmonton, Alberta), constatent que plus du tiers des transferts étudiés présentaient des problèmes d'incohérences entre la documentation qui provenait des ÉSLD, des services paramédicaux et de l'urgence. Dallaire et al. (2018) rapportent que les informations les plus souvent manquantes dans la documentation qui accompagne les transferts sont l'évaluation des fonctions cognitives et des capacités de communication de l'aîné, les signes vitaux, les directives de soins anticipés (p. ex. NIM), la liste de médicaments, les données relatives aux activités de la vie quotidienne, le degré de mobilité et la raison de transfert. Dans une revue de dossier rétrospective de Morphet et al. (2014), réalisée en Australie auprès de 408 dossiers d'aînés hébergés ayant été transférés à l'urgence, il a été constaté que l'information suivante était manquante : les directives de soins anticipés (78 %), les signes vitaux au moment de la plainte (70 %), l'état mental usuel (60 %), et la raison de transfert (48 %). Dans cette même étude, un quart des aînés hébergés (n =

97) sont arrivés à l'urgence sans aucune documentation et seulement 5 % des cas étudiés présentaient les sept informations considérées essentielles à transmettre, soit : la raison de transfert, le passé médical, la liste de médicament, l'état mental usuel, les directives de soins anticipées, les signes vitaux au moment de la plainte, et les coordonnées du médecin traitant (Morphet et al., 2014).

Plus récemment, suivant une étude rétrospective de 474 transferts entre des ÉSLD et des urgences dans l'état du Rhode Island aux États-Unis, Gettel et al. (2019) soulèvent que plus de la majorité des documents de transfert manquaient ces informations : le statut fonctionnel (80 %), l'état mental usuel de l'aîné (75 %), et la raison de transfert (75 %). Suivant une revue de la littérature (n = 7 études) sur la documentation qui accompagne les aînés hébergés qui sont transférés des ÉSLD vers l'urgence, Griffiths et al. (2014) soulignent des lacunes en matière de documentation et soulèvent que certaines caractéristiques sont associées à une documentation incomplète, comme lorsque celle-ci accompagne un aîné ayant un diagnostic de démence, qui réside depuis peu à l'ÉSLD ou lorsque le transfert est effectué en dehors des heures ouvrables.

Conséquences d'un transfert inadéquat de l'information des ÉSLD vers l'urgence

Lorsque le transfert de l'information est inadéquat, les aînés sont alors plus à risque de souffrir d'erreur de médication ou encore de subir des investigations et des interventions qui ne correspondent pas à leur niveau de soins ni à leurs désirs (Dale et al., 2020; Dwyer et al., 2015; Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014). Par ailleurs, plus la raison de transfert identifiée à l'ÉSLD est précise et détaillée, plus le personnel de l'urgence sera à même de fournir de meilleurs soins (Tate et al., 2023). Par exemple, un aîné hébergé peut être transféré avec comme raison principale la « chute ». Toutefois, l'aîné pourrait être transféré, parce qu'il est à risque de complications suivant la chute (p. ex. chute avec impact crânien sous anticoagulant) ou parce qu'il présente des conséquences de la chute (p. ex. fracture). Cependant, il pourrait également être transféré pour les

raisons qui ont mené à la chute (p. ex. syncope avant la chute). Cette nuance est importante à apporter, puisque les actions entreprises à l'urgence ne seront pas les mêmes. Gettel et al. (2019) soulèvent également que bien que les formulaires standardisés soient souvent utilisés pour le transfert de l'information, ceux-ci ne contiennent pas toujours les informations nécessaires (p. ex. état mental usuel) pour permettre à l'équipe soignante de l'urgence de prendre des décisions ou à l'équipe médicale de formuler un diagnostic (p. ex. il faut connaître l'état mental usuel avant de pouvoir diagnostiquer un délirium). Morphet et al. (2014) démontrent justement dans leur étude que les aînés des ÉSLD qui se présentaient à l'urgence dans un état confusionnel, et dont l'information sur leur état mental usuel était manquante, étaient deux fois plus susceptibles de passer une tomodensitométrie cérébrale, et avaient un séjour à l'urgence de près d'une heure et demie plus long que les aînés des ÉSLD qui présentaient un état confusionnel, mais dont l'information sur leur état mental usuel était fournie.

Recommandations pour un transfert adéquat de l'information des ÉSLD vers l'urgence

Afin de procéder à un transfert adéquat de l'information entre les ÉSLD et l'urgence, l'information jugée nécessaire à transmettre au personnel de l'urgence est : la raison de transfert, l'état de base de l'aîné hébergé (p. ex. état mental usuel, activités de la vie quotidienne et de la vie domestique), les changements récents dans la médication, la liste de médicaments, les antécédents médicaux, dont les troubles cognitifs, les données de surveillance pertinentes à la raison de transfert (p. ex. signes vitaux, résultats d'analyse de laboratoire, etc.), les directives de soins avancées (p. ex. NIM), les coordonnées de la famille ou du représentant légal (le cas échéant), ainsi que de l'équipe soignante de l'ÉSLD (Dale et al., 2020; Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; O'Reilly et al., 2019). L'usage d'une documentation standardisée, facile d'utilisation, est recommandé afin d'améliorer le transfert de l'information, notamment par l'usage de documents électroniques avec des sections obligatoires, afin de diminuer l'ambiguïté de l'information à transmettre et les erreurs

de médications potentielles (Gettel et al., 2019; O'Reilly et al., 2019; Tate et al., 2023). O'Reilly et al. (2019) recommandent également une hiérarchisation de l'information contenue dans le document de transfert, c'est-à-dire de disposer l'information essentielle à la prise en charge initiale de l'aîné hébergé à l'urgence sur la première page du document, afin qu'elle soit facilement accessible par le personnel soignant de l'urgence. Selon Griffiths et al. (2014), l'information essentielle inclut : la raison de transfert, l'état mental usuel, les directives de soins anticipées, la médication actuelle, et les antécédents médicaux. Malgré tout, il n'existe toutefois pas de consensus dans la littérature scientifique sur ce que constitue l'information essentielle à transmettre à l'urgence (Dallaire et al., 2018; Griffiths et al., 2014; O'Reilly et al., 2019).

Tate et al. (2023) recommandent d'ailleurs que de futurs projets de recherche s'attardent sur la formation conjointe du personnel des ÉSLD, des urgences et des services paramédicaux pour favoriser une compréhension commune des améliorations à apporter dans la documentation, ainsi qu'à améliorer la relation que partagent ces différents intervenants (Tate et al., 2023). En effet, il est soulevé que le personnel paramédical et des urgences ne comprennent pas toujours la raison pour laquelle l'aîné a été transféré, et cela créée parfois des tensions avec le personnel soignant des ÉSLD qui se sent inconfortable à toujours avoir à se justifier (Gurung et al., 2022; Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; O'Neill et al., 2017).

Synthèse

Le transfert adéquat de l'information des ÉSLD vers l'urgence est primordial afin d'assurer la continuité des soins. Une documentation insuffisante génère des incohérences tout au long de la transition de l'aîné hébergé et a un impact négatif sur les aînés (p. ex. hausse d'investigations non désirées) (Morphet et al., 2014; Stokoe et al., 2016; Tate et al., 2023). Il est établi que le personnel soignant de l'urgence doit obtenir en temps opportun l'information pertinente, afin de pouvoir agir de façon sécuritaire et optimale (Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014). Enfin, quelle que soit

l'excellence des soins offerts à l'ÉSLD ou à l'urgence, si le transfert de l'information n'est pas adéquat, la qualité des soins en sera affectée (Dale et al., 2020).

Initiatives pour diminuer ou améliorer la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence

Compte tenu des problématiques qui accompagnent les transitions des aînés hébergés vers l'urgence, diverses initiatives sont proposées depuis quelques années afin d'améliorer le déroulement des transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence, ainsi que pour les diminuer (Tate et al., 2024).

Initiatives pour améliorer les transitions

Les diverses initiatives afin d'améliorer les transitions se concentrent davantage autour de l'amélioration de la communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence, notamment par l'utilisation de formulaires standardisés (idéalement électroniques) dans lesquels l'information nécessaire et pertinente y est insérée lors des transferts (Gettel et al., 2019; Gettel et al., 2020; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Neill et al., 2015; O'Reilly et al., 2019; Tate et al., 2024; Tate et al., 2023). De plus, la formation continue du personnel soignant des ÉSLD est également soulevé comme moyen d'améliorer le déroulement des transferts, mais ayant le potentiel de les réduire (Choi & Chang, 2022; Gurung et al., 2022; Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015). La formation continue du personnel soignant des ÉSLD est essentielle afin qu'il puisse acquérir et perfectionner leurs connaissances et leurs compétences relatives aux signes précurseurs d'un état d'exacerbation, aux modalités de l'évaluation clinique et aux bonnes pratiques à l'égard du transfert de l'information (Choi & Chang, 2022; Dwyer et al., 2015; Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015; O'Neill et al., 2017). De plus, afin de soutenir le personnel infirmier des ÉSLD dans leur processus décisionnel, il a été soulevé que ce dernier serait plus facile si un plan était préalablement établi pour chaque résident. La présence de protocoles ou d'algorithmes d'aide

décisionnelle pourrait aider à réduire l'incertitude (Dwyer et al., 2015; O'Neill et al., 2015; Stokoe et al., 2016).

Tate et al. (2024), après avoir réalisé un examen de la portée (n = 28) sur les stratégies pour améliorer les transitions des aînés des ÉSLD vers l'urgence, soulignent qu'il y a davantage d'accent mis dans la littérature scientifique à propos des stratégies qui peuvent diminuer ces transitions plutôt que celles pouvant les améliorer, le cas échéant.

Initiatives pour diminuer le nombre de transitions

Afin de diminuer le nombre de transferts, de nombreuses pistes de solution sont suggérées. Dans une revue systématique (n = 43 études), Searle et al. (2023) ont étudié l'efficacité de cinq interventions pour diminuer les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence ou leur hospitalisation, soit : 1) les directives de soins anticipées (p. ex. NIM); 2) la vaccination contre l'influenza; 3) les pratiques de prescription (p. ex. révision de la médication); 4) la présence d'IPS ou d'infirmières spécialisées dans les ÉSLD; et 5) l'offre de soins additionnels (p. ex. soins palliatifs) dans les ÉSLD. Ces auteurs (Searle et al., 2023) concluent que les directives de soins anticipées semblent être efficaces pour réduire les hospitalisations des aînés hébergés. Les autres interventions semblaient également efficaces pour réduire les hospitalisations, mais les études présentaient davantage de risque de biais selon ces auteurs (Searle et al., 2023). Par ailleurs, Searle et al. (2023) mentionnent avoir identifié peu d'études comparatives entre ces interventions, ce qui limite la possibilité de se prononcer sur la supériorité d'une de ces interventions par rapport à l'autre. Toutefois, compte tenu des multiples facteurs qui peuvent influencer le transfert des aînés des ÉSLD vers l'urgence, il est plutôt probable que plusieurs interventions différentes soient nécessaires pour les diminuer qu'une seule et même intervention (Searle et al., 2023).

Dans les dernières années, des programmes de soins ont vu le jour. C'est le cas du programme « *Interventions to Reduce Acute Care Transfers* » (INTERACT) qui a reçu beaucoup

d'attention aux États-Unis puisqu'il a le potentiel de réduire les transferts des aînés hébergés vers l'urgence (Tate et al., 2024). Ce programme propose des outils cliniques et une démarche structurée pour détecter de façon précoce une détérioration dans la condition clinique d'un aîné hébergé afin de diminuer les transferts dits évitables (Kane et al., 2017). INTERACT se caractérise par trois principes, soit : 1) reconnaître et gérer les affections aiguës avant qu'elles ne deviennent suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation; 2) fournir des outils de communication, de documentation et d'aide à la prise de décision afin de permettre une prise en charge efficace des situations cliniques au sein des ÉSLD sans admission à l'hôpital; et 3) mettre l'accent sur la planification des directives de soins anticipées et des soins palliatifs afin d'encourager les discussions sur les objectifs de soins et réduire les hospitalisations des aînés atteints d'une maladie en phase terminale (Kane et al., 2017; Lemoyne et al., 2019). Malgré une réduction des hospitalisations constatée dans les études pilotes, Kane et al. (2017), dans leur étude randomisée (implantation du programme INTERACT dans 33 ÉSLD et 52 ÉSLD dans le groupe témoin), n'ont pas dénoté de différences statistiquement significatives dans la réduction des hospitalisations des aînés hébergés et dans les visites à l'urgence sans admission. Ces auteurs proposent certains facteurs qui auraient nui à l'efficacité du programme comme la nature de la formation et du soutien offert à la mise en œuvre du programme, la qualité du personnel soignant des ÉSLD et des soins médicaux, ainsi que les différents degrés de motivation du personnel des ÉSLD à réellement réduire les hospitalisations et les visites à l'urgence (Kane et al., 2017). Certains obstacles à la mise en œuvre du programme ont également été soulevés comme le manque de ressources, la résistance du personnel soignant des ÉSLD, et l'instabilité dans le leadership des ÉSLD (Kane et al., 2017). Les facteurs facilitateurs à l'implantation du programme seraient l'implication de l'ensemble de l'organisation, une supervision et une formation adéquate, ainsi qu'un soutien au leadership (Kane et al., 2017).

Par ailleurs, d'autres initiatives voient également le jour, comme le programme « *Hospital in the Nursing Home* (HiNH) » en Australie, testé dans l'étude de Fan et al. (2016), où une équipe répondante composée d'infirmières et d'infirmiers d'urgence travaille en partenariat et en collaboration avec le personnel soignant des ÉSLD. Ce programme est caractérisé par quatre principes fondamentaux : 1) affecter du personnel clinique à la prise en charge des aînés hébergés présentant des symptômes aigus réels ou potentiels qui nécessiteraient un transfert à l'urgence; 2) offrir un soutien et de la formation continue au personnel soignant des ÉSLD et aux médecins généralistes afin d'améliorer leur capacité à fournir des soins médicaux aigus aux aînés hébergés; 3) chercher à obtenir rapidement, au début du transfert à l'urgence, l'expertise médicale et infirmière à l'urgence pour faciliter la discussion et la communication entre les familles, le personnel soignant des ÉSLD, et les médecins généralistes, afin de faciliter les transitions et la prise en charge du problème de santé; et 4) coordonner le congé des aînés hébergés à l'urgence ou des unités d'hospitalisation (Fan et al., 2016). Suivant leur étude quasi-expérimentale, Fan et al. (2016) estiment que le programme HiNH a réduit de 17% le nombre de visites à l'urgence par les aînés hébergés et leur taux d'hospitalisation de 37% (Fan et al., 2016).

Enfin, la télémédecine est de plus en plus soulevée comme une approche innovante, notamment lorsque l'accès à une expertise médicale est difficile à obtenir (Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020; Tate et al., 2024; Trahan et al., 2016). Cela serait d'autant plus utile pour les demandes de consultation qui pourraient survenir le soir, la nuit ou la fin de semaine (Stephens et al., 2020; Trahan et al., 2016). De plus, la télémédecine a l'avantage que l'évaluation médicale puisse se dérouler en temps réel (au moment même de la plainte) et ainsi valider l'évaluation clinique du personnel soignant des ÉSLD et rassurer l'aîné et sa famille (Stephens et al., 2020; Trahan et al., 2016).

Après leur examen de la portée, Tate et al. (2024) concluent qu'il est difficile de recommander ou non une intervention visant à réduire à ou améliorer ces transitions compte tenu des résultats mitigés ou non significatifs retrouvés dans la littérature. Les approches actuelles ne semblent d'ailleurs pas respecter les principes de la science de la mise en œuvre (*implementation science*) (p. ex. évaluation des besoins, s'assurer de la présence des resssources nécessaires, etc.) (Tate et al., 2024). Ces auteurs recommandent d'utiliser ces principes de façon à optimiser l'intégration et les retombées des interventions développées, et ce, dans les contextes complexes que sont les ÉSLD et les urgences. Ceci afin de s'assurer qu'elles soient ancrées dans l'environnement dans lequel elles devront être utilisées. Enfin, peu importe les stratégies ou les interventions employées pour améliorer le déroulement des transitions ou pour les diminuer, il est également recommandé d'intégrer les aînés et leur famille dans leur développement et leur implantation, car ils se trouvent à être des acteurs clés (Pulst et al., 2019; Tate et al., 2024).

Dans la prochaine section, l'examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence sera présenté.

Article nº 1 – Examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence

Un examen de la portée a été réalisé sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence. Puisque le projet de recherche doctorale porte un intérêt particulier aux PPA, il a été jugé pertinent d'entreprendre un examen de la portée qui était axé sur leur expérience de manière à pouvoir statuer sur l'état des connaissances actuel. L'examen de la portée ne s'est pas uniquement intéressé aux expériences des PPA qui accompagnent un aîné d'un ÉSLD à l'urgence, puisque la littérature en ce sens est limitée. Ainsi, l'examen de la portée s'est intéressé à l'expérience des PPA d'aînés (hébergés ou en communauté) qui les accompagnent à l'urgence, afin d'avoir un portrait global duquel des constats peuvent être tirés. Bien que la méthodologie utilisée pour réaliser cet examen de la portée soit directement décrite dans l'article nº 1, celle-ci est également présentée de façon plus détaillée au chapitre 4.

Cet article a été publié, en anglais, le 13 mai 2023 par le *Journal of Emergency Nursing*. Voici la référence de l'article :

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

Titre: The Experience of Families Accompanying a Senior to the Emergency Department: A Scoping Review

Auteures:

1) Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B.Sc., Ph.D. (cand.), École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
2) Viola Polomeno, inf., Ph.D., Professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
3) Chantal Backman, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
4) Julie Chartrand, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
5) Michelle Lalonde, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

N.B. L'article a été rédigé en respectant les consignes de la revue.

Abstract

Introduction: Seniors are often accompanied by a family member to the emergency department (ED). Families advocate for their needs and contribute to the continuity of care. However, they often feel excluded from care. To improve the quality and safety of care for seniors, it is necessary to consider the experience of families in the ED. *Aim*: To identify and synthesize the available scientific literature dealing with the experience of families accompanying a senior to the ED. *Methodology*: A scoping review was conducted using the Arksey and O'Malley framework. Six databases were targeted. A description of the identified scientific literature and an inductive content analysis were carried out. *Results*: Of the 3082 articles retrieved, 19 met the inclusion criteria. Most articles (89%) were published since 2010, were from nursing (63%), and used a qualitative research design (79%). The content analysis identified four main categories related to the experience of families accompanying a senior to the ED: *1) Process leading to the ED* - families feel uncertainty and ambiguity with the decision to go to the ED; *2) Staying in the ED* – families' experiences are influenced by the triage, the ED environment and the interactions with ED personnel; 3) *Discharge from the ED* – families consider that they should be part of the discharge planning; and 4) *Recommendations and possible solutions* – There is a paucity of recommendations specifically focused on families.*Conclusion*: The experience of families of seniors in the ED is multifactorial and part of a trajectory of care and health services.

Keywords: Emergency department, Scoping review, Family, Caregivers, Senior, Aged.

Implications for Emergency Nursing

- **What is already known about this topic?** Family members often accompany seniors who make up a large part of the emergency department (ED) population.
- **What does this paper add to the currently published literature?** This scoping review highlights that seniors' families play an important role in the ED. They act as a safety net, at each phase of the trajectory, that is, before, during and after the ED stay.
- **What is the most important implication for clinical emergency nursing practice?** The presence of seniors' families must be encouraged, while considering their needs and supporting them. Following geriatric emergency guidelines can improve the many issues raised by families in this scoping review.

1. Introduction

In 2021, adults over the age of 65 represented 18% of Canada's population [1]. The elderly population is expected to double by 2050 world-wide, [2] consequently, the proportion of seniors presenting to the emergency department (ED) will increase. [3–8] Seniors come to the ED for cardiovascular, respiratory, neurological and gastrointestinal problems, [9] and for other complications such as falls, pressure ulcers, nosocomial infections, delirium and functional decline. [10,11] The care management of this group is more complex, due to the atypical presentation of health problems, comorbidities, polypharmacy and geriatric syndromes. [7,9]

Families accompanying seniors to the ED are important: they advocate for seniors' needs, ask questions, and supplement their medical history. [12–14] Their contribution in terms of accompanying and completing the information is even more valuable when the senior is cognitively impaired, has a delirium or an altered level of consciousness. [13,15] In the context of overcrowding

in the ED, families can also reduce nurses' workload and stress. [15] However, families often feel excluded from the care provided in the ED. [13] They want more information about investigations, ongoing treatments and wait times, and to be included in decision-making. [13]

Two main knowledge syntheses [13,15] have been identified that provide an overview of what it means to be a caregiver in the ED. It is noteworthy that the caregivers' experience has been integrated with that of the seniors. No review has been identified focusing solely on families, including caregivers, in this context. The words "family" and "caregiver" are both used throughout this article to respect the terms used by the authors of the studies cited. Overall, the term "family" is used more often in this scoping review and will be defined in the methodology section (see Table 1). Van Oppen et al. [13] published one of the two aforementioned knowledge syntheses: this is a systematic review on the expectations and preferred outcomes for emergency care among older people or their caregivers. They conclude that seniors' care preferences in the ED include active communication, participation in decision making, caregiver inclusion and a holistic approach. [13] A vision of partnership in health care is also identified (person- and family-centered care) as an avenue for ED care improvement provided to seniors and their families. [13] The second knowledge synthesis is published by Watkins et al. [15] : the aim of this integrative review is to identify the experiences of older people with dementia, their caregivers and ED nurses. The authors recognize the potential for partnership between seniors' caregivers and ED nurses. They recommend favoring a relationship-centered approach to care as a strategy to improve care for older people with dementia. [15] Therefore, relationship-centered [15] or person- and family-centered [13] partnerships have been suggested as two approaches to the improvement of seniors' ED care. These approaches encourage the active participation of patients and caregivers in the decision-making process and in the accompaniment of seniors in the emergency department (e.g., reorienting the senior, advocating for them, giving information, etc.). [13,15] Thus, nurses need to understand how families

accompanying a senior perceive their ED stay, as they appear to improve the quality and safety of care offered to seniors. [16,17]

To integrate this approach to care, it is necessary to understand how families accompanying a senior perceive their stay in the ED, hence the interest in undertaking a scoping review exclusively focused on families. Based on the above-mentioned points, it is necessary to support the presence of families in the ED to improve the quality and safety of care offered to seniors [16,17]. To achieve this, it is essential to enhance nurses' current knowledge in order to ensure adequate support and to develop interventions that will meet the families' needs. Thus, a scoping review was undertaken to determine the current state of knowledge on the experience of families accompanying a senior to the ED. The aim of the scoping review is to identify and synthesize the available scientific literature focusing on the experience of families accompanying a senior to the ED.

2. Methodology

This scoping review was conducted using the Arksey and O'Malley's five step framework[18].

2.1 Identifying the research question

What is the experience of families accompanying a senior to the ED? This was structured around population, concept, and context (PCC) specific to the subject (see Table 1).

Table 1. Identification of the Research Question: Population, Concept and Context (PCC)

Terms (PCC)	Definitions
Population	• Families accompanying a senior (individual 65 years and older) to the emergency department. • The term "family" includes: ➢ Any person over the age of 18 who is a family member of the senior (e.g., children, siblings, spouse, etc.). ➢ Any person over the age of 18 who acts as a caregiver to the senior without being paid to do so.
Concept	• The experience of families accompanying an older adult to the emergency department. • The term "experience" also includes perspectives, perceptions, views, opinions, attitudes, and reflections and so on.
Context	• Emergency department of a hospital.

2.2 Identifying relevant studies

In consultation with a university librarian specializing in nursing, six databases were selected to carry out the literature search: CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Database, PsycINFO and Scopus. Keywords included *emergency department*, *family*, *elderly* and *experiences*. The search strategy used on CINAHL is presented in Table 2. Once validated on CINAHL, the search strategy was replicated for the other databases. The list of references for each selected article using the inclusion criteria was reviewed to target other potential studies.

The inclusion criteria for the selected studies were: 1) focus on the experiences of families accompanying a senior (individual aged 65 and over) to the ED; 2) be published in peer-reviewed journals; and 3) be published in English or French. Qualitative, quantitative or mixed studies were considered. No geographical limits were applied, and all articles published up to May 2022 were taken into account.

Studies were excluded if they: 1) dealt primarily with the ED experience of seniors or that of health professionals (e.g., nurses and physicians); 2) dealt with the experience of families accompanying a senior in a context of critical care other than that of the ED (e.g., intensive care) or strictly in a cardiopulmonary resuscitation context; 3) were part of the grey literature, unpublished, and master's or doctoral theses; and 4) were knowledge syntheses (e.g., systematic review, narrative review, etc.).

Table 2. Search Strategy on CINAHL

Search number	**Search Strategy on CINAHL (May 04, 2022)**	**Results**
#15	S5 AND S8 AND S11 AND S14	**917**
#14	S12 OR S13	970 566
#13	(MH "Life Experiences") OR (MH "Life Style Changes")	45 206
#12	perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs	959 179
#11	S9 OR S10	1 190 808
#10	(MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over")	910 438
#9	elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior	1 190 808
#8	S6 OR S7	126 996
#7	(MM "Emergency Service") OR (MM "Trauma Centers")	36 862
#6	emergency department or emergency room or ed or er	126 594
#5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	780 264
#4	(MH "Caregivers")	40 101
#3	caregivers or informal caregivers or family caregivers	79 144
#2	family or families or family members or relatives or parents or mother or father or siblings or sister or brother or spouses or wife or husband	735 815
#1	(MH "Family") OR (MM "Adult Children") OR (MH "Extended Family+") OR (MH "Family Characteristics") OR (MH "Family Relations+") OR MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Sibling Relations")	129 403
Legend S: Search number; MH: Subject heading; MM: Major subject heading; +: Explode		

2.3 Study selection

Retrieved articles were imported into *Covidence*©, and duplicates were removed. Studies were screened by two independent evaluators (first author and second author, or first author and fifth author). First, studies were sorted by title and abstract according to the inclusion and exclusion criteria. Subsequently, the final sample was based on a complete reading of the studies previously selected. In the event of a disagreement between the evaluators at each of these selection stages, a third evaluator (second author or fifth author) was integrated to resolve the disagreement. At the stage of selecting articles based on titles and abstracts, in 4.54% of the cases, the third evaluator was required. At the stage of full text review, the third evaluator was required in 39.50% of the cases. The selection process is reported in Figure 1.

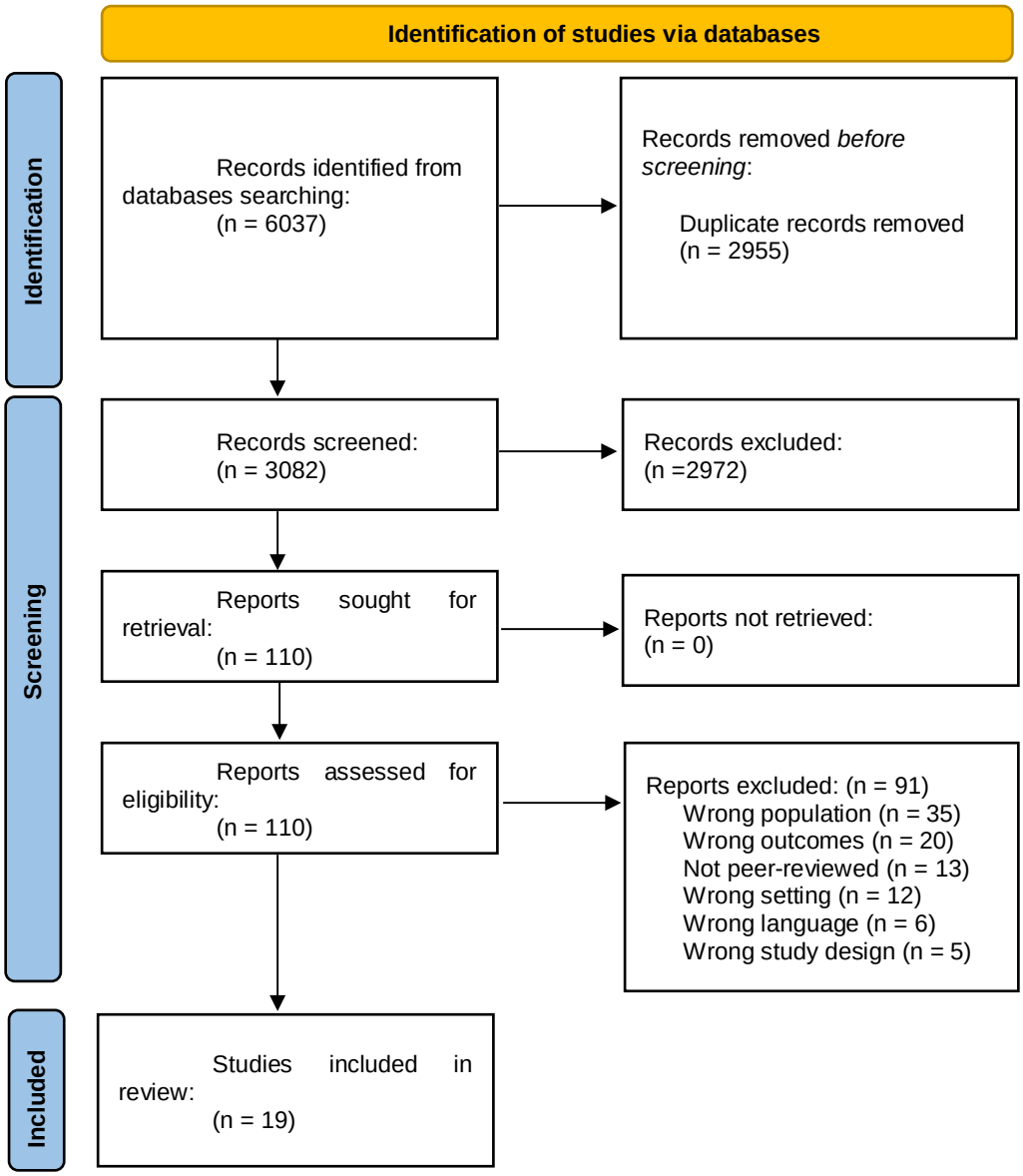


Figure 1. PRISMA Flow Diagram of Screening Process and Outcome

2.4 Charting the data

Extracted data included the characteristics of the selected studies as well as the specific information to answer the research question. [18] Bibliometric information, methodological characteristics of the studies, and relevant content of all selected articles were compiled into a summary table in Microsoft Word©.

2.5 Collating, summarizing and reporting the results

Descriptive statistics provided a detailed picture of the characteristics of the studies. The identified literature was subsequently described and summarized using the qualitative content analysis method described by Elo and Kyngäs. [19] Through an inductive approach, common categories, as well as the relationships between them, were identified in the selected textual information. [19]

3. Results

3.1 Results of the search strategy and characteristics of the selected studies

The search strategy was first conducted in the fall of 2020 with an update in May 2022. The initial search strategy produced a total of 2,114 articles of which 15 articles were retained, while in the update, four articles were retained from 968 additional articles. The final sample for the scoping review consisted of 19 articles (Figure 1). No additional articles were added following the review of the reference lists of the selected articles.

The selected studies were published between 1997 and 2021 [16, 17,20-36], with most studies being published between 2010 and 2021 (n = 17, 89%), and mainly in Australia (n = 5, 26%) and Canada (n = 5, 26%). The majority of the studies were in nursing (n = 12, 63%). With the exception of four studies [21,27,33,34], the qualitative research design (n = 15, 79%) predominated, with the interview as the primary method of data collection. Table 3 presents a summary of the selected studies.

Table 3. Results of Data Extraction

Author(s), Year of Publication and Country	Design	Study Aims	Sample Description	Sample Size	Methods and Analysis	Key Findings Related to the Scoping Review Subject
Arendts et al.[20] 2015 Australia	Qualitative	To capture and interpret the perspectives of three important decision-making groups (residents, relatives of residents and residential aged care facilities [RACF] nursing staff) concerning the transfer of residents from RACF to ED; to understand how the perspectives of these converge and diverge and to explore shared decision making and the extent to which there was delegation of transfer decisions to others	RACF staff (nurses or nurse assistants) Relatives of residents of RACF Residents of RACF	N = 42 17 staff members 14 relatives of residents of RACF 11 residents of RACF	Semi-structured interviews Data analysed by using a qualitative content analysis	Two main sub-themes emerged regarding residents' relatives experience of transferring from RACF to the ED: 1) Partnership: Involvement of relatives in transfer decisions varies from situation to situation 2) Ambiguity: Relatives have mixed feelings about ED transfer and hospitalisations
Bone et al.[21] 2019 United Kingdom (UK)	Quantitative	To describe patterns of ED attendance by older people in the last 3 months of life; to examine factors associated	Family member of people aged ≥ 65 years old who died ten months previously	688 respondents	Questionnaire with open and close questions Data analysed by using	Based on the free-text comments of the bereaved family members, four themes influence older adults' frequent end of life ED attendance:

		with frequent ED attendances and to explore the circumstances of such attendances, to develop a conceptual model for policy and practice			multivariate analysis and content analysis for free-text response	1) Community services' responsiveness to changing needs, encompassing family members' role as patient advocate to access services, and ED as a cry for help 2) Involvement of multiple health professionals with poor coordination leading to confusion and mistakes 3) Untimely and unprepared discharge from hospital resulting in readmission 4) Feeling unsafe and lacking confidence in care and support in the community as a reason for seeking care from the hospital
Bracken-Scally et al.[33] **2021** **Ireland**	Mixed methods	To understand how changes to the physical environment may improve service delivery and outcomes for people living with dementia and their families; To investigate service providers' perspectives of the ED environment for people living with dementia and the impact of environmental	Service users (family carer/member of a person living with dementia) Service providers (ED staff and other key stakeholders)	10 family carers (*interviews*) 13 ED nurses and clinical nurse manager (*focus group*) 16 ED staff (*survey*) 3 key stakeholders (hospital staff and project consortium members) involved in the conceptualisation and design development process (*interviews*)	Survey Semi-structured interviews Focus group Environmental audit data Qualitative data analysed by using a thematic analysis Quantitative data analysed by using descriptive statistics	Results can be divided into five themes: 1) Orientation and navigation 2) Sensory stimulation 3) Adequate space 4) Design development 5) Continuing positive change

		changes implemented; To inform dementia-inclusive design in ED settings				
Cetin-Sahin et al.[34] **2020** **Canada**	Mixed methods **This article is the qualitative component of the mixed method study.*	To describe the lived experiences of ED care and discharge processes among patients 75 years and older (or their family members) discharged to their original residence with a particular focus on those domains that are more relevant to older patients	ED patients aged ≥ 75 years old Family member or friend who were with the patient in the ED	32 family members or friend 76 patients aged ≥ 75 years old	Semi-structured interviews Questionnaire Qualitative data analysed by using a deductive-inductive thematic analysis.	Emerging subthemes were categorized under three domains: 1) Older patients' physical needs 2) The needs of family members 3) Transitional care needs
Considine et al.[22] **2010** **Australia**	Qualitative	To describe older people's perspectives of accessing ED care	ED patients aged ≥ 65 years old Caregivers or family members who were with the patient in the ED	27 ED patients aged ≥ 65 years old 12 caregivers or family members	Semi-structured interviews Data analysed by using a thematic analysis	Four themes related to access to emergency care and the triage process were identified: 1) Variation in ED use by older people 2) Reluctance to access ED care 3) Mixed experiences of waiting 4) Perceived factors influencing access to emergency care

Fry et al.[36] **2021** **Australia**	Qualitative	To explore the family members' perspectives of ED discharge of the older person	Family members who were present during the older person's (aged over 64 years) discharge from the ED	133 family members	Semi-structured interviews Data analysed by using a thematic analysis and descriptive statistics	Three themes were identified related to the ED discharge experience by family accompanying an older person: 1) A sense of time-moving through the ED 2) Giving voice to the impact of clinician communication 3) The delivery of comfort and care
Goodridge et al.[23] **2018** **Canada**	Qualitative	To identify the health system and provider factors affecting the patient experience for older adults and their caregivers in the ED, to describe the strategies used by older adults to negotiate the patient experience in the ED and to list key recommendations from older adult service users and their caregivers for enhancing the ED patient experience	Adult aged ≥ 65 years old Caregivers or family members who had accompanied an older adult to the ED	41 adults aged 65 or older 15 caregivers	Focus group and individual interviews Data analysed by using a thematic analysis	Results can be divided into three themes: 1) Health system and provider factors affecting the ED patient experience of older adults 2) Older adults' strategies for negotiating the patient experience in the ED 3) Key recommendations for enhancing the older adult experience in the ED
Jacobsohn et al.[24] **2019**	Qualitative	To explore stakeholders' perspectives on the decisions and drivers influencing	Key stakeholder: Caregivers who have experience with caring for people with	n= 27 stakeholders: 4 informal caregivers of PwD	Semi-structured interviews	Four overarching themes were identified:

United States of America (USA)		ED use, and suggestions for effectively addressing unmet needs	dementia (PwD); emergency medicine physicians; primary care physicians; geriatric health providers (physician and nurse); aging service providers and community paramedics	4 emergency medicine physicians 5 primary care physicians 5 geriatric healthcare providers 6 aging service providers 3 community paramedics	Data analysed by using thematic analysis	1) System fragmentation influences emergency care use by PwD 2) Informational, decision-making, and social support needs influence emergency care use by PwD 3) EDs are not designed to optimally address PwD and caregiver needs 4) Options to prevent and address emergency care needs of PwD
Kihlgren et al.[25] **2004** **Sweden**	Qualitative	To describe, through observations and interviews with patients ≥ 75 years old and the relatives who accompanied them to the hospital, the conditions and the events that took place during their stay at the ED	Older adult ≥ 75 years old who arrived at the ED in need of acute care	20 older adults 15 older patients of the 20 arrived in the company of a relative	Open non-participant observations and interviews Data analysed by using a grounded theory approach	Six themes were identified: 1) Unpleasant waiting 2) Unnecessary waiting 3) Lack of good routines during the waiting stage 4) Suffering during the waiting stage 5) Bad feelings during the waiting stage 6) Nursing care during the waiting stage
Majerovitz et al.[26] **1997** **United States of America (USA)**	Qualitative	To develop a research agenda for the study of communication between staff and the older patient in the emergency department	Older adult ≥ 60 years old who had spent at least 3 hours in the ED Family members of older ED patients	71 older adults 32 family members	Semi-structured interviews Demographic questionnaire and the seven-item Physical Function subscale of the	The majority of patients and family members had an incomplete understanding of medical information The majority of family members expressed a desire for more information or greater access to the patient

					Functional Status Questionnaire Date analysed by using descriptive statistics and coding criteria	While in the ED, the older adult wants to be an active participant in their medical care Family members seem more likely to express their dissatisfaction than the older adult to the medical team
Marr et al.[27] **2019** **Canada**	Mixed methods	To learn more about the perspectives of older adults and their caregivers on their experiences transitioning to the community following an ED visit, specifically in terms of their understanding of their health conditions and treatment recommendations, perceptions of their ability to self-manage care and identification of factors that enabled and challenged their ability to self-manage their care	Older adults ≥ 65 years old admitted to the ED and their primary caregivers	*Survey*: 380 older adults 116 caregivers *Interviews*: 26 older adults 25 caregivers	Survey and interviews *Quantitative data*: Descriptive statistics, Chi-square, t-test and analysis of variance *Qualitative data*: Naturalistic inquiry approach	Most patients and caregivers believed they understood the information given to them in the ED and perceived themselves as able to manage the patient's condition at home Six categories were generated through qualitative data analysis: 1) Communication 2) Limited understanding of health condition(s) 3) Availability of caregiver support 4) Patient resistance to accept recommendations 5) Inadequate support for caregivers 6) External factors beyond the patients' and caregivers' control
Morphet et al.[17] **2015** **Australia**	Qualitative	To investigate the experiences of relatives who had a family member transferred from an aged care facility to an ED	Relatives of residents who were transferred from an aged care facility to an ED	24 relatives	Semi-structured interviews Data analysed by using an inductive content analysis	Four themes emerged from the analysis: 1) The need for clear communication 2) The role of relatives in ED care

						3) How older people are perceived in the health care system 4) Ability to provide specialized care
Nikki et al.[16] **2012** **Finland**	Qualitative	To describe the experiences of family members of elderly patients aged over 65 in the ED for internal medicine	Family members of elderly patients aged ≥ 65 years old in the ED for the internal medicine	9 family members	Semi-structured interviews Data analysed by using an inductive content analysis	Three themes were identified through the analysis: 1) Family member as a satisfied participant 2) Family member as an invisible participant 3) Family member as a disappointed outsider
Palonen et al.[28] **2016** **Finland**	Qualitative	To describe the experiences of ED service users and nurses regarding older people's discharge education in EDs	Older adults discharged from centralised EDs Family members ED nurses	7 older adults 5 family members 15 nurses	Interviews Data analysed by using an inductive content analysis	Family involvement in older patient discharge education was seen as "turbulence" Four themes were identified through analysis: 1) Families being acknowledge 2) Families being ostracised 3) Family as a resource to nurses 4) Families as obliged initiators
Parke et al.[29] **2013** **Canada**	Qualitative	To identify factors that facilitate or impede safe transitional care in the ED for community dwelling older adults with dementia and to identify solutions	Community dwelling older adult aged ≥ 60 years old with dementia Family caregivers of community dwelling older	*Interviews*: n = 16 people (6 dyads + older adults + 4 caregivers) *Focus group*:	Semi-structured interviews, photographic narrative journal and photo elicitation focus group Data analysed by using a constant	One overarching theme with four subthemes emerged from the analysis: 1) The way it works how priorities are determined: 1.1) Being under-triaged 1.2) Waiting: worried about what's wrong

		that would support registered nurses' (RN) roles to provide gerontologically sensitive care that could be tested in future studies	adult with dementia ED registered nurses (RNs) Nurse practitioners (NPs) from hospital geriatric consultative teams	4 caregivers 10 ED RNs 4 NPs	comparative analysis	1.3) Time pressure: lack of attention to basic needs 1.4) Relationships and interactions: feeling ignored, forgotten and unimportant
Robinson et al.[30] **2012** **Canada**	Qualitative	To identify key elements influencing the success of transitions in care for residents moving between nursing homes (NHs) and EDs from multiple perspectives (i.e., residents, family members, and professional healthcare providers) within the three settings of care (NH, Emergency Medical Services, and ED)	NH resident Family members of a NH resident Professional healthcare providers (RN, licensed practical nurses, paramedics, physicians and administrators)	7 NH resident 20 Family members 23 NH professional healthcare provider 11 Emergency medical services professional healthcare provider 10 ED professional healthcare provider	Semi-structured interviews and focus group Data analysed by using the method of constant comparison	Five elements were identified to influence the success of transitions in care for residents moving between NHs and EDs: 1) Knowing the resident 2) Critical geriatric knowledge and skilled assessment 3) Positive relationship 4) Effective communication 5) Timeliness
Stein-Parbury et al.[31] **2015**	Qualitative	To explore the expectations and experiences of older people and their	Older people aged ≥ 65 years old who had a chronic	*10 dyads (n = 20)*: 10 older people 10 caregivers	Semi-structured interviews	Four themes were identified following analysis:

Australia		carers leading up to and following presentation to the ED	illness presenting to the ED Caregivers		Data analysed by using a content analysis	1) Leading to emergency department (ED) admission 2) Experience in the ED 3) Advice to others 4) Perceptions of ED staff
Watkins and al.[32] **2019** **Ireland**	Qualitative	To generate insights about what matters and is valued by family members of older people with dementia in ED and to explore the experiences of ED nurses looking after older people with dementia in an episode of care	Family members of older people with dementia ED nurses	15 family members 12 ED nurses	Semi-structured interviews and observation Data analysed by using a thematic analysis	Two main themes were identified through analysis with subthemes: 1) What matters to family members 1.1) Being triaged quickly 1.2) A cubicle space offers sanctuary 1.3) Contact and conversation with ED nurses 1.4) Compassion over technical skills 1.5) Challenges for family members and nurses 2) Challenges for family members and nurses in the ED 2.1) Vulnerability 2.2) Keeping vigil
Wright et al.[35] **2021** **United Kingdom (UK)**	Qualitative	The aim was to improve emergency department-based palliative care delivery through exploration of experiences, and co-design processes with emergency	ED patient aged ≥ 65 years old with long term/terminal conditions Family caregiver of a ED palliative patient aged ≥ 65 years old	6 ED patients aged ≥ 65 years old 4 family caregivers	Narrative interviews Non-participatory observation Data analyzed by using a thematic	Five themes were identified following analysis (presented in order of importance according to participant ranking): 1) Communication and information 2) Systems and processes 3) Changing expectations

	department clinicians, patients and family caregivers **This article focuses only on patient and family experiences.*		framework analysis.	4) Recommendations 5) Acknowledgement and validation

3.2 Content analysis results

Four categories were identified to represent the experience of families accompanying a senior to the ED, namely: 1) process leading to the ED, 2) stay in the ED, 3) discharge from the ED, and 4) recommendations and possible solutions. See Table 4 for the distribution of studies by categories and Table 5 for a synthesis of the categories.

Table 4. Distribution of Studies by Categories Determined by the Content Analysis

Categories	References*
Category 1: Process leading to the ED	Arendts et al., [20] Bone et al., [21] Considine et al., [22] Goodridge et al., [23] Jacobsohn et al., [24], Marr et al., [27] Stein-Parbury et al., [31], Wright et al. [35] **(n = 8)**.
Category 2: Stay in the ED	
Triage	Considine et al., [22] Parke et al., [29] Stein-Parbury et al., [31] Watkins et al. [32] **(n = 4)**.
Emergency environment	Arendts et al., [20] Bracken-Scally et al., [33] Cetin-Sahin et al., [34], Considine et al., [22] Kihlgren et al., [25] Fry et al., [36] Goodridge et al., [23] Majerovitz et al., [26] Morphet et al., [17], Nikki et al., [16] Parke et al., [29] Robinson et al., [30] Stein-Parbury et al., [31] Watkins et al., [32] Wright et al. [35] **(n = 15)**.
Interactions with ED personnel	Cetin-Sahin et al., [34] Considine et al., [22] Fry et al., [36] Goodridge et al., [23] Kihlgren et al., [25] Majerovitz et al., [26] Marr et al., [27] Morphet et al., [17] Nikki et al., [16] Palonen et al., [28] Robinson et al., [30] Stein-Parbury et al., [31] Watkins et al., [32] Wright et al. [35] **(n = 14)**.
Category 3: Discharge from ED	Bone et al., [21] Cetin-Sahin et al., [34] Fry et al., [36] Goodridge et al., [23] Jacobsohn et al., [24] Marr et al., [27] Nikki et al., [16] Palonen et al., [28] Wright et al. [35] **(n = 9).**
Category 4: Recommendations and possible solutions	Bone et al., [21] Bracken-Scally et al., [33] Cetin-Sahin et al., [34] Considine et al., [22] Fry et al., [36] Goodridge et al., [23] Marr et al., [27] Morphet et al., [17] Nikki et al., [16] Palonen et al., [28] Parke et al., [29] Robinson et al., [30] Stein-Parbury et al., [31] Watkins et al., [32] Wright et al. [35] **(n = 15).**
***Some references were used in more than one category.**	

Table 5. The Categories Developed through Content Analysis

Categories	Description	Highlights
1. Process leading to the ED	This category reflects the experiences of families before the senior arrives in the ED and what this means for them.	• Families' decision-making process to go to the ED is fraught with ambiguity and uncertainty. • Families base their decision on several factors before heading to the ED and often rely on the decision of a healthcare professional to justify their presence in the ED.
2. Staying in the ED 2.1. Triage 2.2. ED environment 2.3. Interaction with ED personnel	This category describes the experience of families once the senior arrives in the ED. It covers both the triage process and the stay in the ED.	• Families feel that triage is not well suited to the needs of the senior population. • Families deplore the waiting time, the overcrowding spaces, the continuous noise, the lack of privacy and comfort that negatively impact their experience and the one of their seniors. • Families perceived themselves to play an important role but feel excluded from care.
3. Discharge from ED	This category depicts the experience of families during the process of planning and preparing for the senior's discharge from the ED.	• Families feel that there is little to no preparation for discharge. • Families consider that there is a poor consideration of their needs and those of their senior during the discharge process. • Families raised the lack of coordination with community resources after discharge.
4. Recommendations and possible solutions	This category presents the recommendations and possible solutions identified in the selected studies of this scoping review.	• There is a paucity of recommendations specifically focused on families who accompany a senior to the ED.

Category 1: Process leading to the ED

The process leading to the decision for the senior to go to the ED is two-fold: staying in the community or going to the ED. Seniors and their families prefer that the elderly stay in their usual environment, either at home or at the nursing home (NH). [20,22,24] Families know that the ED is not adapted for seniors' needs [20], and do not want the senior to present for minor complaints. [22,23] They may not always have knowledge of the signs and symptoms to look for, and possible treatment options and the day-to-day management of medical conditions. [24,27] Yet, if there is hesitancy before going to the ED, the senior's condition may deteriorate further during this period of time and then may reach a crisis point. [22,24] Seniors and their families may have difficulty determining whether the senior's clinical condition requires emergency services. [24,27]

Families may seek the approval of community health professionals (e.g., family doctor) or other family members before heading to the ED. [22,23,27,31] Sometimes there are inconsistencies between the recommendations of community health professionals and those of the ED. [27] Families find that the decision to go to the ED is easier to make when the needs of the senior exceed the possible services of the NH or the community, [20,24,35] or when they feel insecure or lose confidence in community care. [21] According to Jacobsohn et al., [24] families of seniors with dementia went to the ED as they were not able to access community services. Indeed, seniors and families may experience uncertainty and ambiguity with the decision to go to the ED.

Category 2: Staying in the ED

Once in the ED, three sub-categories were noted: triage, ED environment, and interactions with ED personnel.

Triage: Triage, which is the first step in the ED, is not always easy for seniors and their families. The current 'one size fits all' approach does not meet the seniors' needs. [22,29,31,32] Indeed, the triage process does not capture the complex nature of seniors' health problems, thereby

minimizing situations such as immobility, falls and confusion; these may be indicative of an atypical clinical presentation of acute illness. [22,29,31,32] This can lead to seniors being *undertriaged*; they may be more seriously ill than what the triage assessment reveals, which can lengthen the time spent in the ED and increase the risk of physical, psychological and emotional complications. [29] However, the families' experience was improved when nurses prioritized seniors with dementia at the time of triage. [32]

ED environment: The ED environment can have more of a negative impact than a positive one on families accompanying a senior to the ED. The ED environment is characterized by prolonged wait times, high traffic, brightness, continuous noise (e.g., monitor alarms), lack of privacy and comfort, ongoing care activities, and lack of routine. [16,17,22,23,25,26,29-36] Seniors are at greater risk of deterioration, discomfort, anxiety, confusion and functional decline, especially in people with dementia. [22,29,30,32–34] Families of seniors with dementia were concerned that the symptoms of the senior's dementia could have a negative effect on them or inconvenience those around them. [32] Indeed, families see the ED as being chaotic, stressful, always busy and noisy. [16,22,23,25,29,32,33]

The preservation of the senior's dignity during their ED stay is important for families. [23,32,33] Privacy is difficult to maintain as stretchers are separated by curtains and several patients are in close proximity. [16,20,22,23,32,33,35] The ED offers minimal physical space for families to be present as active participants. [17] In the Bracken-Scally et al. study [33], two cubicles in the ED were modified to meet the needs of people with dementia and their families; these cubicles included adjustable lights, removable screens, foldable fixed chairs for families, and a digital clock. [33] Families found these changes to be helpful in reducing senior disorientation, having a calming effect, and promoting family intimacy. [33]

The wait time between arrival at the ED and medical care is a recurring problem. [16,20,22,25,29,30,36] Families are left to fend for themselves during this time with little contact with the health care team, which fuels their anxiety, incomprehension, mistrust of the health care team, and feeling abandoned or fearful. [22,25] The longer the wait time, the greater the need to be seen, listened to, included and informed. [16,22,25,29,36] Being informed of wait times, including those related to diagnostic or treatment processes, gives seniors and their families a temporal benchmark on which to rely, thereby alleviating their uncertainty and frustration. [22,25,29,30,36]

Family satisfaction is influenced by the perception of how crowded the ED is, the senior's comfort, and the nurses' anticipation of seniors' needs. [25,29,30,35,36] The experience of seniors and families is improved when the health care team does not leave seniors on stretchers for hours, are offered water and food at meal times, and pillows and blankets. [25,29,30,33,34,36] Families are aware that health care professionals including nurses are overwhelmed, must provide care to other critically ill individuals, and are working in a demanding environment. [31] Although families are grateful for the attention given to seniors' needs, their own distress may go unnoticed. [32,35] Wright et al. [35] note that while some participants were well supported and informed during their stay in the ED, others mentioned the dehumanizing aspect of emergency care.

Interactions with ED personnel: Families often feel 'physically' excluded in the ED, but also excluded from decisions made about the senior's care. [16,17] They have reported feeling like 'spectators' and being 'in the way', [16] as well as being invisible or strangers to the health care team. [16] Consequently, families moderate their behavior as they do not wish to be a burden on the ED staff. [31] They want to collaborate, [31,32] yet they feel compelled to act in a certain way, for example, patiently and passively waiting to be asked to go to the ED or to receive information.[17] Nonetheless, families play several roles. They act as a liaison between the senior and the health care team, as they can clarify the senior's health history, ask questions that the senior would not dare to ask or is

unable to ask, identify concerns about the senior's situation, and ensure continuity of care. [16,17,22,23,25-28,31,35,36] Families also perceive themselves as advocates for seniors to ensure that their needs are met. [16,27,30,31,36] Indeed, the participants in the Cetin-Sahin et al. [34] study suggested an ED family visiting policy that would allow them to have unlimited access to their loved ones.

The quality of collaboration with the ED staff influences family satisfaction with ED care. [16,17,32,35,36] Families are more satisfied when they feel included in discussions about treatments and when their role is recognized, [16,17,35] thereby reducing their anxiety [32]. When families perceive that nurses incorporate a relational aspect into the care offered and demonstrate empathy and compassion, it makes their experience more enjoyable. [32] By contrast, when families' interactions with nurses are more directed to task, lack support and are less meaningful, [16] their satisfaction is reduced. [16,25,32]

The ED environment appears to constrain the healthcare staff in terms of time, ability and willingness to communicate effectively with seniors and their families. [23,35]

Category 3: Discharge from ED

Two aspects regarding seniors' discharge from the ED affect their families. The first aspect involves discharge planning. There appears to be little or no preparation for the senior's discharge, poor consideration of the needs of seniors and their families, a lack of coordination with community resources, and families are often left to coordinate care and follow-up for the senior upon discharge. [21,23,24,27,28,34–36] They feel that they do not receive enough information to prepare them for the future, [16,27,34,36] and to ensure optimal follow-up when the senior returns home or to the NH. [27] Consequently, families feel a sense of uncertainty, which can lead to the senior's eventual readmission to the ED. [21,27,36] However, when families feel involved and communication is present with the ED staff, the majority (69%) of family members have a greater understanding of the senior's clinical condition. [36]

The second aspect involves how seniors understand and follow recommendations made by the ED staff upon discharge; the family's availability and support make it easier for them. [16,27,36] The ED staff do not always take into account the context in which these recommendations have to be applied. [27] Seniors are sometimes discharged without notifying the family, and without the family having the necessary information to ensure the associated follow-up. [21,23] In this sense, families do not feel recognized in their role. [27] The needs of families need to be considered when planning the senior's discharge from the ED; if their needs are not met, it can be a barrier to their ability to help the senior after discharge. [27,36]

Families need to be part of discharge planning, as they can identify issues not considered in relation to the senior's discharge, and can ensure that the recommendations made and the associated follow-ups are well carried out. [21,27,28,34–36]

Category 4: Recommendations and possible solutions

Several recommendations and possible solutions were identified according to each of the aforementioned categories (Table 6). Despite that most of them affect the senior's ED care or discharge planning, there is a paucity of recommendations regarding families. However, given the results of this review, if the care given to seniors in the ED is improved, this may have a positive impact on the experience of the families who accompany them, as many of their concerns directly affect the care of seniors.

Table 6. Recommendations and Possible Solutions

<table>
<tr><th>Process leading to the ED</th><th>Staying in the ED</th><th>Discharge from the ED</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Provide education to seniors to prepare them for an ED visit (e.g., what is useful and relevant to bring to the ED). [23]</td><td>Review the triage process to adapt it to the senior population and people with dementia. [22,29,32]

Provide access to a volunteer when the family is not available to accompany the senior to the ED. [23,34]

Offer or improve the quality of signage in the ED to promote seniors' orientation. [23]

Focus on the environmental impacts of the ED and adapt them to the physical and sensory needs of seniors: e.g., cleanliness, lighting, ambient noise, privacy and medical equipment. [17,23,29,33,34]

Adapt the physical environment to provide space for families accompanying a senior to the ED so that they can sit and stay close to the senior. [33,34]

Focus on "basic" comfort measures (e.g., hydration, hygiene, food). [17,23,29,34,36]

Explain to seniors and their families how the ED works, the diagnostic and treatment processes, and give them the opportunity to ask questions and have them answered. [29,31,34,35]

Use standardized and validated tools for the assessment of different risks or geriatric syndromes in the elderly. [27,34]

Provide care to seniors and their families through a multidisciplinary team specializing in geriatric care. [17,21]

Promote the presence of Geriatric Emergency Management (GEM) nurses. [27]</td><td>Provide information and instructions written in plain language and with an appropriate font size. [23,27]

Verify that seniors and their families have a good understanding of the medical condition and associated implications as well as recommendations and discharge instructions. [27,31]

Explore the support that seniors and their families need to ensure and promote adherence to recommendations and the treatment plan once they return home. [27,28,36]

Assess the caregiver's ability to help the senior manage himself or herself. [27]

Inform and refer seniors and their families to services or programs in their community. [27]

Ensure coordination between the different health professionals who will be involved following discharge from the ED. [34]

Enhance community support following an ED visit (e.g., transitional care program/post-acute care transition support program/intensive geriatric service workers). [27]</td></tr>
<tr><td colspan="2">Combined Recommendations and Possible Solutions for "Staying the in ED" and "Discharge from the ED"</td></tr>
<tr><td colspan="2">Focus on respectful, non-ageist communication, using a comfortable rhythm for seniors, while respecting sensory deficits, if any. [23]

Provide communication training to ED personnel to improve the engagement of seniors and their families, for example, through simulation. [36]

Inform the family quickly so that they can participate actively in the decision-making process. [16]

Foster a family- or relationship-centered approach to care and policies that encourage the inclusion of families in the ED. [16,28-30, 32,34-36]

Provide training to ED personnel on the presence and involvement of families in ED care. [16,28]</td></tr>
</table>

4. Discussion

The aim of this article was to identify and summarize the scientific literature regarding the experience of families accompanying a senior to the ED. Nineteen studies were identified using the Arksey and O'Malley framework. [18] The small number of selected studies in this scoping review attests to a domain that is underexplored. However, the findings reveal that the experience of families follows a trajectory of care and health services and is multifactorial.

The findings of this scoping review present a beginning portrait of the experience of families accompanying a senior to the ED. Firstly, families are present from the beginning to the end, as they play a role before, during and after the ED stay. Secondly, the families' trajectory is intertwined with that of the seniors. Thirdly, families experience a multitude of emotions during each of the three trajectory phases, especially uncertainty, ambiguity, stress and frustration. Fourthly, the families' needs are not always identified nor answered to. It appears that the majority of their needs include being kept informed, being involved in decision-making in regard to the senior's care and being supported in their role and ability to care for the senior. Lastly, families play different roles during their trajectory, such as being an advocate for the senior's needs and interests, a liaison between the senior and health care team, and a source of additional information.

Although the findings highlight the importance of recognizing the role of families and their needs, they experience stress and anxiety during their ED stay. Their distress was not specifically nor directly mentioned in the selected studies. In the scoping review published by Ringer et al. [37] that focused on caregivers' distress when accompanying a patient to the ED, not one study was identified in relation to seniors' caregivers. This is of concern in light of the increase in the number of seniors and caregivers over the next few years. Ringer et al. [37] indicate that the distress of caregivers who accompany an adult to the ED was less studied than those of children, and that no intervention was identified to reduce adult caregivers' distress other than in the context of

resuscitation. In this sense, implementing patient- and family-centered care [38,39] is provided as an option to reduce families' distress, increase their satisfaction and recognize their role and needs. Patient- and family-centered care is defined as: « […] *an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health care providers, patients, and families.* » [40]

The experience of families is also multifactorial, namely, that several factors influence their experience during each of the trajectory phases. Before their arrival to the ED, the experience of families is affected mostly by the senior's health status and the intricacy of the decision-making process leading to the ED. Once in the ED, their experience is influenced by internal processes such as the triage, the ED environment, and the interactions with the ED staff. Towards the end of their trajectory, their experience is particularly impacted by their degree of involvement and the consideration of their needs and those of the senior in preparation for discharge. On the other hand, many of the factors raised should be addressed by respecting the geriatric emergency guidelines. [41,42] Indeed, in the last few years, various initiatives have emerged to adapt emergency services to seniors' complex and specific needs. For example, emergency departments can obtain the '*Geriatric Emergency Department Accreditation'*; this formal designation is given out by the American College of Emergency Physicians. [41,42] This designation is based on compliance with the guidelines that can be adapted according to the reality of emergency departments (e.g. rural to urban), and allows a restructuring of the vision of care for the elderly and the various ED care processes. When these guidelines are properly applied, there is an improvement in the care provided to the seniors, in customer service and with staff satisfaction. [42] However, despite the dissemination of these geriatric emergency guidelines, their application remains heterogeneous as well as compliance which is low. [41,43,44] Despite all of these various initiatives, it is important that

these efforts continue in order to encourage and sustain the implementation of geriatric emergency guidelines.

It is no longer sufficient to only consider the experience of families in the ED. Instead, what happens before the family's arrival to the ED, their stay in it, and upon discharge planning, need to be all taken into consideration. A visit to the ED should be perceived as being part of the health care system, rather than just as an isolated event [35]. Consequently, a patient and family centered care approach should be reinforced in the ED, and throughout the continuum of healthcare. [38–40]

5. Implications for research

The studies selected for this scoping review were predominantly qualitative in nature with an exploratory and descriptive focus. This is consistent with the need of knowing and understanding the experience of families accompanying a senior to the ED. However, other methodological approaches, such as mixed methods research, would be an interesting alternative to better capture and enhance current knowledge, particularly in terms of families' needs and their distress. In future research, it would also be relevant to further explore caregiver-specific factors, such as their gender, their relationship to the senior (e.g., adult child vs. spouse), and where the senior resides (home vs. NH). Finally, only two studies [21,29] explicitly identified their theoretical framework; none of the other studies mentioned using theory. The transitions theory of Meleis et al. [45] could be used in future research, as seniors and their families face several types of transitions, including health/disease, situational, developmental and organizational [45].

6. Implications for Emergency Nurses

This scoping review highlights the importance of considering the senior's family as a partner for the optimization and continuity of ED care. Families act as a safety net throughout the trajectory of care, that is, before, during and after the ED stay. Finally, many factors influence the experience of families in the ED, thus the need to support them, so that they in turn can take care

of their senior. To address many of the issues raised by families in this scoping review, following geriatric emergency guidelines is highly recommended.

7. Strengths and Limitations

To the best of our knowledge, this is the first knowledge synthesis that focuses exclusively on the experience of families accompanying a senior to the ED. This scoping review used the Arksey and O'Malley framework. [18] In accordance with this framework, the quality of the selected studies was not assessed, [18] therefore the findings should be interpreted with caution. Only empirical studies (qualitative, quantitative or mixed) published in English or French were considered. Indeed, critical, theoretical, grey literature and other relevant articles published in other languages could have been overlooked.

8. Conclusion

This scoping review provides a beginning understanding of the experience of families accompanying a senior to the ED. The family is important for the senior and for the healthcare team, especially as the health care system is currently under pressure for restructuring. Their experience is part of a trajectory of care and health services and is multifactorial. Seniors' families play a special role in the ED, therefore emergency nurses must encourage their presence, while considering their needs and supporting them. Finally, many of the issues raised by families in this scoping review can be potentially improved by following geriatric emergency guidelines. Efforts to develop family inclusive geriatric EDs must continue over the next few years.

9. References

1. Statistics Canada. Older adults and population aging : statistics. Statistics Canada. Updated November 18, 2022. Accessed November 29 2022. https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/older_adults_and_population_aging.

2. Word Health Organization (WHO). Ageing and health. Published October 1, 2022. Accessed November 18, 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

3. Burkett E, Martin-Khan MG, Scott J, Samanta M, Gray LC. Trends and predicted trends in presentations of older people to Australian emergency departments: Effects of demand growth, population aging and climate change. *Aust Heal Rev*. 2017;41(3):246-253. doi:10.1071/AH15165

4. Burkett E, Martin-Khan MG, Gray LC. Quality indicators in the care of older persons in the emergency department: a systematic review of the literature. *Australas J Ageing*. 2017;36(4):286-298. doi:10.1111/ajag.12451

5. Latham LP, Ackroyd-Stolarz S. Emergency department utilization by older adults: A descriptive study. *Can Geriatr J*. 2014;17(4):118-125. doi:10.5770/cgj.17.108

6. Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in theUnited States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med*. 2008;51(6):769-774. doi:10.1016/j.annemergmed.2007.09.011

7. Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, Gray L. Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: a systematic review. *Australas Emerg Nurs J*. 2011;14(3):141-162. doi:10.1016/j.aenj.2011.04.001

8. Wallis M, Taylor A, Craswell A, et al. The geriatric emergency department intervention model of care: a pragmatic trial. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):297. doi: 10.1186/s12877-018-0992-z

9. Šteinmiller J, Routasalo P, Suominen T. Older people in the emergency department: a literature review. *Int J Older People Nurs*. 2015;10(4):284-305. doi:10.1111/opn.12090

10. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. 2014;43(6):759-766. doi: 10.1093/ageing/afu117

11. Arendts G, Dickson C, Howard K, Quine S. Transfer from residential aged care to emergency departments: an analysis of patient outcomes. *Intern Med J*. 2012;42(1):75-82. doi:10.1111/j.1445-5994.2010.02224.x

12. Arendts, Quine S, Howard K. Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: a systematic review of qualitative research. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(4):825-833. doi:10.1111/ggi.12053

13. van Oppen JD, Keillor L, Mitchell A, Coats TJ, Conroy SP. What older people want from emergency care: a systematic review. *Emerg Med J*. 2019;36(12):754-761. https://dx.doi.org/10.1136/emermed-2019-208589

14. Fry M, Gallagher R, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(1):31-36. doi:10.1016/j.ienj.2013.03.007

15. Watkins S, Murphy F, Kennedy C, Graham M, Dewar B. Caring for older people with dementia in the emergency department. *Br J Nurs*. 2020;29(12):692-699. doi:10.12968/bjon.2020.29.12.692

16. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(4):193-200. doi:10.1016/j.ienj.2012.08.003

17. Morphet J, Decker K, Crawford K, Innes K, Williams AF, Griffiths D. Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives. *J Clin Nurs*. 2015;24:3647-3653. doi:10.1111/jocn.12954

18. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies : towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616

19. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2007;62(1):107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

20. Arendts G, Popescu A, Howting D, Quine S, Howard K. "They never talked to me about...": perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. *Australas J Ageing*. 2015;34(2):95-102. doi:10.1111/ajag.12125

21. Bone AE, Evans CJ, Henson LA, Gao W, Higginson IJ, study B. Patterns of emergency department attendance among older people in the last three months of life and factors associated with frequent attendance: a mortality follow-back survey. *Age Ageing*. 2019;48(5):680-687. doi:10.1093/ageing/afz043

22. Considine J, Smith R, Hill K, et al. Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australas Emerg Nurs J*. 2010;13(3):61-69. doi:10.1016/j.aenj.2010.05.001

23. Goodridge D, Martyniuk S, Stempien J. At risk for emotional harm in the emergency department: older adult patients' and caregivers' experiences, strategies, and recommendations. *Gerontol Geriatr Med*. 2018;4:2333721418801373. https://dx.doi.org/10.1177/2333721418801373

24. Jacobsohn GC, Hollander M, Beck AP, Gilmore-Bykovskyi A, Werner N, Shah MN. Factors influencing emergency care by persons with dementia: stakeholder perceptions and unmet needs. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):711-718. doi:10.1111/jgs.15737

25. Kihlgren AL, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A. Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(2):169-176. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x

26. Majerovitz SD, Greene MG, Adelman RD, Brody GM, Leber K, Healy SW. Older patients' understanding of medical information in the emergency department. *Health Commun*. 1997;9(3):237-251.

27. Marr S, Hillier LM, Simpson D, et al. Factors for self-managing care following older adults' discharge from the emergency department: a qualitative study. *Can J Aging*. 2019;38(1):76-89. doi:10.1017/S071498081800034X

28. Palonen M, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Family involvement in emergency department discharge education for older people. *J Clin Nurs*. 2016;25:3333-3344. doi:10.1111/jocn.13399

29. Parke B, Hunter KF, Strain LA, Marck PB, Waugh EH, McClelland AJ. Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1206-1218. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.005

30. Robinson CA, Bottorff JL, Lilly MB, et al. Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. *J Aging Stud*. 2012;26(4):419-427. doi: 10.1016/j.jaging.2012.06.001

31. Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: a qualitative study in australia. *Nurs Health Sci*. 2015;17(4):476-482. doi:10.1111/nhs.12220

32. Watkins S, Murphy F, Kennedy C, Dewar B, Graham M. Caring for an older person with dementia in the Emergency Department (ED): an appreciative inquiry exploring family member and ED nurse experiences. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2801-2812. doi:10.1111/jocn.14854

33. Bracken-Scally M, Keogh B, Daly L, et al. Assessing the impact of dementia inclusive environmental adjustment in the emergency department. *Dementia*. 2021;20(1):28-46. doi:10.1177/1471301219862942

34. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J, et al. Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: qualitative findings from a mixed-methods study. *J Patient Exp*. 2020;7(3):346-356. doi:10.1177/2374373519837238

35. Wright R, Lowton K, Hanson B, Grocott P. Older adult and family caregiver preferences for emergency department based-palliative care: an experience-based co-design study. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3. doi:10.1016/j.ijnsa.2020.100016

36. Fry M, Elliott R, Curtis K, et al. Family members' perceptions of older person discharge from emergency departments. *Int J Older People Nurs*. 2021;16(3):1-10. doi:10.1111/opn.12365

37. Ringer T, Moller D, Mutsaers A. Distress in caregivers accompanying patients to an emergency department: A scoping review. *J Emerg Med*. 2017;53(4):493-508. doi:10.1016/j.jemermed.2017.03.028

38. Welch ML, Hodgson JL, Didericksen KW, Lamson AL, Forbes TH. Family-centered rimary care for older adults with cognitive impairment. *Contemp Fam Ther*. 2022;44(1):67-87. doi:10.1007/s10591-021-09617-2

39. Parmar J, Anderson S, Duggleby W, Holroyd-Leduc J, Pollard C, Brémault-Phillips S. Developing person-centred care competencies for the healthcare workforce to support family caregivers: caregiver centred care. *Heal Soc Care Community*. 2021;29(5):1327-1338. doi:10.1111/hsc.13173

40. Institute for patients- and family centered care. Patient- and family-centered care. Institute for patients- and family centered care. Accessed October 15, 2022. https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html.

41. Southerland LT, Lo AX, Biese K, et al. Concepts in practice : geriatric emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2020;75(2):162-170. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.08.430

42. American College of Emergency Physicians, The Amerian Geriatrices Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine. Geriatric emergency department guidelines. 2013. https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-guidelines.pdf.

43. Schumacher JG, Hirshon JM, Magidson P, Chrisman M, Hogan T. Tracking the rise of geriatric emergency departments in the United States. *J Appl Gerontol*. 2020;39(8):871-879. doi:10.1177/0733464818813030

44. Shih RD, Carpenter CR, Tolia V, Binder EF, Ouslander JG. Balancing vision with pragmatism: the geriatric emergency department guidelines-realistic expectations from emergency medicine and geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70(5):1368-1373. doi:10.1111/jgs.17745

45. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006

Conflict of interest: None declared.

Synthèse du chapitre

Ce chapitre a présenté la recension des écrits pour le présent projet de recherche doctorale qui a été divisé en deux principales sections. La première section, la recension des écrits, a mis l'accent sur les facteurs qui influencent le processus décisionnel menant à la transition de l'aîné vers l'urgence, sur le transfert de l'information des ÉSLD vers l'urgence, ainsi que sur les initiatives existantes pour diminuer ou améliorer ces transitions. La deuxième section, soit l'examen de la portée, s'est intéressée à l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence.

Suivant la recension des écrits et l'examen de la portée, il est possible de tirer certains constats. D'une part, il semble avoir un consensus dans la littérature sur les facteurs qui influencent la prise de décision qui mène à une transition vers l'urgence (p. ex. présence et disponibilité des médecins à l'ÉSLD), ainsi que pour les lacunes associées au transfert de l'information (p ex. information manquante lors des transferts vers l'urgence). D'autre part, il est possible de constater que peu de littérature scientifique a été recensée qui aborde l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence, encore moins dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. D'ailleurs, les études identifiées sur les familles d'aînés hébergés étaient davantage axées sur leurs perceptions lors du processus décisionnel mentant à la transition de l'ainé vers l'urgence. Aucune étude recensée n'abordait les perceptions des familles en regard au processus complet de transition. De plus, peu de littérature scientifique a été identifiée concernant le retour de l'aîné à son ÉSLD d'origine et les défis associés, y compris pour sa famille, une fois le congé obtenu de l'urgence. Enfin, la littérature scientifique rapporte les perceptions du personnel infirmier, mais elles sont particulièrement axées sur le processus décisionnel menant à la transition de l'aîné vers l'urgence et par rapport au transfert de l'information. Aucune étude identifiée n'englobait les perceptions du personnel infirmier sur l'ensemble de la transition des aînés des

ÉSLD vers l'urgence. Bien que des initiatives aient été identifiées dans la littérature pour réduire ou améliorer les transitions des aînés entre les ÉSLD et l'urgence, il demeure qu'il n'y a pas une seule et unique intervention qui à ce jour permet de réduire ou d'améliorer ces transitions. Au contraire, il est plutôt soulevé que c'est un ensemble d'interventions qui permettraient de diminuer les transitions des aînés hébergés vers l'urgence (p. ex. télémédecine, vaccination antigrippale, directives de soins anticipées, etc.), et ce, combiné à des interventions afin de faciliter le déroulement de ces transitions (p. ex. formulaire standardisé pour le transfert de l'information), le cas échéant.

Références

Abrahamson, K., Bernard, B., Magnabosco, L., Nazir, A. & Unroe, K. T. (2016). The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. *BMC Geriatrics*, *16*(1), Article 184. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0359-2

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

Curtis, F., Jayawickrama, W. I. U., Laparidou, D., Weligamage, D., Kumarawansha, W. K. W. S., Ortega, M. & Siriwardena, A. N. (2021). Perceptions and experiences of residents and relatives of emergencies in care homes: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Age and Ageing*, *50*(6), 1925-1934. https://doi.org/10.1093/ageing/afab182

Dale, M. C., Drickamer, M. A. & Sloane, P. D. (2020). Geriatric-specific standards for information transfer between nursing homes and acute care hospitals. *Journal of the American Medical Directors Association*, *21*(4), 444-446. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.02.015

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), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.refiri.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

Dwyer, R., Stoelwinder, J., Gabbe, B. & Lowthian, J. (2015). Unplanned transfer to emergency departments for frail elderly residents of aged care facilities: A review of patient and organizational factors. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(7), 551-562. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.007

Fan, L., Hou, X.-Y., Zhao, J., Sun, J., Dingle, K., Purtill, R., Tapp, S. & Lukin, B. (2016). Hospital in the nursing home program reduces emergency department presentations and hospital admissions from residential aged care facilities in Queensland, Australia: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, *16*(1), Article 46. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1275-z

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

Gettel, C. J., Pertsch, N. & Goldberg, E. M. (2020). A systematic review of interventions to improve nursing home to emergency department care transitions. *Annals of Long-Term Care*, *28*(2), e12-e19. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295263/

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), e348-e355. 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

Kane, R. L., Huckfeldt, P., Tappen, R., Engstrom, G., Rojido, C., Newman, D., Yang, Z. & Ouslander, J. G. (2017). Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: A randomized implementation trial of the INTERACT program. *JAMA Internal Medecine*, *177*(9), 1257-1264. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2657

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/jbisrir-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

Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L. & Mason, S. (2022a). 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

Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L. & Mason, S. (2022b). What influences decisions to transfer older care-home residents to the emergency department? A synthesis of qualitative reviews. *Age and Ageing*, *51*(11). https://doi.org/10.1093/ageing/afac257

Marshall, E. G., Clarke, B., Burge, F., Varatharasan, N., Archibald, G. & Andrew, M. K. (2016). Improving continuity of care reduces emergency department visits by long-term care residents. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *29*(2), 201-208. https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.12.150309

Martin, R. S., Hayes, B., Gregorevic, K. & Lim, W. K. (2016). The effects of advance care planning interventions on nursing home residents: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(4), 284-293. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.017

McGregor, M. J., Abu-Laban, R. B., Ronald, L. A., McGrail, K. M., Andrusiek, D., Baumbusch, J., Cox, M. B., Salomons, K., Schulzer, M. & Kuramoto, L. (2014). Nursing home characteristics associated with resident transfers to emergency departments. *Canadian Journal on Aging*, *33*(1), 38-48. https://doi.org/10.1017/s0714980813000615

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

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'Neill, B. J., Reid-Searl, K., Dwyer, T. & Parkinson, L. (2017). The deteriorating resident in residential aged care: A focus group study. *Collegian*, *24*(6), 563-570. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.010

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., 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

Pulst, A., Fassmer, A. M. & Schmiemann, G. (2019). Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: A systematic review of qualitative research. *BMC Geriatrics*, *19*(1), Article 155. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1170-7

Searle, B., Barker, R. O., Stow, D., Spiers, G. F., Pearson, F. & Hanratty, B. (2023). Which interventions are effective at decreasing or increasing emergency department attendances or hospital admissions from long-term care facilities? A systematic review. *BMJ Open*, *13*(2), e064914ca. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064914

Stephens, C., Halifax, E., Bui, N., Lee, S. J., Harrington, C., Shim, J. & Ritchie, C. (2015). Provider perspectives on the influence of family on nursing home resident transfers to the emergency department: Crises at the end of life. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2015*(1), 893062. https://doi.org/10.1155/2015/893062

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

Stokoe, A., Hullick, C., Higgins, I., Hewitt, J., Armitage, D. & O'Dea, I. (2016). Caring for acutely unwell older residents in residential aged-care facilities: Perspectives of staff and general practitioners. *Australasian Journal on Ageing*, *35*(2), 127-132. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajag.12221

Tate, K., Cummings, G., Jacobsen, F., Halas, G., Van Den Bergh, G., Devkota, R., Shrestha, S. & Doupe, M. (2024). Strategies to improve emergency transitions from long-term care facilities: A scoping review. *The Gerontologist, 64*(7) https://doi.org/10.1093/geront/gnae036

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

Chapitre 4. Méthodologie

Ce chapitre présente la position paradigmatique de la candidate au doctorat, ainsi que la méthodologie utilisée pour les trois parties qui composent cette thèse de doctorat. En premier lieu, la méthodologie utilisée pour l'examen de la portée (partie 1) sera décrite, celle-ci faisant référence à l'article nº 1 (Peguero-Rodriguez et al., 2023) présenté au chapitre 3 (recension des écrits). Par la suite, la méthodologie des parties 2 (PPA) et 3 (personnel infirmier et cadre) sera détaillée en suivant la séquence suivante : type de recherche ; devis de recherche ; population à l'étude et stratégies d'échantillonnage ; milieu d'étude et recrutement ; méthodes de collecte de données ; déroulement de l'étude; plan d'analyse des données ; et critères de rigueur. La méthodologie de la partie 2 fait référence à l'article nº 2 et celle de la partie 3 renvoie à l'article nº 3, tous les deux présenté au chapitre 5. Enfin, le chapitre se conclura par la présentation des considérations éthiques pour les parties 2 et 3 du projet de recherche doctorale.

Position paradigmatique

Le concept de « paradigme » a été fortement popularisé par Thomas Kuhn à travers son livre *The Structure of Scientific Revolutions*, publié en 1962 (Cosgrove & Jonas, 2016; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Johnson, 2011; Kuhn, 2012). Toutefois, Kuhn utilise ce terme dans une variété de situations, soit d'une vingtaine de façons différentes (Cosgrove & Jonas, 2016; Denscombe, 2008; Johnson, 2011; Kuhn, 2012; Morgan, 2007). Bien qu'à ce jour, plusieurs définitions existent à propos des paradigmes, il est convenu que les paradigmes sont des systèmes de croyance, de suppositions et de règles partagés dans un milieu qui influence la conduite de la recherche (Morgan, 2007; Tran, 2016).

Tout chercheur doit donc être conscient de sa vision du monde qui forge ses perspectives ontologiques et épistémologiques et qui influenceront la conduite de sa recherche (Kuhn, 2012).

La candidate au doctorat se positionne dans le paradigme du pragmatisme. Le pragmatisme s'est développé autour des idées centrales des philosophes tels que Peirce, Dewey, James et Mead du 19e et du 20e siècle (Cosgrove & Jonas, 2016; Morgan, 2007; Tran, 2016). Le pragmatisme peut être défini comme une approche qui tente de considérer une multitude de points de vue, de perspectives et de positions (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Tran, 2016). Il est orienté vers la résolution de problèmes pratiques dans le monde réel, plutôt que sur les suppositions de la nature des connaissances (Cosgrove & Jonas, 2016; Hall, 2013; Mukherjee & Hirawaty Kamarulzaman, 2016; Tran, 2016).

En effet, le pragmatisme met l'accent sur le problème de recherche et est axé sur les résultats et le produit de la recherche (Greene & Hall, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Johnson, 2011; Johnson & Gray, 2010). L'importance réside donc au niveau de la question de recherche plutôt que sur les méthodes de recherche (Halcomb & Hickman, 2015; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Johnson, 2011; Tashakkori & Teddlie, 2010). C'est pourquoi le pragmatisme permet l'utilisation d'une multitude de méthodes pour aborder les problèmes de recherche et donne autant de portée aux connaissances objectives que subjectives (Dolan et al., 2022; Halcomb & Hickman, 2015; Morgan, 2007, 2014; Mukherjee & Hirawaty Kamarulzaman, 2016). En fait, l'approche pragmatique sollicite l'utilisation de la méthode de recherche qui répondra le mieux à la question et au but de la recherche, et ce, que ce soit qualitatif, quantitatif ou mixte (Dolan et al., 2022; Feilzer, 2010; Hesse-Biber, 2015a, 2015b; Mukherjee & Hirawaty Kamarulzaman, 2016). Le pragmatisme est une approche pluraliste qui est orientée vers « ce qui fonctionne » (*what works*), vers le « monde réel » et la création de solutions efficaces aux problèmes soulevés (Cosgrove & Jonas, 2016; Feilzer, 2010; Hesse-Biber, 2015a, 2015b; Shannon-Baker, 2016; Tran, 2016). Le pragmatisme est orienté vers l'action d'où l'importance d'articuler les résultats de recherche

comme mesure d'appui à l'action et au changement (Greene & Hall, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Morgan, 2007, 2014).

Le paradigme du chercheur reflète ses croyances à propos de la nature de la réalité (ontologie), de sa relation avec le sujet de recherche (épistémologie) et de sa façon d'acquérir des connaissances (méthodologie) (Creswell & Plano Clark, 2018; Giddings & Grant, 2006; Pearce, 2015). Ainsi, ces éléments seront abordés dans les prochains paragraphes et ceux-ci reflètent par le fait même la position de la candidate au doctorat. Par ailleurs, les informations qui seront présentées dans les prochaines sections se rattachent principalement aux travaux de James William (1842-1910), l'un des fondateurs du pragmatisme qui était un psychologue et un philosophe américain (Dolan et al., 2022; Mayumi & Ota, 2022).

Ontologie

Le pragmatisme considère la réalité comme étant unique et multiple (Cosgrove & Jonas, 2016; Creswell & Plano Clark, 2018; Dolan et al., 2022; Feilzer, 2010). La réalité est à la fois subjective (à travers les expériences individuelles et personnelles), intersubjective (p. ex. via les structures sociales, institutions et culture) et objective (processus causal, matériel physique) (Johnson & Gray, 2010). Ainsi, la position ontologique est pluraliste; certains proposent même le terme de « réalisme multiple » comme position ontologique (Johnson & Gray, 2010). Les pragmatiques croient en l'existence d'un monde indépendant externe à la pensée tout comme à une interprétation de ce monde qui se loge dans les pensées individuelles (Creswell, 2014; Dolan et al., 2022). Il est également soulevé que la « réalité » est composé de différentes couches d'éléments dont certains sont quantitatifs, d'autres qualitatifs, et d'autres un mélange des deux (Feilzer, 2010). Par conséquent, les connaissances développées sont à la fois construites et basées sur la réalité du monde dans lequel on vit des expériences (Johnson & Gray, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Épistémologie

Plusieurs chemins différents peuvent mener vers le savoir et pour cette raison, le pragmatisme ne spécifie pas nécessairement la position du chercheur. Il demande plutôt à ce que la démarche de collecte de données se réalise dans la praticité, c'est-à-dire de faire ce qu'il faut pour répondre à la question de recherche (Creswell & Plano Clark, 2018; Johnson & Gray, 2010). Ainsi, une approche plus impartiale pourrait être utilisée, tout comme une approche de collaboration avec les participants pourrait être choisie, tant que cela correspond le mieux à la question de recherche (Creswell & Plano Clark, 2018).

Morgan (2007) argumente que bien qu'une objectivité absolue soit impossible autant il est difficile de concevoir ce qu'est la subjectivité absolue. Ainsi, puisque le chercheur doit travailler entre l'objectivité et la subjectivité dans différents cadres de référence, il énonce le terme d'« intersubjectivité » (Cosgrove & Jonas, 2016; Dures et al., 2010; Morgan, 2007; Pearce, 2015). Afin de contester la dichotomie forcée entre objectivité et subjectivité, l'intersubjectivité est introduite et démontre cette dualité (Cosgrove & Jonas, 2016; Morgan, 2007). Comme le souligne Shannon-Baker (2016), le chercheur pragmatique est capable de maintenir à la fois un aspect de subjectivité dans ces propres réflexions sur le processus de recherche, tout en ayant un regard objectif dans la collecte des données et son analyse. Le pragmatisme demande un certain équilibre entre la subjectivité et l'objectivité tout au long de la recherche (Dolan et al., 2022; Shannon-Baker, 2016). Cela permet également de considérer qu'il y a seulement un « vrai monde », mais que chacun a sa propre interprétation de ce monde (Morgan, 2007), ce qui réfère également à l'ontologie.

D'ailleurs, le pragmatisme est un engagement envers l'incertitude, car on doit considérer que les connaissances développées par la recherche sont relatives et non absolues, et ce, même lorsqu'il y a des relations de cause à effet, car celles-ci peuvent être transitoires (Feilzer, 2010). Le

pragmatisme endosse le principe philosophique de faillibilisme qui déclare qu'aucune croyance actuelle ou conclusion de recherche n'est perçue comme étant parfaite ou absolue, mais plutôt comme des vérités provisoires (Dolan et al., 2022; Dures et al., 2010; Greene & Hall, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Étant donné la nature imprédictible des êtres humains, cela demande une ouverture et une flexibilité quant aux changements et à l'émergence de données inattendues (Feilzer, 2010). Les vérités sont vues comme étant provisoires (Dolan et al., 2022).

Méthodologie

L'approche pragmatique peut combiner les raisonnements déductifs et inductifs permettant ainsi au chercheur de collecter à la fois des données quantitatives et qualitatives (Creswell & Plano Clark, 2018). Morgan (2007) introduit le terme « abductif » en ce qui a trait au lien entre la théorie et les données. En effet, le pragmatisme utilise un raisonnement qui se déplace entre l'inductif et le déductif et vice-versa (Cosgrove & Jonas, 2016; Dures et al., 2010; Feilzer, 2010; Johnson, 2011; Morgan, 2007; Pearce, 2015). Par exemple, cela peut se traduire lorsque dans une étude, les résultats obtenus lors de la portion qualitative (inductif) sont utilisés comme support aux résultats de l'approche quantitative (déductif) (Morgan, 2007).

L'approche pragmatique rejette d'ailleurs l'idée de la dualité, soit de choisir entre les deux extrêmes (Cosgrove & Jonas, 2016; Greene & Hall, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Morgan, 2007). Ainsi, Morgan (2007) emprunte le terme de transférabilité. Dans une approche pragmatique, les connaissances développées doivent faire l'objet d'une réflexion quant à leurs applications dans d'autres contextes ou groupes (Dures et al., 2010; Morgan, 2007; Shannon-Baker, 2016).

Enfin, Morgan (2007, 2014) critique l'aspect métaphysique d'évaluation des paradigmes et relève que le pragmatisme ne s'articule pas facilement dans un système qui est organisé autour des aspects métaphysiques (ontologie, épistémologie et méthodologie). Toutefois, ce choix

paradigmatique permet d'abandonner ou du moins d'avoir une alternative à la dichotomie forcée entre le post-positivisme et le constructivisme tout en considérant ce qui est significatif pour chacun de ces paradigmes (Creswell & Plano Clark, 2018; Feilzer, 2010; Shannon-Baker, 2016; Tashakkori & Teddlie, 2010).

En somme, ce choix paradigmatique permet d'avoir une alternative à la dichotomie forcée entre le postpositivisme et le constructivisme (Shannon-Baker, 2016; Tashakkori & Teddlie, 2010). Les pragmatiques adoptent une position anti-dualistique qu'est le synéchisme, soit l'idée de voir le monde en termes de continuité plutôt qu'en termes de binarité (Johnson & Gray, 2010; Pluye et al., 2009). Ainsi, il brise le cycle des dualités traditionnelles. Effectivement, l'alternative pragmatique offre un terrain d'entente aux trois aspects dichotomiques traditionnels des paradigmes, soit une approche abductive, intersubjective et propose la composante de transférabilité des résultats de recherche (Cosgrove & Jonas, 2016; Guba & Lincoln, 1994; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Morgan, 2007). Enfin, le pragmatisme a permis d'encadrer convenablement l'étude de recherche doctorale, étant une orientation philosophique sur laquelle les méthodes mixtes de recherche peuvent s'appuyer.

Article nº 1 – Examen de la portée

Cette section présente la méthodologie de la partie 1 de l'étude de recherche doctorale, soit celle qui porte sur l'examen de la portée. Cette partie a permis d'atteindre le premier objectif de l'étude, soit de :

- Décrire l'état actuel de la littérature scientifique à propos des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence.

La méthodologie présentée dans ce chapitre se rapporte à l'article nº 1 qui a été présenté au chapitre 3 (recension des écrits) et qui a été publié dans le *Journal of Emergency Nursing*[3]. Ceci se veut donc un complément à ce qui a déjà été directement présenté dans l'article nº 1. Par ailleurs, afin de guider la rédaction de l'article nº 1, le PRISMA-ScR (extension for scoping reviews) a été utilisé (Equator Network, 2024a).

Type de recherche

Un examen de la portée (*scoping review*) a été réalisé afin de cibler l'ensemble de la littérature scientifique à propos de l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence. L'examen de la portée constitue une forme de synthèse des connaissances (Grant & Booth, 2009) et gagne de plus en plus en popularité depuis la dernière décennie, notamment dans le domaine de la santé, incluant les sciences infirmières (Colquhoun et al., 2014; Davis et al., 2009; Khalil et al., 2016; Peters et al., 2020; Peterson et al., 2017; Pham et al., 2014). L'examen de la portée sert à répertorier et à synthétiser efficacement la littérature scientifique (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Khalil et al., 2016; Levac et al., 2010). En effet, cette méthode se définit comme étant un processus structuré qui permet de saisir les concepts clés sous-jacents, de cibler les principales sources d'information, ainsi que l'évidence probante disponible d'un domaine de recherche (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Daudt et al., 2013; Levac et al., 2010; Munn et al., 2018; Peters et al., 2020; Pham et al., 2014). C'est une méthode rigoureuse et standardisée qui cible également le volume, la nature et les caractéristiques de la littérature recensée (Arksey & O'Malley, 2005; Khalil et al., 2016; Munn et al., 2018; Peters et al., 2015; Pham et al.,

[3] Référence de l'article publié : 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

2014). Cette méthode est donc particulièrement utile lorsqu'un domaine est peu exploré (Arksey & O'Malley, 2005; Khalil et al., 2016; Peters et al., 2015, 2020; Pham et al., 2014), telle que l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence. De même, l'examen de la portée est fortement indiqué lorsque l'intérêt du chercheur repose sur l'identification et la description de la façon dont les études ont été effectuées sur un sujet en particulier, ainsi que de discuter de l'évidence probante disponible à cet égard (Munn et al., 2018), ce qui était le cas ici. L'examen de la portée a été sélectionné pour deux principales raisons : la première afin de résumer et de présenter les résultats de recherche disponibles à propos de l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence; la seconde afin d'identifier les écarts et les lacunes dans la littérature (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt et al., 2013; Khalil et al., 2016; Levac et al., 2010; Peters et al., 2015, 2020).

À l'instar des revues systématiques, l'examen de la portée tend à aborder des thèmes plus généraux où différents types et devis de recherche peuvent être utilisés (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Munn et al., 2018; Peters et al., 2015; Peterson et al., 2017; Pham et al., 2014). Cette méthode répond davantage à des questions de type exploratoire et non à des questions spécifiques axées sur l'efficacité d'une intervention et sur la qualité de l'évidence probante disponible comme pour les revues systématiques (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Munn et al., 2018; Peters et al., 2020; Peterson et al., 2017; Tricco et al., 2018). L'examen de la portée n'évalue généralement pas la qualité des études sélectionnées, bien qu'elle requiert une réinterprétation analytique de la littérature recensée (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Munn et al., 2018; Peters et al., 2015; Peterson et al., 2017; Pham et al., 2014; Tricco et al., 2018). Par conséquent, l'examen de la portée a pour principal but de représenter un aperçu des données probantes qui existent sur un sujet particulier et répondre à des questions en regard à la nature et à la diversité de celle-ci, et ce, sans égard à la qualité (Arksey & O'Malley, 2005; Munn

et al., 2018; Peters et al., 2015, 2020; Pham et al., 2014; Tricco et al., 2018). En revanche, l'examen de la portée n'est pas moins rigoureux qu'une revue systématique, il faut plutôt le voir comme étant une méthodologie spécifique qui présente des buts et des objectifs différents (Munn et al., 2018; Peterson et al., 2017; Pham et al., 2014; Tricco et al., 2018).

Ainsi, afin de procéder à l'examen de la portée, le cadre de référence d'Arksey et O'Malley (2005), qui a été depuis amélioré et clarifié par plusieurs auteurs (Colquhoun et al., 2014; Daudt et al., 2013; Levac et al., 2010; Peters et al., 2015, 2020; Tricco et al., 2018), a été sélectionné. Ce cadre propose un processus en cinq étapes obligatoires : 1) identification de la question de recherche ; 2) identification des études pertinentes ; 3) sélection des études ; 4) organisation des données; et 5) collecte, résumé et présentation des résultats (Arksey & O'Malley, 2005).

De plus, le cadre de référence d'Arksey et O'Malley (2005) propose un processus qui est de nature itérative et non linéaire. Conséquemment, cela requiert un engagement réflexif continu de la part du chercheur à chacune des étapes, afin de déterminer si certaines étapes nécessitent d'être répétées ou raffinées, afin de s'assurer que la littérature est adéquatement représentée et analysée (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Daudt et al., 2013; Levac et al., 2010). Chacune des étapes entreprises du cadre d'Arksey et O'Malley (2005) sont décrites dans les prochaines sections.

Étape 1 : identification de la question de recherche

La formulation de la question de recherche est une étape primordiale, puisqu'elle guide les prochaines étapes, dont l'élaboration de la stratégie de recherche (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Levac et al., 2010; Peters et al., 2020). Considérant que l'examen de la portée sert à offrir un portrait de l'étendue de la littérature sur un sujet particulier, la question de recherche doit demeurer générale (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014). Arksey et O'Malley (2005) recommandent que la question de recherche demeure assez étendue, tout en

incorporant la population à l'étude, les interventions ou les résultats escomptés. Peters et al. (2020) précisent, quant à eux, que la formulation de la question de recherche devrait s'opérer autour de l'acronyme PCC (population, concept et contexte) qui s'adapte mieux à la réalité d'un examen de la portée que l'acronyme PICO (population, intervention, comparaison et résultats escomptés [*outcomes*]) utilisé dans les revues systématiques. L'acronyme PCC est donc une formule plus appropriée pour l'examen de la portée étant donné qu'il n'y a pas nécessairement d'interventions ciblées ou de résultats escomptés à explorer.

En suivant la logique de cette mnémonique, la *population* ciblée constituait les familles qui accompagnaient un aîné (individu de 65 ans et plus) à l'urgence. Ces familles pouvaient être composées d'une ou de plusieurs personnes partageant un lien de sang (enfants, fratrie, parent, etc.) ou un lien conjugal (époux, conjoint de fait, etc.). Les PPA étaient également considérées comme étant de la « famille », et ce, même si aucun lien sanguin ou conjugal n'était partagé avec l'aîné. Le terme « famille » avait initialement été sélectionné, afin de pouvoir demeurer le plus général possible.

Le *concept* d'intérêt ici était de capter les caractéristiques de l'expérience des familles qui accompagnaient un aîné à l'urgence. Dans ce cas-ci, le terme « expérience » englobait également les termes suivants, ainsi que leurs synonymes, soit : perspectives, perceptions, points de vue, opinions, attitudes et réflexions.

Enfin, le *contexte* réfère à l'emplacement où se déroule la problématique. Dans ce cas-ci, le contexte était celui de l'urgence. Ce dernier se définit comme un département d'un centre hospitalier qui offre des services médicaux continus, qui possède une technologie diagnostique et thérapeutique, ainsi que des lits d'hospitalisation (MSSS, 2022). Les services y sont offerts 24 heures sur 24, sept jours sur sept (MSSS, 2022).

Suivant la façon dont la population, le concept et le contexte ont été circonscrits, la question de recherche qui a guidé l'examen de la portée a été formulée ainsi :

- Quelle est l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence ?

La généralité de la question de recherche a permis de couvrir une vaste partie de la littérature scientifique, et ce, de façon à pouvoir dégager les principaux résultats de recherche et d'identifier les écarts dans la littérature. La formulation de la question de recherche revêt d'ailleurs une grande importance compte tenu du fait que les décisions relatives à l'identification et à la sélection des articles (étapes 2 et 3), à l'extraction des données (étape 4) et à l'analyse des données (étape 5) y aient directement relié (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

Étape 2 : identification des études pertinentes

Avant d'entreprendre le processus d'identification des articles, une rencontre a été préalablement organisée avec une bibliothécaire universitaire de l'Université d'Ottawa spécialisée dans le domaine des sciences infirmières. Solliciter l'expertise d'une bibliothécaire est utile, voire essentiel, pour le bon déroulement d'un examen de la portée, puisque cela permet de développer et d'utiliser une stratégie de recherche adéquate et efficace dans chacune des bases de données sélectionnées (Morris et al., 2016). La bibliothécaire universitaire a ainsi contribué à l'identification des bases de données pertinentes selon la question de recherche et au développement des stratégies de recherche pour chacune des bases de données. Elle a également offert un soutien à la candidate au doctorat pour la navigation dans les différentes bases de données.

Stratégie de recherche. Afin de cibler les articles scientifiques à intégrer dans cet examen de la portée, six bases de données ont été sélectionnées : AgeLine, CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Database, PsycINFO et Scopus. Ces bases de données ont été identifiées, en collaboration avec une bibliothécaire universitaire. La sélection de ces bases de données s'est basée sur le but et la question de recherche de cet examen de la portée. Ces bases de données ont permis

de recenser la littérature scientifique des sciences de la santé, dont les sciences infirmières, du domaine médical, du domaine paramédical, de la psychologie et des sciences sociales et humaines. De même, les stratégies de recherche qui ont été utilisées dans les bases de données ont été élaborées en collaboration avec la bibliothécaire universitaire afin de pouvoir répondre convenablement au but et à la question de recherche.

Les principaux mots-clés qui ont été utilisés dans les bases de données sont : *emergency department, family, elderly* et *experiences*. L'annexe B présente les stratégies de recherche qui ont été effectuées dans les différentes bases de données. On peut y voir tous les mots-clés et la façon dont les opérateurs logiques (ET/OU) ont été utilisés entre les différentes combinaisons de mots-clés, ainsi que le nombre de références recensé. À noter que les stratégies de recherche ont été initialement effectuées dans les bases de données en août 2020. Une mise à jour a été effectuée dans les bases de données, avec la même stratégie de recherche, en mai 2022, avant la soumission du manuscrit à la revue ciblée. Cette mise à jour a permis d'identifier des études qui ont été publiées depuis août 2020.

À préciser qu'avant d'entreprendre les démarches dans toutes les bases de données, la stratégie de recherche développée a été testée dans CINAHL par la candidate au doctorat. Cela a donc permis d'évaluer l'efficacité de la stratégie de recherche. Parmi les articles identifiés, une brève analyse a été effectuée des mots utilisés dans les titres et les résumés, les mots-clés désignés par les auteurs, ainsi que les termes indexés utilisés pour décrire les articles afin de s'assurer que c'était bel et bien cela qui était recherché. Cette façon de procéder permet de bonifier, d'ajuster, voire de valider la stratégie de recherche initiale. Justement, une fois la stratégie de recherche testée, celle-ci n'a pas eu à être modifiée, puisque celle-ci semblait identifier des articles pertinents pour répondre à la question de recherche. Par la suite, la candidate au doctorat a répliqué la stratégie

de recherche validée dans CINAHL dans chacune des autres bases de données identifiées précédemment avec l'aide de la bibliothécaire universitaire.

Une stratégie par boule de neige a également été employée pour identifier d'autres articles potentiels. La revue des listes de références se révèle être une stratégie prometteuse et efficace pour identifier des articles importants qui seraient autrement manqués avec une recherche uniquement dans les bases de données (Greenhalgh & Peacock, 2005). Ainsi, pour chaque article qui a été sélectionné à l'aide des critères d'inclusion qui seront décrits dans la prochaine section, il y a eu une revue de la liste de références. Au départ, chaque article ainsi ciblé dans les listes de références aurait été inclus comme article potentiel et aurait fait face au processus de sélection de l'étape 3. Toutefois, aucun article n'a été identifié de cette manière lors de la revue des références.

Enfin, tous les articles qui ont été identifiés dans les bases de données ont été téléchargés dans la plateforme *Covidence*© qui est un logiciel web qui simplifie la production des synthèses de connaissances, incluant les examens de la portée. Cette plateforme permet notamment d'importer les références des bases de données, de retirer les doublons, de conserver les articles, de gérer et de trier les références, de procéder à la lecture intégrale des articles et possède des fonctionnalités d'extraction des données (Covidence, s. d.). La plateforme peut être utilisée en équipe, ainsi toute la démarche était accessible à la direction de thèse.

Critères d'inclusion et d'exclusion. Les articles qui ont été inclus dans cet examen de la portée devaient : 1) traiter principalement des expériences, des perspectives ou des points de vue des familles qui accompagnent un aîné (individu âgé de 65 ans et plus) à l'urgence ; 2) être publiés

dans des revues avec comité de pairs[4] ; 3) être publiés en anglais ou en français étant les langues maîtrisées par la candidate au doctorat ; et 4) être des études utilisant un devis quantitatif, qualitatif ou mixte. Finalement, aucune limite géographique n'a été appliquée et tous les articles publiés jusqu'en mai 2022 ont été considérés.

En contrepartie, les articles ont été exclus s'ils : 1) traitaient principalement de l'expérience des aînés à l'urgence ou de l'expérience des professionnels de la santé (p. ex. personnel infirmier et médecins) ; 2) traitaient de l'expérience des familles qui accompagnent un aîné dans un contexte de soins critiques autre que celui de l'urgence (p. ex. soins intensifs) ou strictement dans un contexte de réanimation cardiorespiratoire ; 3) faisaient partie de la littérature grise, étaient non publiées ou étaient des thèses de maîtrise ou de doctorat ; et 4) étaient des synthèses de connaissances (p. ex. revue systématique, revue narrative, etc.).

Étape 3 : sélection des études

La sélection des articles s'est réalisée en deux phases distinctes et a été effectuée par deux évaluatrices indépendantes (candidate au doctorat [GPR] avec la directrice [VP] ou candidate au doctorat [GPR] avec la codirectrice de thèse [ML]). En premier lieu, les articles ont été triés à la lecture seule des titres et des résumés. À cette phase-ci, tous les articles qui répondaient potentiellement aux critères d'inclusion ont été considérés pour la deuxième phase de sélection. D'ailleurs, en cas de doute quant à l'éligibilité d'un article après la lecture du titre et du résumé, celui-ci passait automatiquement à la deuxième phase de sélection. Puisque les résumés des articles ne peuvent pas représenter l'article au complet, ni même capter l'étendue de celui-ci, il est

[4] Bien que l'évaluation de la qualité des études ne soit pas exigée dans les examens de la portée, le fait d'ajouter un critère d'inclusion indiquant que les études sélectionnées doivent être publiées dans des revues avec comité de pairs représente une certaine mesure qui atteste tout de même de leur qualité (Pham et al., 2014).

important d'en lire l'intégralité dans un deuxième temps (Arksey & O'Malley, 2005). Ainsi, la deuxième phase de sélection consiste à lire l'entièreté des articles sélectionnés à la première phase afin d'en vérifier leur réelle admissibilité, et ce, basée sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Enfin, advenant un désaccord entre les évaluateurs à chacune des étapes du processus de sélection, un troisième évaluateur était sollicité afin de résoudre le désaccord (p. ex. si désaccord entre GPR et VP, ML tranchait; si désaccord entre GPR et ML, VP tranchait).

Étape 4 : extraction des données

Une fois les articles dûment sélectionnés, l'extraction des données a débuté de façon à répondre à la question de recherche et a été effectuée de façon indépendante par la candidate au doctorat sous la supervision de sa direction de thèse. Cette étape consistait à cibler à la fois les caractéristiques des articles et l'information spécifique des articles permettant de répondre à la question de recherche (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt et al., 2013; Peters et al., 2020). Plus précisément, les informations bibliométriques, les caractéristiques méthodologiques des études et le contenu pertinent de tous les articles retenus ont été colligés dans un tableau récapitulatif sur Microsoft Word ©, et ce, conformément aux suggestions de plusieurs auteurs (Arksey & O'Malley, 2005; Khalil et al., 2016; Levac et al., 2010; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018). L'utilisation de ce cadre d'extraction a facilité la comparaison entre les articles et les écarts dans la littérature (Arksey & O'Malley, 2005).

Étape 5 : collecte, résumé et présentation des résultats

Dans cet examen de la portée, les résultats ont été présentés de deux façons. La première a été dédiée à la description de la littérature recensée. D'une part, comme recommandé par plusieurs auteurs (Khalil et al., 2016; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018), un diagramme de type « *Prefered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* » (PRISMA) a été utilisé pour présenter les détails du processus de sélection, dont le nombre d'articles recensés et le nombre

d'articles sélectionnés à chacune des étapes (PRISMA, 2024). Par la suite, la description s'est faite à l'aide de statistiques descriptives (distribution des fréquences), afin de représenter les informations bibliométriques des articles sélectionnés. Cela a permis de donner un aperçu des études existantes relatives à la question de recherche tout en précisant la nature et les éléments contextuels de celles-ci.

En second lieu, une analyse de contenu qualitative a été effectuée afin de rendre compte du contenu des articles sélectionnés. L'analyse de contenu est une méthode d'analyse qui permet de décrire et de résumer une grande quantité d'information textuelle (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Le but de cette méthode est d'obtenir une description condensée et étendue d'un phénomène, ou dans ce cas-ci, de la littérature sélectionnée (Elo & Kyngas, 2008). L'analyse de contenu sert donc à identifier, à travers de l'information textuelle, les catégories communes, ainsi que les relations qui les unifient (Vaismoradi et al., 2013). Le terme « catégorie » a été privilégié à celui de « thème », puisque cela représente davantage le type d'analyse qui a été effectuée. Comme mentionné par Vaismoradi et al. (2013):

> *A pragmatic way to state the difference between a theme and a category is that the latter refers mainly to a descriptive level of content and can thus be seen as an expression of the manifest content of the text, whilst the former is the expression of the latent content*. (p. 402)

L'analyse de contenu a ainsi permis de développer des catégories permettant de refléter l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence via les études retenues (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Afin de procéder à cette analyse, il y a également deux approches possibles, soit celle inductive ou déductive (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). L'approche inductive a été employée, puisque l'intention derrière l'exécution d'un examen de la portée est de représenter adéquatement la littérature sélectionnée. Ainsi, les codes et les

catégories développés étaient intimement reliés aux données « brutes » n'étant pas classées afin de répondre à des codes préexistants (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013).

L'analyse de contenu est constituée de trois phases : 1) préparation ; 2) organisation ; et 3) présentation des résultats (Elo & Kyngas, 2008). Dans la phase préparatoire, il s'agit de se familiariser avec les données (p.ex. lire les articles à plusieurs reprises), de donner un sens aux données recueillies et de choisir les unités d'analyse (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). La phase d'organisation réfère, quant à elle, au développement des catégories d'analyse (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Pour y arriver, il faut procéder au processus de codage qui consiste à réduire le volume d'information textuelle en « codes » qui sont des étiquettes qui représentent, définissent ou décrivent un élément du texte (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Les codes ainsi développés proviennent directement des données d'où l'aspect inductif du processus. Une fois la liste de codes générée, il a été possible de les regrouper en sous-catégories et finalement en catégories, afin d'offrir une description et une interprétation du contenu des articles sélectionnés (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). Dans la troisième phase, les résultats doivent être présentés en utilisant les catégories établies (Elo & Kyngas, 2008; Vaismoradi et al., 2013). En somme, l'analyse de contenu qualitative a permis de structurer l'analyse des données en subdivisant l'information recueillie dans les articles sélectionnés en catégories qui reflètent pertinemment le contenu des articles sélectionnés.

En outre, l'examen de la portée s'est terminé par une section dédiée à la discussion des résultats. Cette section démontre la façon dont les résultats répondent à la question de recherche, présente les limites associées à cet examen de la portée, ainsi que les implications possibles (voir chapitre 3).

Article nº 2 – Personnes proches aidantes (PPA)

Cette section présente la méthodologie de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, soit celle axée sur les PPA. Cette partie a permis d'atteindre le deuxième objectif de l'étude, soit de :

- Décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de l'aîné qu'elles accompagnent d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

La méthodologie présentée dans ce chapitre se rapporte à l'article nº 2 qui est présenté au chapitre 5 et qui a été soumis à la revue *Soins Gérontologie*[5]. Ceci se veut donc un complément à ce qui est présenté dans l'article nº 2 (voir chapitre 5). Afin de guider la rédaction de l'article nº 2, le *Mixed Methods Article Reporting Standards* (MMARS) a été utilisé (Equator Network, 2024b).

Type de recherche

Dans le cadre de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, les méthodes mixtes de recherche (MMR) ont été utilisées. Les MMR combinent dans une même étude à la fois des composantes quantitatives et qualitatives dans son approche, son analyse et son langage (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018; Johnson et al., 2007). Afin de tirer des conclusions dans une étude à méthodes mixtes, une intégration des données quantitatives et qualitatives doit avoir lieu, ce qui se nomme le point d'intégration (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018). Les MMR sont utilisées afin de capturer les différentes dimensions d'une problématique (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018). En effet, cela permet d'aborder la richesse d'un phénomène en intégrant plusieurs perspectives et facettes de la problématique, et permet une étendue et une profondeur dans la compréhension et la corroboration des données (Bazeley, 2018; Creswell &

[5] Référence de l'article soumis : Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J., & Lalonde, M. (2024). Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes [article soumis pour publication]. *Soins Gérontologie.*

Plano Clark, 2018; Johnson et al., 2007). Bien que les MMR soient désignées comme « la troisième approche méthodologique » et que son utilisation soit en plein essor, son usage n'est pas sans controverse (Hewitt-Taylor, 2011; Teddlie & Tashakkori, 2009). En effet, deux courants de pensée existent concernant l'utilisation des MMR, soit ceux qui sont en défaveur et ceux qui sont en faveur.

Position en défaveur à l'utilisation des MMR. Le principal argument en défaveur des MMR, et ce, toutes disciplines confondues, repose sur la thèse de l'incompatibilité entre l'approche quantitative et l'approche qualitative (Bazeley, 2018). Afin de bien comprendre la portée de cet argument, il est indispensable de définir le concept de paradigme. Les paradigmes sont des systèmes de croyances, de suppositions et de règles partagées dans un milieu qui influence la conduite de la recherche (Kuhn, 2012; Morgan, 2007; Tran, 2016). Ainsi, les MMR ne font pas l'unanimité, puisque les approches quantitatives et qualitatives peuvent être perçues comme étant des paradigmes incommensurables[6] (Bazeley, 2018; Cosgrove & Jonas, 2016; Denscombe, 2008; Hall, 2013). Le débat sur leur légitimité repose donc sur le fait que le quantitatif et le qualitatif sont campés dans des présomptions fondamentalement différentes sur la nature de la réalité (ontologie) et sur les façons d'acquérir les savoirs et de les comprendre (épistémologie) (Bazeley, 2018; Dures et al., 2010; Hathcoat & Meixner, 2017; Hewitt-Taylor, 2011). En effet, les tenants de l'approche quantitative considèrent la réalité comme étant universelle, objective et quantifiable; les tenants de l'approche qualitative envisagent plutôt la réalité comme étant socialement construite et subjective (Dures et al., 2010; Feilzer, 2010; Guba & Lincoln, 1994; Sale et al., 2002). Or, ce raisonnement fait davantage référence aux paradigmes généralement associés à ces approches méthodologiques,

[6] Selon Kuhn, les paradigmes sont incommensurables, puisqu'il n'y a aucun moyen de les comparer directement les uns aux autres (aucune mesure commune), ni aucune façon de communiquer clairement entre les tenants des différents paradigmes (Kuhn, 2012). Les paradigmes ne peuvent donc pas être combinés.

soit le paradigme postpositiviste (quantitatif) et le paradigme constructiviste[7] (qualitatif) (Bazeley, 2018; Cosgrove & Jonas, 2016; Greene & Hall, 2010; Symonds & Gorard, 2010). En réalité, les méthodologies quantitatives ou qualitatives ne sont pas exclusives à un seul paradigme (Greene & Hall, 2010; Hathcoat & Meixner, 2017; Symonds & Gorard, 2010). Il est inexact d'employer les termes « quantitatif » ou « qualitatif » comme synonyme de paradigme postpositiviste ou constructiviste (Greene & Hall, 2010; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Shannon-Baker, 2016). Ces termes réfèrent plutôt à une approche générale pour étudier un phénomène et sont liés à des « méthodes » qui sont des techniques spécifiques pour collecter des données à des fins d'analyse (Dures et al., 2010; Hathcoat & Meixner, 2017; Shannon-Baker, 2016). Par conséquent, c'est la philosophie de recherche sous-jacente (ontologie et épistémologie) qui guidera d'une part l'approche méthodologique et ultimement l'analyse et l'interprétation des données (Guba & Lincoln, 1994; Hathcoat & Meixner, 2017; Onwuegbuzie et al., 2009). Ces approches ne sont donc pas incompatibles, mais ce sont plutôt les paradigmes, comme le postpositivisme et le constructivisme qui le sont.

Par ailleurs, certains chercheurs demeurent réfractaires à l'arrivée des MMR, puisqu'ils les considèrent comme une voie « facile » pour mettre de côté les questions philosophiques de type ontologique et épistémologique, le tout afin d'obtenir davantage de fonds de recherche et d'opportunités de publication (Giddings, 2006; Giddings & Grant, 2007; Hathcoat & Meixner, 2017). Giddings (2006), une infirmière chercheure, critique les MMR en énonçant les raisons suivantes : 1) nécessitent moins d'expertise méthodologique spécifique ; 2) développées par les

[7] Le constructivisme n'est pas le seul paradigme de recherche associé à l'approche qualitative. Toutefois, il est le paradigme le plus communément associé à celle-ci d'où l'utilisation de ce terme. Ceci est toutefois utilisé à titre d'exemple.

philosophies économiques du 21e siècle du « *do more with less* » ; et 3) intrinsèquement liées à la montée du mouvement de la pratique basée sur les données probantes qui favorise les données de nature quantitatives.

Il est également reproché aux MMR de placer la recherche qualitative en second plan derrière la recherche quantitative (Giddings, 2006). Par exemple, utiliser des méthodes qualitatives, telles que l'entrevue, pour appuyer les données quantitatives issues d'essais randomisés contrôlés, et ce, sans employer d'approche critique ou interprétative digne des recherches qualitatives de qualité (Teddlie & Tashakkori, 2009). Les MMR sont alors perçues comme une façon « moderne » de perpétuer l'hégémonie quantitative du postpositiviste, tout en maintenant la marginalisation des méthodologies non-positivistes à l'occurrence les approches qualitatives (Giddings, 2006; Giddings & Grant, 2007; Symonds & Gorard, 2010). Giddings et Grant (2007) comparent même les MMR au cheval de Troie, alléguant qu'il s'agirait d'une approche d'apparence bénéfique, mais cachant des partisans du positivisme.

Position en faveur de l'utilisation des MMR. Les tenants des MMR rejettent la thèse de l'incompatibilité et contestent par le fait même la dichotomie forcée entre le quantitatif et le qualitatif (Teddlie & Tashakkori, 2009). Ils conçoivent plutôt les MMR comme une approche s'inscrivant entre le quantitatif et le qualitatif traditionnels, tel un continuum (Johnson et al., 2007; Pluye et al., 2009). En plus des arguments énumérés précédemment réfutant la thèse de l'incompatibilité, ceux en faveur des MMR soulignent que c'est une forme de recherche qui est complémentaire, inclusive, pluraliste et surtout créative (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). En effet, celles-ci ouvrent la voie à différents devis de recherche qui permettent une variété de combinaisons tant sur la séquence de collecte des données que sur la façon d'intégrer lesdites données (Creswell & Plano Clark, 2018). Cela crée donc des opportunités de générer des savoirs potentiellement différents. Par ailleurs, Greene et al. (1989) ont établi cinq raisons pour appuyer l'utilisation des

MMR : 1) triangulation, 2) complémentarité, 3) développement, 4) initiation, et 5) expansion. À ce jour, ces raisons sont toujours amplement utilisées pour justifier l'emploi des MMR.

En outre, depuis la dernière décennie, les MMR sont de plus en plus employées dans le domaine des sciences de la santé, notamment en sciences infirmières (Beck & Harrison, 2016; Fàbregues & Paré, 2018). En effet, plusieurs chercheures en sciences infirmières (Fawcett, 2015; Halcomb & Hickman, 2015; Simonovich, 2017) proposent les MMR comme une approche méthodologique utile et nécessaire à la pratique clinique. Il est important de mentionner qu'étant une discipline professionnelle, les sciences infirmières ont la responsabilité d'orienter la pratique professionnelle (Donaldson & Crowley, 1978; Simonovich, 2017). Pour y arriver, elles doivent développer des connaissances qui serviront à définir et à guider les activités des différents champs d'activités de la profession, tels que la pratique, la recherche, la gestion, la formation et le politique (Pepin et al., 2010). Toutefois, la réalité infirmière est de plus en plus complexe en réponse à l'augmentation de l'espérance de vie, à la hausse des maladies chroniques, des comorbidités et des budgets en santé qui sont restreints (Halcomb & Hickman, 2015). Cette réalité se traduit donc en des problèmes de recherche complexes et multidimensionnels (Fàbregues & Paré, 2018; Halcomb & Hickman, 2015; Sale et al., 2002; Simonovich, 2017).

Ainsi, plusieurs considèrent les MMR comme une approche méthodologique compatible avec la réalité infirmière et essentielle pour aborder ces problèmes multidimensionnels (Parahoo, 2006; Simonovich, 2017). Cette approche permet d'étudier les aspects complexes inhérents à la profession infirmière, et ce, de plusieurs angles possibles, soit en jumelant le quantitatif et le qualitatif (Fàbregues & Paré, 2018). Sans négliger l'apport de la recherche exclusivement quantitative ou qualitative, les MMR permettent d'enrichir autrement les connaissances infirmières (Beck & Harrison, 2016). En effet, cette combinaison permet une compréhension approfondie et différente, puisque de multiples facettes d'un même phénomène sont incluses, à l'instar d'une étude

uniquement quantitative ou qualitative (Bazeley, 2018; Chiang-Hanisko et al., 2016; Creswell & Plano Clark, 2018; Fàbregues & Paré, 2018).

De surcroît, Fawcett (2015) affirme que si l'on devait identifier le type de recherche qui ressemble le plus à la pratique infirmière, ce serait les MMR. C'est qu'en effet, la pratique clinique combine constamment des données quantitatives (p. ex. les paramètres des signes vitaux) et des données qualitatives (p. ex. les symptômes), et ce, afin de déterminer l'état de santé du patient (Fawcett, 2015; Parahoo, 2006). En revanche, si les infirmières et les infirmiers s'en remettaient uniquement à l'une ou l'autre de ces données, d'importantes conséquences pourraient survenir chez le patient. En fait, les données quantitatives et qualitatives sont comme les deux facettes d'une même pièce de monnaie (Chiang-Hanisko et al., 2016). Ainsi, pour ceux en faveur, les MMR sont considérées comme étant une approche pouvant cibler ces deux facettes et les jumeler pour générer des connaissances davantage pertinentes et ayant un plus grand potentiel de transférabilité vers la pratique infirmière (Fàbregues & Paré, 2018). D'ailleurs, pour représenter l'incidence des MMR, Fetters et Freshwater (2015) les transforment en la formule mathématique suivante : 1 + 1 = 3. Qualitativement, cela signifie donc que la somme est plus grande que ces parties (quantitatif + qualitatif = effet synergique) (Fetters & Freshwater, 2015).

Suivant ce qui a été précédemment évoqué, la candidate au doctorat se situe dans la deuxième position, soit celle qui est en faveur des MMR. En effet, cette approche méthodologique possède un potentiel synergique, unique et créatif pour s'attaquer à des phénomènes complexes et multidimensionnels propres à la discipline infirmière. Par conséquent, c'est la raison pour laquelle, ce type de recherche a été sélectionné pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale.

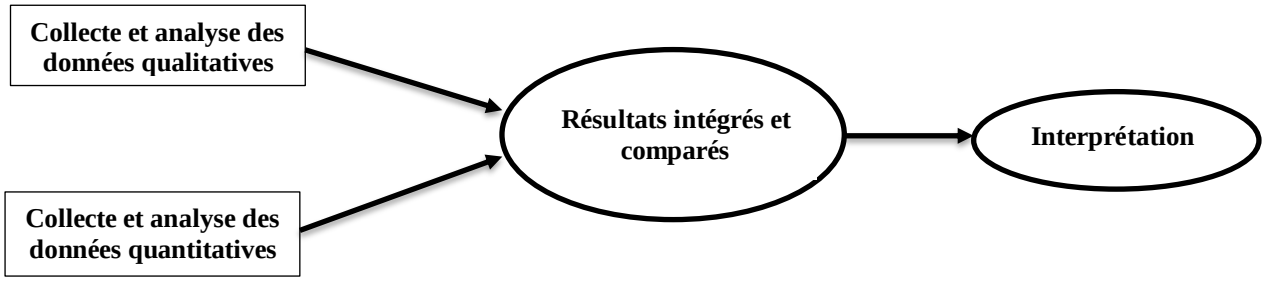
Devis de recherche

Plusieurs devis existent dans les MMR, et ce, basés sur la séquence de collecte de données et le degré de priorité accordée aux données qualitatives et quantitatives (Creswell & Plano Clark,

2018). Dans un devis mixte, il y a deux séquences possibles pour collecter les données qualitatives et quantitatives : 1) séquentielle (la collecte de données se fait l'une après l'autre) ou 2) concomitante (la collecte de données se fait simultanément) (Creswell & Plano Clark, 2018; Schoonenboom & Johnson, 2017). Pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, la séquence concomitante a été retenue. Ainsi, chaque collecte de données (qualitative et quantitative) s'est réalisée en simultanée, de même que leur analyse respective, et ce, tout en étant indépendante l'une de l'autre (Creswell & Plano Clark, 2018). Cela signifie donc que les résultats d'une approche ne sont pas nécessaires pour procéder à la collecte de données de l'autre approche. C'est une fois les résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus qu'une intégration sera possible afin de générer une interprétation globale (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018). D'autre part, dans les MMR, le degré de priorité peut différer entre les données qualitatives et quantitatives, et ce, selon les objectifs et les questions de recherche (Creswell & Plano Clark, 2018; Hewitt-Taylor, 2011). Dans le cadre de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, une prédominance a été attribuée aux données qualitatives, puisque l'objectif était de décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, ce qui était davantage compatible avec une approche qualitative. Ainsi, l'approche qualitative (approche inductive) a été prédominante pour guider l'étude et l'approche quantitative a alors servi d'appui (Creswell & Plano Clark, 2018). Un devis mixte concomitant à prédominance qualitative (QUAL + quan) (voir Figure 4.1) a donc été utilisé. Cette option a été sélectionnée, puisque son but est de clarifier et d'enrichir l'explication d'une méthode avec les résultats de l'autre méthode (complémentarité) et d'étendre la possibilité et la portée de l'étude (expansion) (Greene et al., 1989; Onwuegbuzie et al., 2009). Cette façon de procéder a permis d'obtenir des données différentes, mais complémentaires sur la transition des PPA, obtenant ainsi une meilleure compréhension de leur situation.

Figure 4.1

Devis mixte concomitant (QUAL + quan)



Source : Creswell et Plano Clark (2018, p. 66) [Traduction libre].

Population à l'étude et stratégies d'échantillonnage

Population. La population à l'étude comprenait les PPA d'un aîné qui demeurent dans un ÉSLD et qui ont vécu le transfert de ce dernier vers une urgence dans la région de l'Outaouais, Québec, Canada. Dans le cadre de cette étude de recherche doctorale, la définition de PPA qui provient de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes du Gouvernement du Québec a été empruntée (MSSS, 2021) (voir la définition offerte dans le glossaire). Dès lors, les PPA pouvaient être un membre de la famille (p. ex. conjoint, parent, enfant, fratrie) ou toute autre personne significative (p. ex. ami).

Stratégies d'échantillonnage. Concernant les stratégies d'échantillonnage, celles-ci peuvent s'avérer complexes dans une étude de type méthodes mixtes, puisque les principes sous-jacents des stratégies d'échantillonnage quantitatives et qualitatives doivent être prises en considération, bien qu'elles diffèrent à plusieurs égards (p. ex. probabiliste versus non probabiliste) (Hewitt-Taylor, 2011; Polit & Beck, 2021; Teddlie & Yu, 2007). Les stratégies identifiées doivent donc adhérer logiquement à la question, aux buts et aux objectifs de recherche (Hewitt-Taylor, 2011; Polit & Beck, 2021; Teddlie & Yu, 2007). En suivant cette logique, il a alors été possible d'utiliser une stratégie d'échantillonnage non probabiliste dans la partie 2 de l'étude de recherche

doctorale, puisque le devis mixte utilisé est à prédominance qualitative (Teddlie & Yu, 2007). Les PPA ont donc été identifiés par la stratégie d'échantillonnage intentionnel (par choix raisonné) selon des critères précis, afin que le phénomène à l'étude soit bien représenté (Polit & Beck, 2021). À l'aide des critères d'inclusion (et d'exclusion), il a été possible de sélectionner les participants en fonction de caractéristiques spécifiques de la population à l'étude (Polit & Beck, 2021). Cette méthode d'échantillonnage est fréquemment utilisée dans les études qualitatives de façon à obtenir des données riches et significatives (Polit & Beck, 2021; Teddlie & Yu, 2007). Dans ce cas-ci, la sélection de cas similaires a favorisé la profondeur du sujet d'intérêt (Polit & Beck, 2021; Teddlie & Yu, 2007). Par ailleurs, puisqu'un devis concomitant a été utilisé, il a été possible d'utiliser le même échantillon pour la collecte de données qualitatives et quantitatives (Polit & Beck, 2021; Teddlie & Yu, 2007). En effet, puisque les données quantitatives servaient d'appui aux données qualitatives, l'utilisation du même échantillon était justifiée, voire encouragée, créant ainsi des opportunités de convergence et de comparaison (Polit & Beck, 2017).

Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) PPA âgée de plus 18 ans qui demeure dans la région de l'Outaouais; 2) PPA d'un aîné (65 ans et plus) qui demeure dans un ÉSLD de la région de l'Outaouais; 3) PPA qui a vécu le transfert de leur aîné vers une urgence de la région de l'Outaouais au cours de la dernière année; et 4) parler, comprendre et écrire le français. Initialement, il avait été décidé de recruter des PPA qui avaient vécu un transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans les derniers 6 mois. Toutefois, le recrutement des PPA s'est avéré plus difficile que prévu, ainsi ce critère d'inclusion a été modifié pour inclure également les PPA qui auraient vécu un transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la dernière année[8] afin

[8] La sous-section « modifications au protocole de recherche initial » dans la section « considérations éthiques » aborde les changements apportés au protocole de recherche suivant les premiers mois de recrutement.

d'ouvrir le bassin potentiel de participants. Par ailleurs, avec les premières entrevues réalisées, la candidate au doctorat s'était aperçue que les PPA étaient capables se rappeler avec détails des événements qui avaient eu lieu au-delà de six mois d'où la modification de ce critère.

Cependant, les PPA étaient exclues si leur aîné séjournait toujours à l'urgence ou à l'hôpital au moment de la collecte des données. Il est considéré que le processus de transition se termine une fois que l'aîné est de retour à l'ÉSLD d'où la raison derrière ce choix. Ainsi, pour que les PPA puissent refléter sur leur expérience complète, l'aîné doit être de retour à son ÉSLD. De plus, les PPA étaient exclues si leur aîné était décédé durant le transfert. En effet, si l'aîné décède durant ce processus, cela implique donc une transition qui est différente et comporte la dimension de deuil, ce qui ne répond pas adéquatement aux objectifs de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale. Enfin, l'aîné devait demeurer dans l'ÉSLD de façon permanente, c'est-à-dire qu'un hébergement temporaire de type séjour « de répit » n'était pas considéré comme étant un aîné demeurant dans un ÉSLD.

Afin de déterminer la taille de l'échantillon, les principes autour de la saturation des données ont été utiles. Tout d'abord, la saturation des données se définit comme étant le moment dans la collecte de données où l'information recueillie n'engendre pas de nouveau thème ou de compréhension additionnelle au phénomène à l'étude (Francis et al., 2010; Fusch & Ness, 2015). De manière à atteindre la saturation des données, la taille de l'échantillon doit être adéquate pour que la redondance des données soit possible (point de saturation) et qu'elle puisse être notée par le chercheur (Morse, 2015). De façon à estimer une taille d'échantillon, quelques auteurs offrent certaines pistes de réflexion. À cet effet, Guest et al. (2006) ont démontré que 12 entrevues étaient généralement suffisantes pour atteindre la saturation des données dans les recherches pour lesquelles le but est de comprendre les expériences communes d'un groupe d'individus relativement homogène. Quant à eux, Francis et al. (2010) proposent deux principes pour

déterminer la taille de l'échantillon. Le premier étant de déterminer *a priori* le nombre d'entrevues individuelles semi-structurées à mener pour procéder à l'analyse des données, suivi par le deuxième principe qui est d'établir le critère d'arrêt pour la saturation des données (Francis et al., 2010). Ainsi, Francis et al. (2010) recommandent le critère 10 + 3, ce qui signifie qu'il faudrait mener un minimum de 10 entrevues semi-structurées avant de procéder à une analyse des données et de poursuivre jusqu'à ce que trois entrevues consécutives additionnelles n'apportent plus de nouveaux thèmes (point de saturation des données).

À la croisée entre les recommandations de Guest et al. (2006) et de Francis et al. (2010), un échantillon initial de 13 PPA était ciblé. Après six mois de recrutement actif, neuf PPA avaient été recrutées. Les efforts de recrutement se sont poursuivis en ayant comme objectif de recruter un minimum de trois autres PPA afin de confirmer (ou d'infirmer) l'atteinte du point de saturation, comme recommandé par Francis et al. (2010). C'est un total de 12 PPA qui ont finalement été recrutées. Suivant l'analyse des trois entrevues additionnelles (participants n° 10, n° 11 et n° 12), aucun thème additionnel n'a été ajouté à ce qui avait déjà été développé à l'aide de l'analyse thématique.

Milieu d'étude et recrutement

Dans cette étude, il y avait deux milieux impliqués : les ÉSLD et les urgences de la région de l'Outaouais, une région administrative de la province de Québec. Cela réfère donc aux établissements situés dans les territoires de la Ville de Gatineau et des municipalités régionales de comté (MRC) de Papineau, des Collines-de-l'Outaouais, de La-Vallée-de-la-Gatineau et de Pontiac. En ce qui concerne les ÉSLD, l'Outaouais dispose de 13 CHSLD publics et de deux CHSLD privés conventionnés (CISSS de l'Outaouais, 2023a). De plus, selon le registre des

résidences privées pour aînés du Québec, il y a 63 résidences privées pour aînés (RPA)[9] certifiés par le MSSS du Québec dans la région administrative de l'Outaouais, dont 12 possèdent des chambres ou des logements exploités en vertu d'une entente contractuelle de ressources intermédiaires (RI) et une qui possède des chambres exploitées en vertu d'une entente contractuelle de ressource de type familial (RTF) avec le CISSS de l'Outaouais (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Enfin, la région de l'Outaouais est desservie par huit salles d'urgence, soit celles de l'Hôpital de Hull, de l'Hôpital de Gatineau, de l'Hôpital de Papineau, de l'Hôpital du Pontiac, de l'Hôpital de Maniwaki, de l'Hôpital Mémorial de Wakefield, Urgence CLSC Mansfield-et-Pontefract et Urgence CLSC Petite-Nation qui sont toutes des installations du CISSS de l'Outaouais (CISSS de l'Outaouais, 2023b).

Le recrutement des PPA s'est essentiellement fait à l'aide d'affiche de recrutement (annexe C). Cette méthode de recrutement est couramment utilisée lorsqu'une stratégie d'échantillonnage intentionnel est utilisée, comme c'est le cas pour la partie 2 (Polit & Beck, 2021). L'affiche de recrutement présentait les informations suivantes : le sujet de l'étude, le contexte, les critères d'inclusion, les modalités de participation et les coordonnées de la candidate au doctorat. Les affiches ont été exposées à des endroits stratégiques, tels que les babillards d'annonce dans les CHSLD et les RPA, et ce, après avoir obtenu l'accord de ces institutions. De plus, l'affiche de recrutement a également été diffusée à travers Facebook sur une page développée pour l'étude. Elle a également été partagée sur la page Facebook du CISSS de l'Outaouais. Outre la diffusion de l'affiche de recrutement sur les réseaux sociaux, des demandes de collaboration ont été lancées auprès d'organismes à but non lucratif (OBNL), de comités des résidents des CHSLD, ainsi

[9] Ces chiffres ont été obtenus en consultant le registre des résidences privées pour aînés du Québec en date du 24 octobre 2021 lors de la planification de l'étude et du processus de recrutement.

qu'auprès de RPA de la région de l'Outaouais. Ces demandes de collaboration respectaient la séquence suivante :

- Jour 1: envoi du courriel de demande de collaboration (annexe D) avec la lettre d'information dédiée aux PPA (annexe E) ;
- Jour 7: envoi d'un courriel de rappel à ceux n'ayant pas répondu au courriel initial (annexe D) ;
- Jour 14: appel téléphonique à ceux n'ayant pas répondu aux deux premiers courriels en laissant un message sur la boîte vocale, le cas échéant.

Après coup, s'il n'y avait toujours pas de retour, cela était jugé comme étant un refus. Le tableau 4.1 présente les sources de recrutement, les stratégies entreprises et les retombées. Autrement, étant donné que le recrutement s'est réalisé dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, la candidate au doctorat ne pouvait pas avoir accès aux RPA, CHSLD ou centres hospitaliers. Le recrutement devait se faire à distance afin de respecter les consignes sociosanitaires en vigueur et les règles des ÉSLD et du CISSS impliqués.

Par ailleurs, pour chaque entrevue effectuée avec une PPA, il leur était demandé de passer l'invitation, soit celle de participer à l'étude, ainsi que les coordonnées de la candidate au doctorat à d'autres personnes de leur entourage qui pourrait correspondre aux critères d'inclusion de l'étude, afin d'encourager le recrutement. Cette technique nommée « échantillonnage par réseaux » (par boule de neige) permet de recruter des sujets qui correspondent aux critères d'inclusion, mais qui seraient plutôt difficiles à recruter par des modes plus traditionnels (p. ex. affiche) (Polit & Beck, 2021). Bien que le message ait été transmis à tous les PPA recrutées, aucune PPA additionnelle n'a été recrutée de cette façon.

Tableau 4.1

Stratégies utilisées auprès des sources de recrutement et ses retombées - Partie 2 de l'étude de recherche doctorale

Sources de recrutement	Actions entreprises	Retombées
1. CISSS de l'Outaouais	• Affiche de recrutement diffusée sur la page Facebook officielle du CISSS de l'Outaouais à quatre reprises : ➢ 5 mai 2021 (10 partages et 1 commentaire); ➢ 29 juin 2021 (30 partages et 6 mentions j'aime) ; ➢ 12 septembre 2021 (49 partages, 5 commentaires et 10 mentions j'aime). ➢ 19 février 2022 (7 j'aime, 27 partages et aucun commentaire). À titre indicatif, la page Facebook du CISSS de l'Outaouais est suivie par 16 090 personnes (en date de mars 2021). • Le CISSS de l'Outaouais a également envoyé, le 10 juin 2021, l'affiche de recrutement et la lettre d'information à tous les usagers partenaires et à tous les comités d'usagers de la région de l'Outaouais.	**Au total, cinq participants ont été recrutés :** ➢ Un participant après la parution de la publication sur la page Facebook le 5 mai 2021 ; ➢ Un participant après la deuxième publication Facebook, soit le 29 juin 2021 ; ➢ Un participant après la parution de la publication sur la page Facebook, soit le 19 février 2022 ; ➢ Deux participants ont été recrutés ayant vu passer l'annonce sur Facebook, mais pas nécessairement dans les jours suivant la publication.
2. CHSLD privés (CHSLD Champlain-de-Gatineau et CHSLD Vigie de l'Outaouais)	• Les deux CHSLD privés ont accepté d'afficher les affiches de recrutement et de distribuer les lettres d'informations.	Aucun participant recruté.
3. Comités des résidents des CHSLD en Outaouais	• Projet de recherche publicisé à trois reprises dans l'Info-Famille (journal diffusé à toutes les familles ayant un aîné dans un CHSLD du secteur public de l'Outaouais).	**Au total, quatre participants ont été recrutés :**

Sources de recrutement	Actions entreprises	Retombées
	➢ Parution de l'Info-Famille le 6 juin 2021 ; ➢ Parution de l'Info-Famille le 7 octobre 2021 ; ➢ Parution de l'Info-Famille le 9 décembre 2021.	➢ Trois participants lors de la parution du numéro du 6 juin 2021 ; ➢ Un participant lors de la parution du numéro du 7 octobre 2021.
L'APPUI Outaouais (OBNL)	• Diffusion de l'affiche de recrutement et de la lettre d'information auprès de leurs partenaires.	Aucun participant recruté.
Société d'Alzheimer de l'Outaouais (OBNL)	• 24 septembre 2021 : Le coordonnateur a transmis ma demande aux conseillers aux familles afin qu'ils puissent aviser avec la lettre d'information les PPA où la situation s'applique.	Aucun participant recruté.
Résidences privées pour aînés (RPA)	• Sur une possibilité de 28 RPA, 14 RPA ont accepté d'aider au recrutement. ➢ Il y a 10 RPA où la candidate au doctorat est demeurée sans réponses, malgré trois courriels de rappel et messages laissés sur la boîte vocale ou auprès de la réceptionniste. ➢ Il y a eu 4 RPA qui ont refusé de contribuer au recrutement. ➢ Parmi ceux qui ont acceptés, les affiches de recrutement ont été affichées/diffusées, ainsi que la lettre d'information. • Octobre 2021 : Les RPA qui avaient accepté de collaborer ont été recontactées pour leur indiquer que le projet d'étude était toujours en cours.	**Au total, trois participants ont été recrutés.**

Méthodes de collecte de données

Étant donné que cette étude était de type méthodes mixtes, des données à la fois qualitatives et quantitatives ont été recueillies. Les données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'entrevues

semi-dirigées réalisées par vidéoconférence ou par téléphone. Les données quantitatives ont été, quant à elles, recueillies à travers un questionnaire en ligne. Les prochaines sections détailleront davantage les méthodes de collecte de données utilisées.

Données qualitatives. Des entrevues semi-dirigées individuelles par vidéoconférence ou par téléphone d'une durée moyenne de 72 minutes ont été menées auprès des PPA. L'entrevue semi-structurée s'avère être un moyen privilégié pour bien saisir « l'autre » et recueillir de l'information afin de bien comprendre la signification d'un phénomène vécu par les participants (Polit & Beck, 2021). L'entrevue semi-dirigée donne également l'occasion au participant d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le phénomène en question, ce qui est compatible avec l'objectif de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale (Polit & Beck, 2021). D'ailleurs, cette méthode permet de s'assurer qu'une série de sujets soit discutée avec le participant, tout en laissant place à une certaine flexibilité, puisqu'on ne peut prédire ce qui sera dit par celui-ci (Polit & Beck, 2021). Toutefois, en prévoyant les questions, on s'assure d'obtenir l'information requise tout en laissant une liberté au participant dans sa façon de s'exprimer et dans l'information partagée (Polit & Beck, 2021).

Le guide d'entrevue (annexe F), composé de 17 questions ouvertes, a été développé en fonction des questions de recherche, de la littérature scientifique et de la littérature théorique. Le guide d'entrevue se divise en deux sections. La première section traite du rôle de PPA et de la relation avec l'aîné (3 questions). La deuxième section aborde plus spécifiquement l'expérience de la PPA dans le contexte du transfert de l'aîné d'un ÉSLD vers l'urgence (14 questions). De façon globale, les aspects suivants ont été couverts dans les entrevues avec les PPA: 1) la relation entre la PPA et l'aîné; 2) leur rôle de PPA; 3) l'organisation des soins à l'ÉSLD; 4) leur expérience dans le contexte du transfert de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence; 5) le séjour à l'urgence de leur aîné; 6) leur intégration aux soins (à l'ÉSLD et à l'urgence); 7) la communication avec le personnel

soignant de l'ÉSLD et de l'urgence; 8) les stratégies de coping adoptées; 9) leurs attentes et leurs besoins; 10) leur niveau de préparation; 11) les souvenirs les plus marquants de cet événement; ainsi que 12) les pistes de solution possibles.

Validité apparente et de contenu. Le guide d'entrevue a été soumis au préalable au comité de thèse pour évaluer la validité apparente (*face validity*) et la validité de contenu (*content validity*) de façon à s'assurer que le guide d'entrevue était sans biais et que chaque question représentait adéquatement ce que la candidate au doctorat désirait aborder. La validité apparente est une approche plus subjective et moins rigoureuse qui indique la concordance apparente entre les énoncés d'un instrument (Polit & Beck, 2021). La validité de contenu permet, quant à elle, d'évaluer les énoncés ou les questions quant à leur pertinence (Polit & Beck, 2021). Le comité de thèse a donc dû se prononcer sur : 1) la clarté des énoncés; 2) l'ordre des énoncés; et 3) la pertinence des énoncés. Cette étape était nécessaire afin de vérifier que chaque question du guide d'entrevue se rapportait bien au domaine à l'étude (Polit & Beck, 2021). L'annexe G présente la grille soumise au comité de thèse pour évaluer la validité apparente et de contenu. Cette grille a été développée selon les recommandations de Polit et Beck (2021). Suivant cette première ronde, l'indice de validité de contenu (IVC) a été calculé de façon à estimer la validité de contenu du guide d'entrevue. L'IVC a été calculé en se rapportant aux cotes rapportées par les évaluatrices sur l'échelle de Likert à 4 points (1 = non pertinent à 4 = très pertinent) (Polit & Beck, 2021). Un IVC égal ou supérieur à 0,80 est considéré comme étant acceptable (Polit & Beck, 2021). Si l'IVC était inférieur à 0,80, la question était soit retirée du guide d'entrevue ou rediscutée et raffinée en comité. Le guide d'entrevue initial comportait 24 questions ouvertes. Après analyse de la validité apparente et de contenu, six questions ont obtenu un IVC de 0,75, soit au deçà de ce qui était initialement visé. Parmi ces six questions, trois questions ont été reformulées et trois questions ont été

complètement retirées. Par conséquent, le guide d'entrevue qui a été prétesté était composé de 21 questions.

Prétest. Une fois le guide d'entrevue approuvé par le comité de thèse, celui-ci a été prétesté auprès de trois PPA qui correspondaient aux critères d'inclusion. Les participants du prétest ont été invités à passer l'entrevue soit par vidéoconférence ou par téléphone, soit les modes de communication qui ont été employés dans la partie 2 de l'étude doctorale. Les participants ont été assurés que les informations recueillies n'étaient pas considérées pour l'étude, mais qu'elles demeureraient tout de même confidentielles. Le but du prétest était d'établir la clarté des questions du guide d'entrevue, la fluidité de la séquence des questions, ainsi que de déterminer le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions. Par la suite, chaque participant a reçu un courriel qui comprenait un formulaire d'évaluation du guide d'entrevue (annexe H). Après avoir effectué le prétest et suivant la rétroaction des participants, cinq questions du guide d'entrevue ont été modifiées et reformulées, afin de rehausser la clarté de celles-ci. Enfin, quatre questions du guide d'entrevue ont été complètement retirées, ce qui mène donc au guide d'entrevue final qui était composé de 17 questions (annexe F).

Données quantitatives. Un questionnaire a été employé pour recueillir les données de type quantitatifs. Le questionnaire développé par la candidate au doctorat comprenait un total de 61 questions (annexe I) divisé en trois principales sections : 1) le profil sociodémographique, 2) la relation entre la PPA et l'aîné, et 3) les instruments de mesure. Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme *SurveyMonkey*, c'est d'ailleurs à travers cette plateforme que les participants ont rempli le questionnaire. La durée de complétion du questionnaire était d'environ 34 minutes.

Profil sociodémographique. La première partie du questionnaire avait pour but de recueillir les informations sociodémographiques des participants. Ces données ont permis de tracer le profil des participants et par conséquent de l'échantillon. Les données sociodémographiques sont utiles

pour comparer les caractéristiques de l'échantillon avec celles des études déjà publiées et elles permettent de contextualiser les résultats de l'étude (Polit & Beck, 2021).

Le questionnaire sociodémographique était composé de 24 questions fermées ou à choix de réponses axés sur les PPA et portait sur leur : lieu de résidence, âge, genre, nationalité, origine ethnique et culturelle, confession religieuse, état civil, nombre d'enfants et de petits-enfants, plus haut niveau de scolarité complété, statut d'emploi, revenu familial moyen, et formation en santé (le cas échéant).

Relation entre la PPA et l'aîné. Cette deuxième section du questionnaire comprenait 15 questions fermées, à choix de réponses ou à court développement. Elles traitent de la relation entre la PPA et l'aîné, soit : le lien relationnel entre les deux, l'historique d'hébergement et le type d'ÉSLD, le nombre d'années en tant que PPA, le nombre de PPA impliquées, le nombre d'heures approximatives dédiées à l'aîné par semaine, la description de l'état de l'aîné (cognitif, état de santé, autonomie), le nombre de transferts vécus vers l'urgence par l'aîné (dans la dernière année et au total) et les raisons associées, ainsi que les renseignements sur le niveau de soins, la réanimation cardiorespiratoire et les directives médicales anticipées de l'aîné.

Instruments de mesure. La dernière partie du questionnaire comprenait une section dédiée aux instruments de mesure (22 questions). Cette étude a utilisé quatre instruments de mesure validés, afin de mesurer les variables suivantes : la qualité des relations interpersonnelles, les stratégies de coping, le fardeau et le degré de préparation pour faire face au rôle de PPA. Il est à noter qu'une autorisation des auteurs de chacun de ces instruments a été obtenue afin de pouvoir les utiliser dans la partie 2 de l'étude de recherche doctorale (annexe J). En outre, ces variables ont été sélectionnées suivant les postulats de la théorie des transitions de Meleis et al. (2000). En effet, selon la théorie des transitions (voir Chapitre 2), le déroulement et la finalité des transitions peuvent être évalués à l'aide du concept de « modèle de réponse » qui comprend les indicateurs de

processus et les indicateurs de résultats. Ces indicateurs permettent d'évaluer la qualité globale du processus transitionnel. En fait, les indicateurs de processus sont les facteurs qui peuvent mener les individus vers une transition saine ou malsaine, tandis que les indicateurs de résultats sont les résultats escomptés ou les résultats souhaités lors de la fin de la transition (Meleis et al., 2000). Ces indicateurs peuvent être des indices mesurables de ce qui a mené un individu vers une transition saine ou malsaine et de la façon dont la transition s'est déroulée (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 1999). Cependant, ces indicateurs peuvent varier selon le contexte dans lequel la théorie est appliquée (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 1999; Wilkins & Woodgate, 2006). Ainsi, une fois les indicateurs de processus et de résultats identifiés, ceux-ci peuvent être transposables en variable quantifiable et mesurable à l'aide d'instruments de mesure validés.

Pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, il a été décidé que l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (ÉQRI) (Sénécal et al., 1992) serait utilisée pour mesurer le sentiment de connexion et d'interactions (indicateurs de processus), le *Carergiver's Assessment Management Index* (CAMI) (Ducharme et al., 2006) pour mesurer le développement de la confiance et du coping (indicateur de processus), l'Inventaire bref du fardeau (ZBI-12) (Hébert et al., 2000) pour mesurer l'intégration fluide d'une nouvelle identité et le bien-être (indicateurs de résultats), et le *Prepardness Caregiving Scale* (PCS) (Zwicker et al., 2018) pour mesurer le concept de « maîtrise » (indicateurs de résultats). Il faut toutefois noter que la mesure de ces variables ne peut être directement associée à la transition vécue par les PPA, puisqu'il y a eu un laps de temps entre le processus de transition vécu et la collecte des données. En revanche, ces résultats ont été mis en relief avec l'expérience des PPA et donnent ainsi un sens aux résultats qualitatifs. En effet, en complémentarité avec les données qualitatives obtenues via les entrevues semi-dirigées, les données quantitatives issues de ces instruments de mesure sont venus compléter le portrait des participants de cette étude.

1) Échelle de la qualité des relations interpersonnelles

Une variable importante à mesurer afin de bien comprendre la situation de la PPA est celle de sa relation entre celle-ci et son aîné, ainsi qu'avec son entourage. Pour y arriver, l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (ÉQRI) a été sélectionnée, plus précisément trois sous-échelles de l'ÉQRI (voir partie 3 du questionnaire à l'annexe I). Cette échelle multidimensionnelle permet de mesurer la qualité perçue des relations interpersonnelles vécues dans différentes sphères de la vie (Sénécal et al., 1992). Conçue et validée en français en 1992, l'ÉQRI est composé de cinq sous-échelles qui sert à mesurer la qualité des relations interpersonnelles des personnes en relation avec : 1) leur famille, 2) leur partenaire amoureux, 3) leurs amis, 4) leurs camarades de classe, et 5) les autres gens en général. Cet instrument a été originalement validé auprès d'étudiants universitaires (Sénécal et al., 1992). Chaque sous-échelle est composée de quatre items et les participants doivent alors indiquer sur une échelle de Likert à cinq points (0 = pas du tout à 4 = extrêmement) à quel point la relation est harmonieuse, satisfaisante, valorisante et inspire confiance (Sénécal et al., 1992). Par exemple, l'on peut mesurer jusqu'à quel point les relations avec la famille sont harmonieuses, satisfaisantes, valorisantes et amènent la personne à leur faire confiance. Pour l'obtention d'un score, il suffit d'effectuer la somme de chacun des énoncés d'une des sous-échelles, pour un minimum de 0 et un maximum de 16 (Sénécal et al., 1992). Plus le score est faible, plus la qualité perçue des relations interpersonnelles l'est également et l'inverse est aussi vrai. En outre, l'ÉQRI possède des niveaux de cohérence interne élevés, soit un alpha de Cronbach variant entre 0,89 et 0,97 pour l'ensemble de ces sous-échelles (Sénécal et al., 1992). Plus précisément, selon les études, les coefficients de Cronbach obtenus pour chacune des sous-échelles sont les suivants : famille (0,89 à 0,91), partenaire amoureux (0,95 à 0,97), amis (0,92 à 0,93), camarades de classe (0,90 à 0,91) et gens en général (0,89) (Sénécal et al., 1992).

Par ailleurs, il ne serait pas obligatoire d'utiliser cette échelle dans son entièreté. En effet, il est possible de n'utiliser qu'une seule de ces sous-échelles (Schmit et al., 2010). C'est justement cette option qui a été utilisée pour cette étude. En effet, seulement les deux sous-échelles axées sur les relations avec la famille et les amis qui ont été utilisées. De plus, selon Dre Caroline Sénécale (l'une des auteures de cette échelle) avec qui la candidate au doctorat a eu une discussion par courrier électronique, il est également possible d'adapter les énoncés de base pour correspondre aux objectifs de l'étude. Ainsi, ce n'est pas seulement la relation entre la PPA, sa famille et ses amis qui ont été mesurés, mais également celle avec son aîné plus spécifiquement. Tel que relevé par Sénécal et al. (1992), les participants n'accordent pas la même importance aux différentes relations qu'ils entretiennent, ainsi « une échelle unidimensionnelle ne permettrait pas de préciser la qualité des relations que les individus vivent avec leurs amis, comparativement à celles qu'ils vivent avec leur famille […] » (p. 317). Cela a permis de compléter le portrait des PPA, puisqu'il est connu que la mesure de la qualité des relations interpersonnelles exerce une influence positive sur le bien-être des individus (Sénécal et al., 1992).

2) Caregivers' Assessment Management Index

Le *Caregivers' Assessment Management Index* (CAMI) (Nolan et al., 1996; Nolan et al., 1995) est un instrument de mesure validé qui permet d'évaluer les stratégies de coping utilisées par les participants lorsqu'ils sont confrontés à des situations en lien avec leur rôle de PPA (voir partie 4 du questionnaire à l'annexe I) (Ducharme et al., 2006). Composé de 37 items, cet instrument permet aux participants de préciser à quelle fréquence ils utilisent les stratégies proposées pour faire face à leur situation en utilisant une échelle de Likert à 4 points (1 = jamais ou presque jamais; à 4 = très souvent ou toujours) (Ducharme et al., 2006). Les différents items sont séparés en trois catégories : 1) les stratégies centrées sur la résolution de problème (14 items : p.ex. réfléchir à la situation et trouver une solution, s'il y a lieu); 2) les stratégies cognitives qui

permettent de réinterpréter un événement (15 items : p.ex. prendre conscience que la personne dont vous prenez soin n'est pas responsable de sa façon d'être); et 3) les stratégies centrées sur la gestion du stress (8 items : p.ex. prendre la vie un jour à la fois) (Coudin & Mollard, 2011; Ducharme et al., 2006; Mosquera et al., 2016). Tel que souligné par Coudin et Mollard (2011), « l'objectif [de cet instrument] n'est pas d'obtenir un score global qui indiquerait si l'aidant fait face bien ou mal, mais de donner un profil qui saisit le vécu de l'aide dans le contexte d'une situation particulière » (p. 366). Le CAMI sert donc uniquement à identifier quel type de stratégie est employé par les participants et à quelle fréquence. À l'aide des fréquences et des pourcentages, il a alors été possible d'identifier les stratégies les plus utilisées et les moins utilisées. Par ailleurs, chaque énoncé de l'instrument représentait un type de stratégie de coping, soit une stratégie centrée sur la résolution de problème, une stratégie cognitive ou une stratégie centrée sur la gestion du stress. Pour chaque énoncé, une échelle de Likert à 4 points était utilisée, ainsi le score pouvait aller de 1 à 4. Plus le score était élevé, plus le participant utilisait la stratégie de coping proposée et vice-versa. Ainsi, pour chaque énoncé, il était possible de calculer un score moyen pour tous les participants, ce qui a été utile pour déterminer quel type de stratégie (p. ex. stratégie sur la gestion de stress) était le plus utilisée. Ceci contribue donc à établir un portrait des stratégies utilisées (et non utilisés) par les participants pour gérer leur rôle de PPA. Encore une fois, ceci permet de contextualiser davantage la réalité de ces participants et de leurs propos.

Développé avec la participation de 100 PPA et validé auprès d'un échantillon de 266 PPA, le CAMI (version anglaise) présente un alpha de Cronbach variant entre 0,66 et 0,79 (plus précisément 0,79 pour les items relatifs à la résolution de problème; 0,72 pour les stratégies cognitives; et 0,66 pour la gestion du stress) (Ducharme et al., 2005, 2006, 2011a; Mosquera et al., 2016; Nolan et al., 1996). La version française, quant à elle, a été validée auprès de 140 PPA du Québec (Ducharme et al., 2005, 2006). L'alpha de Cronbach pour la version française varie entre

0,66 et 0,77 (plus précisément : 0,72 à 0,77 pour les items relatifs à la résolution de problème; 0,60 à 0,77 pour les stratégies cognitives; et 0,61 à 0,63 pour la gestion du stress) (Ducharme et al., 2005, 2006, 2007, 2011a, 2011b).

Le CAMI s'avère donc être un outil utile pour tracer le portrait des participants, notamment dans leur façon de faire face aux différents aléas inhérents au rôle de PPA, ce qui est utile pour rehausser la compréhension globale de leur expérience.

3) Inventaire bref du fardeau

De façon à évaluer la variable du fardeau chez les PPA, l'Inventaire bref du fardeau (ZBI-12) développé par Hébert et al. (2000) a été utilisé (voir partie 5 du questionnaire à l'annexe I). Le ZBI-12 est une version abrégée de l'Inventaire du fardeau (Zarit Burden Interview [ZBI]) de Zarit et al.(1980, 1985). Cet instrument initialement composé de 29 items (Zarit et al., 1980) a été réduit à 22 items (Zarit et al., 1985) et permet d'évaluer plusieurs dimensions, dont le fardeau subjectif et objectif, les impacts sur la vie du proche aidant au niveau physique, émotionnel, social et financier et la relation avec l'aîné (Mosquera et al., 2016). Pour la version abrégée de Hébert et al. (2000), deux principales dimensions sont explorées, soit le stress personnel (*personnal strain*) (3 items) et la tension sur rôle de PPA (*role strain)* (9 items). En résumé, ce sont les items 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18 et 22 de l'instrument original qui se retrouvent dans la version abrégée de Hébert et al. (2000). Le tout est évalué à travers un questionnaire auto-administré où les participants doivent déterminer à quelle fréquence il leur arrive de ressentir différentes émotions dans leur relation avec leur proche, et ce, sur une échelle de Likert de 5 points (0 = jamais à 4 = presque tout le temps) pour chaque item (ébert et al., 1993, 2000; Zarit et al., 1980, 1985). Le résultat total est obtenu en additionnant le score de chaque item. Pour la version à 22 items, le score total s'étend de 0 à 88 et présente des normes externes, soit qu'un score entre 0 et 20 signifie l'absence de fardeau à un léger fardeau, entre 21 et 40 un fardeau léger à modéré, entre 41 et 60 un

fardeau modéré à sévère et entre 61 et 88 un fardeau sévère (Hébert et al., 1993, 2000; Zarit et al., 1985). De façon générale, plus le score est élevé, plus le niveau de fardeau chez la PPA est élevé (Hébert et al., 1993, 2000; Mosquera et al., 2016; Zarit et al., 1985).

Pour la version abrégée de 12 items (ZBI-12), le score total s'étend de 0 à 48. Hébert et al. (2000) considèrent qu'un score inférieur à 3 est un fardeau léger, qu'un score entre 3 et 8 est un fardeau modéré, qu'un score entre 9 et 18 est un fardeau élevé et qu'un score supérieur à 18 est un fardeau sévère.

De plus, l'Inventaire du fardeau a une excellente cohérence interne, soit un alpha de Cronbach variant entre 0,83 et 0,94 selon les études pour la version anglaise (Bédard et al., 2001; Hébert et al., 1993, 2000; Mosquera et al., 2016; Durme et al., 2012; Zarit et al., 1985). Par ailleurs, cet instrument a été traduit et validé en français (Hébert et al., 1993, 2000). Le processus de traduction a été effectué en comparant trois traductions françaises réalisées par trois équipes de recherche québécoises dans trois différentes universités (Université de Laval, Université de Montréal et Université Concordia) (Hébert et al., 1993). Ainsi, la traduction n'a pas suivi la technique classique de la traduction renversée, mais plutôt par la comparaison de multiples traductions indépendantes (Hébert et al., 1993). La version traduite sélectionnée a par la suite fait l'objet d'une étude de fidélité auprès de 40 PPA d'une personne atteinte de trouble de démence vivant dans la communauté (Hébert et al., 1993). Depuis, plusieurs études (Hébert et al., 1993, 2000; O'Rourke & Cappeliez, 2004) ont démontré que la version française se compare sans problème à la version anglaise et qu'elle peut être utilisée avec confiance. Enfin, pour le ZBI-12, Hébert al. (2000) ont obtenu un alpha de Cronbach de 0,91, ce qui représente une cohérence interne très élevée.

Enfin, l'Inventaire du fardeau s'avère être le plus utilisé pour évaluer le fardeau chez les PPA (Bédard et al., 2001; Hébert et al., 2000; Mosquera et al., 2016; O'Rourke & Cappeliez, 2004;

Van Durme et al., 2012). Toutefois, compte tenu de sa longueur et afin de faciliter son utilisation, des versions abrégées à 12 items ont été développées (Bédard et al., 2001; Hébert et al. 2000). Une version abrégée de l'instrument a été sélectionnée afin d'alléger le nombre de questions total du questionnaire, tout en considérant que la version abrégée avait une excellente cohérence interne et donnait un indicateur fiable du fardeau vécu (Hébert et al., 2000). Le score du fardeau enrichit donc le portrait des participants et contextualise leurs propos et leur expérience.

4) Prepardness Caregiving Scale

Le *Prepardness Caregiving Scale* (PCS) consiste à une échelle composée de huit items permettant d'évaluer le niveau de préparation perçu des PPA sur de multiples aspects inhérent à leur rôle (voir partie 6 du questionnaire à l'annexe I) (Archbold et al., 1990). En effet, ces items permettent d'évaluer le niveau de préparation à l'égard de prodiguer des soins physiques, d'offrir du soutien émotionnel, d'organiser les services entourant l'aîné et la gestion du stress (Zwicker, 2018). Les participants doivent noter chacun des énoncés sur une échelle de Likert à 5 points (0 = pas préparé du tout à 4 = très bien préparé) (Zwicker, 2018). Les scores sont obtenus en calculant la moyenne de tous les items notés de 0 à 4. Plus le score est élevé, plus le proche aidant se considère comme étant préparé à faire face à son rôle et l'inverse est aussi vrai (Archbold et al., 1990; Zwicker, 2018).

Le PCS présente une cohérence interne modérée à élevée avec un alpha de Cronbach variant entre 0,88 et 0,94 (Pucciarelli et al., 2014; Zwicker, 2018). Ducharme et al. (2011a) ont procédé à la traduction française de cet instrument en utilisant la méthode de traduction-retraduction (Haccoun, 1987). Ces auteures (Ducharme et al., 2011a) ont obtenu un alpha de Cronbach de 0,85 pour la version française.

Cette échelle est brève et s'administre facilement. Elle est d'ailleurs destinée aux PPA d'aîné vivant avec des maladies chroniques, tel est le cas ici (Zwicker, 2018). Cet instrument

permet de comprendre davantage le participant dans sa perception de son niveau de préparation face à son rôle de proche aidant et contextualise par le fait même son expérience dans l'accompagnement de l'aîné dans son transfert d'un ÉSLD vers l'urgence.

Validité apparente et de contenu. Comme détaillé à la section des données qualitatives, une évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu a également été effectuée pour les sections « portrait sociodémographique » et « relation entre la PPA et l'aîné » du questionnaire, soit les sections qui ont été élaborées par la candidate au doctorat. La grille d'évaluation qui a été soumise au comité de thèse se trouve à l'annexe K. Un IVC égal ou supérieur à 0,80 était toujours visé (Polit & Beck, 2021). Si l'IVC était inférieur à 0,80, la question était soit retirée du questionnaire ou rediscutée en comité. Après l'analyse de la validité apparente et de contenu, trois questions ont obtenu un IVC de 0,75, soit au deçà de ce qui était initialement visé. Parmi ces trois questions, deux ont été reformulées et une a été retirée. De plus, suivant cette analyse, deux questions ont été ajoutées au questionnaire.

Prétest. Le questionnaire dans sa globalité a également été prétesté, et ce, au même moment et avec les mêmes trois participants qui ont prétesté le guide d'entrevue. Cette façon de procéder a été optée, puisque dans l'étude, les PPA devaient à la fois remplir le questionnaire et participer à l'entrevue semi-dirigée. Les participants ont été invités à remplir le questionnaire en ligne sur la plateforme *SurveyMonkey* via un téléphone intelligent, une tablette ou un ordinateur, soit les façons dont le questionnaire a été distribué dans l'étude. Les participants ont été assurés que les informations recueillies n'étaient pas considérées pour l'étude et qu'elles demeureraient confidentielles. Le but du prétest était d'établir la clarté des questions, la fluidité de la séquence des questions, ainsi que de déterminer le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions. À noter que l'entièreté du questionnaire a été prétestée (incluant les questions des instruments de mesure), afin de déterminer la durée du questionnaire, ainsi que la fluidité des différentes sections.

Par la suite, chaque participant a reçu un courriel qui comprenait un formulaire d'évaluation du questionnaire (annexe L). Après avoir effectué le prétest et suivant la rétroaction des participants, aucun changement n'a été apporté au questionnaire. À noter que les participants du prétest n'ont pas été inclus dans l'échantillon final de l'étude.

Déroulement de l'étude

Une fois les trois approbations éthiques obtenues (plus de détails dans la section « considérations éthiques »), le recrutement des participants a été entamé. Le recrutement s'est effectué de mai 2021 à février 2022. Tel que décrit dans la section « milieu d'étude et recrutement », le recrutement s'est principalement réalisé à l'aide d'affiches de recrutement exposées directement dans les milieux ciblés et diffusées à travers les médias sociaux. Des lettres d'informations avaient également été envoyées par courriel aux différents collaborateurs (p. ex. ÉSLD, OBNL) afin qu'ils puissent les laisser à des endroits jugés opportuns ou afin de solliciter directement des participants. Dès qu'un participant potentiel entrait en contact avec la candidate au doctorat, soit par téléphone ou par courriel, celle-ci se présentait et s'assurait, en premier lieu, qu'il répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion. Elle prenait également le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions relatives à l'étude. Si le participant n'avait pas eu accès à la lettre d'information (annexe E), une copie lui était rapidement acheminée par courriel. Pour les participants qui avaient initialement contacté la candidate au doctorat par courriel, un échange téléphonique était suggéré afin de pouvoir discuter de vive voix avec ceux-ci et valider les informations.

Suivant ce premier échange, si la personne était toujours intéressée à participer à l'étude, une date et une heure de rencontre convenant aux deux partis (participant et candidate au doctorat) étaient déterminées, ainsi que la façon dont l'entrevue allait avoir lieu, soit par téléphone ou par vidéoconférence. C'est la plateforme Zoom qui a été utilisée pour mener les entrevues que ce soit

par vidéoconférence ou par téléphone. En effet, même si le participant choisissait de faire l'entrevue par téléphone, la candidate au doctorat lui transmettait le numéro de téléphone associé à une rencontre Zoom afin de pouvoir procéder à l'enregistrement audio. Si l'option vidéoconférence était choisie, la plateforme Zoom était également utilisée et l'enregistrement audio était préservé pour la suite. Les participants étaient avisés que l'enregistrement était en cours. Enfin, la plateforme Zoom ne nécessite pas la création d'aucun compte pour le participant. Bien que la sécurité de Zoom ait été compromise vers la fin mars 2020, la plateforme Zoom a depuis subi plusieurs modifications afin d'assurer la sécurité de ces utilisateurs. Des mesures additionnelles ont également été prises pour augmenter la sécurité de la rencontre avec le participant, dont l'ajout d'un mot de passe pour accéder à la rencontre, la désactivation de l'accès à la rencontre tant que l'animateur (candidate au doctorat) n'est pas connecté et l'activation de l'option « salle d'attente », ce qui permet à l'animateur d'admettre (ou non) manuellement les personnes qui se connectent à la réunion (Zoom, 2023). Zoom a également été accepté comme plateforme pour procéder à la collecte des données par les comités d'éthique impliqués. Malgré les limites possibles de la vidéoconférence, le contexte pandémique de la COVID-19 lors de la collecte de données n'a pas permis à la candidate au doctorat de rencontrer physiquement les participants afin de respecter les mesures sociosanitaires qui étaient en cours (distanciation sociale et confinement). Toutefois, réaliser des entrevues en vidéoconférence comporte certains avantages, par exemple, elles se déroulent parfois dans des conditions qui sont plus convenables pour le participant et offrent une flexibilité qui peut augmenter la participation (Janghorban et al., 2014; Oates et al., 2022). De plus, par l'utilisation de la caméra, l'interaction entre le chercheur et le participant est presque l'équivalent d'une rencontre en personne, puisque les réactions et le non verbal du participant peuvent tout de même être observés (Janghorban et al., 2014). En revanche, cette façon de procéder demande un accès à de l'internet haute vitesse, d'avoir une familiarité avec

le mode de communication en ligne et une habileté numérique, autrement cela pourrait nuire à la qualité de l'entrevue (Janghorban et al., 2014; Oates et al., 2022).

Au moment où le participant acceptait de participer à l'étude, il recevait la journée même, un courriel de confirmation qui le remerciait de sa contribution, qui lui rappelait le contenu de la conversation téléphonique, la date et l'heure prévues de la rencontre, ainsi que l'hyperlien Zoom (ou les informations nécessaires pour faire un appel téléphonique via Zoom), ainsi que son code alphanumérique et l'hyperlien menant vers le questionnaire en ligne sur *SurveyMonkey*. La lettre d'information, ainsi que le formulaire de consentement (annexe M) pour l'entrevue étaient en pièces jointes du courriel. À noter que le formulaire de consentement pour le questionnaire (annexe I) était inséré à même le questionnaire en ligne. Pour tous les participants, pas plus d'une semaine s'est écoulée entre le courriel de confirmation et le moment de l'entrevue semi-dirigée. Ceci implique donc que les participants pouvaient remplir le questionnaire en ligne à n'importe quel moment entre la réception du courriel de confirmation et la rencontre prévue pour réaliser l'entrevue semi-dirigée. Ceci leur donnait la flexibilité et le temps nécessaire de bien remplir le questionnaire. Durant cette période, les participants avaient également l'occasion de prendre connaissance du formulaire de consentement pour l'entrevue, de le signer (signature manuscrite suivi de la numérisation du document ou signature électronique) et de le transmettre par courrier électronique à la candidate au doctorat avant ou au moment de la rencontre prévue pour procéder à l'entrevue. Une copie du formulaire de consentement leur était par la suite renvoyée par courriel avec la signature de la candidate au doctorat. À noter qu'en début de rencontre, la candidate au doctorat passait en revue les éléments du formulaire de consentement et un consentement verbal était à nouveau recherché avant de poursuivre avec l'entrevue et l'enregistrement audio.

Au début de la rencontre, la candidate au doctorat se présentait à nouveau et remerciait le participant pour son implication. Par la suite, celle-ci l'invitait à poser ces questions en lien avec

le questionnaire en ligne ou en lien avec les formulaires de consentement, le cas échéant. La candidate au doctorat avait au préalable consulté les réponses du questionnaire, ainsi si des questions demeuraient sans réponses ou si les réponses demeuraient ambigües, il était possible de demander des clarifications au participant à cet effet. Une fois ceci validé, la rencontre débutait par une brève présentation de l'expérience de la candidate au doctorat relativement à la problématique de recherche, et ce, dans le but de détendre l'atmosphère, d'encourager la confiance et de rétablir l'équilibre de pouvoir entre la candidate au doctorat et le participant (Jack, 2008). Il y a cependant un risque que ce partage d'informations influence les réponses du participant afin de répondre aux opinions du chercheur (Jack, 2008). En contrepartie, il est également suggéré que le fait de partager son expérience et ces interprétations ouvre la porte au participant de réagir, de contester ou de modifier ses réponses afin d'offrir une réponse qui représente réellement ses pensées (Hamberg & Johansson, 1999; Jack, 2008). Une fois la brève présentation de la candidate au doctorat terminée, l'entrevue semi-dirigée pouvait débuter. En plus d'avoir collecté le consentement par écrit au préalable, un consentement verbal était à nouveau sollicité pour poursuivre avec l'entrevue.

Une fois l'entrevue effectuée, les participants avaient l'opportunité de poser leurs questions ou de formuler tout autre commentaire. Les ressources mentionnées dans la lettre d'information (L'Appui pour les proches aidants et la ligne Info-Social) leur étaient réitérées advenant qu'ils en aient besoin suivant la rencontre et leur participation était remerciée.

Cette étude impliquait la collecte simultanée de données quantitatives et qualitatives, soit dans une même période donnée, sans que l'une soit nécessaire pour procéder à la collecte de l'autre. Néanmoins, les données quantitatives ont été collectées avant les données qualitatives. Certains questionnements pourraient être soulevés concernant l'influence possible de la séquence de la collecte des données sur les réponses des participants. Covell et al. (2012) ont cependant démontré que la séquence de collecte de données (QUAL suivi du QUAN ou QUAN suivi du QUAL) dans

un devis mixte concomitant n'affecte pas significativement les réponses des participants. Ces auteures recommandent tout de même de débuter par le questionnaire (QUAN), suivi par l'entrevue semi-dirigée (QUAL), puisque cela permet aux participants de prendre un temps pour réfléchir au sujet d'intérêt (durant la complétion du questionnaire) et ainsi offrir des réponses plus élaborées et plus détaillées dans la portion qualitative, soit durant l'entrevue (Covell et al., 2012). C'est pourquoi, cette séquence (QUAN suivi du QUAL) a été optée pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale.

Plan d'analyse des données

L'analyse des données constitue une étape complexe d'une étude de type méthodes mixtes, puisqu'il n'existe aucun consensus absolu sur la façon de procéder étant donné la variété des devis mixtes possibles (Creswell & Plano Clark, 2018; Fàbregues & Paré, 2018; Hewitt-Taylor, 2011; Polit & Beck, 2021). Toutefois, l'un des principes de base à respecter veut que chaque type de données (quantitatives et qualitatives) soit analysé selon les moyens qui leur sont propres (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021). De plus, les MMR ne consistent pas seulement en la collecte de données quantitatives et qualitatives, mais doit également faire état d'une intégration de ces deux types de données, ce qui est qualifié de méta-inférences (Bazeley, 2018; Pluye et al., 2009; Polit & Beck, 2021). De fait, une méta-inférence est la conclusion générée par l'intégration et l'interprétation des résultats respectivement quantitatifs et qualitatifs obtenus d'une étude à devis mixte (Polit & Beck, 2021). Par conséquent, les prochaines sous-sections détaillent la façon dont les données qualitatives et quantitatives ont été analysées, ainsi que le point d'intégration de ces deux types de données. Il est à noter que les données qualitatives et les données quantitatives ont été analysées séparément et par la suite, les résultats qualitatifs et quantitatifs ont été comparés et intégrés.

Données qualitatives. Une analyse thématique selon la méthode de Braun et Clarke (2006, 2022) a été réalisée avec les données qualitatives obtenues via les entrevues semi-dirigées. L'un des avantages de l'analyse thématique est sa flexibilité lui permettant d'être utilisé à travers différents devis de recherche (qualitatifs ou mixte) et positions paradigmatiques (Braun & Clarke, 2006, 2022).

L'analyse thématique est un processus itératif utilisé pour identifier, analyser et relever différents thèmes, ainsi que les relations qui les unifient au sein d'un ensemble de données (Braun & Clarke, 2006; Vaismoradi et al., 2013). Le thème est l'unité analytique clé de l'analyse thématique. Braun et Clarke (2006, 2022) indiquent qu'un thème saisit un aspect important des données par rapport à la question de recherche et donne un niveau de structuration et de signification aux données recueillies. Le thème est uni par une idée centrale, un concept ou une signification partagée (Braun & Clarke, 2022). Les thèmes permettent d'expliquer une large portion des données et sont construits à partir d'unités de signification plus petites, soit les codes (Braun & Clarke, 2022). Braun et Clarke (2006, 2022) mettent l'accent sur le fait que le développement des thèmes est un processus actif :

> *Themes are built, molded, and given meaning at the intersection of data, researcher experience and subjectivity, and research question(s). Because themes do not emerge fully formed from the data, the process of constructing them is akin to processes of engineering or design. Prototypes (or candidate themes) are developed from the analytic work of the earlier phases, and "tested out" in relation to the research question/dataset overall.* (Braun et al., 2018, p. 12)

Bref, les thèmes n'émergent pas ni ne sont « découverts ». Ils sont plutôt le produit d'un processus analytique actif mené par les chercheurs (Braun & Clarke, 2022). À la fin de l'analyse thématique, les thèmes développés doivent fonctionner ensemble de façon à raconter une histoire

cohérente (Braun & Clarke, 2022). Les thèmes doivent être suffisamment distincts les uns des autres tout en étant reliés les uns aux autres (Terry et al., 2017).

L'analyse thématique telle que développée par Braun et Clarke (2006, 2022) est composée de six phases qui seront décrites dans les prochaines sections. Une approche inductive a été utilisée, ce qui a permis d'identifier des thèmes qui sont intimement reliés aux données « brutes » n'étant pas classées afin de répondre à des codes préexistants (Braun & Clarke, 2006, 2022 ; Vaismoradi et al., 2013). C'est une approche qui est d'ailleurs compatible lorsque l'objectif est de saisir les expériences, les perceptions ou les perspectives des participants sur un sujet donné (Braun & Clarke, 2022).

La première phase est celle de la familiarisation avec les données recueillies, et ce, dans le but de se familiariser profondément et intimement avec l'ensemble des données grâce à un processus d'immersion (Braun & Clarke, 2006, 2022). La familiarisation a débuté par une lecture des verbatim de chacune des entrevues tout en écoutant le fichier audio afin de s'assurer de l'exactitude de la transcription. Par la suite, les verbatim ont tous été relus de façon exhaustive. À la relecture des verbatims, des notes ont été prises à propos d'idées analytiques ou encore de pistes de réflexion pour chacune des transcriptions, mais également de façon plus globale sur l'ensemble des données. Tous les verbatims des entrevues ont été intégrés au logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo version 12, ce qui a également permis le codage, l'entreposage et la manipulation des données.

La deuxième phase est celle du processus de codage qui implique de passer à travers l'intégralité des données recueillies de façon systématique afin d'identifier des segments de données qui sont intéressants, pertinents ou significatifs pour répondre à la question de recherche (Braun & Clarke, 2006, 2022). Par la suite, ces segments sont identifiés à l'aide d'une « étiquette » que sont les codes. Les codes sont les plus petites unités d'analyse et permettent de capturer une

signification spécifique ou particulière d'un segment de données (Braun & Clarke, 2006, 2022). Par conséquent, chaque verbatim a été relu de façon approfondie et l'accent était alors mis sur l'identification de segments de données pertinentes et à l'attribution des codes en conséquence. Le codage est également une façon de donner une vision analytique aux données. Pour chaque code attribué, la candidate au doctorat développait une phrase de définition pour le code en question.

La troisième phase sert à générer des thèmes initiaux (Braun & Clarke, 2006, 2022). Ceci s'obtient en regroupant les codes préétablis à la deuxième phase qui semblent partager une idée ou un concept central permettant de répondre à la question de recherche. Une fois les codes regroupés, ainsi que les segments de données associés, il est alors possible de développer un thème « préliminaire » permettant de décrire plus largement la signification partagée par ce regroupement (Braun & Clarke, 2006, 2022).

La quatrième phase est le développement et la révision des thèmes (Braun & Clarke, 2006, 2022). Cette phase sert à revoir les thèmes développés à la troisième phase en s'assurant que ceux-ci correspondent bel et bien aux codes préalablement établis. Cette révision permet de s'assurer que les thèmes ont du sens en regard aux extraits codés et à l'ensemble des données. À cette phase, il est également nécessaire de réfléchir à la relation entre les thèmes et le contexte plus large dans lequel l'analyse s'inscrit (Braun & Clarke, 2006, 2022). Concrètement, les extraits codés associés à un thème préliminaire ont été relus afin de s'assurer que les thèmes développés représentaient bien l'idée ou le concept central. Pour y arriver, la candidate au doctorat s'est retirée pendant quelques jours de l'analyse afin de revenir avec un nouveau regard. Il était important pour la candidate au doctorat que collectivement les thèmes développés mettent l'accent sur les *patterns* les plus importants présents dans l'ensemble de données et qui permettent de répondre à la question de recherche. À cet effet, lors du processus de développement des thèmes et lors de la révision de ceux-ci, la candidate au doctorat a pu dégager une séquence logique afin de relier les thèmes, soit

qu'il était possible de les regrouper selon les phases de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. C'est pourquoi un choix délibéré a été fait de regrouper les thèmes sous une structure analytique de quatre thèmes globaux. Les thèmes globaux sont des concepts ou des idées parapluies qui ancrent un certain nombre de thèmes ensemble et opèrent à titre de dispositif de structuration ou d'organisation des résultats (Braun & Clarke, 2022). Braun et Clarke (2022) indiquent qu'il n'est pas nécessaire de discuter et de détailler les thèmes globaux, puisqu'il s'agit davantage d'un dispositif de structuration. La candidate au doctorat a jugé que cette façon de présenter les thèmes contribuait à raconter une histoire cohérente.

La cinquième phase permet de redéfinir, définir et nommer les thèmes (Braun & Clarke, 2006, 2022). Cette phase sert à peaufiner et délimiter les thèmes développés en s'assurant que chaque thème est construit autour d'une idée, d'un concept ou d'une signification particulière, tout en étant distinct les uns par rapport aux autres (Braun & Clarke, 2006, 2022). Pour y arriver, la candidate au doctorat a rédigé un court synopsis pour chaque thème pour les définir. Elle s'est également posé des questions comme : « quelle est l'histoire de ce thème ? » ; « comment se thème s'intègre à l'histoire globale des données ». De plus, cette phase sert à nommer les thèmes. Braun et Clarke (2006, 2022) recommandent que les noms des thèmes soient concis, percutants et qu'ils puissent rapidement donner au lecteur une idée de ce dont il s'agit. Ces auteures recommandent d'ailleurs l'utilisation de brèves citations dans le nom des thèmes afin de donner une idée immédiate et vivante de ce dont traite le thème (Braun & Clarke, 2022). Ces citations doivent être accompagnées par un sous-titre explicatif, mais cela permet de saisir rapidement l'essence et la portée du thème (Braun & Clarke, 2022). La candidate au doctorat a donc opté pour cette façon de nommer les thèmes. Enfin, le processus de raffinement des thèmes et de leurs noms a été fait en collaboration avec la direction de thèse et le comité de thèse. En effet, le fait de présenter oralement

les thèmes a également permis à la candidate au doctorat de mieux les définir et les circonscrire les uns par rapport aux autres.

La sixième, et dernière, phase est celle de la rédaction. Le processus de rédaction est présent dès la phase 1, mais il est plutôt informel (Braun & Clarke, 2006, 2022). En effet, la candidate au doctorat à rédiger des notes dès le début du processus d'analyse thématique. Ces notes ont débuté lors de la familiarisation des données, durant le processus de codage (mémos analytiques) et le développement et le raffinement des thèmes. Cette dernière phase implique donc la rédaction officielle de cette analyse qui mène vers le partage d'une histoire cohérente et convaincante sur l'ensemble des données afin de répondre à la question de recherche (Braun & Clarke, 2006, 2022). Ceci se traduit par un rapport de recherche ou un article (voir chapitre 5) où il y a le jumelage entre le processus analytique et les citations.

L'analyse thématique est toutefois un processus itératif et bien que ces phases aient été présentées de façon linéaire, un mouvement entre ces phases est possible et souvent même nécessaire. Par exemple, lors du développement des thèmes initiaux (phase 3), un retour au codage a été nécessaire pour raffiner ou préciser certains codes qui étaient parfois trop larges. De plus, tout au long du processus d'analyse thématique, maintes discussions ont été tenues entre la candidate au doctorat et sa direction de thèse avant d'en venir en un consensus sur l'arborescence finale des thèmes.

Données quantitatives. Des analyses statistiques descriptives ont été appliquées aux données recueillies par l'entremise du questionnaire en ligne. Compte tenu de l'utilisation d'une stratégie d'échantillonnage non probabiliste et de l'approche par saturation des données qualitatives qui a été privilégiée pour déterminer la taille de l'échantillon, il est possible d'attester que seules des statistiques descriptives pouvaient être utilisées (Polit & Beck, 2021). Ainsi, la distribution des fréquences, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion et de

position ont été calculées à l'aide du logiciel SPSS version 28. Les résultats quantitatifs ont par la suite été présentés sous forme de tableaux. Enfin, dans le cadre de cette étude, les résultats quantitatifs ont seulement été utilisés comme mesure descriptive des caractéristiques des participants et ne pouvaient que s'appliquer à l'échantillon.

Point d'intégration. Une des caractéristiques propres des MMR et qui la distinguent des autres approches méthodologiques est celle de l'intégration des approches qualitatives et quantitatives qui doit survenir avant de tirer les conclusions finales de l'étude (Bazeley, 2018; Younas et al., 2020). Fetters et al. (2013) argumentent qu'il y a trois niveaux d'intégration dans une étude à MMR. Le premier niveau d'intégration est à même le développement du devis et à la conceptualisation de l'étude (Fetters et al., 2013). Dans ce cas-ci, un devis mixte concomitant à prédominance qualitative a été utilisé, ainsi l'intention de base était de pouvoir fusionner les deux types de résultats afin de les comparer, notamment sur les construits communs. Le deuxième niveau d'intégration est au niveau de la méthode, soit la façon dont les méthodes de collecte et d'analyse des données sont reliées entre les deux approches (Fetters et al., 2013). Pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, l'intégration au niveau de la méthode s'est réalisée via le regroupement des deux bases de données (quantitatives et qualitative) à des fins de comparaison, et ce, une fois que l'analyse distincte des deux types de données avait été menée. Enfin, le troisième niveau d'intégration est durant l'interprétation et lors de la présentation des résultats (Fetters et al., 2013). Ceci est un processus actif et intentionnel dans lequel le chercheur relie, combine et fusionne les résultats quantitatifs et qualitatifs au sein d'une même étude afin de générer des méta-inférences qui sont des conclusions tirées de l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs (Guetterman et al., 2015; Younas et al., 2020). Au final, dans une étude à devis mixte, les résultats qualitatifs et quantitatifs doivent être combinés dans un effort de synthèse, afin de permettre le développement d'une interprétation globale (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018). Le but de cette

intégration est de générer des résultats et une interprétation qui complète et enrichit la compréhension du phénomène à l'étude (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021).

Les objectifs de l'intégration des résultats peuvent varier, ainsi que les stratégies pour procéder à cette intégration. Dans cette étude, les résultats quantitatifs servaient de données contextuelles pour améliorer l'interprétation des résultats qualitatifs (et vice-versa). La juxtaposition des sources permet donc de créer une description plus élaborée (Bazeley, 2018). Cette façon de procéder est particulièrement utile lorsqu'une des deux approches (qualitative ou quantitative) est prédominante. L'approche qualitative était ici l'approche prédominante et c'est elle qui a guidé l'étude. La composante secondaire, soit l'approche quantitative, complémentait alors les résultats de l'analyse primaire. Bazeley (2018) indique que les résultats de l'approche prédominante sont adéquats en soi, quoique potentiellement limitée, sans les données supplémentaires de l'approche secondaire, tandis que les résultats de l'analyse secondaire ne sont généralement pas suffisants pour générer indépendamment des résultats utiles. C'est exactement le cas dans cette étude d'où l'importance de procéder à l'intégration de ces deux approches. Par ailleurs, il est suggéré que dans les études avec un petit échantillon, l'ajout de données quantitatives contextuelles pour chaque participant (p. ex. via des instruments validés) aide le lecteur à mieux comprendre l'expérience ou les perceptions des participants issus des entrevues (Bazeley, 2018).

Il a donc été possible d'arriver à l'intégration des résultats par la création de matrices (*joint displays*). Les matrices se définissent comme une façon d'intégrer les données en les rassemblant par le biais d'un support visuel (p. ex. un tableau, une figure ou un graphique) afin de dégager de nouvelles perspectives au-delà des informations obtenues à partir des résultats quantitatifs ou qualitatifs distincts (Fetters et al., 2013; Guetterman et al., 2015). Les matrices permettent également d'identifier certaines tendances et de procéder à des comparaisons selon les différentes sources de données (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021). L'utilisation de matrices

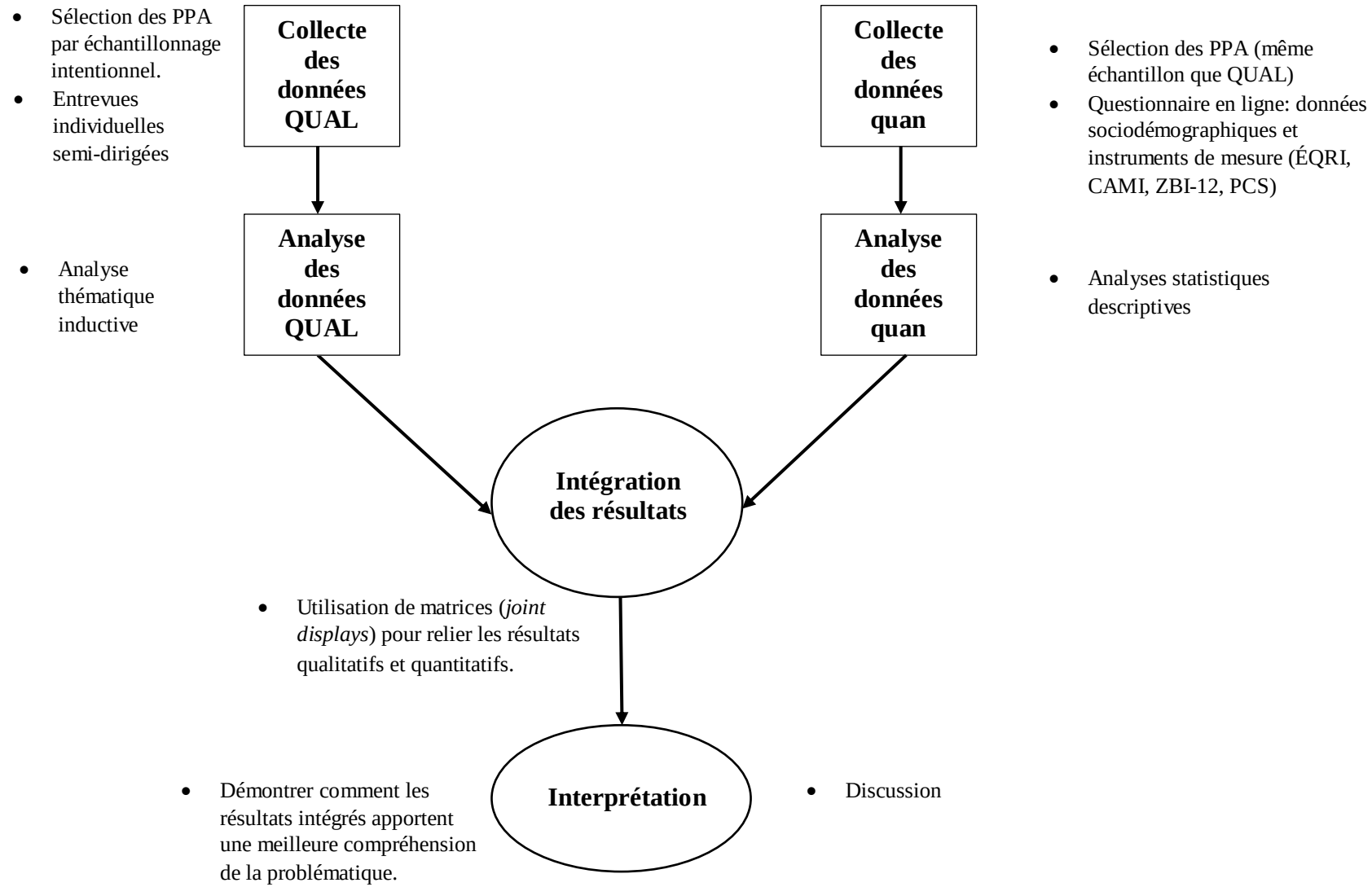
est fréquente dans les devis mixtes concomitants, puisque cela s'avère être une approche permettant l'intégration des deux types de résultats au sein d'un même tableau, ce qui facilite une comparaison directe et plus nuancée des résultats (Creswell & Plano Clark, 2018).

Pour la partie 2 de l'étude doctorale, une matrice des résultats mixtes a été développée qui présentait une colonne avec les scores moyens et les écarts-types pour tous les instruments validés (résultats quantitatifs), une colonne avec des extraits de citations qui provenait des résultats qualitatifs et une troisième colonne avec les méta-inférences mixtes (voir Chapitre 5). Enfin, une fois l'intégration complétée, la cohérence de cette intégration doit être évaluée et elle peut mener vers trois principales conclusions : confirmation, expansion et discordance (Fetters et al., 2013). La confirmation survient lorsque les résultats des deux types de données confirment les résultats de l'autre (Fetters et al., 2013). Il y a expansion lorsque les deux sources de données (quantitative et qualitative) élargissent la compréhension du phénomène à l'étude en abordant différents aspects de ce dernier (Fetters et al., 2013). Enfin, dans la discordance, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont incohérents, contradictoires ou en désaccord les uns avec les autres (Fetters et al., 2013). Cette information a été ajoutée dans la matrice développée à savoir si l'intégration a mené vers une confirmation, une expansion ou une discordance.

La figure 4.2 présente une représentation visuelle des différentes étapes de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale et du processus d'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs.

Figure 4.2

Diagramme du devis mixte concomitant utilisé



Critères de rigueur

De façon à assurer une rigueur méthodologique, une étude doit répondre à certains critères qui doivent être préalablement établis et respectés. Les études de type méthodes mixtes n'en font pas exception et doivent répondre aux critères de rigueur de la recherche scientifique (Creswell & Plano Clark, 2018). Dans les études à MMR, il est convenu que les principes de base en matière de rigueur des approches quantitatives et qualitatives doivent être respectés (Fàbregues & Paré, 2018; Hewitt-Taylor, 2011). Il est d'ailleurs fortement suggéré d'adhérer aux postulats de la méthode dominante (Creswell & Plano Clark, 2018). Ainsi, puisqu'un devis concomitant à prédominance qualitative (QUAL + quan) a été utilisé pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, les critères de rigueur qualitatifs se sont appliqués à l'ensemble de cette étude. Quant aux données quantitatives, elles ont été considérées comme étant « additionnelles » à celles qui étaient qualitatives, ainsi les critères de rigueur scientifique quantitatifs ont été uniquement utilisés pour critiquer les données quantitatives obtenues à l'aide du questionnaire en ligne et n'ont pas été appliqués à l'étude dans sa globalité.

Résultats qualitatifs. Les critères de rigueur qualitatifs comprennent la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

Crédibilité. Cet aspect réfère à la fiabilité, la vraisemblance et la plausibilité des résultats de la recherche (Polit & Beck, 2021; Tracy, 2010). Ce critère permet d'évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (Polit & Beck, 2021). Différentes stratégies ont été utilisées afin d'assurer la crédibilité des résultats. D'une part, une description riche et contextualisée des participants a été fournie et les résultats ont été appuyés par des citations des participants (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021; Tracy, 2010). De plus, l'utilisation de plusieurs sources de données (entrevues semi-dirigées et questionnaires en

ligne) contribue à rehausser la vraisemblance des résultats (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021; Tracy, 2010). Tracy (2010) aborde l'idée de cristallisation des résultats:

> *Crystallization encourages researchers to gather multiple types of data and employ various methods (...) it assumes that the goal of doing so is not to provide researchers with a more valid singular truth, but to open up a more complex, in-depth, but still thoroughly partial, understanding of the issue* (p. 844).

Enfin, la vérification externe soit par l'usage de débreffage par les pairs a assuré la crédibilité des résultats (Polit & Beck, 2021). Effectivement, des échanges ont été menés entre la candidate au doctorat et la direction de thèse, et ce, de façon continue tout au long de l'analyse des données. Cette façon de fonctionner a permis d'assurer la crédibilité des interprétations et des résultats obtenus.

Transférabilité. Afin d'évaluer l'applicabilité éventuelle des conclusions issues de l'étude à d'autres contextes semblables, une description détaillée, claire et minutieuse de l'échantillon, des participants et du contexte a été effectuée et s'avère nécessaire pour juger de la transférabilité (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021). La description minutieuse de l'échantillon, du contexte et du processus de recherche qui a été offerte permet de juger de la similarité avec d'autres situations de telle sorte que les résultats pourront être transférés dans d'autres contextes (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021). Par exemple, dans les articles rédigés, les caractéristiques sociodémographiques des participants ont été présentées, ainsi que les différentes étapes méthodologiques qui sous-tendent ces études de manière que les résultats puissent être jugés quant à leur transférabilité.

Fiabilité. Ce critère de rigueur permet d'évaluer l'intégrité des données, notamment quant à leur stabilité dans le temps et dans les différentes conditions, ainsi qu'à la constance dans les

résultats (Creswell & Plano Clark, 2018; Polit & Beck, 2021). Par exemple, si la même étude devait se répéter avec des participants et un contexte similaire, les résultats seraient semblables. Ainsi, pour y arriver, la candidate au doctorat a rédigé des notes réflexives tout au long du processus de recherche, afin de garder une trace des différentes démarches entreprises et de ses propres réflexions. Ce journal de bord a permis à la candidate au doctorat de décrire ses pensées, ses impressions et ses observations suivant les entrevues, par exemple (Polit & Beck, 2021). D'ailleurs, les différentes étapes menant à l'analyse des données et à l'interprétation de celles-ci ont été conservées comme procédure d'audit (p. ex. transcription des verbatim, processus de codage et mémos) (Polit & Beck, 2021).

Confirmabilité. Ce critère permet d'évaluer l'intégrité d'une étude en se rapportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (Polit & Beck, 2021). Cela permet donc de s'assurer que les résultats reflètent réellement la perspective des participants et non celle de la candidate au doctorat. Ceci se trouve donc dans les liens démontrés entre les données, les résultats et l'interprétation (Polit & Beck, 2021). Les résultats doivent représenter adéquatement les données qui ont été obtenues, de sorte que deux chercheurs indépendants obtiendraient des résultats similaires. La vérification externe ici, soit par la direction de thèse et les membres du comité de thèse, a été importante pour s'assurer de la logique des inférences et des interprétations effectuées par la candidate au doctorat (Polit & Beck, 2021).

Résultats quantitatifs. Les données quantitatives de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale étaient issues du questionnaire en ligne dans lequel se trouvaient quatre instruments de mesure (ÉQRI, CAMI, ZBI-12 et PCS). Ces instruments de mesure présentaient tous des critères psychométriques de qualité et avaient déjà été utilisés et éprouvés dans de nombreuses autres études, ce qui atteste de leur validité. Ainsi, les résultats obtenus à l'aide de ces instruments peuvent être considérés fiables et valides pour l'échantillon donné, et ce, malgré sa petite taille. Le

questionnaire a d'ailleurs été introduit et administré de la même manière à tous les participants. De plus, les autres questions du questionnaire (excluant celles reliées aux instruments de mesure) ont fait face à un processus pour en évaluer la validité apparente et de contenu. Le questionnaire dans sa globalité a par la suite été prétesté.

Résultats mixtes. Dans une étude à MMR, les critères de rigueur des approches qualitatives et quantitatives doivent être respectés. Creswell et Plano Clark (2018) indiquent toutefois qu'il existe aussi des critères à respecter qui vont au-delà de ce qui est nécessaire pour la recherche qualitative ou quantitative. Hirose et Creswell (2023) proposent six critères de base à respecter pour assurer la qualité et la rigueur d'une étude à MMR, soit :

- Critère 1: Présenter une justification de l'utilisation des méthodes mixtes de recherche et de sa pertinence;
- Critère 2: Rédiger des questions ou des objectifs quantitatifs, qualitatifs et mixtes ;
- Critère 3: Présenter séparément les données quantitatives et qualitatives ;
- Critère 4 : Nommer et identifier le type de devis mixte utilisé et présenter le diagramme associé ;
- Critère 5 : Indiquer l'utilité de l'intégration dans une matrice (*joint displays*);
- Critère 6 : Discuter les méta-inférences et leur valeur ajoutée suivant le processus d'intégration des données.

Dans le tableau 4.2, les critères de rigueur sont présentés avec les moyens employés par la candidate au doctorat pour les respecter, et ce, comme recommandés par Hirose et Creswell (2023).

Tableau 4.2

Critères de rigueur pour les méthodes mixtes de recherche et les moyens employés - Partie 2 de l'étude de recherche doctorale

Critères de rigueur	Moyens
1. Présenter une justification de l'utilisation des méthodes mixtes de recherche et de sa pertinence	Chapitre méthodologie (chapitre 4) et article n° 2 (chapitre 5) : • Une définition des MMR a été présentée. • La raison derrière le choix des MMR a été indiquée, soit pour la complémentarité et l'expansion.
2. Rédiger des questions ou des objectifs quantitatifs, qualitatifs et mixtes	Article n° 2 (chapitre 5) : • Trois questions de recherche ont été formulées, soit une de nature qualitative, une de nature quantitative et une troisième de nature mixte. La question mixte sert à représenter l'intégration des deux approches. • Les questions ont également été présentées afin d'être congruentes avec le devis mixte sélectionné (QUAL + quan). En effet, la question qualitative a été présentée en premier, suivie de la question quantitative et de la question mixte.
3. Présenter séparément les données quantitatives et qualitatives	Article n° 2 (chapitre 5) : • Les deux types de données (qualitatives et quantitatives) ont été précisés, ainsi que leurs sources (p.ex. données qualitatives issues des entrevues semi-dirigées et les données quantitatives issues des instruments de mesure). • La section des résultats a été séparée à l'aide de sous-titres afin de présenter les résultats qualitatifs, suivi par les résultats quantitatifs et mixtes.
4. Nommer et identifier le type de devis mixte utilisé et présenter le diagramme associé	Chapitre méthodologie (chapitre 4) et article n° 2 (chapitre 5) : • Dans la section méthodologie, le devis mixte sélectionné (concomitant) a été identifié et expliqué. • Aucun diagramme n'a été présenté dans l'article, mais un diagramme a été ajouté dans la section méthodologie de la thèse (voir figure 4.2).
5. Indiquer l'utilité de l'intégration dans une matrice (joint displays)	Article n° 2 (chapitre 5) : • Dans la section des résultats mixtes, une matrice (*joint displays*) a été ajoutée afin de démontrer l'intégration des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs. Une colonne du tableau était destinée aux résultats quantitatifs, une colonne aux résultats qualitatifs et une troisième colonne pour les méta-inférences.
6. Discuter les méta-inférences et leur valeur ajoutées suivant le processus d'intégration des données	Article n° 2 (chapitre 5) : • Les méta-inférences étaient présentées dans la matrice (joint displays). • Les méta-inférences ont été classées : confirmation, expansion ou discordance. • Les méta-inférences ont été discutées dans la section discussion.

Source : Hirose et Creswell (2023)

Article nº 3 – Personnel infirmier et personnel cadre

Cette section présente la méthodologie de la partie 3 de l'étude de recherche doctorale, soit celle axée sur le personnel infirmier et le personnel cadre. Cette partie a permis d'atteindre le troisième objectif de l'étude, soit de :

- Décrire les perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des PPA dans le contexte du transfert d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

La méthodologie présentée dans ce chapitre se rapporte à l'article nº 3 qui est présenté au chapitre 6 et qui a été soumis au *Canadian Journal of Emergency Nursing/Journal canadien des infirmières d'urgence*[10]. Ceci se veut donc un complément à ce qui est directement présenté dans l'article nº 3 (voir chapitre 5). Afin de guider la rédaction de l'article nº 3, le *Mixed Methods Article Reporting Standards* (MMARS) a été utilisé (Equator Network, 2024b).

Type de recherche

Dans le cadre de la partie 3 de l'étude de recherche doctorale, les MMR ont également été utilisées. Comme élaboré à la section « type de recherche » à la partie 2, les MMR sont utilisées afin de bien capturer les différentes dimensions d'une problématique en intégrant plusieurs perspectives, ce qui permet une étendue et une profondeur dans la compréhension et la corroboration des données (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018). Les MMR ont été sélectionnées à nouveau, puisqu'elles permettent une analyse multidimensionnelle d'une même

[10] Référence de l'article soumis : Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J., & Lalonde, M. (2024). Les 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 [article soumis pour publication]. *Canadian Journal of Emergency Nursing/Journal canadien des infirmières d'urgence.*

problématique d'où l'intérêt de l'utiliser afin d'offrir une description détaillée et enrichie des perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre des ÉSLD et des urgences.

Devis de recherche

La partie 3 de l'étude de recherche doctorale a utilisé un devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual) (voir figure 4.3), ce qui signifie que la collecte et l'analyse des données quantitative se sont déroulées avant la collecte et l'analyse des données qualitatives (Creswell & Plano Clark, 2018). Les deux types de collecte de données sont donc dépendants l'un de l'autre, puisque la deuxième collecte de données (qualitative) est intimement reliée aux résultats de la première collecte (quantitative) (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006; Schoonenboom & Johnson, 2017). Ainsi, la collecte et l'analyse des données quantitatives se sont réalisées au cours d'une première phase suivie par la collecte des données et l'analyse des données qualitatives lors d'une seconde phase (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006; Schoonenboom & Johnson, 2017). Dans le devis mixte séquentiel explicatif, le degré de priorité est attribué aux données quantitatives qui sont collectées à la phase 1 et les données qualitatives recueillies à la phase 2 servent davantage à explorer, à expliquer, à clarifier et à contribuer à l'interprétation des résultats quantitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006). Ainsi, la phase qualitative est uniquement implantée dans le but d'expliquer ou de clarifier de manière plus approfondie les résultats obtenus à la phase initiale d'où l'appellation de ce devis : séquentiel explicatif (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006; Schoonenboom & Johnson, 2017). Enfin, bien que les deux types de données soient recueillis et analysés séparément, les résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs doivent être intégrés dans un tout commun lors de l'interprétation globale des résultats (Bazeley, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018).

Bref, le devis séquentiel explicatif (QUAN → qual) a permis de recueillir les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et de l'urgence, en plus de sonder le personnel

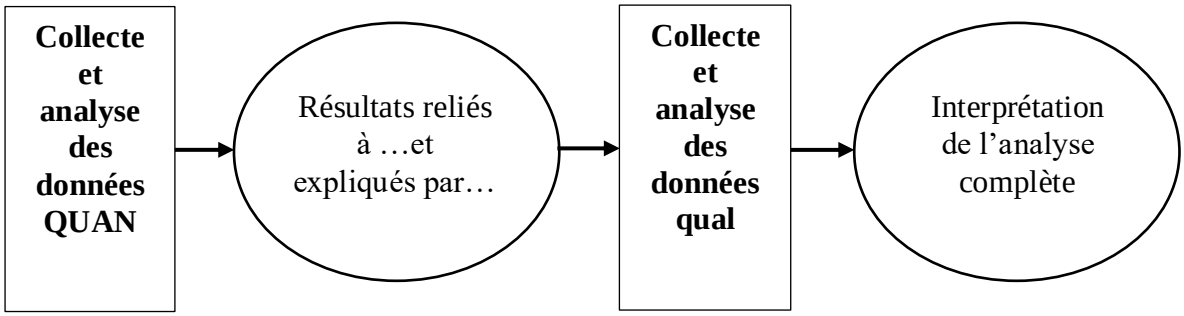
cadre de ces deux milieux. Les résultats quantitatifs de la phase 1 ont alors été enrichis et clarifiés par les résultats qualitatifs obtenus à la phase 2 (complémentarité), le tout afin d'étendre les possibilités et la portée de l'étude (étendue) (Greene et al., 1989).

Population à l'étude et stratégies d'échantillonnage

Population. La population cible de cette étude comprenait le personnel infirmier et le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences de la région de l'Outaouais, Québec, Canada. Pour les besoins de l'étude, le personnel infirmier incluait les infirmières et les infirmiers, les infirmières cliniciennes et les infirmiers cliniciens, ainsi que les infirmières et infirmiers auxiliaires (phase 1). Quant au personnel cadre, cela comprenait les infirmières et les infirmiers de liaison, les conseillères et les conseillers en soins infirmiers, les conseillères cadres et les conseillers cadres en soins infirmiers, les chefs d'unité et les directrices et directeurs de soins infirmiers (phase 2). Plus précisément, le personnel infirmier était la population à l'étude pour la phase 1 (QUAN) et le personnel cadre était la population à l'étude pour la phase 2 (qual).

Figure 4.3

Devis séquentiel explicatif (QUAN → qual)



Source : Creswell et Plano Clark (2018, p. 66) [Traduction libre].

Stratégies d'échantillonnage. Dans une étude à méthodes mixtes, plusieurs stratégies d'échantillonnage peuvent être utilisées, et ce, en fonction du devis utilisé et de la prédominance accordée aux données quantitatives ou qualitatives (Creswell & Plano Clark, 2018; Onwuegbuzie

& Collins, 2007; Teddlie & Yu, 2007). Dans un devis mixte séquentiel explicatif, la phase 1 (QUAN) et la phase 2 (qual), bien que reliée, se déroulent de façon distincte. Ainsi, il est possible d'utiliser deux stratégies d'échantillonnage différentes pour correspondre aux exigences de chacune des méthodes (Creswell & Plano Clark, 2018). Par ailleurs, un échantillonnage à multiniveau a été utilisé, puisque deux échantillons différents provenant de deux populations cibles différentes ont été employés (Onwuegbuzie & Collins, 2007). Un échantillon multiniveau implique justement l'utilisation de deux ou de plusieurs échantillons provenant de différentes populations (Onwuegbuzie & Collins, 2007). Polit et Beck (2021) précisent que l'échantillon multiniveau consiste en la sélection d'échantillons qui proviennent de différents niveaux d'une hiérarchie, soit des populations qui sont apparentées (p. ex. administrateurs d'un hôpital, personnel soignant et patients), comme c'est le cas ici, soit le personnel infirmier et le personnel cadre.

Phase 1 : Quantitative. Une stratégie d'échantillonnage de convenance a été utilisée pour la phase quantitative. Cette stratégie non probabiliste implique le recrutement de participants sur la base de leur accessibilité et de leur disponibilité. Les personnes s'identifient elles-mêmes à l'aide des critères d'inclusion et se portent volontaires pour participer à l'étude (Polit & Beck, 2021). Afin de s'assurer que l'échantillon soit représentatif de la population cible, des critères d'inclusion précis ont été utilisés, soit : 1) détenir le titre d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien, ou encore d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire ; 2) détenir un poste ou une affectation dans une urgence, dans un ÉSLD du réseau public ou dans un Centre local de services communautaires (CLSC) de la région de l'Outaouais ; 3) avoir soigné dans la dernière année au moins un aîné qui a vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence ; et 4) lire, écrire et parler le français. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Afin de déterminer la taille de l'échantillon, une demande d'accès à l'information a été déposée au CISSS de l'Outaouais en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes

publics et sur la protection des renseignements personnels. Ceci avait pour objectif d'obtenir le nombre d'infirmières et d'infirmiers, ainsi que d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires détenant un poste ou une affectation dans une urgence ou un ÉSLD du réseau public dans la région urbaine[11] de l'Outaouais. Suivant l'obtention des informations, la population accessible était de 445 infirmières et infirmiers, et infirmières et infirmiers auxiliaires, dont 272 provenaient des ÉSLD et 173 des urgences (annexe N).

Selon Dillman et al. (2014), pour une population accessible de 445 personnes avec une marge d'erreur de 5 % et un niveau de confiance à 95 %, un échantillon de 207 personnes était nécessaire, afin que celui-ci soit significatif. Cette taille d'échantillon avait été déterminée avec l'équation démontrée à la figure 4.4. Cette taille d'échantillon était l'idéal à atteindre. Malheureusement, en raison des difficultés de recrutement, notamment expliqué par la pandémie de la COVID-19, elle n'a pas pu être atteinte (davantage d'informations à ce sujet dans les prochaines sections).

Figure 4.4

Équation pour déterminer la taille d'un échantillon significatif

$$n = \frac{(N * p * q)}{\left\{(N-1) * \left(\frac{MoE}{z}\right)^2 + (p * q)\right\}}$$

où :
n = taille de l'échantillon
N = taille de la population accessible (N = 445)
p = écart-type (p = 0,5)
q = 1 - p
z = z-score (pour un niveau de confiance de 95 %, z = 1,96)
MoE = marge d'erreur (0,05)

Source : Dillman et al. (2014, p. 78) [Traduction libre].

[11] Initialement, l'étude devait se dérouler exclusivement dans la région urbaine de l'Outaouais, soit dans la municipalité de Gatineau, d'où la raison pour laquelle la demande d'accès à l'information porte uniquement sur la région urbaine de l'Outaouais. Toutefois, après quelques mois de recrutement infructueux, les critères d'inclusion ont été modifiés, notamment pour inclure la région de l'Outaouais dans son entièreté. Voir plus de détails dans la sous-section « modification au protocole de recherche » dans la section « considérations éthiques ».

Par ailleurs, puisque certains tests statistiques étaient déjà envisagés, dont le test-t, la puissance statistique avait été calculée a priori afin de déterminer le nombre de participants requis afin de rejeter correctement l'hypothèse nulle si celle-ci se révélait réellement fausse (Cohen, 1992). Les tests-t étaient envisagés afin de comparer les perceptions entre le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences. Ainsi, selon Cohen (1992), pour effectuer les tests-t pour deux groupes indépendants, il fallait 64 participants dans chaque groupe pour une ampleur d'effet modéré (d = 0,50), avec une marge d'erreur à 5 % et une puissance à 80 %. Cela équivalait donc à un total de 128 participants. Dès lors, la taille de l'échantillon préalablement établi à 207 personnes était donc raisonnable autant au niveau de la représentativité que pour les tests statistiques prévus.

Plusieurs stratégies ont été employées afin d'encourager le recrutement de participants. Dans la littérature, il est déjà connu que de soumettre des questionnaires à des professionnels de la santé peut s'avérer difficile, plus ardu même qu'avec la population générale (ho et al., 2013; Flanigan et al., 2008). En effet, ils ont souvent des emplois du temps chargés et leur temps libre est donc précieux (Cho et al., 2013; Flanigan et al., 2008). D'ailleurs, avec les années, le taux de réponse aux questionnaires (téléphone, papier, en ligne, etc.) par les professionnels de la santé, incluant le personnel infirmier, ne cesse de diminuer (Cho et al., 2013; Hill et al., 2006). Ainsi, de façon à encourager le personnel infirmier à répondre au questionnaire en ligne et atteindre la taille d'échantillon visée, voici les deux principales approches qui ont été utilisées :

1) Invitations et suivis proactifs : Maints auteurs (Cho et al., 2013; Dillman et al., 2014; Flanigan et al., 2008; Hill et al., 2006) soulignent qu'en augmentant le nombre de contacts avec les participants, cela tend à augmenter le taux de réponse. La section « milieux d'étude et recrutement » abordera donc de façon détaillée la séquence d'invitations utilisée.

2) Questionnaire bref, concis et simple : La longueur et la complexité d'un questionnaire exercent également une influence sur le taux de réponse. En effet, plus le questionnaire est bref et simple, plus les participants ont tendance à l'entreprendre et à le compléter (Cho et al., 2013; Dillman et al., 2014; Flanigan et al., 2008). Par conséquent, lorsque la candidate au doctorat a développé le questionnaire, celle-ci s'est assurée qu'au plus 15 minutes seraient nécessaires pour le remplir dans son entièreté. D'ailleurs, les questions fermées ou à choix de réponse ont été privilégiées afin de faciliter les réponses des participants (voir section « méthodes de collecte de données » pour plus de détails sur le questionnaire développé).

La réalité du recrutement a cependant été très difficile, notamment expliqué par la pandémie de la COVID-19 où le personnel infirmier était déjà fortement sollicité et par l'inaccessibilité des milieux de recherche par la candidate au doctorat. Les multiples efforts de recrutement qui seront décrits dans la section « milieu d'étude et recrutement » ont permis de recruter un total de 38 participants, dont 10 du milieu des ÉSLD du réseau public et 28 du milieu des urgences.

Phase 2 – Qualitative. Pour la phase qualitative, la population cible était le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences. Puisque l'objectif de la phase 2 était d'expliquer et de clarifier les résultats obtenus à la phase 1 (quantitative), il a été jugé pertinent de sonder les personnes qui sont derrière l'élaboration des protocoles ou des procédures de transfert et qui doivent gérer et régler les différentes problématiques relatives à ce type de transfert. La candidate au doctorat estimait que le personnel cadre pouvait amener une perspective différente et complémentaire à celle du personnel infirmier.

Une stratégie d'échantillonnage intentionnel (par choix raisonné) (Polit et al., 2021) a été utilisée en suivant les critères d'inclusion suivants : 1) détenir un poste ou une affectation à titre

d'infirmière ou d'infirmier de liaison, de conseillère ou de conseiller en soins infirmiers, de conseillère cadre ou conseiller cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice ou directeur de soins infirmiers dans un ÉSLD du réseau public ou dans une urgence de l'Outaouais ; et 2) lire, écrire et parler le français. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

La taille de l'échantillon a été déterminée par le modèle de Malterud et al. (2016) qui a comme concept central le pouvoir de l'information. Ce modèle permet d'aider les chercheurs à estimer la taille de leur échantillon à l'aide des cinq éléments qui suivent : 1) le but et les objectifs de l'étude ; 2) la spécificité de l'échantillon ; 3) l'utilisation d'une théorie ; 4) la qualité du dialogue ; et 5) la stratégie d'analyse (Malterud et al., 2016). Le fondement de ce modèle est le suivant : « information power indicates that the more information the sample holds, relevant for the actual study, the lower number of participants is needed » (Malerud et al., 2016, p. 1759). Bien que ce modèle ne puisse déterminer une taille d'échantillon exacte, il est possible, en suivant cette logique, d'avancer qu'un petit échantillon était justifiable pour la phase 2. En effet, l'objectif de cette phase était d'explorer les résultats de la phase 1, de les expliquer et de les clarifier (élément n° 1) (Malterud et al., 2016). De plus, les participants ciblés pour cette phase étaient le personnel cadre ayant un rôle clé dans leur organisation et ils ont été ciblés à l'aide d'une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné, ce qui limite alors le nombre nécessaire de participants (élément n° 2) (Malterud et al., 2016). D'ailleurs, un cadre théorique bien établi (théorie des transitions et théorie des systèmes) a été utilisé pour encadrer cette étude, dès lors une plus petite taille d'échantillon peut s'avérer adéquate, puisque l'intention n'est pas de générer des fondements théoriques (élément n° 3). De même, la qualité du dialogue durant l'entrevue, soit la qualité de l'information recueillie, influence la taille d'un échantillon (Malterud et al., 2016). Les participants à l'étude étaient bien articulés et ont offert de l'information de qualité, ce qui diminue alors le nombre de participants nécessaires (élément n° 4) (Malterud et al., 2016 ; Polit & Beck, 2017).

Enfin, le type d'analyse influence également le nombre de participants nécessaires. À la phase 2, une analyse thématique a été effectuée (Braun & Clarke, 2006, 2022) dans une optique d'apporter une explication et une clarification des résultats de la phase 1. Étant un complément à la phase quantitative, le nombre de participants nécessaires est donc moindre (élément nº 5).

Considérant ce qui précède, un échantillon minimal de six personnes était visé, soit trois personnes provenant des ÉSLD et trois personnes provenant des urgences. L'idée était d'obtenir l'information nécessaire pour expliquer et clarifier adéquatement les résultats quantitatifs. Finalement, c'est sept participants qui ont été recrutés, soit cinq du milieu des ÉSLD du réseau public et deux du milieu des urgences.

Milieu d'étude et recrutement

Deux milieux étaient impliqués, soit les ÉSLD du réseau public et les urgences de la région de l'Outaouais, une région administrative de la province de Québec. Cela englobe donc les établissements dans les territoires de la Ville de Gatineau et des MRC de Papineau, des Collines-de-l'Outaouais, de La-Vallée-de-la-Gatineau et de Pontiac. En ce qui concerne les ÉSLD du réseau public, l'Outaouais compte 13 CHSLD publics (CISSS de l'Outaouais, 2023a), 12 ententes contractuelles de ressources intermédiaires (RI) et une entente de RTF[12] (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), et 20 installations de type CLSC (CISSS de l'Outaouais, 2023c). La région de l'Outaouais est desservie par huit salles d'urgence, soit celles de l'Hôpital de Hull, de l'Hôpital de Gatineau, de l'Hôpital de Papineau, de l'Hôpital du Pontiac, de l'Hôpital de Maniwaki, de l'Hôpital Mémorial de Wakefield, Urgence CLSC Mansfield-et-Pontefract et Urgence CLSC

[12] Ces chiffres ont été obtenus en consultant le registre des résidences privées pour aînés du Québec en date du 24 octobre 2021 lors de la planification de l'étude et du processus de recrutement.

Petite-Nation qui sont toutes des installations du CISSS de l'Outaouais (CISSS de l'Outaouais, 2023b).

Phase 1 : Quantitative. Le recrutement du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences s'est fait via : 1) des affiches de recrutement (annexe O) exposées dans les aires communes, les salles de repos, les salles de rapport et les vestiaires; 2) la publicisation via les médias sociaux (Facebook); et 3) l'envoi de courriels d'invitation au personnel infirmier, et ce, effectué par le personnel administratif des directions concernées du CISSS de l'Outaouais (p. ex. la direction des soins infirmiers [DSI] et la direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées [DSAPA]).

L'affiche de recrutement (annexe O) présentait un code QR qui menait directement vers le questionnaire en ligne. Les affiches de recrutement ont été envoyées par courriel aux directions concernées du CISSS de l'Outaouais, afin qu'elles puissent les imprimer et les afficher dans des endroits stratégiques. Toutefois, la candidate au doctorat n'avait pas de droit de regard quant à la disposition des affiches. L'affiche de recrutement a également été partagée sur les réseaux sociaux, plus précisément sur Facebook via une page qui a été développée pour l'étude. L'affiche de recrutement a également été partagée à deux reprises sur la page Facebook « Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de l'Outaouais » qui est un groupe fermé qui rassemble 586 membres. Une publication a été faite le 14 juin 2021 et une autre le 28 septembre 2021.

De plus, afin de maximiser le taux de réponse, une approche systématique et proactive a été utilisée. D'une part, le questionnaire élaboré sur *SurveyMonkey* était disponible en ligne, ce qui permettait aux participants de le compléter selon leur disponibilité et de le soumettre dès que rempli. D'autre part, des courriels ont également été envoyés selon la séquence suivante (voir annexe P pour les gabarits de courriel) afin d'encourager la participation. Cette stratégie a été

inspirée de Dillman et al. (2014). Cette séquence comprenait un courriel d'invitation à participer (jour 1) et deux courriels de rappel (jour 10 et jour 24).

Enfin, un échantillonnage par réseaux (par boule de neige) a également été utilisé pour recruter d'autres participants (Polit et al., 2021). À la fin du courriel d'invitation, il était indiqué que les participants pouvaient partager ce courriel avec toute autre personne qui répondait aux critères d'inclusion mentionnés.

Phase 2 : Qualitative. Le recrutement des participants de la phase 2 s'est réalisé par l'envoi d'un courriel à chacun des titres d'emploi énumérés dans les critères d'inclusion. Les courriels d'invitation à participer à l'étude (annexe Q), ainsi que la lettre d'information (annexe R), ont été envoyés par le personnel administratif des directions concernées (DSI et DSAPA) du CISSS de l'Outaouais. Les participants potentiels étaient également encouragés à partager cette invitation à toute autre personne du personnel cadre qu'ils jugeaient détenir une expertise et des connaissances à relatif au sujet à l'étude. Un courriel de rappel deux semaines plus tard était également prévu si la candidate au doctorat demeurait sans réponses. D'ailleurs, une rencontre a également été organisée entre la candidate au doctorat, la directrice des soins infirmiers, la directrice de la DERUR, et le directeur de la DSAPA afin de présenter le projet de recherche et de solliciter leur implication afin de diffuser le courriel de recrutement.

Méthodes de collecte de données

Cette étude était composée de deux phases avec des méthodes de collecte de données qui lui étaient propres. Les données quantitatives ont été recueillies par le biais d'un questionnaire en ligne (phase 1), et les données qualitatives par des entrevues semi-dirigées réalisées par vidéoconférence (phase 2). Les prochaines sections détailleront davantage les méthodes de collecte de données utilisées.

Phase 1 : Quantitative. Le questionnaire autoadministré en ligne a été utilisé pour recueillir les perceptions du personnel infirmier à l'égard du processus transitionnel des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Le questionnaire comme instrument possède plusieurs avantages, dont une flexibilité quant à sa structure, il est peu coûteux, présente une facilité dans son administration (surtout les questionnaires en ligne), offre une approche standardisée, et assure l'anonymat des répondants (Polit & Beck, 2021; Waltz et al., 2017). En outre, la constance du questionnaire rend possible la comparaison entre les répondants (Waltz et al., 2017).

Il y avait deux versions du questionnaire, une destinée au personnel infirmier des ÉSLD (47 questions), et une pour le personnel infirmier des urgences (49 questions), afin de se pencher sur certains éléments propres à chacun de ces milieux (annexe S). Cependant, la majorité des questions étaient similaires dans ces deux versions. Le fait de poser des questions similaires a permis de procéder à des comparaisons entre les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences. La durée moyenne de complétion des questionnaires était de 18 minutes pour le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public, et de 14 minutes pour le personnel infirmier des urgences.

Pour chacune des versions du questionnaire développé par la candidate au doctorat, il y a deux principales sections.

1) *Portrait sociodémographique :* La première section du questionnaire avait pour objectif de recueillir des données sociodémographiques, afin de décrire les caractéristiques de l'échantillon. Par le biais de 10 questions à choix de réponses, les sujets suivants ont notamment été questionnés : âge, genre, niveau de scolarité complété et expérience de travail.
2) *Mesure des perceptions du personnel infirmier à l'égard de la transition des aînés et de leur PPA dans le contexte du transfert d'un ÉSLD vers l'urgence :* La seconde

section du questionnaire aborde les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences. Plus spécifiquement, les questions et les énoncés s'articulaient autour du processus de transfert, de la communication interétablissements, des soins à l'aîné et de l'intégration des PPA.

Puisqu'aucun questionnaire standardisé n'a été recensé qui permettait de répondre à l'objectif de la partie 3 de l'étude de recherche doctorale, un questionnaire de type « sondage » a été développé par la candidate au doctorat. En effet, un questionnaire qui abordait spécifiquement la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence et qui était destiné à recueillir les perceptions du personnel infirmier a été développé en se basant sur l'expérience clinique de la candidate au doctorat, sur la littérature scientifique et sur le cadre théorique de l'étude.

Expérience clinique : La candidate au doctorat a travaillé pendant cinq ans à titre d'infirmière clinicienne dans une urgence du CISSS de l'Outaouais. Durant cette période, elle a observé sur une base quotidienne les différentes problématiques autour du transfert des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Elle a été témoin des lacunes communicationnelles interétablissements, des interruptions dans la continuité des soins, des difficultés dans l'intégration des PPA et des planifications de congé qui ne répondaient pas aux besoins des aînés et de leur PPA. Par ailleurs, la candidate au doctorat a effectué son stage de maîtrise en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa (dans le cadre du cours NSG5620 – soins infirmiers de niveau avancé en milieu de soins tertiaires à l'automne 2016) avec une conseillère cadre en soins infirmiers du CISSS de l'Outaouais où elle a mené une analyse de terrain afin de déterminer les pratiques actuelles en lien avec la transition de l'information lors de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Des entrevues semi-structurées (n = 7) avaient été réalisées avec différents professionnels de la santé (p. ex. chefs d'unité, conseillères en soins infirmiers et médecins) à la fois des ÉSLD et de l'urgence, afin de recueillir leurs perceptions sur ces types de transferts. Suivant l'analyse de contenu de ces

entrevues, trois thèmes avaient été ciblés, soit qu'il existait : 1) une piètre communication entre les établissements ; 2) une méconnaissance de l'autre (ÉSLD vs urgence); et 3) une relation conflictuelle empreinte de préjugée entre le personnel des ÉSLD et celui de l'urgence. Ce stage a permis à la candidate au doctorat de discuter directement avec le personnel de terrain et d'explorer les différentes problématiques, ainsi que les pistes de solutions possibles. Elle a donc voulu poursuivre et explorer davantage ces résultats préliminaires dans son doctorat. Ainsi, elle s'est inspirée de cette analyse de terrain pour développer des énoncés et des questions, afin d'évaluer de façon plus approfondie les perceptions du personnel infirmier.

Littérature scientifique : À la lumière de la recension des écrits, il a été possible de constater que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence est influencée par plusieurs facteurs. Par conséquent, la candidate au doctorat s'est assurée de traiter ces différents facteurs dans les questions et les énoncés développés. Par exemple, il y avait des énoncés qui abordaient les modes de communication entre les ÉLSD et les urgences, les politiques en matière de transfert interétablissements, ainsi que les pratiques entourant l'intégration des PPA dans les soins.

Cadre théorique : Le développement des questions et des énoncés a également été influencé par le cadre théorique. En effet, afin d'assurer une congruence méthodologique, il s'avère important de relier le cadre théorique aux instruments de mesure. Dès lors, les questions et les énoncés élaborés s'inscrivaient également dans la théorie des transitions et dans la théorie des systèmes. D'une part, on peut considérer que les questions et les énoncés qui traitent des soins infirmiers donnés aux aînés et aux PPA, ainsi que ceux se rapportant aux interventions durant le processus de transfert peuvent s'intégrer au concept « interventions infirmières » de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000). Par ailleurs, tous les énoncés relatifs à la relation partagée entre le personnel infirmier et les PPA ou encore sur les ressources disponibles pour soutenir le personnel infirmier dans ce processus de transfert font partie du concept de « conditions des transitions » de la théorie

de Meleis et al. (2000). Quant à la théorie des systèmes, le fait que plusieurs énoncés élaborés abordent spécifiquement les PPA, cela témoigne d'un des grands postulats de cette théorie, soit que les changements vécus par l'aîné (p. ex. détérioration de l'état de santé et transition vers l'urgence) ont également des répercussions sur la PPA, puisque toutes les parties du système familial sont interconnectées (Wright & Leahey, 2014). Le cadre théorique vient donc justifier les questions et les énoncés conçus et a contribué à l'analyse et à l'explication des résultats.

Considérant ce qui précède, il est possible de constater que l'expérience clinique de la candidate au doctorat, la littérature scientifique, et le cadre théorique ont tous contribué au développement du contenu des questions et des énoncés de cette portion du questionnaire. Par ailleurs, toutes les étapes relatives au développement d'un questionnaire ont été suivies, soit les phases de planification (phase 1), de développement (phase 2) et de mise en forme (phase 3) (Fortin et Gagnon, 2022; Portney, 2020).

Ainsi, le questionnaire destiné à mesurer les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD comportait 37 questions et 39 questions pour le personnel infirmier des urgences. Pour le personnel infirmier des ÉSLD, le questionnaire comportait 31 questions fermées de type échelle de Likert à cinq points, trois questions fermées de type « case à cocher : oui, non ou je ne sais pas », et trois questions ouvertes. Pour le personnel infirmier des urgences, le questionnaire comportait 33 questions à choix de réponses de type échelle de Likert à cinq points, deux questions fermées de type « case à cocher : oui, non ou je ne sais pas », une question fermée de type classement, et trois questions ouvertes.

Dans les deux versions, les perceptions ont été principalement évaluées à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points où les participants devaient noter leur degré d'accord ou de désaccord à l'égard des énoncés proposés (1 = tout à fait en accord et 5 = tout à fait en désaccord). L'échelle de Likert a été sélectionnée, puisqu'elle offre aux participants l'occasion de s'exprimer sur les

affirmations proposées de façon simple et rapide (Polit & Beck, 2021). Lors du calcul du score pour chaque énoncé, plus le score était élevé, plus le participant était en désaccord avec la proposition et plus le score était faible, plus le participant était en accord avec la proposition. Enfin, les questions ouvertes qui se trouvaient à la fin du questionnaire permettaient principalement aux participants d'ajouter tout commentaire additionnel qui n'aurait pas été traité dans les questions fermées, et d'obtenir potentiellement des réponses différentes que si un choix de réponse leur était imposé.

Validité apparente et de contenu. Comme détaillé précédemment dans la section méthodologie de la partie 2 sur les PPA, une évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu a également été effectuée pour le questionnaire dédié au personnel infirmier. La grille d'évaluation qui a été soumise au comité de thèse se trouve à l'annexe T. Un IVC égal ou supérieur à 0,80 était visé (Polit & Beck, 2021). Si l'IVC était inférieur à 0,80, la question était soit retirée du questionnaire ou rediscutée en comité. Après l'analyse de la validité apparente et de contenu, deux questions, dans chacun des questionnaires, ont obtenu un IVC de 0,75, soit au deçà de ce qui était initialement visé. Ces deux questions ont donc été retirées du questionnaire. D'autres questions ont été reformulées afin de rehausser la clarté du propos. Ce processus a été effectué avant de prétester le questionnaire.

Prétest. Le questionnaire dans sa globalité a été prétesté auprès de quatre personnes qui correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Une infirmière clinicienne et un infirmier auxiliaire du milieu des ÉSLD, et une infirmière clinicienne et un infirmier auxiliaire de milieu des urgences ont participé au prétest. Ces personnes ont été invitées à remplir le questionnaire en ligne sur la plateforme *SurveyMonkey* via un téléphone intelligent, une tablette ou un ordinateur, soit les façons dont le questionnaire a été distribué dans l'étude. Les participants ont été assurés que les informations recueillies n'étaient pas considérées pour l'étude, et qu'elles demeureraient

confidentielles. Le but du prétest était d'établir la clarté des questions, la fluidité de la séquence des questions, ainsi que de déterminer le temps nécessaire pour répondre à toutes les questions. Par la suite, chaque participant a reçu un courriel qui comprenait un formulaire d'évaluation du questionnaire (annexe U). Après avoir effectué le prétest et suivant la rétroaction des participantes, aucun changement n'a été apporté au questionnaire, outre quelques corrections de « coquilles ». Ces quatre participants, ni leurs données, n'ont été inclus dans l'échantillon final.

Phase 2 : Qualitative. Des entrevues semi-dirigées individuelles ont été menées auprès du personnel infirmier cadre des ÉSDL du réseau public et des urgences par vidéoconférence sur la plateforme Zoom. La durée moyenne des entrevues était de 45 minutes. L'entrevue semi-dirigée s'avérait être un moyen privilégié afin de collecter des informations pouvant enrichir les résultats de la phase quantitative. En effet, par son aspect semi-dirigée, il a été possible de poser des questions spécifiques ayant pour objectif de collecter des informations complémentaires nécessaires pour clarifier, expliquer et contextualiser les résultats de la phase quantitative, tout en laissant une liberté au participant dans sa façon de s'exprimer et dans l'information partagée (Polit & Beck, 2021). D'ailleurs, même si les participants de la phase 2 n'étaient pas les mêmes qu'à la phase 1, par leur fonction, ceux-ci possédaient les connaissances nécessaires pour compléter et avancer des explications en regard aux résultats de la phase 1.

Le guide d'entrevue a été développé à l'aide des résultats de la phase 1. Dans le contexte d'un devis mixte séquentiel explicatif, les résultats quantitatifs à approfondir dans la seconde phase peuvent être ceux étant les plus significatifs ou encore les résultats aberrants ou contraires à ce que la littérature scientifique rapporte (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006). Lors de l'analyse préliminaire des données quantitatives collectées à la phase 1, il a été possible de dégager certains constats et certaines tendances dans les données, sans toutefois avoir des explications à ceux-ci. Par exemple, un des constats tirés était que la communication interétablissements n'était

pas efficace. Nous n'avions toutefois pas le contexte ni même les raisons qui font en sorte que la communication interétablissement soit inefficace. Ceci est donc un des éléments qui a été approfondi lors des entrevues avec le personnel cadre. Ainsi, les constats tirés des résultats quantitatifs ont permis de guider le développement des questions du guide d'entrevue. Les sujets qui ont été identifiés (à la phase 1) pour être approfondis et clarifiés lors des entrevues étaient les suivants : les procédures en place lors de la transition des aînés vers l'urgence, la communication interétablissements, les informations pertinentes à transmettre lors de la transition entre les ÉSLD et l'urgence (et vice-versa), les stratégies pouvant être adoptées par les ÉSLD et les urgences pour améliorer et diminuer ces transitions, ainsi que la vision des ÉSLD et des urgences quant à l'intégration des PPA dans les soins.

Le guide d'entrevue (annexe V) était composé de 16 questions ouvertes pour le personnel cadre des ÉSLD et de 14 questions ouvertes pour le personnel cadre de l'urgence. Les questions étaient divisées en trois sections. La première section abordait spécifiquement la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence (10 questions pour la version pour les ÉSLD et huit questions pour la version de l'urgence). La seconde section traitait de l'intégration des PPA dans le processus de transition de l'aîné à l'urgence (trois questions pour les deux versions). Enfin, la dernière section sollicitait les dernières impressions du personnel cadre relativement à la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence et de l'intégration des PPA dans ce processus (trois questions pour les deux versions). Au total, 12 questions étaient communes dans les deux versions du guide d'entrevue, quoiqu'adaptées au milieu ciblé. Quatre questions étaient exclusives au guide d'entrevue destiné au personnel cadre des ÉSLD et deux questions étaient exclusives à celui dédié au personnel cadre des urgences.

Enfin, tous les participants de la phase 2 ont également rempli sur la plateforme de *SurveyMonkey* un questionnaire en ligne composé de huit questions afin de recueillir des données

sociodémographiques, tels l'âge, le genre, le niveau de scolarité et le titre d'emploi (annexe W). Le temps moyen pour remplir le questionnaire était de 9 minutes. Ces données ont permis de tracer le profil des participants et par conséquent de l'échantillon, ce qui est utile pour contextualiser les résultats (Polit & Beck, 2021).

Déroulement de l'étude

Une fois les trois approbations éthiques obtenues (plus de détails dans la section « considérations éthiques »), le recrutement des participants et la collecte de données ont été entamés. La phase 1 (quantitative) a été débutée avant la phase 2 (qualitative), puisque cette dernière était dépendante de la première. Les prochaines sections aborderont le déroulement de l'étude pour la première et deuxième phase.

Phase 1 : Quantitative. Le recrutement des participants de la phase 1 s'est déroulé entre mai 2021 et avril 2022. Il y avait un code QR sur les affiches de recrutement qui menaient les participants directement vers le questionnaire en ligne ; ce même hyperlien était dans les courriels d'invitation à participer à l'étude. Dès lors, les personnes qui voulaient participer à l'étude pouvaient accéder au questionnaire en ligne sur la plateforme *SurveyMonkey* via le code QR sur les affiches de recrutement ou par l'hyperlien accessible dans le courriel d'invitation. Lorsque les participants accédaient au questionnaire en ligne, ils devaient lire le formulaire de consentement et donner leur autorisation à participer à l'étude avant de poursuivre avec le questionnaire. Les participants avaient donc la flexibilité de remplir le questionnaire au moment et à l'endroit qu'ils le désiraient.

Phase 2 : Qualitative. Le recrutement des participants de la phase 2 s'est réalisé entre mars et mai 2022, et ce, après que les données quantitatives de la phase 1 aient été analysées. Tel que décrit dans la section « milieu d'étude et recrutement », le recrutement s'est réalisé par l'envoi d'un courriel d'invitation aux participants potentiels par leur direction concernée du CISSS de

l'Outaouais (DSI ou DSAPA). Dans ce courriel, il était indiqué que les personnes intéressées à participer à l'étude puissent entrer en contact avec la candidate au doctorat. Dès qu'un participant potentiel entrait en contact avec la candidate au doctorat, soit par téléphone ou par courriel, celle-ci se présentait et s'assurait, en premier lieu, qu'il réponde aux critères d'inclusion. Elle prenait également le temps nécessaire de répondre à toutes ses questions relatives à l'étude. Si le participant n'avait pas eu accès à la lettre d'information, une copie lui était rapidement acheminée par courriel. Si la personne était éligible à participer et qu'elle souhaitait toujours le faire, une date et une heure de rencontre convenant aux deux parties (participant et candidate au doctorat) étaient alors déterminées. Une fois le premier contact établi, un courriel leur était envoyé avec la date et l'heure prévues de la rencontre, l'hyperlien Zoom pour l'entrevue, leur code alphanumérique et l'hyperlien menant vers le questionnaire sociodémographique en ligne sur *SurveyMonkey*. Le formulaire de consentement pour l'entrevue (annexe X) était en pièce jointe de ce courriel, afin que les participants puissent en prendre connaissance, le signer et le transmettre par courriel à la candidate au doctorat avant la rencontre prévue. Une copie du formulaire de consentement signé leur était par la suite renvoyée par courriel avec la signature de la candidate au doctorat. À noter qu'en début de rencontre, la candidate au doctorat passait en revue les éléments du formulaire de consentement et un consentement verbal était à nouveau recherché avant de poursuivre avec l'entrevue et l'enregistrement audio. Les entrevues se sont toutes déroulées sur la plateforme Zoom et elles ont été enregistrées via cette plateforme. Les considérations concernant la plateforme Zoom et les précautions prises sont les mêmes que celles décrites à la section « déroulement de l'étude » dans la partie 2 (PPA). Enfin, le formulaire de consentement pour le questionnaire sociodémographique était inséré à même le questionnaire en ligne (voir les premières pages des questionnaires en ligne à l'annexe S). Les participants pouvaient remplir le questionnaire en ligne à n'importe quel moment entre la réception du courriel de confirmation et la rencontre prévue pour l'entrevue semi-dirigée.

Au début de la rencontre, la candidate au doctorat se présentait à nouveau et remerciait le participant pour son implication dans l'étude. Par la suite, celle-ci l'invitait à poser ces questions en lien avec le questionnaire en ligne ou en lien avec les formulaires de consentement, le cas échéant. La rencontre débutait par une brève présentation de l'expérience de la candidate au doctorat relativement à la problématique de recherche, et ce, dans le but de détendre l'atmosphère, d'encourager la confiance et de rétablir l'équilibre de pouvoir entre la candidate au doctorat et le participant (Jack, 2008). Une fois la brève présentation de la candidate au doctorat terminée, l'entrevue semi-dirigée pouvait débuter. Une fois l'entrevue terminée, les participants étaient invités à poser leurs questions ou à formuler tout autre commentaire à la candidate au doctorat.

Plan d'analyse des données

Dans un devis mixte séquentiel explicatif, l'analyse des données se déroule en trois temps : 1) analyse des données quantitatives; 2) analyse des données qualitatives; et 3) intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs (points d'intégration) (Creswell & Plano Clark, 2018; Ivankova et al., 2006). Pour chacune des étapes, les données y sont analysées avec les moyens qui leur sont propres.

Phase 1 : Quantitative. Des analyses statistiques descriptives ont été menées sur les données quantitatives recueillies via le questionnaire en ligne distribué au personnel infirmier. L'entièreté des analyses statistiques a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 28. Les variables nominales, telles que le genre des participants et la formation initiale en soins infirmiers, ainsi que les réponses fournies aux questions ouvertes ont été analysées à l'aide de la distribution des fréquences (Field, 2018; Polit, 2010). Les variables de type continues comme l'âge et les années d'expérience ont été analysées à l'aide de la distribution des fréquences, des mesures de tendance centrale et des mesures de dispersion et de position (Field, 2018; Polit, 2010). Quant aux variables

ordinales, donc celles provenant des échelles de Likert, la distribution des fréquences et le pourcentage ont été utilisés (Field, 2018; Polit, 2010).

De façon à comparer les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences (deux groupes indépendants), les réponses issues des questions communes du questionnaire en ligne ont été séparées selon le milieu d'appartenance des participants (ÉSLD ou urgence). Ces questions communes étaient des énoncés sur lesquels les participants devaient se prononcer à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points. Ces données recueillies ont aussi été analysées comme des variables continues afin de calculer les moyennes et les écarts-types. En considérant que la variable indépendante était le lieu de travail (ÉSLD ou urgence), des tests-t ont été réalisés pour déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative dans les perceptions du personnel infirmier entre les deux milieux. Les tests-t servent à comparer les moyennes de deux groupes indépendants et déterminer par le fait même si une différence significative existe entre eux (Field, 2018). Le seuil de signification choisi était de 0,05. Par conséquent, si la valeur *p* du test-t était plus grande que le seuil de signification sélectionné, il était alors possible de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle il n'y avait pas de différence significative entre les deux moyennes des deux groupes (Field, 2018). Le *d* de Cohen et son intervalle de confiance ont aussi été rapportés comme taille d'effet des tests-t. Le *d* de Cohen quantifie la différence entre deux moyennes, ce qui la rend complémentaire aux tests-t. Selon les conventions suggérées par Cohen (1988), un *d* autour de 0,2 est considéré comme une petite taille d'effet, un $d = 0,5$ comme une taille d'effet moyen et un $d = 0,8$ comme une grande taille d'effet. Les tailles d'effet important ($d \geq 0,8$) ont été soulignées dans les résultats de l'étude (voir Chapitre 6). Des tests non paramétriques (test U de Mann-Whitney) ont également été effectués comme validation des tests-t compte tenu de la petite taille d'échantillon et de la distribution possiblement anormale. Les tests U de Mann-Whitney ont confirmé les tests-t. Norman (2010) indique qu'il est tout à fait adéquat de procéder à des analyses statistiques paramétriques

sur des données issues d'échelles de Likert, et ce, même en présence d'une petite taille d'échantillon, de variances inégales ou de distributions non normales.

Données manquantes. Il est à mentionner que 20% (n = 2) des questionnaires répondus par le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public étaient incomplets et 7% (n = 2) des questionnaires pour le personnel infirmier des urgences. Pour le personnel infirmier des ÉSLD, les deux questionnaires incomplets étaient remplis à 61%. Pour le personnel infirmier des urgences, l'un des questionnaires était rempli à 54% et l'autre à 75%. Lors des analyses statistiques, les questionnaires complets et incomplets ont été inclus. Les données manquantes ont été qualifiées comme étant des données manquantes de manière complètement aléatoire (*missing completely at random* [MMCA]). Ceci signifie que les données manquantes ne sont pas liées à la valeur spécifique qui est censée être obtenue ni à l'ensemble des réponses observées (Dong & Peng, 2013; Kang, 2013; Mirzaei et al., 2022; Newman, 2014). Ces valeurs manquantes ne sont pas associées à aucune autre valeur dans l'ensemble des données et ne sont pas attribuables à un autre phénomène observable ou pas (Mirzaei et al., 2022). Il est donc possible d'attester que les données manquantes de ces questionnaires sont bel et bien des données MMCA, puisque dans les quatre questionnaires incomplets, toutes les questions ont été systématiquement répondues jusqu'à un certain nombre de questions et par la suite les autres questions, et ce, jusqu'à la fin du questionnaire n'ont pas été répondus. Par exemple, le questionnaire était rempli jusqu'à la question 14 sur 23 (questionnaire ÉSLD) ou la question 18 sur 24 (questionnaire urgence). Ainsi, ceci nous permet de supposer que le temps de complétion était trop long ou que les participants ont dû rediriger leur attention ailleurs. De plus, les données manquantes de ces questionnaires peuvent être qualifiées comme étant manquantes au niveau des cas, c'est-à-dire que les données manquantes proviennent d'un individu en particulier (Mirzaei et al., 2022). En effet, dans le cas présent, quatre individus ont arrêté de

répondre aux questions après une série de questions répondues. C'est un scénario différent que si la même question n'avait pas été répondue par plusieurs participants.

Il existe différentes stratégies pour traiter des données MMCA. Pour cette étude-ci, la stratégie de suppression par paire (*pairwise deletion*) a été optée (Kang, 2013; Mirzaei et al., 2022). Ceci signifie donc de conserver tous les questionnaires (complets et incomplets) et de considérer l'ensemble des données disponibles pour chacune des questions (Kang, 2013; Mirzaei et al., 2022). Puisque cette stratégie permet d'utiliser toutes les informations recueillies, elle permet donc de retenir davantage de données comparativement à la suppression par liste entière (*listwise deletion*) qui implique de converser seulement les questionnaires qui sont complets (Kang, 2013; Mirzaei et al., 2022). Toutefois, cela a le désavantage d'avoir une taille d'échantillonnage qui fluctue de question en question (Kang, 2013).

Phase 2 : Qualitative. Une analyse thématique a été réalisée sur les données qualitatives obtenues via les entrevues semi-dirigées selon la méthode de Braun et Clarke (2006, 2022). Une approche inductive a été utilisée. Celle-ci a été jugée davantage pertinente à l'approche déductive, car le guide d'entrevue avait déjà été développé dans l'optique d'approfondir et d'expliquer les résultats de la phase quantitative. L'angle de l'entrevue était dirigé afin de clarifier les résultats de la phase 1, ainsi il a été jugé important de prioriser une approche inductive, ce qui permettait une plus grande flexibilité d'explication, puisque les données n'étaient pas classées afin de répondre à des codes préexistants (Braun & Clarke, 2006, 2022; Vaismoradi et al., 2013). Le processus d'analyse qui a été entrepris est le même que celui décrit à la section de l'analyse des données qualitatives de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale (PPA). La seule différence dans le processus d'analyse se situe à la phase 4 (développement et révision des thèmes) où la candidate au doctorat n'a pas opté pour l'utilisation de thèmes globaux, mais plutôt pour des thèmes et des sous-thèmes. Les sous-thèmes se situent de façon hiérarchique sous les thèmes et se concentrent

sur un aspect particulier d'un thème (Braun & Clarke, 2022). Le sous-thème doit partager le concept central d'organisation du thème duquel il fait partie, mais il amène alors l'attention sur un aspect analytique spécifique de ce dernier (Braun & Clarke, 2022). Les sous-thèmes ont donc été utilisés lors de la présentation des résultats qualitatifs de la partie 3 de l'étude de recherche doctorale (voir Chapitre 6).

En outre, tout comme pour la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, les verbatims des entrevues ont été intégrés au logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo version 12 qui a alors permis le codage, l'entreposage et la manipulation des données.

Point d'intégration. Tel que présenté lors de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, l'intégration est une étape importante dans une étude à méthodes mixtes. Si l'on reprend les trois niveaux d'intégration de Fetters et al. (2013), le premier est celui relatif au développement du devis et à la conceptualisation de l'étude. Dans ce cas-ci, c'était un devis mixte séquentiel explicatif, ce qui implique que l'intention était que l'une des deux phases de l'étude se développe à l'aide de l'autre (Creswell & Plano Clark, 2018). Le deuxième niveau d'intégration est au niveau de la méthode (Fetters et al, 2013). Dans la partie 3 de l'étude de recherche doctorale, cette intégration s'est réalisée par la liaison de la phase 1 (quantitative) à la phase 2 (qualitative). En effet, une fois la collecte et l'analyse des données quantitatives terminées, les résultats qui en sont découlés étaient nécessaires à l'élaboration du guide d'entrevue utilisé lors de la phase 2 (Creswell & Plano Clark, 2018; Fetters et al., 2013). Le contenu du guide d'entrevue était donc directement influencé par les résultats de la phase 1. Ainsi, les phases quantitatives et qualitatives sont alors interconnectées, puisque les résultats de la phase 1 ont informé la collecte de données de la phase 2. Enfin, le troisième niveau d'intégration survient à l'interprétation des résultats et à la présentation des résultats (Fetters et al., 2013). Des matrices (*joint displays*) ont été développées pour cette partie de façon à démontrer efficacement les liens entre les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs

et dans lesquels la cohérence de l'intégration (confirmation, expansion ou discordance) a été indiqué (Creswell & Plano Clark, 2018; Fetters et al., 2013). C'est à cette étape-ci que les résultats quantitatifs ont pu être clarifiés et expliqués par les résultats qualitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018). La matrice développée était de type « statistiques par thèmes » où les principaux résultats quantitatifs se trouvaient dans une colonne, suivi par une colonne qui présentait les thèmes issus de l'analyse qualitative associés aux résultats quantitatifs et finalement par une colonne qui présentait les méta-inférences mixtes.

Critères de rigueur

Dans les études à méthodes mixtes, il est convenu que les principes de base en matière de rigueur des approches quantitatives et qualitatives doivent être respectés, et ce, selon la conceptualisation de l'étude (Fàbregues & Paré, 2018; Hewitt-Taylor, 2011). Puisqu'un devis mixte de type séquentiel explicatif a été utilisé, les critères de rigueur quantitatifs ont été appliqués à la phase 1 (QUAN) et les critères de rigueur qualitatifs ont été appliqués à la phase 2 (qual). D'ailleurs, le fait que chacune de ces phases se déroule de façon distincte, il est jugé pertinent d'utiliser des critères propres à chacune de ces phases. Par la suite, les critères de rigueur mixte ont été considérés pour l'ensemble de l'étude.

Résultats quantitatifs. Les critères de rigueur quantitatifs comprennent la validité de conclusion statistique, la validité interne, la validité de construit et la validité externe.

Validité de conclusion statistique. Ce critère renvoie au degré de certitude des conclusions qui sont tirées des tests statistiques qui ont été effectués (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Dans l'étude présentée, un biais présent quant à la validité de conclusion statistique est le faible taux de puissance statistique secondaire à la petite taille d'échantillon (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Lors du déroulement de l'étude, la candidate au doctorat était consciente que malgré les efforts déployés, la puissance statistique n'allait pas pouvoir être atteinte d'où la

raison pour laquelle une phase qualitative a ultimement été ajoutée, afin de complémenter, clarifier et expliquer les résultats issus de la phase quantitative.

Validité interne. Cet aspect met l'accent sur le lien direct de la variable indépendante sur la variable dépendante ; soit sur la validité des inférences tirées et de la présence d'une relation empirique selon laquelle il est possible de déduire que la variable indépendante est véritablement à l'origine des résultats (et non pas d'autres facteurs) (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Il existe plusieurs obstacles à la validité interne (p. ex. facteurs historiques, maturation, etc.), toutefois dans le contexte de l'étude présentée et de son objectif, le principal obstacle était celui relatif à la fluctuation des instruments de mesure qui a trait à la fidélité de la mesure (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Ceci renvoie donc aux instruments utilisés et à la façon dont ceux-ci sont utilisés. Ainsi, afin de diminuer les biais possibles, il a été décidé d'utiliser un questionnaire identique pour tous les participants et de l'administrer de la même manière, soit en ligne, avec les mêmes consignes pour tous. Toutefois, il faut considérer qu'étant un questionnaire autoadministré, il y avait une possibilité que les participants n'interprètent pas de la même façon les consignes et les questions.

Validité de construit. Ce critère réfère au degré d'exactitude avec lequel les variables représentent adéquatement les construits théoriques mesurés (Fortin & Gagnon, 2022). Deux principaux biais se retrouvaient potentiellement dans cette étude. Le premier est le biais expérimental; ce biais est lié aux attentes des participants dans le sens où les participants peuvent parfois avoir tendance à donner des réponses favorables aux questions posées (désirabilité sociale) (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Toutefois, étant un questionnaire anonyme effectué en ligne, ce biais a pu être amoindri. Le second est le biais expérimental lié aux attentes du chercheur qui peut, et ce, même de façon inconsciente, influencer les participants dans leurs réponses (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). Par conséquent, une attention a été portée

à la façon dont les consignes et les questions étaient écrites dans le questionnaire, afin de ne pas influencer indûment les participants à corroborer les hypothèses du chercheur concernant la problématique en jeu. D'ailleurs, l'évaluation de la validité de contenu du questionnaire a été effectuée par le comité de thèse afin de réduire ce biais (voir section « méthodes de collecte de données », sous sous-section « validité apparente et de contenu » de la partie 3).

Validité externe. Cet élément a trait à la généralisation des résultats, soit la possibilité d'appliquer les résultats de l'étude au-delà des personnes et du contexte propre de l'étude (Fortin & Gagnon, 2022; Polit & Beck, 2021). La généralisation des résultats n'est généralement applicable qu'aux personnes qui possèdent des caractéristiques identiques à celles qui ont participé à l'étude. Il faut donc considérer à la fois les caractéristiques des participants, le milieu où l'étude s'est déroulée, et le processus de recherche qui sous-tend les résultats. Toutes ces informations ont été détaillées dans l'article nº 3 dans les sections méthodologie et résultat.

Résultats qualitatifs. Les critères de rigueur qualitatifs sont les mêmes que ceux expliqués à la même section de la partie 2 de l'étude de recherche doctorale (PPA). Ainsi, les critères étaient les suivants : crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité. Les mêmes moyens décrits à la partie 2 ont été employés pour la partie 3.

Résultats mixtes. Comme expliqué dans la partie 2 de l'étude de recherche doctorale, les critères de rigueur pour les MMR proposés par Hirose et Creswell (2023) ont été utilisés pour la partie 3. Le Tableau 4.3 présente les critères de rigueur avec les moyens employés par la candidate au doctorat pour les respecter.

Tableau 4.3

Critères de rigueur pour les méthodes mixtes de recherche et les moyens employés - Partie 3 de l'étude de recherche doctorale

Critères de rigueur	Moyens
1) Présenter une justification de l'utilisation des méthodes mixtes de recherche et de sa pertinence	Chapitre méthodologie (chapitre 4) et article nº 3 (chapitre 5) : • Une définition des MMR et du devis utilisé a été présenté. • La raison derrière le choix des MMR a été indiquée, soit la complémentarité et l'étendue.
2) Rédiger des questions ou des objectifs quantitatifs, qualitatifs et mixtes	Article nº 3 (chapitre 5) : • Quatre questions de recherche ont été formulées, soit deux de nature quantitative, une de nature qualitative et une troisième de nature mixte. La question mixte sert à représenter l'intégration des deux approches. • Les questions ont également été présentées afin d'être congruente avec le devis mixte sélectionné (QUAN → qual). Les questions quantitatives ont été formulées en premier, suivi par la question qualitative et enfin par la question mixte.
3) Présenter séparément les données quantitatives et qualitatives	Chapitre méthodologie et article nº 3 (chapitre 5) : • Les deux types de données (quantitatives et qualitatives) ont été précisées, ainsi que leurs sources (p.ex., données quantitatives issues de la phase 1 proviennent des questionnaires en ligne et les données qualitatives de la phase 2 sont issues des entrevues semi-dirigées). Tout au long de la section méthodologie, une distinction claire se fait entre la phase 1 (quantitative) et la phase 2 (qualitative). • La section résultats a été séparée à l'aide de sous-titres afin de présenter les résultats quantitatifs, suivi par les résultats qualitatifs et mixtes.

Critères de rigueur	Moyens
4) Nommer et identifier le type de devis mixte utilisé et présenter le diagramme associé	Article nº 3 (chapitre 5) : • Dans la section méthodologie, le devis mixte sélectionné (séquentiel explicatif) a été identifié et expliqué. • Un diagramme explicatif du devis et des méthodes employés a été présenté dans l'article.
5) Indiquer l'utilité de l'intégration dans une matrice (joint displays)	Article nº 3 (chapitre 5) : • Dans la section des résultats mixtes, une matrice (joint displays) a été ajoutée afin de démontrer l'intégration des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs. Une colonne du tableau était destinée à présenter les principaux résultats quantitatifs, une colonne présentait les thèmes développés par l'analyse thématique et une troisième colonne pour les méta-inférences.
6) Discuter les méta-inférences et leur valeur ajouté qui ont résultat du processus d'intégration des données	Article nº 3 (chapitre 5) : • Les méta-inférences étaient présentés dans la matrice (*joint displays*). • Les méta-inférences ont été classées : confirmation, expansion ou discordance. • Les méta-inférences ont été discutées dans la section discussion.

Source : Hirose et Creswell (2023)

Considérations éthiques

Le protocole de recherche pour les parties 2 (PPA) et 3 (personnel infirmier et cadre) a été soumis à trois comités d'éthique de la recherche (CÉR) pour approbation, soit celui de l'Université d'Ottawa, du CISSS de l'Outaouais et celui de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (annexe Y). La candidate au doctorat a suivi la formation en éthique de la recherche intitulée « Énoncé de politique des Trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2) » (annexe Z). Les prochaines sections décriront les différentes considérations prises afin d'assurer la protection et la préservation de l'intégrité des participants de cette étude. Le tableau

4.4 reprend sommairement les principaux éléments mis en place au sein des différentes parties du projet de recherche doctorale afin de respecter les principes éthiques.

Consentement libre et éclairé

Avant le début de la collecte de données, tant pour les parties 2 et 3, l'obtention du consentement libre et éclairé était nécessaire à la poursuite de l'étude pour chacun des participants.

Pour y arriver, l'usage d'un formulaire de consentement a été utilisé (voir tableau 4.4). Les cinq formulaires de consentement utilisés dans le cadre du projet de recherche doctorale se trouvent en annexes (annexes I, M, S, W et X). Les participants étaient invités à lire attentivement les différentes sections du formulaire de consentement. Tous les participants étaient libres de poser des questions sur l'étude, tout comme se désister de l'étude à tout moment, et ce, sans conséquence. Toutefois, les participants de la phase 1 de la partie 3, soit le personnel infirmier, ne pouvait se prévaloir de l'option de désistement, puisque leur participation était anonyme, ainsi il était alors impossible de les identifier pour les retirer une fois le formulaire soumis. Dans le contexte des entrevues individuelles, la candidate au doctorat s'assurait, au début de la rencontre, de couvrir les éléments du formulaire de consentement, répondait aux questions, et sollicitait à nouveau le consentement verbal des participants pour procéder à l'entrevue et à son enregistrement. Une fois le formulaire de consentement lu, accepté et signé, le cas échéant, la collecte de données pouvait être entamée. Enfin, les données recueillies à l'aide des formulaires de consentement étaient seulement accessibles par la candidate au doctorat et sa direction de thèse, au besoin.

Tableau 4.4

Considérations éthiques reliées aux parties 2 (PPA) et 3 (personnel infirmier et cadre) du projet de recherche doctorale

<table>
<tr><th colspan="4">Considérations éthiques</th></tr>
<tr><th colspan="4">Consentement libre et éclairé</th></tr>
<tr><th colspan="2">Partie 2 – PPA</th><th colspan="2">Partie 3 – Personnel infirmier et cadre</th></tr>
<tr><td>QUAL</td><td>quan</td><td>Phase 1 – Quantitative</td><td>Phase 2 – Qualitative</td></tr>
<tr><td>Moyen :

Formulaire de consentement (annexe M)

Formulaire devait être signé avant le début de l’entrevue.</td><td>Moyen :

Formulaire de consentement sur SurveyMonkey (annexe I)

Formulaire devait être rempli en ligne avant de poursuivre avec le questionnaire en ligne.</td><td>Moyen :

Formulaire de consentement sur SurveyMonkey (annexe S)

Formulaire devait être rempli en ligne avant de poursuivre avec le questionnaire en ligne.</td><td>Moyen :

Deux formulaires de consentement, soit un pour le questionnaire sociodémographique en ligne (voir les premières pages du questionnaire à l’annexe W) et un autre pour l’entrevue individuelle (annexe X)

Formulaire sur SurveyMonkey devait être rempli en ligne avant de poursuivre avec le questionnaire en ligne et le formulaire pour l’entrevue devait être signé avant le début de l’entrevue.</td></tr>
<tr><th colspan="4">Confidentialité et conservation des données</th></tr>
<tr><th colspan="2">Partie 2 – PPA</th><th colspan="2">Partie 3 – Personnel infirmier et cadre</th></tr>
<tr><td>QUAL</td><td>quan</td><td>Phase 1 – Quantitative</td><td>Phase 2 – Qualitative</td></tr>
<tr><td colspan="2">Confidentialité :

Code alphanumérique attribué à chaque participant selon leur ordre de participation

Code qui était composé de l’acronyme « PPA » et d’un chiffre (p.</td><td>Confidentialité :

Participation anonyme

Aucune donnée nominative collectée</td><td>Confidentialité :

Code alphanumérique attribué à chaque participant selon leur ordre de participation</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ex. « PPA01 », « PPA02 », « PPA03 », etc.)

Anonymisation du questionnaire en ligne et des transcriptions d’entrevues</td><td>Hyperlien menant au questionnaire SurveyMonkey était complètement anonyme et l’adresse IP n’était pas enregistrée</td><td>Code qui était composée de leur milieu d’appartenance et d’un chiffre (p. ex. « ÉSLD 01 », « ÉSLD 02 », « URG 01 », « URG 02 »,)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Conservation des données :

Formulaires de consentement, données brutes et enregistrements audios uniquement accessibles par la candidate au doctorat et sa direction de thèse, au besoin.

Toutes les données ont été recueillies sous forme électronique et ont été stockés sur un clé USB cryptée et protégée par un mot de passe.

Clé de code, c’est-à-dire le dossier contenant les coordonnées des participants (nom, courriel et numéro de téléphone) et le code alphanumérique attribué, gardée dans un fichier Word © protégé par un mot de passe que seule la candidate au doctorat connaissait et enregistré sur une clé USB distincte de celle où se trouvait le dossier d’analyse.

Clés USB gardées en tout temps dans le bureau de la candidate au doctorat à son domicile.

Données anonymisées enregistrées sur l’ordinateur personnel de la candidate au doctorat et une copie conservée sur un disque dur externe.

Données collectées et documents de recherches seront conservés pendant 10 ans suivant la date de soutenance de la thèse de doctorat.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Avantages et risques</td></tr>
<tr><td colspan="2">Partie 2 – PPA</td><td colspan="2">Partie 3 – Personnel infirmier et cadre</td></tr>
<tr><td>QUAL</td><td>quan</td><td>Phase 1 – Quantitative</td><td>Phase 2 – Qualitative</td></tr>
<tr><td colspan="2">Avantages :

Occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de leur expérience de PPA et celle relative à la transition de leur aîné d’un ÉSLD vers l’urgence.

Contribution à l’avancement des connaissances et à l’amélioration des soins dédiés aux aînés et à leur PPA autant dans les ÉSLD qu’à l’urgence.</td><td colspan="2">Avantages

Contribution à l’avancement des connaissances et à l’amélioration des soins dédiés aux aînés et à leur PPA autant dans les ÉSLD qu’à l’urgence.

Risques :

Risque de susciter un inconfort psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables).</td></tr>
</table>

Risques : Risque de susciter des souvenirs émouvants ou désagréables. *Stratégies* : En tout temps, le participant avait le droit de refuser de répondre à une question qui l'indisposait. Coordonnées de la ligne téléphonique « Info-aidant » et de la ligne téléphonique « Info-Social » remises dans la lettre d'information.	*Stratégies* : En tout temps, le participant avait le droit de refuser de répondre à une question qui l'indisposait. Coordonnées du programme d'aide aux employés (PAE) remises dans le formulaire de consentement (pour le personnel infirmier).

Confidentialité et conservation des données

Tous les participants étaient avisés que la confidentialité des données collectées était préservée tout au long de l'étude, et ce, par plusieurs moyens (voir tableau 4.4) (p.ex. usage d'un code alphanumérique). Toutes les données obtenues ont été anonymisées (p.ex. transcription des entrevues) et plusieurs stratégies ont été utilisées pour éviter l'identification des participants lors de la présentation des résultats. Par exemple, l'usage du code alphanumérique lors de la présentation des citations directes des participants. De plus, il y a également eu un souci de ne pas partager trop d'informations spécifiques sur chaque participant pour éviter leur identification. Par exemple, pour la partie 2 (PPA), de préciser pour chaque participant le lien entre la PPA et aîné, l'âge de la PPA, l'ethnicité de la PPA, le type d'ÉSLD de l'aîné et la raison de transfert. Enfin, de façon générale dans le projet de recherche doctorale, lorsque les participants mentionnaient le nom d'un établissement de santé (p. ex. hôpital, CHSLD, RPA) ou le nom d'un professionnel de la santé ou d'administrateurs, ces informations n'ont pas été divulguées et elles étaient plutôt anonymisées dès la transcription des entrevues où un terme générique était utilisé en remplacement. Les noms des établissements ou des personnes ne sont donc pas mentionnés dans les résultats, ce sont plutôt des termes génériques qui ont été employés, comme « hôpital », « urgence », « CHSLD » ou encore « infirmière ou infirmier».

En ce qui a trait à la conservation des données, plusieurs moyens ont également été employés et sont présentés dans le tableau 4.4. À noter qu'une portion des données a été recueillie via la plateforme de *SurveyMonkey*, celle-ci s'assure de protéger les données de ces utilisateurs. Ainsi, les réponses qui ont été collectées à l'aide des questionnaires en ligne, tels que les adresses électroniques, sont considérées comme étant des données privées et restent les propriétés du chercheur (Gitlin, s. d). Enfin, les données collectées et les documents de recherche seront conservés pendant 10 ans suivant la date de soutenance de la thèse de doctorat. Par la suite, les

données électroniques seront supprimées des clés USB en utilisant un mécanisme d'effacement sécuritaire à l'aide de logiciel qui permet de supprimer définitivement les données sans possibilité de récupération (p. ex. logiciel Eraser).

Avantages et risques

Les avantages et les risques associés à chacune des parties du projet de recherche doctorale se trouvent dans le tableau 4.4, de même que les stratégies employées pour les minimiser. Parmi les stratégies, on retrouve le partage de lignes téléphoniques ayant pour mission de soutenir les participants qui auraient eu de besoin suivant leur participation à l'étude (p.ex. ligne Info-Aidant). Par ailleurs, dans les formulaires de consentement, des conseils additionnels étaient données aux participants de façon à minimiser le risque d'être identifié (p.ex., utiliser une connexion sécurisée, effacer leur historique de navigation, etc.).

Modifications au protocole de recherche

Pour les deux parties du projet de recherche doctorale, le recrutement s'est réalisé durant la pandémie de la COVID-19, ce qui a amené son lot de défis. L'annexe AA présente justement une lettre rédigée par les vice-doyennes de la Faculté des sciences de la santé, datée du 26 janvier 2021, qui est destiné aux examinateurs externes de la thèse, afin de mettre de l'avant les divers impacts de la pandémie de la COVID-19 sur les activités de recherche à l'Université d'Ottawa.

Partie 2 – PPA. Le recrutement des PPA a débuté en mai 2021. Après six mois de recrutement actif, neuf PPA avaient été recrutées. Puisque la candidate au doctorat visait toujours un échantillon minimal de 13 participants, une demande de modification au protocole de recherche a été déposée auprès des CÉR impliqués (annexe BB) afin de changer certains critères d'inclusion, et ce, après discussion avec la direction de thèse. Plus précisément, deux des quatre critères d'inclusion ont été modifiés afin d'ouvrir le bassin de participants potentiels (voir tableau 4.5).

Autrement, le reste de l'étude tel que présenté n'a pas été modifié. Suivant cette modification, trois participants additionnels ont été recrutés.

Tableau 4.5

Critères d'inclusion modifiés au protocole de recherche pour la partie 2 (PPA)

Critères d'inclusion initiaux	Critères d'inclusion modifiés
1. PPA âgée de plus 18 ans qui demeure dans la région de l'Outaouais	1. Idem
2. PPA d'un aîné (65 ans et plus) qui demeure dans un ÉSLD de la région urbaine de l'Outaouais, spécifiquement des secteurs de Hull, de Gatineau et d'Aylmer.	2. PPA d'un aîné (65 ans et plus) qui demeure dans un ÉSLD de la région de l'Outaouais
3. PPA qui a vécu le transfert de leur aîné vers une urgence de la région de l'Outaouais au cours des six derniers mois	3. PPA qui a vécu le transfert de leur aîné vers une urgence de la région de l'Outaouais au cours de la dernière année
4. Lire, écrire et parler le français	4. Idem

Partie 3 – Personnel infirmier et cadre. Le recrutement du personnel infirmier (phase 1) a débuté en mai 2021. Après six mois de recrutement actif, 33 infirmières et infirmiers (ÉSLD n = 7 et urgence n = 26) avaient rempli le questionnaire en ligne. Plusieurs obstacles au recrutement étaient présents, expliqués notamment par la pandémie de la COVID-19 : inaccessibilité des milieux par la candidate au doctorat, affiches de recrutement exposées à géométrie variable dans les milieux, séquence d'envoi des courriels plus ou moins respectés par le personnel administratif, et l'augmentation de la charge de travail du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences. Par exemple, la pénurie de personnel infirmier dans le milieu des urgences a été telle que pendant sept mois (juin 2021 à janvier 2022), l'urgence de l'hôpital de Gatineau a été partiellement fermée (Mercier, 2022). À cette étape-ci, un échantillon de convenance d'au moins 50 participants était visé. Par conséquent, une demande de modification au protocole de recherche a été soumise aux

CÉR impliqués (annexe AA). Tout d'abord, un critère d'inclusion a été modifié afin d'ouvrir le bassin de participants potentiel (voir tableau 4.6). D'ailleurs, initialement, la phase qualitative n'était pas prévue; une modification au protocole de recherche a donc été soumise afin de l'ajouter. L'étude qui avait été initialement proposée utilisait plutôt un devis quantitatif descriptif transversal. Compte tenu des difficultés de recrutement, une phase qualitative a été ajoutée en complément à la phase quantitative, puisque l'atteinte d'un échantillon suffisant pour atteindre une puissance statistique n'était pas possible dans le contexte. Ainsi, il a été jugé que l'ajout d'une phase qualitative permettrait d'approfondir et de mieux comprendre les résultats obtenus à la phase quantitative. Ces modifications au protocole ont permis de recruter cinq personnes additionnelles issues du personnel infirmier pour la phase quantitative et sept personnes issues du personnel cadre pour la phase qualitative.

Tableau 4.6

Critères d'inclusion modifiés au protocole de recherche pour la partie 3 (personnel infirmier)

Critères d'inclusion initiaux	Critères d'inclusion modifiés
1. Détenir le titre d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien, d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire	1. Idem
2. Détenir un poste ou une affectation à l'urgence de Hull ou de Gatineau ou détenir un poste ou une affectation dans un ÉSLD du réseau public de la Ville de Gatineau	2. Détenir un poste ou une affectation dans une urgence, dans un ÉSLD du réseau public ou dans un CLSC de la région de l'Outaouais
3. Avoir soigné dans la dernière année au moins un patient qui a vécu le transfert d'un ÉSLD vers l'urgence	3. Idem
4. Lire, écrire et parler le français	4. Idem

Synthèse du chapitre

Dans ce chapitre, il a été question de la méthodologie utilisée pour les trois parties du projet de recherche doctorale. Il avait pour but de décrire plus précisément les méthodologies employées, et ce, de façon complémentaire à ce que l'on retrouve dans les articles spécifiques à ces parties (articles n° 1, n° 2 et n° 3). Dans la partie 1, un examen de la portée a été effectué à l'aide du cadre de référence d'Arksey et O'Malley (2005). Dans la partie 2, une étude à devis mixte concomitant à prédominance a été menée auprès de PPA qui ont vécu la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais. Enfin, dans la partie 3, une étude à devis mixte séquentiel explicatif a été menée auprès du personnel infirmier et cadre des ÉSLD et de l'urgence de la région de l'Outaouais. En plus de la description des différentes dimensions des méthodologies employées, les considérations éthiques ont également été détaillées dans ce chapitre.

Références

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, *13*(6), 375-384. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2270302/

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Bazeley, P. (2018). *Integrating analysis in mixed methods research*. Sage. https://methods.sagepub.com/book/integrating-analyses-in-mixed-methods-research

Beck, C. T. & Harrison, L. (2016). Mixed-methods research in the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, *39*(3), 224-234. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000125

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A. & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *Gerontologist, 41*(5), 652-657. https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652

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.

Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2018). Thematic analysis. Dans P. Liamputtong (dir.), *Handbook of research methods in health social sciences* (p. 1-18). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_103-1

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2023a, 27 novembre). *Liste des CHSLD*. https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/chsld/

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2023b, 6 avril). *Urgences*. https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/recevoir-des-soins-et-services-en-hopital/soins-et-services/#:~:text=Ce%20service%20de%20consultation%20t%C3%A9l%C3%A9phonique,t%C3%A9l%C3%A9phonant%20au%20811%2C%20option%201

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2024). *Liste des CLSC*. https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/clsc/

Chiang-Hanisko, L., Newman, D., Dyess, S., Piyakong, D. & Liçehr, P. (2016). Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. *Applied Nursing Research*, *31*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.006

Cho, Y. I., Johnson, T. P. & Vangeest, J. B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: A meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & the Health Professions*, *36*(3), 382-407. https://doi.org/10.1177/0163278713496425

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2e éd.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155-159. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.112.1.155

Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M. & Moher, D. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, *67*(12), 1291-1294. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013

Cosgrove, P. B. & Jonas, P. M. (2016). Moving from tension to texture: The paradigmatic roots of mixed methods research. Dans M. L. Baran & J. E. Jones (dir.), *Mixed methods research for improved scientific study* (p. 28-38). IGI Global.

Coudin, G. & Mollard, J. (2011). Être aidant de malade Alzheimer : difficultés , stratégies de faire face et gratifications. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, *9*(3), 363-378. https://doi.org/https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0286

Covell, C. L., Sidani, S. & Ritchie, J. A. (2012). Does the sequence of data collection influence participants' responses to closed and open-ended questions ? A methodological study. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(6), 664-671. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.12.002

Covidence. (s. d.). *Reviewers*. http://www.covidence.org/reviewers

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4e éd.). Sage.

Creswell, J. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3e éd.). Sage.

Daudt, H. M., van Mossel, C. & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, *13*, Article 48. https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48

Davis, K., Drey, N. & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(10), 1386-1400. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010

Denscombe, M. (2008). Communities of practice: A research paradigm for the mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*, *2*(3), 270-283. https://doi.org/10.1177/1558689808316807

Dillman, D. A., Smyth, J. D. & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4e éd.). John Wiley & Sons.

Dolan, S., Nowell, L. & McCaffrey, G. (2022). Pragmatism as a philosophical foundation to integrate education, practice, research and policy across the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(10), e118-e129. https://doi.org/10.1111/jan.15373

Donaldson, S. K. & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook, 26*(2), 113-120.

Dong, Y. & Peng, C. Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*, *2*(1), 1-17. https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222

Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L. & Trudeau, D. (2006). Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. *Research in Nursing & Health, 29*(5), 427-441. https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.20152

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Kergoat, M. & Coulombe, R. (2011a). Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies,, 48*(9), 1109-1119. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.011

Ducharme, F., Lévesque, L. L., Lachance, L. M., Kergoat, M., Legault, A. J., Beaudet, L. M. & Zarit, S. H. (2011b). " Learning to become a family caregiver ": Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*, *51*(4), 484-494. https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/gnr014

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Giroux, F., Legault, A. & Préville, M. (2005). 'Taking Care of Myself ': Efficacy of an intervention programme for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting. *Dementia*, *4*(1), 23-47. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1471301205049189

Dures, E., Rumsey, N., Morris, M. & Gleeson, K. (2010). Mixed methods in health psychology: Theoretical and practical considerations of the third paradigm. *Journal of Health Psychology*, *16*(2), 332-341. https://doi.org/10.1177/1359105310377537

Equator Network. (2024a). PRISMA *Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation*. https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma-scr/

Equator Network. (2024b). *Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report*. https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/journal-article-reporting-standards-for-qualitative-primary-qualitative-meta-analytic-and-mixed-methods-research-in-psychology-the-apa-publications-and-communications-board-task-force-report/

Elo, S. & Kyngas, H. (2008, avril). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107-115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fàbregues, S. & Paré, M.-H. (2018). Appraising the quality of mixed methods research in nursing: A qualitative case study of nurse researchers' views. *Nursing Inquiry*, *25*(4), e12247-e12247. https://doi.org/10.1111/nin.12247

Fawcett, J. (2015). Invisible nursing research: Thoughts about mixed methods research and nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *28*(2), 167-168. https://doi.org/10.1177/0894318415571604

Feilzer, Y. M. (2010). Doing mixed methods research pragmatically: Implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, *4*(1), 6-16. https://doi.org/10.1177/1558689809349691

Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Services Research*, *48*(6pt2), 2134-2156. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5e éd.). Sage.

Flanigan, T. S., McFarlane, E. & Cook, S. (2008). Conducting survey research among physicians and other medical professionals - A review of current literature importance of high response rates. Dans *63rd Annual Conference of the American Association for Public Opinion Research* (p. 4136-4147). http://www.asasrms.org/Proceedings/y2008f.html

Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche* (4e éd.). Chenelière Éducation.

Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size ? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, *25*(10), 1229-1245. https://doi.org/10.1080/08870440903194015

Fusch, P. I. & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qualitative Report*, *20*(9), 1408-1416. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281

Giddings, L. S. (2006). Mixed-methods research: Positivism dressed in drag? *Journal of Research in Nursing*, *11*(3), 195-203. https://doi.org/10.1177/1744987106064635

Giddings, L. S. & Grant, B. M. (2006). Mixed methods research for the novice researcher. *Contemporary nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, *23*(1), 3-11. https://doi.org/10.5172/conu.2006.23.1.3

Gitlin, J. (s. d.). Ensemble, protégeons les données des participants à vos sondages. https://fr.surveymonkey.com/curiosity/how-we-protect-your-survey-data-and-3-steps-you-can-take-to-keep-it-safe/

Gouvernement du Québec. (2020). *Info-Social 811*. https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/info-social-811

Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, *26*(2), 91-108. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Greene, J. C. & Hall, J. N. (2010). Dialectics and pragmatism: Being of consequence. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (dir.), *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2e éd., p. 119-143). Sage. https://doi.org/10.4135/9781506335193

Greene, J. C., Caracelli, V. J. & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, *11*(3), 255-274. https://doi.org/10.3102/01623737011003255

Greenhalgh, T. & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: Audit of primary sources. *BMJ - British Medical Journal*, *331*(7524), 1064-1065. https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68

Guba, E. G. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Sage.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough ? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*(1), 59-82. https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

Guetterman, T. C., Fetters, M. D. & Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Annals of Family Medicine*, *13*(6), 554-561. https://doi.org/10.1370/afm.1865

Haccoun, R. R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue Québécoise de Psychologie*, *8*(3), 30-39.

Halcomb, E. & Hickman, L. (2015). Mixed methods research. *Nursing Standard: promoting excellence in nursing care*, *29*(32), 41-47.

Hall, R. (2013). Mixed methods: In search of a paradigm. Dans T. Le & Q. Lê (dir.), *Conducting research in a changing and challenging world* (p. 71-78). Nova Science Publishers.

Hamberg, K. & Johansson, E. E. (1999). Practitioner, researcher, and gender conflict in a qualitative study. *Qualitative Health Research*, *9*(4), 455-467. https://doi.org/10.1177/10497329912912199

Hathcoat, J. D. & Meixner, C. (2017). Pragmatism, factor analysis, and the conditional incompatibility thesis in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, *11*(4), 433-449. https://doi.org/10.1177/1558689815622114

Hébert, R., Bravo, G. & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois intruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *La Revue canadienne du vieilissement*, *12*(3), 324-337. https://doi.org/10.1017/S0714980800013726

Hébert, R., Bravo, G. & Préville, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *La Revue canadienne du vieilissement*, *19*(4), 494-507. https://doi.org./10.1017/S0714980800012484

Hesse-Biber, S. N. (2015a). Introduction: Navigating a turbulent research landscape: Working the boundaries, tensions, diversitym and contradictions of multimethod and mixed methods inquiry. Dans S. N. Hesse-Biber & R. B. Johnson (dir.), *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry* (p. xxxiii-liv). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199933624.013.1

Hesse-Biber, S. N. (2015b). Mixed methods research: The 'thing-ness' problem. *Qualitative Health Research*, *25*(6), 775-788. https://doi.org/10.1177/1049732315580558

Hewitt-Taylor, J. (2011). *Using research in practice: It sounds good but will it work?* Palgrave Macmillan.

Hill, C. A., Fahrney, K., Wheeless, S. C. & Carson, C. P. (2006). Survey response inducements for registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, *28*(3), 322-334. https://doi.org/10.1177/0193945905284723

Hirose, M. & Creswell, J. W. (2022). Applying core quality criteria of mixed methods research to an empirical study. *Journal of Mixed Methods Research*, *17*(1), 12-28. https://doi.org/10.1177/15586898221086346

Ivankova, N. V., Creswell, J. W. & Stick, S. L. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods*, *18*(1), 3-20. https://doi.org/10.1177/1525822X05282260

Jack, S. (2008). Guidelines to support nurse-researchers reflect on role conflict in qualitative interviewing. *The Open Nursing Journal*, *2*, 58-62. https://doi.org/10.2174/1874434600802010058

Janghorban, R., Roudsari, R. L. & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *9*(1), 24152-24152. https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152

Johnson, R. B. (2011). Do we need paradigms? A mixed methods perspective. *Mid-Western Educational Researcher*, *24*(2), 31-40. https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2011.03.003

Johnson, R. B. & Gray, R. (2010). A history of philosophical and theoretical issues for mixed methods research. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (dir.), *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2e éd., p. 69-94). Sage. https://doi.org/10.4135/9781506335193

Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, *33*(7), 14-26. http://www.jstor.org/stable/3700093

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(2), 112-133. https://doi.org/10.1177/1558689806298224

Kang, H. (2013). The prevention and handling of the missing data. *Korean Journal of Anesthesiology*, *64*(5), 402-406. https://doi.org/10.4097/kjae.2013.64.5.402

Khalil, H., Peters, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B. & Parker, D. (2016). An evidence-based approach to scoping reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *13*(2), 118-123. https://doi.org/10.1111/wvn.12144

Kuhn, T. (2012). *The structure of scientific revolutions* (4e éd.). The University of Chicago Press.

L'Appui. (s. d.). *Nous sommes.* https://www.lappui.org/fr/nous-sommes/qui-sommes-nous/

Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*, Article 69. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

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

Mayumi, N., & Ota, K. (2022). Implications of philosophical pragmatism for nursing: Comparison of different pragmatists. *Nursing Philosophy*, *24*(1), e12414. https://doi.org/10.1111/nup.12414

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

Mercier, J. (2022, 26 janvier). Réouverture complète de l'urgence de Gatineau dès lundi. *Le Droit*. https://www.ledroit.com/2022/01/26/reouverture-complete-de-lurgence-de-gatineau-des-lundi-video-3d8c954ed71feb57ca8cedfc6e96aa1f/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Registre des résidences privées pour aînés*. Gouvernement du Québec. http://k10.pub.msss.rtss.qc.ca/K10accueil.asp

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (Publication no 21-835-01W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Guide de gestion des urgence*s (Publication no 22-905-02W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003105/

Mirzaei, A., Carter, S. R., Patanwala, A. E. & Schneider, C. R. (2022). Missing data in surveys: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *18*(2), 2308-2316. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.03.009

Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost et pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*, 48-76. https://doi.org/10.1177/2345678906292462

Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative Inquiry*, *20*(8), 1045-1053. https://doi.org/10.1177/1077800413513733

Morris, M., Boruff, J. T. & Gore, G. C. (2016). Scoping reviews: Establishing the role of the librarian. *Journal of the Medical Library Association*, *104*(4), 346-354. https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.4.020

Morse, J. M. (2015). Data were saturated. *Qualitative Health Research*, *25*(5), 587-588. https://doi.org/10.1177/1049732315576699

Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, I., Machón, M., del Río, M. & Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: A systematic review of tools. *Quality of Life Research*, *25*(5), 1059-1092. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4

Mukherjee, A. & Hirawaty Kamarulzaman, N. (2016). Mixed method research: A concept. Dans M. L. Baran & J. E. Jones (dir.), *Mixed methods research for improved scientific study* (p. 39-64). IGI Global.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), Article 143. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

Newman, D. A. (2014). Missing data: Five practical guidelines. *Organizational Research Methods*, *17*(4), 372-411. https://doi.org/10.1177/1094428114548590

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding family care: A multidimensional model of caring and coping*. Open University Press.

Nolan, M., Keady, J. & Grant, G. (1995). CAMI : A basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing*, *4*(14), 822-826. https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.14.822

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *15*(5), 625-632. https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y

O'Rourke, N. & Cappeliez, P. (2004). Évaluation du fardeau des aidants naturels : propriétés de la version française du Brief Burden Interview. *Revue Québécoise de Psychologie*, *25*(1), 187-202.

Oates, M., Crichton, K., Cranor, L., Budwig, S., Weston, E. J. L., Bernagozzi, B. M. & Pagaduan, J. (2022). Audio, video, chat, email, or survey: How much does online interview mode matter? *PLOS ONE*, *17*(2), e0263876. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263876

Onwuegbuzie, A. J. & Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, *12*(2), 281-316. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638

Onwuegbuzie, A. J., Johnson, R. B. & Collins, K. M. (2009). Call for mixed analysis: A philosophical framework for combining qualitative and quantitative approaches. *International Journal of Multiple Research Approaches*, *3*(2), 114-139. https://doi.org/10.5172/mra.3.2.114

Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues* (2e éd.). Palgrave Macmillan.

Pearce, L. D. (2015). Thinking outside the Q boxes: Further motivating a mixed research perspective. Dans S. N. Hesse-Biber & R. B. Johnson (dir.). *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry* (p. 42-56). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199933624.013.4

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

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, S. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Chenelière Éducation.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. Dans E. Aromataris & Z. Munn (dir.), *JBI Manual for evidence synthesis* (p. 23-71). Joanna Briggs Institute. https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A. & Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *29*(1), 12-16. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12380

Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A. & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, *5*(4), 371-385. https://doi.org/10.1002/jrsm.1123

Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J. & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 123-141). Les presses de l'Université de Montréal.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2e éd.). Pearson Education.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11e éd.). Wolters Kluwer.

Portney, L. (2020). *Foundations in clinical research : Applications to evidence-based practice* (4e éd.). F.A. Davis.

PRISMA. (2024). *PRISMA Flow Diagram*. https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram

Pucciarelli, G., Savini, S., Byun, E., Simeone, S., Barbaranelli, C., Vela, R. J., Alvaro, R. & Vellone, E. (2014). Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart Lung*, *43*(6), 555-560. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.004

Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H. & Brazil, K. (2002). Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality and Quantity*, *36*(1), 43-53. https://doi.org/10.1023/A:1014301607592

Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H. & Sejourne, N. (2010). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, *37*(3), 217-223. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.006

Schoonenboom, J. & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Kolner Zeitschrift fur Soziologie und Sozialpsychologie*, *69*, 107-131. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1

Schumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Dans E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (dir.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (p. 1-26). Springer. https://engage-encourage.com/wp-content/uploads/2020/03/Helping-Elderly-Persons-in-Transition.pdf

Sénécal, C. B., Vallerand, R. J. & F., V. E. (1992). Construction et validation de l'échlle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *42*(4), 315-322.

Shannon-Baker, P. (2016). Making paradigms meaningful in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, *10*(4), 319-334. https://doi.org/10.1177/1558689815575861

Simonovich, S. (2017). The value of developing a mixed-methods program of research. *Nursing Science Quarterly*, *30*(3), 201-204. https://doi.org/10.1177/0894318417708426

Symonds, J. E. & Gorard, S. (2010). Death of mixed methods? Or the rebirth of research as a craft. *Evaluation and Research in Education*, *23*(2), 121-136. https://doi.org/10.1080/09500790.2010.483514

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2e éd.). Sage.

Teddlie, C. & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(1), 77-100. https://doi.org/10.1177/2345678906292430

Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. Dans C. Willig & W. Stainton Rogers (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (p. 17-36). Sage.

Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight a"big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, *16*(10), 837-851. https://doi.org/10.1177/1077800410383121

Tran, B. (2016). The nature of research methodologies: Terms and usage within quantitative, qualitative and mixed methods. Dans M. L. Baran & J. E. Jones (dir.), *Mixed methods research for improved scientific study* (p. 1-27). IGI Global.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, Lewin, S., Godfrey, C. M., MacDonald, M. T., Langlois, É. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö. et Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/m18-0850

Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, *15*(3), 398-405. https://doi.org/10.1111/nhs.12048

Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C. & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(4), 490-504. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011

Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in nursing and health research* (4e éd.). Springer Publishing Company.

Wilkins, K. L. & Woodgate, R. L. (2006). Transition: A conceptual analysis in the context of siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, *21*(4), 256-265. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2006.01.090

Wright, L. & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille* (4e éd.). ERPI.

Younas, A., Pedersen, M. & Durante, A. (2020). Characteristics of joint displays illustrating data integration in mixed-methods nursing studies. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(2), 676-686. https://doi.org/10.1111/jan.14264

Zarit, S. H., Orr, N. K. & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease*. New York University Press.

Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, *20*(6), 649-655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

Zoom. (2023). *Security at Zoom*. https://explore.zoom.us/en/trust/security/

Zwicker, D. (2018). *Preparedness for caregiving scale*. Hartford Institute for Geriatric Nursing. https://hign.org/consultgeri/try-this-series/preparedness-caregiving-scale

Chapitre 5. Résultats

Dans ce chapitre, les deux articles rédigés pour présenter les résultats du projet de recherche doctorale seront présentés, ce qui constitue les articles nº 2 et nº 3 de la thèse doctorale. L'article nº 2 rapporte les résultats de la partie 2 du projet de recherche doctorale, soit celle qui porte sur les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de l'aîné qu'elles accompagnent d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais. L'article nº 3 expose, quant à lui, les résultats de la partie 3 du projet de recherche doctorale, soit celle qui porte sur 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 dans le contexte du transfert d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Article nº 2 - Perceptions de personnes proches aidantes

L'article nº 2 a été soumis le 27 mai 2024 à la revue Soins Gérontologie qui est une revue savante révisée par les pairs.

Titre :

Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes

Auteures :

1) Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B.SC., Ph.D. (cand.), École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
2) Viola Polomeno, inf., Ph.D., Professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
3) Chantal Backman, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
4) Julie Chartrand, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
5) Michelle Lalonde, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

N.B. L'article a été rédigé en respectant les consignes de la revue.

Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes

Résumé

La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence présente de nombreuses lacunes, dont l'intégration des personnes proches aidantes (PPA). Cet article présente les résultats d'une étude à méthodes mixtes de recherche ayant pour but de décrire les perceptions des PPA dans ce contexte. Cette étude met de l'avant la nécessité de reconnaître l'expertise des PPA et de considérer leurs besoins afin d'assurer le bon déroulement de ces transitions.

Mots-clés (6) : Personnes proches aidantes, Aînés, Transition, Transfert, Urgence, Établissements de soins de longue durée.

Perceptions of Caregivers who Accompany an Older Adult during the Transition from a Long Term Care Facility to the Emergency Department: A Mixed Methods Study

Abstract

The transition of older adults from long-term care facilities (LTCFs) to the emergency department (ED) has many shortcomings, including the integration of caregivers. This article presents the results of a mixed-methods study designed to describe the perceptions of caregivers in this context. This study highlights the need to recognize the expertise of caregivers and consider their needs to ensure smoother transitions.

Keywords (6): Caregivers, Older adult, Transition, Transfer, Emergency department, Long-term care facilities.

Introduction

Au Canada, 6,8 % des personnes de plus de 65 ans demeurent dans un établissement de soins de longue durée (ÉSLD)[1] et cela s'élève à 30 % chez les 85 ans et plus (1). Dans la province de Québec, c'est plus de 60 000 personnes qui résident dans des ÉSLD du réseau public (2). D'ailleurs, 17 % de la population québécoise âgée de plus de 75 ans vivent dans une résidence privée pour aînés (RPA) (3). Les aînés demeurant dans les ÉSLD possèdent plusieurs antécédents de santé et des comorbidités qui les rendent plus vulnérables aux exacerbations de santé (4-6). Ils nécessitent des services de santé diversifiés et dépendent à des niveaux variés du personnel soignant et de leur personne proche aidante (PPA) pour répondre à leurs besoins (5, 6). Les ressources disponibles dans les ÉSLD ne répondent pas toujours aux besoins de ces aînés, surtout en période de détérioration de leur santé, ce qui résulte souvent à un transfert vers l'urgence (4, 6-8).

La transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence est un événement anxiogène, voire une situation de crise, autant pour l'aîné que pour sa PPA (6, 8, 9). Les aînés sont souvent accompagnés de leur PPA à l'urgence et ils considèrent leur présence comme étant importante (10-12). Les PPA plaident pour leurs besoins, posent des questions et sont une source additionnelle d'information pour le personnel soignant (6, 10-12). Elles peuvent toutefois se sentir ignorées et exclues des soins qui sont administrés à l'urgence (6, 11, 12).

Il y a une paucité de littérature scientifique concernant les PPA qui accompagnent un aîné à l'urgence et encore moins de littérature dans le contexte de la transition d'un ÉSLD vers l'urgence. Dallaire et al. (4) révèlent qu'aucune étude n'avait été réalisée au Québec en regard au processus de transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ni par rapport à l'identification des besoins de ces aînés et des ÉSLD ; ce à quoi il pourrait être ajouté les besoins des PPA dans ce processus. Il s'avère nécessaire de soutenir la présence des PPA tout au long du continuum de soins, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux aînés (11-14). Dans son plan

d'action pour l'hébergement de longue durée, le Gouvernement du Québec (2) indique que les PPA sont des partenaires de soins et doivent être soutenues tout au long de l'hébergement, mais également lors des périodes de transitions. L'étude présentée dans cet article est un premier pas afin de mettre la lumière sur la contribution des PPA d'aînés en hébergement lors de périodes de transition. Cette étude a été guidée par la théorie des transitions de Meleis et al. (15), bonifiée par la théorie des systèmes (16, 17). Un article précédemment publié (18) démontre l'application de la théorie des transitions au phénomène à l'étude.

Objectif et questions de recherche

L'objectif de cette étude à méthodes mixtes était de décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais, Québec. Trois questions de recherche ont guidé l'étude :

1) Quelles sont les perceptions des PPA vis-à-vis la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence ? (QUAL)
2) Quelle est la mesure des indicateurs de processus et de résultat de la théorie des transitions (le coping, le degré de la qualité des relations interpersonnelles, le fardeau, et le degré de préparation) des PPA vivant la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence ? (quan)
3) Comment la convergence des résultats qualitatifs et des résultats quantitatifs permet-elle d'améliorer la description des PPA et la compréhension de leurs perceptions ? (QUAL et quan)

Méthodologie

Type et devis de recherche

Les méthodes mixtes de recherche (MMR) ont été utilisées, soit un devis mixte concomitant à prédominance qualitative (QUAL + quan) (19). Une prédominance a été accordée aux données

qualitatives et les données quantitatives ont été utilisées en appui afin d'enrichir les perceptions des participants.

Population et échantillon à l'étude

La population à l'étude était les PPA ayant vécu la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais, Québec. Les PPA ont été identifiées à l'aide d'une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné selon des critères précis : 1) être âgée de plus de 18 ans et demeurer dans la région de l'Outaouais (Québec, Canada) ; 2) être une PPA d'un aîné (65 ans et plus) demeurant dans un ÉSLD de la région de l'Outaouais (Québec, Canada) ; 3) avoir vécu la transition de leur aîné vers une urgence de l'Outaouais (Québec, Canada) dans la dernière année, et 4) parler, comprendre et écrire le français. Les PPA étaient exclues si leur aîné séjournait toujours à l'urgence ou à l'hôpital au moment de la collecte de données ou s'il était décédé durant le processus de transition. Le même échantillon a été utilisé pour la collecte de données qualitatives et quantitatives (19, 20).

Le recrutement des participants a été difficile, notamment expliqué par le contexte sociosanitaire de la pandémie de la COVID-19 (recrutement effectué de mai 2021 à février 2022). Douze PPA ont été recrutées. Selon Guest et al. (21), 12 entrevues complètes sont généralement suffisantes lorsque le but de l'étude est de décrire les perceptions partagées au sein d'un groupe homogène.

Collecte de données

Les PPA ont été recrutées à l'aide d'affiches de recrutement exposées à des endroits stratégiques (babillards dans les ÉSLD), diffusées à travers les médias sociaux (Facebook) ou encore à travers des demandes de collaborations avec les ÉSLD. Lorsque les participants étaient recrutés, ils recevaient un courriel de la chercheuse principale (première auteure) dans lequel se trouvait un lien pour la vidéoconférence avec la date convenue de rencontre pour l'entrevue, ainsi

que le lien vers le questionnaire en ligne. Le questionnaire était rempli avant l'entrevue et pas plus d'une semaine s'est écoulée entre les deux.

Collecte de données qualitatives

Des entrevues semi-dirigées individuelles en vidéoconférence ou par téléphone ont été menées avec les participants par la chercheuse principale. Développé avec la théorie des transitions, la théorie des systèmes et la littérature scientifique, le guide d'entrevue était composé de 17 questions ouvertes. Les entrevues ont duré en moyenne 72 minutes et étaient enregistrées via la plateforme Zoom où elles se sont tenues que ce soit par vidéoconférence ou téléphone. Pour les entrevues téléphoniques, les participants rejoignaient la réunion Zoom par téléphone en composant le numéro sans frais offert par Zoom.

Collecte de données quantitatives

Un questionnaire en ligne (61 questions) sur la plateforme *SurveyMonkey* a été employé. La durée moyenne de complétion du questionnaire était de 34 minutes. Les questions étaient réparties en trois sections : 1) profil sociodémographique (24 questions) ; 2) relation entre la PPA et l'aîné (15 questions) ; et 3) instruments de mesure (22 questions).

Profil sociodémographique. Les informations sociodémographiques ont été recueillies, notamment l'âge des participants, leur genre, leur état civil et leur statut d'emploi.

Relation entre la PPA et l'aîné. Cette partie était centrée sur l'aîné et les rôles de la PPA, notamment le type d'ÉSLD, le nombre d'heures dédiées par semaine à l'aîné et le nombre de PPA impliquée.

Instruments de mesure. Quatre instruments de mesure ont été utilisés : 1) échelle de la qualité des relations (EQRI) (22); 2) *Caregivers Assessment Management Index* (CAMI) (23); 3) inventaire bref du fardeau (ZBI-12) (24); et 4) *Preparedness Caregiving Scale* (PCS) (25) (voir

tableau 1). Les variables mesurées à travers ces instruments ont été identifiées par la théorie des transitions.

Analyse des données

Analyse qualitative

Pour les données qualitatives, une analyse thématique a été réalisée selon la méthode de Braun et Clarke (26, 27) à travers la plateforme NVivo version 12. L'analyse thématique est un processus itératif utilisé pour identifier, analyser et relever différents thèmes, ainsi que les relations qui les unifient (26, 27). Elle permet de développer, d'analyser et d'interpréter des *patterns* à travers un ensemble de données qualitatives (27). L'un des avantages de l'analyse thématique est sa flexibilité lui permettant d'être utilisé à travers différents devis de recherche (qualitatifs ou mixte) et elle ne s'inscrit pas dans un cadre théorique préexistant, ce qui la rend compatible avec l'étude présentée et son cadre théorique (26, 27). Le processus de six étapes de Braun et Clarke (26, 27) a été employé. Une approche inductive a également été utilisée où les codes et les thèmes ont été développés à partir même du contenu des données, plutôt que de les classer afin de répondre à des codes préexistants (26, 27). Concrètement, ceci implique la familiarisation des données par une lecture et relecture des transcriptions, une codification des données, où les codes ont été repris, améliorés et révisés au fur et à mesure que le processus de codification s'est déroulé, ainsi que le regroupement des codes en thèmes préliminaires. Après révision et raffinement des thèmes préliminaires, 10 thèmes ont été développés et disposés autour de quatre thèmes globaux qui sont présentés dans la section des résultats. Les thèmes globaux sont des concepts ou des idées parapluies qui ancrent un certain nombre de thèmes ensemble et opèrent à titre de dispositif de structuration ou d'organisation des résultats (27).

Tableau 1

Les caractéristiques psychométriques des instruments de mesure utilisés dans le questionnaire en ligne distribué auprès des PPA (collecte de données quantitatives)

Instruments	Concepts	Nombre d'items	Type d'échelle	Obtention et interprétation du score	Alpha de Cronbach*	Traduction et validation en français
Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI)	Qualité des relations interpersonnelles	12 items séparés en trois sous-échelles : 1) Qualité des relations interpersonnelles entre la PPA et l'aîné (4 items) 2) Qualité des relations interpersonnelles entre la PPA et sa famille (4 items) 3) Qualité des relations interpersonnelles entre la PPA et ses amis (4 items)	Échelle de Likert (0 = pas du tout à 4 = extrêmement) Les participants doivent indiquer à quel point la relation est harmonieuse, valorisante et inspire confiance.	Somme de chacun des items par sous-échelle Score minimal = 0 Score maximal = 16 **Interprétation** : Plus le score est élevé plus la qualité perçue des relations interpersonnelles l'est, et vice-versa.	0, 89 à 0, 97	Instrument a été développé et validé en français
***Caregivers' Assessment Management Index* (CAMI)**	Stratégies de coping	37 items séparés en trois catégories : 4) Stratégies de résolution de problèmes (14 items) 5) Stratégies cognitives (15 items) 6) Stratégies centrées sur la réduction du stress (8 items)	Échelle de Likert (1 = jamais ou presque jamais à 4 = très souvent ou toujours) Les participants doivent se prononcer à quelle fréquence ils utilisent les stratégies proposées.	Il n'y a pas de score à calculer **Interprétation :** Identification des stratégies de coping basée sur la fréquence d'utilisation de celles-ci.	0,66 à 0,77	Oui

Instruments	Concepts	Nombre d'items	Type d'échelle	Obtention et interprétation du score	Alpha de Cronbach*	Traduction et validation en français
Inventaire bref du fardeau ZBI-12)	Fardeau	12 items	Échelle de Likert (0 = jamais à 4 = presque tout le temps) Les participants doivent signifier à quelle fréquence ils leur arrivent de ressentir différentes émotions dans leur relation avec l'aîné.	Somme de chacun des items de l'instrument Score minimal = 0 Score maximal = 48 **Interprétation :** < 3 = fardeau léger 3-8 = fardeau modéré 9-18 = fardeau élevé > 18 = fardeau sévère	> 0,88	Oui
***Preparedness Caregiving Scale* (PCS)**	Degré de préparation au rôle de PPA	8 items	Échelle de Likert (0 = pas préparé du tout à 4 = très bien préparé) Les participants doivent noter à quel point ils sentent préparés à effectuer l'énoncé proposé.	Moyenne de tous les items de l'instrument Score minimal = 0 Score maximale = 4 **Interprétation :** Plus le score est élevé, plus la PPA se considèrent prête à faire face à son rôle, et vice-versa.	0,85	Oui
*Alpha de Cronbach pour l'instrument en français.						

Analyse quantitative

Des analyses statistiques descriptives ont été effectuées auprès des données quantitatives recueillies via le questionnaire en ligne (20). La distribution des fréquences, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion et de position ont été calculées à l'aide du logiciel SPSS version 28.

Analyse mixte (point d'intégration)

Suivant l'analyse séparée des données qualitatives et quantitatives, des matrices (*joint displays*) ont été développées dans un effort de synthèse et d'intégration des deux types de résultats (19). Le cadre théorique a été utilisé afin d'assurer une intégration congruente des résultats qualitatifs et quantitatifs (28).

Considérations éthiques

Trois approbations éthiques ont été obtenues des comités d'éthique de la recherche (CÉR) : 1) Université d'Ottawa (H-10-20-6151) ; 2) Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais (Projet 2020-319_169) ; et 3) Université du Québec en Outaouais (Projet # 2022-1585). Tous les participants ont rempli un formulaire de consentement à la fois pour répondre au questionnaire en ligne et pour participer à l'entrevue.

Résultats

Les résultats de l'étude ont été divisés en quatre sections : 1) profil sociodémographique ; 2) résultats qualitatifs ; 3) résultats quantitatifs ; et 4) résultats mixtes.

Profil sociodémographique

Douze PPA ont participé à l'étude (tableau 2). L'âge moyen des PPA était de 61 ans (*É.T.* 7,8) et 92 % (n = 11) des PPA étaient des femmes. Pour la grande majorité des PPA (92 %, n = 11), elles étaient la PPA de leur parent et pour 50 % (n = 6) d'entre elles, elles étaient les seules PPA de l'aîné. Si plusieurs PPA étaient impliquées auprès de l'aîné, elles étaient en moyenne deux.

Au moment de remplir le questionnaire, 50 % (n = 6) des PPA avaient un aîné qui demeurait dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 50 % (n = 6) dans une RPA.

Résultats qualitatifs

Suivant l'analyse thématique, 10 thèmes ont été développés. Une séquence logique a également été identifiée une fois les thèmes développés, soit qu'il était possible de les regrouper selon les phases de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. C'est pourquoi un choix délibéré a été fait de regrouper les thèmes sous une structure analytique de quatre thèmes globaux, ces derniers pouvant être utilisés comme de l'information contextuelle sur la phase de transition auxquelles les perceptions font référence (27). Les thèmes qui se retrouvent sous chacun de ces thèmes globaux illustrent une articulation différente, mais complémentaire, des perceptions des PPA lors de ces différentes phases de la transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence, ainsi que leurs rôles tout au long de cette transition. Chacun de ces thèmes globaux permet de souligner l'importance que porte chacune de ces phases de la transition sur les PPA d'aînés, ainsi que de mettre en lumière les multiples rôles transversaux joués par les PPA lors de ce processus de transition (voir tableau 3).

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des personnes proches aidantes (PPA) (n = 12)

Variable	N (%)	Moyenne (écart-type)
Genre		
Féminin	11 (91,7)	
Masculin	1 (8,3)	
Âge (ans)		60,5 (7,8)
40-49	2 (16,7)	
50-59	4 (33,3)	
60-69	5 (41,7)	
70-79	1 (8,3)	
Nationalité		
Canadienne	12 (100,0)	
État civil		
Union de fait/Marié. e	5 (41,7)	
Célibataire	3 (25,0)	
Veuf/Veuve	2 (16,7)	
Séparé. e/Divorcé. e	2 (16,7)	
Plus haut niveau de scolarité		
Diplôme d'études secondaires (DES)	3 (25,0)	
Diplôme d'études collégiales (DEC)	3 (25,0)	
Baccalauréat	3 (25,0)	
Maîtrise	3 (25,0)	
Statut d'emploi		
Retraité	6 (50,0)	
Emploi à temps plein	3 (25,0)	
Chômage/Sans emploi	2 (16,7)	
Emploi à temps partiel	1 (8,3)	
Revenu familial annuel moyen		
$\leq$ 49 999 $	2 (16,7)	
Entre 50 000 $ et 74 999 $	4 (33,3)	
Entre 75 000 $ et 99 999 $	2 (16,7)	
100 000 $ et plus	2 (16,7)	
Information non partagée	2 (16,7)	
Nombre d'enfants		
< 1	7 (58,3)	
> 1	5 (41,7)	
Nombre d'années en tant que PPA		5,0 (4,0)
Nombre d'heures dédié à leur rôle de PPA par semaine		9,0 (9,0)

Tableau 3

Synthèse des quatre thèmes globaux et des 10 thèmes

Thème global 1 **Phase pré-urgence :** **là où tout débute** →	**Thème global 2** **Phase per-urgence :** **là où tout prend forme** →	**Thème global 3** **Phase post-urgence :** **là où tout se conclut ou se complique**
Thème 1. Organisation et prestation des soins à l'ÉSLD : personnes soignantes « n'ont pas de formation »	Thème 4. Environnement de l'urgence : « l'enfer, il y a toujours du bruit »	Thème 7. Hospitalisation ou congé de l'urgence : les personnes soignantes « ne m'ont pas informé »
Thème 2. Processus décisionnel menant à la transition vers l'urgence : parfois clair, parfois ambigu	Thème 5. Communication et interactions avec le personnel de l'urgence : « personne ne te regarde »	
Thème 3. Transition vers l'urgence : de la « panique » à « c'est rassurant »	Thème 6. Fonctionnement de l'urgence : être dans le « néant »	
Thème global 4 **Rôles des PPA auprès de l'aîné : là où tout prend son sens**		
Thème 8. PPA comme expertes de la personne âgée : « je suis là pour préciser sa normale »		
Thème 9. PPA comme accompagnatrices et de la personne aînée : « j'ai senti que j'étais une alliée »		
Thème 10. PPA comme défenseures des intérêts de la personne aînée : « je veux être avec elle »		

Légende :

→ (Petites flèches) : Les thèmes globaux 1, 2 et 3 suivent une séquence logique, soit celle de la transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence (pré-per-post urgence).

➡ (Grosse flèche) : Le thème global 4 est transversal aux autres thèmes globaux. Les rôles des PPA s'inscrivent dans toutes les phases pré-per-post urgence.

Thème global 1. Phase pré – urgence : là où tout débute

Ce premier thème global reflète les perceptions des PPA pendant la phase qui précède et qui mène à la transition de l'aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Il englobe les trois thèmes suivants (thèmes 1, 2 et 3):

Thème 1. Organisation et prestation des soins à l'ÉSLD : personnes soignantes « n'ont pas de formation »

La majorité des PPA d'aînés en CHSLD témoignaient de la qualité des services offerts, tandis que toutes les PPA d'aînés en RPA déploraient le manque de services, de personnel soignant qualifié et de proactivité en regard des soins donnés aux aînés : « Je pense vraiment que la personne [doit être] mourante pour qu'ils disent : "Oh peut-être qu'il a quelque chose" […] il n'y a pas beaucoup d'initiatives [en RPA] » (PPA03). Les PPA ont soulevé que la formation du personnel soignant était inadéquate : « On dirait qu'ils prennent des gens qui ont pas de travail [à la RPA]. Ils rentrent là, puis ils ont pas de formation » (PPA11). Une PPA a indiqué que les transferts vers l'urgence sont une conséquence des RPA qui ne sont pas en mesure de prodiguer adéquatement les soins : « le processus a commencé et ils ont commencé à chaque fois que maman tombait de l'envoyer à l'hôpital, deux jours consécutifs, en plein COVID » (PPA04).

Thème 2. Processus décisionnel menant à la transition vers l'urgence : parfois clair, parfois ambigu

Le processus décisionnel menant à la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence pouvait être clair et sans équivoque. La décision était alors généralement prise par le personnel soignant de l'ÉSLD, notamment dans des situations de fractures évidentes, de luxations ou de chutes. En contrepartie, certaines PPA ont soulevé que le processus décisionnel pouvait être ambigu, surtout lorsque les plaintes étaient relatives à une diminution de l'état général, à la douleur chronique non

soulagée ou à des problèmes de santé qui s'installaient progressivement. L'extrait suivant présente ces deux types de processus décisionnel :

> La première fois, c'est moi qui avais fait venir les ambulances. Parce qu'elle avait des problèmes respiratoires importants, elle avait un virus respiratoire. […] ça c'était plus stressant parce que c'est moi qui fallait qui juge quand est-ce qu'on appelle l'ambulance. Tandis que là, l'ambulance c'est un no brainer. Elle est à terre, quelqu'un la ramasse puis il faut qu'on arrête le saignement. (PPA10)

Les PPA ont souvent sonné la cloche d'alarme auprès du personnel soignant concernant l'état de santé de l'aîné et parfois elles demandaient même le transfert de l'aîné vers l'urgence. Dans certaines circonstances, les PPA ont partagé comment elles devaient faire valoir leur point de vue. La mère d'un participant (PPA05) qui demeurait dans un CHSLD avait chuté et présentait clairement une fracture de la hanche, toutefois le personnel soignant insistait sur l'administration de l'analgésie sans la transférer à l'urgence :

> Puis j'ai dit non, c'est juste une jambe cassée […] j'ai dit aux infirmières si vous n'appelez pas les ambulances, moi je vais les appeler moi-même, puis maman elle a toujours eu une belle qualité de vie, malgré son problème cognitif […]

Thème 3. Transition vers l'urgence : de la « panique » à « c'est rassurant »

Si les PPA n'étaient pas présentes lors de la prise de décision, elles ont toutes été avisées par téléphone avant ou après que l'aîné soit transféré vers l'urgence. Les PPA ont exprimé un ensemble d'émotions face à la décision qui passait du calme, à la panique, à la peur, voire au soulagement et à la réassurance. Pour certaines PPA, l'aspect inattendu de la transition les amenait vers la panique ou la peur : « Panique totale ! On ne s'attend pas à ça, ce n'est pas le *fun* comme appel » (PPA06). D'autres PPA ont indiqué être demeurées calmes, et certaines se sentaient même soulagées, voire rassurées : « Moi je veux qu'elle soit examinée, j'ai failli dire par des gens plus

compétents […] Au moins, à l'hôpital elle va faire des tests » (PPA07). Le fait de se diriger vers l'urgence avait un aspect rassurant pour les PPA, puisque ce milieu offre un plateau technique, la présence de différents professionnels de la santé, une prise en charge considérée plus optimale et complète des aînés, et des réponses à leurs questions : « Moi quelqu'un qui a besoin d'aller à l'hôpital, il faut qu'il aille à l'hôpital. C'est rassurant. Je n'aurais pas voulu qui n'aille pas de soins puis qui reste là » (PPA03).

Thème global 2. Phase per – urgence : là où tout prend forme

Ce deuxième thème global fait référence aux perceptions des PPA pendant leur séjour à l'urgence, soit du moment où l'aîné arrive à l'urgence jusqu'au congé ou à son hospitalisation. Trois thèmes le composent (thèmes 4, 5 et 6):

Thème 4. Environnement de l'urgence : « l'enfer, il y a toujours du bruit »

Les PPA ont déploré l'environnement de l'urgence : « L'enfer, il y a toujours du bruit » (PPA07). Les longs délais d'attente, le manque d'intimité et d'espace ont également été rapportés par les PPA. Elles considéraient l'urgence peu adaptée aux besoins de l'aîné. Une d'entre elles a expliqué :

> Elle [sa mère] était couchée sur une civière puis elle avait très froid, l'air climatisé fonctionnait à plein […]. Elle a demandé pour un oreiller puis on lui a dit qu'il y avait pas d'oreiller […] Et puis elle voulait avoir une autre couverture, mais ça a pris beaucoup de temps avant qu'elle en ait une. Puis l'infirmière lui a dit "Nous, on travaille, et puis on a chaud. Puis on peut pas arrêter le système juste pour cette partie-là de l'urgence." (PPA06)

Certaines PPA ont souligné les soins de base déficients, notamment en regard aux délais de réponse aux besoins primaires, tels que d'aller aux toilettes, de manger et de boire. Elles ont trouvé que l'environnement physique n'était pas non plus adapté pour encourager leur présence : « […]

J'avais une petite chaise, mais la chaise a disparu et puis je suis restée debout à côté d'elle puis quand j'ai vu qu'elle se reposait bien […] je suis retournée chez nous faire dodo » (PPA05).

Thème 5. Communication et interactions avec le personnel à l'urgence : « personne ne te regarde »

Arrivées à l'urgence, les PPA ont avoué ne pas savoir à qui s'adresser pour avoir de l'information quant à l'état de leur aîné et au déroulement de l'épisode de soins : « C'est de savoir où aller, si tu vas au comptoir, personne ne te regarde, tout le monde regarde l'ordinateur » (PPA02). Ce sont les PPA qui devaient initier le contact avec le personnel soignant de l'urgence afin d'avoir de l'information. Une fois le contact établi, une minorité de PPA était satisfaite de l'information obtenue : « […] aussitôt que je demandais de l'information, on me la donnait […] je les ai trouvés quand même très bien pour communiquer l'information » (PPA12).

Par contre, d'autres PPA ont explicitement indiqué que cela demeurait insuffisant : « Je reste toujours un peu sur ma faim […] Ils vont nous donner les grandes lignes puis c'est tout » (PPA08). Face au manque d'information, les PPA ont exprimé du stress, du mécontentement et de l'inquiétude :

> […] je suis allée voir, si je pouvais avoir des nouvelles. Ils ont dit qu'ils allaient me donner des nouvelles. Je me suis installée sur le divan […] c'était plus qu'une heure. Ça fait que là un moment donné je me dis " Ah mon doux, il se passe de quoi de grave avec ma mère, ils me donnent pas de nouvelle. " (PPA10)

Six PPA ont mentionné le besoin d'être minimalement informé des délais afin de ne pas demeurer dans l'incertitude : « […] quand on arrive à l'urgence, on est là parce que c'est urgent pis parce qu'on s'inquiète. Alors, on a besoin d'être supporté, encadré » (PPA01).

Les PPA ont décrit les interactions avec le personnel soignant de l'urgence comme étant fragmentées. La majorité d'entre elles ont relevé comment le personnel soignant avait l'air occupé :

« […] le problème c'est que le personnel a pas le temps, c'est pour ça qu'ils répondent pas aux besoins des gens qui sont là. Ils sont tellement pressés, ils ont tellement de choses à faire » (PPA08). Cela influençait leurs interactions et même l'ambiance générale de l'urgence à la négative.

Thème 6. Fonctionnement de l'urgence : être dans le « néant »

Les PPA semblaient comprendre de manière générale le fonctionnement de l'urgence, mais elles demeuraient tout de même avec plusieurs questionnements. Leur compréhension du fonctionnement de l'urgence était en grande partie liée à leurs observations et à leurs propres préconceptions : « […] moi je n'avais jamais été à l'urgence. Alors, j'avais aucune idée comment ça fonctionnait, à part de ce qu'on voit à la télévision » (PPA04). Les PPA faisaient leurs propres interprétations de ce qui se passait à l'urgence avec le danger que celles-ci soient erronées ou non justifiées : « […] il a eu une urgence, mais tu ne les vois pas les urgences, alors tu te demandes si tu es dans le néant, mais on ne les voit pas rentrer les ambulanciers non plus » (PPA02).

Bien que la majorité des transferts ait eu lieu dans la même période, certaines PPA ont mentionné qu'elles n'ont pas eu accès à l'urgence compte tenu des mesures sociosanitaires relatives à la COVID-19. Toutes les PPA qui n'ont pas eu accès auraient toutefois aimé pouvoir accompagner leur aîné jusqu'au bout : « […] ce n'était pas possible de rentrer, je me suis senti coupé, une coupure » (PPA07). Néanmoins, la majorité des PPA ont indiqué se sentir à l'aise de laisser leur aîné aux mains du personnel soignant de l'urgence.

Thème global 3. Phase post-urgence : là où tout se conclut ou se complique

Ce troisième thème global représente les perceptions des PPA lors de l'admission hospitalière de l'aîné ou lors du processus de planification du congé de l'urgence. Il comprend un seul thème (thème 7). Ce processus pouvait s'avérer simple ou compliqué, mais généralement les PPA étaient peu impliquées.

Thème 7. Hospitalisation ou congé de l'urgence : les personnes soignantes « ne m'ont pas informé »

Le séjour à l'urgence des aînés allait de quelques heures à quelques jours. Il se concluait soit par une hospitalisation ou par un retour à l'ÉSLD d'origine. Dans un contexte d'hospitalisation, les PPA comprenaient les raisons derrière cette décision (p.ex., fracture de la hanche) et étaient d'accord avec celle-ci. Les PPA ont indiqué que la décision provenait de l'équipe médicale et qu'elles étaient avisées une fois la décision prise, et ce, qu'elles soient ou non présentes à l'urgence. Suivant l'hospitalisation, certains aînés ont été relocalisés vers un nouveau milieu de vie (p.ex., relocalisation d'une RPA vers un CHSLD).

Lorsque l'aîné recevait un congé directement de l'urgence, les PPA ont partagé leur exclusion de la planification du congé qui comprenait non seulement la décision de donner un congé à l'aîné, mais également la façon dont celui-ci allait retourner à l'ÉSLD et avec quels services. Une participante (PPA03) a indiqué que l'urgentologue l'avait appelé pour l'aviser du congé et a révélé qu'elle n'a pas pu contribuer à cette décision : « Je n'étais pas en mesure, je l'avais pas vu, je n'y avais pas parlé, on se fie à l'opinion médicale ». Les PPA ont soulevé le besoin d'être tenues informées, puisque ce sont elles qui auront à assurer le suivi une fois le congé obtenu : « Puis le congé, moi, ils m'ont pas informé. Je comprends qu'ils ont pas le temps […] mais en même temps, pour le congé, elle dépend de moi […] » (PPA10). Pour certaines, c'était à ce moment qu'elles devaient argumenter le fait que l'aîné n'était pas prêt à recevoir son congé :

> […] le médecin m'a appelé et il m'a dit : " Nous on a donné ce qu'on pouvait, on a fait ce qu'on pouvait faire au niveau des soins physiques, puis on n'a pas d'autres soins à donner à votre mère […] On la retournerait à sa résidence." […] La résidence eux, ils m'appelaient [et disaient] qu'ils pouvaient pas la reprendre. Qu'il y avait plus la capacité de lui fournir les soins qu'elle avait besoin. […] j'avais la résidence qui me disait "Ben nous, on la prend

> plus votre mère" puis là j'avais le médecin [urgence] qui disait " Ben nous, on a fini de lui donner des soins." (PPA09)

Thème global 4. Rôles des PPA auprès de l'aîné : là où tout prend son sens

À travers les différentes phases pré-per- et post-urgence, il a été possible de relever trois principaux rôles joués par les PPA tant auprès de l'aîné que des équipes soignantes. Ce quatrième thème global inclut trois thèmes (thèmes 8, 9, 10) :

Thème 8. PPA comme expertes de la personne aînée : « je suis là pour préciser sa normale »

Les PPA se percevaient comme des expertes de leur aîné et ceci devenait un atout dans le contexte de la transition d'un ÉSLD vers l'urgence. Pour les aînés ayant des déficits cognitifs ou expressifs, les PPA arrivaient souvent à mieux les comprendre ou à mieux les approcher que le personnel soignant des ÉSLD ou de l'urgence. Les PPA, par le biais de leurs connaissances de l'aîné et de son état de santé, pouvaient contextualiser la plainte de l'aîné et souligner les éléments importants auprès des différents professionnels de la santé :

> Mais les ambulanciers, quand ils reçoivent "Ne comprend pas les consignes, confusion, ben elle fait de l'Alzheimer. C'est normal !" Mais là je dis non […] je suis là pour préciser sa normale. […] Puis les gens de la résidence, ils le disent pas ça […] Parce que les gens à l'urgence, ils la connaissent pas. Si elle fait de l'Alzheimer, ils peuvent prendre pour acquis que tout ça c'est normal. Mais non, ça l'est pas." (PPA09)

Les PPA ont justement soulevé comment elles fournissaient des informations nécessaires aux processus diagnostique et thérapeutique. Elles s'avéraient être une source additionnelle d'informations, souvent complémentaires à celles données par l'aîné ou par le personnel soignant des ÉSLD. Certains participants ont expliqué comment les aînés pouvaient parfois tenter de camoufler leurs réels besoins que ce soit par déni, orgueil ou fierté, ou semblaient négliger de

donner certaines informations afin de ne pas être hospitaliser ou de ne pas à avoir à changer de milieu de vie : « C'est important que la personne qui est accompagnatrice soit là parce que bien souvent, le patient ne veut pas rester là donc elle [mère] ne va pas dire tout ce qu'il faut » (PPA07). Dans ces circonstances, les PPA indiquaient clairement aux professionnels de la santé leurs observations et les besoins des aînés afin d'assurer leur sécurité.

Thème 9. PPA comme accompagnatrices de la personne aînée : « j'ai senti que j'étais une alliée »

Les PPA ont indiqué important d'accompagner leur aîné tout au long du processus de transition de l'ÉSLD vers l'urgence : « […] ma mère toute seule à l'urgence, c'est triste. Parce qu'elle les a pas les capacités, elle sait pas quoi demander, elle a pas les connaissances, elle entend rien quand tu lui parles à l'urgence parce qu'elle entend juste "je vais mourir […]" » (PPA10). Leur présence à l'urgence était souvent nécessaire pour réorienter l'aîné dans ce nouvel environnement. De même, elles pouvaient répondre à leurs besoins primaires : « […] j'aidais ma mère à manger […] elle a besoin de l'eau, j'allais chercher de l'eau » (PPA12).

Les PPA se percevaient également comme des alliées dans les soins : « (…) j'ai senti que ma place était là (…) j'ai senti que j'étais une alliée » (PPA05). Elles se voyaient en soutien aux professionnels de la santé et considéraient avoir un rôle de vigie : « […] le personnel à la résidence ne sont pas partout […] ils ne voient pas tous les petits détails, alors c'est bon de leur dire. D'être un allié dans les soins de son parent, pas se fier à 100 % [au personnel de l'ÉSDL] » (PPA05).

Thème 10. PPA comme défenseures des intérêts de la personne aînée : « je veux être avec elle »

Les PPA agissaient à titre de défenseure des intérêts et des besoins de l'aîné. Plusieurs PPA ont mentionné devoir faire des plaintes auprès de différentes instances, particulièrement par rapport aux soins donnés dans les ÉSLD, si elles voulaient voir un changement dans les soins et services

offerts. Ce rôle se manifestait également avant, pendant et après la transition à l'urgence. Les PPA étaient parfois celles qui instiguaient la demande de transfert afin d'assurer une prise en charge de leur aîné, surtout lorsqu'elles étaient en désaccord avec la façon dont le personnel soignant de l'ÉSLD s'y prenait : « […] c'est là que ma sœur a décidé d'appeler l'ambulance. On n'a pas eu de services [à l'ÉSLD]. Ils ne venaient pas la voir, ils venaient pas lui mettre de glace, ils faisaient rien » (PPA11). Une fois arrivée à l'urgence, ce rôle se maintenait :

> […] elle m'a dit vous pouvez pas entrer [à l'urgence]. J'ai demandé à parler avec un supérieur […] j'ai dit : "écoutez, ma mère vient de rentrer, elle a 98 ans, avec Alzheimer, je veux être avec elle". Je ne voulais pas la laisser là perdue sans savoir. (PPA02)

Une fois le congé obtenu de l'urgence, le rôle d'advocacy des PPA n'était pas pour autant terminé : « J'ai téléphoné puis j'ai dit "De grâce, ne renvoyez pas ma mère à la résidence dans un taxi. Elle a 101 ans, elle est très fragile" » (PPA08).

Résultats quantitatifs

La qualité des relations interpersonnelles, les stratégies de coping utilisés, le fardeau et le niveau de préparation des PPA face à leur rôle ont été mesurés (voir tableau 4).

1. Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). Les PPA avaient des relations satisfaisantes (niveau modéré à élevé) avec l'aîné, leur famille et leurs amis. Le score moyen obtenu pour la qualité des relations interpersonnelles avec l'aîné était de 12,50 (*É.T.* 3,90), de 12,25 (*É.T.* 4,64) avec leur famille, et de 13,58 (*É.T.* 3,20) avec leurs amis.

2. Caregivers' Assessment Management Index (CAMI). Les PPA utilisaient davantage des stratégies de coping centrées sur la résolution de problèmes (p.ex., chercher le plus de renseignements possibles à propos d'une situation), suivi par des stratégies cognitives et par des stratégies de réduction de stress. Les PPA utilisaient en moyenne 10 (*É.T.* 3,8) stratégies de coping

sur une base « très souvent ou toujours » et pour 75 % (n = 9) d'entre elles, les trois types de stratégies étaient sollicités.

Tableau 4

Résultats des instruments de mesure pour les PPA de l'étude

Variables	Moyenne	Min	Max	Écart-type	Scores possibles
Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (ÉQRI)					
Aîné	12,50	5	16	3,90	0-16
Famille	12,25	1	16	4,64	0-16
Amis	13,58	7	16	3,20	0-16
Caregivers' Assessment Management Index (CAMI)					
Stratégies centrées sur la résolution de problèmes	2,88	1,73	3,50	0,53	1-4
Stratégies cognitives	2,67	1,08	3,58	0,66	1-4
Stratégies de réduction du stress	2,29	1,33	3,42	0,84	1-4
Inventaire bref du fardeau (ZBI-12)	14,67	4	37	8,71	0-48
***Preparedness Caregiving Scale* (PCS)**	2,68	1,2	3,8	0,73	0-4

3. Inventaire bref du fardeau (ZBI-12). Les PPA présentaient en moyenne un score de fardeau à 14,67 (*É.T.* 8,7), ce qui est considéré comme un fardeau élevé. Plus précisément, 25 % (n = 3) des PPA présentaient un fardeau modéré, 67 % (n = 8) présentaient un fardeau élevé et 8 % (n = 1) présentaient un fardeau sévère.

4. Preparedness Caregiving Scale (PCS). Le score moyen obtenu par les participants pour le PCS était de 2,68 (*É.T.* 0,73), ce qui indique qu'ils sont relativement bien préparés à assez bien préparés à faire face à leur rôle de PPA.

Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs

L'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis de mieux comprendre qui était les PPA à l'étude, ainsi que de contextualiser leurs perceptions. Les résultats qualitatifs ont particulièrement permis d'étendre la portée des résultats quantitatifs provenant des instruments de mesure (voir tableau 5). Il apparaît donc que les PPA partageaient des relations interpersonnelles satisfaisantes avec les aînés ($\overline{X}$ = 12,50), mais la qualité des relations semblait être affectée lorsque les aînés avaient des troubles neurocognitifs. Les PPA utilisaient plusieurs stratégies de coping pour faire face à leur rôle, notamment des stratégies centrées sur la résolution de problèmes ($\overline{X}$ = 2,88). Les résultats qualitatifs appuient à cet égard les résultats quantitatifs en fournissant des exemples concrets des stratégies utilisées. L'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs a également fait relever que le niveau de fardeau ($\overline{X}$ = 14,67) semblait être influencé par de nombreux facteurs, dont le nombre de PPA impliquées, le niveau d'autonomie de l'aîné, ainsi que le milieu de vie de l'aîné. Enfin, les PPA s'avéraient être bien préparées à jouer leur rôle ($\overline{X}$ = 2,68) et leur préparation semblait principalement passer par leurs expériences antérieures (p.ex., PPA s'est occupée d'un autre parent) ou par leurs connaissances du système de santé (p.ex., PPA est un professionnel de la santé).

Tableau 5

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

Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs	Méta-inférences mixtes
Qualité des relations interpersonnelles		
ÉQRI Aîné (12,50, *É-T* 3,90)	« Avant, j'avais une super bonne relation avec ma mère, mais là, depuis qu'elle fait de la démence, elle est pas trop gentille… Mais ma mère, c'est pas une femme positive, elle est toujours très négative […]" (PPA11, score ÉQRI – aîné à 5). « [la relation] est excellente. Ma mère et moi on est copines. On l'a toujours été. Je suis l'aînée de la famille puis je suis très, très près de ma mère » (PPA08, score ÉQRI – aîné à 16).	**Expansion** Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser le score d'ÉQRI. En effet, lorsque la qualité des relations interpersonnelles avec les aînés est moindre, il y a souvent la présence d'un trouble neurocognitif chez l'aîné (p.ex., démence de type Alzheimer, délire paranoïaque, etc.). En contrepartie, les relations interpersonnelles avec l'aîné tendent à être meilleures lorsqu'il y a absence de trouble neurocognitif et lorsqu'elle était déjà satisfaisante par le passé.
ÉQRI Famille (12,25, *É-T* 4,64)	« […] je suis fille unique […] les gens se sont détournés. Probablement avec la maladie, ils se sont détournés de maman, complètement. Ça fait que je… pratiquement pas de liens avec eux. Puis ils sont détournés de moi en même temps […] » (PPA09, score ÉQRI – famille à 1). « Nous sommes 3 sœurs et on se sépare les responsabilités […] C'est pour ça que c'était quand même facile, on est une bonne équipe de trois sœurs » (PPA04, score ÉQRI – famille à 16).	**Expansion** Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser le score d'ÉQRI. En effet, lorsque la qualité des relations interpersonnelles avec la famille est moindre, ceci est souvent associé au fait que les autres membres de la famille sont moins impliqués dans les soins de l'aîné ou qu'ils n'habitent pas dans la même région que l'aîné et la PPA. Néanmoins, les scores étaient plus élevés si la PPA avait un soutien de sa famille pour les soins de l'aîné.
ÉQRI Amis (13,58, *É-T* 3,20)	Pas de résultats qualitatifs associés.	Non applicable – aucune donnée qualitative ne permet de confirmer, d'expandre ou ne diverge de ce résultat.
Stratégies de coping		
CAMI Stratégies centrées sur la résolution de problèmes (2,88, *É-T* 0,53*)*	« […] on a beaucoup discuté avec des amis qui eux, ont des parents qui souffraient d'Alzheimer ou de démence, ça nous a aidé […] alors c'est surtout le vécu des gens autour de nous, de nos amis, de de notre famille qui nous a aidé » (PPA04).	**Confirmation** Les résultats qualitatifs permettent de confirmer l'usage des stratégies centrées sur la résolution de problèmes. Les participants ont bel et bien décrit plusieurs stratégies

	« Puis je prends des informations. Je note beaucoup. Moi j'aime savoir… je suis pas mal au courant du dossier médical de maman » (PPA09).	centrées sur la résolution de problèmes dans les entrevues.
CAMI Stratégies cognitives (2,67, *É - T* 0,66*)*	« J'étais directrice de polyvalente, alors y'a toujours… Y'a toujours des choses qui se passent ! Je veux dire, on peut pas commencer à se stresser pour chaque chose » (PPA08).	**Confirmation** Bien que cette stratégie semble être utilisée par les PPA de l'étude, dans les entrevues les participants ont cependant moins spontanément soulevé d'exemples.
CAMI Stratégies de réduction du stress (2,29, *É-T* 0,84*)*	« […], c'est parce que je suis tellement occupée avec mon ouvrage que j'ai pas assez de temps à me soucier de ce qui peut arriver. Je me tiens tellement occupé que j'utilise des moyens de décontraction. Je vais faire de la lecture, je vais regarder la télévision, je vais me prendre des vacances mentales, que ce soit un 15 minutes des fois juste pour jouer à un jeu sur mon téléphone » (PPA05). « Ben, je me distrais quand y'a beaucoup de stress je vais essayer de me distraire. Je vais écouter des comics, là ! Des humoristes pour rire un peu, quand c'est trop lourd. Ben c'était beaucoup quand maman était à l'hôpital puis sans savoir la suite des choses. Puis j'avais comme peur… Peur de la perdre, peur qu'elle meurt » (PPA09).	**Confirmation** Les résultats qualitatifs permettent de confirmer l'usage des stratégies de réduction du stress. Les participants ont bel et bien décrit plusieurs stratégies de réduction du stress dans les entrevues.
Fardeau		
ZBI-12 (14,67, *É-T* 8,71)	« Ben c'est sûr que c'est [rôle de PPA] un support autant émotif que physique mais là grâce à la résidence c'est sûr qu'elle a tous les soins en CHSLD, mais c'est moi qui s'occupe de ces comptes c'est moi qui gère son budget qui s'assure que tout est bien rentré, bien payé et même les achats […] » (PPA01, aîné en CHSLD, score ZBI à 4). « Moi je suis le proche aidant qui est le plus proche parce que mon frère vit à Québec. Et puis je vois à ces besoins usuels de tous les jours et aussi je m'occupe un peu de tout ce qui s'appelle les choses à l'externe. […] Il y a aussi mon filleul qui est le comptable. Et l'autre proche aidant c'est ma cousine qui s'occupe de son compte bancaire. On sait donner ça comme pour se séparer les tâches. Ça donne un break à tout le monde » (PPA07, aîné en RPA, score ZBI à 7). « […] maman, à présent, il faut dire là qu'elle souffre d'Alzheimer […] je suis fille unique […] ça implique que c'est moi qui fait tout, qui prends toutes les décisions tout le temps. C'est moi, moi, moi, moi » (PPA09, aîné en RPA, score ZBI à 37).	**Expansion** Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser le score de l'inventaire bref du fardeau. En effet, plusieurs facteurs ont été identifiés pouvant influencer le fardeau possible des PPA. Notons particulièrement, le nombre de PPA impliquées, le niveau d'autonomie de l'aîné, le milieu de vie de l'aîné et la nature des responsabilités.

Préparation à leur rôle de PPA		
PCS (2,68, *É-T* 0,73)	« J'ai passé à travers tout ça avec ma mère, fait que je pense que je connais pas mal la machine. […] Mes amis disent que je suis rendu la spécialiste proche aidante. Je suis proche aidante de trois personnes » (PPA03, score PCS à 3). « Je suis très bien préparée ! […] J'ai beaucoup d'expérience ! […] j'ai fait les mêmes choses avec mon beau-père […] Les hôpitaux, moi je me sens… je peux pas dire à l'aise, mais ça me stresse pas » (PPA12, score PCS à 3). « […] parce que je connais les rouages. Pour moi un hôpital, ça me fait pas peur, j'ai travaillé vingt-six ans dans un hôpital, ça fait que je suis pas gênée de parler à un médecin […] » (PPA09, score PCS à 3,8).	**Expansion** Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser le score. En effet, il est possible de soulever que les PPA de l'étude semblent se préparer à leur rôle de proche aidant par le biais d'expériences antérieures ou par leur connaissance du système de santé.

Discussion

Cette étude à méthodes mixtes avait pour objectif de décrire les perceptions des PPA dans le contexte de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais (Québec, Canada). À notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui met l'accent sur le processus complet de la transition selon les perceptions des PPA. Les résultats révèlent que les perceptions des PPA à l'égard de cette transition semblent plutôt négatives et que les transitions vécues sont complexes, multifactorielles et multiphasiques. Trois questions de recherche ont guidé cette étude, la discussion s'orientera donc autour de celles-ci.

La *première question de recherche* était axée sur les perceptions des PPA à l'égard de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Les résultats révèlent que les PPA vivent une transition qui est intimement reliée à celle des aînés qui sont transférés d'un ÉSLD vers l'urgence. Les quatre thèmes globaux développés ont justement permis d'organiser les 10 thèmes en fonction de la transition des aînés, et par conséquent de celle des PPA, ainsi que des rôles joués par ces dernières. Les thèmes qui ont découlé de l'analyse thématique regroupent principalement des facteurs qui peuvent influencer l'issue des transitions.

Le premier thème global était celui de la phase « pré-urgence » de la transition. Lorsque l'état de l'aîné se détériore, les PPA et l'équipe soignante devaient considérer les ressources disponibles à l'ÉSLD, ainsi qu'en communauté. Les PPA étaient souvent les instigateurs des transferts, surtout lorsque les situations étaient ambiguës. Plusieurs facteurs ont été relevés dans la littérature comme ayant une influence sur la décision de transférer, dont : 1) la présence et la qualité des soins infirmiers à l'ÉSLD ; 2) la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ; 3) les ressources matérielles présentes dans les ÉSLD ; 4) la relation entre l'équipe soignante et les PPA ; 5) la préférence des aînés et des familles concernant les soins ; et 6) la qualité de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe soignante dans les

ÉSLD (4, 6, 8, 9, 29, 30). Ces facteurs ont justement été identifiés à travers les entrevues effectuées. Lorsque l'aîné est dans un ÉSLD qui n'a pas les ressources matérielles ou humaines pour pallier sa perte d'autonomie, un cycle vicieux de transferts vers l'urgence peut être déclenché.

La relation partagée entre les PPA et l'équipe soignante de l'ÉSLD peut avoir une incidence sur le processus décisionnel. Effectivement, la littérature scientifique relève que lorsque les PPA ne font pas confiance à l'équipe soignante, elles ont davantage tendance à demander un transfert vers l'urgence. Elles ont l'impression que l'aîné recevra de meilleurs soins, et ce, même si cela n'est pas recommandé par l'équipe soignante ou que cela ne correspond pas au niveau de soins préétablis (6, 8, 30). Le manque de confiance envers les soins administrés dans les ÉSLD semblait être un facteur qui motivait les PPA à demander un transfert vers l'urgence. Cependant, certains auteurs (8, 29) soulignent que les PPA ne sont pas toujours bien informées du pronostic de leur aîné ou des différentes options disponibles au sein de l'ÉSLD.

Le second thème global est celui relatif à la phase « per-urgence » de la transition. À ce moment, les PPA de l'étude ont déploré l'environnement de l'urgence, ce qui a influencé négativement leurs perceptions. Ceci renforce ce que l'on retrouve déjà dans la littérature, soit les éléments relatifs au long délai d'attente, à l'achalandage élevé, à la luminosité, au bruit continu et au manque d'intimité et de confort (14). Les PPA désiraient demeurer auprès de leur aîné à l'urgence, mais l'environnement physique n'était pas adapté pour assurer leur présence et leur confort, ce qu'on retrouve dans les études de Morphet et al. (11) et Cetin-Sahin et al. (31). Il existe de plus en plus d'initiatives afin d'adapter les urgences aux besoins des aînés et de leur PPA. Dans l'étude de Bracken-Scally et al. (23), deux cubicules d'une urgence ont été modifiés pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs et de leur PPA. Par exemple, des chaises fixes pliables avaient été installées au mur pour les PPA (32).

Plusieurs initiatives ont émergé afin d'adapter les services d'urgences aux besoins complexes et particuliers des aînés, notamment l'accréditation d'urgence gériatrique remise par l'*American College of Emergency Physicians* (33). Bien qu'il n'existe pas d'organisme d'accréditation canadienne, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait paraître un cadre de référence pour guider les services d'urgence afin d'adapter leurs soins et services à la population aînée (34). Ce cadre présente plusieurs recommandations relatives à l'environnement de l'urgence : offrir une chaise pour l'accompagnateur, limiter les stimuli sonores et adapter la luminosité au fil de la journée. Un respect de ces lignes directrices permettrait de diminuer ce type de plainte de la part des PPA et d'influencer positivement leur expérience. Southerland et al. (35) mentionnent qu'aux États-Unis, malgré la diffusion des lignes directrices des urgences gériatriques, leur présence demeure hétérogène et la conformité demeure faible. Les efforts doivent se poursuivre afin de pérenniser l'instauration des urgences gériatriques.

Les PPA de l'étude devaient initier le premier contact avec le personnel soignant de l'urgence afin d'obtenir de l'information. Ceci fait contraste à l'étude de Morphet et al. (11) qui rapportaient que plusieurs participants attendaient patiemment et passivement d'être invités à se rendre à l'urgence ou de recevoir de l'information. Le fait de demeurer dans l'attente d'information ou de ne pas obtenir de l'information en temps opportun générait du stress, de l'inquiétude et de l'insatisfaction chez les PPA. Ces sentiments pourraient toutefois être allégés en les tenant informés du temps d'attente, dont celui relié au processus diagnostique et de traitement (36, 37). Un examen de la portée réalisé sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence (14) soulève que la satisfaction des PPA à l'urgence est influencée par la qualité de la communication et de la collaboration avec le personnel soignant de l'urgence. Tout comme relevé par la littérature scientifique, la satisfaction des PPA à l'étude était influencée par le niveau d'achalandage de

l'urgence, le confort de l'aîné et l'anticipation des besoins des aînés par le personnel infirmier (36, 37).

Le troisième thème global réfère à la phase « post-urgence » de la transition. Dans l'étude, les PPA n'étaient pas ou très peu incluses dans la planification du congé de l'aîné à l'urgence et très peu informées. Ces éléments sont mentionnés dans la littérature scientifique où il semble y avoir peu ou pas de préparation au congé, une piètre prise en considération des besoins des aînés et de leur PPA, ainsi qu'un manque de coordination avec les ressources communautaires (31, 36, 38, 39). Le fait de ne pas avoir toute l'information nécessaire au congé peut engendrer un sentiment d'incertitude chez l'aîné et sa PPA, qui est identifié comme une des raisons pouvant éventuellement mener à une réadmission à l'urgence (36, 39). Si les besoins des PPA ne sont pas considérées, cela peut devenir un obstacle à leur capacité d'aider l'aîné une fois le congé obtenu d'où l'importance de les inclure à cette étape (36, 39).

Le quatrième thème global met la lumière sur les trois rôles que jouent les PPA, et ce, de façon transversale tout au long de la transition, soit celui d'expert de l'aîné, d'accompagnateur et d'allié dans les soins, et de défenseur des intérêts et des besoins des aînés. La littérature révèle comment les PPA jouent effectivement plusieurs rôles pouvant être catégorisés en cinq domaines : 1) l'aide aux activités de la vie quotidienne ; 2) le soutien émotionnel et social ; 3) la santé et les soins médicaux ; 4) la défense des intérêts et coordination des soins ; et 5) la prise de décision (40). Les rôles des PPA peuvent s'accentuer avec le temps ou encore être de nature plus épisodique et intense, ainsi que varier selon les situations (40). Ceux-ci sont particulièrement sollicités lors de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. La proche aidance est influencée par plusieurs facteurs (p.ex., besoins de l'aîné, structure familiale, contextes de soins), se conceptualise à travers le temps et présente une nature dynamique (40). Dans cette étude, les rôles relatifs au fait d'être

PPA semblaient s'acquérir avec le temps et se transformaient et s'ajustaient au fur et à mesure qu'elles étaient exposées à des situations.

Les PPA jouent un rôle essentiel dans l'équipe de soins, sans toutefois que cela soit reconnu. L'organisation des soins actuelle ignore les PPA, mais ironiquement s'appuie fortement sur celles-ci pour apporter un soutien continu aux aînés en perte d'autonomie (13, 40). Le manque de compréhension et de reconnaissance des rôles et des responsabilités des PPA de la part de l'équipe soignante apporte son lot de conséquences : un partage d'information non efficiente, des relations tendues et conflictuelles, ainsi que des soins coûteux et non désirés qui ne correspondent pas aux préférences de l'aîné (40). En fait, nier l'expertise et les besoins des PPA sont deux types de manifestations de maltraitance et dans ce contexte-ci, la source de la maltraitance est les institutions (13, 41). La maltraitance envers les PPA est un phénomène peu documenté dans la littérature scientifique (41). Cette étude permet d'enrichir la littérature à cet effet, par le biais des situations vécues par les PPA où leur expertise et leurs besoins n'ont pas été reconnus par les institutions tout au long de la transition pré-per-post urgence. Au Québec, plusieurs chercheurs et regroupements de PPA proposent le concept de la « bientraitance » envers les PPA afin de mettre en lumière les mesures de sensibilisation, de prévention, de dépistage et d'intervention en lien avec la maltraitance (41). Il est primordial de concevoir les PPA comme détenant un rôle reconnu par le Gouvernement du Québec et nécessitant d'être informées, soutenues, formées et inclues dans l'équipe soignante.

La *deuxième question de recherche* était axée sur la mesure de la qualité des relations interpersonnelles, les stratégies de coping, le fardeau et le degré de préparation au rôle de PPA. Les PPA à l'étude avaient des relations satisfaisantes avec leur entourage. Cela suppose que les participants avaient un réseau social adéquat sur lequel ils pouvaient compter. Ceci est important à évaluer auprès des PPA, car souvent le temps et l'énergie nécessaire dédiés à leur rôle de PPA peuvent entraver leur capacité à entretenir leur réseau social, à maintenir des relations

interpersonnelles satisfaisantes et générer des conflits pouvant détériorer leurs relations familiales (40, 42).

Dans cette étude, les participants utilisaient plusieurs stratégies de coping avec une prédominance pour des stratégies centrées sur la résolution de problèmes. Dans une revue systématique effectuée sur l'utilisation des stratégies de coping chez les PPA de personnes atteintes de la démence de type Alzheimer (DTA), les stratégies de coping centrées sur les émotions (stratégies cognitives) étaient les plus fréquemment mentionnées dans les études recensées, suivies par celles centrées sur la résolution de problèmes (43). Lorsque des stratégies centrées sur la résolution de problèmes étaient utilisées, ceci était associé à une plus grande amélioration des symptômes dépressifs des PPA, de l'anxiété, du stress et du fardeau, ainsi qu'une augmentation de la perception de contrôle sur la situation et semblait améliorer les soins prodigués à la personne atteinte de DTA (43). Il est important de considérer les stratégies de coping utilisées par les PPA, puisque leur choix peut avoir une influence sur leur qualité de vie et leur détresse psychologique (43).

Les PPA de l'étude présentaient un score de fardeau modéré. Dans son essence, le fardeau est un concept qui est dynamique et qui fluctue dans le temps (44). Le fardeau est influencé par plusieurs facteurs, dont les ressources financières, la nature et la multiplicité des responsabilités des PPA, ainsi que les activités sociales (44). Dans cette étude, le niveau d'autonomie de l'aîné et son milieu de vie (CHSLD vs RPA) semblaient avoir un impact sur le score de fardeau. Il est important de considérer les scores de fardeau, car un fardeau élevé peut générer plusieurs conséquences négatives, dont une diminution dans la qualité des soins prodigués, une diminution de la qualité de vie des PPA et une détérioration de la santé physique et psychologique des PPA (44). Chez les PPA à l'étude, le fardeau était modéré. Il est toutefois à parier que le score serait

plus élevé si la mesure avait été prise durant le processus de transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence.

Enfin, les PPA se considéraient bien préparées à faire face à leur rôle. Il est soulevé que les PPA ne reçoivent pas toujours de préparation adéquate pour assurer convenablement leur rôle et leurs besoins d'apprentissage ne sont pas systématiquement évalués et répondus (13, 40). Les PPA à l'étude n'ont pas fait mention de formations ou de ressources précises les ayant préparées à leur rôle. Il était plutôt question d'un apprentissage qui s'est construit à force d'être exposées à des situations et devoir y naviguer.

La *troisième question de recherche* était axée sur l'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs. L'analyse des données mixtes a permis d'offrir une source d'explication aux scores, de donner des exemples concrets des concepts mesurés, ainsi que de contextualiser les propos des PPA (28). Par exemple, les propos rapportés dans cette étude proviennent de PPA qui se considéraient comme bien préparées à exercer leur rôle. D'ailleurs, Bazeley (28) indique que dans les études avec de petits échantillons, comme c'est le cas ici, en plus de la collecte de données qualitatives, l'utilisation de données contextuelles quantitatives, ainsi que l'utilisation de différents scores pour chacun des participants rehausse la compréhension des participants et de leurs perceptions. Aucune divergence entre les données n'a d'ailleurs été soulevée, ce qui renforce l'idée que l'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs vient enrichir la description des PPA, leurs perceptions, ainsi que la compréhension des scores obtenus via les instruments validés.

La tableau 6 présente les recommandations issues de cette étude qui touchent les axes de la formation, de la pratique et de la recherche.

Limites

Deux principales limites sont le manque de diversité culturelle, ethnique et sexuelle parmi les participants et l'utilisation d'une seule région administrative du Québec. Malgré le risque de

biais de rappel, les participants se rappelaient bien les événements et répondaient de façon détaillée aux questions. Toutefois, il peut y avoir eu une sous ou surestimation des événements vécus (45). Pour les standards de la recherche qualitative, la taille de l'échantillon est acceptable, mais la prudence est de mise dans la généralisation des résultats. La collecte de données s'est effectuée durant la pandémie de la COVID-19, ce qui est à prendre en considération dans les perceptions des PPA. Certains des éléments relatés ont toutefois eu lieu avant la pandémie. Le contexte pandémique a également nui aux efforts de recrutement et le protocole de recherche a dû être modifié afin de faciliter le recrutement.

Conclusion

Cette étude offre un début de compréhension des perceptions des PPA dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Leurs perceptions peuvent principalement se diviser en trois phases, soit pré-urgence, per-urgence et post-urgence et à travers laquelle leurs rôles y sont intégrés. Les perceptions des PPA sont plutôt négatives à l'égard du processus de transition. Enfin, cette transition est influencée par plusieurs facteurs et souvent le maillon qui assure la continuité des soins à travers ce processus est la PPA. Cette étude met de l'avant la nécessité d'inclure les PPA à chacune des étapes de la transition, étant partie intégrante de l'équipe de soins. Or, il est primordial de reconnaître leur expertise propre, de considérer leurs besoins en tant que PPA et de les accompagner dans ce processus afin d'assurer de saines transitions.

Notes

1. Afin d'alléger le texte, le terme « établissement de soins de longue durée » (ÉSLD) sera utilisé. Celui-ci comprend : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (publics et privés), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les résidences privées pour aînés (RPA). Lorsque nécessaire à la compréhension, le type d'établissement sera précisé.

Tableau 6

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

Axes	Recommandations

Formation	**Formation initiale**
	• Sensibiliser et outiller les futurs professionnels de la santé :
	  o Sur les enjeux relatifs à la proche aidance, notamment les impacts possibles d'être PPA, les rôles et responsabilités et la bientraitance des PPA;
	  o Sur les approches adaptées à la personne âgée dans divers contextes, notamment dans les ÉSLD et à l'urgence;
	  o Sur la philosophie de soins centrée sur le patient et sa famille.
	• Exposer les futurs professionnels de la santé à diverses situations d'apprentissage relatifs à la proche aidance et aux approches à la personne âgée via différentes stratégies pédagogiques.
	
	Formation continue
	• Les ÉSDL et les urgences doivent encourager et offrir de la formation continue au personnel soignant sur les soins à la personne âgée et leurs particularités (en respect aux besoins de chaque milieu), ainsi que sur les notions de bientraitance des PPA.
	• Utiliser la boîte à outil « 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): • Assurer la présence de personnel soignant qualifié; • Assurer qu'un niveau d'intervention médicale (NIM) soit déterminé pour tous les résidents et mis à jour périodiquement; • 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 et diffuser la boîte à outil « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » auprès des PPA.
	Urgence: • Adopter les principes des urgences gériatriques, dont : o Adapter l'environnement physique aux besoins des personnes âgées et afin d'assurer leur confort et celui de leur PPA;

	○ Assurer des soins de base chez la personne âgée (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation); ○ Utiliser des outils validés pour évaluer les différents risques chez la personne âgée (p.ex., chute, délirium) et les syndromes gériatriques; ○ Prodiguer des soins à la personne âgée 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.
	ÉSLD et urgence: • Adopter une philosophie de soins centrée sur le patient et sa famille; • Identifier le profil des PPA (p.ex., PPA d'aîné en hébergement vs PPA d'aîné à domicile) et évaluer leurs besoins en tant que PPA dans le contexte donné.
	Communautaire/Organismes à but non lucratif (OBNL) : • Poursuivre les efforts afin d'offrir et de publiciser des formations accessibles aux PPA sur les différents aspects de leur rôle, de leurs responsabilités et des services disponibles.
Recherche	• 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 PPA issues de la diversité sexuelle, culturelle et ethnique; • Identifier les besoins des PPA d'aînés en hébergement, notamment aux points de transition; • Développer et tester un programme de formation dédié aux aînés et à leur PPA pour les préparer à une visite à l'urgence; • Continuer les efforts afin d'enrichir la littérature scientifique concernant la maltraitance envers les PPA (sensibilisation, dépistage et interventions), notamment celle engendrée par les institutions; • Expliciter le processus d'intégration des données dans le cadre d'un devis mixte concomitant avec prédominance qualitative lors de la publication d'articles scientifiques.

Références

1. Garner R, Tanuseputro P, Manuel DG, Sanmartin C. Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les canadiens âgés. Health Rep. 2018;29(5):15-26. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2018005/article/54966-fra.pdf?st=YA2ENBcp

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 : pour le mieux-être des personnes hébergées. 2022. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003375/

3. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Enquête sur les résidences pour personnes âgées de 2021 : Apprenez-en davantage. 2021. https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/lobservateur-du-logement/2021/les-resultats-de-lerpa-de-2021-sont-arrives

4. Dallaire C, Hardy M-S, Hegg S. 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. 2018;4(2):107-15. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.005

5. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing. 2014;43(6):759-66. https://doi.org/10.1093/ageing/afu117

6. Peguero-Rodriguez G, Polomeno V, Lalonde M. Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances. Soins d'urgence. 2021;2(1):11-20. https://doi.org/10.7202/1101991ar

7. Brucksch A, Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: A systematic review. BMC Geriatr. 2018;18(1):151. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0848-6

8. Stephens C, Halifax E, Bui N, Lee SJ, Harrington C, Shim J, Ritchie C. Provider perspectives on the influence of family on nursing home resident transfers to the emergency department: Crises at the end of life. Curr Gerontol Geriatr Res. 2015;63:S207. https://doi.org/10.1155/2015/893062

9. Abrahamson K, Bernard B, Magnabosco L, Nazir A, Unroe KT. The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. BMC Geriatr. 2016;16(1):184. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0359-2

10. Arendts G, Popescu A, Howting D, Quine S, Howard K. 'They never talked to me about...': Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. Australas J Ageing. 2015;34(2):95-102. https://doi.org/10.1111/ajag.12125

11. Morphet J, Decker K, Crawford K, Innes K, Williams AF, Griffiths D. Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. J Clin Nurs. 2015;24(23-24):3647-53. https://doi.org/10.1111/jocn.12954

12. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. Int Emerg Nurs. 2012;20(4):193-200. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.003

13. Andrianova A, Éthier S, Beaulieu M, Perroux M, Boisclair F, Guilbeault C. La maltraitance envers les personnes proches aidantes. Perspect Infirm. 2023;20(1):34-40. https://www.oiiq.org/documents/20147/14645628/PI-vol20-no-hiver2023.pdf#page=34

14. Peguero-Rodriguez G, Polomeno V, Backman C, Chartrand J, Lalonde M. The experience of families accompanying a senior to the emergency department: A scoping review. J Emerg Nurs. 2023;49(4):611-30. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.005

15. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

16. Kaakinen JR. Theoretical foundations for the nursing of families. In: Kaakinen JR, Coelho DP, Steele R, Robinson M. coll. Family health care nursing: Theory, practice, and research. 6e éd: F. A. Davis Company; 2018: 27-51.

17. Shajani Z, Snell D. Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions. 8e éd: F. A. Davis: 2023.

18. Peguero-Rodriguez G, Polomeno V. Intégrer une théorie à une étude à méthodes mixtes : un exemple utilisant la théorie des transitions. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2023;9(1):100290. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100290

19. Creswell J, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3e éd: Sage 2018.

20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11e éd: Wolters Kluwer 2021.

21. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82. https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

22. Sénécal CB, Vallerand RJ, F. VE. Construction et validation de l'échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). Eur Rev Appl Psychol. 1992;42(4):315-22.

23. Nolan M, Keady J, Grant G. CAMI: A basis for assessment and support with family carers. Br J Nurs. 1995;4(14):822-6. https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.14.822

24. Hébert R, Bravo G, Préville M. Reliability, validity and reference values of the zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. Can J Aging. 2000;19(4):494-507. https://doi.org./10.1017/S0714980800012484

25. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990;13(6):375-84. https://doi.org/10.1002/nur.4770130605

26. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

27. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide, Sage 2022.

28. Bazeley P. Integrating analysis in mixed methods research, Sage 2018.

29. Stephens, Halifax E, David D, Bui N, Lee SJ, Shim J, Ritchie CS. "They don't trust us": The influence of perceptions of inadequate nursing home care on emergency department transfers and the potential role for telehealth. Clin Nurs Res. 2020;29(3):157-68. https://doi.org/10.1177/1054773819835015

30. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(11):994-1005. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.012

31. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J, Veillette N, Cossette S, Vu TTM, et al. Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: Qualitative findings from a mixed-methods study. J Patient Exp. 2020;7(3):346-56. https://doi.org/10.1177/2374373519837238

32. Bracken-Scally M, Keogh B, Daly L, Pittalis C, Kennelly B, Hynes G, et al. Assessing the impact of dementia inclusive environmental adjustment in the emergency department. Dementia. 2021;20(1):28-46. https://doi.org/10.1177/1471301219862942

33. American College of Emergency Physicians, The Amerian Geriatrices Society, Emergency Nurses Association, & Society for Academic Emergency Medicine. Geriatric emergency department guidelines. 2013. https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-guidelines.pdf

34. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence : vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. 2022. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/

35. Southerland LT, Lo AX, Biese K, Arendts G, Banerjee J, Hwang U, et al. Concepts in practice: Geriatric emergency departments. Ann Emerg Med. 2020;75(2):162-70. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.430

36. Fry M, Elliott R, Curtis K, Mei J, Fitzpatrick L, Groth R, et al. Family members' perceptions of older person discharge from emergency departments. Int J Older People Nurs. 2021;16(3):1-10. https://doi.org/10.1111/opn.12365

37. Robinson CA, Bottorff JL, Lilly MB, Reid C, Abel S, Lo M, Cummings GG. Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. J Aging Stud. 2012;26(4):419-27. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.001

38. Palonen M, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Family involvement in emergency department discharge education for older people. J Clin Nurs. 2016;25(21-22):3333-44. https://doi.org/10.1111/jocn.13399

39. Marr S, Hillier LM, Simpson D, Vinson S, Goodwill S, Jewell D, Hazzan AA. Factors for self-managing care following older adults' discharge from the emergency department: A qualitative study. Can J Aging. 2019;38(1):76-89. https://doi.org/10.1017/S071498081800034X

40. Schulz R, Eden J. Families caring for an aging America, National Academies Press 2016.

41. Éthier S, Andrianova A, Beaulieu M, Perroux M, Boisclair F, Guilbeault C. En contexte de proche aidance, la personne maltraitée n'est pas toujours celle que l'on pense ! Gerontol Soc. 2022;44(169):65-84. https://doi.org/10.3917/gs1.169.0065

42. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. Annu Rev Psychol. 2020;71:635-59. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754

43. Monteiro AMF, Santos RL, Kimura N, Baptista MAT, Dourado MCN. Coping strategies among caregivers of people with alzheimer disease: A systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2018;40(3):258-68. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0065

44. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. Int J Nurs Sci. 2020;7(4):438-45. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012

45. Colombo D, Suso-Ribera C, Fernández-Álvarez J, Cipresso P, Garcia-Palacios A, Riva G, Botella C. Affect recall bias: Being resilient by distorting reality. Cognit Ther Res. 2020;44(5):906-18. https://doi.org/10.1007/s10608-020-10122-3

Article nº 3 - Perceptions du personnel infirmier et cadre

L'article nº 3 a été soumis le 30 juin 2024 au *Canadian Journal of Emergency Nursing/ Journal canadien des infirmières d'urgence* qui est une revue savante révisée par les pairs.

Titre :

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

Auteures :

1) Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B.SC., Ph.D. (cand.), École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
2) Viola Polomeno, inf., Ph.D., Professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
3) Chantal Backman, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
4) Julie Chartrand, inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
5) Michelle Lalonde, Ph.D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

N.B. L'article a été rédigé en respectant les consignes de la revue.

Résumé

Problématique : La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence présente plusieurs défis. Lors de ces transitions, le personnel infirmier y détient un rôle important tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence. **Objectif :** Décrire les perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre de l'Outaouais (Québec) à l'égard de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. **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 descriptives ont été effectuées, ainsi que des tests-t afin de comparer les perceptions entre le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences. 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 la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroule inefficacement et que la communication interétablissements est inefficiente. 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) les transitions sont influencées 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 (5): Transition, Établissement de soins de longue durée, Urgence, Infirmières, Aînés.

Abstract

Problem: Several challenges are present with the transition of older adults from a long-term care facility (LTCF) to the emergency department (ED). Nurses play an important role in the LTCFs and the EDs during this transition. **Objective:** To describe the perceptions of nurses and nursing management in relation to the transition of older adults from a LTCF to the ED. **Methods:** This study used a sequential mixed methods design. An online questionnaire was distributed to LTCF and ED nurses during Phase 1 (quantitative). During Phase 2 (qualitative), semi-structured interviews were conducted with nursing management in these two settings. Descriptive statistics were used as well as t-tests, to compare the perceptions between the LTCF and the ED nurses. Thematic analysis was used for the qualitative data. **Results**: After the analysis of the questionnaire's responses (n=38), the nurses from the LTCFs and the EDs had similar perceptions and considered the transition of older adults from the LTCF to the ED as not occurring effectively, and the inter-institutional communication was not efficient. Following the interviews conducted with nursing management (n=7), four themes were identified, reflecting the limitations of LTCFs in caring for the older adults, the obstacles associated with the transfer of information, the consequences of an ED stay for older adults, and the contribution of caregivers. **Conclusion:** Four key conclusions can be drawn: 1) transitions are influenced by the LTCF material and human resources; 2) the transfer of information is inefficient; 3) the ED environment is not adapted for the needs of older adults; and 4) the integration of caregivers is important but does present with challenges.

Keywords (5): Transition, Long-term care facility, Emergency department, Nurses, Older adults.

Introduction

Au Québec, c'est 20% de la population qui est âgée de 65 ans et plus et selon les projections démographiques, cette proportion atteindrait 27% en 2066 (Institut de la statistique du Québec, 2023). Ceci suggère une hausse des placements dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD). Actuellement, plus de 60 000 aînés québécois demeurent dans des ÉSLD du réseau public (p.ex., centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD]) et 17 % de la population québécoise âgée de plus de 75 ans habitent dans une résidence privée pour aînés (RPA) (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2021).

Déjà en 2017, le commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) du Québec constatait une forte corrélation entre l'augmentation du nombre d'aînés et la hausse des visites pour cette tranche d'âge dans les urgences du Québec (CBSE, 2017). D'ailleurs, les aînés provenant des ÉSLD semblent utiliser plus fréquemment les urgences que les aînés qui demeurent en communauté (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014). Ces aînés présentent plusieurs conditions chroniques de santé et des comorbidités qui les rendent plus vulnérables aux différentes problématiques de santé (Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Ceux-ci doivent avoir accès à des services médicaux lorsqu'ils chutent, développent une infection ou vivent des complications de leur maladie chronique (Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Or, ces aînés n'ont pas toujours accès, au sein même de leur ÉSLD, à des soins de première ligne leur permettant d'obtenir un diagnostic ni même le plateau technique nécessaire, afin que les professionnels de la santé puissent intervenir en conséquence, ce qui mène alors à un transfert vers l'urgence (Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Peguero-Rodriguez et al., 2021).

Selon une revue systématique (n = 7 études) (Brucksch et al., 2018) entre 29-62 % des aînés demeurant dans un ÉSLD auraient au moins une visite annuellement à l'urgence, et 36 à 49 % de ceux-ci seraient par la suite hospitalisés. Selon une autre revue systématique (n= 77 études)

(Lemoyne et al., 2019) les raisons les plus communément évoquées pour les transferts vers l'urgence sont les traumas suivant une chute, l'altération de l'état mental et l'infection. Les aînés qui sont à l'urgence présentent un haut risque de délirium, de chutes, de complications iatrogéniques, de plaies de pression, d'infections nosocomiales et de déclin fonctionnel (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Le taux de mortalité à l'urgence pour cette clientèle varie entre 1-5 % et le taux de mortalité intrahospitalier varie entre 6 -25 %, avec une mortalité globale de 14 % (Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019).

Dans la littérature, il est suggéré qu'entre 4-55 % des transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence seraient évitables, et ce, par le biais de soins cliniques administrés directement à l'ÉSLD (Dallaire et al., 2018; Lemoyne et al., 2019; Trahan et al., 2016). Bien que l'étendue de pratique et le type de professionnels présents varient dans les ÉSLD, les infirmières et infirmiers jouent un rôle important dans la surveillance de l'état clinique des aînés, dans la détection rapide de signes de détérioration, dans la gestion et l'initiation d'interventions lors de situations d'urgence, ainsi que dans la décision de transférer ou non les aînés vers l'urgence (Choi & Chang, 2022; O'Neill et al., 2015). De même, les infirmières et infirmiers à l'urgence sont essentielles à la prise en charge des aînés, car ces derniers présentent souvent des situations cliniques plus complexes, notamment expliquées par la présentation atypique des problématiques de santé, les comorbidités, la polypharmacie et la présence de syndromes gériatriques (Steinmiller et al., 2015). Les infirmières et infirmiers d'urgence jouent un rôle clé dans l'accueil et la surveillance des aînés provenant des ÉSLD et pour y arriver, elles ont besoin d'avoir accès à de l'information sur l'aîné en temps opportun. Toutefois, la littérature relève plusieurs lacunes communicationnelles entre le personnel des ÉSLD et de l'urgence, ce qui s'avère être un obstacle majeur à la qualité et à la coordination des soins entre ces deux milieux (Dallaire et al., 2018; Griffiths et al., 2014).

Malgré l'importance de la contribution du personnel infirmier dans le processus de transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, peu d'études se sont attardées aux perceptions de ce dernier. Certaines études (Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Laging et al., 2015; Nguyen et al., 2022; O'Neill et al., 2015) ont été menées auprès des infirmières et infirmiers d'ÉSLD, mais elles sont plutôt axées sur leurs perceptions et leur rôle dans le processus décisionnel menant à la transition de l'aîné à l'urgence. Peu d'études (Griffiths et al., 2014) ont été recensées de la perspective des infirmières et infirmiers d'urgence et ces derniers semblent davantage avoir été sollicitées dans des études portant sur la communication interétablissements. Enfin, peu de littérature existe sur les perceptions des infirmières et infirmiers des ÉSLD et des urgences sur le processus intégral de transition. Bien que le personnel infirmier de ces milieux doit travailler en collaboration lors de cette transition, aucune étude n'a été recensée où leurs perceptions ont été intégrées au sein d'une même étude. Le regard du personnel cadre de ces établissements n'est également pas présent dans la littérature, malgré qu'il soit derrière la gestion des problématiques et la mise en place de stratégies afin d'optimiser ces transitions. En outre, Dallaire et al. (2018) révèlent qu'aucune étude n'a été réalisée au Québec en regard au processus transitionnel des aînés des ÉSLD vers l'urgence ni par rapport à l'identification des besoins des aînés, mais également ceux des ÉSLD (p.ex., personnel infirmier, personnel cadre, etc.). Ainsi, l'étude présentée dans cet article contribue à mettre la lumière sur les perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre, à la fois des ÉSLD et des urgences, sur le processus intégral de transition des aînés, et ce, dans le contexte québécois. Cette étude a été guidée par la théorie des transitions de Meleis et al. (2000) bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen 2018; Shajani & Snell, 2023). Un article précédemment publié démontre l'application de la théorie des transitions au phénomène à l'étude (Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023).

Objectif et questions de recherche

L'objectif de cette étude à méthodes mixtes était de décrire les perceptions du personnel infirmier et du personnel 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 dans la région de l'Outaouais, Québec. Quatre questions de recherche ont guidé cette étude :

1) Quelles sont les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence ? (QUAN)
2) Quelles sont les similarités et les différences entre les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et celui des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence ? (QUAN)
3) Quel est le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD et des urgences ? (qual)
4) Comment les perceptions du personnel infirmier peuvent-elles être expliquées par le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences ? (QUAN et qual)

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). Ce devis implique que la collecte de données quantitatives se réalise dans un premier temps (Phase 1), suivie par la collecte des données

qualitatives (Phase 2). Bien que recueillis et analysés séparément, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont intégrés dans un tout commun lors de l'interprétation globale (voir figure 1).

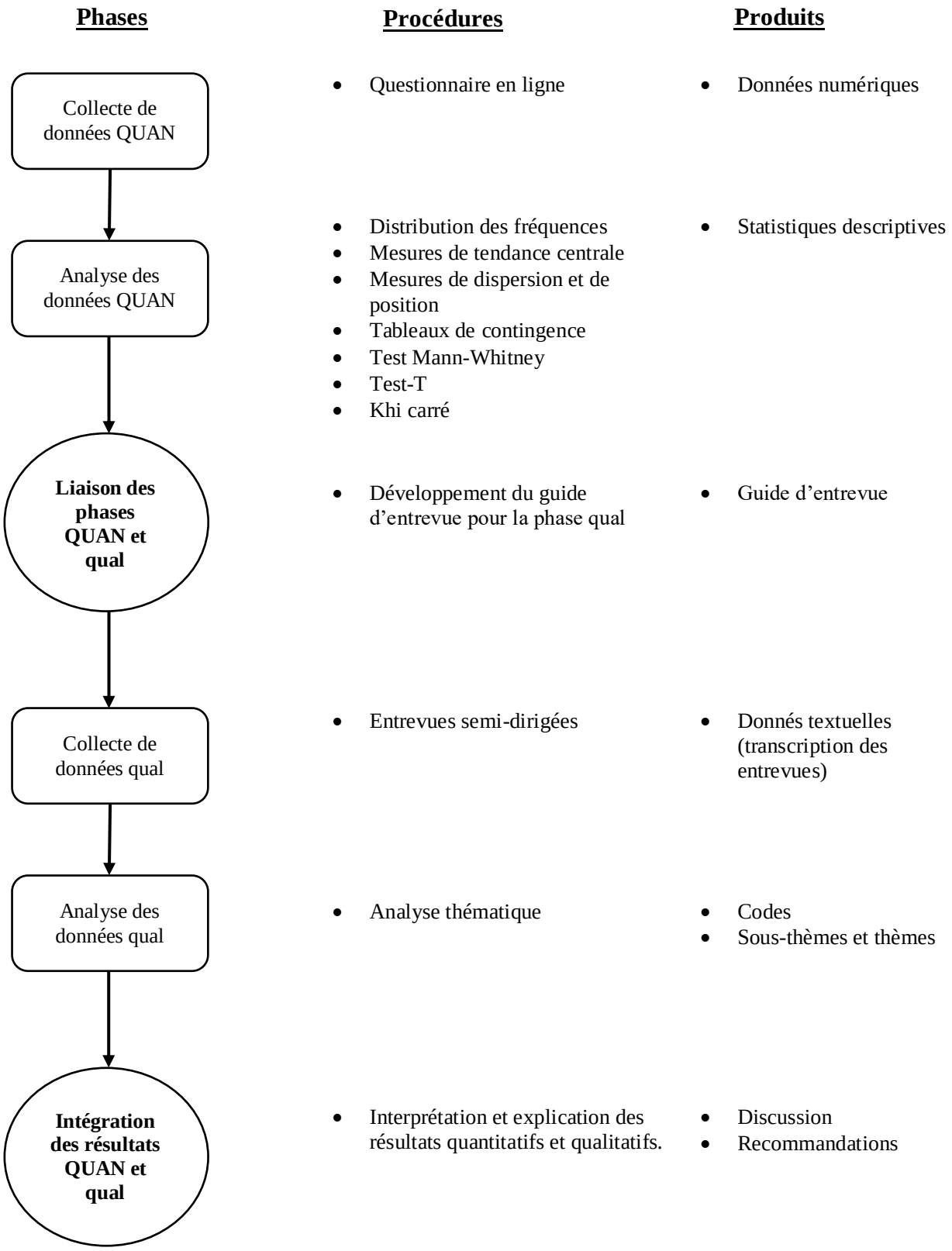
Population et échantillon à l'étude

Dans un devis mixte séquentiel explicatif, la phase 1 (quantitative) et la phase 2 (qualitative) se déroulent de façon distincte. Ainsi, il est possible d'utiliser un échantillonnage multiniveau, ce qui implique l'usage de deux échantillons provenant de populations cibles différentes (Onwuegbuzie & Collins, 2007).

Phase 1 – Quantitative

La population à l'étude de la phase 1 était le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais, Québec. Une stratégie d'échantillonnage non probabiliste de convenance (Polit & Beck, 2021) a été utilisée selon les critères d'inclusion suivants : 1) détenir le titre d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien, d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire ; 2) détenir un poste ou une affectation dans une urgence, dans un ÉSLD du réseau public ou dans un Centre local de services communautaires (CLSC) de la région de l'Outaouais, Québec ; 3) avoir soigné dans la dernière année au moins un aîné qui a vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence ; et 4) lire, écrire et parler le français. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Figure 1. Modèle visuel du devis mixte séquentiel explicatif utilisé



Le recrutement de la phase 1 s'est déroulé de mai 2021 à avril 2022 durant la pandémie de la COVID-19 dans des ÉSLD et des urgences qui ont été fortement touchés par celle-ci et où le personnel soignant était fortement sollicité afin de s'ajuster aux différentes consignes sociosanitaires. Le recrutement s'est fait à l'aide d'affiches de recrutement exposées dans les aires communes des milieux ciblés (ÉSLD et urgence), via la publicisation sur les réseaux sociaux (Facebook), ainsi que par trois courriels d'invitation directement envoyés aux participants potentiels par le personnel administratif du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) impliqué. En raison du contexte pandémique, la chercheure principale de l'étude (première auteure) n'avait pas accès physiquement aux milieux. L'équipe de recherche a donc fait face à plusieurs obstacles de recrutement. La population accessible était d'environ 445 infirmières et infirmiers (ÉSLD et urgence) pré-pandémie (CISSS de l'Outaouais, 2020). Suivant les multiples efforts de recrutement, un échantillon de convenance de 38 personnes (n = 10 des ÉSLD et n = 28 des urgences) a été constitué.

Phase 2 – Qualitative

L'objectif de la phase 2 était de clarifier et d'expliquer les résultats quantitatifs obtenus à la phase 1. La population à l'étude de la phase 2 était le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais, Québec. Une stratégie d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné (Polit & Beck, 2021) a été utilisée selon les critères d'inclusion suivants : 1) détenir un poste ou une affectation à titre d'infirmière ou infirmier de liaison, de conseillère ou conseiller en soins infirmiers, de conseillère ou conseiller cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice ou directeur de soins infirmiers dans un ÉSLD du réseau public ou des urgences de l'Outaouais; et 2) lire, écrire et parler le français. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Le recrutement s'est déroulé de mars à mai 2022. Les participants ont été approchés par courriel par leur direction concernée au sein du CISSS auquel ils appartenaient. S'ils étaient intéressés à

participer, ils devaient par la suite contacter la chercheuse principale (première auteure) par courriel ou par téléphone.

La taille d'échantillon a été déterminée par le modèle de Malterud et al. (2016) ayant comme concept central le pouvoir de l'information. Le nombre de participants à recruter dépend donc du but, des objectifs de l'étude, ainsi que de la qualité de l'information recueillie (Malterud et al., 2016). Puisque les personnes recrutées à cette étape occupaient des postes clés au sein de l'organisation et ont offert de l'information riche et privilégiée sur la problématique à l'étude dans le milieu ciblé, un total de sept participants a été recruté (n = 5 des ÉSLD et n = 2 des urgences).

Collecte de données

Phase 1 - Quantitative

Puisqu'aucun questionnaire existant ne permettait de répondre à l'objectif de l'étude, deux questionnaires ont été élaborés par la chercheuse principale de l'étude (première auteure), et ce, basé sur son expérience clinique, la littérature scientifique et le cadre théorique. Ceux-ci ont été préalablement validés (validité apparente et validité de contenu) et prétestés. La plateforme *SurveyMonkey*© a été employée pour la distribution de ces questionnaires auprès du personnel infirmier. Le lien menant vers le questionnaire en ligne était disponible tant sur les affiches de recrutement via un code QR que dans les courriels envoyés aux participants par le personnel administratif. Un des questionnaires était destiné au personnel infirmier des ÉSLD du réseau public (47 questions) et l'autre à celui des urgences (49 questions). La majorité des questions étaient similaires pour les deux versions, mais certaines questions différaient de façon à se pencher sur des éléments propres de chacun des milieux. La durée moyenne de complétion des questionnaires était de 18 minutes pour le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et de 14 minutes pour celui des urgences.

Profil sociodémographique (10 questions): Cette première section collectait les informations sociodémographiques des participants, tels leur âge, leur titre d'emploi et le nombre d'années d'expérience de travail.

Perceptions du personnel infirmier (37 questions pour les ÉSLD et 39 questions pour les urgences) **:** La deuxième section était dédiée à la mesure des perceptions du personnel infirmier à propos de la transition des aînés et de leurs PPA des ÉSLD vers l'urgence. La mesure des perceptions a été recueillie à l'aide de questions à choix de réponse de type échelle de Likert à cinq points. Les participants devaient noter leur degré d'accord ou de désaccord à l'égard des énoncés proposés (1 = tout à fait en accord et 5 = tout à fait en désaccord). Par exemple : « De façon générale, je considère que la communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace ».

Phase 2 - Qualitative

Des entrevues semi-dirigées individuelles en vidéoconférence ont été menées par la chercheuse principale (première auteure) auprès du personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences. Le guide d'entrevue a été développé suivant une analyse préliminaire des résultats quantitatifs issus de la phase 1, et ce, afin de pouvoir les expliquer. Le guide d'entrevue était composé de 16 questions pour le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et de 14 questions pour le personnel cadre des urgences. Au total, 12 questions étaient identiques dans les deux versions du guide d'entrevue quoiqu'adaptées au milieu ciblé. Le guide d'entrevue était divisé en trois sections. La première traitait de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence (p.ex., considérez-vous qu'il y a des problématiques concernant les transferts actuels des aînés des ÉSLD vers l'urgence? Si oui, lesquelles?), la deuxième de l'intégration des PPA dans leur milieu (p.ex., quelle est la vision de votre milieu quant à l'intégration des PPA dans les soins), et la troisième de leurs dernières impressions (p.ex., si vous pouviez me décrire la situation idéale/parfaite pour le

transfert des aînés des ÉSLD vers L'urgence, quelle serait-elle?). Les entrevues ont duré en moyenne 45 minutes et étaient enregistrées via la plateforme de vidéoconférence Zoom© où elles ont eu lieu. Par ailleurs, tous les participants ont également rempli sur la plateforme de *SurveyMonkey*© un questionnaire en ligne composé de huit questions afin de recueillir des données sociodémographiques, tels 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. Toutes les analyses ont été menées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (Version 28). Les fréquences, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion et de position ont été calculées. Afin de rapporter les résultats descriptifs de façon synthétique, les choix de réponse sur l'échelle de Likert ont été regroupées en trois catégories, soit en accord (1 = tout à fait en accord et 2 = plutôt en accord), ni en accord ni en désaccord, ou en désaccord (4 = plutôt en désaccord et 5 = tout à fait en désaccord). Toutefois, afin de ne pas perdre de l'information, le détail des réponses est accessible dans les données supplémentaires de l'article accessibles en ligne.

Les données provenant des questions communes entre les deux questionnaires ont été séparées selon le milieu d'appartenance des participants (ÉSLD du réseau public versus urgence), afin de procéder à la comparaison entre les perceptions du personnel infirmier. Les données recueillies via les échelles de Likert ont alors été analysées comme des variables continues afin de calculer les moyennes et les écarts-types. Des tests-t ont été réalisées pour déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative dans les perceptions du personnel infirmier entre les deux milieux. Le seuil de signification choisi était de 0,05. Le *d* de Cohen et son intervalle de confiance ont aussi été rapportés comme taille d'effet des tests-t. Les tailles d'effet important ($d \geq$

0,8) selon les conventions suggérées par Cohen (1988) ont été soulignées. Des tests non paramétriques (test U de Mann-Whitney) ont également été effectués comme validation des tests-t, du fait de la petite taille d'échantillon et de la distribution possiblement anormale. Puisque les tests U de Mann-Whitney confirmaient les tests-t, ils n'ont donc pas été rapportés dans cet article.

Phase 2 – Qualitative

Une analyse thématique a été réalisée selon la méthode de Braun et Clarke (2006, 2022) à travers la plateforme NVivo version 12. L'analyse thématique est un processus itératif utilisé pour identifier, analyser et relever différents thèmes à travers un ensemble de données qualitatives (Braun & Clarke, 2006, 2022). Les thèmes capturent des éléments importants des données en relation avec la question de recherche et donnent une signification aux données recueillies (Braun & Clarke, 2006, 2022). Les sous-thèmes, quant à eux, permettent de mettre en évidence les composantes saillantes d'un thème (Braun & Clarke, 2006, 2022). Bien que le guide d'entrevue ait été élaboré dans l'optique d'approfondir et d'expliquer les résultats de la phase quantitative, une analyse thématique inductive a par la suite été effectuée. L'angle inductif permet une plus grande flexibilité d'explication, puisque les thèmes sont développés à partir même du contenu des données, plutôt que de les classer pour répondre à des codes préexistants (Braun & Clarke, 2006, 2022). Un processus en six étapes a été utilisé, tel que décrit par Braun et Clarke (2006, 2022), ce qui implique de : 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.

Enfin, les données sociodémographiques recueillies à cette étape ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. La distribution des fréquences, les mesures de tendance centrale et les mesures de dispersion ont été calculées à l'aide du 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) Centre intégré de santé et de services sociaux (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

Un total de 38 personnes issues du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public (n =10) et des urgences (n = 28) ont participé à la phase 1 de cette étude (tableau 1). Chez le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public, l'âge moyen était de 48 ans (*É.T.* 5,7), le personnel exerçait dans le domaine des soins infirmiers depuis en moyenne 21 ans (*É.T.* 12,6) et 80 % (n = 8) détenaient un baccalauréat en sciences infirmières. Du côté des urgences, le personnel infirmier avait un âge moyen de 32 ans (*É.T.* 7,7), exerçait dans le domaine des soins infirmiers depuis en moyenne 9 ans (*É.T.* 7,3) et 68 % (n = 19) détenaient un baccalauréat en sciences infirmières.

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 (3,6)		
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)		

Variable	n (%)[a]		Moyenne (écart-type)	
	ÉSLD	*Urgences*	*ÉSLD*	*Urgences*
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)		

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

1.2 Perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public

Transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Vingt pour cent (n = 2) des participants des ÉSLD du réseau public étaient d'accord pour dire que les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroulent efficacement et sans lacunes et que la communication entre le personnel soignant de l'ÉSLD et de l'urgence se fait de manière efficace. Dix pour cent (n =1) des participants ont mentionné être d'accord avec le fait qu'il est facile de rejoindre le personnel soignant de

l'urgence et ont indiqué se sentir écouté et respecté lors de leurs interactions avec le personnel de l'urgence. Lorsque l'état de l'aîné se détériore, 40 % (n = 4) des participants ont indiqué disposer de l'aide nécessaire lorsque vient le temps de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, bien que 40 % (n = 4) des participants ont également manifesté être ni en accord ni en désaccord avec cet énoncé. Cinquante pour cent (n = 5) ont mentionné toujours avoir accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour les aider à prendre une décision de transférer un aîné vers l'urgence. Tous les participants (n = 10) ont déclaré être à l'aise de prendre soin des aînés qui nécessitent un transfert vers l'urgence.

Lorsque les aînés des ÉSLD doivent transférer vers l'urgence, 40 % (n = 4) des participants percevaient que ces transferts étaient justifiés et ne pouvaient pas être évités, tandis qu'un autre 40 % (n = 4) étaient plutôt en désaccord avec cet énoncé. Soixante-dix pour cent (n = 7) estimaient que davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder aux transferts des aînés. Une fois la décision prise de transférer l'aîné, 80 % (n = 8) considéraient que l'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente (p.ex., niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé) à l'urgence était ou serait bénéfique.

Une fois que l'aîné a reçu son congé de l'urgence, 20 % des participants (n = 2) ont relevé que la façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé est appropriée et efficace pour la continuité des soins. Tous les participants (n = 10) ont souligné qu'il était important que le personnel soignant de l'urgence communique verbalement ou par écrit avec le personnel soignant des ÉSLD suivant le congé d'un aîné et 30 % (n =3) des participants ont indiqué disposer toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné suivant son congé de l'urgence. Selon les participants, les informations essentielles à obtenir au retour de l'aîné de l'urgence afin d'assurer la continuité des soins sont les soins qui ont été prodigués à l'urgence, les investigations effectuées et les résultats obtenus, ainsi que le changement de médication.

Intégration des PPA durant le processus de transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence. Huit participants sur 10 ont répondu à cette section du questionnaire. Quatre-vingt-huit pour cent (n = 7) estimaient que les PPA étaient une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné et 75 % (n = 6) considéraient que les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les désirs de leur aîné lors du processus de transfert vers l'urgence. Soixante-trois pour cent (n = 5) ont indiqué que les PPA devaient être consultées avant de décider de transférer l'aîné vers l'urgence et 50 % (n = 4) des participants ont signifié que les PPA possédaient les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel menant au transfert d'un aîné vers l'urgence. Soixante-quinze pour cent (n = 6) des participants ont indiqué que les PPA influencent ou encouragent parfois le transfert vers l'urgence, même si cela ne semble pas justifié. Tous les participants (n = 8) ont souligné qu'il était important de soutenir les PPA dans le contexte du transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence et 88 % (n = 7) ont indiqué détenir les aptitudes nécessaires et se sentaient à l'aise de soutenir les PPA durant ce processus.

1.3 Perceptions du personnel infirmier des urgences

Transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Chez les participants provenant des urgences, 28,6 % (n = 8) ont indiqué que les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroulent efficacement et sans lacune. Par rapport à la communication interétablissements, 14,3 % (n = 4) des participants ont mentionné qu'au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'ÉSLD et 7,4 % (n =2)[13] des participants ont signalé toujours disposer de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné à l'urgence. Selon les participants,

[13] Pour cette section, 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.

l'information qui semblait souvent être 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. C'est 7,4 % (n = 2) des participants qui ont indiqué que la communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace. Quatre-vingt-neuf pour cent (n = 25) des participants considéraient que l'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente (p.ex., niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé) lors du transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence était ou serait bénéfique. Par ailleurs, 14,3 % (n = 4) des participants considéraient que les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités. Tous les participants (n = 28) étaient d'avis que davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder au transfert vers l'urgence.

Tous les participants (n = 28) ont indiqué que les aînés provenant des ÉSLD représentaient une clientèle vulnérable à l'urgence et 85 % (n = 23) considéraient que cette clientèle était aussi importante et nécessitait autant de soins que les autres patients de l'urgence. Une fois l'aîné à l'urgence, 22,2 % (n = 6) ont indiqué disposer du temps nécessaire à l'urgence pour les évaluer et prodiguer des soins de qualité aux aînés qui ont été transférés des ÉSLD et 18,5 % (n = 5) jugeaient que les soins de base (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation) sont adéquatement offerts et prodigués à l'urgence. Tous (n = 27) étaient d'avis qu'une approche interdisciplinaire est nécessaire de façon à assurer une prise en charge efficace des aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence.

Une fois le congé de l'urgence obtenu par l'aîné, 44,4 % (n = 12) des participants ont mentionné que la façon dont les congés étaient effectués à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins. Lors du retour de l'aîné à son ÉSLD d'origine, 93 % (n = 25) des participants jugeaient qu'il était important de communiquer verbalement avec le personnel soignant

des ÉSLD, afin de transmettre les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé, et 67 % (n = 18) des participants considéraient qu'il était important de le faire par écrit.

Intégration des PPA durant le processus de transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence. Vingt-sept participants sur 28 ont répondu à cette section du questionnaire. Soixante-quatorze pour cent (n = 20) des participants estimaient que les PPA sont utiles à l'urgence et 93 % (n = 25) ont indiqué que les PPA doivent être incluses dans le processus décisionnel relatif aux choix des investigations et des traitements à l'urgence. Quatre-vingt-seize pour cent (n = 26) des participants ont désigné qu'il est important de fournir régulièrement de l'information sur les investigations et les traitements aux aînés et à leur PPA durant leur séjour à l'urgence et 22,2 % (n = 6) des participants jugeaient que les PPA sont bien informées des investigations et des traitements en cours ou à venir pour leur aîné qui est à l'urgence. Soixante-sept pour cent (n = 18) des participants estimaient qu'il était de la responsabilité des PPA de demander au personnel soignant de l'urgence de l'information relative à l'état clinique de l'aîné. Quatre-vingt-un pour cent (n = 22) des participants ont signifié que les PPA peuvent s'occuper des soins de base des aînés à l'urgence et 85 % (n = 23) des participants considéraient que les PPA constituent un filet de sécurité pour les aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence.

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

Les tests-t indépendants effectués pour comparer les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et de l'urgence n'ont pas montré de différences statistiquement significatives ($p \leq 0{,}05$), sauf pour deux énoncés (tableau 2). Pour les énoncés où aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes, les valeurs *p* variaient entre 0,095 et 1,00.

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 considérer que la façon dont le retour vers l'ÉSLD suivant le congé de l'aîné à l'urgence était approprié et efficace pour la continuité des soins ($\overline{X}$ = 2,96, *É.T.* = 0,96), tandis que le personnel infirmier des ÉSLD était plutôt en désaccord avec cet énoncé ($\overline{X}$ = 3,90, *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 par rapport à 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 cependant d'avis qu'il était important de soutenir les PPA durant le processus de transition (ÉSLD : $\overline{X}$ = 1,38, *É.T.* = 0,52 ; Urgence : $\overline{X}$ = 1,96, *É.T.* = 0,71). La différence réside dans le fait que le personnel infirmier des ÉSLD tendait à être « tout à fait en accord » avec l'énoncé tandis que le personnel infirmier des urgences était « plutôt en accord ».

Un des énoncés qui n'avaient pas de différence statistiquement significative avait tout de même une taille d'effet non négligeable ($d \geq 0,8$). Cet énoncé est le suivant : « les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités ». 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 ($\overline{X}$ = 2,80, *É.T.* = 1,48) que le personnel infirmier des urgences qui tend à être en désaccord avec cet énoncé ($\overline{X}$ = 3,68, *É.T.* = 0,91). Malgré l'absence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (t(12) = 1,768, p = 0,104), la taille d'effet (d de Cohen = 0,816) suggère une grande différence standardisée entre les deux groupes.

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 Moyenne (écart-type)		Test-T	Degré de liberté	Valeur *p*	*d* de Cohen (IC 95 %)
	ÉSLD	Urgence				
1. Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroule 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)

Énoncés	n Moyenne (écart-type)		Test-T	Degré de liberté	Valeur *p*	*d* de Cohen (IC 95 %)
	ÉSLD	Urgence				
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	n = 8 1,38 (0,52)	n = 27 1,96 (0,71)	2,178	33	0,037*	0,877 (0,054, 1,687)

Énoncés	n Moyenne (écart-type)		Test-T	Degré de liberté	Valeur *p*	*d* de Cohen (IC 95 %)
	ÉSLD	Urgence				
d'un ÉSLD vers l'urgence.						
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)
*p ≤0,05						

Phase 2. Résultats qualitatifs

2.1 Profil sociodémographique

Sept personnes issues 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). Plus de la majorité des participants (86 %, n = 6) étaient des infirmières et infirmiers. Ces personnes cadre occupaient majoritairement un poste comme chef de secteur ou chef d'unité (71 %, n = 5) et 86 % (n = 6) d'entre elles occupaient leur poste depuis moins de cinq ans.

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)		

2.2 Analyse thématique

Suivant l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006, 2022), quatre thèmes ont été développés afin de clarifier et d'apporter un complément explicatif aux résultats quantitatifs (tableau 4).

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 qui existe entre les ressources matérielles et humaines présentes au sein même des ÉSLD et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins cliniques de l'aîné, et ce, tout en respectant ses volontés.

Le processus menant au transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence varie selon le type d'ÉSLD. Par exemple, le personnel cadre des milieux des CHSLD ont indiqué que lorsque l'état de santé d'un aîné se détériorait, il y avait une évaluation infirmière suivie généralement par un appel au médecin de garde. D'ailleurs, 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 un aîné vers l'urgence : « Selon le niveau de soins, c'est là qu'on va voir si un transfert à l'urgence est préconisé ou pas » (ÉSLD03). En CHSLD, la décision de transférer l'aîné à l'urgence revenait généralement au médecin : « nous notre chance c'est ça, on a des médecins sur place » (ÉSLD01). 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, selon les situations : « C'est vraiment pas comme en CHSLD où est-ce qu'on a une présence constante (…) on n'a pas de

Tableau 4

Citations, sous-thèmes et thèmes

Citations	Sous-thèmes	Thèmes
« Parce que d'habitude en CHSLD, normalement on est en mesure de gérer pas mal toutes les situations. Mais nous on a quand même un bon pourcentage de transferts à l'urgence. Justement parce qu'on a des gens qui ont des niveaux de soins A, des niveaux de soins B, qui font en sorte qu'on doit les transférer à l'hôpital dans certaines circonstances » (ÉSLD03) « (…) je dirais que si ça se passe la nuit puis qu'ils voient que l'usager est très en douleur parce qu'il a chuté ou qu'il se passe quelque chose comme ça ou il a beaucoup mal au ventre. Ça fonctionne vraiment pas, ou que bon, ils vont l'envoyer à l'hôpital » (ÉSLD04) « Donc beaucoup d'erreurs de médication par le préposé. Beaucoup de jugement clinique, on aurait dû demander ça à des infirmiers, mais on le demandait à des préposés aux bénéficiaires. Beaucoup de prises de décisions d'aller, de les amener aux urgences, parce que ça reste des préposés. Donc l'impact crânien, y'avait comme pas le choix nécessairement de prendre la décision de l'envoyer pour une évaluation. Mais avec la structure qu'on avait, c'est sûr que les risques, il fallait qu'ils soient au plus bas, dans les décisions des préposés. Donc y'avait un risque qu'ils transfèrent aux urgences. Donc ça a été deux ans de gestion où on avait des transferts hospitaliers à tous les jours » (ÉSLD05)	N/A	**Thème 1** Limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici » *Description* : Ce thème reflète l'idée que ce qui motive la décision de transférer un aîné de l'ÉSLD vers l'urgence c'est l'écart qui existe entre les ressources matérielles et humaines et les besoins de l'aîné.
« Il faut que les médecins (de l'urgence) le marquent dans leurs notes pour dire qu'on a appelé trois, quatre fois (l'ÉSLD), sans réponse, et blablabla, qu'on passe à l'étape B, qu'on va décider nous autres mêmes qu'est-ce qu'il en est puis c'est pas super. On fait sortir le dossier antérieur de l'usager. Y'a un gros laps de temps que son médecin a compensé pour plusieurs manques avant qu'il soit revenu ; s'il est pas venu pendant la dernière année, ben c'est… son état a grandement changé ou évolué puis on n'a pas cette information-là » (URG01) « Des fois, ils (personnel de l'urgence) vont appeler les résidences, mais ils parlent souvent juste aux téléphonistes ; la directrice des soins est pas là. Mais c'est difficile pour l'équipe de soir et de nuit d'obtenir de l'information de la résidence ou d'avoir une réponse quand	**Sous-thème 2.1** Obtenir de l'information des ÉSLD : « c'est très compliqué de les rejoindre »	**Thème 2** Transfert de l'information : processus « pas très très fluide »

Citations	Sous-thèmes	Thèmes
ils appellent. Ça fait qu'ils gardent parfois (les aînés) malheureusement… à part si c'est les familles qui s'en occupent, là on a des infos bien sûr. Mais sinon des fois ils les gardent le matin pour qu'on voit si le retour est sécuritaire à la résidence avec la TS et la physio de l'urgence » (URG02) « Je te dirais la communication qui est… inexistante » (URG02)		*Description* : Ce thème englobe les différentes lacunes présentent lors du transfert de l'information, et ce, tel que vécu dans les urgences à l'arrivée de l'aîné ou dans les ÉSLD au retour de l'aîné après son congé.
« (…) nous, la grosse faille qu'on voit, c'est qu'on a besoin de la même info qu'on leur donne (à l'urgence), on l'a besoin au retour. Ça nous éviterait de déshabiller le patient pour essayer de voir si y'a pas quelque chose, ou de perdre du temps à essayer de rejoindre quelqu'un à l'urgence pour avoir l'info, là. Puis d'être avisés que la personne revient aussi. Ne serait-ce que d'aller ouvrir la porte, débarrer la porte, pour lui souhaiter bienvenue quand elle va arriver » (ÉSLD02) « Puis la communication entre les équipes, d'un côté et de l'autre. La transmission de l'information, mais aussi la communication en temps opportun. Parce que des fois comme je disais tantôt, ben la personne est prête à un congé puis on l'apprend de la famille, on l'apprend pas de l'hôpital, on reçoit pas d'appel, on attend… Ça fait qu'il faut courir si on veut des fois après l'hôpital parce qu'on veut savoir ; elle revient-tu ? Qu'est-ce qui se passe ? Puis on le sait à la dernière minute » (ÉSLD03) « J'ai aucune info. On n'a même pas accès au logiciel. Donc t'sais, c'est d'avoir un peu un sommaire de ce qui a été fait. On n'a même pas la feuille sommaire quand ils quittent l'hôpital. Il faut appeler aux archives, il faut faire des demandes aux archives, ça fait pas de sens, on a besoin d'un transfert dans l'immédiat. Donc c'est sûr que toute cette information-là, ça serait intéressant d'avoir un sommaire » (ÉSLD04)	**Sous-thème 2.2** Obtenir de l'information de l'urgence : « il faut courir après »	
« (…) essayer de les laisser le moins longtemps à l'urgence. Où souvent ils vont décompenser, puis on risque de créer d'autres problèmes » (URG01) « On n'est pas adapté, t'sais ! J'ai recommandé vingt fauteuils gériatriques pour mes civières (…) Qu'on va recevoir, qui vont nous aider à les (aînés) mobiliser un peu plus facilement. Et qui puissent s'adapter à eux autres. Sinon, sérieusement, on est tout nus » (URG01) « (…) c'est comme si on était un gros stationnement à personnes âgées. Mais en plus, on les décompense ! Pour être honnête » (URG02)	**Sous-thème 3.1** À l'urgence : « on crée des déliriums »	**Thème 3** Répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (…) c'est beaucoup pour eux »

Citations	Sous-thèmes	Thèmes
« (…) éviter des séjours prolongés sur des civières parce que ça fait des déliriums régulièrement, malheureusement » (URG02).		*Description* : Ce thème reflète les conséquences possibles sur les aînés après un séjour à l'urgence suivant un transfert d'un ÉSLD, et ce, tel que vécu par le personnel cadre des urgences et des ÉSLD.
« On le transfert et puis ils reviennent avec des plaies de lit. Ça c'est une des choses qui vient me chercher ! Oui, parce que… y'a d'autres qui reviennent puis tu les reconnais plus. J'ai dit, j'amène la personne pour la soigner, et je ne la revois pas avec… je n'ai jamais compris ça (…) C'est vrai qu'ils attendent longtemps, ils sont pas tournés régulièrement » (ÉSLD01) « On sait qu'ils perdent dix pour cent de leurs capacités à chaque jour d'hospitalisation » (ÉSLD02) « Puis on sait qu'à l'hôpital, ben qu'est-ce qui arrive, on parle souvent de… de déconditionnement chez les personnes âgées. Donc qui passent des heures et des heures sur la civière. Donc c'est pas non plus l'option pour les personnes âgées de se ramasser à l'hôpital quand c'est pas nécessaire » (ÉSLD03)	**Sous-thème 3.2** Retour de l'aîné à l'ÉSLD : « recommencer à zéro »	
« Le proche aidant c'est la personne qui va représenter le résident (…) c'est vraiment un travail de collaboration avec eux autres » (ÉSLD02). « (…) ce qu'on entend beaucoup c'est que les familles ont pas été avisées (…) Ça fait qu'on essaie beaucoup d'améliorer ces communications-là. Avec la famille. Pour les intégrer davantage » (ÉSLD04). « (…) c'est un drôle de contexte parce qu'on n'a jamais parlé autant de proches aidants que pendant la pandémie parce qu'on leur a enlevé beaucoup de droits, surtout dans les premières vagues (…) au même titre qu'en pédiatrie, c'est hyper important pour la personne aînée parce que souvent c'est le seul contact qui lui reste comme contact social. Mais aussi qui lui reste un rôle à jouer, ça va être auprès de sa famille » (ÉSLD05). « Au niveau nursing, je te mentirais pas en disant qu'un proche aidant pour nous autres c'est quelqu'un qui va dire " Ok, est-ce que tu peux l'accompagner à la toilette ? Est-ce que tu peux l'aider à manger ? Est-ce que tu peux l'aider à se laver ? " C'est ça un proche aidant à nos yeux » (URG01) « Je pense qu'un proche aidant a plus sa valeur ajoutée à l'urgence qu'un visiteur (…) » (URG02)	N/A	**Thème 4** Les PPA : « on a besoin (d'elles), puis (elles) ont besoin de nous » *Description* : Ce thème représente la relation partagée entre les PPA et le personnel soignant des ÉSLD et de l'urgence. La contribution des PPA est reconnue dans les deux milieux.

médecin non plus, attitré à notre résidence (…) » (ÉSLD04). Cette même participante (ÉSLD04) ajoute :

> (Les RI sont) comme la craque dans le fauteuil. C'est-à-dire que on 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 (…) (Ils) ont leur cours de loi 90, mais peuvent arriver de chez Rona la veille, puis travailler le lendemain matin en RI. Ce qui est complètement absurde. La plupart ne parlent pas français. (…) Ça c'est un enjeu majeur.

Outre les qualifications du personnel soignant présent dans les ÉLSD, il faut également considérer le plateau technique présent pour réaliser des actes curatifs ou diagnostiques. Par exemple, les CHSLD disposent généralement d'équipements, tels qu'un d'appareil à ECG, du matériel de sutures et de prélèvements sanguins. Toutefois, dans le milieu des RI ou des résidences privées pour aînés (RPA), la limite au niveau des ressources est plus facilement atteinte :

> En résidence privée, y'avait pas de machine ECG, y'avait pas de *bladder scan* à la limite. (…) Donc, c'est sûr que les transferts en ayant le moins d'outils possible dans un établissement, ben t'as le moins d'évaluation ou d'idée vers où chemine la situation. Donc y'avait beaucoup plus de transferts, encore plus qu'en CHSLD. (ÉSLD05)

La décision de transférer l'aîné vers l'urgence semblait donc motivée par le fait que les ressources étaient insuffisantes pour répondre aux besoins de l'aîné et que les limites du milieu étaient atteintes : « (…) quand on transfère, c'est qu'on est rendu là (…) on applique tout ce qu'on a à appliquer ici au centre avant de faire un transfert. Un moment donné, y'a un bout qu'on a comme pas le choix de transférer » (ÉSLD03). Cette même participante ajoute : « (…) on peut pas tout faire non plus ici » (ÉSLD03). Il faut d'ailleurs qu'il y ait une valeur ajoutée à transférer l'aîné vers l'urgence : « (…) nous en CHSLD, on envoie pas pour envoyer, comme on dit. Il faut que ce soit vraiment pertinent. Il faut qu'il y ait un plus à gagner » (ÉSLD01). Souvent, cette « valeur

ajoutée » est un type de soins ou un examen paraclinique qu'il n'est pas possible d'effectuer dans les ÉSLD.

Les ressources étant cependant différentes selon les ÉSLD, ceci peut parfois porter à confusion chez le personnel soignant de l'urgence : « les médecins (de l'urgence) ne comprennent pas notre réalité RI. Ils pensent qu'on est comme en CHSLD. "Faites-le évaluer chez vous !" ; "On peut pas le faire évaluer chez nous, j'ai pas personne" » (ÉSLD04). Cela contribue à l'idée que parfois les transferts semblent justifiés pour les ÉSLD et non justifiés par le personnel soignant de l'urgence. Lorsque la limite du milieu est atteinte et que le transfert survient, cela est perçu comme une « urgence » par les ÉSLD, mais pas nécessairement pour les services d'urgence : « C'est comme s'ils nous appellent toujours quand le feu est pris (…) à l'urgence, je sauve des vies, c'est pas la mission de l'urgence de faire des changements de milieu de vie du tout. Elle est là, la lacune » (URG02).

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

Ce deuxième thème renvoie aux différentes lacunes présentes quant au transfert de l'information entre les ÉSLD et l'urgence, et vice-versa. Le personnel cadre des deux milieux a indiqué avoir un processus de transfert de l'information qui était plus ou moins encadré selon les situations et selon les installations qui ont chacune leur propre réalité. Certains ÉSLD utilisaient des listes de vérification, d'autres fournissaient un résumé de dossier du résident ou encore la fiche du résident. À l'urgence, un aide-mémoire a été créé pour les congés des aînés afin de guider le personnel soignant sur ce qui doit être fait, mais des lacunes persistent. Ce contexte mène donc une certaine variabilité dans l'information transmise à l'urgence ou à l'ÉSLD et cela devient dépendant de la personne qui s'occupe du transfert :

> Des fois les dossiers, dépendamment aussi de c'est qui qui est là, des fois le dossier est pas nécessairement toujours complet. Ou la personne arrive sans dossier, ça peut arriver. Pas

> tout le temps (…) Mais dans le sens que c'est pas stable**.** Une fois ça peut être bien correct, la fois d'après, (…) il manque des choses. (ÉSLD03)

Le personnel cadre des ÉSLD et des urgences ont rapporté plusieurs lacunes, de part et d'autre, concernant la difficulté à obtenir, en temps opportun et de manière efficiente, l'information nécessaire pour assurer une prise en charge efficace de l'aîné. Le transfert d'information pourrait être résumé en un processus qui n'« est pas tout le temps très, très fluide (…) (ÉSLD03).

Pour le personnel cadre de l'urgence, le transfert d'information et les problématiques qui s'en suivent, surviennent au moment où l'aîné arrive à l'urgence et pour le personnel cadre des ÉSLD, c'est au retour de l'aîné à l'ÉSLD suivant son congé de l'urgence. Pour cette raison, deux sous-thèmes relatifs au transfert de l'information ont été développés.

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

Lorsque l'information était manquante à l'arrivée de l'aîné à l'urgence, le personnel cadre a décrit le processus afin d'obtenir de l'information de la part des ÉSLD comme étant : « (…) aucunement facile (…) C'est très compliqué de les rejoindre » (URG01). À cet effet, le participant (URG01) offre un exemple :

> (…) 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 !

Ceci est renforci par l'autre participante (URG02) du milieu des urgences qui indique : « C'est vraiment pas facile. C'est souvent des gens qu'on appelle puis que là c'est la réceptionniste qui nous transfère, puis c'est une fille essoufflée au bout du fil, puis elle dit : "Je sais pas, je le connais pas" ». Le personnel cadre de l'urgence a tenu à mentionner que la majorité de leurs problématiques proviennent davantage de leurs interactions avec les RPA et non pas avec les CHSLD.

Il a été soulevé par le personnel cadre de l'urgence que l'information reçue n'était pas toujours pertinente pour le contexte de l'urgence :

> 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 ! Tant qu'à ça, je sais pas à quoi sert cette feuille-là. 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.

Le personnel cadre a indiqué que l'information indispensable à avoir à l'urgence était notamment l'état usuel de base de l'aîné, 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. Comme soulevé par la participante URG02, elle a l'impression que l'urgence et les ÉSLD ne parlent pas la même langue et cela se voit dès les premières interactions : « (…) on n'a même pas le même langage parce qu'eux l'appellent (l'aîné) sous son nom de civil, le nom de mariée, puis nous on l'appelle sur son nom de fille ». Ultimement, c'est l'aîné qui subit les répercussions du manque d'information : « C'est dommage parce que la personne qui paye c'est en bout de ligne, c'est le patient parce qu'il est couché huit heures de trop sur civière » (URG02).

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

Le personnel cadre des ÉSLD vivent également des insatisfactions quant à l'information reçue lors du retour de l'aîné à l'ÉSLD. Une autre participante a mentionné (ÉSLD02) :

> Une résidente qui avait été envoyée (à l'urgence), qui est revenue, puis on en avait aucune idée qu'elle avait eu son congé et qu'elle revenait. Pas d'enveloppe. Pas de résumé. Elle est juste arrivée avec un transporteur. Arrivée soudainement sans rien. Puis ça fait quelques fois dans les derniers transferts, que ça arrive comme ça, on n'est pas au courant, on n'a pas de renseignement, il faut courir après qu'est-ce qui a été dit (…) On n'a juste rien.

En plus de ne pas avoir toute l'information nécessaire, tenter de rejoindre le personnel de l'urgence est vu comme une perte de temps : « Il faut appeler, on appelle au triage, on appelle la commis à l'urgence, essayer d'avoir des résumés de dossier (…) c'est une perte de temps. Ça aurait dû arriver avec le patient » (ÉSLD02). Le manque d'information rend la continuité des soins également difficile : « C'est une continuité de soins. Ben le résident, qu'il soit en CHSLD, qu'il soit à l'hôpital pour des soins, s'il est pour revenir ici après, ben il faut cette continuité-là. Pour qu'on puisse bien poursuivre les choses » (ÉSLD03).

Chez le personnel cadre des ÉSLD, les informations considérées comme essentielles au retour de l'aîné d'un séjour à l'urgence sont notamment le diagnostic posé, les changements médicamenteux, les prescriptions médicales, les investigations menées, la feuille sommaire du médecin de l'urgence et les recommandations (p.ex., surveillances à faire) pour assurer la continuité des soins : « On demande tellement pas la lune ! On veut juste l'info ! » (ÉSLD04).

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 conséquences possibles sur les aînés après un séjour à l'urgence suivant un transfert d'un ÉSLD. Le personnel cadre des ÉSLD et des urgences sont conscients que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés : « (…) surtout quand ils ont (…) un séjour prolongé à l'urgence, qu'ils voient pas la lumière du jour, c'est des petits cubes. C'est pas adapté à la personne âgée. Vraiment pas là. C'est pas un milieu qui est propice » (URG02). Les impacts se manifestent généralement durant le séjour à l'urgence et se poursuivent également une fois le retour de l'aîné à son ÉSLD : « (…) ça les déstabilise, le changement, les brancards, apprendre… C'est beaucoup pour eux » (ÉSLD01). Une participante (ÉSLD05) rapporte même que :

(…) (les) personnes aînées qui sont atteintes de troubles cognitifs, y'a aucun avantage qu'on transfère en urgence. (…) Ça les déstabilise. Mais ça les déstabilise pas nécessairement à l'urgence ; c'est après. Où là, ils comprennent pas parce que personne leur a expliqué. Ils ont un souvenir désagréable, ils pensent que c'est relié à l'environnement dans lequel on les ramène. Ça fait que y'a comme une distorsion qui vient de se faire. (…) qui fait que ça les perturbe pendant longtemps. **»** (ÉSLD05)

Afin de bien représenter ce thème et les répercussions qui surviennent à l'urgence et par la suite à l'ÉSLD, deux sous-thèmes ont été développés.

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

Le personnel cadre de l'urgence était conscient des limites de l'urgence et de l'environnement peu adapté aux besoins des aînés :

À cause du bruit, à cause de moniteurs. Le stimuli, c'est 24 heures sur 24 à l'urgence (…) Pour éviter de les décompenser, pour éviter que 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).

Basé sur leur expérience à l'urgence, un membre du personnel cadre a indiqué que dans les situations où les aînés doivent demeurer à l'urgence pour plusieurs jours : (…) « je ferais même pas ça à un chien. (…) pas de lumière naturelle du tout. Elle (personne âgée) est pas stimulée, elle a pas eu de bain parce qu'on donne pas de douche puis pas de bain à l'urgence » (URG02). Plusieurs complications chez l'aîné ont d'ailleurs été soulevées suivant un séjour à l'urgence, dont les plaies de pression, le déconditionnement et le délirium. Ces complications complexifient davantage la prise en charge des aînés à l'urgence :

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 par le délai

long à l'urgence qu'on peut plus travailler sur la personne âgée pour garder son autonomie au maximum. Y'a une perte de contrôle qui s'engendre assez vite à ce niveau-là. (URG01)

Le personnel cadre des ÉSLD est également conscient des risques d'un séjour à l'urgence pour les aînés que même une participante du milieu des ÉSLD indique à ces résidents et aux familles : « Partez, mais revenez vite ! » (ÉSLD02).

3.2 Retour de l'aîné à l'ÉSLD : « recommencer à zéro »

Le personnel cadre des ÉSLD est également conscient des impacts d'un séjour à l'urgence sur les aînés, car il doit les gérer lorsque l'aîné revient à l'ÉSLD : « (…) puis ça revient avec des plaies (de pression), puis après ça c'est nous qui est pris avec ça » (ÉSLD03). Ces problématiques peuvent contribuer à détériorer davantage la condition clinique de l'aîné : « C'est qu'il y en a qui ne s'en remettent pas, en plus. Et puis ça décline comme ça » (ÉSLD01). Plusieurs perçoivent le retour de l'aîné 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, ah mon dieu, là il peut même plus s'asseoir » (ÉSLD01). Outre les impacts physiques, d'autres ajoutent que le lien relationnel est parfois également rompu suivant la transition à l'urgence : « Mais c'est sûr que y'a un impact, y'a un impact au retour. Parce que dépendamment de la clientèle qui est partie, le lien de confiance est plus là. On a l'impression de recommencer à zéro » (ÉSLD02). Ces répercussions amènent chez le personnel cadre le sentiment que tout est à recommencer tel que vu dans les extraits précédents et celui-ci : « Ils se ramassent à l'hôpital, ils se ramassent en délirium complètement perdus. Donc c'est tout à recommencer par la suite » (ÉSLD03).

Plusieurs ont mentionné qu'ils préféreraient garder l'aîné dans son milieu, en ÉSLD, plutôt que de le transférer à l'urgence, puisqu'ils sont au fait qu'il reviendra avec d'autres problématiques :

> Je pense que la clé du succès c'est de garder nos aînés dans leur établissement. C'est pas bon pour eux non plus, quand ils ont des troubles cognitifs, d'aller se faire voyager, ça les déstabilise. Y'a pas de bénéfice à long terme je pense d'envoyer aux urgences. (ÉSLD05)

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

Ce quatrième thème représente la relation partagée entre les PPA et le personnel soignant des ÉSLD et des urgences. D'une part, le personnel cadre a souligné la contribution importante des PPA aux soins aux aînés que ce soit dans les ÉSLD : « Les proches aidants ils nous sont très utiles parce que ce sont eux qui connaissent le résident » (ÉSLD01) ou à l'urgence :

> Un proche aidant, c'est quelqu'un qui va aider pour l'alimentation, qui va aider pour la mobilité, qui va 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, ce qu'il explique, puis la personne âgée qui est pas tout à fait capable de comprendre tout non plus, qui est fatigué, qui est sur civière puis qui a pas touché au sol depuis douze heures (…) ça peut être intéressant pour ça, pour faire le pont entre l'équipe médicale et le patient. (URG02)

Justement, cette idée que les PPA connaissent bien leur aîné a été soulevé à maintes reprises et est très aidant pour les équipes soignantes afin de pouvoir prodiguer des soins qui répondent aux besoins et aux désirs des aînés, mais également afin de pouvoir les adapter au besoin. Plusieurs ont également mentionné l'idée que les PPA sont les représentants des aînés : « (…) le proche aidant, (c'est) la personne qui va nous dire qui est son parent (...) En apprendre sur la personne. C'est son représentant » (ÉSLD03). C'est le même discours par le personnel cadre de l'urgence : « (…) quand ils (proches aidants) sont là, ils sont aidants, parce qu'ils connaissent l'usager, ils ont des infos, ils vont les stimuler, ça fait que oui, la plupart du temps c'est aidant, On a besoin d'eux » (URG02).

La contribution des PPA est non négligeable, mais la relation partagée entre celles-ci et le personnel soignant doit être entretenue, c'est un effort continu :

> Le proche aidant c'est la personne qui va représenter le résident. (…) c'est vraiment un travail de collaboration avec eux autres. On a besoin d'eux autres, puis eux ont besoin de nous. C'est pas toujours facile. Parce que beaucoup pensent que l'offre de service c'est quasiment du un pour un. Alors que notre réalité c'est pas ça. (ÉSLD02)

Il demeure qu'il y a certains défis dans l'intégration et dans la collaboration avec les PPA. Plusieurs ont mentionné l'importance de les tenir informées de l'état de l'aîné, d'interagir avec elles avec transparence et de les impliquer dans diverses activités au sein des ÉSLD. Le personnel cadre a également soulevé qu'il y avait parfois des enjeux de confiance des PPA envers le personnel soignant des ÉSLD. Par exemple, une participante (ÉSLD02) a évoqué que l'installation de caméras dans les chambres des résidents par les PPA afin de pouvoir surveiller les soins de l'aîné était « à la mode » et que certaines PPA : (…) regardent QUE la caméra, et cherchent que les fautes chez le personnel. Puis à la moindre chose qui se passe (…) ben là, ça rentre par courriel » (ÉSLD02). Une autre participante (ÉSLD04) a soulevé que la collaboration avec les PPA n'était pas toujours facile et qu'il y avait une certaine culture du « blâme » où les interactions entre le personnel soignant et les PPA étaient toujours dans un contexte de récriminations : « On veut essayer d'amener ça autrement. On veut essayer de l'amener, que l'usager avec sa famille fait partie intégrante du continuum de vie » (ÉSLD04). À l'urgence, il a été soulevé que parfois le personnel soignant se percevait jugé par la présence des PPA et considérait leur présence comme pouvant nuire à leur efficacité et vitesse :

> Tu veux pas quelqu'un qui est assis, que tu penses qui te juge, que tu te sens observé juste pour voir ce que tu fais ou quelque chose comme ça (…) Donc je comprends leur point de vue parce que tu veux être efficace, tu veux être efficient dans ce que tu fais, tu veux être

rapide (…) tu veux pas avoir quelqu'un dans les pattes pour qu'il te bloque, que tu manques du temps puis tout ça. (URG01)

La philosophie autour de l'implication des PPA était plus intégrée dans les ÉSLD qu'à l'urgence où des limitations physiques rendaient également l'intégration des PPA difficile : « (…) on n'a pas la place encore une fois non plus pour absorber autant de monde à l'urgence (…) (si) on permet à une ou deux personnes de venir l'aider, je viens de saturer ma place. On n'est pas adapté » (URG01). De même, la participante URG02 indique : « 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). Enfin, le personnel cadre est conscient que la pandémie de la COVID-19 a restreint beaucoup le rôle des PPA, mais en contrepartie le sujet de la proche aidance n'a jamais été autant discuté que depuis cette pandémie : « c'est un drôle de contexte parce qu'on n'a jamais parlé autant de proches aidants que pendant la pandémie (…) » (ÉSLD05).

Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs

Dans un premier temps, les résultats quantitatifs présentent les perceptions du personnel infirmier concernant la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Plusieurs constats ont été tirés et qui ont par la suite été explorés dans la portion qualitative de l'étude. Le tableau 5 présente une matrice qui décrit les principaux constats tirés lors de l'analyse quantitative, le lien entre les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs, ainsi que les conclusions tirées suivant l'intégration de ces deux types de résultats (méta-inférences mixtes). Il est possible de constater que les résultats qualitatifs ont permis de confirmer et d'étendre la portée (expansion) des résultats quantitatifs. Ceci signifie que les résultats qualitatifs ont permis, d'une part, de renforcer les résultats quantitatifs, mais également de pouvoir les expliquer et les contextualiser. Par exemple, dans les résultats quantitatifs, il a été établi que la communication interétablissements ne semblait pas efficace. Par

le biais des résultats qualitatifs, il a alors été possible de confirmer ce constat, mais également de le contextualiser, en réalisant qu'il y avait une absence de processus standardisée pour le transfert de l'information ou qu'il était peu encadré selon les installations. Enfin, aucune divergence n'a été constatée entre les résultats quantitatifs et quantitatifs.

Tableau 5

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

<table>
<tr><th colspan="3">Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)</th><th>Résultats qualitatifs</th><th rowspan="3">Méta-inférences mixtes</th></tr>
<tr><th rowspan="2">Énoncés du questionnaire</th><th colspan="2">Moyenne (Écart-type)</th><th rowspan="2">Thèmes</th></tr>
<tr><th>ÉSLD</th><th>Urgence</th></tr>
<tr><td>Les transferts des aînés des ÉSLD vers l’urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.</td><td>2,80 (1,48)</td><td>3,68 (0,91)</td><td rowspan="2">Thème 1.
Limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici »</td><td rowspan="2">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 milieux (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</td></tr>
<tr><td colspan="3">Constat : 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.</td></tr>
<tr><td>La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l’urgence se fait de manière efficace.</td><td>4,00 (1,16)</td><td>4,00 (0,88)</td><td rowspan="2">Thème 2.
Transfert de l’information : un processus « pas très très fluide »</td><td rowspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">Constat : 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.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)</th><th>Résultats qualitatifs</th><th>Méta-inférences mixtes</th></tr>
<tr><th rowspan="2">Énoncés du questionnaire</th><th colspan="2">Moyenne (Écart-type)</th><th rowspan="2">Thèmes</th><th rowspan="11"></th></tr>
<tr><th>ÉSLD</th><th>Urgence</th></tr>
<tr><td>Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l’autre établissement (ÉSLD ou urgence)</td><td>3,80 (0,92)</td><td>4,00 (0,98)</td></tr>
<tr><td colspan="3">*Constat* : 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.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>3,90 (1,20)</td><td>2,96 (0,96)</td></tr>
<tr><td colspan="3">*Constat* : 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.</td></tr>
<tr><td>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).</td><td>3,70 (1,34)</td><td>3,70 (0,82)</td></tr>
<tr><td colspan="3">*Constat :* 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’aîné (de la part de l’ÉSLD ou de l’urgence).</td></tr>
</table>

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.

<table>
<tr><th colspan="3">Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)</th><th>Résultats qualitatifs</th><th>Méta-inférences mixtes</th></tr>
<tr><th rowspan="2">Énoncés du questionnaire</th><th colspan="2">Moyenne (Écart-type)</th><th rowspan="2">Thèmes</th><th rowspan="3"></th></tr>
<tr><th>ÉSLD</th><th>Urgence</th></tr>
<tr><td>Les transferts des aînés des ÉSLD vers l’urgence se déroule efficacement et sans lacunes.</td><td>3,60 (0,97)</td><td>3,46 (1,03)</td><td rowspan="2">Thème 2.
Transfert de l’information : un processus « pas très très fluide »

et

Thème 3.
Répercussions d’un séjour à l’urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (…) c’est beaucoup pour eux »</td><td rowspan="2">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’aîné 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’aîné à l’ÉSLD.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Constat : 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.</td></tr>
<tr><td>Les PPA sont une source d’information importante sur l’état de santé de l’aîné.</td><td>1,63 (1,06)</td><td>1,56 (0,64)</td><td rowspan="4">Thème 4.
PPA : « on a besoin (d’elles) et (elles) ont besoin de nous »</td><td rowspan="4">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.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Constat : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, les PPA sont des sources importantes d’information sur l’état de santé de l’aîné.</td></tr>
<tr><td>Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.</td><td>2,00 (1,30)</td><td>1,48 (0,51)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Constat : 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.</td></tr>
</table>

Discussion

Cette étude avait pour objectif de décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences de la région de l'Outaouais (Qc) à l'égard de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence. À notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui regroupe à la fois les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences, du personnel cadre et qui aborde le processus complet de transition. Par le biais de cette étude, il a été constaté que les perceptions de ces deux groupes étaient similaires à plusieurs égards et qu'ils semblaient vivre des problématiques semblables, notamment quant au transfert de l'information aux points de transition. D'une part, les perceptions recueillies du personnel infirmier à la phase 1 (quantitative) ont mis la table afin d'identifier les problématiques vécues relatives à ce type de transition. Par la suite, les entrevues réalisées avec le personnel cadre à la phase 2 (qualitative) ont enrichi et expliqué les résultats obtenus à la phase 1 (quantitative). Par le biais de l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs, il a été possible d'enrichir la compréhension des problématiques vécues et de relever le contexte dans lequel le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences doit interagir. L'intégration des deux types de résultats a donc permis de tirer quatre grands constats autour desquels la discussion s'orientera.

Le *premier* constat tiré est que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence semble motivée par l'insuffisance des ressources matérielles ou humaines au sein même des ÉSLD. Ceci rejoint ce qui est relaté dans la littérature où plusieurs auteurs (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) ont indiqué que la présence et la qualité des soins infirmiers dans les ÉSLD, la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS), ainsi que la disponibilité des ressources matérielles (p. ex., ECG, laboratoire, etc.) sont des facteurs qui influencent la décision de transférer ou non un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. D'ailleurs, certaines

études (Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020) suggèrent que les ÉSLD qui sont dotés de professionnels hautement compétents (p.ex., infirmière praticienne spécialisée) et où le personnel infirmier, en nombre suffisant, est soutenu dans son développement professionnel, présentent moins de transfert « évitables » ayant une meilleure capacité à détecter et à prendre en charge les aînés qui présentent des situations aiguës.

Ceci est également reflété dans l'étude présentée dans cet article où les participants de la deuxième phase ont soulevé le fait que les transitions des aînés des CHSLD vers l'urgence étaient moins fréquentes et moins problématiques que la transition des aînés qui provenaient des RI ou des RPA, là où le personnel soignant est davantage composé de préposés aux bénéficiaires ou d'aides-soignants, parfois supervisé par une infirmière ou une infirmière auxiliaire. Gurung et al. (2022) soulèvent justement que les connaissances et l'expérience du personnel infirmier dans les ÉSLD, la perception et la reconnaissance des signes de détérioration chez les aînés, les politiques et les processus internes, ainsi que la présence de conflit au sein de l'équipe de soins sont tous des facteurs influençant la prise de décision des infirmières et infirmiers, la communication et les soins donnés pendant la transition des aînés vers l'urgence. De plus, les participants de cette étude ont indiqué considérer les volontés des aînés dans la prise de décision de transférer, et cela passait généralement par le biais du niveau d'intervention médicale (NIM) préétabli. La littérature soulève que la planification sous-optimale des directives de soins (p. ex. NIM, directives anticipées, etc.) est un facteur qui contribue potentiellement à des transferts et à des hospitalisations qui seraient évitables (Lemoyne et al., 2019; Marincowitz et al., 2022a; Stephens et al., 2020; Unroe et al., 2018).

Lorsque l'on discute de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, il est immanquable d'aborder la question des transferts évitables. Abrahamson et al. (2016) proposent des exemples de

transferts dits évitables, tels que : 1) des transferts secondaires à des changements dans la condition clinique de l'aîné qui aurait pu être prévenu, 2) des transferts réalisés, malgré la présence de soins disponibles à l'ÉSLD, mais qui n'a pas été dispensé, 3) des transferts secondaires à un bris de communication entre le personnel infirmier et médical à l'ÉSLD ou encore, 4) des transferts incompatibles avec les volontés et les soins médicaux préétablis de l'aîné. Il n'existe toutefois aucun consensus quant à une définition de ce qu'est un transfert évitable (Lemoyne et al., 2019; Trahan et al., 2016). Cette dernière est subjective et varie d'étude en étude d'où la grande étendue de transferts évitables qui est de l'ordre de 4- 55 % des transferts (Lemoyne et al., 2019). Cette proportion de transferts évitables peut également s'expliquer par l'hétérogénéité des capacités et des étendues de pratique des ÉSLD, leur emplacement géographique et les mesures et stratégies instaurées dans les ÉSLD pour réduire les transferts évitables (Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). Cet aspect subjectif a également été constaté dans cette étude, où les transferts pouvaient être perçus comme étant évitables chez le personnel cadre de l'urgence, mais ne l'étaient pas nécessairement pour le personnel cadre des ÉSLD ayant des réalités complètement différentes.

Le *deuxième* constat de cette étude est que le transfert de l'information entre les ÉSLD et les urgences est inefficace et nuit à 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, ce qui est une conclusion également tirée dans la littérature scientifique (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Reilly et al., 2019). Dallaire et al. (2018) ont indiqué que les moyens de communication entre le personnel soignant des ÉSLD et des urgences sont jugés inefficaces, et que seulement 35 % du personnel soignant des ÉSLD et du personnel paramédical rapporteraient de façon complète l'information à l'urgence. Après la revue de 474 dossiers, Gettel et al. (2019) indiquent que près de tous les aînés qui arrivaient à l'urgence d'un ÉSLD étaient accompagnés par de la documentation, mais l'information était manquante,

notamment quant à la raison de transfert (25%), l'état mental de base (25%), le diagnostic de démence (23 %) et l'état fonctionnel de base (20 %). Tate et al. (2023) abondent dans le même sens et soulèvent dans leur étude que le tiers des transferts d'aînés des ÉSLD vers l'urgence présentaient des problèmes de documentation. Comme mentionné par les participants de la deuxième phase de l'étude, lorsque les aînés arrivent à l'urgence, ils sont pris en charge par un personnel soignant qui ne connaît ni leur état habituel ni leurs désirs. D'ailleurs, les aînés peuvent présenter des symptômes atypiques, même pour de sérieuses conditions de santé, une documentation précise et pertinente qui est rapidement accessible, lisible et organisée de façon concise est nécessaire pour diriger efficacement les soins (Griffiths et al., 2014; Tate et al., 2023).

O'Reilly et al. (2019) recommandent justement l'usage d'un document standardisé qui est convivial à utiliser, de préférence sous forme électronique, avec l'information considérée la plus pertinente en avant-plan afin de guider les décisions et les interventions à l'urgence. Les participants des deux phases de l'étude ont révélé une variabilité dans la façon de transmettre l'information vers l'urgence, ce qui est certainement à l'origine de plusieurs des problématiques vécues. Ces mêmes auteurs proposent que les informations relatives à l'état de santé, aux informations propres à l'aîné (p.ex., photo de l'aîné, date de naissance, etc.), son état fonctionnel et psychologique soient rapportés, ainsi que les informations qui sont centrées sur les besoins et les particularités de la personne, telles que sa routine normale, ses préférences alimentaires et son nom de préférence (O'Reilly et al., 2019). En effet, souvent la documentation standardisée est conçue pour répondre aux besoins des professionnels de la santé plutôt que ceux de la personne âgée (O'Reilly et al., 2019). Les propos des participants de l'étude rejoignent également ce qui est rapporté dans Gettel et al. (2019), soit que l'information parfois contenue dans le document de transfert standardisé manque de spécificité et n'est pas adaptée au contexte de l'urgence et aux décisions qui doivent y être prises. La recherche de l'information et le besoin de clarification de

celle-ci influencent le trajet de l'aîné à l'urgence en augmentant à la fois les délais pour les traitements, et conséquemment, le temps de séjour à l'urgence d'où l'importance accordée par les participants de l'étude à cet aspect particulier (Dwyer et al., 2014; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Neill et al., 2015 ; Peguero-Rodriguez et al. 2021). Enfin, le transfert de l'information a également été soulevé comme étant une problématique importante par les participants de l'étude qui provenaient des ÉSLD, soit au retour de l'aîné de l'urgence. À notre connaissance, aucune étude n'a été recensée sur les problématiques vécues par le personnel infirmier des ÉSLD au retour de l'aîné quant à l'accès à l'information. La présente étude permet de combler cette lacune en présentant le besoin d'avoir un processus structuré de transfert de l'information, et ce, même au retour de l'aîné à l'ÉSLD.

Le *troisième constat* est celui que les urgences ne sont pas adaptées aux besoins et aux particularités de la population aînée et de leur PPA (p.ex., long délai d'attente, luminosité, bruit continu, manque de routine). Les participants ont relevé plusieurs répercussions associées à un séjour à l'urgence pour l'aîné, telles que du délirium, du déconditionnement et des plaies de pression. Ce constat est également vastement partagé dans la littérature scientifique (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019 ; Peguero-Rodriguez et al., 2023); c'est pourquoi dans les dernières années de nombreuses initiatives sont nées afin d'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 répondu à une série de lignes directrices (American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergeny Nurses Association & Society for Academic Emergency Medicine, 2013). De même, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait paraître un cadre de référence afin que les urgences puissent adapter leurs soins et services aux aînés et à leur PPA MSSS, 2022). Dans ce cadre, on retrouve des recommandations telles que de limiter les stimuli

sonores, d'adapter la luminosité au fil de la journée, de respecter le sommeil de l'aîné et propose une série d'outils cliniques pour le dépistage notamment de la perte d'autonomie, de la fragilité et du délirium (MSSS, 2022). Par ailleurs, le cadre de référence aborde la continuité des soins, dont celle avec les ÉSLD, et l'importance d'avoir une communication bidirectionnelle entre ces deux milieux (MSSS, 2022). Ce cadre propose même un formulaire structuré pour assurer la communication avant et après le transfert entre les urgences et les ÉSLD. Il n'en demeure pas moins que ceci est un cadre de référence et qu'aucune obligation n'est émise. Par exemple, 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 aux lignes directrices est constaté (Southerland et al., 2020). Par conséquent, les efforts doivent se poursuivre, quitte à rendre les établissements redevables. Il est donc possible d'imaginer qu'un respect des lignes directrices diminuerait les conséquences auprès des aînés, tel que celles soulevées par les participants des deux phases de l'étude, et améliorait par le fait même la qualité des soins.

Le *quatrième et dernier constat* de cette étude est que la présence des PPA est considérée comme importante tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence, mais ceci présente non moins certains défis. Les participants des deux phases ont indiqué que les PPA étaient perçues comme des partenaires dans les soins et qu'elles étaient utiles dans la planification et dans la prestation des soins aux aînés. Au Québec, le rôle et la contribution des PPA est officiellement reconnue depuis 2020 avec l'adoption de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA de laquelle découle la politique nationale pour les PPA et le plan d'action gouvernemental 2021-2026 (MSSS, 2021a; MSSS, 2021b). Dans le plan d'action gouvernemental, on y présente quatre grands axes, dont l'axe 3 qui porte sur le développement de services de santé et de services sociaux dédiés aux PPA dans une approche basée sur le partenariat MSSS, 2021b). Les éléments soulevés par les participants, tels que faire participer les PPA dans la planification et la prestation des soins, considérer l'expertise

des PPA et respecter les besoins des PPA sont tous des objectifs ciblés par le plan d'action gouvernemental (MSSS, 2021b). Ces principes semblent donc être partagés par les participants à l'étude, toutefois ils semblent parfois être difficiles à appliquer. Comme soulevé par les participants, il existe à l'occasion un écart entre ces grands principes et le contexte clinique dans lequel ils doivent les appliquer. Par exemple, souvent l'environnement physique de l'urgence ne permet pas d'accueillir les PPA au chevet de l'aîné.

Par ailleurs, il est important de sensibiliser le personnel soignant quant à la bientraitance des PPA. En effet, certaines pratiques qui découlent parfois des limites organisationnelles ou du manque de ressources du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) font en sorte que certains comportements ou actions du personnel soignant deviennent source de maltraitance envers les PPA (Éthier et al., 2020, 2022). Notons particulièrement l'imposition du rôle de PPA et la sur-responsabilisation, la normalisation de leur rôle, nier leurs besoins, porter des jugements sur leur façon de faire, nier leur expertise et leur contribution familiale (Éthier et al., 2020, 2022). De plus, dans une étude qui portait sur les perceptions des PPA lors de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence, Peguero-Rodriguez et al. (2024) ont soulevé plusieurs problématiques, dont le fait que l'expertise des PPA n'était pas reconnue durant cette transition et que leurs besoins n'étaient pas considérés (Peguero-Rodriguez et al., 2024). Ces manifestations de maltraitance proviennent des institutions (Éthier et al., 2022). À cet égard, des efforts de sensibilisation envers le personnel soignant sont nécessaires, afin de pouvoir contribuer à une culture de confiance et de bientraitance envers les PPA.

Enfin, comme indiqué par Meleis et al. (2000), les transitions créent une période de vulnérabilité où les risques pour la santé sont plus élevés. Un des concepts centraux de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) est les interventions infirmières qui influencent le déroulement et le dénouement des transitions vécues. En congruence avec les postulats de la théorie des

transitions, la présente étude met de l'avant l'importance de considérer le rôle infirmier au sein du processus transitionnel des aînés des ÉSLD vers l'urgence et l'impact de celui-ci sur les transitions vécues par les aînés et leur PPA.

Le tableau 6 présente les recommandations qui découlent de cette étude et qui touchent la formation, la pratique clinique et la recherche infirmière.

Tableau 6

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

Axes	Recommandations

Formation	**Formation initiale**
	Il est recommandé de :
	• Sensibiliser et outiller les futurs professionnels de la santé :
	  o Sur les approches adaptées aux aînés dans divers contextes, notamment dans les ÉSLD et à l'urgence.
	  o 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
	Il est recommandé aux ÉSLD et aux urgences d':
	• 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): *Il est recommandé de* : • 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).

Axes	Recommandations
	• 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: *Il est recommandé d'/de* : • Adopter les principes des urgences gériatriques, dont : o Adapter l'environnement physique aux besoins des aînés et afin d'assurer leur confort et celui de leur PPA. o Assurer des soins de base chez les aînés (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation). o Utiliser des outils validés pour évaluer les différents risques chez les aînés (p.ex., chute, délirium) et les syndromes gériatriques. o Prodiguer des soins aux aînés via une équipe multidisciplinaire (p.ex., médecin, infirmière spécialisée en gériatrique, travailleur social et physiothérapeute). o Inclure les PPA lors de la planification des congés à l'urgence. o 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	*Il est recommandé d'/de* : o Reproduire cette étude dans d'autres régions du Québec et du Canada, afin d'établir un portrait général de la situation. o 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. o Encourager le recrutement de préposés aux bénéficiaires, d'aide-soignant, ainsi que le personnel infirmier des ÉSLD, dont des résidences privées pour aînés.

Axes	Recommandations
	o 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.

Limites

La taille de l'échantillon de l'étude est restreinte, ce qui a limité les analyses statistiques et la portée des résultats. Ces derniers doivent être interprétés avec prudence. De plus, cette étude a seulement inclus les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences d'une seule région administrative au Québec. En contrepartie, les résultats présentés sont corroborés par plusieurs études publiées. Par ailleurs, il faut considérer que le recrutement des participants s'est réalisé durant la pandémie de la COVID-19, ainsi l'équipe de recherche s'est butée à plusieurs obstacles, dont une impossibilité de se présenter dans les milieux pour recruter. Considérant ce contexte, tous les efforts nécessaires et possibles ont été déployés, dont une modification du protocole de recherche. Enfin, il est possible que le contexte pandémique ait influencé les perceptions du personnel infirmier et cadre. Certains événements relatés par les participants se sont 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 résultats combinent à la fois les perceptions du personnel des ÉSLD et des urgences, ce qui permet de les contraster et de mettre de l'avant la réalité de chacun de ces milieux. Il a été constaté que les perceptions étaient similaires entre le personnel infirmier de ces deux milieux, 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 notamment 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 et la diminution de ce type de transition.

Appendice - Données supplémentaires

Perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public (n =10) et des urgences (n = 28) sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence

obtenues par le biais du questionnaire en ligne

#	Énoncés	Nombre total de répondants [a] (n)		Tout à fait en accord n (%)[b]		Plutôt en accord n (%)[b]		Ni en accord ni en désaccord n (%)[b]		Plutôt en désaccord n (%)[b]		Tout à fait en désaccord n (%)[b]	
		ÉSLD	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence
Énoncés communs dans les deux questionnaires (ÉSLD et urgence)													
1.	Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroule efficacement et sans lacune	10	28	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	8 (28,6)	1 (10,0)	2 (7,1)	6 (60,0)	15 (53,6)	1 (10,0)	3 (10,7)
2.	La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace	10	27	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	4 (14,8)	4 (40,0)	13 (48,2)	4 (40,0)	8 (29,6)
3.	Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement (urgence ou ÉSLD).	10	28	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	4 (14,3)	2 (20,0)	1 (3,6)	5 (50,0)	14 (50,0)	2 (20,0)	9 (32,1)
4.	L'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente (p.ex., niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé, etc.) lors du transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est/serait bénéfique	10	28	6 (60,0)	18 (64,3)	2 (20,0)	7 (25,0)	0 (0,0)	2 (7,1)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)
5.	Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités	10	28	3 (30,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (3,57)	2 (20,0)	5 (17,9)	3 (30,0)	15 (53,6)	1 (10,0)	4 (14,3)
6.	Le personnel infirmier de l'autre établissement est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.	10	28	1 (10,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	6 (21,4)	1 (10,0)	12 (42,9)	5 (50,0)	9 (32,1)	0 (0,0)	1 (3,6)
7.	Davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder au transfert	10	28	4 (40,0)	15 (53,6)	3 (30,0)	13 (46,4)	3 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
8.	La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé de l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins	10	27	2 (20,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	11 (40,7)	1 (10,0)	6 (22,2)	3 (30,0)	8 (29,6)	4 (40,0)	1 (3,7)
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)	10	27	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	2 (7,4)	1 (10,0)	8 (29,6)	2 (20,0)	13 (48,2)	4 (40,0)	4 (14,8)
10.	Les PPA sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné	8	27	5 (62,5)	14 (51,9)	2 (25,0)	11 (40,7)	0 (0,0)	2 (7,4)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
11.	Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les désirs de leur aîné lors du processus de transfert vers l'urgence	8	27	4 (50,0)	14 (51,9)	2 (25,0)	13 (48,2)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
12.	Les PPA sont bien préparées pour prendre soin et accompagner leur aîné durant le processus de transfert vers l'urgence	8	27	0 (0,0)	4 (14,8)	1 (12,5)	1 (3,7)	3 (37,5)	7 (25,9)	2 (25,0)	13 (48,1)	2 (25,0)	2 (7,4)
13.	Les PPA des aînés qui transfèrent des ÉSLD vers l'urgence utilisent des stratégies adéquates pour faire	8	27	0 (0,0)	1 (3,7)	2 (25,0)	9 (33,3)	1 (12,5)	9 (33,3)	3 (37,5)	7 (25,9)	2 (25,0)	1 (3,7)

#	Énoncés	Nombre total de répondants [a] (n)		Tout à fait en accord n (%)[b]		Plutôt en accord n (%)[b]		Ni en accord ni en désaccord n (%)[b]		Plutôt en désaccord n (%)[b]		Tout à fait en désaccord n (%)[b]	
		ÉSLD	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence
	face à leur situation (p.ex., gérer leur stress, obtenir de l'information, etc.)												
14.	Les PPA partagent des relations harmonieuses avec leur aîné qui demeure dans un ÉSLD	8	27	1 (12,5)	1 (3,7)	3 (37,5)	18 (66,7)	4 (50,0)	8 (29,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
15.	Les PPA des aînés qui transfèrent des ÉSLD vers l'urgence présentent du stress et du fardeau	7	27	2 (28,6)	1 (3,7)	1 (14,3)	8 (29,6)	3 (42,9)	10 (37,0)	1 (14,3)	8 (29,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
16.	Il est important de soutenir les PPA dans le contexte du transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence	8	27	5 (62,50)	7 (25,9)	3 (37,5)	14 (51,8)	0 (0,0)	6 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
17.	Je détiens les aptitudes nécessaires et je me sens à l'aise de soutenir les PPA dans le contexte du transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence	8	27	3 (37,5)	4 (14,8)	4 (50,0)	14 (51,9)	1 (12,5)	6 (22,2)	0 (0,0)	3 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
18.	Les PPA des aînés qui transfèrent vers l'urgence comprennent ma charge de travail et les différentes responsabilités auxquelles je dois faire face	8	27	1 (12,5)	1 (3,7)	1 (12,5)	6 (22,2)	2 (25,0)	2 (7,4)	2 (25,0)	12 (44,4)	2 (25,0)	6 (22,2)
	Énoncés propres au questionnaire destiné au personnel infirmier des ÉSLD												
19.	Je dispose de l'aide nécessaire lorsque vient le temps de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence	10	-	2 (20,0)	-	2 (20,0)	-	4 (40,0)	-	1 (10,0)	-	1 (10,0)	-
20.	J'ai toujours accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour m'aider à prendre la décision de transférer un aîné vers l'urgence	10	-	2 (20,0)	-	3 (30,0)	-	0 (0,0)	-	1 (10,0)	-	4 (40,0)	-
21.	Je possède les outils nécessaires pour prendre une décision éclairée quant au transfert d'un aîné vers l'urgence	10	-	2 (20,0)	-	5 (50,0)	-	2 (20,0)	-	0 (0,0)	-	1 (10,0)	-
22.	Je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'aîné au médecin traitant de l'ÉSLD	10	-	1 (10,0)	-	6 (60,0)	-	1 (10,0)	-	0 (0,0)	-	2 (20,0)	-
23.	Je suis à l'aise de prendre soins des aînés qui nécessitent un transfert à l'urgence	10	-	7 (70,0)	-	3 (30,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
24.	Lors de mes interactions avec le personnel de l'urgence, je me sens écouté(e) et respecté(e)	10	-	1 (10,0)	-	0 (0,0)	-	3 (30,0)	-	5 (50,0)	-	1 (10,0)	-
25.	Il est important que le personnel soignant de l'urgence communique verbalement ou à l'écrit avec le personnel soignant des ÉSLD suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé	10	-	10 (100,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
26.	Les PPA doivent être consultées avant de décider de transférer un aîné vers l'urgence	8	-	3 (37,5)	-	2 (25,0)	-	1 (12,5)	-	2 (25,01)	-	0 (0,0)	-
27.	Les PPA possèdent les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel menant au transfert d'un aîné vers l'urgence	8	-	1 (12,5)	-	3 (37,5)	-	2 (25,0)	-	1 (12,5)	-	1 (12,5)	-
28.	Les PPA peuvent être un obstacle aux soins à prodiguer aux aînés qui nécessitent un transfert à l'urgence	8	-	1 (12,5)	-	0 (0,0)	-	4 (50,0)	-	1 (12,5)	-	2 (25,0)	-
29.	Les PPA ont confiance en mon jugement clinique	8	-	3 (37,5)	-	5 (62,5)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-

#	Énoncés	Nombre total de répondants [a] (n)		Tout à fait en accord n (%)[b]		Plutôt en accord n (%)[b]		Ni en accord ni en désaccord n (%)[b]		Plutôt en désaccord n (%)[b]		Tout à fait en désaccord n (%)[b]	
		ÉSLD	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence
30.	Je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'état de l'aîné aux PPA	8	-	4 (50,0)	-	4 (50,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-
31.	Les PPA influencent ou encouragent parfois le transfert vers l'urgence, même si cela ne semble pas justifié	8	-	2 (25,0)	-	4 (50,0)	-	1 (12,5)	-	1 (12,5)	-	0 (0,0)	-
Énoncés propres au questionnaire destiné au personnel infirmier des urgences													
32.	Il est important de communiquer verbalement avec le personnel soignant des ÉSLD suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé	-	27	-	14 (51,9)	-	11 (40,7)	-	2 (7,4)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
33.	Il est important de communiquer à l'écrit avec le personnel soignant des ÉSLD suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé	-	27	-	7 (25,9)	-	11 (40,7)	-	6 (22,2)	-	1 (3,7)	-	2 (7,4)
34.	Je dispose du temps nécessaire à l'urgence pour évaluer et prodiguer des soins de qualité aux aînés qui ont été transférés des ÉSLD	-	27	-	1 (3,7)	-	5 (18,5)	-	8 (29,6)	-	10 (37,0)	-	3 (11,1)
35.	Les soins de base (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation) sont adéquatement offerts et prodigués à l'urgence	-	27	-	0 (0,0)	-	5 (18,5)	-	4 (14,8)	-	16 (59,3)	-	2 (7,4)
36.	La clientèle aînée qui provient des ÉSLD est aussi importante et nécessite autant de soins que les autres patients de l'urgence	-	27	-	14 (51,8)	-	9 (33,3)	-	2 (7,4)	-	1 (3,7)	-	1 (3,7)
37.	Les aînés qui ont été transférés des ÉSLD vers l'urgence représente une clientèle vulnérable	-	27	-	15 (55,6)	-	13 (48,2)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
38.	Une approche interdisciplinaire est nécessaire pour une prise en charge efficace des aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence	-	27	-	14 (51,9)	-	13 (48,1)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
39.	Les PPA doivent être incluses dans le processus décisionnel relatif aux choix des investigations et des traitements à l'urgence	-	27	-	11 (40,7)	-	14 (51,9)	-	2 (7,4)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
40.	Les PPA sont utiles à l'urgence	-	27	-	7 (25,9)	-	13 (48,2)	-	6 (22,2)	-	0 (0,0)	-	1 (3,7)
41.	Il est important de donner régulièrement de l'information sur les investigations et les traitements en cours aux aînés et à leur PPA durant leur séjour à l'urgence	-	27	-	8 (29,6)	-	18 (66,7)	-	1 (3,7)	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
42.	Les PPA sont bien informés des investigations et des traitements en cours (ou à venir) pour leur aîné qui est à l'urgence	-	27	-	0 (0,0)	-	6 (22,2)	-	4 (14,8)	-	16 (59,3)	-	1 (3,7)
43.	Il est de la responsabilité des PPA de demander au personnel de l'urgence de l'information sur l'état de santé de leur aîné qui a été transféré d'un ÉSLD	--	27	-	5 (18,5)	-	13 (48,2)	-	5 (18,5)	-	3 (11,1)	-	1 (3,7)
44.	Les PPA peuvent s'occuper des soins de base des aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence	-	27	-	10 (37,0)	-	12 (44,4)	-	3 (11,1)	-	2 (7,4)	-	0 (0,0)

#	Énoncés	Nombre total de répondants [a] (n)		Tout à fait en accord n (%)[b]		Plutôt en accord n (%)[b]		Ni en accord ni en désaccord n (%)[b]		Plutôt en désaccord n (%)[b]		Tout à fait en désaccord n (%)[b]	
		ÉSLD	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence	ÉSDL	Urgence
45.	Les PPA constituent un filet de sécurité pour les aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence	-	27	-	14 (51.9)	-	9 (33,3)	-	3 (11,1)	-	1 (3,7)	-	0 (0,0)
46.	Les PPA peuvent être un obstacle aux soins à prodiguer aux aînés qui ont été transférés des ÉSLD	-	27	-	1 (3,7)	-	8 (29.6)	-	11 (40,7)	-	7 (25,9)	-	0 (0,0)

[a] Le nombre total de répondants varie selon les énoncés, car certains participants n'ont pas répondu volontairement à certaines questions.
[b] Les totaux peuvent ne pas être égaux à 100 % en raison de l'arrondissement des chiffres.

Références

Abrahamson, K., Bernard, B., Magnabosco, L., Nazir, A. & Unroe, K. T. (2016). The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. *BMC Geriatrics*, *16*(1), Article 184. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0359-2

American College of Emergency Physicians, The Amerian 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

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2020). *Demande d'accès à l'information 20-DA-22* [document inédit].

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* (2e éd.). Lawrence Erlbaum Associates.

Comissaire à la santé et au bien-être. (2017, 19 décembre). *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* (3e 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), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.refiri.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/gs1.169.0065

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), e348-e355. 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, mai). *Portrait des personnes aînées au Québec - Portrait complet*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-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* (6e 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/jbisrir-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), e437-e447. 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, avril). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (Publication nº 21-835-01W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000

Ministère de la santé et des services sociaux. (2021b, octobre). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 - Reconnaître pour mieux soutenir* (Publication nº 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 nº 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

Onwuegbuzie, A. J. & Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report, 12*(2), 281-316. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638

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.refiri.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

Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2024). Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude de type méthodes mixtes [article soumis pour publication]. *Soins Gérontologie*.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11e éd.). Wolters Kluwer.

Shajani, Z. & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions* (8e éd.). F. A. Davis

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2021, 8 juillet). *Enquête sur les résidences pour personnes âgées de 2021 : apprenez-en davantage.* https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/lobservateur-du-logement/2021/les-resultats-de-lerpa-de-2021-sont-arrives

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/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

Chapitre 6. Discussion intégrée

La thèse de doctorat portait sur la transition des aînés et de leur personne proche aidante (PPA) des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence, et ce, sous l'angle de la littérature scientifique, ainsi que des perceptions des PPA, du personnel infirmier et cadre. Dans ce chapitre, une synthèse des résultats des trois parties du projet de recherche doctorale (article nº 1, chapitre 3 et articles nº 2 et nº 3, chapitre 5) sera présentée, suivi par une discussion de la façon dont ceux-ci contribuent à la littérature existante et par un retour sur le cadre théorique. Enfin, le chapitre se terminera par les implications de ce projet de recherche doctorale pour les sciences infirmières, ainsi que par une conclusion.

Synthèse des résultats de la thèse doctorale

Partie 1 – Examen de la portée sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence

En suivant le cadre d'Arksey et O'Malley (2005), un examen de la portée (n = 19) a été mené sur l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence (article nº 1, chapitre 3) (Peguero-Rodriguez et al., 2023). À la suite d'une analyse de contenu qualitative effectuée selon la méthode d'Elo et Kyngas (2008), quatre catégories ont été identifiées pour représenter l'expérience des familles d'aînés à l'urgence, soit : 1) processus menant à l'urgence; 2) être à l'urgence; 3) recevoir un congé de l'urgence; et 4) recommandations et pistes de solutions. Cet examen de la portée a mis de l'avant l'important rôle que jouent les familles qui accompagnent un aîné à l'urgence. Il a été relevé que la transition vécue par les familles est intimement reliée à celle des aînés qu'elles accompagnent. L'expérience des familles est influencée par plusieurs facteurs qui touchent directement leur séjour à l'urgence (p.ex. aménagement de l'urgence), mais également la période qui précède (p.ex. accès à des soins de premières lignes) et qui suit ce séjour à l'urgence

(p.ex. planification du congé). Enfin, le peu d'articles répertoriés sur le sujet suggère un domaine de recherche sous-exploré. L'étude réalisée auprès des personnes proches aidantes (PPA) a été entreprise afin de répondre à cette lacune (article nº 2, chapitre 5).

Partie 2 – Étude à devis mixte concomitant auprès de PPA d'aînés qui ont vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence

Une étude à devis mixte concomitant à prédominance qualitative a été menée afin de décrire les perceptions des PPA qui ont vécu la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais (article nº 2, chapitre 5) (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). Les données qualitatives ont été collectées via des entrevues semi-dirigées en vidéoconférence et les données quantitatives via un questionnaire en ligne. Ce dernier a collecté des données sociodémographiques, ainsi que des données sur la relation entre la PPA et son aîné, et a servi à procéder à la mesure de la qualité des relations interpersonnelles (ÉQRI), des stratégies de coping utilisées (CAMI), du niveau de fardeau (ZBI-12), et du niveau de préparation au rôle de PPA (PCS). Au total, 12 PPA ont participé à cette étude. Suivant une analyse thématique inductive (Braun & Clarke, 2006, 2022), 10 thèmes ont été développés et structurés sous quatre thèmes globaux (*overarching themes*), soit : 1) la phase pré-urgence : là où tout débute ; 2) la phase per-urgence : là où tout prend forme ; 3) la phase post-urgence : là où tout se conclut ou se complique; et 4) les rôles des PPA auprès de l'aîné : là où tout prend son sens. Les thèmes développés mettent de l'avant les perceptions des PPA relativement à l'organisation et à la prestation des soins dans les ÉSLD, au processus décisionnel menant à la transition de leur aîné à l'urgence, à l'environnement de l'urgence, à la communication avec le personnel soignant, au fonctionnement de l'urgence et à la planification des congés à l'urgence. Par exemple, les PPA perçoivent qu'il y a un manque de personnel qualifié dans les ÉSLD, que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés, que la communication et les interactions avec le personnel de l'urgence sont plutôt

difficiles et qu'elles ne sont pas incluses dans la planification des congés. Les PPA se perçoivent également jouer trois principaux rôles durant cette transition, soit celui d'expert de leur aîné, d'accompagnateur et d'allié, ainsi que celui de défenseur des intérêts et des besoins des aînés. En complémentarité, les résultats quantitatifs ont établi que les PPA de l'étude avaient des relations interpersonnelles satisfaisantes avec leur aîné ($\overline{X}$ = 12,50; *É.T.* = 3,90), leur famille ($\overline{X}$ = 12,25; *É.T.* = 4,64) et leur amis ($\overline{X}$ = 13,58; *É.T.* = 3,20). Elles utilisaient en moyenne 10 (*É.T.* = 3,8) stratégies de coping différentes, avaient un niveau de fardeau sévère ($\overline{X}$ = 14,67; *É.T.*= 8,7) et s'estimaient bien préparés pour jouer leur rôle de PPA ($\overline{X}$ = 2,68; *É.T.* = 0,73).

L'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs a permis de mieux comprendre les PPA à l'étude et de contextualiser les scores obtenus via les instruments de mesure. Cette étude révèle que les perceptions des PPA sont plutôt négatives à l'égard de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Étant donné que les PPA sont souvent le maillon qui assure la continuité des soins des aînés, il est primordial de reconnaitre leur expertise, d'évaluer leurs besoins et d'y répondre. D'ailleurs, par leurs interventions, les infirmières et infirmiers influencent le déroulement des transitions vécues par les aînés et leur PPA. L'étude réalisée auprès du personnel infirmier et cadre a donc été menée afin de brosser leur portrait de la situation (article nº 3, chapitre 5).

Partie 3 – Étude à devis mixte séquentiel explicatif auprès du personnel infirmier et cadre quant à leurs perceptions sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence

Une étude à devis mixte séquentiel explicatif a été réalisée pour décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre à l'égard de la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence dans la région de l'Outaouais (article nº 3, chapitre 5) (Peguero-Rodriguez et al., 2024b). Cette étude était divisée en deux phases, la première était quantitative et la deuxième qualitative. Lors de la phase 1 (QUAN), un questionnaire en ligne a été distribué au personnel infirmier des ÉSLD

(n = 10) et des urgences (n = 28) afin de connaître leurs perceptions sur le sujet à l'étude. Suivant les analyses statistiques, il est possible d'indiquer que le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences partagent des perceptions similaires et considèrent que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence est inefficace, et que la communication interétablissements est inefficiente. Les résultats de la phase 1 (QUAN) ont permis le développement du guide d'entrevue pour la phase 2 (qual) où des entrevues semi-dirigées individuelles en vidéoconférence ont été menées auprès de sept personnes (n = 5 des ÉSLD et n = 2 des urgences) provenant du personnel cadre de ces deux milieux. Suivant une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006, 2022), quatre principaux thèmes ont été développés : 1) les limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici » ; 2) le transfert de l'information : processus « pas très très fluide » ; 3) les répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (…) c'est beaucoup pour eux; et 4) les PPA : « on a besoin (d'elles) puis (elles) ont besoin de nous ».

L'intégration des résultats quantitatifs (phase 1) et des résultats qualitatifs (phase 2) a permis de tirer quatre principaux constats : 1) la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence semble être principalement influencée par l'insuffisance des ressources matérielles et humaines au sein des ÉSLD; 2) le transfert de l'information entre les ÉSLD et les urgences est inefficace et par conséquent nuit à la continuité des soins; 3) les urgences ne sont pas adaptées aux besoins et aux particularités des aînés et de leur PPA; et 4) la présence des PPA est importante tant dans les ÉSLD que dans les urgences, cependant leur intégration dans la transition présente des défis. Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance du rôle infirmier dans la coordination et la continuité des soins ainsi que dans l'intégration et le bien-être des PPA lors de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence.

Résultats de la thèse dans le contexte de la littérature

Les trois parties du projet de recherche doctorale (articles nº 1, nº 2, et nº 3) ci-décrites sont complémentaires les unes aux autres. Leurs résultats convergent et se supplémentent, ce qui permet d'accroître la compréhension du sujet à l'étude. Dans cette section, il sera question de la façon dont l'intégration de ces résultats contribue plus globalement à la littérature existante. D'une part, les résultats de ces études mettent de l'avant que la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence est un processus transitionnel qui est composé de trois phases pré-, per-, et post-urgence) et qui est influencé par plusieurs facteurs. D'autre part, ces études démontrent la pertinence de la présence des PPA et des multiples rôles qu'elles jouent lors de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Malgré l'importance de leur rôle, les PPA ont vécu de la maltraitance durant cette transition, accentuant ainsi l'importance du concept de bientraitance. Un retour sur le cadre théorique est également proposé, afin de présenter la façon dont les résultats de la thèse s'inscrivent dans ce cadre et comment ceux-ci permettent de l'enrichir.

Transition multiphasique et multifactorielle

Tout d'abord, les résultats du projet de recherche doctorale révèlent que la transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence est multiphasique. Dans la partie 1 (examen de la portée, article nº 1) et dans la partie 2 (PPA, article nº 2), il a été possible de mettre de l'avant que cette transition peut être divisée en trois phases, soit les phases pré-, per-, et post-urgence (Peguero-Rodriguez et al., 2023, 2024a). Ces phases représentent des moments précis de la transition et permettent de relever ce que les aînés et leur PPA vivent dans chacune d'entre elles, ainsi que les facteurs qui les influencent. Justement, l'examen de la portée (article nº 1) a soulevé de nombreux facteurs qui influençaient l'expérience des familles qui accompagnaient un aîné à l'urgence, tels que l'accès à des soins de première ligne en communauté, le processus de triage, l'environnement de l'urgence et la planification des congés de l'urgence (Peguero-Rodriguez et al., 2023). De même,

dans la partie 2 du projet de recherche doctorale (PPA, article nº 2), d'autres facteurs ont été identifiés qui influençaient le déroulement des transitions vécues par les aînés et les PPA, dont la qualité de la relation partagée avec le personnel soignant dans les ÉSLD, et la qualité de la communication et des interactions avec le personnel soignant de l'urgence (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). Enfin, dans la partie 3 du projet de recherche doctorale (personnel infirmier et cadre, article nº 3), des facteurs additionnels ont été repérés comme les ressources matérielles et humaines en quantité et en qualité suffisante, ainsi que la qualité de la communication interétablissements (Peguero-Rodriguez et al., 2024b). Certains facteurs communs ont d'ailleurs été relevés dans les trois parties du projet de recherche doctorale (p. ex. l'aménagement de l'urgence).

Les facteurs identifiés qui influencent les transitions vécues par les aînés et leur PPA entre les ÉSLD et l'urgence peuvent être regroupés sous les trois phases de la transition, soit les phases pré-, per-, et post-urgence (voir tableau 6.1). Il est également à mentionner que ces facteurs peuvent être à la fois considérés comme des obstacles ou des facilitateurs à la transition susmentionnée. À titre d'illustration, l'environnement de l'urgence peut s'avérer un obstacle si ce dernier n'est pas adapté aux besoins des aînés et de leur PPA (p. ex. espace limité, achalandage, bruits constants, etc.). En contrepartie, il peut s'avérer un facilitateur s'il est adapté (p. ex. chaise disponible pour PPA, adaptation de la luminosité, limitation des stimuli sonores, etc.). Ces différents facteurs sont étayés par la littérature scientifique (Abrahamson et al., 2016; Bracken-Scally et al., 2021; Cetin-Sahin et al., 2020; Dallaire et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Fry et al., 2021; Marincowitz et al., 2022a; Morphet et al., 2015; Searle et al., 2023; Stephens et al., 2020; Trahan et al., 2016).

Dans chacun des articles individuels rédigés dans le cadre de cette thèse de doctorat, la majorité de ces facteurs ont été discutés dans les sections « Discussion » de ces articles (articles nº 1, nº 2 et nº 3). Il sera donc question ici d'éléments complémentaires à ceux qui ont été abordés dans les articles individuels.

Tableau 6.1

Facteurs influençant la transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence et communément identifiés dans les trois parties du projet de recherche doctorale

Pré-urgence Période à l'ÉSLD qui précède et qui mène vers la transition à l'urgence	**Per-urgence** Période dans laquelle l'aîné et sa PPA se retrouvent à l'urgence	**Post-urgence** Période dans laquelle l'aîné et sa PPA quittent l'urgence et retournent à l'ÉSLD d'origine

• Qualité de la relation entre le personnel soignant de l'ÉSLD et les PPA [2,3]
• Accès des aînés et de leur PPA à des soins de première ligne [1, 2, 3]
• Quantité et disponibilité des ressources matérielles présentes [3]
• Qualité et quantité des ressources humaines présentes [2,3]
• Établissement du niveau d'intervention médical (NIM)[3]
• Qualité du transfert de l'information de l'ÉSLD vers l'urgence (communication interétablissements) [2,3]
	• Processus de triage des aînés [1]
	• Environnement de l'urgence [1,2,3]
	  ○ Temps d'attente
	  ○ Achalandage
	  ○ Luminosité
	  ○ Stimuli sonores
	  ○ Intimité et confort
	  ○ Aménagement
	  ○ Espace physique pour les PPA
	• Qualité de la communication et des interactions entre le personnel soignant et les PPA [1,2]
		• Planification des congés à l'urgence [1,2]
		• Qualité du transfert de l'information de l'urgence vers ÉSLD (communication interétablissements) [2,3]

[1] Partie 1 - Examen de la portée (Article nº 1, chapitre 3)
[2] Partie 2 - Étude menée auprès des PPA (Article nº 2, chapitre 5)
[3] Partie 3 - Étude menée auprès du personnel infirmier et cadre (Article nº 3, chapitre 5)

Suivant la mise en commun des facteurs identifiés dans les trois études, il est possible de constater que pendant *la phase pré-urgence*, un des facteurs prédominants est celui de l'accès à des soins de premières lignes à l'ÉSLD ou dans la communauté (voir Tableau 6.1). La présence et la qualité des soins infirmiers dans les ÉSLD, ainsi que la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS) sont des facteurs qui influencent la prise de décision de transférer ou non l'aîné à l'urgence (Curtis et al., 2021; Dwyer et al., 2015; Lemoyne et al.,

2019; O'Neill et al., 2015; Stephens et al., 2020). Lorsque les aînés ont accès au personnel infirmier qui est en nombre suffisant et soutenu dans son développement professionnel, ces ÉSLD présentent moins de transferts dit « évitables » (Lemoyne et al., 2019; O'Neill et al., 2015; Stephens et al., 2020). Certaines études menées dans des ÉSLD ont démontré que des ratios infirmières-résidents moins élevés ont des impacts positifs sur l'état de santé des aînés hébergés (p. ex. réduction des infections urinaires, des pneumonies et du taux de mortalité globale) (Dubois et al., 2020). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) recommande justement au CISSS et CIUSSS de revoir à la baise les ratios infirmières-résidents dans les CHSLD et met de l'avant que les effectifs en CHSLD devraient être déterminés en fonction « des soins infirmiers requis issus de l'évaluation de la condition physique et mentale réalisée par l'infirmière » (p. 6) plutôt qu'en fonction des soins de base. Toutefois, Voyer et al. (2016) indiquent que malgré le respect des ratios infirmière-résident (p. ex. 1 infirmière pour 32 résidents de jour dans un CHSLD), il faut également tenir compte de la nature des activités infirmières. Ces auteurs ont observé que les infirmières et infirmiers en CHSLD passaient 46 % de leur temps à effectuer des activités qui devraient normalement être réalisées par d'autres membres de l'équipe de soins (p. ex. infirmière auxiliaire ou préposé aux bénéficiaires), comme des soins techniques, des soins d'assistance, des activités administratives ou de l'entretien ménager. De plus, Savard et al. (2024) ont démontré que l'intégration d'une IPS au sein d'une équipe de soins à domicile au Québec contribue à diminuer les hospitalisations et les transferts à l'urgence, et ce, par des visites planifiées et régulières. Lors de ces visites, il est possible de faire de la promotion de la santé, de la prévention et des suivis de maladies chroniques afin de réduire le risque d'apparition de nouvelles maladies ou le développement de complications associés à des problématiques de santé déjà présentes (Savard et al., 2024). Bien que ce que décrit Savard et al. (2024) s'applique au contexte de soins à domicile, il est argumenté que cette logique s'étend également aux ÉSLD. D'ailleurs, Christian et Baker (2009), suivant une revue systématique (n = 7

études), ont conclu que les infirmières praticiennes spécialisées peuvent réduire les hospitalisations et les transferts vers l'urgence des personnes qui sont hébergées en ÉSLD. Il existe toutefois d'autres facteurs qui permettent de diminuer le nombre de transitions vers l'urgence et qui n'ont pas été relevés dans la thèse doctorale, dont la vaccination contre l'influenza, ainsi que la qualité et la disponibilité des soins palliatifs (Searle et al., 2023).

Pendant la *phase per-urgence*, le facteur qui a été identifié dans les trois parties du projet de recherche doctorale (articles n° 1, n° 2 et n° 3) (voir Tableau 6.1) comme exerçant une influence sur la transition susmentionnée est celui relatif à l'environnement de l'urgence. En effet, l'environnement de l'urgence pouvait influencer négativement l'expérience des aînés et des PPA à l'urgence. D'une part, ceci est largement corroboré dans la littérature où il est démontré que l'environnement actuel de l'urgence (p. ex. aménagement, espace limité, luminosité, stimuli sonores, etc.) exerce une influence sur les aînés en augmentant leur risque de délirium, de chutes, de complications iatrogéniques, de plaies de pression, d'infections nosocomiales et de déclin fonctionnel (Bone et al., 2019; Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019). De plus, l'aménagement physique de l'urgence limite pareillement la présence, et conséquemment la participation, des PPA (article n° 1 et n° 2), chapitre 3).

Plusieurs initiatives ont vu le jour afin d'adapter les urgences aux besoins des aînés et leur PPA, dont les urgences gériatriques (American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, 2013). En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a fait paraître un cadre de référence pour guider les services d'urgence sur la façon d'adapter leurs soins et services à la population aînée, dont des recommandations relatives à l'aménagement de l'urgence (MSSS, 2022). Par exemple, il est recommandé d'offrir une chaise pour l'accompagnateur, de limiter les stimuli sonores, d'adapter la luminosité au cours de la journée et de favoriser la lumière

naturelle, d'assurer la présence d'horloges et de calendriers visibles et à jour, et d'assurer l'accès à des fauteuils gériatriques (MSSS, 2022). Il faut cependant être conscient que les urgences gériatriques vont bien au-delà des aménagements physiques, c'est ultimement une philosophie de soins, dans laquelle une approche collaborative et interdisciplinaire est nécessaire (MSSS, 2022). Il n'en demeure pas moins qu'un environnement adapté aux besoins des aînés et de leur PPA semble être une des approches prometteuses afin d'améliorer leur séjour à l'urgence et d'éviter des conséquences néfastes, telles que le développement d'un délirium chez l'aîné.

À la *phase post-urgence*, la planification des congés, ainsi que le transfert de l'information, ont été les deux principaux facteurs soulevés qui pouvaient influencer négativement les transitions vécues par les aînés et leur PPA suivant leur congé de l'urgence (voir Tableau 6.1). Afin d'assurer un congé sécuritaire et le suivi des recommandations, il est primordial de considérer non seulement les besoins des aînés, mais également ceux des PPA qui seront généralement celles qui coordonneront les suivis post-congé. C'est un constat qui a été à la fois relevé dans l'examen de la portée (article n° 1; Peguero-Rodriguez et al., 2023) et dans la partie 2 du projet de recherche doctorale (article n° 2). Ces deux éléments se retrouvent dans la littérature scientifique où les congés de l'urgence sont soulevés comme étant peu préparés et où il y a un manque de coordination des ressources communautaires (Cetin-Sahin et al., 2020; Fry et al., 2021). Si les PPA ne sont pas impliquées dans la planification des congés et que leurs besoins ne sont pas considérés, en plus de ceux de l'aîné, cela peut devenir un obstacle à leur possibilité d'aider convenablement l'aîné suivant le congé de l'urgence, et conséquemment, augmenter le risque de réhospitalisation de l'aîné ou de visite à l'urgence (Fry et al., 2021 ; Marr et al., 2019).

La communication interétablissements s'avère essentielle dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence afin d'assurer un transfert de l'information de qualité et la continuité des soins. Il a été relevé dans la partie 2 (PPA) et dans la partie 3 (personnel infirmier et

cadre) du projet de recherche doctorale (articles nº 2 et nº 3) que le transfert de l'information est plutôt inefficace, ce qui a un impact sur la continuité des soins (Peguero-Rodriguez et al., 2024a, 2024b). Non seulement, les moyens de communication ne semblent pas être appropriés, mais la pertinence de l'information transmise a également été remise en question, notamment dans la partie 3 (personnel infirmier et cadre) du projet de recherche doctorale (article nº 3). Dans les dernières années, la communication interétablissements entre les ÉSLD et les urgences a été étudiée et le constat est le même, soit qu'elle est inefficace (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Reilly et al., 2019). Un tel transfert d'information inefficace peut générer plusieurs répercussions, dont un délai dans l'initiation des mesures diagnostiques et thérapeutiques, ainsi qu'une augmentation du temps de séjour à l'urgence (Dwyer et al., 2014; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Neill et al., 2015). Certains auteurs (Gettel et al., 2019; O'Reilly et al., 2019) proposent des outils standardisés de transfert de l'information entre ces deux types d'établissements, quoique l'accent de ces outils soit davantage mis sur le transfert de l'information de l'ÉSLD vers l'urgence que le contraire.

En intégrant tous ces facteurs et en s'inspirant des principes de Bronfenbrenner (Rosa & Tudge, 2013), il est possible de les regrouper selon différents niveaux, soit *micro, méso et macro*. Le niveau *micro* renvoie aux facteurs propres aux individus et aux interactions directes qu'ils ont avec leur environnement (Rosa & Tudge, 2013). Cela pourrait donc inclure les facteurs tels que la relation partagée entre les PPA et le personnel soignant des ÉSLD ou des urgences. Le niveau *méso* englobe, quant à lui, les facteurs qui impliquent l'interaction des deux milieux (ÉSLD et urgence). Par exemple, le niveau de collaboration et la qualité de la communication interétablissements (ÉSLD et urgence) seraient des facteurs de niveau *méso*. Enfin, le niveau *macro* rassemble les facteurs qui touchent davantage les législations ou les mandats organisationnels ou encore les facteurs qui toucheraient les systèmes de croyances ou les idéologies sociétales. Les facteurs *macro*

sont ceux qui influencent à leur tour les facteurs de niveaux *micro* et *méso*. Dans le projet de recherche doctorale, les facteurs *macro* ont été ceux qui ont été les moins identifiés. Toutefois, il est à parier que la qualité des relations entre les PPA et le personnel soignant et l'intégration des PPA dans les soins seront, au cours des prochaines années, influencées, voire améliorées, par la Loi visant à reconnaitre et à soutenir les personnes proches aidantes (chapitre R-1.1) et la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes* (PNPPA) (MSSS, 2021a), ainsi que les plans d'action gouvernementaux qui en découlent (MSSS, 2021b). Cette volonté politique s'inscrit au niveau macro, et elle exerce une possible influence sur les facteurs de niveau *méso* et *micro*. Par conséquent, il existe plusieurs niveaux de facteurs, ce qui sous-entend que des interventions à différents niveaux doivent être initiées afin d'améliorer la transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD à l'urgence.

En somme, nombreux facteurs ont été identifiés dans le projet de recherche doctorale qui influencent les transitions des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence et qui sont partagés à des niveaux micro, méso et macro. Ces facteurs ont été soulevés à la fois par la littérature scientifique (article nº 1), les PPA (article nº 2), et le personnel infirmier et cadre (article nº 3). Il est intéressant de noter que ces facteurs sont tous modifiables. Ainsi, cela donne lieu au développement de plusieurs types d'interventions. Enfin, le fait d'avoir exploré le processus complet de transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence, dans le cadre de cette thèse doctorale, il a été possible de constater que la transition vécue est multiphasique soulignant ces différentes étapes et ces impacts possibles. À notre connaissance, la partie 2 (PPA, article nº 2) et la partie 3 (personnel infirmier et cadre, article nº 3) du projet de recherche doctorale sont les premières études qui abordent le processus complet de transition d'où la raison pour laquelle il a été possible de constater que celle-ci est multiphasique et d'identifier les facteurs clés tout au long de cette transition.

Proche aidance : besoin de bientraitance et de reconnaissance

À travers les trois parties qui composent le projet de recherche doctorale, l'un des grands constats tirés est l'importance des rôles des PPA dans le contexte de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Effectivement, lorsque les PPA sont présentes, elles accompagnent et soutiennent l'aîné tout au long de cette transition. L'importance et l'impact des rôles joués par les PPA auprès des personnes aidées et des équipes soignantes, et ce, dans divers contextes de soins, sont corroborés dans la littérature (Gu & Dupre, 2020). La contribution des PPA est non seulement connue, mais de plus en plus reconnue, notamment par l'appareil politique québécois. En effet, la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (chapitre R-1.1) a été adoptée et sanctionnée le 28 octobre 2020, par l'Assemblée nationale du Québec précisément afin de reconnaître et de souligner « (…) l'apport considérable des personnes proches aidantes à la société québécoise et l'aspect déterminant de leur engagement » (MSSS, 2021a, p .1). L'étude de recherche doctorale vient enrichir cette littérature existante, notamment sous l'angle de la proche aidance dans un contexte d'hébergement et de transition des aînés et de leur PPA entre les ÉSLD et l'urgence.

Malgré les contributions incontestables des PPA, il n'en demeure pas moins que les résultats du projet de recherche doctorale ont soulevé que les besoins des PPA n'étaient généralement pas évalués, ni reconnus, ni répondus dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. L'examen de la portée (article nº 1) a notamment identifié cet élément chez les familles qui accompagnaient un aîné à l'urgence (Peguero-Rodriguez et al., 2023), et la même réalisation dans la partie 2 menée auprès des PPA (article nº 2) où leurs besoins, ainsi que leur expertise, n'ont pas été reconnus ou considérés par le personnel soignant des ÉSLD ou de l'urgence (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). On se retrouve donc dans un paradoxe : d'une part, l'on considère les PPA comme étant utiles, nécessaires et importantes, mais en contrepartie, leurs

besoins et leur expertise ne semblent pas être considérés par le personnel soignant dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Les résultats du projet de recherche doctorale suggèrent donc que les PPA à l'étude ont vécu certaines formes de maltraitance.

Éthier et al. (2020) soulèvent la paucité de littérature sur le phénomène de maltraitance envers les PPA et indiquent que « (…) l'intersection entre la maltraitance, la proche aidance et le vieillissement est très peu développée en recherche et en intervention » (p. 34). En effet, la maltraitance envers les PPA est un concept pour lequel peu de consensus existe dans la littérature notamment quant à sa définition (Andrianova et al., 2023; Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). Dans le cadre d'une recherche-action qui s'est déroulée au Québec auprès de 433 PPA et intervenants, quatre sources et sept catégories de manifestations de maltraitance ont été identifiées (Andrianova et al., 2023; Éthier, Andrianova, et al., 2020; Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). La maltraitance envers les PPA peut provenir de quatre sources : la personne aidée, l'entourage, la PPA elle-même ou encore les institutions[14] (p. ex. personnes intervenantes ou professionnels de la santé et des services sociaux) (Andrianova et al., 2023; Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). La maltraitance envers les PPA peut se manifester en : 1) imposant un rôle de PPA à une personne et en la surresponsabilisant ; 2) portant des jugements sur les façons de faire d'une PPA ; 3) normalisant le rôle de PPA et la maltraitance vécue dans l'exercice de ce rôle ; 4) niant l'expertise d'une PPA et sa contribution familiale et sociale ; 5) niant les besoins d'une PPA ; 6) utilisant de la violence psychologique, physique ou sexuelle envers une PPA ; et 7) contribuant à l'appauvrissement d'une PPA (Andrianova et al., 2023; Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). Suivant cette étude, ces auteurs (Éthier, Beaulieu, et al., 2020) ont proposé

[14] Le terme « institution » est ici employé afin de demeurer fidèle aux propos des auteures.

une définition de la maltraitance des PPA dans laquelle on retrouve les quatre sources (la personne aidée, l'entourage, la PPA et les institutions) et les sept manifestations possibles de la maltraitance, ainsi que la mention suivante : « (…) [que la maltraitance] soit intentionnelle ou non, elle se manifeste par l'absence d'action appropriée ou une attitude ou un geste qui se produit une seule fois ou se répète dans le temps » (p. 41).

Dans la partie 2 réalisée auprès des PPA (article n° 2), les participants ont vécu de la maltraitance par les institutions (p. ex. personnel soignant à l'ÉSLD ou à l'urgence), et elle s'est manifestée par la dénégation de leur expertise et de leur contribution, ainsi que de leurs besoins. Le même constat a été tiré dans l'examen de la portée (article n° 1) où les besoins des PPA n'étaient pas évalués ni répondus et où leur expertise n'était pas considérée. L'intention du personnel soignant n'est pas nécessairement de causer du tort, cela peut se faire de façon non intentionnelle. Parfois, le contexte organisationnel, les limites du milieu de soins ou les environnements dans lesquels le personnel soignant doit naviguer peuvent donner lieu à certaines interventions ou à des comportements inadéquats ou encore à une absence d'action appropriée, ce qui pourrait devenir source de maltraitance (Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). Par exemple, dans la partie 3 du projet de recherche doctorale (personnel infirmier et cadre, article n° 3), la présence des PPA était importante tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence, mais que certains défis ou obstacles étaient tout de même présents (p. ex. l'environnement physique de l'urgence qui ne permet pas d'accueillir les PPA au chevet de l'aîné). Par conséquent, il faut non seulement considérer les actions propres du personnel soignant, mais également l'environnement dans lequel il soigne les aînés, qui pourrait le mener vers une approche dite « maltraitante » (p. ex. refuser l'accès à une PPA compte tenu de l'espace limité). Les torts qui peuvent en découler demeurent les mêmes, que les actions soient intentionnelles ou non, tels que le manque de soutien, l'isolement, l'épuisement et la méfiance (Andrianova et al., 2023; Éthier, Andrianova, et al., 2020). En somme, les résultats du projet de

recherche doctorale suggèrent la présence de maltraitance institutionnel envers les PPA lors de la transition de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Ceci est toujours un phénomène peu connu qui mérite d'être davantage exploré.

De façon à contrer la maltraitance, la bientraitance des PPA a été proposée comme perspective par laquelle des stratégies de sensibilisation et de prévention peuvent être développées et déployées afin de soutenir les PPA dans leur rôle (Andrianova et al., 2023; Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020). Éthier, Andrianova et al. (2020) ont défini la bientraitance de la façon suivante :

> La bientraitance envers les personnes proches aidantes est une démarche d'accompagnement globale. Elle vise à promouvoir leur soutien, à favoriser l'écoute de leurs besoins, et à valoriser leur apport, leurs expériences et leurs expertises dans la vie quotidienne afin de prévenir la maltraitance (p. 2).

La bientraitance fait d'ailleurs partie du premier principe directeur de la PNPPA (MSSS, 2021a) qui va comme suit : « Reconnaître que chaque personne proche aidante est une personne à part entière qui doit être traitée avec dignité et sollicitude, et dont il faut favoriser la bientraitance » (p. 27).

Afin de favoriser la bientraitance auprès des PPA, il est toutefois primordial de pouvoir reconnaître les PPA comme étant des PPA (et non pas comme des visiteurs, par exemple). Pour le personnel soignant, il peut s'avérer difficile d'identifier les PPA. De plus, les PPA, elles-mêmes, ne s'identifient parfois pas comme telles (Beatie et al., 2021; Eifert et al., 2015). Ainsi, dans un premier temps, afin de soutenir adéquatement les PPA, il faut s'assurer de la reconnaissance et de l'autoreconnaissance de celles-ci (Girard-Marcil & Reiss, 2023). Selon l'Observatoire québécois de la proche aidance, la reconnaissance se définit comme « (…) une action exercée par des acteurs externes pour caractériser ou désigner certaines personnes comme personnes proches aidantes en

fonction de divers critères ou caractéristiques » (Girard-Marcil & Reiss, 2023, p. 19). La reconnaissance et les pratiques de reconnaissances sont importantes, puisqu'elles permettent d'identifier les PPA comme telles et de les rendre « visibles » (irard-Marcil & Reiss, 2023 ; O'Connor, 2007). Cela facilite également la prise de conscience des PPA concernant leurs propres rôles et l'accès à des services de soutien (irard-Marcil & Reiss, 2023 ; O'Connor, 2007). Dans la partie 2 menée auprès des PPA (article nº 2), les PPA n'étaient pas toujours reconnues comme telles, notamment à l'urgence, où elles devaient plutôt faire valoir leur rôle (p. ex. distinction entre PPA et visiteur ou membre de la famille) (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). Dans la partie 3 du projet de recherche doctorale (personnel infirmer et cadre, article nº 3), la reconnaissance des PPA était une approche plus intégrée dans les ÉSLD, qui représentent le milieu de vie des aînés, qu'à l'urgence, un milieu de soins aigus.

L'autoreconnaissance, c'est quant à elle, « (…) l'action par laquelle une personne se caractérise ou se désigne comme une personne proche aidante » (Girard-Marcil & Reiss, 2023, p. 21). C'est par l'autoreconnaissance que la PPA peut prendre conscience de ses besoins et d'utiliser conséquemment des services de soutien (ifert et al., 2015; Girard-Marcil & Reiss, 2023). En tant que professionnel de la santé, il faut cependant être vigilant à ne pas forcer l'« autoreconnaissance » ou à appliquer une étiquette de PPA à une personne qui ne s'identifie pas comme telle (Molyneaux et al., 2011; Morgan et al., 2021; O'Connor, 2007). Le rôle de PPA n'est pas unanimement accepté et n'est surtout pas vécu de la même manière par tous (Montgomery & Kosloski, 2013). Par exemple, si l'étiquette de PPA a une connotation négative pour la personne, puisqu'elle l'associe au fardeau ou à un déséquilibre de pouvoir, et bien cela peut susciter des émotions négatives chez celle-ci (Beatie et al., 2021). Certaines PPA peuvent « dissimuler » leur identité afin de ne pas nuire à l'identité de la personne aidée, pour que cette dernière puisse maintenir une image positive d'elle-même et son sentiment d'indépendance (Beatie et al., 2021;

Moore & Gillespie, 2014). Comme l'indiquent Montgomery et Kosloski (2013) : « (…) *it is through the process of constructing a 'caregiver' that the 'care-recipient' is simultaneously constructed* » (p. 173). En revanche, le fait de « cacher » l'identité de PPA, se fait au détriment de la PPA, par une sous-estimation des soins informels donnés et en la rendant invisible dans l'arène sociale (Moore & Gillespie, 2014). D'autre part, les personnes peuvent tout simplement ne pas être conscientes du rôle qu'elle joue, soit celui de PPA.

Il est proposé que c'est à travers leur environnement social et leurs interactions (p. ex. avec leur famille, leurs amis et les professionnels de la santé et des services sociaux) que l'identité de PPA émerge (Eifert et al., 2015; Girard-Marcil & Reiss, 2023; O'Connor, 2007). L'identité de PPA, comme tout autre identité (p. ex. épouse, fils, etc.) est socialement construite et est régie par des normes et des règles sociales (Eifert et al., 2015; Montgomery & Kosloski, 2013). Cette identité n'est d'ailleurs pas fixe, mais évolue plutôt tout au long du continuum de la proche aidance (Beatie et al., 2021; Eifert et al., 2015; Montgomery & Kosloski, 2013). Dans la partie 2 réalisée auprès des PPA (article nº 2), les participants s'étaient auto-identifiés comme PPA, puisque dès la période de recrutement (p. ex. sur les affiches de recrutement), c'était des « PPA » qui étaient recherchées. C'est donc un élément à prendre en considération dans l'interprétation des résultats. Bien que le développement de l'identité n'ait pas été directement abordé avec les participants, il a néanmoins été noté que leur rôle et leurs responsabilités en tant que PPA évoluaient avec le temps et selon la situation clinique, notamment dans le contexte de transition de l'aîné de l'ÉSLD vers l'urgence.

Malgré tout, les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier, demeurent bien placés pour valider les efforts et le travail accompli par les PPA et favoriser leur soutien (Moore & Gillespie, 2014). Comme mentionné précédemment, dans la partie 3 du projet de recherche doctorale (article nº 3), la reconnaissance des PPA était davantage intégrée dans la pratique dans les ÉSLD qu'à l'urgence où aucun processus formel ne semble exister pour

les identifier. Ces professionnels doivent cependant être conscients que la proche aidance n'est pas une seule et unique réalité. La proche aidance est plutôt caractérisée par la diversité de ces réalités (MSSS, 2021a). D'ailleurs, la définition des PPA employée dans la Loi visant à reconnaitre et à soutenir les PPA (chapitre. R-1.1) et dans la PNPPA est large et inclusive, justement pour représenter les diverses réalités et les multiples visages de la proche aidance (MSSS, 2021a). Il est important que tout le personnel soignant soient sensibilisés à cette définition, car elle est à la base de la reconnaissance et de l'autoreconnaissance. De plus, ceci met de l'avant, qu'aucune intervention ne sera uniformément efficace, car le rôle de PPA et les responsabilités inhérentes, ainsi que les impacts associés diffèrent de PPA en PPA (Montgomery & Kosloski, 2013). Par conséquent, les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier, jouent un rôle afin d'éduquer la population au portrait de la proche aidance et à recadrer les possibles perceptions erronées (p. ex. mythes ou préjugés) que peut avoir la population à son égard. Ultimement, comme définit dans la Loi visant à reconnaitre et à soutenir les PPA (chapitre R-1.1) et dans la PNPPA, la proche aidance se doit d'être un choix libre, éclairé et qui est révocable (MSSS, 2021a).

Enfin, suivant une recension des écrits, l'Observatoire québécois de la proche aidance a identifié 17 pratiques relatives à la reconnaissance et à l'autoreconnaissance des PPA (Girard-Marcil & Reiss, 2023). Ces pratiques ont été regroupées en six catégories, soit : 1) reconnaissance visuelle ; 2) formulaire d'identification ; 3) activités de sensibilisation ; 4) campagne de sensibilisation ; 5) trousse à outils mixtes ; et 6) outils cliniques. Parmi ces pratiques recensées, seulement une était basée sur une démarche scientifique, soit l'outil d'évaluation *Family Caregiver Identity Scale* (FCIS) (Eifert et al., 2021). Le FCIS est un questionnaire composé de 18 énoncés au sujet de la proche aidance sur lesquels les personnes doivent se prononcer sur une échelle de Likert (complètement en accord à complètement en désaccord) (Eifert et al., 2021; Girard-Marcil & Reiss,

2023). Cet outil sert à mesurer le degré d'identification d'une personne au rôle de PPA et pourrait être utilisé pour aider les personnes dans leur transition vers leur rôle de PPA (Eifert et al., 2021; Girard-Marcil & Reiss, 2023). Malgré son potentiel, cet outil est toujours en développement et en validation, ainsi peu de détails quant à ses caractéristiques sont disponibles. Les autres pratiques de reconnaissance et d'autoreconnaissance recensés provenaient plutôt d'initiatives d'organismes non gouvernementaux (Girard-Marcil & Reiss, 2023).

Dans le contexte de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, une pratique intéressante pour encourager la reconnaissance des PPA est celle de la reconnaissance visuelle qui se définit par des pratiques qui visent à identifier les PPA à l'aide de supports visuels (p. ex. un bracelet, un badge ou une carte) et qui leur donnent accès à des services ou à des droits spécifiques (Girard-Marcil & Reiss, 2023). *Caregiver ID* (The Ontario Caregiver Organization, 2024), développé en Ontario, est l'une de ces pratiques ou encore le *Carer Passport* (International Alliance of Carer Organizations, 2020), développé au Royaume-Uni, où la PPA porte une carte, un badge ou un macaron qui l'identifie comme telle dans les milieux de soins (Girard-Marcil & Reiss, 2023). Cela facilite leur reconnaissance par le personnel soignant, leur inclusion, leur engagement, leur participation dans les soins de la personne aidée, et favorise une culture qui reconnaît la contribution des PPA (Girard-Marcil & Reiss, 2023). Ce type de pratique permettrait donc aux PPA d'être reconnues comme telles dans les ÉSLD, mais également à l'urgence où le personnel soignant ne connaît ni l'aîné ni sa PPA, tel que constaté dans la partie 2 menée auprès des PPA et dans la partie 3 réalisée auprès du personnel infirmier et cadre (articles nº 2 et nº 3). Dans la partie 2 (PPA), les PPA devaient souvent « prendre » leur place dans l'équipe de soins et plaidoyer pour faire valoir les besoins de leur aîné. Dès lors, il est à parier que des stratégies, telle la reconnaissance des PPA à l'aide de supports visuels faciliterait leur intégration et leur crédibilité. Cependant, il ne

suffit pas seulement de reconnaître les PPA, une fois la reconnaissance accordée, les services de soutien doivent suivre en conséquence.

En somme, l'étude doctorale a mis de l'avant les importantes contributions des PPA tout au long de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, mais elle a également soulevé l'existence potentielle de maltraitance institutionnelle envers les PPA qui peuvent se produire tout au long de cette transition. Les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier, doivent privilégier une approche bientraitante et pour se faire, ils doivent reconnaitre les PPA.

Retour sur le cadre théorique

Deux théories ont été utilisées afin de conceptualiser et guider les trois parties du projet de recherche doctorale, soit la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023) (chapitre 2). Cette section portera un regard réflexif sur l'utilisation de ces deux théories dans le cadre de la thèse doctorale et proposera une représentation visuelle théorique de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence.

Théorie des transitions. La théorie des transitions a été utilisée, puisqu'elle a pour but d'expliquer les expériences humaines dans différents types de transitions, afin de guider les interventions infirmières (Meleis et al., 2000) (chapitre 2). À notre connaissance, c'est la première fois que la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) a été utilisée dans le contexte de la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence et cela a certainement enrichi l'interprétation des résultats. À titre de rappel, les transitions, qui se définissent comme étant un processus qui implique le passage d'un état, d'une condition, ou d'une place à un autre, sont déclenchées par des changements qui créer une période de vulnérabilité où les risques pour la santé sont plus élevées (Meleis et al., 2000; eleis, 2010). Dans le contexte de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, plusieurs types de transitions étaient présentes, notamment dans la partie 2 du projet de

recherche doctorale qui a été menée auprès des PPA (article nº 2), il a été possible de mettre de l'avant le fait que l'événement déclencheur de ces transitions situationnelles était la détérioration de la condition clinique de l'aîné à l'ÉSLD (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). Cette période est particulièrement charnière, puisqu'elle était associée à un état de vulnérabilité chez les aînés où les risques pour la santé se retrouvaient augmentés soulignant l'importance d'avoir leur PPA à leur côté (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez et al., 2024a; Peguero-Rodriguez et al., 2021). Dans la partie 2 du projet de recherche doctorale (article nº 2), il a également été démontré que les PPA subissaient les contrecoups de cette transition situationnelle. Effectivement, durant cette période, les PPA étaient grandement sollicitées et leurs responsabilités inhérentes ont été modifiées ou augmentées selon l'état de l'aîné et de la situation. La partie 2 du projet de recherche doctorale (article nº 2) met donc en relief l'importance de la contribution des PPA lors de ces transitions, leur influence, ainsi que l'impact de ces transitions. Elle renforce la nécessité de reconnaître le rôle de PPA, d'adopter des interventions afin de leur offrir un accompagnement adéquat tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence.

Justement, un des concepts centraux de la théorie des transitions est celui des « interventions infirmières » qui influencent le déroulement et le dénouement des transitions (Meleis et al., 2000). En congruence avec les postulats de la théorie des transitions, la partie 3 du projet de recherche doctorale (article nº 3) met en évidence l'importance de considérer le rôle infirmier lors de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence et l'impact possible de celui-ci sur les transitions vécues par les aînés et leur PPA (article nº 2). En effet, le personnel infirmier que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence, est constamment en interaction avec les aînés et leur PPA et, par leurs interventions, exerce une influence sur le déroulement des transitions vécues (Meleis et al., 2000; Peguero-Rodriguez et al., 2024b). De façon à favoriser le bon déroulement de ces transitions, il faut donc considérer des éléments, tels que la préparation, le soutien et la présence de ressources

pour les aînés et leur PPA (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Par exemple, l'un des éléments qui a influencé les perceptions des PPA concernant leur expérience de transition des ÉSLD vers l'urgence était la qualité des interactions avec le personnel soignant à l'ÉSLD ou à l'urgence (article nº 3, chapitre 5). Il existe donc une relation dynamique entre les aînés et leur PPA, ainsi qu'entre l'aîné, sa PPA et les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier.

Cela dit, à la lumière des résultats obtenus lors des parties 2 (PPA) et 3 (personnel infirmier et cadre) du projet de recherche doctorale, on note une lacune importante au niveau de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000). Celle-ci n'arrive pas à représenter de façon exacte la nature interactive et dynamique des relations entre l'aîné et sa PPA, ainsi qu'entre les bénéficiaires de soins (aîné et PPA) et ceux qui les fournissent (professionnels de la santé et des services sociaux, dont le personnel infirmier). Meleis et al. (2000) indiquent d'ailleurs qu'une transition peut entraîner d'autres transitions que ce soit au niveau personnel ou familial, ce qu'ils caractérisent comme des transitions par rebond (*ripple effect*). Ces transitions par rebond, notamment au niveau familial, peuvent être constatées compte tenu de la relation que partage une personne avec une autre personne de son entourage. Toutefois, l'interactivité et le dynamisme des relations sont peu mis de l'avant dans la théorie des transitions et ne sont pas présentes dans la représentation visuelle de la théorie. Il est néanmoins possible de constater que les PPA de l'étude (article nº 2) vivent une transition par rebond secondaire aux transitions vécues par leur aîné (p. ex. détérioration de l'état de santé de l'aîné [transition santé/maladie] et transfert à l'urgence [transition situationnelle]), car elles doivent à leur tour intégrer de nouveaux rôles ou de nouvelles responsabilités (transition développementale) relativement à la proche aidance. Les transitions vécues par les aînés sont donc interreliées à celles vécues par les PPA et s'influencent mutuellement. Ceci est donc l'un des principaux constats qui découlent de la partie 2 du projet de recherche doctorale menée auprès des

PPA (article nº 2) permettant ainsi d'enrichir la théorie des transitions et renforcer le postulat relatif aux transitions par rebond.

Théorie des systèmes. La théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023) a été utilisée en complémentarité avec la théorie des transitions (chapitre 2), au sein du projet de recherche doctorale, afin de mieux comprendre la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Trois fondements de la théorie des systèmes, appliqués au contexte de la famille, ont particulièrement été pertinents pour le projet de recherche doctorale, soit que : 1) toutes les parties du système familial sont interconnectées ; 2) tous les systèmes familiaux ont des frontières entre le système et son environnement; et 3) les comportements des membres du système familial sont mieux compris dans une perspective de causalité circulaire. Il est nécessaire de se rappeler que l'aîné et sa PPA forment un sous-système au sein même du système familial, et ce, même si la PPA n'est pas un membre de la famille.

D'une part, il a été constaté que les PPA vivent les répercussions de ce qui se passe avec l'aîné (p. ex. détérioration de l'état clinique et transfert à l'urgence). En effet, l'examen de la portée (article nº 1) a soulevé que la transition des PPA était interreliée avec celle des aînés (Peguero-Rodriguez et al., 2023), ce qui a également été relevé dans la partie 2 menée auprès des PPA (article nº 2) (Peguero-Rodriguez et al., 2024a). Ceci ramène donc au principe que tout élément qui influence une partie du système influence par le fait même les autres parties du système (toutes les parties du système familial sont interconnectées) (Shajani & Snell, 2023). D'autre part, durant la transition, le rôle joué par les PPA, ainsi que leurs responsabilités, sont influencés par la situation de l'aîné (article nº 2). De même, les rôles joués par la PPA influencent également l'aîné. Ceci renvoie donc au principe que les comportements de chaque individu influent les comportements des autres membres du système familial (causalité circulaire) (Shajani & Snell, 2023). Enfin, dans la partie 3 menée auprès du personnel infirmier et cadre (article nº 3), il a été évoqué que la relation

entre le personnel soignant et les PPA est bénéfique et nécessaire, mais peut néanmoins représenter un défi (Peguero-Rodriguez et al., 2024b). Ceci réfère au principe que les systèmes familiaux possèdent des frontières qui sont dictées par des croyances, par la culture ou par des expériences passées (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Ces frontières servent à contrôler l'impact de l'environnement sur le système familial (p. ex. déterminer les personnes qu'elle laissera entrer dans le système) (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Cela peut donc expliquer la raison pour laquelle il peut être plus difficile d'entrer en relation avec certains systèmes familiaux (PPA et aîné) que d'autres. Par exemple, les PPA et leur aîné auraient pu avoir vécu une expérience négative avec certains professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier, ce qui vient par la suite teinter leurs interactions avec les autres professionnels.

Dans la section précédente, il a été évoqué que la théorie des transitions ne représentait pas de façon adéquate la nature interactive et dynamique des relations entre l'aîné et sa PPA, ainsi qu'entre les receveurs de soins (aîné et PPA) et ceux qui les fournissent (professionnels de la santé). C'est principalement pour cette raison que la théorie des systèmes avait été ajoutée, puisqu'elle permet de souligner l'interconnexion entre les PPA et les aînés, de même que la réciprocité entre les personnes aidées (aîné), les PPA, et les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier. C'est une théorie interactionnelle qui est axée sur le système familial et les facteurs l'influençant, dont les professionnels de la santé et des services sociaux dont le personnel infirmier (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Le projet de recherche doctorale permet d'enrichir les principaux fondements de la théorie des systèmes et démontre concrètement que la transition vécue par les aînés a un impact sur les PPA et qu'elle provoque des transitions auprès de la PPA, puisque l'ainé et sa PPA sont interconnectés.

Représentation visuelle théorique. La figure 6.1 représente la transition vécue par les aînés et les PPA dans le contexte du transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. La

représentation visuelle de la théorie des transitions de Meleis et al. (2000) a été utilisée, mais adaptée au contexte du projet de recherche doctorale. La Figure 1 reprend donc les quatre principaux concepts de la théorie des transitions (Meleis et al. 2000) et des postulats de la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023), tout en présentant les éléments propres au projet de recherche doctorale.

1) Nature des transitions. Ce premier concept comprend les types de transitions, leurs agencements (*patterns*) et ses propriétés (voir figure 6.1). Dans le projet de recherche doctorale, différents types de transitions ont été relevés chez l'aîné, mais également chez la PPA. Ainsi, il est possible de constater, dans la figure 6.1, que les types de transitions et leur agencement ont été séparés entre l'aîné et la PPA. Toutefois, deux flèches circulaires ont été ajoutées entre les deux, afin de représenter la causalité circulaire entre l'aîné et sa PPA, concept qui provient de la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). En effet, les transitions santé/maladie et situationnelles vécues par l'aîné génèrent à leur tour une transition chez les PPA (transition développementale), ce que Meleis et al. (2000) réfèrent de transitions par rebond (*ripple effect*). Puisque les transitions des aînés et des PPA s'interinfluencent, l'ajout du concept de causalité circulaire de la théorie des systèmes par le biais des flèches circulaires s'est avéré pertinent afin de mettre visuellement de l'avant les transitions de rebond. D'ailleurs, la transition développementale vécue par les PPA se réalise en simultanée, et elle est reliée aux transitions vécues par les aînés d'où la raison pour laquelle il s'avère important de considérer les PPA dans ce contexte particulier. Ceci représente également l'un des postulats de la théorie des systèmes, soit que toutes les parties du système familial sont interconnectées. Enfin, les propriétés des transitions qui sont la prise de conscience, l'engagement, le changement, le laps de temps et les points critiques et événements (voir figure 6.1), sont communes à l'aîné et à la PPA, compte tenu l'interrelation de leurs

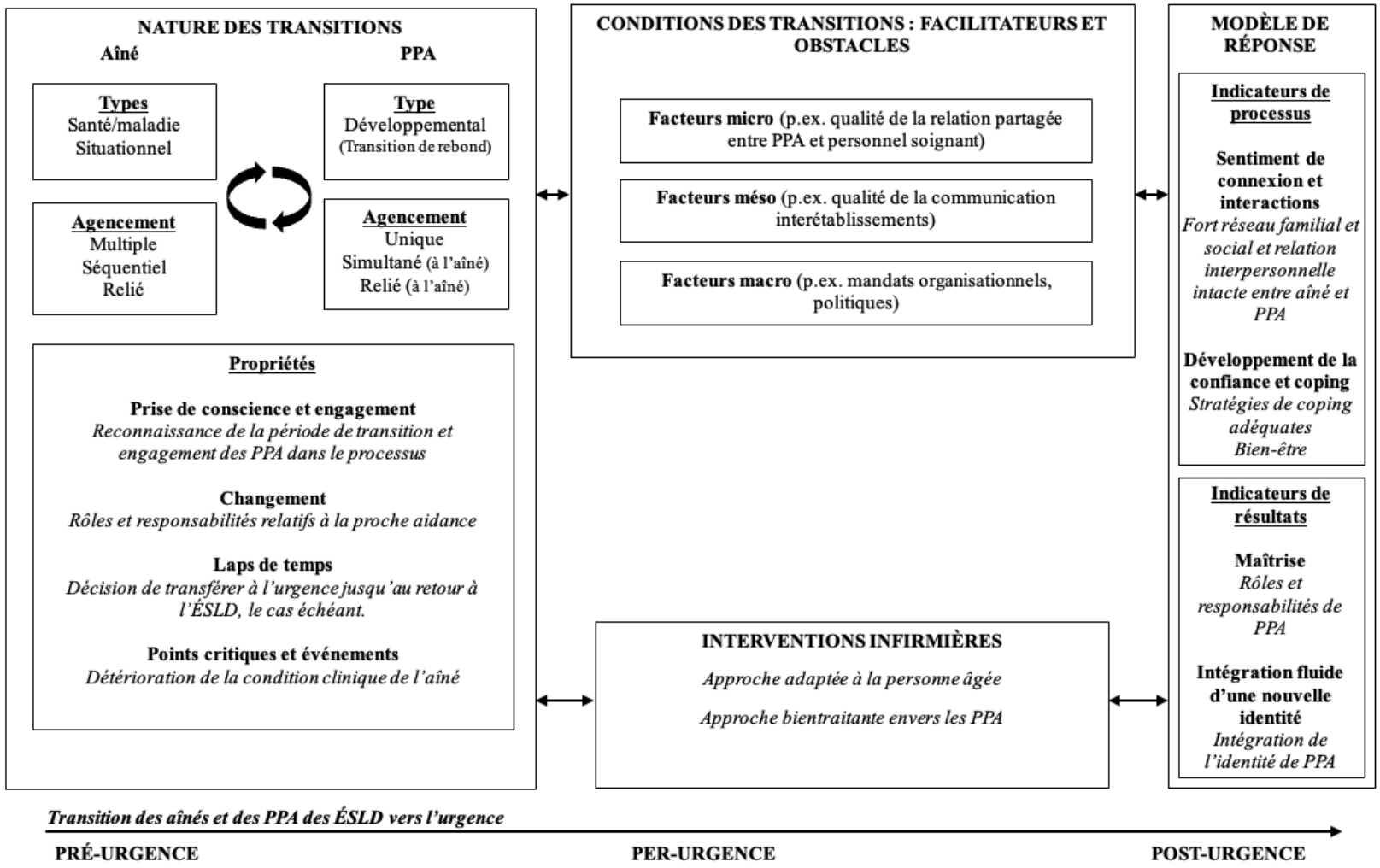
transitions. Une attention particulière a cependant été portée aux PPA dans les propriétés, puisqu'elles étaient les principales participantes à l'étude.

2) Conditions des transitions. Les conditions des transitions représentent les facteurs facilitateurs et les obstacles pouvant influencer le déroulement d'une transition (Meleis et al., 2000). Dans la figure 6.1, les facteurs identifiés dans le projet de recherche doctorale ont été présentés et regroupés sous les niveaux micro, méso et macro (Rosa & Tudge, 2013), comme précédemment discutés.

3) Modèle de réponse. Ce troisième concept de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) comporte les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats qui décrivent la manière dont une personne traverse et arrive à la fin de la transition. Les principaux indicateurs de processus pertinents dans le contexte, et ce, comme suggérés par Meleis et al. (2000), était le sentiment de connexion et interactions, ainsi que le développement de la confiance et de stratégies de coping (figure 6.1). Enfin, les deux indicateurs de résultats, tel que stipulés par Meleis et al. (2000), sont la maîtrise de nouvelles aptitudes et l'intégration d'une nouvelle identité. Les indicateurs de processus et de résultats propres aux PPA ont été insérés dans la figure 6.1, puisque l'accent primaire du projet de recherche doctorale était les PPA. Ces indicateurs ont notamment été évalués par le biais des instruments de mesure utilisés dans la partie 2 du projet de recherche doctorale (article n° 2) et qui ont servi à mesurer le niveau de satisfaction des relations interpersonnelles, leurs stratégies de coping, leur niveau de fardeau, ainsi que leur niveau de préparation à leur rôle de PPA.

Figure 6.1

Représentation visuelle théorique de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence



Adaptée de Meleis et al. (2000), bonifiée par les principes de la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023)

4) Interventions infirmières. Meleis et al. (2000) précisent que les interventions infirmières influencent les trois concepts précédents et sont également influencés par ceux-ci. Dans le projet de recherche doctorale, les interventions infirmières sont bel et bien transversales aux différents concepts mettant de l'avant l'influence que les infirmières et infirmiers exercent relativement au déroulement et au dénouement des transitions des aînés et de leur PPA. Dans ce cas-ci, l'accent a été mis sur l'approche adaptée à la personne âgée et à l'approche bientraitante envers les PPA étant les deux principaux constats du projet de recherche doctorale.

La figure 6.1 présente donc tous les concepts clés de la théorie des transitions ainsi que les principaux résultats du projet de recherche doctorale. Tous les concepts sont interreliés et s'interinfluencent d'où l'utilisation de flèches bidirectionnelles entre eux. Ceci permet également d'intégrer l'aspect de causalité circulaire et d'interconnexion au sein du système familial, postulats de la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Enfin, les phases pré-, per- et post-urgence ont été intégrées au bas de la figure 6.1 sous la forme d'une ligne de temps à travers laquelle les différentes phases y sont indiquées. Ceci permet de démontrer que les transitions vécues par les aînés et leur PPA sont intimement interconnectées à ces phases. De même, ceci soulève qu'à chacune de ces phases, il est important de considérer les différentes composantes des transitions et que des interventions congruentes avec les transitions vécues doivent donc être développées et initiées à chacune de ces phases.

En somme, l'intégration de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) et de la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023) s'est avérée utile dans la conceptualisation du projet de recherche doctorale, l'interprétation des données et par conséquent notre compréhension globale du sujet étudié. Ceci a également permis de proposer une représentation visuelle théorique de la transition des aînés et de leur PPA d'un ÉSLD vers l'urgence (figure 6.1).

Implications pour les sciences infirmières

Cette section présentera les principales implications des résultats du projet de recherche doctorale pour la formation infirmière, la pratique infirmière, les politiques en santé, ainsi que pour la recherche et la théorie. Les recommandations spécifiques qui découlent des trois parties du projet de recherche doctorale sont présentées dans leurs articles respectifs (articles nº 1, nº 2 et nº 3).

Implications pour la formation en sciences infirmières

Les implications pour la formation infirmière se divisent à deux niveaux, soit au niveau de la formation initiale et de la formation continue.

Formation initiale. Deux principales implications pour la formation initiale ont été soulevées. Tout d'abord, les résultats du projet de recherche doctorale mettent de l'avant l'importance de reconnaître les PPA et leur expertise, ainsi que la nécessité d'évaluer leurs besoins, et ce, que ce soit dans les ÉSLD, à l'urgence ou dans tout autre secteur d'activités où les PPA sont présentes. L'une des premières étapes afin d'y arriver passe par la formation des futures infirmières et futurs infirmiers. Ainsi, il est essentiel que les ressources enseignantes du niveau collégial et universitaire puissent connaître les enjeux relatifs à la proche aidance, reconnaître et identifier les manifestations de maltraitance envers les PPA, ainsi que d'être en mesure d'utiliser une approche bientraitante envers les PPA. La transmission de ces connaissances est nécessaire afin d'assurer le développement des compétences recherchées en la matière chez les futures infirmières et futurs infirmiers, et ce, tout au long de leur cursus de formation qu'elle soit au niveau collégial ou universitaire. Les futures infirmières et futurs infirmiers auront à interagir avec des PPA dans tous les secteurs d'activités et pas uniquement dans les ÉSLD ou à l'urgence. Les différents types de savoirs (savoir, savoir-faire et savoir-être) (Masciotra & Medzo, 2009) relatifs à la proche aidance doivent être abordés et mobilisés de façon transversale tout au long de la formation. Il importe que les futures infirmières et futurs infirmiers puissent développer des compétences

d'accompagnement des PPA selon une approche bientraitante, d'être en mesure d'identifier des situations où les PPA font face à de la maltraitance, ainsi qu'initier des interventions infirmières qui permettront de répondre aux besoins des PPA. L'usage de plusieurs stratégies pédagogiques actives (p. ex. partage d'expériences, études de cas, cercle de lecture) est alors recommandé, incluant la simulation, afin de permettre aux futures infirmières et futurs infirmiers de déployer leur agir compétent en action (Masciotra & Medzo, 2009).

Dans un deuxième temps, les résultats du projet de recherche doctorale soulignent également l'importance d'avoir une approche de soins adaptée à la personne âgée (article nº 1, nº 2 et nº 3). Les futures infirmières et futurs infirmiers doivent maîtriser les particularités cliniques de la population aînée, afin d'adapter leur évaluation clinique, d'être en mesure d'identifier les manifestations cliniques atypiques et d'initier des approches thérapeutiques adaptées. Encore une fois, les futures infirmières et futurs infirmiers doivent posséder les savoirs nécessaires, mais également le savoir-faire et le savoir-être afin de procéder à une prise en charge adéquate des aînés dans divers contextes cliniques, notamment dans les ÉSLD et à l'urgence. Les futures infirmières et futurs infirmiers doivent être conscientes des répercussions possibles des approches non adaptées à la personne âgée d'où l'importance du rôle joué par les ressources enseignantes du niveau collégial et universitaire. L'usage de plusieurs stratégies pédagogiques actives est également recommandé afin que les futures infirmières et futurs infirmiers puissent mettre en action l'ensemble de leurs ressources internes (p. ex. connaissances et attitudes) et externes (p. ex. ressources matérielles) face à des situations données (Masciotra & Medzo, 2009).

Formation continue. Deux principales implications pour la formation continue ont été relevées. La première implication est relative à l'un des constats du projet de recherche doctorale, soit celui de la maltraitance vécue par les PPA à l'étude par les institutions (articles nº 2 et nº 3). Ceci témoigne donc de la nécessité des professionnels de la santé et des services sociaux, dont le

personnel infirmier, d'être sensibilisés, informés et soutenus dans leur formation continue afin de favoriser l'adoption d'une approche bientraitante envers les PPA. De cette façon, ils seront en mesure d'offrir un soutien et un accompagnement adéquat aux PPA dans les différents contextes de soin, dont celui de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. D'ailleurs, dans le projet de recherche doctorale, les principales manifestations de maltraitance identifiées étaient celles de la dénégation des besoins et de la non-reconnaissance de l'expertise des PPA. Ainsi, afin d'éliminer la maltraitance envers les PPA, il serait alors recommandé de rehausser les connaissances et les compétences du personnel soignant en la matière. Par conséquent, tous les professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier, bénéficieraient d'une formation sur l'adoption d'une approche bientraitante auprès des PPA dans le cadre de leur formation initiale, mais lors de formations continues.

Justement dans son plan d'action gouvernemental pour les PPA 2021-2026, le MSSS présente plusieurs mesures, dont la mesure neuf qui est celle dédiée à la diffusion de la boîte à outils « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » dans les différents milieux fréquentés par les PPA (MSSS, 2021b). Cette boîte à outils présente plusieurs ressources pour les PPA, mais également pour les professionnels de la santé et des services sociaux (Proche aidance Québec, s. d). Une formation en ligne (asynchrone) a également été développée pour les professionnels de la santé et des services sociaux, dont le personnel infirmier, et qui porte spécifiquement sur la bientraitance des PPA (Andrianova et al., 2024). De telle formation devrait ultimement être obligatoire, afin d'assurer un minimum de formation chez le personnel infirmier quant à la bientraitance des PPA. Il est également nécessaire de leur offrir des opportunités de mettre en pratique leurs aptitudes, par exemple, par le biais de la simulation, afin d'être mieux outillées à intégrer les PPA dans les équipes de soins et à avoir une approche bientraitance.

De même, la deuxième implication émane des résultats du projet de recherche doctorale qui soulignent la nécessité d'avoir une approche adaptée à la personne âgée que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence (articles nº 1, nº 2 et nº 3). Les centres hospitaliers et les ÉSLD doivent poursuivre leurs efforts de formations auprès du personnel soignant qui œuvrent auprès de la clientèle aînée en adaptant le contenu de leurs formations à leurs réalités cliniques (p. ex. syndrome gériatrique, manifestations cliniques atypiques, évaluation clinique de l'aîné). Enfin, puisque plusieurs types de professionnels sont impliqués dans la prise en charge des aînés, que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence, des formations interprofessionnelles sont alors recommandées, dont la simulation *In situ*, afin d'améliorer la communication au sein de l'équipe, de mieux comprendre les rôles des différents professionnels, ainsi que d'améliorer les compétences et l'efficacité du travail d'équipe (Gardner et al., 2020).

Implications pour la pratique infirmière

Les implications pour la pratique infirmière se divisent également à deux niveaux, soit au niveau de la pratique infirmière clinique et de la pratique infirmière avancée.

Pratique infirmière clinique. Les résultats du projet de recherche doctorale révèlent le rôle essentiel que joue le personnel infirmier durant la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Leur rôle est sollicité tout au long de la transition, et ce, dès le moment où l'état clinique de l'aîné se détériore jusqu'à son retour à l'ÉSLD, le cas échéant. Les résultats du projet de recherche doctorale corroborent l'idée que par leurs interventions, les infirmières et infirmiers exercent une influence sur la transition des aînés et celle de leur PPA. Par conséquent, le projet de recherche doctorale met de l'avant deux principales implications pour la pratique infirmière clinique.

La première implication renvoie au besoin du personnel infirmier de pouvoir offrir des soins adaptés à la personne âgée. Les résultats de ce projet de recherche doctorale ont relevé qu'une

approche adaptée à la personne âgée était à privilégier (articles nº 1, nº 2 et nº 3), et ce, tant dans les urgences que dans les ÉSLD où les soins n'étaient pas toujours adaptés aux particularités et aux besoins des aînés.

Tout d'abord, l'OIIQ (2021, 2023) dénonce, depuis plusieurs années, la situation des aînés en perte d'autonomie au Québec, dont ceux qui demeurent dans les ÉSLD. L'OIIQ (2021) martèle le gouvernement du Québec afin qu'il saisisse que : « (…) l'exercice infirmier auprès des personnes aînées nécessite des compétences spécifiques afin d'offrir des soins de qualité et cohérents avec les besoins de santé de cette population vulnérable » (p. 1). Ainsi, pour arriver à donner des soins adaptés à la clientèle âgée, notamment dans les ÉSLD, il faut préalablement s'assurer de :

> (…) la présence d'infirmières sur place (en ÉSLD), en nombre suffisant, pour évaluer la condition physique et mentale, établir des priorités de soins, déterminer les paramètres de surveillance clinique et émettre des directives claires à l'intention de membres du personnel et de l'équipe de soins (…). (OIIQ, 2021, p. 5)

Dans les ÉSLD, particulièrement dans les RPA et les RI, où il y a la présence de plusieurs non-professionnels (p.ex. aide-soignant), la présence d'infirmières et d'infirmiers est incontournable étant celles pouvant les encadrer et leur donner des directives de soins claires, autrement des enjeux de qualité et de sécurité des soins surgissent (OIIQ, 2021). Le personnel infirmier des ÉSLD et de l'urgence doit posséder les connaissances nécessaires, notamment à l'égard au vieillissement normal et pathologique, aux maladies chroniques, aux troubles neurocognitifs avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et aux présentations atypiques des problèmes de santé, ainsi que les enjeux sociaux liés au vieillissement comme l'isolement, les déménagements, et la perte de revenu (OIIQ, 2021).

Pour les milieux hospitaliers au Québec, le MSSS a publié en 2011 un cadre de référence pour une approche adaptée à la personne âgée (MSSS, 2011). Ce cadre de référence présente les

bonnes pratiques relatives à la prise en charge des personnes âgées en milieu hospitalier, notamment dans le but de prévenir et réduire le risque de déclin fonctionnel iatrogène (MSSS, 2011). Plus d'une décennie s'est écoulée depuis la publication ce cadre de référence, mais des lacunes persistent, dont à l'urgence. Plus récemment, le MSSS (2022) a publié un cadre de référence spécifique aux urgences afin de les adapter aux besoins de la clientèle âgée (urgences gériatriques). Ces efforts doivent donc se poursuivre et le personnel infirmier contribue grandement à la réussite de telles approches étant celui qui accueille les aînés à l'urgence (p.ex. au triage), qui procède à leur évaluation clinique, qui assure la surveillance clinique et qui initie des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon des ordonnances, entre autres choses.

Par ailleurs, spécifiquement à la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, un des constats tirés du projet de recherche doctorale, c'est l'inefficacité de la communication interétablissements qui présente un enjeu pour la sécurité des aînés. La qualité de la communication interétablissements renvoie au transfert de l'information aux points de transition qui est une pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada (Agrément Canada, 2020). Il est précisé que : « L'information qui doit être partagée aux points de transitions des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé » (Agrément Canada, 2020, p. 31). Cette POR souligne la nécessité d'avoir une communication efficace, un échange d'informations qui est précise et qui se déroule en temps opportun, afin de réduire les malentendus et la nécessité pour les usagers et leur famille de répéter l'information (Agrément Canada, 2020). Encore une fois, le personnel infirmier joue un rôle central dans la transmission de l'information de part et d'autre, soit des ÉSLD et à l'urgence. Les infirmières et infirmiers doivent être avisés des informations qui doivent être transmises, de part et d'autre, du continuum de soins, tels que la raison du transfert, les antécédents de santé et les coordonnées des prestataires responsables

(Agrément Canada, 2020). Il est également recommandé d'opter pour des outils de communication standardisée et des listes de vérification afin d'assurer la transmission d'informations pertinentes, précises et en temps opportun (Agrément Canada, 2020).

La deuxième implication se rapporte au besoin du personnel infirmier de pouvoir offrir un accompagnement aux PPA selon une approche bientraitante (articles nº 2 et nº 3). Ne pas avoir une approche bientraitante ou ne pas identifier des situations de maltraitance envers les PPA pourrait avoir plusieurs répercussions, dont un manque de soutien pour la PPA, de l'isolement, ainsi que de l'épuisement et de la méfiance chez les PPA, ce qui pourrait conséquemment avoir un impact sur leur santé physique et psychologique, ainsi qu'affecter le soutien offert à l'aîné (Andrianova et al., 2023; Éthier, Andrianova, et al., 2020). Le personnel infirmier doit donc faire preuve de bientraitance à leur égard et identifier des situations ou de relever des indices de maltraitance envers les PPA (Andrianova et al., 2023). Bien que le personnel infirmier partage cette responsabilité avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, il demeure le responsable principal d'une telle approche de soins étant donné la relation privilégiée qu'il a avec les PPA. L'OIIQ (2021) évoque que la bientraitance rejoint fortement les valeurs de la profession infirmière et l'a défini comme étant :

> (…) un ensemble d'attitudes et de comportements positifs qui visent à procurer un bien-être physique et psychologique à la personne envers qui nous sommes bientraitants (…) la bientraitance ne se résume pas à des actes envers la personne, mais bien à une posture professionnelle qui est une manière d'être et d'agir soucieuse de l'autre et respectueuse de ses choix et de ses refus. (p. 7)

Afin de prodiguer des soins dans une perspective de bientraitance, l'infirmière ou l'infirmier détient un rôle clé étant celui qui assure et coordonne les soins (OIIQ, 2021). L'infirmière est : « (…) la gardienne de la bientraitance dans sa relation collaborative avec la

personne aînée, ses proches et les membres de l'équipe de soins » (p. 7). Ainsi, le personnel infirmier des ÉSLD comme celui de l'urgence doit faire preuve de bientraitance et favoriser l'intégration des PPA dans l'équipe de soins.

D'ailleurs, l'adoption d'une philosophie de soins centrés sur le patient et la famille (*patient and family centered care* [PFCC]) est également de mise. Les soins centrés sur le patient et la famille se définissent comme : « […] *an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health care providers, patients, and families* » (Institute for Patient and Family-Centered Care, s. d.). Les concepts fondamentaux d'une telle approche sont la dignité et le respect, le partage d'information, la participation et la collaboration (Institute for patients- and family-centered care, s. d.). Les PPA doivent être partie intégrante de l'équipe de soins, mais pour cela, elles doivent tout d'abord être reconnues comme des partenaires de soins (Parmar et al., 2021). Le personnel infirmier a la responsabilité de reconnaître le rôle joué par les PPA, mais doit notamment maintenir une communication avec elles, favoriser leur résilience et les aider à naviguer le système de santé et de services sociaux, ainsi qu'à accéder les ressources (Parmar et al., 2021).

Pratique infirmière avancée. Les infirmières ou infirmiers en pratique avancée (IPA) développent une expertise dans une spécialité, suivant une formation universitaire reconnue (supérieure à l'infirmière « généraliste »), et agissent à titre de modèle de rôle auprès des infirmières et infirmiers de leur secteur d'activités, notamment en les guidant, en les conseillant, en leur offrant de la formation et en développant des protocoles ou des politiques de soins (Schober, 2020). Par conséquent, les IPA doivent être au fait des données probantes de leur secteur et des nouvelles recommandations. Concernant le projet de recherche doctorale, deux principales implications ont été notées pour la pratique infirmière avancée. D'une part, les IPA doivent maîtriser l'approche adaptée à la personne âgée (MSSS, 2011) et les principes des urgences

gériatriques (MSSS, 2022) (pour les IPA dans les secteurs d'urgence), afin de guider, conseiller et encadrer le personnel infirmier. Les IPA sont des agentes de changement, ainsi leurs contributions sont nécessaires afin de faire changer les pratiques de soins infirmiers (Schober, 2020). Par exemple, selon les réalités cliniques, le processus de triage pourrait être revu, la documentation pourrait être adaptée pour représenter l'information que l'infirmière ou l'infirmier doit collecter dans son évaluation, ou encore des formations pourraient être développées et déployées afin de rehausser les connaissances ou les compétences des infirmières et infirmiers sur des sujets particuliers (p. ex. déclin fonctionnel iatrogène).

D'ailleurs, concernant l'adaptation des urgences aux besoins des aînés, un plan d'amélioration de la qualité avec des indicateurs précis devrait être mis en place de façon à s'assurer de l'efficacité des interventions mises en place (p.ex. suivi du nombre de chutes chez les aînés à l'urgence, la fréquence d'utilisation des contentions physiques à l'urgence, le volume de réadmission des aînés à l'urgence, etc.). La même logique s'applique également pour les IPA dans les secteurs de l'hébergement où le processus de prise en charge des aînés, notamment en contexte de détérioration de leur état clinique, pourrait être restructuré. En lien avec la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence, les IPA jouent également un rôle de vigie et doivent s'assurer de la qualité de ces transitions. Ainsi, il pourrait alors s'avérer nécessaire de réaliser, par exemple, des audits afin d'apprécier la qualité du transfert de l'information de part et d'autre (ÉSLD et urgence) et développer, le cas échéant, des outils de communication standardisée. En cas d'incidents mettant en jeu la qualité ou la sécurité des soins des aînés, et ce, lorsque relié au transfert de l'information, une évaluation de l'événement s'avérerait également nécessaire (Agrément Canada, 2020).

La deuxième implication du projet de recherche doctorale est l'importance à accorder à la bientraitance des PPA (articles n° 2 et n° 3). Les infirmières et infirmiers en pratique avancée possèdent une position privilégiée afin de développer des environnements de soins qui favorisent

la bientraitance des PPA, ainsi que nourrir les réflexions du personnel infirmier et les guider dans les approches bientraitantes envers les PPA. Les infirmières et infirmiers en pratique avancée doivent faire preuve d'ingéniosité dans l'identification de nouvelles interventions et l'intégration de celles-ci. Par exemple, l'intégration du *Caregiver ID* (The Ontario Caregiver Organization, 2024) dans les milieux de soins pourrait s'avérer pertinente, tout comme réviser les politiques des visites à l'urgence (p. ex. accepter en tout temps la présence d'une PPA au chevet de l'aîné). Enfin, les infirmières et infirmiers en pratique avancée doivent continuellement encourager et s'assurer du respect de l'approche de soins centrés sur la personne et sa famille de manière à pouvoir favoriser l'intégration des PPA dans les soins, et ce, que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence.

La pratique infirmière avancée peut généralement se diviser en deux classes, soit les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS)[15] et les infirmières praticiennes (IP)[16] (Schober, 2020). Au Québec, seule une classe d'ICS, soit les ICS en prévention et contrôle des infections détiennent un titre de spécialiste (OIIQ, 2021, 2023). L'OIIQ argumente que davantage de classes d'ICS doivent être développées, dont une spécifiquement pour les soins à la personne âgée (OIIQ, 2021, 2023).

Puisque les ICS sont des vecteurs de changement et d'innovation dans les soins, elles sont incontournables pour « (…) l'instauration de pratiques de bientraitance et de promotion des

[15] Une ICS « est une infirmière de pratique avancée dispensant des conseils et des soins cliniques d'expert d'après des diagnostics établis dans des domaines de pratique spécialisés et adoptant une approche systémique de la pratique en tant que membre de l'équipe soignante » (Schober, 2020, p. 6).

[16] Une IP « est une infirmière de pratique avancée intégrant des compétences cliniques associées aux soins infirmiers et à la médecine pour évaluer, diagnostiquer et gérer les patients dans les établissements de soins de santé primaires (SSP) et les populations requérant des soins actifs, mais dispensant également des soins continus aux populations atteintes de maladies chroniques » (Schober, 2020, p. 6).

meilleures pratiques au sein des milieux où sont dispensées des soins aux personnes âgées » (OIIQ, 2021, p. 8).

Implications pour les politiques en santé

Suivant la réalisation du projet de recherche doctorale, deux principales implications ont été soulevées pour les politiques en santé.

D'une part, les résultats du projet de recherche doctorale ont mis de l'avant l'importante contribution des PPA d'aînés en hébergement, notamment dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence où les PPA assument plusieurs rôles et responsabilités (articles nº 1, nº 2 et nº 3). Depuis 2020, le Québec dispose de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA (chapitre R-1.1) (MSSS, 2021a). De cette loi découle une politique nationale (PNPPA) (MSSS, 2021a), ainsi que d'un plan d'action gouvernemental (MSSS, 2021b). Sur le plan provincial, plusieurs engagements ont donc été pris afin d'améliorer la reconnaissance des PPA et le soutien qui leur est accordé. Néanmoins, les résultats de ce projet de recherche doctorale témoignent tout de même d'un écart entre les volontés politiques et la réalité « terrain ». Ainsi, bien que dans la PNPPA (MSSS, 2021a) et dans le plan d'action gouvernemental (MSSS, 2021b), il soit question d'assurer la bientraitance des PPA, il y a tout de même un écart entre cet « idéal » et ce que les PPA vivent réellement. Par conséquent, les efforts doivent se poursuivre tant la promotion de la bientraitance dans la population générale, mais également auprès des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant le personnel infirmier. De même, des représentations à la fois régionale et provinciale, dans les différents centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ainsi qu'auprès d'organismes communautaires œuvrant auprès des PPA, doivent se poursuivre afin d'assurer la reconnaissance des PPA et l'adoption d'une approche bientraitance dans les pratiques de tous les intervenants, dont le personnel infirmier. Les établissements de santé doivent d'ailleurs offrir des

environnements qui favorisent une telle approche (p. ex. des politiques de visites qui incluent les PPA, des outils de reconnaissance des PPA, etc.) (Éthier et al., 2022; Éthier, Beaulieu, et al., 2020).

D'autre part, les résultats ont souligné la pertinence des urgences gériatriques de répondre plus convenablement aux besoins des aînés et de leur PPA. Actuellement, il existe des lignes directrices à l'égard des urgences gériatriques, soient celles du Collège américain des médecins d'urgence gériatriques (American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, 2013), mais celles-ci proviennent des États-Unis. Au Québec, le MSSS (2022) a publié un cadre de référence pour guider les urgences afin qu'elles puissent être davantage ancrées dans la philosophie des urgences gériatriques. Les résultats du projet de recherche doctorale corroborent le besoin de telles urgences, notamment par le besoin d'adapter l'aménagement des urgences. Néanmoins, il n'y a, à notre connaissance, aucune obligation pour les urgences à se conformer à ces recommandations. Ceci devrait donc être une obligation pour lequel les établissements devraient être redevables. Dès lors, les efforts doivent se poursuivre afin 1) d'actualiser ces lignes directrices, notamment à l'égard du rôle des PPA et de leur intégration à l'urgence; 2) d'assurer le respect et l'évaluation de ces lignes directrices; ainsi que 3) assurer le développement durable de ces changements. Toutefois, aux États-Unis, malgré la diffusion de ces lignes directrices depuis les 10 dernières années, il demeure que leur application demeure hétérogène et le taux de conformité est faible (Schumacher et al., 2020; Shih et al., 2022). Il est donc envisageable que ce défi soit également présent au Québec d'où l'importance de poursuivre les efforts de promotion de ces lignes directrices auprès des différentes urgences des CISSS et CIUSSS, et ce, peu importe la taille ou l'emplacement géographique du département d'urgence. Les décideurs au sein des établissements de santé doivent être sensibilisés aux avantages des urgences gériatriques, afin qu'ils agissent à titre d'agents de

changements en assurant leur implantation, leur évaluation et leur pérennité. Ceci se doit d'être une priorité.

Implications pour la recherche et la théorie

Suivant la réalisation du projet de recherche doctorale, quatre principales implications pour la recherche et la théorie ont été mises de l'avant.

En premier lieu, les parties 2 et 3 du projet de recherche doctorale ont eu recours à deux devis mixtes; un devis mixte concomitant et un devis mixte séquentiel explicatif (Creswell & Plano Clark, 2018). Il a été relevé que l'utilisation de MMR dans le projet de recherche doctorale a permis de décrire et comprendre le phénomène à l'étude par le biais de l'intégration de résultats qualitatifs et quantitatifs. Ainsi, l'une des implications de ce projet pour la recherche serait de poursuivre l'étude de ce phénomène à l'aide de MMR, lorsque la question de recherche s'y prête. L'usage de différents devis mixtes offre une créativité méthodologique intéressante, notamment dans l'étude des perceptions où il est possible de laisser les participants s'exprimer de manières différentes, soit qualitativement et quantitativement, sur le sujet d'étude (Creswell & Plano Clark, 2018). D'ailleurs, le processus d'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs rehausse le degré d'analyse des résultats permettant la corroboration des résultats ou encore l'expansion de ceux-ci suggérant ainsi des pistes d'explication additionnelles (Creswell & Plano Clark, 2018).

En deuxième lieu, le projet de recherche doctorale a permis de recenser et d'identifier de nombreux facteurs influençant positivement ou négativement la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Cela laisse donc présager plusieurs pistes d'intervention afin d'améliorer le déroulement de ces transitions. Des études quantitatives rétrospectives (p. ex. audits) seraient alors pertinentes afin d'identifier les facteurs menant à la décision de transférer l'aîné à l'urgence et de mesurer les impacts de cette décision, notamment dans le contexte québécois, puisqu'aucune étude n'a été recensée au Québec sur le sujet. Bien que plusieurs lacunes aient été relevées relativement

aux transitions entre les ÉSLD et l'urgence dans le cadre du projet de recherche doctorale, les efforts doivent se poursuivre de manière à identifier et à implanter des interventions qui peuvent à la fois réduire le nombre de transferts entre ces deux établissements, mais également les améliorer, le cas échéant. Il serait donc recommandé d'effectuer des études à la fois transversales, mais également longitudinales, qui permettraient de déterminer le type d'interventions à implanter et leur impact à long terme. Par ailleurs, bien que des interventions aient été déployées et évaluées dans la littérature scientifique, comme le programme d'amélioration de la qualité intitulé *Interventions to Reduce Acute Care Transferts* (INTERACT), aucune étude n'a été recensée au Québec à cet effet. Bref, il importe de déterminer les facteurs qui augmentent les transitions vers l'urgence, de développer des interventions qui devront être testées afin d'assurer leur efficacité (p. ex. devis expérimentaux ou quasi expérimentaux), ainsi que d'étudier l'implantation de ces interventions dans les milieux visés de manière à s'assurer de leur utilisation et de leur durabilité, et ce, en s'inspirant de la science de la mise en œuvre (*Implementation Science*).

En troisième lieu, ce projet de recherche doctorale s'est assuré de recueillir les perceptions des PPA et de leur donner une voix, ce qui a permis de mettre de l'avant leur importante contribution dans les soins aux aînés hébergés tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence. Toutefois, au-delà de recueillir et d'analyser les perceptions des PPA, il serait, à l'avenir, recommandé d'inclure les PPA dès l'élaboration d'un projet de recherche, afin de s'assurer de répondre réellement à leurs besoins et de reconnaître leur expertise dès les premières étapes de la recherche. Ainsi, des approches méthodologiques comme la recherche participative seraient alors à considérer. La recherche participative est prometteuse en ce sens où elle est axée sur un processus de recherche qui est inclusive et équitable, et qui promeut le co-apprentissage, ainsi que la transformation personnelle, communautaire et sociale (Brown, 2022; Cargo & Mercer, 2008; Corrado et al., 2020).

La recherche participative permettrait donc de contribuer à la co-création de connaissances et la co-création d'interventions par et pour les PPA.

En dernier lieu, le présent projet de recherche doctorale a mis de l'avant la pertinence de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000) bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023) dans le contexte de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence. Ainsi, la quatrième implication pour la recherche porte sur le contexte théorique. En effet, le cadre théorique, dans lequel interagissent la théorie des transitions et celle des systèmes, a permis de guider la conceptualisation de la recherche doctorale, notamment l'élaboration des outils de collecte de données et l'interprétation des résultats. Sa représentation visuelle est d'ailleurs présentée à la figure 6.1. Ainsi, il est proposé de poursuivre l'utilisation de ce cadre théorique, notamment dans le contexte de transitions qui impliquent des dyades aidants-aidés. Ce cadre théorique peut donc rehausser la compréhension du sujet à l'étude et mettre de l'avant l'interrelation entre la personne aidée, la personne aidante, les conditions des transitions, les indicateurs de processus et de résultats, ainsi que les interventions infirmières.

Forces et limites

Les forces et les limites des trois parties qui composent respectivement la thèse doctorale ont été présentées dans leurs articles respectifs (articles nº 1, nº 2 et nº 3). Cette section met plutôt de l'avant les forces et les limites du projet de recherche doctorale dans son ensemble.

Forces

Le projet de recherche doctorale présente six principales forces.

La première force se loge dans son examen approfondi du processus complet de transition des aînés et des PPA de l'ÉSLD vers l'urgence. Contrairement à la littérature actuelle qui se concentre généralement sur des aspects spécifiques de cette transition (p.ex. processus décisionnel, communication interétablissements, etc.), le projet de recherche doctorale se distingue en abordant

l'ensemble de la transition, de la prise de décision du transfert de l'aîné à l'urgence jusqu'à son retour à l'ÉSLD d'origine. Ainsi, celui-ci contribue aux connaissances existantes sur le sujet, en brossant un portrait exhaustif de la transition vécue par les aînés et leur PPA, de son commencement à son aboutissement.

La deuxième force du projet de recherche doctorale est dans sa capacité à dégager les trois phases distinctes de la transition vécue (pré-, per-, et post-urgence) par les aînés et leur PPA, et à identifier de multiples facteurs de la transition des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence. Ceci met donc de l'avant les différents types d'interventions pouvant être déployés pendant les différentes phases de la transition de manière à faciliter leur déroulement. En enrichissant la littérature existante, les résultats du projet de recherche doctorale soulignent d'ailleurs l'importance de reconnaître et de prendre en compte la diversité de facteurs, qui se trouvent à différents niveaux d'influence (*micro, méso* et *macro*).

La troisième force est que le projet de recherche doctorale a incorporé les perceptions de divers acteurs, dont celles des PPA, du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, ainsi que celles du personnel cadre de ces deux établissements. Cette intégration de multiples points de vue soutient les conclusions de l'étude, car après analyses, toutes ces perceptions se sont révélées complémentaires et convergeaient dans la même direction. En effet, elles soulignent que les transitions actuelles des aînés et de leur PPA des ÉSLD vers l'urgence ne sont pas optimales, mais qu'il existe plusieurs possibilités d'amélioration. Cette intégration est une contribution importante à la littérature existante où la prise en compte des perceptions de multiples acteurs de cette transition n'est pas commune, et encore moins l'intégration des points de vue des deux établissements impliqués (ÉSLD et urgences) au sein d'une même étude.

La quatrième force réside dans l'importance accordée aux PPA. Bien que les PPA jouent un rôle important dans la transition des aînés des ÉSDL vers l'urgence, peu de littérature avait

jusqu'alors exploré ce domaine. Ainsi, le projet de recherche doctorale contribue à l'enrichissement du corpus de connaissances existantes. D'ailleurs, en mettant l'accent sur les PPA, la partie 2 du projet de recherche doctorale a permis d'identifier diverses formes de maltraitance vécue par les PPA, notamment par les institutions, pendant cette transition (article nº 2). Cette mise en évidence représente l'une des contributions du projet de recherche doctorale, venant ainsi proposer des explications additionnelles aux lacunes existantes dans la littérature sur le concept de maltraitance envers les PPA, en mettant spécifiquement en lumière la maltraitance institutionnelle.

La cinquième force du projet de recherche doctorale est sa contribution méthodologique. Le projet de recherche doctorale a notamment recouru à deux types de devis mixtes, à savoir le devis concomitant (Partie 2, article nº 2) et le devis séquentiel explicatif (Partie 3, article nº 3). Ce qui distingue particulièrement les MMR, c'est leur capacité à intégrer des résultats quantitatifs et qualitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018). Cependant, peu de littérature existe sur la façon concrète d'y procéder, particulièrement pour le devis mixte concomitant à prédominance qualitative. Ainsi, le projet de recherche doctorale a décrit le processus d'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs en présentant une section spécifique axée sur le point d'intégration et mettant au point des matrices (*joint displays*) novatrices que l'on peut retrouver dans les articles nº 2 et nº 3 (chapitre 5).

Enfin, la sixième force repose dans l'apport théorique de ce projet de recherche doctorale. Son cadre théorique a orienté la conceptualisation du projet de recherche doctorale, l'élaboration des outils de collecte de données et l'interprétation des résultats. Il a permis de maintenir une cohérence parmi ces différentes parties qui le composent, ce qui a par la suite facilité la mise en commun des différents résultats. Par le fait même, le projet de recherche doctorale a permis l'enrichissement de la théorie des transitions (Meleis et al., 2000), notamment sur la composante des transitions de rebond (*ripple effect*), mais également par l'intégration de certains principes de

la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023). Une proposition de cadre théorique a aussi été faite. Celui-ci a comme trame de fond la théorie des transitions (Meleis et al., 2000), présente l'interaction entre celle-ci et la théorie des systèmes (Kaakinen, 2018; Shajani & Snell, 2023), et finalement, intègre les résultats du projet de recherche doctorale.

Limites

Dans son ensemble, le projet de recherche doctorale présente trois principales limites.

La première limite du projet de recherche doctorale est que le milieu de recherche ne s'est limité qu'à une seule région administrative de la province de Québec, soit la région de l'Outaouais, ce qui limite la généralisation et la transférabilité des résultats. À l'origine, ce choix avait été fait puisqu'en se concentrant sur une région, il est possible d'avoir une meilleure compréhension des facteurs locaux qui pourraient influencer le phénomène étudié. D'ailleurs, la candidate au doctorat avait une compréhension approfondie de ce contexte régional, ce qui a contribué à l'interprétation des résultats. Enfin, par souci d'économie et de temps, le choix d'une seule région facilitait la gestion logistique et la coordination des activités de recherche. À noter qu'initialement, les entrevues individuelles étaient prévues en présentiel avant l'avènement de la COVID-19. Malheureusement, cette limite a également restreint le recrutement de participants contribuant potentiellement aux difficultés rencontrées par la candidate au doctorat, expliquant ainsi les tailles d'échantillon limitées. Toutefois, il est à noter que plusieurs constats émanant du projet de recherche doctorale ont trouvé confirmation dans la littérature scientifique, y compris auprès d'études menées ailleurs au Canada (Goodridge et al., 2018) et ailleurs dans le monde, notamment en Australie (Morphet et al., 2015). De plus, une description détaillée des participants et du milieu de recherche a été fournie dans ce projet de recherche doctorale permettant ainsi aux lecteurs de juger de la transférabilité des résultats à d'autres contextes.

La deuxième limite est le manque de diversité linguistique, ethnique, culturelle, de genre et de sexe des participants du projet de recherche doctorale. En effet, seuls les participants francophones ont été inclus, excluant ainsi d'emblée la population anglophone unilingue, susceptible de présenter des expériences différentes de la population francophone. Il est toutefois à considérer que l'étude s'est déroulée au Québec qui a pour langue officielle le français. De plus, toutes les PPA qui ont participé à la partie 2 du projet de recherche doctorale étaient de nationalité canadienne, et parmi les 12 participants, 11 étaient de genre féminin. Par conséquent, ces éléments doivent être pris en considération lors de l'évaluation de la transférabilité des résultats et lors d'études futures.

La troisième et dernière limite du projet de recherche doctorale réside dans le fait qu'elle a été menée durant la pandémie de la COVID-19. Ce contexte exceptionnel a imposé plusieurs contraintes à la candidate au doctorat, notamment en ce qui concerne les stratégies employées afin de recruter les participants. En effet, le recrutement des participants a dû être effectué à distance (p. ex. usage d'affiche de recrutement dans les milieux et diffusion sur les médias sociaux), ce qui a occasionné des difficultés d'atteindre une taille d'échantillons appropriée. De même, la pandémie de la COVID-19 a augmenté la charge de travail du personnel infirmier, limitant ainsi leur disponibilité à participer à des études, le cas échéant. Le protocole de recherche a d'ailleurs dû être modifié, après six mois de recrutement actif, compte tenu du faible de nombre de participants recrutés. Ces modifications ont notamment mené à l'intégration du personnel cadre des ÉSLD et des urgences dans la partie 3 du projet de recherche doctorale (article n° 3). Enfin, bien que de nombreux participants aient rapporté des événements antérieurs à la pandémie de la COVID-19, celle-ci a tout de même exercé une influence sur les résultats de l'étude et sur les transitions vécues par les aînés et leur PPA.

Conclusion

La transition des aînés et de leurs PPA des ÉSLD vers l'urgence a été le phénomène au cœur de cette thèse doctorale. Trois parties ont composé le projet de recherche doctorale. La première partie a décrit l'expérience des familles qui accompagnent un aîné à l'urgence (examen de la portée, article nº 1). La deuxième partie a décrit les perceptions des PPA quant à la transition de leur aîné d'un ÉSLD à l'urgence (étude à devis mixte concomitant QUAL-quan, article nº 2). La troisième partie a décrit les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD et de l'urgence quant à la transition des aînés et de leur PPA d'un ÉSLD à l'urgence (devis mixte séquentiel explicatif, article nº 3).

L'intégration des résultats de ces trois parties souligne les aspects multiphasique et multifactoriel de la transition vécue. Effectivement, la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence se divise en trois phases, à savoir les phases pré-, per-, et post-urgence. Chacune de ses phases est influencée par de nombreux facteurs qui se trouvent à différents niveaux d'influence (*micro*, *méso* et *macro*). Le constat général tiré des perceptions des PPA, ainsi que celles du personnel infirmier et cadre, est que la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence présente plusieurs problématiques allant de la reconnaissance de l'expertise des PPA, à la communication interétablissements à l'environnement de l'urgence. Le projet de recherche doctorale a accordé une attention particulière à la question de la proche aidance dans le cadre de l'hébergement des aînés et lors des périodes de transition vers l'urgence. À cet effet, l'intégration des résultats a clairement souligné l'importance d'adopter une approche bientraitante à l'égard des PPA dans les ÉSLD et à l'urgence. Le concept de bientraitance a été mis de l'avant dans ce projet de recherche doctorale, puisque les PPA de l'étude ont été confrontées à diverses formes de maltraitance, y compris la non-reconnaissance de leur expertise et la dénégation de leurs besoins. Il est donc crucial que le personnel infirmier adopte une approche empreinte de bientraitance envers

les PPA et qu'il travaille à créer des environnements favorisant cette approche dans tous les secteurs d'activités de soins de santé.

En conclusion, ce projet de recherche doctorale augmente le corpus de connaissances actuelles sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence. Il a mis la lumière sur les multiples facteurs exerçant une influence sur cette transition, ainsi que la contribution et les différents rôles joués par les PPA. Les résultats de la thèse doctorale ouvrent donc la voie au développement et à l'implantation d'interventions infirmières visant à améliorer ces transitions, ainsi qu'à diminuer les effets de celles-ci sur les aînés hébergés et leurs PPA.

Références

Abrahamson, K., Bernard, B., Magnabosco, L., Nazir, A. & Unroe, K. T. (2016). The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. *BMC Geriatrics*, *16*(1), Article 184. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0359-2

Agrément Canada. (2020). *Pratiques organisationnelles requises (2021)* [Livret]. https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/documents/medecins/livret_sur_les_por_2021.pdf

American College of Emergency Physicians, The Amerian 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

Andrianova, A., Estienne, L., Éthier, S., Peguero-Rodriguez, G., Tessier, M. (2024). *Bientraitance des personnes proches aidantes* [Formation en ligne]. Université de Montréal. https://catalogue.fsi.umontreal.ca/Web/MyCatalog/ViewP?pid=YGo79TaPUMrGlWm8gVultA%3d%3d&id=AW1%2f56NvKPgQ84a1pVlsag%3d%3d

Andrianova, A., Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F. & Guilbeault, C. (2023). La maltraitance envers les personnes proches aidantes. *Perspective Infirmière, 20*(1), 34-40. https://www.oiiq.org/documents/20147/14645628/PI-vol20-no-hiver2023.pdf#page=34

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Beatie, B. E., Mackenzie, C. S., Funk, L., Davidson, D., Koven, L. & Reynolds, K. A. (2021). Caregiver identity in care partners of persons living with mild cognitive impairment. *Dementia*, *20*(7), 2323-2339. https://doi.org/10.1177/1471301221994317

Bone, A. E., Evans, C. J., Etkind, S. N., Sleeman, K. E., Gomes, B., Aldridge, M., Keep, J., Verne, J. & Higginson, I. J. (2019). Factors associated with older people's emergency department attendance towards the end of life: A systematic review. *European Journal of Public Health*, *29*(1), 67-74. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky241

Bracken-Scally, M., Keogh, B., Daly, L., Pittalis, C., Kennelly, B., Hynes, G., Gibb, M., Cole, N., McMahon, C. G., Lawlor, B., McCarron, M. & Brady, A. M. (2021). Assessing the impact of dementia inclusive environmental adjustment in the emergency department. *Dementia*, *20*(1), 28-46. https://doi.org/10.1177/1471301219862942

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.

Brown, N. (2022). Scope and continuum of participatory research. *International Journal of Research & Method in Education*, *45*(2), 200-211. https://doi.org/10.1080/1743727X.2021.1902980

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

Cargo, M. & Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*, *29*, 325-350. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824

Cetin-Sahin, D., Ducharme, F., McCusker, J., Veillette, N., Cossette, S., Vu, T. T. M., Vadeboncoeur, A., Lachance, P.-A., Mah, R. & Berthelot, S. (2020). Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: Qualitative findings from a mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, *7*(3), 346-356. https://doi.org/10.1177/2374373519837238

Christian, R. & Baker, K. (2009). Effectiveness of nurse practitioners in nursing homes: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, *7*(30), 1333-1352. https://doi.org/10.11124/01938924-200907300-00001

Corrado, A. M., Benjamin-Thomas, T. E., McGrath, C., Hand, C. & Laliberte Rudman, D. (2020). Participatory action research with older adults: A critical interpretive synthesis. *The Gerontologist*, *60*(5), e413-e427. https://doi.org/10.1093/geront/gnz080

Creswell, J. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3e éd.). Sage.

Curtis, F., Jayawickrama, W. I. U., Laparidou, D., Weligamage, D., Kumarawansha, W. K. W. S., Ortega, M. & Siriwardena, A. N. (2021). Perceptions and experiences of residents and relatives of emergencies in care homes: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Age and Ageing*, *50*(6), 1925-1934. https://doi.org/10.1093/ageing/afab182

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), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.005

Dubois, C.-A., Borgès Da Silva, R., Lavoie-Tremblay, M. & Clarke, S. (2020, 16 juin). *Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier : une synthèse des preuves scientifiques* [Rapport de projet]. CIRANO. https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RP-09

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

Eifert, E. K., Adams, R., Dudley, W. & Perko, M. (2015). Family caregiver identity: A literature review. *American Journal of Health Education*, *46*(6), 357-367. https://doi.org/10.1080/19325037.2015.1099482

Eifert, E. K., Dudley, W., Eddy, J., Perko, M. & Adams, R. (2021). Preliminary evidence for the validity of the family caregiver identity scale. *Journal of Applied Gerontology*, *40*(7), 742-751. https://doi.org/10.1177/0733464819896573

Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107-115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Éthier, S., Andrianova, A., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F., Guay, M.-C., Guilbeault, C. & Fortier, M. (2020). *La maltraitance envers les personnes aînées proches aidantes (PAPA) et les personnes proches aidantes d'aînés (PPAA) : reconnaître, sensibiliser et prévenir* [Rapport de recherche]. Université Laval et Proche aidance Québec. https://procheaidance.quebec/wp-content/uploads/2023/01/Rapport-de-recherche-bientraitance.pdf

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/gs1.169.0065

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

Fry, M., Elliott, R., Curtis, K., Mei, J., Fitzpatrick, L., Groth, R., Murphy, S., Jones, K. & Hofman, C. (2021). Family members' perceptions of older person discharge from emergency departments. *International Journal of Older People Nursing*, *16*(3), 1-10. e12365 https://doi.org/10.1111/opn.12365

Gardner, A., DeSandro, S., Pillow, M. T. & Ahmed, R. (2020). Optimizing interprofessional education with in situ simulation. Dans J. T. Paige, S. C. Sonesh, D. D. Garbee & L. S. Bonanno (dir.), *Comprehensive healthcare simulation: Interprofessional team training and simulation* (p. 105-120). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28845-7_8

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

Girard-Marcil, C. & Reiss, M. (2023). *La reconnaissance et l'autoreconaissance des personnes proches aidantes : enjeux et pratiques*. Observatoire québécois de la proche aidance. https://observatoireprocheaidance.ca/repertoire-des-connaissances/la-reconnaissance-et-lautoreconnaissance-des-personnes-proches-aidantes-enjeux-et-pratiques/

Goodridge, D., Martyniuk, S. & Stempien, J. (2018). At risk for emotional harm in the emergency department: Older adult patients' and caregivers' experiences, strategies, and recommendations. *Gerontology and Geriatric Medecine*, *4*. https://doi.org/10.1177/2333721418801373

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

Gu, D. & Dupre, M. E. (2020). *Encyclopedia of gerontology and population aging*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2

Institute for Patients- and Family Centered Care. (s. d.). *Patient- and family-centered care. is working "with" patients and families, rather than just doing "to" or "for" them.* https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html

International Alliance of Carer Organizations. (2020). *Carer passport: Facilitating healthcare integration through 'carer-friendly' schemes* [Document d'informations]. Carers UK. https://internationalcarers.org/wp-content/uploads/2020/08/IACO-ICP-UK_web.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* (6e éd., p. 27-51). F. A. Davis Company.

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

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), e437-e447. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00113-1

Masciotra, D. & Medzo, F. (2009). *Développer un agir compétent : vers une curriculum pour la vie*. De Boeck Supérieur.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

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. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence* (Publication nº 10-830-03W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a, avril). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (Publication nº 21-835-01W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021b, octobre). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 : reconnaître pour mieux soutenir* (Publication nº 21-835-11W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003191/?&date=DESC&type=plan-d-action&critere=type

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre de référence : vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée* (Publication nº 22-905-03W). Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/

Molyneaux, V., Butchard, S., Simpson, J. & Murray, C. (2011). Reconsidering the term 'carer': A critique of the universal adoption of the term 'carer'. *Ageing and Society*, *31*(3), 422-437. https://doi.org/10.1017/s0144686x10001066

Montgomery, R. J. V. & Kosloski, K. D. (2013). Pathways to a caregiver identity and implications for support services. Dans R. C. Talley & R. J. V. Montgomery (dir.), *Caregiving across the lifespan: research, practice, policy* (p. 131-156). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5553-0_8

Moore, H. & Gillespie, A. (2014, septembre). The caregiving bind: Concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity. *Social Science & Medicine*, *116*, 102-109. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.038

Morgan, T., Duschinsky, R., Gott, M. & Barclay, S. (2021). Problematising carer identification: A narrative study with older partner's providing end-of-life care. *SSM - Qualitative Research in Health*, *1*, Article 100015. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100015

Morphet, J., Decker, K., Crawford, K., Innes, K., Williams, A. F. & Griffiths, D. (2015). Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(23-24), 3647-3653. https://doi.org/10.1111/jocn.12954

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

O'Connor, D. L. (2007). Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. *Journal of Aging Studies*, *21*(2), 165-174. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.06.002

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

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Passons à l'action pour que les soins aux personnes aînées soient une priorité nationale* [Mémoire]. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3528-memoire-plan-action-maltraitance-web.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023). *Les infirmières et infirmiers : des professionnels essentiels au maintien des aînés à domicile* [Mémoire]. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3547-memoire-plan-action-vieillir-ensemble-web.pdf

Parmar, J., Anderson, S., Duggleby, W., Holroyd-Leduc, J., Pollard, C. & Brémault-Phillips, S. (2021). Developing person-centred care competencies for the healthcare workforce to support family caregivers: Caregiver centred care. *Health and Social Care in the Community*, *29*(5), 1327-1338. https://doi.org/10.1111/hsc.13173

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.refiri.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

Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2024a). Perceptions de personnes proches aidantes qui accompagnent un aîné lors de la transition d'un établissement de soins de longue durée vers l'urgence : une étude de type méthodes mixtes [article soumis pour publication]. *Soins Gérontologie*.

Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2024b). 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 [article soumis pour publication]. *Canadian Journal of Emergency Nursing.*

Proche aidance Québec. (s. d.). *La boîte à outils!* https://procheaidance.quebec/bientraitance/intervenant-et-professionnel/

Rosa, E. M. & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, *5*(6), 243-258. https://doi.org/10.1111/jftr.12022

Savard, I., Jabbour, M., Tchouaket, E., Gauthier, N. & Kilpatrick, K. (2024). Evaluating the influence of primary healthcare nurse practitioners' interventions in home care on hospitalizations and emergency department transfers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *30*(3), 440-452. https://doi.org/10.1111/jep.13960

Schober, M. (dir.). (2020). *Directives sur la pratique avancée 2020*. Conseil international des infirmières. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf

Schumacher, J. G., Hirshon, J. M., Magidson, P., Chrisman, M. & Hogan, T. (2020). Tracking the rise of geriatric emergency departments in the United States. *Journal of Applied Gerontology*, *39*(8), 871-879. https://doi.org/10.1177/0733464818813030

Searle, B., Barker, R. O., Stow, D., Spiers, G. F., Pearson, F. & Hanratty, B. (2023). Which interventions are effective at decreasing or increasing emergency department attendances or hospital admissions from long-term care facilities? A systematic review. *BMJ Open*, *13*(2), e064914ca. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064914

Shajani, Z. & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions* (8e éd.). F. A. Davis.

Shih, R. D., Carpenter, C. R., Tolia, V., Binder, E. F. & Ouslander, J. G. (2022). Balancing vision with pragmatism: The geriatric emergency department guidelines-realistic expectations from emergency medicine and geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, *70*(5), 1368-1373. https://doi.org/10.1111/jgs.17745

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

The Ontario Caregiver Organization. (2024). *What is Caregiver ID?* https://ontariocaregiver.ca/caregiver-id-formal-recognition-of-the-caregiving-role/

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

Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., Desrochers, A., Joyal, C., Jacques, I., Lavoie, V., Malenfant, P., Poirier, K. & Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières. *Perspective Infirmière*, *13*(3), 45-50. https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf

Annexe A : Recension des écrits parue dans la revue *Soins d'urgence*



PRATIQUE CLINIQUE

Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances

Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (RPA) vers l'urgence constitue une réalité quotidienne dans les urgences du Québec. Les ressources disponibles dans les RPA ne répondent pas toujours aux besoins des aînés, surtout lorsque leur état de santé se détériore, ce qui mène souvent à un transfert vers l'urgence. Toutefois, ce type de transfert n'est pas la solution optimale pour cette population. Par conséquent, cet article présente l'état actuel des connaissances sur le transfert des aînés des RPA vers l'urgence par le biais d'une recension des écrits.

par Gabriela Peguero-Rodriguez, Viola Polomeno et Michelle Lalonde

En 2019, les aînés représentaient 18 % de la population du Canada, ce qui est un sommet inégalé dans l'histoire canadienne (1). Au Québec, cette proportion est similaire puisque les personnes âgées constituent 19 % de la population (2). Selon les projections, cette tendance se maintiendra au cours des prochaines décennies et il est estimé que la population aînée augmentera à 25 % d'ici 2036 au Canada et au Québec (2, 3). Cet accroissement constant de la population aînée suggère une augmentation des placements dans les résidences pour personnes âgées (RPA)[1] (4). Ces changements démographiques engendreront aussi une hausse des coûts des soins de santé. D'ici 2026-2027, il est estimé que les coûts de santé attribuables au vieillissement de la population représenteront 19 milliards de dollars annuellement au Canada (5). D'autres répercussions sont à prévoir. Par exemple, selon le Commissaire à la santé et au bien-être (6), dans les dernières années, l'augmentation du nombre de visites dans les urgences du Québec est surtout concentrée dans la tranche d'âge des plus de 65 ans. Une forte corrélation est déjà observée entre l'augmentation du nombre de personnes âgées et la hausse des visites de cette population à l'urgence (6). Il est d'ailleurs connu que les aînés composent en grande partie la population des urgences (7). Au Québec, 40 % des visites sur civière à l'urgence sont des personnes âgées de plus de 65 ans (8). Il est également constaté qu'en plus d'une hausse des visites de la part de la clientèle âgée à l'urgence, les cas sont jugés comme étant plus complexes et urgents (6). De plus, les aînés demeurant dans les RPA utilisent plus fréquemment les urgences que les aînés dans la communauté (4, 6, 7). Effectivement, lorsque leur état de santé se détériore, peu de services ou de ressources sont accessibles à même leur milieu, ce qui requiert alors un transfert à l'urgence (10).

Face à cette réalité, il s'avère important d'analyser le transfert des ▶

[1] Bien que les auteures de cet article sont conscientes des différences qui existent entre les types d'hébergement, il a été décidé pour alléger le texte qui suit que le terme « résidence pour personnes âgées (RPA) » comprendra à la fois les CHSLD (publics ou privés) et les résidences privées pour aînés incluant celles avec des sections de ressources intermédiaires ou de type familiale (RI-RTF).

aînés des RPA vers l'urgence afin d'en comprendre le processus, ainsi que les impacts sur le système de santé et les besoins des aînés, des familles et du personnel infirmier étant au cœur de ce phénomène. Force est de constater que des mesures doivent être mises en place autant dans les RPA qu'à l'urgence afin de développer une prise en charge efficace, sécuritaire et adaptée à la clientèle âgée et à leurs proches. Cet article vise à présenter l'état actuel des connaissances à propos du transfert des aînés des RPA vers l'urgence par le biais d'une recension des écrits. Le but est de décrire le phénomène en question, d'identifier les différentes tendances qui s'en dégagent, ainsi que les pistes de solutions possibles.

MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS

Selon Fortin et Gagnon (11), une recension des écrits « consiste à relever, dans les publications de recherche, les principales sources théoriques et empiriques qui rendent compte de ce qui est connu et inconnu sur un sujet de recherche particulier » (p. 75). Pour y arriver, plusieurs bases de données ont été consultées afin de répertorier la littérature scientifique pertinente, et ce, en anglais et en français. Plus précisément, une recherche par mots-clés a été réalisée dans les bases de données suivantes : CINAHL (EBSCO), MEDLINE (OVID), Scopus et Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés en anglais ont été : emergency department, nursing homes, elderly et transfer. L'équivalent en français de ces mots-clés a également été utilisé dans les différentes bases de données, soit : urgence, résidence pour personnes âgées, personnes âgées et transfert. Par la suite, les articles ont été sélectionnés sur la base de leur pertinence, à savoir s'ils permettaient de mieux comprendre les différentes dimensions inhérentes au transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Par ailleurs, les références citées par les articles ont également été consultées et retenues lorsque pertinentes. Les articles scientifiques publiés dans la dernière décennie (2009-2020) ont été ciblés afin d'offrir un portrait actuel et à jour du phénomène en question. Enfin, 49 articles ont été inclus dans cette recension des écrits, et ce, après consensus entre les auteures de cet article. Une analyse de contenu inductive a par la suite été effectuée afin d'identifier les catégories communes à travers l'information textuelle recensée (12).

RÉSULTATS

Les articles sélectionnés ont été organisés de manière à être regroupés selon la similarité de leur sujet (11). Toutefois, certains d'entre eux se retrouvent dans plus d'une catégorie (voir Tableau 1). Ainsi, cette recension des écrits se divise en six catégories : 1) le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence ; 2) les complications associées au transfert vers l'urgence ; 3) le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence ; 4) les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences ; 5) les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence ; et 6) les pistes de solutions possibles.

Tableau 1. Sommaire des articles utilisés pour la recension des écrits

Catégories	Références utilisées[1]	Total
Le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence	7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.	21
Les complications associées au transfert vers l'urgence	9, 10, 14, 15, 17, 19, 21, 29, 30, 31, 32.	11
Le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	9, 10, 14, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36.	16
Les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences	10, 13, 14, 17, 20, 21, 26, 27, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48.	24
Les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence	16, 17, 18, 23, 31, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51.	14
Les pistes de solutions possibles	14, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 27, 30, 32, 36, 37, 38, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57.	20

1. Certaines références ont été utilisées dans plus d'une catégorie.

Le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence

Actuellement, 6,8 % des Canadiens âgés de plus de 65 ans demeurent dans une RPA et ce pourcentage s'élève à 30 % chez les 85 ans et plus (13). Ces aînés possèdent plusieurs antécédents de santé et de comorbidités qui les rendent plus vulnérables à différentes problématiques de santé (10, 14–16). Ils nécessitent donc des services diversifiés et dépendent à des niveaux variés sur leur famille et le personnel soignant pour répondre à leurs besoins de la vie quotidienne (14, 16). Pourtant, les ressources disponibles dans les RPA ne répondent pas toujours aux besoins de ces aînés, surtout en période de détérioration de leur santé, ce qui mène souvent à un transfert vers l'urgence (9, 10, 14, 16–19). En effet, ces aînés n'ont pas toujours accès, au sein même de la RPA, à des soins de première ligne permettant la formulation d'un diagnostic ou encore d'intervenir lors de l'apparition d'une nouvelle condition ou d'une exacerbation d'une condition chronique préexistante (14, 17–23).

Les aînés qui sont transférés des RPA vers l'urgence sont âgés de 70 à 90 ans et sont majoritairement dirigés vers l'urgence par ambulance, soit à plus de 90 % (7, 9, 10, 14, 24–28). Ils se présentent pour des problèmes respiratoires, des traumas incluant des chutes ou des fractures, des troubles neurologiques et cardiovasculaires, des problèmes gastro-intestinaux et des infections urinaires (7, 9, 10, 14, 24–28). Dallaire et al. (10) ont ▶

effectué une revue narrative qui comprenait notamment des études du Canada, des États-Unis et de l'Australie et constatent que les aînés des RPA qui sont transférés vers l'urgence se séparent en deux profils cliniques. Le premier profil arrive à l'urgence avec de multiples comorbidités et complications associées (p. ex., hypertension et diabète) (10). Le second profil se caractérise par des maladies ou des blessures mineures (10). D'ailleurs, il est rapporté que les aînés vivant dans une RPA visitent plus fréquemment les urgences que ceux qui demeurent à domicile et près de la moitié de ces visites entraîneront en une hospitalisation (9, 29). Dallaire et al. (10) soutiennent qu'environ 40 % à 80 % des aînés provenant des RPA sont hospitalisés pour un séjour moyen de 7 à 12 jours, contre 25 % des aînés qui resteront moins de 24 h à l'urgence. En revanche, 20 % à 30 % des aînés vivant dans une RPA qui auront directement leur congé de l'urgence seront à nouveau transférés à l'urgence au moins une fois dans les trois prochains mois. De plus, 80 % d'entre eux nécessiteront alors une hospitalisation à ce moment (10). Suite à une revue systématique, Dwyer et al. (14) soutiennent que les aînés des RPA ont généralement un plus long séjour à l'urgence que ceux vivant à domicile. D'ailleurs, ces auteurs proposent que les séjours plus longs à l'urgence sont associés à des patients présentant un état clinique complexe arrivant hors des « heures ouvrables » à l'urgence, ce qui diminue leur accès à des services spécialisés (14). En fait, approximativement 50 % des aînés provenant des RPA arrivent durant les heures dites « ouvrables » à l'urgence, tandis que l'autre moitié se présente durant la soirée et la nuit (14).

Les complications associées au transfert vers l'urgence

La littérature scientifique est sans équivoque : le transfert des aînés des RPA vers l'urgence n'est pas la solution optimale pour cette population (9, 10, 14, 15, 19, 30). Effectivement, plusieurs études soulignent qu'un séjour à l'urgence est associé à des complications qui ne sont pas reliées au motif de consultation incluant des chutes, des plaies de pression, des infections nosocomiales, un délirium et un déclin fonctionnel (9, 14, 15, 17, 19, 21, 30–32). Par exemple, dans une revue systématique portant sur les conséquences suivant le transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence, Dwyer et al. (14) ont constaté que 38 % des aînés développaient un délirium durant leur séjour à l'urgence, qu'ils étaient trois fois plus à risque de développer des infections nosocomiales et qu'ils subissaient davantage d'investigation radiologique que les aînés vivant dans la communauté. Ainsi, les aînés provenant des RPA semblent plus susceptibles aux complications iatrogènes et aux infections nosocomiales ce qui influence par le fait même le coût, la complexité et l'efficacité des traitements associés (14). Cela met donc en lumière le fait que le département d'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés demeurant dans les RPA. D'ailleurs, il existe peu de données quant à savoir si les bénéfices l'emportent sur les complications possibles reliées au séjour à l'urgence (14).



Le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence

La proportion de transfert des aînés vers l'urgence qui est jugée non nécessaire ou évitable est de l'ordre de 25 à 55 % (9). Toutefois, il n'existe à ce jour aucun consensus dans la littérature scientifique quant à la définition de transfert évitable et inévitable à l'urgence (21, 33). Cette définition diffère entre les auteurs, varie selon l'étendue des soins possibles dans les RPA, les caractéristiques des résidents et même jusqu'à l'emplacement géographique de la RPA (14, 21, 33). Néanmoins, Abrahamson et al. (31) énumèrent certains exemples de transferts qui seraient considérés comme étant évitables : 1) des changements dans la condition clinique de l'aîné qui auraient pu être prévenus ; 2) des interventions qui auraient pu être réalisées plus tôt afin d'empêcher la détérioration de l'aîné ; 3) le bris de communication entre le personnel infirmier et les médecins qui mène à un transfert ; 4) le transfert qui provient du fait que les ressources ou l'équipement ne sont pas disponibles au sein de la RPA pour pouvoir intervenir (p. ex., antibiothérapie intraveineuse ou électrocardiogramme (ECG) ; ou 5) le transfert qui est incompatible avec les soins médicaux souhaités et les directives de fin de vie préétablis pour l'aîné.

En outre, le processus décisionnel inhérent au transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence est complexe. Plusieurs auteurs ont justement relevé des facteurs pouvant influencer ce processus décisionnel (voir Figure 1), dont les suivants : 1) la présence et la qualité des soins infirmiers à la RPA (p. ex., connaissances et compétences en gériatrie et ratio infirmière/patient) ; 2) la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à la RPA ; 3) les ▶

ressources matérielles présentes dans la RPA (p. ex., radiologie, laboratoire, pharmacie, électrocardiogramme [ECG]); 4) la relation entre les professionnels de la santé de la RPA et la famille des aînés; 5) la préférence des aînés et des familles à l'égard des soins souhaités; 6) les facteurs reliés au système de santé (politiques et procédures en place); 7) la présence et la qualité des soins palliatifs au sein de la RPA; et 8) la qualité de la communication et de la collaboration entre les différents professionnels de la santé de la RPA (10, 18, 19, 21, 23, 31, 32, 34).

Figure 1. Facteurs influençant le processus décisionnel menant au transfert d'un aîné d'une RPA[1] vers l'urgence



1. L'acronyme RPA désigne les résidences pour personnes âgées, ce qui comprend pour les besoins de l'article les CHSLD (publics ou privés) et les résidences privées pour aînés incluant celles avec des sections de ressources intermédiaires ou familiales (RI-RTF).
2. L'acronyme IPS désigne les infirmières praticiennes spécialisées.

Ces facteurs contribuent à l'incidence des transferts des aînés des RPA vers l'urgence. Par exemple, les connaissances et les compétences en gériatrie des infirmières des RPA influencent le besoin de transférer ou non le résident. Si le personnel en place est capable de détecter de façon précoce des signes de détérioration dans l'état clinique de l'aîné, un transfert à l'urgence ne sera probablement pas nécessaire et un suivi avec le médecin traitant sera suffisant (21). Le personnel soignant nécessite des connaissances cliniques, des habiletés et des ressources pour évaluer et intervenir chez un patient dont l'état se détériore. Ainsi, autant un ratio infirmière/patient élevé que le manque d'équipement diagnostique influencent le processus de prise de décision (17, 21, 26). D'autre part, l'accès à un médecin ou à une IPS diminue généralement le besoin de transférer un aîné à l'urgence (26, 35). En effet, il est suggéré qu'une seule évaluation par un médecin ou une IPS peut potentiellement prévenir les transferts non nécessaires (21).

De même, McGregor et al. (35) soulèvent dans leur étude de cohorte rétrospective réalisée en Colombie-Britannique que les taux de transfert étaient plus bas dans les RPA publiques que dans les RPA privées. Ces auteurs (35) proposent que le nombre d'heures de soins donnés par des infirmières autorisées, ainsi que la présence d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux) expliquent ce taux de transfert plus bas dans les RPA publiques. Dwyer et al. (26) évoquent également le fait qu'un ratio infirmière/patient élevé est associé à une augmentation des transferts à l'urgence, mais le contraire est aussi vrai. Plus il y a d'infirmières autorisées au sein des RPA, moins de transferts sont observés vers les urgences (26, 28).

Enfin, la relation que partage le personnel soignant avec la famille des résidents peut influencer la prise de décision relativement au transfert de l'aîné. Lorsque les familles ne font pas confiance aux équipes de soins des RPA, elles ont davantage tendance à demander le transfert de leur aîné à l'urgence, et ce, même si cela n'est pas recommandé par les professionnels de la santé en place et que cela ne correspond pas au niveau de soins préétabli (18, 21, 23). Les familles ont tendance à considérer que leur aîné recevra de meilleurs soins à l'urgence (18, 23, 36). Bref, le niveau de compétence du personnel soignant dans les RPA, l'accès à un médecin ou à une IPS, le manque de ressources humaines ou matérielles, ainsi que la relation partagée avec les familles influencent la prise de décision de transférer ou non un aîné vers l'urgence (26, 28, 32, 36).

Les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences

La littérature scientifique consultée évoque à maintes reprises les lacunes communicationnelles qui existent entre le personnel soignant des RPA et celui de l'urgence ce qui s'avère être un obstacle majeur à la qualité des soins prodigués dans ces deux milieux (10, 27, 34, 37, 38). En fait, selon Dallaire et al. (10), les moyens de communication sont jugés inefficaces. Ces auteurs (10) décrivent que «seulement 35 % du personnel des RPA et les ambulanciers rapporteraient l'information complète au ▶

personnel des urgences » (p. 114). Dans un contexte d'urgence, l'histoire du patient et les données pertinentes qui ont mené au transfert doivent être rapidement accessibles, lisibles et organisées de façon concise (25, 37). Cela permettra à l'équipe de soins de l'urgence d'intervenir de façon optimale et de diminuer l'ambiguïté des actions à entreprendre (27, 37). En effet, il faut considérer que des interventions rapides doivent être entreprises par un personnel soignant qui ne connaît pas l'état habituel de l'aîné ni ses désirs (20, 27). Les troubles cognitifs, les différents déficits fonctionnels (vision, audition, mobilité), ainsi que l'absence d'un membre de la famille sont des facteurs qui rendent difficile l'accès à une histoire de santé complète et au fil des évènements précis qui ont précédé le transfert (20, 27, 36, 38). De plus, ce sont les personnes âgées présentant des troubles cognitifs qui sont les plus susceptibles d'être transférées à l'urgence comparativement aux autres résidents sans troubles cognitifs vivant dans les RPA (20).

La recherche et la clarification de l'information par le personnel soignant de l'urgence affectent subséquemment le trajet du patient à l'urgence en augmentant à la fois le délai pour les traitements et le temps de séjour, ce qui diminue la qualité des soins offerts aux aînés (14, 17, 27, 36–38). De même, plusieurs auteurs (10, 20, 39) rapportent que les informations les plus souvent manquantes lors des transferts sont la liste des médicaments, l'histoire médicale, le niveau de soins de l'aîné et la raison du transfert. Un audit effectué en Ontario dévoile que l'information s'avérait manquante dans 93 % des cas lorsque les transferts s'effectuaient sans formulaire standardisé, mais qu'un déficit d'information évalué à 75 % était tout de même observé lors de l'utilisation d'un formulaire standardisé (40). Bref, lorsque l'information est manquante, les aînés sont alors plus à risque de souffrir d'erreur de médication ou encore de subir des investigations et des interventions qui ne correspondent pas à leur niveau de soins ni à leurs désirs (26, 27, 31, 37, 38).

En outre, les départements d'urgence sont caractérisés par des standards d'efficacité et de rapidité dans les traitements (41, 42). Les interactions avec les professionnels de la santé sont décrites comme étant de courte durée et fragmentées (41, 42). Conséquemment, le modèle de soins médicaux de l'urgence et son environnement bruyant et chaotique ne sont pas adaptés aux besoins complexes et uniques de la clientèle âgée (41–44). Ces aînés se retrouvent donc en position de vulnérabilité aux complications iatrogènes et au déclin fonctionnel (34, 41, 43). À cela s'ajoute, l'écart de culture de soins et de pratique qui existent entre les RPA et l'urgence qui nuit nécessairement à la qualité de la communication entre le personnel soignant (45, 46). L'urgence et les RPA ont des capacités, une étendue de pratique et des buts de soins qui sont différents. En effet, ce sont deux entités distinctes l'une de l'autre qui doivent collaborer, mais qui le font selon leur propre culture et leurs propres standards de soins (45, 46). En effet, les RPA ont un modèle de soins de soutien et privilégient une philosophie de « milieu de vie », tandis que l'urgence a un modèle de soins médicaux (45, 46). Les priorités ne sont pas les mêmes dans chacun de ces milieux d'où la présence d'une certaine tension dans la relation partagée entre le personnel soignant de l'urgence et des RPA et qui avec le temps est devenue normale (44–46). Ceci étant dit, cette « incompréhension de l'autre » que partage le personnel des RPA et celui de l'urgence n'est pas dans les intérêts de l'aîné (47, 48). McCloskey et al. (48) ont développé un cadre conceptuel à cet effet afin de comprendre davantage les relations interorganisationnelles que partagent les urgences et les RPA et concluent :

> « Une tension inquiétante semble résulter de l'interaction entre les facteurs de niveau macro, méso et micro dans les RPA et les urgences. Il a été constaté que chaque organisation s'efforce de maximiser ses performances dans des conditions rigides et que les agents de rationalisation au sein de chaque organisation ont sacrifié la qualité des soins qui sont prodigués à ceux qui transfèrent entre les RPA et l'urgence. » (traduction libre, p. 291).

Il faut alors développer des stratégies afin que les aînés puissent recevoir des soins appropriés, et ce, aux endroits appropriés et au moment approprié (21,48). Ce cadre conceptuel développé par McCloskey et al. (45) met de l'avant le fait que plusieurs changements peuvent s'effectuer, mais des interventions à la fois aux niveaux micro (intraorganisationnel), méso (interorganisationnel) et macro (sociétal) doivent avoir lieu pour améliorer le transfert des aînés entre les RPA et l'urgence (46).

Les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence

Le transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence peut également être perçu comme un évènement anxiogène voire comme une situation de crise tant pour l'aîné que pour sa famille (17, 18, 31, 49). Une étude qualitative menée par Arendts et al. (49) révèle que les aînés qui sont transférés vers l'urgence ont un sentiment de résignation puisqu'ils considèrent qu'ils n'ont aucun impact sur la décision de transfert. Ils déplorent également le temps d'attente, l'inconfort physique et l'environnement chaotique où ils se sentent oubliés et ignorés (49). Les familles ressentent quant à elles de l'ambiguïté face au transfert, car elles préfèreraient éviter une hospitalisation pour l'aîné (49). Par contre, elles considèrent aussi que c'est parfois la seule alternative possible compte tenu du manque de service offert à même la RPA (49). En contrepartie, Stephens et al. (18, 23) mettent de l'avant l'influence non négligeable que les familles peuvent avoir sur le processus décisionnel concernant le transfert d'un aîné vers l'urgence. En effet, plusieurs auteurs avancent que les familles ne semblent pas bien informées quant au pronostic de leur aîné et aux différentes options disponibles au sein de la RPA d'où leur perception que la meilleure option demeure le transfert de l'aîné vers l'urgence (18, 23, 50).

Par ailleurs, les aînés sont souvent accompagnés d'un membre de leur famille à l'urgence et ils considèrent leur présence comme étant importante (16, 42–44, 51). Les familles plaident pour les besoins de leur aîné, posent des questions, s'avèrent être une source additionnelle d'information pour le personnel soignant et complètent souvent l'histoire médicale de l'aîné (14, 41–43, 50). Ayant le privilège d'observer l'aîné sur une base régulière, elles sont donc des sources considérables d'informations complémentaires (16, 34, 42, 44, 51). De plus, les familles se considèrent comme étant bien placées pour diminuer l'anxiété de leur aîné, les réorienter, les accompagner et les guider dans les moments d'attente à l'urgence (42, 44, 49). Leur contribution est encore plus précieuse lorsque l'aîné est atteint d'un trouble cognitif, d'un délirium ou présente une altération du niveau de conscience (44,49). En revanche, les familles se sentent souvent ignorées et exclues des soins qui sont administrés à leur aîné à l'urgence (42, 44, 49, 51). La plupart du temps, ce sont les familles qui doivent amorcer la conversation avec les professionnels de la santé afin d'avoir de l'information sur les investigations, les traitements en cours, les délais d'attente et sur ce que l'aîné peut faire durant cette période d'attente (42, 51). Elles déplorent donc le manque de communication avec le personnel soignant, l'espace réservé aux traitements, leur piètre intégration aux soins, le manque de soins de base offerts aux aînés et l'environnement bruyant et chaotique de l'urgence (16, 42, 44, 51). Par conséquent, l'environnement de l'urgence ne répond pas adéquatement aux besoins des familles des aînés. Il s'avère donc important que le personnel de l'urgence les soutienne durant leur séjour afin de faciliter leur présence et leur implication.



Les pistes de solutions possibles

Diverses pistes de solutions ont été proposées afin d'améliorer le transfert des aînés des RPA vers l'urgence dans les articles recensés. L'une des stratégies les plus soulevées afin d'améliorer la communication entre les RPA et l'urgence est l'instauration d'un formulaire standardisé dans lequel l'information nécessaire y serait inscrite (17, 20, 27, 37, 38). Bien qu'aucun consensus n'existe dans la littérature scientifique, les informations qui sont considérées comme essentielles à une prise en charge médicale sont la raison du transfert, l'état cognitif de base, le niveau de soins, la médication actuelle et les antécédents de santé (27, 38). À cela peut s'ajouter les signes vitaux au moment du malaise, ainsi que les coordonnées de la RPA et de la famille de l'aîné (27, 38). Toutefois, malgré l'introduction de ce type de document, son utilisation tend à diminuer avec le temps puisqu'il n'est pas rempli complètement lors des transferts et le personnel soignant le perçoit comme étant un document additionnel à remplir (27).

La formation continue du personnel soignant des RPA est essentielle afin d'acquérir et de perfectionner les connaissances pour reconnaître les signes précurseurs d'un état d'exacerbation, les modalités d'évaluation, les informations importantes à partager avec le médecin et les bonnes pratiques à l'égard des transferts (17, 36, 52). De plus, afin de soutenir le personnel infirmier des RPA dans leur processus décisionnel, il a été soulevé que celui-ci serait plus facile si un plan était préalablement établi pour chaque résident. La présence de protocoles ou d'algorithmes d'aide décisionnelle pourrait aider à réduire l'incertitude (17, 26, 32, 36). Ouslander et al. (53) proposent des outils cliniques et une démarche structurée pour détecter de façon précoce une détérioration dans l'état de santé d'un aîné qui demeure dans une RPA afin de diminuer les transferts. Ils offrent également des outils pour guider le personnel infirmier dans le processus de transfert, le cas échéant (53). Cette approche qui se nomme *« Interventions to Reduce Acute Care Transfers »* (INTERACT) est en déploiement aux États-Unis et a été associée à une diminution de 24 % des hospitalisations des aînés demeurant dans les RPA lors d'une étude pilote (23, 53). Cette diminution des hospitalisations représente en termes d'économie l'emploi à temps plein d'une infirmière en pratique avancée aux États-Unis (52). Lors d'un essai clinique à répartition aléatoire incluant 85 RPA, des chercheurs visaient à déterminer si le programme INTERACT permettrait de diminuer le nombre de transferts des résidents des RPA vers l'urgence. Les résultats n'ont toutefois pas été significatifs (54). Les auteurs avancent que le soutien envers le personnel soignant des RPA n'a pas été le même que celui fourni lors de l'étude pilote. Le personnel du projet pilote avait reçu une formation en personne ▶

tandis que le personnel de l'étude randomisé avait plutôt reçu une formation en ligne (54). De plus, les RPA incluses pour l'étude pilote étaient celles qui avaient adopté volontairement le programme INTERACT (54). En revanche, ces résultats contribuent à la réflexion sur la manière d'intégrer efficacement des initiatives d'amélioration continue dans les RPA (54).

Un meilleur accès à des ressources au sein des RPA, tel qu'un accès à un laboratoire pour des analyses sanguines et à de l'équipement diagnostique et d'intervention (p. ex., équipement à suture) serait pertinent pour permettre la réduction des transferts (17, 30, 36, 55). Toutefois, l'accès à un médecin ou à une IPS doit être également possible afin d'offrir ces soins de première ligne (26,36). La télémédecine est notamment soulevée comme une alternative. Il s'agit d'une façon d'offrir des soins de première ligne dans les RPA sans que les médecins ou les IPS aient à se déplacer physiquement (21, 23, 56). Cela serait d'autant plus utile pour les demandes de consultation le soir, la nuit ou la fin de semaine (21, 23, 56). Puis, cela permettrait de valider en temps réel l'évaluation clinique du personnel soignant et de rassurer l'aîné et à sa famille (21, 23, 56). Enfin, de nombreux auteurs (14, 18, 23, 50, 53) recommandent d'établir d'avance les soins médicaux souhaités et les directives de fin de vie (p. ex., directives médicales anticipées et le niveau d'intervention médicale), ainsi que d'amorcer très tôt une discussion à cet effet auprès des familles de façon à diminuer le nombre de transferts et améliorer par le fait même les soins de fin de vie. Actuellement, de 1 à 5 % des aînés des RPA qui sont transférés vers l'urgence y décèdent et ce pourcentage se situe de 5 à 34 % pour ceux qui sont hospitalisés (14). Ces taux de mortalité élevés indiquent que ces patients pourraient bénéficier d'une approche palliative au sein même de la RPA (14).

Nonobstant les interventions préventives pour réduire le nombre de transferts vers les urgences, ce phénomène se poursuivra, d'où la nécessité de s'attarder à l'environnement de l'urgence et à la façon dont les soins y sont prodigués. Des modifications devraient avoir lieu de façon à répondre à la fois aux besoins des aînés et de leur famille, comme déployer des équipes multidisciplinaires pour l'évaluation de l'aîné à l'urgence et augmenter les connaissances en gériatrie du personnel soignant de l'urgence (32, 36, 53). À cet effet, différentes initiatives ont été entreprises dans les dernières années afin de rendre les urgences plus adaptées aux besoins complexes et multiples des personnes âgées, dont le mouvement «urgences amies des aînés». Ce mouvement vise une pratique axée sur une philosophie des soins gériatriques. Dans le même ordre d'idée, les départements d'urgence peuvent maintenant obtenir une accréditation certifiant que l'urgence offre des soins gériatriques par excellence. Cette certification se nomme *«Geriatric Emergency Department Accreditation»* et c'est une désignation formelle remise par le Collège américain des médecins d'urgence (*American College of Emergency Physicians*) (57). Cette certification est basée sur le respect d'une série de lignes directrices permettant une restructuration de la vision des soins aux aînés et des différents processus de prise en charge à l'urgence (57). Par exemple, procéder au dépistage des syndromes gériatriques, acquérir des lits adaptés aux aînés, réserver un espace pour les aînés et prodiguer de la formation continue en gériatrie auprès du personnel infirmier de l'urgence (57). Ce programme peut ▶

Tableau 2. Points à retenir pour la pratique infirmière d'urgence.

Moment dans la trajectoire de soins	Point à retenir
Processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	La décision de transférer un aîné d'une RPA vers l'urgence est complexe et multifactorielle. Chaque transfert s'avère être le résultat de plusieurs décisions prises à différents niveaux.
Processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	Ce qui constitue une «urgence» dans une RPA ne l'est peut-être pas à la salle d'urgence. Toutefois, ce n'est pas toutes les RPA qui disposent des ressources humaines et matérielles nécessaires à la prise en charge d'un aîné en période de détérioration.
Prise en charge à l'urgence	Lors de la prise en charge d'un client âgé à l'urgence, il est important de faire la distinction entre un aîné de la communauté et un aîné qui provient d'une RPA. Cela influencera la prise en charge et la planification du congé.
Prise en charge à l'urgence	Il est encouragé d'intégrer les familles dans les soins et de favoriser leur présence au chevet des aînés.
Prise en charge à l'urgence	Il s'avère important d'évaluer le risque de chute des aînés, d'être à l'affût des signes de délirium, d'être proactifs pour répondre à leurs besoins (p. ex., gestion de la douleur, hydratation, élimination) et d'assurer le maintien de leur autonomie.
Planification du congé à l'urgence	Lors du congé de l'aîné, il est recommandé de communiquer avec le personnel soignant de la RPA pour les aviser des soins qui ont été administrés, des investigations entreprises à l'urgence et du suivi à effectuer. Le mode de communication à privilégier demeure à la discrétion des établissements impliqués.

d'ailleurs être adapté selon les différentes réalités des urgences, soit des urgences rurales aux urgences de centres hospitaliers tertiaires (57). Il est toutefois à noter qu'aucune reconnaissance canadienne ou québécoise n'existe à ce jour.

LIMITES

Cette recension des écrits a permis de présenter un premier portrait des connaissances actuelles relatives au transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Elle offre un aperçu des différentes problématiques soulevées dans les écrits et présente quelques pistes de solutions quant à la façon de prendre en charge la clientèle âgée provenant des RPA qui se retrouve à l'urgence. Bien que la recension des écrits ait suivi toutes les étapes proposées par Fortin et Gagnon (11), les informations présentées dans cet article doivent être utilisées avec réserve. Un examen plus approfondi des articles sélectionnés par une revue de la portée ou une revue systématique serait une avenue à explorer dans le futur.

CONCLUSION

Cet article a permis de présenter l'état actuel des connaissances sur le transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Ce type de transfert est multidimensionnel et est associé à plusieurs problématiques qui touchent tant l'aîné et sa famille que les professionnels de la santé impliqués. Ce phénomène est complexe, car il englobe des facteurs de niveau macro, tels que les législations et les mandats organisationnels, et des facteurs de niveau micro, tels que les interactions entre les professionnels de la santé, l'aîné et sa famille. Par conséquent, les stratégies pour améliorer les transferts et les diminuer doivent être multiples. De plus, l'accès à des soins de première ligne, la télémédecine, l'utilisation adéquate des directives médicales anticipées et une approche de soins centrée sur le patient et sa famille sont quelques pistes de solutions qui doivent être sérieusement envisagées. Toutefois, tel que mentionné par Adams et Gerson (58), « […] le modèle de soins actuel des départements d'urgence est conçu pour les patients gravement malades et blessés et non pour les patients gériatriques médicalement complexes, lents et souffrant de troubles fonctionnels » (traduction libre, p. 271). Il est donc important d'adapter et de revoir la façon dont les aînés sont pris en charge dans les départements d'urgence (voir Tableau 2). Dès lors, il est recommandé aux départements d'urgence d'employer une philosophie « amie des aînés ». Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a justement publié un cadre de référence intitulé « L'approche adaptée à la personne âgée » qui propose plusieurs moyens pour répondre aux besoins particuliers des aînés (59). Un cadre de référence pour le développement des urgences gériatriques au Québec est également en cours d'élaboration (60).

Enfin, bien que les conditions des aînés vivant dans les RPA du Québec soient décriées par plusieurs depuis maintes années, la pandémie de la COVID-19 place désormais les RPA dans une vulnérabilité encore plus accrue tant au niveau des conditions de vie des aînés qu'aux conditions de travail des différents professionnels de la santé. Cette situation a été confirmée par les rapports déposés par les Forces armées canadiennes sur la situation des CHSLD suivant leur déploiement en renfort au début de cette pandémie en 2020 (61). Cette crise sociosanitaire à laquelle le Québec doit faire face met en évidence le besoin criant d'améliorer et même de repenser la façon dont les soins sont prodigués aux aînés. Par conséquent, cette recension des écrits permet de contribuer à cette réflexion de société à l'égard de la prise en charge des aînés vivant dans les RPA de façon à favoriser une qualité et une efficience dans les soins qui leur sont administrés. ■

AIDE FINANCIÈRE

La Fondation des infirmières et infirmiers du Canada a contribué monétairement par l'entremise de la bourse Ann C. Beckinham remise à la première auteure de cet article pour son programme d'études doctorales.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Il est toutefois important de mentionner que Gabriela Peguero-Rodriguez est l'une des éditrices associées de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

LES AUTEURES



Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Professeure adjointe
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca



Viola Polomeno, inf., Ph. D.
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa



Michelle Lalonde, inf., Ph. D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Chercheuse
Institut du savoir Montfort de l'Hôpital Montfort

RÉFÉRENCES

1. Statistiques Canada. Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe. Gouvernement du Canada; 2020. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr
2. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Population âgée de 65 ans et plus. Gouvernement du Québec; 2020. https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus?themekey-theme=mobile#:~:text=La situation au Québec, de 65 ans et plus.
3. Statistiques Canada. Faits saillants. Gouvernement du Canada; 2015. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-fra.htm
4. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Rapport sur les résidences pour personnes âgées. 2016. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2016_A01.pdf?fr=1473690264143
5. Association médicale canadienne (AMC). Relever le défi démographique : investir dans les soins aux aînés. 2018. https://policybase.cma.ca/documents/BriefPDF/BR2018-14F.pdf
6. Commissaire à la santé et au bien-être. Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec. Gouvernement du Québec; 2017. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf
7. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency departement use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. Med Care Res Rev. 2011;68(2):131–55. doi: 10.1177/1077558710379422
8. Commissaire à la santé et au bien-être. Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013. Gouvernement du Québec; 2014. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
9. Brucksch A, Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: A systematic review. BMC Geriatr. 2018;18:151. doi: 10.1186/s12877-018-0848-6
10. Dallaire C, Hardy M-S, Hegg S. Identifier les besoins des personnes âgées transférées aux urgences depuis une résidence pour personnes âgées : une revue de littérature. Rev Francoph Int Rech Infirm. 2018;4(2):107–15. doi: 10.1016/j.refin.2017.11.005
11. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 3e éd. Montréal, Québec : Chenelière Éducation; 2016.
12. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2007;62(1):107–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
13. Garner R, Tanuseputro P, Manuel DG, Sanmartin C. Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les canadiens âgés. Rapp sur la santé. 2018;29(5):15–26. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018005/article/54966-fra.htm
14. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing. 2014;43(6):759–66. doi: 10.1093/ageing/afu117
15. Laging B, Bauer M, Nay R, Ford R. A systematic review on the experiences of residential aged care facility staff decision making regarding the transfer of residents to emergency departments. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(28):1–15. doi: 10.11124/jbisrir-2012-302
16. Arendts G, Quine S, Howard K. Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(4):825–33. doi: 10.1111/ggi.12053
17. O'Neill B, Parkinson L, Dwyer T, Reid-Searl K. Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. Geriatr Nurs. 2015;36(6):423–30. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.06.001
18. Stephens, Halifax E, Bui N, Lee SJ, Harrington C, Shim J, et al. Provider perspectives on the influence of family on nursing home resident transfer to emergency department: Crises at the end of life. J Am Geriatr Soc. 2015;63:S207. doi: 10.1155/2015/893062
19. Laging B, Bauer M, Ford R, Nay R. Decision to transfer to hospital from the residential aged care setting: A systematic review of qualitative evidence exploring residential aged care staff experiences. JBI Database Syst Rev Implement Reports. 2014;12(2):263–388. doi: 10.11124/jbisrir-2014-1141
20. Nelson D, Washton D, Jeanmonod R. Communication gaps in nursing home transfers to the ED: Impact on turnaround time, disposition, and diagnostic testing. Am J Emerg Med. 2013;31(4):712–6. doi: 10.1016/j.ajem.2012.11.024
21. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(11):994–1005. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.012
22. McCloskey RM. A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. J Am Geriatr Soc. 2011;59(4):717–24. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03337.x
23. Stephens C, Halifax E, David D, Bui N, Lee SJ, Shim J, et al. "They don't trust us": The influence of perceptions of inadequate nursing home care on emergency department transfers and the potential role for telehealth. Clin Nurs Res. 2020;29 (3):157–68. doi: 10.1177/1054773819835015
24. Cummings GG, Reid RC, Estabrooks CA, Norton PG, Cummings GE, Rowe BH, et al. Older persons' transitions in care (OPTIC): A study protocol. BMC Geriatr. 2012;12(1):75. doi: 10.1186/1471-2318-12-75
25. Cypress BS. Who is the emergency room patient? An evolutionary concept analysis. Dimens Crit Care Nurs. 2010;29(4):182–91. doi: 10.1097/DCC.0b013e3181de9a88
26. Dwyer R, Stoelwinder J, Gabbe B, Lowthian J. Unplanned transfer to emergency departments for frail elderly residents of aged care facilities: A review of patient and organizational factors. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(7):551–62. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.007
27. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014;51(11):1517–23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
28. Arendts G, Dickson C, Howard K, Quine S. Transfer from residential aged care to emergency departments: An analysis of patient outcomes. Intern Med J. 2010;42(1):75–82. doi: 10.1111/j.1445-5994.2010.02224.x
29. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents—a population-based study. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):510–7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02736.x
30. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: A systematic review. Age Ageing. 2010 May;39(3):306–12. doi: 10.1093/ageing/afq008
31. Abrahamson K, Bernard B, Magnabosco L, Nazir A, Unroe KT. The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. BMC Geriatr. 2016;16(1):184. doi: 10.1186/s12877-016-0359-2
32. Stokoe A, Hullick C, Higgins I, Hewitt J, Armitage D, O'Dea I. Caring for acutely unwell older residents in residential aged-care facilities: Perspectives of staff and general practitioners. Australas J Ageing. 2016;35(2):127–32. doi: 10.1111/ajag.12221

33. Renom-Guiteras A, Uhrenfeldt L, Meyer G, Mann E. Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities: a systematic review. BMC Geriatr. 2014;14(80). doi: 10.1186/1471-2318-14-80
34. Robinson CA, Bottorff JL, Lilly MB, Reid C, Abel S, Lo M, et al. Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. J Aging Stud. 2012;26(4):419–27. doi: 10.1016/j.jaging.2012.06.001
35. McGregor MJ, Abu-Laban RB, Ronald LA, McGrail KM, Andrusiek D, Baumbusch J, et al. Nursing home characteristics associated with resident transfers to emergency departments. Can J Aging. 2014;33(1):38–48. doi: 10.1017/S0714980813000615
36. O'Connell B, Hawkins M, Considine J, Au C. Referrals to hospital emergency departments from residential aged care facilities: Stuck in a time warp. Contemp Nurse A J Aust Nurs Prof. 2013;45(2):228–33. doi: 10.5172/conu.2013.45.2.228
37. Gillespie SM, Gleason LJ, Karuza J, Shah MN. Health care providers' opinions on communication between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(3):204–10. doi: 10.1016/j.jamda.2009.09.002
38. Morphet J, Griffiths DL, Innes K, Crawford K, Crow S, Williams A. Shortfalls in residents' transfer documentation: challenges for emergency department staff. Australas Emerg Nurs J. 2013 Apr 24;17(3):98–105. doi: 10.1016/j.aenj.2014.03.004
39. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014;51(11):1517–23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
40. Cwinn, Forster AJ, Adam Cwinn A, Hebert G, Calder L, Stiell IG. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. Can J Emerg Med. 2009;11(5):462–72. doi: 10.1017/S1481803500011660
41. Elmqvist C, Frank C. Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. Scand J Caring Sci. 2015;29(1):145–51. doi: 10.1111/scs.12143
42. Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in australia. Nurs Health Sci. 2015;17(4):476–82. doi: 10.1111/nhs.12220
43. Fry M, Gallagher R, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2014;22(1):31–6. doi: 10.1016/j.ienj.2013.03.007
44. Morphet J, Decker K, Crawford K, Innes K, Williams AF, Griffiths D. Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. J Clin Nurs. 2015;24:3647-53. doi: 10.1111/jocn.12954
45. McCloskey RM, Van Den Hoonaard D. Nursing home residents in emergency departments: A Foucauldian analysis. J Adv Nurs. 2007;59(2):186–94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04319.x
46. McCloskey RM, Campo M, Savage R, Mandville-Anstey S. A conceptual framework for understanding interorganizational relationships between nursing homes and emergency departments: Examples from the Canadian setting. Policy Polit Nurs Pract. 2009 Nov;10(4):285–94. doi: 10.1177/1527154409357795
47. McCloskey RM. An institutional ethnographic exploration of the transitional experience of nursing home residents to and from a hospital emergency room [thesis]. University of New Brunswick (Canada); 2009. https://unbscholar.lib.unb.ca/islandora/object/unbscholar%3A9077
48. McCloskey RM, Campo M, Savage R, Mandville-Anstey S. A conceptual framework for understanding interorganizational relationships between nursing homes and emergency departments: examples from the Canadian setting. Policy Polit Nurs Pract. 2009 Nov;10(4):285–94. doi: 10.1177/1527154409357795
49. Arendts G, Popescu A, Howting D, Quine S, Howard K. "They never talked to me about...": Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. Australas J Ageing. 2015;34(2):95–102. doi: 10.1111/ajag.12125
50. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization: A review of the literature. Med Care Res Rev. 2008;65(1):3–39. doi: 10.1177/1077558707308754
51. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. Int Emerg Nurs. 2012;20(4):193–200. doi: 10.1016/j.ienj.2012.08.003
52. Arendts G, Reibel T, Codde J, Frankel J. Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews. Australas J Ageing. 2010;29(2):61–5. doi: 10.1111/j.1741-6612.2009.00415.x
53. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos AB, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. Am Geriactrics Soc. 2011;59(4):745–53. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x
54. Kane RL, Huckfeldt P, Tappen R, Engstrom G, Rojido C, Newman D, et al. Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: A randomized implementation trial of the INTERACT program. JAMA Intern Med. 2017;177(9):1257–64. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x
55. Codde J, Arendts G, Frankel J, Ivey M, Reibel T, Bowen S, et al. Transfers from residential aged care facilities to the emergency department are reduced through improved primary care services: an intervention study. Australas J Ageing. 2010;29(4):150–4. doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00418.x
56. Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. Health Aff. 2014;33(2):244–50. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0922
57. Southerland LT, Lo AX, Biese K, Arendts G, Banerjee J, Hwang U, et al. Concepts in practice : Geriatric emergency departments. Ann Emerg Med. 2020;75(2):162–70. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.08.430
58. Adams J, Gerson L. A new model for emergency care of geriatric patients. Acad Emerg Med. 2003;10(3):271—4. doi: 10.1111/j.1553-2712.2003.tb02002.x
59. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier — Cadre de référence. 2011. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/
60. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La ministre Marguerite Blais souligne la certification «amie des aînés» accordée à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. 2020. https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-2247/
61. Prévost H. CHSLD : Zones chaudes, masques et pénurie de personnel dans le rapport de l'armée. La Presse. 2020. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706652/forces-armees-canadiennes-chsld-operation-laser

Annexe B : Stratégies de recherche effectuées dans les bases de données pour l'examen de la portée (AgeLine, CINAHL, MEDLINE, Nursing and Allied Health Database, PsycINFO, Scopus)

1. Stratégies de recherche effectuée dans AgeLine

Search history (S)	Query
S15	S5 AND S8 AND S13 AND S14
S14	S9 OR S10
S13	S11 OR S12
S12	DE "Care Satisfaction" OR DE "Satisfaction"
S11	perceptions or perspectives or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs or satisfaction or feeling
S10	elderly or aged or older or elder or geriatric or (elderly N2 (people or adult*)) or (old N2 (people or age))
S9	DE "Older Adults" OR DE "65 " OR DE "70 " OR DE "75 " OR DE "80 " OR DE "85 " OR DE "90 " OR DE "95 " OR DE "Centenarians" OR DE "Old Old"
S8	S6 OR S7
S7	DE "Emergency Health Services"
S6	(emergency N2 (service or department or room or unit or ward)) or accident and emergency department
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S4	family or families or family members or relatives or parents or mother or father or mom or dad or siblings or sister or brother or spouses or wife or husband or companion
S3	DE "Family Relationships" OR DE "Relatives"
S2	Caregivers or caretaker
S1	(DE "Caregivers")

Août 2020 : Total = 90
Mai 2022 : Total = 104

2. Stratégies de recherche effectuée dans CINAHL

Search History (S)	Query
S15	S5 AND S8 AND S11 AND S14
S14	S12 OR S13
S13	(MH "Life Experiences") OR (MH "Life Style Changes")
S12	perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs
S11	S9 OR S10
S10	(MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over")
S9	elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior
S8	S6 OR S7
S7	(MM "Emergency Service") OR (MM "Trauma Centers")
S6	emergency department or emergency room or ed or er
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S4	(MH "Caregivers")
S3	caregivers or informal caregivers or family caregivers
S2	family or families or family members or relatives or parents or mother or father or siblings or sister or brother or spouses or wife or husband
S1	(MH "Family") OR (MM "Adult Children") OR (MH "Extended Family+") OR (MH "Family Characteristics") OR (MH "Family Relations+") OR MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Sibling Relations")

Août 2020 : Total = 899
Mai 2022 : Total = 917

3. Stratégies de recherche effectuée dans MEDLINE

Set	Search Statement
1.	exp family/
2.	(family or families or family members or relatives or parents or mother or father or mom or dad or siblings or sister or brother or spouses or wife or husband or companion).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
3.	(Caregivers or caretaker).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
4.	exp caregivers/ or elder care/
5.	1 or 2 or 3 or 4
6.	emergency services/
7.	(((emergency adj2 (service or department or room or unit or ward)) or accident) and emergency department).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
8.	6 or 7
9.	geriatrics/ or gerontology/
10.	(elderly or seniors or aged or older or elder or geriatric or (elderly adj2 (people or adult*)) or (old adj2 (people or age))).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
11.	9 or 10
12.	satisfaction/
13.	exp emotions/
14.	exp attitudes/
15.	(perceptions or perspectives or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs or satisfaction or feeling).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]
16.	12 or 13 or 14 or 15
17.	5 and 8 and 11 and 16

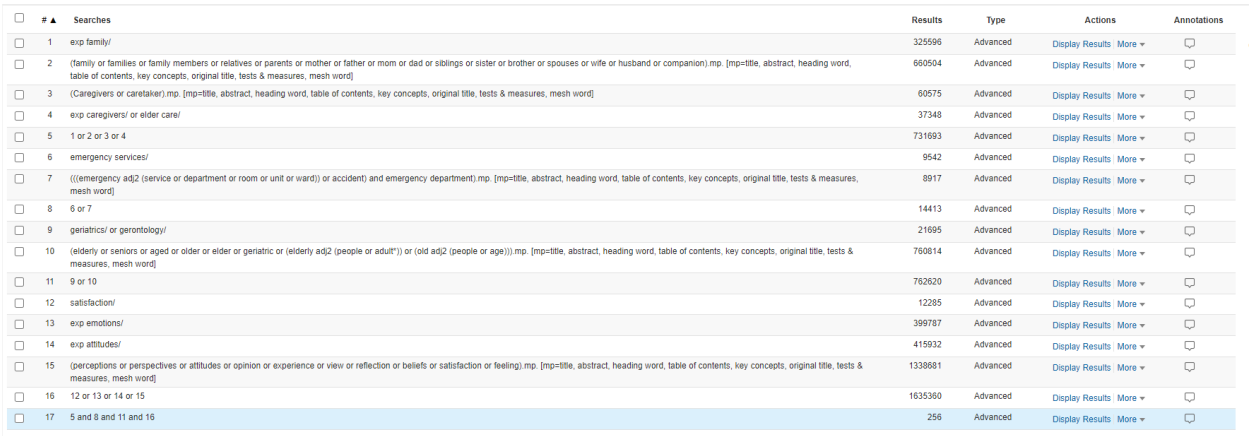
Août 2020 : Total = 889
Mai 2022 : Total = 1032

4. Stratégie de recherche effectuée dans Nursing and Allied Health Database

(noft(family OR families OR family members OR relatives OR parents OR mother OR father OR mom OR dad OR siblings OR sister OR brother OR spouses OR wife OR husband OR companion) OR noft(caregivers OR caretaker) OR mainsubject.Exact("family relationships" OR "family relations" OR "family" OR "family satisfaction") OR mainsubject.Exact("caregivers")) AND (noft(emergency service OR emergency department OR emergency room OR emergency unit OR emergency ward OR accident AND emergency department) OR mainsubject.Exact("emergency medical services" OR "emergency medical care" OR "emergency medicine" OR "emergency nursing" OR "emergency services" OR "emergency service, hospital" OR "accident and emergency departments")) AND (noft(elderly OR seniors OR aged OR older OR elder OR geriatric OR elderly people OR elderly adult OR old people OR old age) OR mainsubject.Exact("aged, 80 & over" OR "aged") OR mainsubject.Exact("frail elderly" OR "elderly" OR "elderly people" OR "elderly women" OR "elderly men" OR "elderly parents" OR "elderly relatives") OR mainsubject.Exact("older men" OR "oldest old people" OR "older people" OR "older parents" OR "older women" OR "old people")) AND (noft(perceptions OR perspectives OR attitudes OR opinion OR experience OR view OR reflection OR beliefs OR satisfaction OR feeling) OR mainsubject.Exact("perceptions") OR mainsubject.Exact("experience") OR mainsubject.Exact("perspectives") OR mainsubject.Exact("attitudes") OR mainsubject.Exact("opinions") OR mainsubject.Exact("viewpoint" OR "point of view") OR mainsubject.Exact("beliefs") OR mainsubject.Exact("satisfaction") OR mainsubject.Exact("subjective feelings") OR mainsubject.Exact("reflection"))

Août 2020 : Total = 638
Mai 2022 : Total = 953

5. Stratégie de recherche effectuée dans PsycINFO



# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1	exp family/	325596	Advanced	Display Results | More	
2	(family or families or family members or relatives or parents or mother or father or mom or dad or siblings or sister or brother or spouses or wife or husband or companion).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	660504	Advanced	Display Results | More	
3	(Caregivers or caretaker).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	60575	Advanced	Display Results | More	
4	exp caregivers/ or elder care/	37348	Advanced	Display Results | More	
5	1 or 2 or 3 or 4	731693	Advanced	Display Results | More	
6	emergency services/	9542	Advanced	Display Results | More	
7	(((emergency adj2 (service or department or room or unit or ward)) or accident) and emergency department).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	8917	Advanced	Display Results | More	
8	6 or 7	14413	Advanced	Display Results | More	
9	geriatrics/ or gerontology/	21695	Advanced	Display Results | More	
10	(elderly or seniors or aged or older or elder or geriatric or (elderly adj2 (people or adult*)) or (old adj2 (people or age))).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	760814	Advanced	Display Results | More	
11	9 or 10	762620	Advanced	Display Results | More	
12	satisfaction/	12285	Advanced	Display Results | More	
13	exp emotions/	399787	Advanced	Display Results | More	
14	exp attitudes/	415932	Advanced	Display Results | More	
15	(perceptions or perspectives or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs or satisfaction or feeling).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	1338681	Advanced	Display Results | More	
16	12 or 13 or 14 or 15	1635360	Advanced	Display Results | More	
17	5 and 8 and 11 and 16	256	Advanced	Display Results | More	

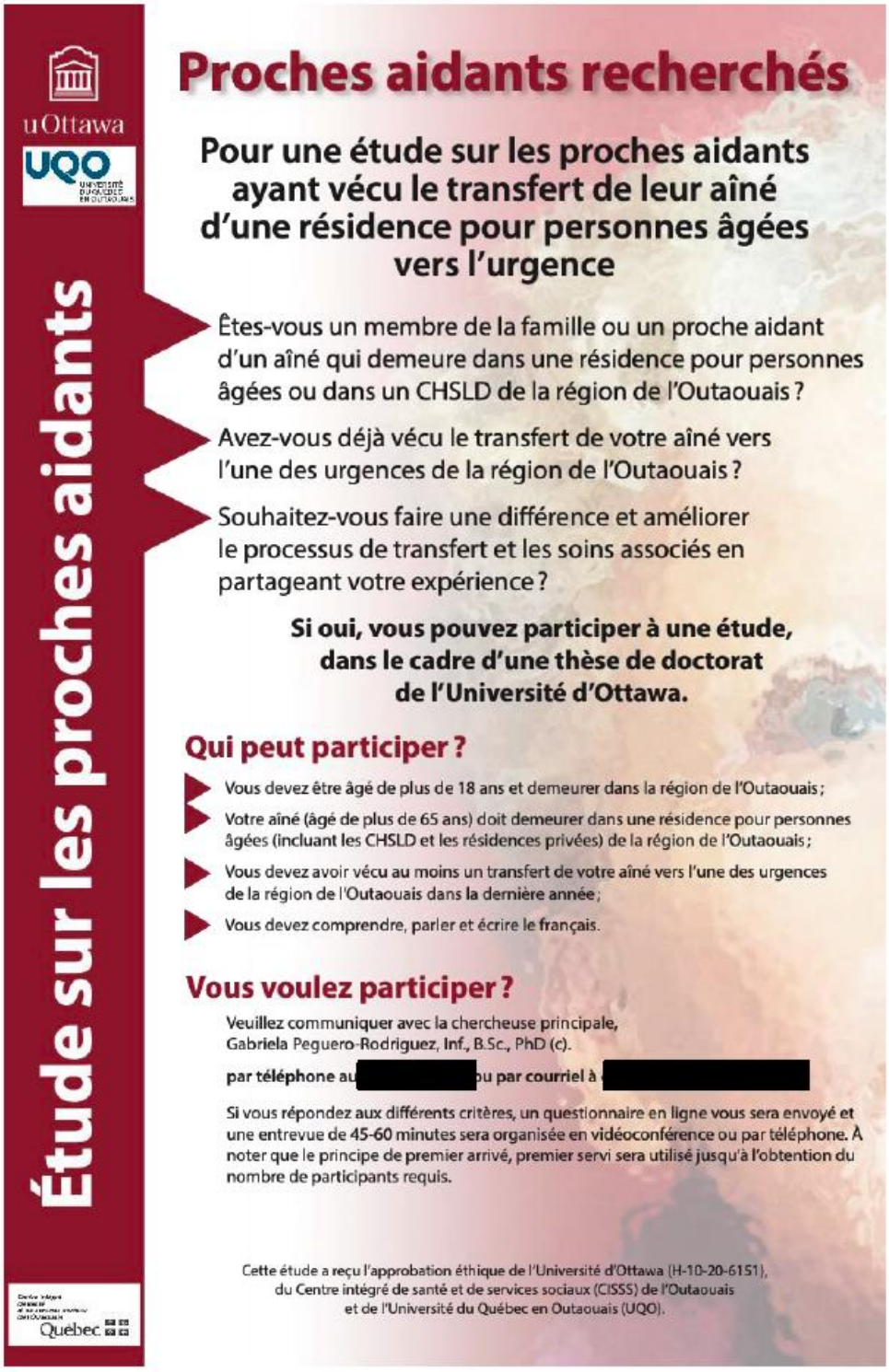
Août 2020 : Total = 167
Mai 2022 : Total = 256

6. Stratégie de recherche effectuée dans Scopus

((TITLE-ABS-KEY (family OR families OR family AND members OR relatives OR parents OR mother OR father OR mom OR dad OR siblings OR sister OR brother OR spouses OR wife OR husband OR companion)) OR (TITLE-ABS-KEY (caregivers OR caretaker))) AND (TITLE-ABS-KEY (emergency AND service OR emergency AND department OR emergency AND room OR emergency AND unit OR emergency AND ward OR accident AND emergency AND department)) AND (TITLE-ABS-KEY (elderly OR seniors OR aged OR older OR elder OR geriatric OR elderly AND people OR elderly AND adults OR old AND people OR age)) AND (TITLE-ABS-KEY (perceptions OR perspectives OR attitudes OR opinion OR experience OR view OR reflection OR beliefs OR satisfaction OR feeling))

Août 2020 : Total = 41
Mai 2022 : Total = 57

Annexe C : Affiche de recrutement pour les PPA



Annexe D : Gabarits de courriel - Demande de collaboration afin de favoriser le recrutement des PPA

Courriel nº 1 (Jour 1)

Objet : Demande de collaboration – étude sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour M/Mme [nom de la personne],

Je m'appelle Gabriela Peguero-Rodriguez et je suis infirmière et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Pendant près de 4 ans, j'ai travaillé à titre d'infirmière dans une urgence de la région de Gatineau et j'ai toujours eu un intérêt pour les aînés et leur famille. Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je mène une étude ayant pour but d'analyser la transition des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personne âgée (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais. L'objectif est de s'enquérir des expériences et des perceptions des proches aidants d'aîné demeurant dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou une résidence privée pour aînés, afin d'élaborer des interventions pouvant améliorer leur transition entre ces deux établissements.

Je vous contacte aujourd'hui, car j'aimerais savoir si vous pourriez m'aider dans le recrutement de participants, et ce, par l'une ou plusieurs des façons suivantes :

1) Me donner l'autorisation d'exposer mon affiche de recrutement dans vos aires communes (si applicable), ainsi que de laisser quelques lettres d'information dédiées aux participants potentiels (voir les documents ci-joints).
2) Transmettre l'affiche de recrutement et la lettre d'information à vos membres par le biais de vos listes de diffusion – si applicable.
3) Diffuser l'affiche de recrutement sur votre page internet et médias sociaux (Facebook, Twitter, etc.) – si applicable.

À noter <u>qu'il n'est aucunement</u> dans les objectifs de l'étude d'évaluer les pratiques de soins de votre milieu et soyez assuré que le nom de votre établissement ne sera jamais dévoilé.

Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa (certificat d'éthique N° d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021 et du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Enfin, n'hésitez surtout pas à communiquer avec moi si vous avez des questions, si vous désirez discuter davantage des implications de cette étude ou encore si vous désirez organiser une rencontre. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel.

En outre, si vous n'êtes pas la personne responsable de prendre cette décision, merci de m'en aviser ou d'acheminer ce courriel à la personne concernée.

D'ailleurs, ma directrice de thèse Dre Viola Polomeno (vpolomen@uottawa.ca) et ma co-directrice de thèse Dre Michelle Lalonde (michelle.lalonde@uottawa.ca ou 613-562-5800, poste 1404) sont également disponibles pour répondre à vos questions ou encore pour vous donner davantage d'informations à propos de cette étude.

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre soutien à mon étude de recherche doctorale.
En attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, Monsieur/Madame, mes salutations les plus sincères.

Au plaisir,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Courriel de rappel (Jour 7)

Objet : Rappel- Demande de collaboration – étude sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour M/Mme [nom de la personne],

Je m'appelle Gabriela Peguero-Rodriguez et je suis infirmière et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Le [date], je vous ai envoyé un courriel dans lequel je sollicitais votre collaboration à ma thèse de doctorat. En effet, je mène une étude ayant pour but d'analyser la transition des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personne âgée (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région urbaine de l'Outaouais. L'objectif est de s'enquérir des expériences et des perceptions des proches aidants d'aîné demeurant dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou une résidence privée pour aînés, afin d'élaborer des interventions pouvant améliorer leur soutien durant ce processus, ainsi que la transition des aînés entre ces deux établissements.

Je vous demandais alors de m'aider dans le recrutement de participants, et ce, par l'une ou plusieurs des façons suivantes :

1) Me donner l'autorisation d'exposer mon affiche de recrutement dans vos aires communes (si applicable), ainsi que de laisser quelques lettres d'information dédiées aux participants potentiels (voir les documents ci-joints).

2) Transmettre l'affiche de recrutement et la lettre d'information à vos membres par le biais de vos listes de diffusion;
3) Diffuser l'affiche de recrutement sur votre page internet et médias sociaux (Facebook, Twitter, etc.).

N'ayant pas reçu de réponse de votre part, je vous relance l'invitation à savoir si vous acceptez de m'aider par l'une ou les façons expliquées ci-haut. Si vous acceptez, je vous ferai également parvenir les documents (affiche de recrutement et lettre d'information) en version papier le plus rapidement possible, le cas échéant. Dans le cas contraire, seulement me répondre par courriel que vous ne désirez pas contribuer à cette étude.

À noter qu'il n'est aucunement dans les objectifs de l'étude d'évaluer les pratiques de soins de votre milieu et soyez assuré que le nom de votre établissement ne sera jamais dévoilé.

Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa certificat d'éthique (N° d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021 et du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril.

Enfin, n'hésitez surtout pas à communiquer avec moi si vous avez des questions, si vous désirez discuter davantage des implications de cette étude ou encore si vous désirez organiser une rencontre. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel.

En outre, si vous n'êtes pas la personne responsable de prendre cette décision, merci de m'en aviser ou d'acheminer ce courriel à la personne concernée.

D'ailleurs, ma directrice de thèse Dre Viola Polomeno (vpolomen@uottawa.ca) et ma co-directrice de thèse Dre Michelle Lalonde (michelle.lalonde@uottawa.ca ou 613-562-5800, poste 1404) sont également disponibles pour répondre à vos questions ou encore pour vous donner davantage d'informations à propos de cette étude.

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre soutien à mon projet d'étude de recherche doctorale.

En attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, Monsieur/Madame, mes salutations les plus sincères.

Au plaisir,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Annexe E : Lettre d'information pour les PPA

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé
École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences
School of Nursing

613 562-5473
613 562-5443
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

Lettre d'information pour les participants

Titre de l'étude : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Introduction : Vous êtes invité(e)s à participer volontairement à une étude menée par Gabriela Peguero-Rodriguez, infirmière autorisée et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. L'un des objectifs de cette étude est de décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Participation : Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire et à participer à une entrevue avec enregistrement audio ou vidéo avec la chercheuse principale de cette étude. Le questionnaire en ligne vous sera envoyé à votre adresse courriel ou livrée à votre domicile si vous n'avez pas d'adresse courriel. Par la suite, une rencontre sera organisée avec la chercheuse principale afin de procéder à l'entrevue. Cette rencontre devrait durer entre 45-60 minutes. Le moment de cette rencontre sera déterminé en commun accord avec la chercheuse et elle aura lieu en vidéoconférence (p.ex. via Zoom ou MS Teams) ou par téléphone. Le questionnaire et l'entrevue porteront sur votre expérience de proche aidant, ainsi que sur vos impressions sur le transfert de votre aîné d'un CHSLD ou de la ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence.

Le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis. Votre participation est volontaire, vous n'êtes donc dans aucune obligation d'y participer. D'ailleurs, même si vous décidez de participer à l'étude, vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, et ce, même si vous avez déjà fait l'entrevue et rempli le questionnaire. Votre refus de participer ne provoquera aucune conséquence négative pour vous ou votre aîné.

Avantages : Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre expérience de proche aidant et du transfert de votre aîné d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence. D'ailleurs, votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les CHSLD ou dans les RI qu'à l'urgence. Votre participation est essentielle afin de créer des soins centrés sur le patient et sa famille.

Risques : Il y a peu de risques reliés à cette étude. Cependant, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions et des souvenirs émouvants ou désagréables. En tout temps, vous aurez le droit de refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à l'aise. De plus, à l'issue de la rencontre, vous pourrez toujours contacter l'organisme à but non lucratif « **L'Appui pour les proches aidants d'aînés** » via leur ligne téléphonique Info-aidant au 1-855-852-7784 ou par courriel info-aidant@lappui.org, si vous en ressentez le besoin. Ce service est ouvert du lundi au dimanche de 8 h à 20 h. Info-aidant est un service

téléphonique d'écoute, d'information et de références professionnel, confidentiel et gratuit. Cet organisme a comme mission de soutenir les proches aidants d'aînés en les écoutant, les informant et en les référant vers les ressources de la communauté adaptées à leur besoin. De plus, vous pouvez également joindre un professionnel en intervention psychosociale en téléphonant à la ligne **Info-Social** en composant le 811, option 2. Ce service de consultation gratuit et confidentiel disponible 24 heures par jour, 365 jours par année, peut vous donner des conseils et vous orienter vers les bonnes ressources communautaires ou du système de santé.

Confidentialité, conservation et protection des données : La chercheuse prendra tous les moyens nécessaires pour diminuer les risques associés à la préservation de votre confidentialité et des données recueillies. L'information partagée avec la chercheuse sera uniquement accessible par celle-ci et par les directrices de thèse. Toute l'information qui sera recueillie durant cette étude (formulaire de consentement, questionnaire, enregistrement audio ou vidéo et transcriptions des entrevues) sera gardée sous clé dans un classeur dans le bureau de la candidate au doctorat sur une clé USB cryptée avec un mot de passe. Vos informations personnelles ne paraîtront dans aucun rapport. En fait, un code sera attribué aux données recueillies, afin qu'il n'y ait aucune possibilité de retracer vos propos à vos informations personnelles.

Chercheuse principale :

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., candidate au doctorat, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Téléphone : [redacted] Courriel : [redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, PhD
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-Directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Questions additionnelles : Si vous avez des questions sur l'étude ou sur les implications de votre participation, n'hésitez pas à contacter la chercheuse principale par téléphone ou par courriel.

Éthique : Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa (N° d'approbation H-10-20-6151) et du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Si vous avez des questions concernant l'approbation éthique de cette étude ou vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez contacter le bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa par téléphone au 613-562-5387 ou par courriel ethique@uottawa.ca, le bureau d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais par téléphone au 819-770-6528, poste 339199 ou par courriel 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca ou encore le secrétariat du comité éthique de l'UQO au 819-595-3900, poste 3970 ou par courriel comite.ethique@uqo.ca .

Annexe F : Guide d'entrevue des PPA

Guide d'entrevue pour les proches aidants

Bonjour, je m'appelle Gabriela Peguero-Rodriguez. Je suis infirmière de formation et je suis actuellement candidate au programme de doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Mes directrices de thèses sont Viola Polomeno, Inf., Ph.D., et Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux infirmières et professeures agrégées à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Pendant près de quatre ans, j'ai travaillé comme infirmière dans une urgence dans la région de Gatineau. Pendant ces années, j'ai pu constater certaines problématiques autour des transferts des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence et c'est la raison pour laquelle mon projet de recherche porte sur ce sujet. Les résultats de cette étude permettront de faire avancer les connaissances et le développement de recommandations pour améliorer ces transferts et le soutien des proches aidants durant ce processus.

Je voudrais donc vous remercier sincèrement de participer aujourd'hui à une entrevue avec moi. Le but de cette entrevue est de vous donner l'occasion de réfléchir et de me décrire votre expérience en lien avec le transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence.

La durée de cette entrevue est d'environ 45-60 minutes. Si vous décidez de continuer avec l'entrevue aujourd'hui, je vais vous poser des questions sur votre rôle de proche aidant et sur votre expérience lors du transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence. Je vous rappelle que toutes vos réponses resteront confidentielles et qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. De plus, si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous avez le droit de refuser d'y répondre.

A) Rôle de proche aidant

1) Comment décrieriez-vous votre rôle de proche aidant?

   - Quelles sont les tâches que vous effectuez pour aider votre aîné?
   - Quelles sont vos responsabilités vis-à-vis votre aîné?
   - Dans vos mots, comment décrieriez-vous votre relation avec votre aîné?

2) En ce moment, comment fonctionne l'organisation des soins à la résidence pour personnes âgées?

   - Quel type de services votre aîné reçoit-il à la résidence pour personnes âgées?
   - Est-ce des services fournis par la résidence pour personnes âgées?
   - Devez-vous payer des frais additionnels pour ces services?
   - Est-ce qu'il y a des soins ou des services que vous administrez vous-mêmes?
   - Qui est le personnel sur place : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires?
   - Est-ce que le CLSC est impliqué? Si oui, comment?
   - Comment ça fonctionne pour avoir accès à un médecin (médecin à la résidence ou médecin de famille)?
   - De façon générale, êtes-vous satisfait(e) de la façon dont les soins sont organisés à la résidence pour personnes âgées?

3) Est-ce que vous avez déjà discuté avec votre aîné concernant les soins qu'il aimerait ou pas recevoir si son état de santé se dégradait?

   Si oui :

   - Explorer les aspects suivants : niveau de soins, réanimation cardiovasculaire et soins de fin de vie/soins palliatifs.
   - Est-ce que cela a été officialisé avec l'équipe soignante de la résidence pour personnes âgées?

   Si non :

   - Est-ce que vous prévoyez en discuter avec votre aîné?
   - Est-ce qu'il y a quand même des mesures qui ont été prises avec l'équipe soignante si l'état de santé de votre aîné se dégrade?

B) Transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence

**** Si le participant a vécu plusieurs expériences de transfert dans les dernières années, celui-ci **sera rappelé que l'entrevue portera sur celle(s) qui a/ont eu lieu au cours des trois derniers mois**. Par contre, il sera libre de faire des comparaisons avec ces expériences antérieures.*

4) Dans vos propres mots, racontez-moi le transfert de votre aîné de la résidence pour personnes âgées vers l'urgence. SVP débuter au moment où l'état de votre aîné s'est détérioré à la résidence.

<u>À la résidence pour personnes âgées</u>

- Quelle a été la raison du transfert?
- Qui a pris la décision de transférer l'aîné?
- Avez-vous été consulté avant que votre aîné soit transféré?
- À quel moment avez-vous été informé?
- Quelle a été votre réaction face à ce transfert? Comment vous êtes-vous sentie?
- Quelle a été la réaction de votre aîné?
- Est-ce qu'il y a eu des mesures ou des interventions qui ont été effectuées à la résidence pour personnes âgées afin d'éviter le transfert?
- Quels membres du personnel soignant étaient présents lors du transfert (infirmières, médecin, préposés aux bénéficiaires)?
- Par quel moyen de transport l'aîné a-t-il été transféré?

<u>À l'urgence :</u>

- À quel moment êtes-vous arrivé à l'urgence?
- À quelle fréquence étiez-vous au chevet de votre aîné à l'urgence? (p.ex. nombre de fois par jour)
- Quelle était la politique au sujet des visiteurs à l'urgence?
- Quelles ont été les investigations (scan, radiographie, prise de sang, etc.) et les interventions effectuées à l'urgence?
- Combien de temps votre aîné est-il resté à l'urgence? Combien de temps votre aîné est-il resté à l'hôpital (le cas échéant)? (p.ex. en heures/jours)
- Quelle a été votre réaction une fois rendue à l'urgence? Comment vous êtes-vous sentie?
- Quelle a été la réaction de votre aîné?
- Après son séjour à l'urgence, que s'est-il passé pour votre aîné? (p.ex. retour à la RPA, hospitalisation ou changement de milieu de vie)
- Est-ce que votre relation avec votre aîné a changé après le transfert à l'urgence? Si oui, comment?

5) En général, étiez-vous satisfait de votre intégration dans les soins à la résidence pour personnes âgées? SVP, veuillez expliquer pourquoi.

   - Auriez-vous préféré être davantage inclus?
   - Vous sentiez-vous à l'aise de discuter de vos désirs et de vos besoins, ainsi que ceux de votre aîné?
     - Si à l'aise : Qu'est-ce qui vous encourageait à exprimer vos désirs et vos besoins et ceux de votre aîné? (facteurs facilitants)
     - Si pas à l'aise : Qu'est-ce qui vous décourageait à exprimer vos désirs et vos besoins et ceux de votre aîné? (obstacles)
   - Comment évaluez-vous votre relation avec le personnel soignant (p.ex. infirmières, médecins, préposées aux bénéficiaires) de la résidence pour personnes âgées sur une échelle de 1 à 5 (1 = mauvais et 5 = excellent)?
   - Est-ce que vous vous sentez à l'aise de laisser votre aîné au personnel soignant de la résidence pour personnes âgées? SVP, veuillez expliquer pourquoi.

6) En général, étiez-vous satisfait de votre intégration dans les soins à l'urgence? SVP, veuillez expliquer pourquoi.

   - Auriez-vous préféré être davantage inclus?
   - Vous sentiez-vous à l'aise de discuter de vos désirs et de vos besoins, ainsi que ceux de votre aîné?
     - Si à l'aise : Qu'est-ce qui vous encourageait à exprimer vos désirs et vos besoins et ceux de votre aîné? (facteurs facilitants)
     - Si pas à l'aise : Qu'est-ce qui vous décourageait à exprimer vos désirs et vos besoins et ceux de votre aîné? (obstacles)
   - Comment évaluez-vous votre relation avec le personnel soignant (p.ex. infirmières, médecins, préposées aux bénéficiaires) de l'urgence sur une échelle de 1 à 5 (1 = mauvais et 5 = excellent)?
   - Est-ce que vous vous sentez à l'aise de laisser votre aîné au personnel soignant de l'urgence? SVP, veuillez expliquer pourquoi.

7) Comment décririez-vous la communication entre vous et le personnel soignant de la résidence pour personnes âgées et de l'urgence?

   Par exemple :
   - Avec les médecins?
   - Avec les infirmières?
   - Avec les préposés aux bénéficiaires?
   - Autres professionnels?

   - Dans l'ensemble, est-ce que toutes vos questions ont été répondues?

8) Quels ont été les stratégies ou les moyens que vous avez utilisés pour faire face à ce processus de transfert et au séjour à l'urgence?

   - Par exemple, pour diminuer votre stress ou anxiété?
   - Par exemple, pour obtenir davantage d'information?

9) Après avoir pris du recul, qu'elles étaient vos besoins et vos attentes durant le processus de transfert de votre aîné?

   Plus précisément :
   - Quels étaient vos besoins et vos attentes avant le transfert?
   - Quels étaient vos besoins et vos attentes pendant le transfert?
   - Quels étaient vos besoins et vos attentes après le transfert?

10) Actuellement, est-ce que vous pensez être bien préparé pour accompagner votre aîné pour un éventuel transfert vers l'urgence?

    Si oui :

    - Qu'est-ce qui vous a préparé?
    - Selon vous, quels sont les éléments à maîtriser?
    - Exemples?

    Si non :

    - Qu'est-ce qui vous fait dire non?
    - Quels sont vos besoins?

11) Pour vous, quels sont les souvenirs les plus marquants de cette expérience?

12) Si vous pouviez me décrire en <u>un seul mot</u> cette expérience de transfert de la résidence pour personne âgée vers l'urgence, quel serait-il?

    - Pour quelle raison, avez-vous choisi ce mot?

13) Selon vous, quelles seraient les pistes de solutions possibles pour améliorer le processus de transfert des aînés entre les résidences pour personnes âgées vers l'urgence et le soutien des proches aidants?

    - Plus précisément, les interventions infirmières souhaitées?

14) Quels conseils donneriez-vous à d'autres proches aidants et familles qui vivraient le transfert de leur aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence?

15) Si vous pouviez me décrire la situation idéale/parfaite pour le transfert de votre aîné de la résidence pour personnes âgées vers l'urgence, quelle serait cette situation?

    - Si vous pouviez changer une chose dans le processus de transfert de votre aîné de la résidence pour personnes âgées vers l'urgence, ce serait quoi?

16) Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter concernant votre expérience de proche aidant durant le processus de transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence?

17) Finalement, comment avez-vous trouvé l'expérience de faire cette entrevue?

Merci encore une fois pour votre temps et d'avoir participé à cette entrevue!

Je vous invite à passer l'invitation de participer à cette étude à toute personne que vous pensez qui pourrait être éligible à participer. Vous pouvez sans problème leur transmettre mes coordonnées.

Annexe G : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu du guide d'entrevue pour les PPA

<u>Consignes pour le comité de thèse</u> : Après avoir consulté le guide d'entrevue pour les PPA, veuillez compléter les tableaux suivant afin de déterminer la validité apparente et la validité de contenu.

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ APPARENTE		
De façon générale, est-ce que les questions permettent d'apprécier le processus transitionnel des proches aidants ayant vécu le transfert de leur aîné d'une RPA vers l'urgence, ainsi que la relation qu'ils partagent avec leur aîné?	OUI _____ NON____	**Explications/Commentaires**

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
Partie A : Expérience de proche aidant					
1) Comment décrieriez-vous votre relation avec votre aîné? 3) ➢ Quelle est la qualité de votre relation?					
2) En ce moment, comment fonctionne l'organisation des soins à la résidence pour personnes âgées?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
➢ Quel type de services votre aîné reçoit-il à la résidence pour personnes âgées? ➢ Est-ce des services fournis par la résidence pour personnes âgées? ➢ Devez-vous payer des frais additionnels pour ces services? ➢ Est-ce qu'il y a des soins ou des services que vous administrez vous-mêmes? ➢ Qui est le personnel sur place : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires? ➢ Est-ce que le CLSC est impliqué? Si oui, comment? ➢ Comment ça fonctionne pour avoir accès à un médecin (médecin à la résidence ou médecin de famille)? ➢ De façon générale, êtes-vous satisfait(e) de la façon dont les soins sont organisés à la résidence pour personnes âgées?					
3) Est-ce que vous avez déjà discuté avec votre aîné concernant les soins qu'il aimerait ou non recevoir si son état de santé se dégrade?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
Si oui : ➢ Explorer les aspects suivants : niveau de soins, réanimation cardiovasculaire et soins de fin de vie/soins palliatifs. ➢ Est-ce que cela a été officialisé avec l'équipe soignante de la résidence pour personnes âgées? Si non : ➢ Est-ce que vous prévoyez en discuter avec votre aîné? ➢ Est-ce qu'il y a quand même des mesures qui ont été prises avec l'équipe soignante advenant une détérioration de l'état de santé de l'aîné?					
Partie B : Transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence					
4) Depuis que votre aîné demeure dans une résidence pour personnes âgées, combien d'expérience de transfert vers l'urgence avez-vous vécu? ➢ Depuis les trois derniers mois?					
5) Pouvez-vous me décrire en détail le processus de transfert de votre aîné de la résidence pour					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
personnes âgées vers l'urgence, soit du moment où l'état de votre aîné s'est dégradé jusqu'à son retour à la résidence pour personnes âgées? <u>À la résidence pour personnes âgées</u> ➢ Quelle a été la raison du transfert? ➢ Qui a pris la décision de transférer l'aîné? ➢ Avez-vous été consulté avant que votre aîné soit transféré? ➢ À quel moment avez-vous été informé? ➢ Quelle a été votre réaction face à ce transfert? ➢ Quelle a été la réaction de votre aîné? ➢ Est-ce qu'il y a eu des mesures ou des interventions qui ont été effectuées à la résidence pour personnes âgées afin d'éviter le transfert? ➢ Quels membres du personnel soignant étaient présents lors du transfert (infirmières, médecin, préposés aux bénéficiaires)? ➢ Par quel moyen de transport l'aîné a-t-il été transféré?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
<u>À l'urgence :</u> ➢ À quel moment êtes-vous arrivé à l'urgence? ➢ À quelle fréquence étiez-vous au chevet de votre aîné à l'urgence? ➢ Quelle était la politique en matière de visite à l'urgence? ➢ Quelles ont été les investigations (scan, radiographie, prise de sang, etc.) et les interventions effectuées à l'urgence? ➢ Combien de temps votre aîné est-il resté à l'urgence? Combien de temps votre aîné est-il resté à l'hôpital (le cas échéant)? ➢ Quelle a été votre réaction une fois rendue à l'urgence? ➢ Quelle a été la réaction de votre aîné?					
6) Comment considérez-vous votre intégration aux soins de votre aîné à la résidence pour personnes âgées? ➢ Auriez-vous préféré être davantage inclus? ➢ Vous sentiez-vous à l'aise de discuter des					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
désirs et des besoins de votre aîné? ➢ Vous sentiez-vous à l'aise de discuter de vos désirs et de vos besoins? ➢ Qu'est-ce qui vous encourageait à exprimer vos besoins et ceux de votre aîné? (facteurs facilitants) ➢ Qu'est-ce qui vous décourageait à exprimer vos besoins et de ceux de votre aîné? (obstacles)					
7) Comment considérez-vous votre intégration aux soins de votre aîné à l'urgence? ➢ Auriez-vous préféré être davantage inclus? ➢ Vous sentiez-vous à l'aise de discuter des désirs et des besoins de votre aîné? ➢ Vous sentiez-vous à l'aise de discuter de vos désirs et de vos besoins? ➢ Qu'est-ce qui vous encourageait à exprimer vos besoins et ceux de votre aîné? (facteurs facilitants) ➢ Qu'est-ce qui vous décourageait à exprimer vos besoins et de ceux de votre aîné? (obstacles)					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
8) Sur une échelle de 1 à 5 (1 = mauvais et 5 = excellent), comment évalueriez-vous votre relation avec le personnel soignant de la résidence pour personnes âgées et pourquoi? ➢ Plus précisément, comment évalueriez votre relation avec le personnel infirmier? Et pourquoi?					
9) Sur une échelle de 1 à 5 (1 = mauvais et 5 = excellent), comment évalueriez-vous votre relation avec le personnel soignant de l'urgence? ➢ Plus précisément, comment évalueriez votre relation avec le personnel infirmier? Et pourquoi?					
10) Comment décririez-vous la communication entre vous et le personnel soignant de la résidence pour personnes âgées et de l'urgence? ➢ Avec les médecins? ➢ Avec les infirmières? ➢ Avec les préposés aux bénéficiaires? ➢ Autres professionnels?					
11) Durant ce processus de transfert, quelles étaient					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
vos attentes face à la résidence pour personnes âgées? ➢ Comment ces attentes ont-elles été répondues?					
12) Durant ce processus de transfert, quelles étaient vos attentes face à l'urgence? ➢ Comment ces attentes ont-elles été répondues?					
13) Quels ont été les facteurs ou les éléments qui ont influencé positivement l'expérience de transfert pour vous et votre aîné? ➢ Au niveau de la résidence pour personnes âgées? ➢ Au niveau de l'urgence?					
14) Quels ont été les facteurs ou les éléments qui ont influencé négativement l'expérience de transfert pour vous et votre aîné? ➢ Au niveau de la résidence pour personne âgée? ➢ Au niveau de l'urgence?					
15) Pour faire face à ce processus de transfert et au séjour à l'urgence, quels ont été les stratégies ou les moyens utilisés?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
➢ Par exemple, pour diminuer votre stress ou anxiété? ➢ Par exemple, pour obtenir davantage d'information?					
16) Suivant cette expérience, que diriez-vous qu'étaient vos besoins durant ce processus? Plus précisément : ➢ Quels étaient vos besoins avant le transfert? ➢ Quels étaient vos besoins pendant le transfert? ➢ Quels étaient vos besoins après le transfert?					
17) Actuellement, est-ce que vous pensez être bien préparé pour accompagner votre aîné pour un transfert vers l'urgence? Si oui : ➢ Qu'est-ce qui vous a préparé? ➢ Selon vous, quels sont les éléments à maîtriser? ➢ Exemples? Si non : ➢ Qu'est-ce qui vous fait dire non? ➢ Quels sont vos besoins en la matière?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
18) Pour vous, quels sont les souvenirs les plus marquants de cette expérience? ➢ À ce moment, comment vous êtes-vous senti(e) face à cette expérience?					
19) Si vous pouviez me décrire en <u>un seul mot</u> cette expérience de transfert de la résidence pour personne âgée vers l'urgence, quel serait-il?					
20) Selon vous, quelles seraient les pistes de solutions possibles pour améliorer le processus de transfert des aînés entre les résidences pour personnes âgées vers l'urgence et le soutien des proches aidants? ➢ Plus précisément, les interventions infirmières souhaitées?					
21) Quels conseils donneriez-vous à d'autres proches aidants et familles qui vivraient le transfert de leur aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence?					
22) Si vous pouviez me décrire la situation idéale/parfaite pour le transfert de votre aîné de					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
la résidence pour personnes âgées vers l'urgence, quelle serait cette situation?					
23) Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter concernant votre expérience de proche aidant durant le processus de transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence?					
24) Finalement, comment avez-vous trouvé l'expérience de faire cette entrevue?					

Suggestions/Recommandations

_____
_____
_____
_____

Annexe H : Formulaire d'évaluation du guide d'entrevue par les PPA (prétest)

Veuillez lire chacun des énoncés et les noter selon les critères établis. Au besoin, ajouter des commentaires pour permettre l'amélioration du questionnaire.

Questions	**Pas du tout claire et incomplète**	**En partie claire et complète**	**Très claire et complète**	**Commentaires additionnels**
L'introduction à l'entrevue était …				
De façon générale, les questions posées étaient…				
La séquence des questions proposée était…				

<u>Merci de bien vouloir répondre à ces questions additionnelles</u>

1. Avez-vous trouvé la durée de l'entrevue raisonnable? SVP expliquez votre réponse.

_____
_____
_____
_____

2. Est-ce que vous trouvez que l'entrevue évalue bien le processus de transition des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence ? SVP expliquez votre réponse.

_____
_____
_____
_____

3. Quelles sont vos impressions générales de cette entrevue?

_____
_____
_____

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer la conduite de l'entrevue?

_____
_____
_____
_____

Encore une fois, merci pour vos réponses!

Celles-ci seront fort utiles à l'amélioration du guide d'entrevue pour les personnes proches aidantes.

Annexe I : Formulaire de consentement et questionnaire en ligne pour les PPA



Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Bienvenue !

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude!

Cela vous prendra approximativement 15-20 minutes pour compléter ce questionnaire. Il n'existe aucune mauvaise réponse. Toutes les réponses sont bonnes. Soyez également assuré que les réponses données demeureront confidentielles.

Pour commencer, veuillez cliquer sur le bouton " Suiv".

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa

Veuillez entrer le numéro de participant qui vous a été attribué par la chercheuse principale de l'étude.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) vous devez être âgé de plus de 18 ans et demeurer dans la région de l'Outaouais; 2) votre aîné (âgé de plus de 65 ans) doit demeurer dans une résidence pour personnes âgées (incluant les CHSLD, les ressources intermédiaires (RI) ou les résidences privées) de la région de l'Outaouais; 3) vous devez avoir vécu au moins un transfert de votre aîné vers l'une des urgences de la région de l'Outaouais dans la dernière année et 4) vous devez comprendre, parler et écrire le français.

Toutefois, vous ne pourrez pas participer à cette étude si : 1) votre aîné séjourne toujours à l'urgence ou à l'hôpital au moment de la collecte des données; 2) votre aîné décède durant le processus de transfert à l'urgence ou durant l'hospitalisation; 3) votre aîné demeure dans une RPA de façon non permanente (incluant les CHSLD ou les ressources intermédiaires (RI)), c'est-à-dire un hébergement temporaire de type séjour « de répit ».

Un minimum de 13 proches aidants qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour faire partie de cette étude.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire et à participer à une entrevue avec enregistrement audio ou vidéo avec la chercheuse principale de cette étude. Le questionnaire en ligne vous sera envoyé à votre adresse courriel ou livré à votre domicile si vous n'avez pas d'adresse courriel. Le questionnaire portera sur votre expérience de proche aidant. Par la suite, une rencontre sera organisée dans la semaine qui suit avec la chercheuse principale afin de procéder à l'entrevue. Cette rencontre devrait durer entre 45-60 minutes. Le moment de cette rencontre sera déterminé en commun accord avec la chercheuse principale et elle aura lieu en vidéoconférence (p.ex. Zoom ou MS Teams) ou par téléphone.

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter

en toute confidentialité de votre expérience de proche aidant et sur l'expérience de transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées (incluant d'un CHSLD ou d'une RI) vers l'urgence. D'ailleurs, votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les résidences pour personnes âgées qu'à l'urgence. Votre participation est essentielle afin de créer des soins centrés sur le patient et sa famille.

Cependant, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions et des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse principale. Dans la lettre d'information, vous retrouvez également les coordonnées de l'organisme à but non lucratif « L'Appui pour les proches aidants d'aînés » et de la ligne téléphonique Info-Social. Ces deux ressources peuvent vous offrir de l'écoute et au besoin vous orienter vers les services appropriés, tout en étant gratuits et en vous assurant la confidentialité.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse principale dont les coordonnées sont fournies au début du formulaire de consentement. Toutes les données recueillies vous concernant seront alors détruites. D'ailleurs, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions dans le questionnaire et au cours de l'entrevue, ou encore d'être enregistré, et ce, sans aucune crainte de représailles.

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité des participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- **les divers documents de l'étude seront codifiés et seules la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des noms et des codes;**
- **les noms et les coordonnées des participants seront séparés des données recueillies et codées;**
- **les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;**
- **les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée (enregistrement audio, transcriptions des entrevues, données des questionnaires) et gardées dans un classeur sous clé dans le bureau de la candidate au doctorat à son domicile. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);**
- **l'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.**

De plus, afin de minimiser les risques d'atteinte à votre sécurité et pour assurer

votre confidentialité nous vous recommandons d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que mettre fin à la session, fermer votre navigateur web et verrouiller votre écran ou appareil lorsque vous ne les utilisez plus et que vous avez terminé l'étude.

Enfin, veuillez noter que le fait de remplir et de soumettre le questionnaire indique également que vous consentez à participer à cette étude.

***** Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.**

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) s'engage à répondre à toutes les questions que le participant aurait en regard au présent formulaire de consentement (voir coordonnées au début du formulaire). Par ailleurs, il est clairement indiqué que le participant demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) ainsi que ces directrices de thèse s'engagement à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Veuillez répondre aux trois questions suivantes avant de procéder avec le questionnaire :

1. Dans l'éventualité où la chercheuse principale de cette étude aurait besoin de clarification par rapport aux données qui ont été recueillies, est-ce que vous acceptez d'être recontacté par celle-ci?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, veuillez préciser les coordonnées auxquelles la chercheuse pourra vous rejoindre :

Adresse email _____

Numéro de téléphone _____

2. **Je consens librement à participer à l'étude intitulée :** « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques du cette étude. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse principale m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à cette étude.

- ◯ Oui
- ◯ Non

3. Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse courriel où ils aimeraient recevoir le document.

Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer la chercheuse principale de la nouvelle adresse à laquelle vous souhaitez recevoir ce document.Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, veuillez indiquer votre adresse courriel :

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, veuillez communiquer avec Gabriela Peguero-Rodriguez, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] ou à l'adresse courriel suivante : [redacted] Vous pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (No d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais, le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes :

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
Téléphone : (819)- 771- 4179
(Sans frais : 1 844 771-4179)
Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

124, rue Lois, bureau 214
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

1. Portrait sociodémographique

Nous vous remercions grandement de nous communiquer certaines données personnelles qui seront uniquement utilisées afin de faciliter l'analyse de vos réponses.

1.1 Dans quelle région de l'Outaouais demeurez-vous ?

- ◯ Ville de Gatineau (incluant les secteurs d'Aylmer, de Hull et de Gatineau)
- ◯ Collines-de-l'Outaouais
- ◯ Papineau
- ◯ Pontiac
- ◯ Vallée-de-la-Gatineau
- ◯ Autre (veuillez préciser)

1.2 Quel âge avez-vous ?

1.3 Quel est votre genre ?

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Aucune option ne s'applique à moi, je m'identifie comme (veuillez préciser)

1.4 Êtes-vous né au Canada ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

1.5 **Si vous avez répondu non à la question précédente**, veuillez indiquer votre pays d'origine.

1.6 **Si vous n'êtes pas né au Canada**, veuillez préciser depuis combien de temps vous vivez au Canada.

1.7 Quel est votre origine culturelle (p.ex. autochtone, canadienne, chinoise, italienne, marocaine, etc.) ? Vous pouvez en nommer plus d'une.

1.8 À quelle confession religieuse appartenez-vous ?

- ◯ Catholique
- ◯ Protestante
- ◯ Chrétienne orthodoxe
- ◯ Musulmane
- ◯ Juive
- ◯ Bouddhiste
- ◯ Hindoue
- ◯ Sikh
- ◯ Je suis agnostique
- ◯ Je suis athée
- ◯ Je m'identifie à aucune religion
- ◯ Je suis non pratiquant
- ◯ Autre (veuillez préciser)

1.9 Quel est votre état civil ?

- ◯ Marié(e)
- ◯ Veuf ou veuve
- ◯ Divorcé(e)
- ◯ Séparé(e)
- ◯ Union de fait
- ◯ Célibataire

1.10 Avez-vous des enfants ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

1.11 **Si vous avez des enfants**, veuillez préciser leurs âges.

1.12 Avez-vous des petits-enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

1.13 **Si vous avez des petits-enfants**, veuillez préciser leurs âges.

1.14 Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?

- ◯ Primaire
- ◯ Diplôme d'études secondaires (DES)
- ◯ Diplôme études professionnelles (DEP)
- ◯ Diplôme d'études collégiales (DEC)
- ◯ Baccalauréat
- ◯ Maîtrise
- ◯ Doctorat
- ◯ Post-doctorat
- ◯ Autre (veuillez préciser)

1.15 Quel est votre statut d'emploi ?

- ◯ Emploi à temps plein
- ◯ Emploi à temps partiel
- ◯ Chômage
- ◯ Sans emploi
- ◯ Retraité(e)

1.16 **Si vous êtes à la retraite**, veuillez préciser depuis combien de temps.

1.17 Quel est votre revenu familial annuel moyen ?

- ◯ Moins de 20 000$
- ◯ Entre 20 000$ et 34 999$
- ◯ Entre 35 000$ et 49 999$
- ◯ Entre 50 000$ et 74 999$
- ◯ Entre 75 000$ et 99 999$
- ◯ 100 000$ et plus
- ◯ Je ne désire pas le partager.

1.18 Détenez-vous une formation en santé (p.ex. préposé aux bénéficiaires, soins infirmiers, médecine) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

1.19 **Si vous détenez une formation en santé,** laquelle ?

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

2. Informations sur la relation entre vous et votre aîné

2.1 Par rapport à l'aîné, vous êtes son ou sa ... ?

- ◯ Époux ou épouse
- ◯ Parent
- ◯ Enfant
- ◯ Beau-fils ou belle-fille
- ◯ Frère ou sœur
- ◯ Neveu ou nièce
- ◯ Oncle ou tante
- ◯ Petit-enfant
- ◯ Cousin(e)
- ◯ Ami(e)
- ◯ Autre (veuillez préciser)

2.2 Votre aîné habite dans quel type de résidence pour personnes âgée?
(Si vous ne connaissez pas le type de résidence, veuillez simplement cocher "autre" et indiquer le nom de la résidence, ainsi que la section autonome ou semi-autonome, s'il y a lieu).

- ◯ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ◯ Ressource intermédiaire (RI)
- ◯ Ressource de type familial (RTF)
- ◯ Résidence privée pour aînés (section autonome)
- ◯ Résidence privée pour aînés (section semi-autonome)
- ◯ Autre (veuillez préciser)

2.3 Depuis combien de temps, votre aîné(e) habite-t-il (elle) dans la résidence pour personnes âgées dans laquelle il (elle) vit actuellement?

2.4 Est-ce que votre aîné a déjà habité dans une autre résidence pour personnes âgées?

- ◯ Oui
- ◯ Non

2.5 **Si votre aîné a déjà demeuré dans une autre résidence pour personnes âgées,** veuillez préciser le nombre d'années vécu et le type de résidence (p.ex. privée autonome ou semi-autonome, CHSLD, etc.)

2.6 Depuis combien de temps êtes-vous le proche aidant de votre aîné (nombre de semaines, mois ou années)?

2.7 Êtes-vous le seul proche aidant de votre aîné? Si non, combien êtes-vous?

2.8 Quel est le nombre d'heures approximatif que vous dédiez à votre aîné par semaine?

2.9 En quelques mots, comment décrieriez-vous l'état cognitif, l'état de santé et le niveau d'autonomie de votre aîné ?

2.10 Depuis la dernière année, votre aîné a été transféré combien de fois à l'urgence?

2.11 Depuis la dernière année, pour quelle(s) raison(s) votre aîné a-t-il (elle) été transféré(e) à l'urgence?

2.12 Depuis que votre aîné(e) demeure dans une résidence pour personnes âgées, combien de fois estimez-vous qu'il ou qu'elle a été transféré(e) vers l'urgence et pour quelle(s) raison(s)?

2.13 À votre connaissance, est-ce que le niveau de soins pour votre aîné a été discuté avec celui-ci et officialisé avec l'équipe soignante?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

2.14 À votre connaissance, est-ce que le statut de réanimation cardiovasculaire (RCR) pour votre aîné a été discuté avec celui-ci et officialisé avec l'équipe soignante?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

2.15 À votre connaissance, est-ce que votre aîné a fait une demande de directrices médicales anticipées?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

3. La qualité de vos relations interpersonnelles

Veuillez indiquer la qualité de chacune des relations que vous avez présentement avec les personnes ciblées ci-dessous.

3.1 Présentement, mes relations avec mon proche aîné ...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
... sont harmonieuses	○	○	○	○	○
... sont valorisantes	○	○	○	○	○
... sont satisfaisantes	○	○	○	○	○
... m'amènent à lui faire confiance	○	○	○	○	○

3.2 Présentement, mes relations avec ma famille ...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
... sont harmonieuses	○	○	○	○	○
... sont valorisantes	○	○	○	○	○
... sont satisfaisantes	○	○	○	○	○
... m'amènent à leur faire confiance	○	○	○	○	○

3.3 Présentement, mes relations avec mes amis...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
... sont harmonieuses	○	○	○	○	○
... sont valorisantes	○	○	○	○	○
... sont satisfaisantes	○	○	○	○	○
... vous inspirent confiance	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

4. Mes moyens pour faire face à la situation

Des personnes qui sont, comme vous, aidants d'un proche âgé, disent utiliser différentes stratégies ou moyens pour faire face à leur situation. Je vous demande donc de m'indiquer à quelle fréquence vous utilisez présentement ces moyens.

4.1 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de ...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Vous défouler (crier, hurler, etc.)	○	○	○	○
Parler de vos problèmes avec une personne en qui vous avez confiance	○	○	○	○
Garder un peu de temps pour vous-même	○	○	○	○
Planifier un peu à l'avance pour ne pas être pris(e) au dépourvu	○	○	○	○
Voir le côté amusant de la situation	○	○	○	○

4.2 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Vous rendre compte qu'il y a toujours quelqu'un qui vit une situation pire que la vôtre	○	○	○	○
Vous organiser une routine et tenter de la suivre	○	○	○	○
Serrer les dents et continuer	○	○	○	○
Vous souvenir de tous les bons moments passés avec la personne dont vous prenez soin	○	○	○	○
Chercher le plus de renseignements possible à propos de cette situation	○	○	○	○

4.3 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Organiser votre maison afin de vous faciliter la vie le plus possible	○	○	○	○
Prendre conscience que la personne dont vous prenez soin n'est pas responsable de sa façon d'être	○	○	○	○
Prendre la vie un jour à la fois	○	○	○	○
Obtenir le plus possible d'aide pratique auprès des membres de votre famille	○	○	○	○
Prendre conscience que les choses vont maintenant mieux qu'auparavant	○	○	○	○

4.4 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Faire en sorte que votre proche reste le plus actif possible	○	○	○	○
Obtenir le plus d'aide possible des professionnels et des autres services	○	○	○	○
Réfléchir à la situation et trouver une solution s'il y a lieu	○	○	○	○
Pleurer un bon coup	○	○	○	○
Accepter la situation telle qu'elle est	○	○	○	○

4.5 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Vous changer les idées (lire, regarder la télévision, etc.)	○	○	○	○
Ignorer le problème et espérer qu'il disparaîtra	○	○	○	○
Être ferme et indiquer clairement à votre proche ce que vous attendez de lui (elle)	○	○	○	○
Prévenir les problèmes avant qu'ils ne surviennent	○	○	○	○
Vous appuyer sur vos profondes croyances personnelles ou religieuses	○	○	○	○

4.6 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Croire en vous et en votre capacité de faire face à la situation	○	○	○	○
Oublier vos problèmes pour un moment en rêvassant, ou en pensant à autre chose	○	○	○	○
Prendre conscience que personne n'est responsable de la situation	○	○	○	○
Dépenser votre trop-plein d'énergie et d'émotions en marchant, en nageant, ou en faisant d'autres exercices	○	○	○	○
Utiliser des méthodes de relaxation, de méditation ou autres	○	○	○	○

4.7 Est-ce qu'une façon de faire face à vos difficultés présentement est de...

	Jamais ou presque jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent ou toujours
Bien contrôler vos émotions et vos sentiments	◯	◯	◯	◯
Vous remonter le moral (en mangeant, en prenant un verre, en fumant, ou en faisant quelque chose de semblable)	◯	◯	◯	◯
Vous fier sur votre expérience et sur vos compétences	◯	◯	◯	◯
Essayer diverses solutions jusqu'à ce que vous trouviez celle qui est efficace	◯	◯	◯	◯
Établir des priorités et fixer votre attention sur celles-ci	◯	◯	◯	◯
Voir le côté positif de chaque situation	◯	◯	◯	◯
Maintenir des intérêts en dehors de votre rôle d'aidant(e)	◯	◯	◯	◯

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

5. Inventaire du fardeau

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquez à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi: JAMAIS, RAREMENT, QUELQUEFOIS, ASSEZ SOUVENT ou PRESQUE TOUJOURS. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

5.1 À quelle fréquence vous arrive-t-il de ...

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
sentir qu'à cause du temps consacré à votre , vous n'avez plus assez de temps pour vous?	◯	◯	◯	◯	◯
vous sentir tiraillé(e) entre les soins à votre parent et les autres responsabilités familiales ou de travail?	◯	◯	◯	◯	◯
vous sentir que votre aîné nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis?	◯	◯	◯	◯	◯
avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

5. Inventaire du fardeau

5.2 À quelle fréquence vous arrive-t-il de ...

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
vous sentir tendu quand vous êtes avec votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯
sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯
sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯
sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous preniez soin de votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

5. Inventaire du fardeau

5.3 À quelle fréquence vous arrive-t-il de ...

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
?vous sentir mal à l'aide de recevoir des amis à cause de votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯
sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre aîné?	◯	◯	◯	◯	◯
souhaiter pouvoir laisser le soin de votre aîné à quelqu'un d'autre?	◯	◯	◯	◯	◯
en fin de compte, jusqu'à quel point est-ce que vous sentez que les soins de votre aîné sont un fardeau, une charge?	◯	◯	◯	◯	◯

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

6. Mon sentiment d'être bien préparé(e) à donner des soins à mon proche

Nous savons que certaines personnes peuvent se sentir bien préparées pour donner certains soins à un proche, tandis qu'elles se sentent moins bien préparées pour donner d'autres types de soins. Nous aimerions savoir dans quelle mesure vous pensez être bien préparé(e) pour chacune des tâches suivantes, même si vous n'effectuez pas ces tâches à l'heure actuelle.

6.1 Vous sentez-vous bien préparé(e) à prendre soin des besoins physiques de votre proche ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
◯	◯	◯	◯	◯

6.2 Vous sentez-vous bien préparé(e) à prendre soins de ses besoins émotifs ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
◯	◯	◯	◯	◯

6.3 Vous sentez-vous bien préparé(e) à vous renseigner et à organiser des services pour votre proche ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
◯	◯	◯	◯	◯

6.4 Vous sentez-vous bien préparé(e) à gérer le stress que peuvent causer les soins à donner à votre proche ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
◯	◯	◯	◯	◯

6.5 Vous sentez-vous bien préparé(e) à rendre les activités de soins agréables tant pour vous que pour votre proche ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
◯	◯	◯	◯	◯

6.6 Vous sentez-vous bien préparé(e) à intervenir et à gérer des urgences touchant votre proche?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
○	○	○	○	○

6.7 Vous sentez-vous bien préparé(e) à obtenir l'aide et l'information dont vous avez besoin auprès du système de santé?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
○	○	○	○	○

6.8 Dans l'ensemble, vous sentez-vous bien préparé(e) à prendre soin de votre proche ?

Pas préparé(e) du tout	Pas très bien préparé(e)	Relativement bien préparé(e)	Assez bien préparé(e)	Très bien préparé(e)
○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Est-ce que vous désirez ajouter d'autres commentaires concernant votre rôle de proche aidant?

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINÉ !

Encore une fois, votre participation est très appréciée. Nous vous en remercions grandement ! La chercheuse principale vous contactera pour prodécer à la deuxième composante de votre participation, soit l'entrevue.

Si vous êtes satisfait(e) de vos réponses, veuillez cliquer sur le bouton d'envoi.

Annexe J : Autorisation des auteurs pour l'utilisation des instruments de mesure

Autorisation obtenue pour utiliser le « *Carer's Assessment of Managing Index* » (CAMI) et le « *Preparedness for Caregiving Scale* » (PCS) :

De : Dubé Véronique [redacted]
Envoyé : 16 mars 2020 20:45
À : Viola Polomeno <vpolomen@uottawa.ca>
Objet : RE: Permission utiliser instrument de recherche

https://mail.google.com/mail/u/1?ik=99fa42e469&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1661373677903909187&simpl=msg-f%3A16613736779...

3/17/2020 Courriel University of Ottawa | Université d'Ottawa - TR : Permission utiliser instrument de recherche

Attention : courriel externe | external email
Bonjour madame Polomeno,

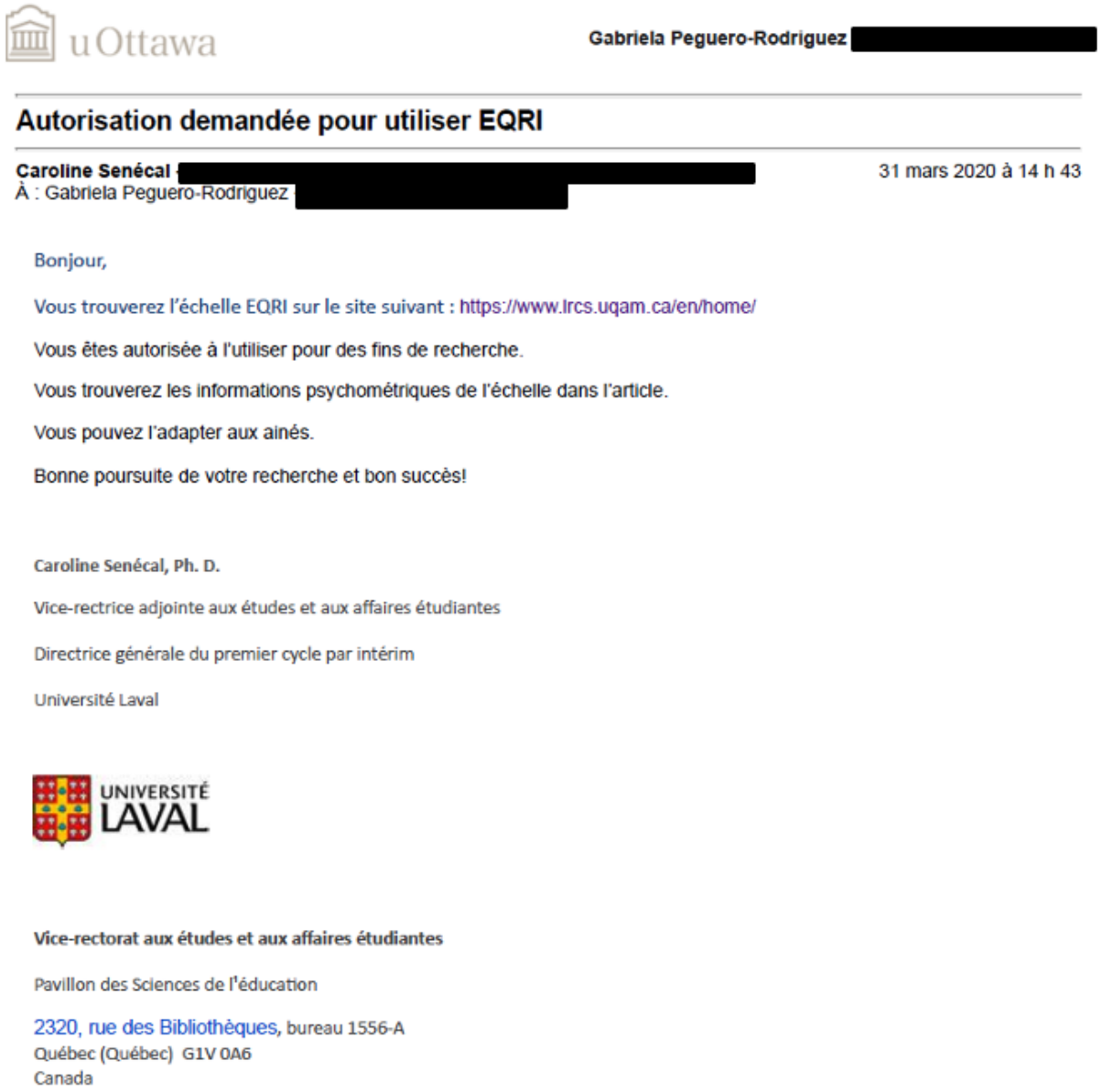
Vous trouverez ci-joint les versions françaises des deux instruments mentionnés ainsi que les références portant originalement sur ces instruments pour l'interprétation des scores et leurs propriétés psychométriques:
Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing & Health, 13, 375–384.
Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). Understanding family care: A multidimensional model of caring and coping. Buckingham, UK: Open University Press.

Portez-vous bien,

Véronique

Véronique Dubé, Ph. D.
Professeure adjointe
Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville
d'interventions humanistes en soins infirmiers
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chercheuse régulière
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Chercheuse associée
Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Autorisation obtenue pour utiliser l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI) :



uOttawa

Gabriela Peguero-Rodriguez [redacted]

Autorisation demandée pour utiliser EQRI

Caroline Senécal [redacted] 31 mars 2020 à 14 h 43
À : Gabriela Peguero-Rodriguez [redacted]

Bonjour,

Vous trouverez l'échelle EQRI sur le site suivant : https://www.lrcs.uqam.ca/en/home/

Vous êtes autorisée à l'utiliser pour des fins de recherche.

Vous trouverez les informations psychométriques de l'échelle dans l'article.

Vous pouvez l'adapter aux ainés.

Bonne poursuite de votre recherche et bon succès!

Caroline Senécal, Ph. D.

Vice-rectrice adjointe aux études et aux affaires étudiantes

Directrice générale du premier cycle par intérim

Université Laval

UNIVERSITÉ LAVAL

Vice-rectorat aux études et aux affaires étudiantes

Pavillon des Sciences de l'éducation

2320, rue des Bibliothèques, bureau 1556-A
Québec (Québec) G1V 0A6
Canada

Autorisation obtenue pour utiliser l'Inventaire bref du fardeau (ZBI-12) :

Hébert Réjean [redacted] 10 mars 2020 à 08 h 34
À : Gabriela Peguero-Rodriguez [redacted]

Bonjour,

Merci de votre intérêt pour nos travaux. Vous trouverez ci-joint l'instrument de même qu'un article sur les normes canadiennes pour l'interprétation des résultats. On y parle aussi de la version courte. Vous pouvez bien sûr utiliser cet instrument pour vos travaux.

Avec mes salutations.

Professeur Réjean Hébert, MD MPhil

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

École de santé publique (ESPUM)

https://mail.google.com/mail/u/1?ik=99fa42e469&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-4603537352475440 72&simpl=msg-a%3Ar717409022... 1/2

3/10/2020 Courriel University of Ottawa | Université d'Ottawa - Autorisation demandée pour utiliser l'inventaire du fardeau

Université de Montréal

[redacted]

http://espum.umontreal.ca

Annexe K : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu pour le questionnaire en ligne pour les PPA

<u>Consignes pour le comité de thèse</u> : Veuillez compléter les tableaux suivant afin de déterminer la validité apparente et la validité de contenu du questionnaire dédié aux PPA. Dans les tableaux qui suivent, vous trouverez les questions qui seront posées aux participants sur lesquelles vous devez vous prononcer.

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ APPARENTE		
De façon générale, est-ce que les énoncés permettent d'apprécier le portrait sociodémographique des proches aidants ayant vécu le transfert de leur aîné d'une RPA vers l'urgence, ainsi que la relation qu'ils partagent avec leur aîné?	OUI _____ NON____	**Explications/Commentaires**

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
Partie 1 : Portrait sociodémographique					
1.1 Dans quelle région de l'Outaouais demeurez-vous?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
1.2 Quel âge avez-vous?					
1.3 Quel est votre genre?					
1.4 Êtes-vous né au Canada?					
1.5 **Si vous avez répondu non à la question précédente**, veuillez indiquer votre pays d'origine.					
1.6 **Si vous n'êtes pas né au Canada**, veuillez préciser depuis combien de temps vous vivez au Canada.					
1.7 Quel est votre origine culturelle (p.ex. autochtone, canadienne, chinoise, italienne, marocaine, etc.)? Vous pouvez en nommer plus d'une.					
1.8 À quelle confession religieuse appartenez-vous?					
1.9 Si vous appartenez à une confession religieuse, vous considérez-vous pratiquant?					
1.10 Quel est votre état civil?					
1.11 Avez-vous des enfants?					
1.12 Si vous avez des enfants, veuillez préciser leurs âges.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
1.13 Avez-vous des petits-enfants?					
1.14 Si vous avez des petits-enfants, veuillez préciser leurs âges.					
1.15 Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?					
1.16 Quel est votre statut d'emploi?					
1.17 Si vous êtes à la retraite, veuillez préciser depuis combien de temps.					
1.18 Quel est votre revenu familial annuel moyen ?					
1.19 Détenez-vous une formation en santé (p.ex. préposé aux bénéficiaires, soins infirmiers, médecine)?					
1.20 Si vous détenez une formation en santé, laquelle?					
2. Informations sur la relation entre vous et votre aîné					
2.1 Par rapport à l'aîné, je suis son…?					
2.2 Votre aîné demeure dans quel type de résidence pour personnes âgée? (Si vous ne connaissez pas le type de résidence, veuillez simplement cocher "autre" et indiquer le nom					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
de la résidence, ainsi que la section autonome ou semi-autonome, s'il y a lieu).					
2.3 Depuis combien de temps, votre aîné(e) demeure-t-il (elle) dans la résidence pour personnes âgées dans laquelle il (elle) demeure actuellement?					
2.4 Est-ce que votre aîné a déjà demeuré dans une autre résidence pour personnes âgées?					
2.5 Si votre aîné a déjà demeuré dans une autre résidence pour personnes âgées, veuillez préciser le nombre d'années vécu et le type de résidence (p.ex. privée autonome ou semi-autonome, CHSLD, etc.)					
2.6 Depuis combien d'années êtes-vous le proche aidant de votre aîné?					
2.7 Quel est le nombre d'heure approximatif que vous dédié à votre aîné par semaine?					
2.8 Depuis les 3 derniers mois, votre aîné a été transféré combien de fois à l'urgence?					
2.9 Depuis les 3 derniers moins, pour quelle(s)					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, ordre des énoncés, etc.**
raison(s) votre aîné a-t-il (elle) été transféré à l'urgence?					
2.10 Depuis que votre aîné(e) demeure dans une résidence pour personnes âgées, combien de fois estimez-vous qu'il ou qu'elle a été transféré(e) vers l'urgence et pour quelle(s) raison(s)?					
2.11 À votre connaissance, est-ce que le niveau de soins pour votre aîné a été discuté avec celui-ci et officialisé avec l'équipe soignante?					
2.12 À votre connaissance, est-ce que le statut de réanimation cardiovasculaire pour votre aîné a été discuté avec celui-ci et officialisé avec l'équipe soignante?					
2.13 À votre connaissance, est-ce que votre aîné a fait une demande de directrices médicales anticipées (DME)?					

Suggestions/Recommandations

_____
_____
_____
_____
_____

Annexe L : Formulaire d'évaluation du questionnaire en ligne par les PPA (prétest)

Veuillez lire chacun des énoncés et les noter selon les critères établis. Au besoin, ajouter des commentaires pour permettre l'amélioration du questionnaire.

Questions	Pas du tout claire et incomplète	En partie claire et complète	Très claire et complète	Commentaires additionnels
L'introduction du questionnaire était …				
Le formulaire de consentement était…				
Les directives proposées pour répondre aux questions étaient…				
De façon générale, les questions posées étaient…				
La séquence des questions proposée était…				
L'apparence générale du questionnaire était…				

Merci de bien vouloir répondre à ces questions additionnelles

1. Combien de temps en minutes a-t-il fallu pour compléter ce questionnaire ?

   _____

2. Avez-vous trouvé la durée du questionnaire raisonnable ? SVP expliquez votre réponse.

   _____
   _____
   _____
   _____

3. Vous avez répondu au questionnaire via quel appareil électronique ?

   _____
   _____

4. Est-ce que le questionnaire était facile à naviguer ? Si votre réponse est non, veuillez expliquer les problématiques vécues.

   _____
   _____
   _____
   _____

5. Est-ce que vous trouvez que le questionnaire évalue bien le processus de transition des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence ? SVP expliquer votre réponse.

   _____
   _____
   _____
   _____

6. Quelles sont vos impressions générales de ce questionnaire ?

   _____
   _____
   _____
   _____

7. Avez-vous des suggestions pour l'améliorer ?

   _____
   _____
   _____
   _____

Encore une fois, merci pour vos réponses!

Celles-ci seront fort utiles à l'amélioration du questionnaire.

Annexe M : Formulaire de consentement pour les PPA (portion entrevue)

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

UQO
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing

☎ 613 562-5473
613 562-5443
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

Formulaire de consentement - Entrevue

Titre de l'étude : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Chercheuse principale

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., PhD(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
[redacted]
Courriel : [redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, PhD
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de thèse de doctorat de Gabriela Peguero-Rodriguez, supervisée par Dre Viola Polomeno, Inf., PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf., PhD, toutes deux professeures agrégées à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette étude, ses procédures, ses avantages et ses risques. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

Cette étude comprend deux objectifs, soit : 1) décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais, et 2) décrire les perceptions du personnel infirmier des CHSLD, des RI et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des proches aidants dans le contexte du transfert d'une RPA (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) vous devez être âgé de plus de 18 ans et demeurer dans la région de l'Outaouais; 2) votre aîné (âgé de plus de 65 ans) doit demeurer dans un CHSLD ou une ressource intermédiaire (RI) de la région de l'Outaouais; 3) vous devez avoir vécu au moins un transfert de votre aîné vers une des urgences de la région de l'Outaouais dans la dernière année et 4) vous devez comprendre, parler et écrire le français.

Toutefois, vous ne pourrez pas participer à cette étude si : 1) votre aîné séjourne toujours à l'urgence ou à l'hôpital au moment de la collecte des données; 2) votre aîné décède durant le processus de transfert à l'urgence ou durant l'hospitalisation; 3) votre aîné demeure dans une RPA de façon non permanente (incluant les CHSLD ou les ressources intermédiaires (RI)), c'est-à-dire un hébergement temporaire de type séjour « de répit ».

Un minimum de 13 proches aidants qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour faire partie de cette étude.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire et à participer à une entrevue avec enregistrement audio ou vidéo avec la chercheuse principale de cette étude. Puisque vous avez déjà rempli le questionnaire, une rencontre sera organisée avec la chercheuse principale afin de procéder à une entrevue avec enregistrement audio ou vidéo. Cette rencontre devrait durer entre 45-60 minutes. Le moment de cette rencontre sera déterminé en commun accord avec la chercheuse principale et elle aura lieu en vidéoconférence (p.ex. Zoom ou MS Teams) ou par téléphone. L'entrevue portera sur votre expérience de proche aidant, ainsi que sur votre expérience et vos opinions sur le transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées, incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence.

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre expérience de proche aidant et sur l'expérience de transfert de votre aîné d'une résidence pour personnes âgées, incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence. D'ailleurs, votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les résidences pour personnes âgées, dont les CHSLD ou les RI, qu'à l'urgence. Votre participation est essentielle afin de créer des soins centrés sur le patient et sa famille.

Cependant, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions et des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse principale. Dans la lettre d'information, vous retrouvez également les coordonnées de l'organisme à but non lucratif « L'Appui pour les proches aidants d'aînés » et de la ligne téléphonique Info-Social. Ces deux ressources

peuvent vous offrir de l'écoute et au besoin vous orienter vers les services appropriés, tout en étant gratuit et en vous assurant confidentialité.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse principale dont les coordonnées sont fournies au début du formulaire de consentement. Toutes les données recueillies vous concernant seront alors détruites. D'ailleurs, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions dans le questionnaire et au cours de l'entrevue, ou encore d'être enregistré, et ce, sans aucune crainte de représailles.

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité des participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- les divers documents de l'étude seront codifiés et seules la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des noms et des codes;
- les noms et les coordonnées des participants seront séparés des données recueillies et codées;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée (enregistrement audio, transcriptions des entrevues, données des questionnaires) et gardées dans un classeur sous clé dans le bureau de la candidate au doctorat à son domicile. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);
- l'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.

De plus, en participant à une entrevue en ligne ou au téléphone, il est possible que quelqu'un de votre entourage entende vos propos. Il est donc important de bien planifier la tenue de l'entrevue dans un endroit qui vous assure un maximum d'intimité.

Veuillez répondre aux trois questions suivantes :

1. Dans l'éventualité où la chercheuse principale de cette étude aurait besoin de clarification par rapport aux données qui ont été recueillies, est-ce que vous acceptez d'être recontacté par celle-ci?

   ☐ Oui
   ☐ Non

   Si oui, veuillez préciser les coordonnées auxquelles la chercheuse pourra vous rejoindre :

   Téléphone : _____
   Adresse courriel : _____

2. J'accepte que les renseignements recueillis lors de l'entrevue soient enregistrés et que les bandes sonores soient conservées numériquement de façon sécuritaire et qu'elles soient traitées de façon confidentielle.

   ☐ Oui
   ☐ Non

   _____ _____
   Nom du participant Date

   _____
   Signature du participant

3. **Je consens librement à participer à l'étude intitulée** : « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques du cette étude. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse principale m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à cette étude.

   ☐ Oui
   ☐ Non

   _____ _____
   Nom du participant Date

   _____
   Signature du participant

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

_____ _____
Signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, veuillez communiquer avec **Gabriela Peguero-Rodriguez**, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] ou à l'adresse courriel suivante : [redacted] Vous pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (**Nº d'approbation H-10-20-6151**), le 8 janvier 2021, du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes :

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

   105, boulevard Sacré-Cœur
   Gatineau (Québec) J8X 1C5
   Téléphone : (819)- 771- 4179
   (sans frais : 1 844 771-4179)
   Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

   124, rue Lois, bureau 214
   Gatineau (Québec) J8Y 3R7
   Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
   Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

Une copie du formulaire de consentement sera remise par courriel au participant une fois le formulaire signé par la chercheuse responsable et le participant.

Annexe N : Demande d'accès à l'information au CISSS de l'Outaouais

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

Direction générale

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 9 mars 2020

Madame Gabriela Peguero-Rodriguez
[redacted]

Objet : Demande d'accès aux documents publics – Réponse
N/Référence : 20-DA-22

Madame,

La présente a pour objet le suivi de votre demande d'accès reçue à nos bureaux le 18 février 2020 visant l'obtention des documents suivants :

1. Le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires qui travaillent dans les milieux ci-dessous :
   - 1.1 Les urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau
   - 1.2 Les CHSLD urbains (Hull, Gatineau et Aylmer)
   - 1.3 Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI) en milieu urbain (Hull, Gatineau et Aylmer) :
     - 1.3.1 Résidences de type familial (RTF) pour les personnes âgées en perte d'autonomie
     - 1.3.2 Ressources intermédiaires (RI).

Vous trouverez les répondes à votre demande dans le fichier ci-joint. Nous émettons toutefois les réserves suivantes quant aux données :

- Pour les points 1.1 et 1.2, le nombre réel peut être plus élevé puisque des infirmières inscrites sur les listes de rappel et les équipe volantes peuvent parfois travailler dans ces unités.
- Pour le point 1.3 il a été impossible de fournir des données plus précises que ce qui est présenté dans le document joint.

Conformément à l'article 51 de la Loi, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note relative à l'exercice de ce recours.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels,

[redacted]
Pascal Chaussé
p.j. (2)

...1

55, avenue Gatineau
Gatineau (Québec) J8T 4J3
Téléphone : 819 966-6806
Télécopieur : 819 966-6578
www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

Demande d'accès à l'information 20-DA-22

1.1 - Nombre d'infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires oeuvrant aux urgences de Hull et de Gatineau

Urgence Hull	88	Urgence de Gatineau	85

1.2 - Nombre d'infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires oeuvrant dans les CHSLD urbains (CHSLD d'Aylmer, Lionel-Émond, Ernest-Brisson et La Pietà)

249

1.3 - Nombre d'infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires oeuvrant dans les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI)

23

** Données au 29 février 2020*

*** Source: Entrepôt de données LOGIBEC - Cube PMO*

Annexe O : Affiches de recrutement pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences




uOttawa
UQO
ÉTUDE SUR LE TRANSFERT DES AÎNÉS DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES VERS L'URGENCE
Québec
Infirmières*, infirmières cliniciennes et infirmières auxiliaires des salles d'urgence recherchées
pour répondre à un questionnaire en ligne!
Aimeriez-vous faire une différence et améliorer le processus de transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD) vers l'urgence?
Souhaiteriez-vous partager vos expériences et vos opinions afin d'augmenter les connaissances et permettre la formulation de recommandations?
Si oui, vous pouvez participer à une étude dans le cadre d'une thèse de doctorat de l'Université d'Ottawa. Nous sommes actuellement à la recherche de vos opinions sur la question!
Qui peut participer?
Vous devez détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
Vous devez détenir un poste ou une affectation dans une urgence de la région de l'Outaouais;
Vous devez avoir soigné dans la dernière année, un aîné qui a vécu le transfert d'une résidence pour personnes âgées (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence.
Vous êtes intéressées à participer?
Nous vous invitions à remplir un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes à l'hyperlien suivant:
https://fr.surveymonkey.ca/r/Urgence-2021.
Le principe de premier arrivé, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.
Pour toutes questions, veuillez communiquer avec la chercheuse principale,
Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., PhD(c)
par téléphone au [redacted]
ou par courriel à [redacted]
* Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.
Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa (H-10-20-6151), du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Annexe P : Gabarits de courriel pour le recrutement du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences

Courriel nº 1 (Jour 1) pour les ÉSLD

À : Personnel infirmier des CHSLD, Ressources intermédiaires (RI) et CLSC du CISSS de l'Outaouais

Objet : Invitation à participer à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Si je vous contacte aujourd'hui, c'est que vous détenez un poste ou une affectation en tant qu'infirmière*, qu'infirmière clinicienne ou infirmière auxiliaire dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou un CLSC du CISSS de l'Outaouais.

Mon nom est Gabriela Peguero-Rodriguez et je mène actuellement une étude dans le cadre de ma thèse de doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et **votre aide serait grandement appréciée et s'avère essentielle**, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.

En effet, le sujet de l'étude porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI) vers l'urgence. Ainsi, vos expériences vis-à-vis ce type de transfert et vos opinions en la matière s'avèrent très importantes à considérer afin d'améliorer la transition et la coordination des soins entre ces deux types installations.

Pour participer à l'étude vous devez :

1) Détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenir un poste ou une affectation dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou en CLSC de la région de l'Outaouais;
3) Avoir soigné dans la dernière année au moins un patient qui a vécu le transfert d'une résidence pour personnes âgées incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence;
4) Lire, écrire et parler le français.

En pièce jointe, vous trouverez également l'affiche de recrutement pour cette étude.

Par conséquent, je sollicite votre participation qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. **Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.**

Soyez assuré que les réponses qui seront fournies dans le questionnaire demeureront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera uniquement accessible par moi (chercheuse principale) et ma directrice et ma co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, l'étude a reçu l'approbation éthique des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (certificat éthique N° H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais, le 28 avril 2021.

V**otre participation est essentielle afin de développer des interventions efficaces et durables** de façon à améliorer la transition des soins dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence.

Entre temps, si vous avez des questions **n'hésitez pas à me contacter** aux coordonnées qui se trouvent à la fin de ce courriel. Enfin, vous recevrez un total de deux autres courriels de rappel au cours des prochaines semaines. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

Cordialement,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Courriel de rappel (Jour 10) pour les ÉSLD

À : Personnel infirmier des CHSLD, Ressources intermédiaires (RI) et CLSC du CISSS de l'Outaouais

Objet : Rappel - Participation à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Simple rappel à l'effet que vous êtes convié à participer à une étude de recherche doctorale qui porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence. **Nous sommes toujours à la recherche de 25 participants pour répondre au questionnaire**.

Encore une fois, votre participation serait grandement appréciée et s'avère essentielle, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.
Ainsi, si vous :

1) Détenez le titre d'infirmière*, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenez un poste ou une affectation dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou un CLSC dans la région de l'Outaouais;
3) Avez pris soins d'un patient qui a été transféré d'une résidence pour personnes âgées (incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI)) vers l'urgence dans la dernière année;
4) Lisez, écrivez et parlez le français.

Je vous invite à participer à l'étude qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.

Je vous rappelle que vos réponses resteront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera seulement accessible par l'équipe de recherche qui est composée de moi et de ma directrice et co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures agrégées à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, si vous ne désirez pas répondre à une question, vous pouvez la sauter et passer à la suivante.

Pour ceux et celles qui ont déjà participé(e)s à l'étude, je vous remercie grandement!

Enfin, je reste à votre disposition si vous avez des questions ou des commentaires par rapport à cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel. Un dernier courriel de rappel vous sera envoyé dans les prochaines semaines. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

PS : Je vous invite à partager ce courriel avec toute autre personne qui correspond aux critères d'inclusion mentionnés ci-haut!

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin et utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Dernier courriel de rappel (Jour 24) pour les ÉSLD

À : Personnel infirmier des CHSLD, Ressources intermédiaires (RI) et CLSC du CISSS de l'Outaouais

Objet : Dernier rappel - Participation à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Simple rappel à l'effet que vous êtes convié à participer à une étude de recherche doctorale qui porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence. **Si vous n'avez pas encore participé, ceci est votre dernière chance! Pour ceux et celles qui ont déjà participé à l'étude, je vous remercie sincèrement! Grâce à votre contribution, il sera possible d'améliorer la transition des soins entre les résidences pour personnes âgées et l'urgence.**

Encore une fois, **votre participation serait grandement appréciée et s'avère essentielle**, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.

Ainsi, si vous :

1) Détenez le titre d'infirmière*, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenez un poste ou une affectation dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou un CLSC de la région de l'Outaouais;
3) Avez pris soins d'un patient qui a été transféré d'une résidence pour personnes âgées (incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI)) vers l'urgence dans la dernière année;
4) Lisez, écrivez et parlez le français.

Je vous invite à participer à l'étude qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.

Je vous rappelle que vos réponses resteront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera seulement accessible par l'équipe de recherche qui est composée de moi et de ma directrices et co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures agrégées à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, si vous ne désirez pas répondre à une question, vous pouvez la sauter et passer à la suivante.

Enfin, je reste à votre disposition si vous avez des questions ou des commentaires par rapport à cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel.

PS : Je vous invite à partager ce courriel avec toute autre personne qui correspond aux critères d'inclusion mentionnés ci-haut!

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Courriel nº 1 (Jour 1) pour les urgences

À : Personnel infirmier des urgences du CISSS de l'Outaouais

Objet : Invitation à participer à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Si je vous contacte aujourd'hui, c'est que vous détenez un poste ou une affectation en tant qu'infirmière*, qu'infirmière clinicienne ou infirmière auxiliaire à l'urgence de Hull ou de Gatineau.

Mon nom est Gabriela Peguero-Rodriguez et je mène actuellement une étude dans le cadre de ma thèse de doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et **votre aide serait grandement appréciée et s'avère essentielle**, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.

En effet, le sujet de l'étude porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (RPA) incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI) vers l'urgence. Ainsi, vos expériences vis-à-vis ce type de transfert et vos opinions en la matière s'avèrent très importantes à considérer afin d'améliorer la transition et la coordination des soins entre ces deux types d'installations.

Pour participer à l'étude, vous devez :

1) Détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenir un poste ou une affectation dans une urgence de l'Outaouais;
3) Avoir soigné dans la dernière année au moins un patient qui a vécu le transfert d'une résidence pour personnes âgées (RPA) incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI) vers l'urgence;
4) Lire, écrire et parler le français.

En pièce jointe, vous trouverez également l'affiche de recrutement pour cette étude.

Par conséquent, je sollicite votre participation qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. **Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.**

Soyez assuré que les réponses qui seront fournies dans le questionnaire demeureront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera uniquement accessible par moi (chercheuse principale) et ma directrice et ma co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, l'étude a reçu l'approbation éthique des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (certificat éthique N° H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais, le 28 avril 2021.

V**otre participation est essentielle afin de développer des interventions efficaces et durables** de façon à améliorer la transition des soins dans le contexte du transfert d'un aîné d'une RPA (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence.

Entre temps, si vous avez des questions **n'hésitez pas à me contacter** aux coordonnées qui se trouvent à la fin de ce courriel. Enfin, vous recevrez un total de deux autres courriels de rappel au cours des prochaines semaines. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

Cordialement,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Courriel de rappel (Jour 10) pour les urgences

À : Personnel infirmier des urgences du CISSS de l'Outaouais

Objet : Rappel - Participation à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Simple rappel à l'effet que vous êtes convié à participer à une étude de recherche doctorale qui porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence.

Encore une fois, **votre participation serait grandement appréciée et s'avère essentielle**, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.
Ainsi, si vous :

1) Détenez le titre d'infirmière*, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenez un poste ou une affectation dans une urgence de l'Outaouais;
3) Avez pris soins d'un patient qui a été transféré d'une résidence pour personnes âgées (incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI)) vers l'urgence dans la dernière année;
4) Lisez, écrivez et parlez le français.

Je vous invite à participer à l'étude qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.

Je vous rappelle que vos réponses resteront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera seulement accessible par l'équipe de recherche qui est composée de moi et de ma directrice et co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures agrégées à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, si vous ne désirez pas répondre à une question, vous pouvez la sauter et passer à la suivante.

Pour ceux et celles qui ont déjà participé(e)s à l'étude, je vous remercie grandement!

Enfin, je reste à votre disposition si vous avez des questions ou des commentaires par rapport à cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel. Un dernier courriel de rappel vous sera envoyé dans les prochaines semaines. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

PS : Je vous invite à partager ce courriel avec toute autre personne qui correspond aux critères d'inclusion mentionnés ci-haut!

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :
Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
*Le féminin et utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Dernier courriel de rappel (Jour 24) pour les urgences

Objet : Dernier rappel - Participation à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Simple rappel à l'effet que vous êtes convié à participer à une étude de recherche doctorale qui porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence. **Si vous n'avez pas encore participé, ceci est votre dernière chance!**. **Pour ceux et celles qui ont déjà participé à l'étude, je vous remercie sincèrement! Grâce à votre contribution, il sera possible d'améliorer la transition des soins entre les résidences pour personnes âgées et l'urgence.**

Encore une fois, **votre participation serait grandement appréciée et s'avère essentielle**, puisque vous détenez une expertise précise et unique qui se doit d'être entendue.

Ainsi, si vous :

1) Détenez le titre d'infirmière*, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire;
2) Détenez un poste ou une affectation dans une urgence de l'Outaouais;
3) Avez pris soins d'un patient qui a été transféré d'une résidence pour personnes âgées (incluant d'un CHSLD ou d'une ressource intermédiaire (RI)) vers l'urgence dans la dernière année;
4) Lisez, écrivez et parlez le français.

Je vous invite à participer à l'étude qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire est disponible dès maintenant à l'adresse suivante : . En cliquant sur le lien, vous serez automatiquement redirigé vers le questionnaire.

Je vous rappelle que vos réponses resteront strictement **confidentielles**. Le questionnaire sera seulement accessible par l'équipe de recherche qui est composée de moi et de ma directrices et co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures agrégées à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, si vous ne désirez pas répondre à une question, vous pouvez la sauter et passer à la suivante.

Enfin, je reste à votre disposition si vous avez des questions ou des commentaires par rapport à cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel.

PS : Je vous invite à partager ce courriel avec toute autre personne qui correspond aux critères d'inclusion mentionnés ci-haut!

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :

Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Annexe Q : Gabarit des courriels d'invitation pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences

Courriel 1 – Appel à la participation

À : Personnel cadre des ÉSLD et des urgences du CISSS de l'Outaouais

Objet : Invitation à participer à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Mon nom est Gabriela Peguero-Rodriguez et je suis infirmière et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Je mène actuellement une étude dans le cadre de ma thèse de doctorat et **votre aide serait grandement appréciée**.

En effet, le sujet de l'étude porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD/RI) vers l'urgence. Dans la première phase de l'étude, un questionnaire en ligne a été répondu par 38 infirmières*, infirmières cliniciennes et infirmières auxiliaires provenant des urgences et des résidences pour personnes âgées (dont les CHSLD) de la région de l'Outaouais. Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir les perceptions du personnel infirmier de chevet sur la question.

Toutefois, dans une seconde phase, nous aimerions discuter plus en profondeur de certains éléments propres du processus de transfert d'où la raison pour laquelle je vous contacte aujourd'hui. Votre contribution s'avère très importante afin d'améliorer la transition et la coordination des soins entre ces deux installations.

Par conséquent, je sollicite votre participation qui consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique en ligne et à participer à une entrevue téléphonique ou par vidéoconférence d'environ 30-45 minutes. En pièce jointe, vous trouverez une lettre d'information pour de plus amples renseignements sur l'étude.

Si vous désirez participer, veuillez simplement me répondre par courriel. Dans l'affirmative, une rencontre sera alors organisée selon vos disponibilités. D'ailleurs, n'hésitez surtout pas à communiquer avec moi si vous avez des questions ou si vous désirez discuter davantage des implications de cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel. En plus de ce courriel, vous recevrez un courriel de rappel au cours des prochaines semaines. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

Soyez assuré que les réponses qui seront fournies demeureront strictement **confidentielles**. Les données seront uniquement accessible par moi (chercheure principale) et ma directrice et ma co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux

professeures agrégées à l'Université d'Ottawa). D'ailleurs, l'étude a reçu l'approbation éthique des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (certificat éthique N° H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais, le 28 avril 2021.

À noter qu'il n'est aucunement dans les objectifs de l'étude d'évaluer les pratiques de soins de votre milieu.

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre soutien à mon étude de recherche doctorale.

Enfin, je vous encourage également à partager ce courriel avec toute autre personne détenant un poste de cadre et que vous jugez détient une expertise sur le sujet afin de l'inviter à participer à l'étude.

En attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, mes salutations les plus sincères.

Cordialement,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Courriel 2 – rappel à la participation

À : Personnel cadre des ÉSLD et des urgences

Objet : RAPPEL - Invitation à participer à une étude sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Bonjour,

Mon nom est Gabriela Peguero-Rodriguez et je suis infirmière et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Je mène actuellement une étude dans le cadre de ma thèse de doctorat et **votre aide serait grandement appréciée**.

En effet, le sujet de l'étude porte sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD/RI) vers l'urgence. Dans la première phase de l'étude, un questionnaire en

ligne a été répondu par 38 infirmières*, infirmières cliniciennes et infirmières auxiliaires provenant des urgences et des résidences pour personnes âgées (dont les CHSLD) de la région de l'Outaouais. Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir les perceptions du personnel infirmier de chevet sur la question.

Le [date] dernier, je vous ai envoyé un courriel dans lequel je vous invitais à participer à cette étude. Effectivement, dans la seconde phase de cette étude, nous aimerions discuter plus en profondeur de certains éléments propres du processus de transfert d'où la raison pour laquelle je vous contacte aujourd'hui. Votre contribution s'avère très importante afin d'améliorer la transition et la coordination des soins entre ces deux installations.

Par conséquent, je sollicite votre participation qui consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique en ligne et à participer à une entrevue téléphonique ou par vidéoconférence d'environ 30-45 minutes. En pièce jointe, vous trouverez une lettre d'information pour de plus amples renseignements sur l'étude.

Si vous désirez participer, veuillez simplement me répondre par courriel. Dans l'affirmative, une rencontre sera alors organisée selon vos disponibilités. D'ailleurs, n'hésitez surtout pas à communiquer avec moi si vous avez des questions ou si vous désirez discuter davantage des implications de cette étude. Mes coordonnées se trouvent à la fin de ce courriel. À noter que le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis.

Soyez assuré que les réponses qui seront fournies demeureront strictement **confidentielles**. Les données seront uniquement accessibles par moi (chercheure principale) et ma directrice et ma co-directrice de thèse (Dre Viola Polomeno, Inf, PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD, toutes deux professeures agrégées à l'Université d'Ottawa).

D'ailleurs, l'étude a reçu l'approbation éthique des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (certificat éthique N° H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais, le 28 avril 2021.

À noter qu'il n'est aucunement dans les objectifs de l'étude d'évaluer les pratiques de soins de votre milieu.

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre soutien à mon étude de recherche doctorale.

Enfin, je vous encourage également à partager ce courriel avec toute autre personne détenant un poste de cadre et que vous jugez détient une expertise sur le sujet afin de l'inviter à participer à l'étude.

En attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, mes salutations les plus sincères.

Cordialement,

Gabriela Peguero-Rodriguez, **Inf, B.Sc., PhD(c)**
École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa
Cellulaire :
Courriel :

Professeure régulière
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

*Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte et désigne autant infirmier qu'infirmière.

Annexe R : Lettre d'information pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé
École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences
School of Nursing

613 562-5473
613 562-5443
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

Lettre d'information pour les participants

Titre de l'étude : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Introduction : Vous êtes invités à participer volontairement à une étude menée par Gabriela Peguero-Rodriguez, infirmière et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. L'un des objectifs de cette étude est de décrire la perception du personnel infirmier cadre dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) incluant les CHSLD, les ressources intermédiaires (RI) et les résidences privées pour aînés vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Participation : Les critères d'inclusion pour cette étude sont : 1) détenir le titre d'infirmière; 2) détenir un poste ou une affectation à titre d'infirmière monitrice, d'infirmière de liaison, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice des soins infirmiers du milieu de l'urgence ou des RPA (CHSLD et RI) de la région de l'Outaouais et 3) lire, écrire et parler le français. Toutefois, tout autre poste pertinent c'est-à-dire toute personne qui serait derrière l'élaboration des protocoles ou des procédures de transfert ou impliquée dans la gestion des problématiques relatives à ce type de transfert pourra également être considéré pour participer à l'étude.

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique en ligne et à participer à une entrevue téléphonique ou par vidéoconférence (p.ex. via Zoom) d'une durée approximative de 30-45 minutes. L'entrevue portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard du processus de transfert des aînés des résidences pour personne âgée vers l'urgence, ainsi que de l'intégration des proches aidants durant ce processus.

Le principe de premier arriver, premier servi sera utilisé jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis. Votre participation est volontaire, vous n'êtes donc dans aucune obligation d'y participer. D'ailleurs, même si vous décidez de participer à l'étude, vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, et ce, même si vous avez déjà participé à l'entrevue. Votre désistement ne provoquera aucune conséquence négative pour vous.

Avantages : Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de vos expériences relatives au transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence. Votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les résidences pour personnes âgées qu'à l'urgence. Votre participation est donc essentielle afin d'améliorer la transition des soins.

Risques : Il y a très peu de risque associé à cette étude. Soyez assuré que l'information qui sera partagée durant l'entrevue sera strictement confidentielle. Cependant, le fait de répondre à diverses questions qui traitent des différentes

problématiques entourant le transfert des aînés des RPA vers l'urgence pourrait entraîner un inconfort psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables). En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à l'aise.

Confidentialité, conservation et protection des données : La chercheuse prendra tous les moyens nécessaires pour diminuer les risques associés à la préservation de votre confidentialité et des données recueillies. L'information partagée durant l'entrevue (formulaire de consentement, enregistrement audio et transcriptions des entrevues) sera uniquement accessible par la chercheuse principale et ses directrices de thèse. Toute l'information recueillie sera gardée sur une clé USB cryptée avec un mot de passe. De plus, un code sera attribué aux données recueillies, afin qu'il n'y ait aucune possibilité de retracer vos propos à vos informations personnelles.

Chercheuse principale :

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., candidate au doctorat en sciences infirmières, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Téléphone : [redacted]
Courriel : [redacted]

Directrices de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, PhD
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Questions additionnelles : Si vous avez des questions sur l'étude ou sur les implications de votre participation, n'hésitez pas à contacter la chercheuse principale par téléphone ou par courriel.

Éthique : Cette étude a reçu l'approbation éthique de l'Université d'Ottawa (N° d'approbation H-10-20-6151), du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Si vous avez des questions concernant l'approbation éthique de cette étude ou vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez contacter le bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa par téléphone au 613-562-5387 ou par courriel ethique@uottawa.ca, le bureau d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais par téléphone au 819-770-6528, poste 339199 ou par courriel 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca ou encore le secrétariat du comité éthique de l'UQO au 819-595-3900, poste 3970 ou par courriel comite.ethique@uqo.ca .

Annexe S : Formulaire de consentement et questionnaire en ligne pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences

Questionnaire pour le personnel infirmier des ÉSLD

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Bienvenue !

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude!

Cela vous prendra approximativement 10-15 minutes pour compléter ce questionnaire. Il n'existe aucune mauvaise réponse. Toutes les réponses sont bonnes. Soyez également assuré que les réponses données demeureront strictement confidentielles.

Avant de débuter, prenez connaissance du formulaire de consentement qui se trouve à la prochaine page. Si vous consentez à participer à l'étude, vous pourrez alors continuer avec le questionnaire. Si vous n'êtes pas d'accord, vous pourrez simplement fermer la page dans votre navigateur web.

Pour commencer, veuillez cliquer sur le bouton " Suiv".

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Chercheuse principale

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : [redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, Ph.D.
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, Ph.D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Gabriela Peguero-Rodriguez. Il est supervisé par Dre Viola Polomeno, Inf., Ph.D. et Dre Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux professeures à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette étude, ses procédures, ses avantages et ses risques.

Nature de l'étude

Cette étude comprend deux objectifs, soit : 1) décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais et 2) décrire les perceptions du personnel infirmier des CHSLD et des RI et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des proches aidants dans le contexte du transfert d'une RPA (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) vous devez détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire; 2) vous devez détenir un poste ou une affectation dans un CHSLD, une ressource intermédiaire (RI) ou un CLSC dans la région de l'Outaouais, 3) vous devez avoir soigné dans la dernière année au moins un aîné qui a vécu le transfert d'une résidence pour personnes âgées (incluant les CHSLD ou les RI) vers l'urgence et 4) vous devez parler, écrire et comprendre le français.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Critères d'inclusion (suite)

Un minimum de 50 participants qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour cette étude.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard des transferts des aînés des résidences pour personne âgée (incluant les CHSLD et les RI) vers l'urgence, ainsi que de l'intégration des proches aidants durant ce processus.

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de partager en toute confidentialité vos expériences cliniques et vos opinions relatives au transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence. Votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et RI) qu'à l'urgence. Votre participation est donc essentielle afin d'améliorer la transition des soins.

Soyez assuré que l'information qui sera partagée dans le questionnaire demeurera strictement confidentielle. En fait, vous n'avez pas à indiquer votre nom et vous êtes en droit de répondre seulement aux questions qui vous conviennent. Toutefois, afin de minimiser le risque d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité, nous vous invitons à prendre des mesures standards de sécurité, notamment : utiliser une connexion sécurisée pour répondre au questionnaire, fermer la page web une fois le questionnaire complété et envoyé, effacer votre historique et verrouiller l'écran ou l'appareil une fois que vous aurez terminé.

Par ailleurs, le fait de répondre à diverses questions qui traitent des différentes problématiques entourant le transfert des aînés des RPA vers l'urgence pourrait entraîner un inconfort psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables). En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à l'aise. De plus, une fois le questionnaire rempli, vous pouvez toujours contacter votre programme d'aide aux employés offert par Homewood Santé qui offre notamment du counseling professionnel. Soyez assuré qu'ils sont tenus à la confidentialité de vos renseignements personnels et que votre identité ne sera pas révélée à votre employeur. Vous pouvez les contacter en tout temps au 1-866-398-9505.

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. D'ailleurs, durant le questionnaire, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, et ce, sans aucune crainte de représailles. Toutefois, puisqu'il n'y a aucune donnée qui est recueillie dans le questionnaire qui permet de vous identifier, il n'est alors pas possible de vous retirer de l'étude une fois le questionnaire complété.

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- **Les divers documents de l'étude seront codifiés et seule la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des codes;**
- **Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;**
- **Les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée et protégée par un mot de passe. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);**
- **L'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.**

De plus, simple rappel, afin de minimiser les risques d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité, nous vous recommandons d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que mettre fin à la session, fermer votre navigateur web et verrouiller votre écran ou appareil lorsque vous ne les utilisez plus et que vous avez terminé l'étude.

Enfin, à noter que le fait de remplir et de soumettre le questionnaire indique également que vous consentez à participer à cette étude.

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) s'engage à répondre à toutes les questions que le participant aurait en regard au présent formulaire de consentement (voir coordonnées au début du formulaire). Par ailleurs, il est clairement indiqué que le participant demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) ainsi que ces directrices de thèse s'engagement à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Veuillez répondre à la question suivante avant de procéder avec le questionnaire :

Je consens librement à participer à la recherche intitulée : « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques de cette étude.

- ◯ Oui
- ◯ Non (si vous refusez de participer à l'étude, veuillez simplement fermer l'onglet de votre navigateur web)

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, veuillez communiquer avec Gabriela Peguero-Rodriguez, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] à l'adresse courriel suivante : [redacted] Vous pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (No d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes :

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
Téléphone : (819)- 771- 4179
(Sans frais : 1 844 771-4179)
Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

124, rue Lois, bureau 214
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

****** Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

1. Portrait sociodémographique

Nous vous remercions grandement de nous communiquer certaines données personnelles qui seront uniquement utilisées afin de faciliter l'analyse de vos réponses.

1.1 Quel âge avez-vous ?

1.2 Quel est votre genre ?

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Aucune option ne s'applique à moi, je m'identifie comme (veuillez préciser)

1.3 Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?

- ☐ Diplôme d'études professionnelles (DEP) en santé, assistance et soins infirmiers
- ☐ Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers
- ☐ Baccalauréat en sciences infirmières
- ☐ Certificat en sciences infirmières
- ☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)
- ☐ Maîtrise en sciences infirmières
- ☐ Doctorat en sciences infirmières
- ☐ Autre (veuillez préciser)

1.4 Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire?

1.5 Depuis combien d’années travaillez-vous dans une résidence pour personnes âgées ou en CLSC ?

1.6 Dans quel type de résidence pour personnes âgées travaillez-vous actuellement ?

- [ ] CHSLD
- [ ] Ressources non institutionnelles (RNI) - Ressources intermédiaires (RI)
- [ ] Ressources non institutionnelles (RNI) - Résidence de type familiale (RTF)
- [ ] Autre (veuillez préciser)

1.7 Sur quel quart de travail travaillez-vous majoritairement ?

- ◯ Jour
- ◯ Soir
- ◯ Nuit
- ◯ Jour/Soir
- ◯ Jour/Nuit

1.8 Quel est votre statut d'emploi ?

- ◯ Temps partiel occasionnel
- ◯ Temps partiel
- ◯ Temps plein

1.9 Avez-vous déjà travaillé à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire dans une salle d'urgence ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

1.10 **Si vous avez répondu oui à la question 1.9**, veuillez spécifier le nombre d'années que vous avez travaillé dans une salle d'urgence.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

2. Vos perceptions sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Veuillez noter que pour les besoins de l'étude, une résidence pour personnes âgées (RPA) comprend les CHSLD, les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidences privées pour aînés. De plus, un proche aidant est toute personne significative (membre de la famille ou non) d'un aîné qui l'accompagne durant le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il soit rémunéré pour le faire.

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
2.1 ... les transferts des aînés des RPA vers l'urgence se déroule efficacement et sans lacune.	○	○	○	○	○
2.2 ... la communication entre le personnel soignant des RPA et celui de l'urgence se fait de manière efficace.	○	○	○	○	○
2.3 ... au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'urgence.	○	○	○	○	○
2.4 ... l'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente (p.ex. niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé, etc.) lors du transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence est/serait bénéfique.	○	○	○	○	○
2.5 ...les transferts des aînés des RPA vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
2.6 ... le personnel infirmier des urgences est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.	○	○	○	○	○
2.7 ... davantage de stratégies proactives pourraient être offertes et instaurées dans les RPA avant de procéder au transfert à l'urgence.	○	○	○	○	○
2.8 ... je dispose de l'aide nécessaire lorsque vient le temps de transférer un aîné de la RPA vers l'urgence.	○	○	○	○	○
2.9 ... j'ai toujours accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour m'aider à prendre la décision de transférer un aîné vers l'urgence.	○	○	○	○	○
2.10 ... je possède les outils cliniques nécessaires pour prendre une décision éclairée quant au transfert d'un aîné vers l'urgence.	○	○	○	○	○
2.11 ... je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'aîné au médecin traitant de la RPA.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
2.12 ... je suis à l'aise de prendre soin des aînés qui nécessitent un transfert vers l'urgence.	○	○	○	○	○
2.13 ... lors de mes interactions avec le personnel de l'urgence, je me sens écouté(e) et respecté(e).	○	○	○	○	○
2.14 ... la façon dont le retour à la RPA est organisée suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.	○	○	○	○	○
2.15 ... il est important que le personnel soignant de l'urgence communique verbalement ou à l'écrit avec le personnel soignant des RPA suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé.	○	○	○	○	○
2.16 ... je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné suivant son congé de l'urgence.	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

3. Vos perceptions sur les proches aidants des aînés qui demeurent dans les RPA

NB: Pour l'étude, un proche aidant constitue toute personne significative (membre de la famille ou non) d'un aîné qui l'accompagne dans le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il soit rémunéré pour le faire.

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
3.1 ... les proches aidants sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.	○	○	○	○	○
3.2 ... les proches aidants peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les désirs de leur aîné lors du processus de transfert vers l'urgence.	○	○	○	○	○
3.3 ... les proches aidants doivent être consultés avant de décider de transférer un aîné vers l'urgence.	○	○	○	○	○
3.4 ...les proches aidants possèdent les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel menant au transfert d'un aîné vers l'urgence.	○	○	○	○	○
3.5 ... les proches aidants sont bien préparés pour prendre soin et accompagner leur aîné durant le processus de transfert vers l'urgence.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
3.6 ... les proches aidants des aînés qui transfèrent des RPA vers l'urgence utilisent des stratégies adéquates pour faire face à leur situation (p.ex. gérer leur stress, obtenir de l'information, etc.).	○	○	○	○	○
3.7 ... les proches aidants partagent des relations harmonieuses avec leur aîné qui demeure dans une RPA.	○	○	○	○	○
3.8 ... les proches aidants des aînés qui transfèrent des RPA vers l'urgence présentent du stress et du fardeau.	○	○	○	○	○
3.9 ... les proches aidants peuvent être un obstacle aux soins à prodiguer aux aînés qui nécessitent un transfert à l'urgence.	○	○	○	○	○
3.10 ... il est important de soutenir les proches aidants dans le contexte du transfert de leur aîné d'une RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
3.11 ... je détiens les aptitudes nécessaires et je me sens à l'aise de soutenir les proches aidants dans le contexte du transfert de leur aîné d'une RPA vers l'urgence.	○	○	○	○	○
3.12 ... les proches aidants des aînés qui transfèrent des RPA vers l'urgence comprennent ma charge de travail et les différentes responsabilités auxquelles je dois faire face.	○	○	○	○	○
3.13 ... les proches aidants ont confiance en mon jugement clinique.	○	○	○	○	○
3.14 ... je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'aîné aux proches aidants.	○	○	○	○	○
3.15 ...les proches aidants influencent ou encouragent parfois le transfert vers l'urgence, même si cela ne semble pas justifié.	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

4. Vos dernières impressions

4.1 Dans votre établissement, est-ce qu'il existe une politique ou une procédure relative au transfert des aînés vers l'urgence?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

4.2 Dans votre établissement, est-ce que vous avez un formulaire standardisé dédié au transfert des aînés des RPA vers l'urgence?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

4.3 Dans votre établissement, est-ce que vous disposez d'un outil clinique permettant de vous guider dans le processus décisionnel de transférer ou non un aîné vers l'urgence?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

4.4 Selon vous, quelle serait la/les piste(s) de solutions possible(s) pour améliorer le processus de transfert des aînés des RPA vers l'urgence?

4.5 Selon vous, quelles sont les informations essentielles à savoir au retour de l'aîné de son séjour à l'urgence afin d'assurer une continuité des soins de qualité ?

4.6 Est-ce que vous désirez ajouter d'autres commentaires relatifs au processus de transfert des aînés des RPA vers l'urgence ? Si oui, veuillez les mentionner ci-bas.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINÉ !

Encore une fois, votre participation est très appréciée. Nous vous en remercions grandement !

Si vous êtes satisfait(e) de vos réponses, veuillez cliquer sur le bouton d'envoi.

Questionnaire pour le personnel infirmier des urgences



Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Bienvenue !

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude!

Cela vous prendra approximativement 10-15 minutes pour compléter ce questionnaire. Il n'existe aucune mauvaise réponse. Toutes les réponses sont bonnes. Soyez également assuré que les réponses données demeureront strictement confidentielles.

Avant de débuter, prenez connaissance du formulaire de consentement qui se trouve à la prochaine page. Si vous consentez à participer à l'étude, vous pourrez alors continuer avec le questionnaire. Si vous n'êtes pas d'accord, vous pourrez simplement fermer la page dans votre navigateur web.

Pour commencer, veuillez cliquer sur le bouton " Suiv".

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Chercheuse principale

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : [redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, Ph.D.
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, Ph.D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Gabriela Peguero-Rodriguez. Il est supervisé par Dre Viola Polomeno, Inf., Ph.D. et Dre Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux professeures à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette étude, ses procédures, ses avantages et ses risques.

Nature de l'étude

Cette étude comprend deux objectifs, soit : 1) décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais et 2) décrire les perceptions du personnel infirmier des CHSLD et des RI et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des proches aidants dans le contexte du transfert d'une RPA (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.
Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) vous devez détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire; 2) vous devez détenir un poste ou une affectation dans une urgence de l'Outaouais, 3) vous devez avoir soigné dans la dernière année au moins un aîné qui a vécu le transfert d'une résidence pour pour personnes âgées (incluant les CHSLD ou les RI) vers l'urgence et 4) vous devez parler, écrire et comprendre le français.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Critères d'inclusion (suite)

Un minimum de 50 participants qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour cette étude.

Déroulement de la participation_

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de 10-15 minutes. Le questionnaire portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard des transferts des aînés des résidences pour personne âgée (incluant les CHSLD et les RI) vers l'urgence, ainsi que de l'intégration des proches aidants durant ce processus._

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de partager en toute confidentialité vos expériences cliniques et vos opinions relatives au transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence. Votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les résidences pour personnes âgées (incluant les CHSLD et RI) qu'à l'urgence. Votre participation est donc essentielle afin d'améliorer la transition des soins.

Soyez assuré que l'information qui sera partagée dans le questionnaire demeurera strictement confidentielle. En fait, vous n'avez pas à indiquer votre nom et vous êtes en droit de répondre seulement aux questions qui vous conviennent. Toutefois, afin de minimiser le risque d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité, nous vous invitons de prendre des mesures standards de sécurité, notamment : utiliser une connexion sécurisée pour répondre au questionnaire, fermer la page web une fois le questionnaire complété et envoyé, effacer votre historique et verrouiller l'écran ou l'appareil une fois que vous aurez terminé.

Par ailleurs, le fait de répondre à diverses questions qui traitent des différentes problématiques entourant le transfert des aînés des RPA vers l'urgence pourrait entraîner un inconfort psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables). En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à

l’aise. De plus, une fois le questionnaire rempli, vous pouvez toujours contacter votre programme d’aide aux employés offert par Homewood Santé qui offre notamment du counseling professionnel. Soyez assuré qu’ils sont tenus à la confidentialité de vos renseignements personnels et que votre identité ne sera pas révélée à votre employeur. Vous pouvez les contacter en tout temps au 1-866-398-9505.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. D’ailleurs, durant le questionnaire, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, et ce, sans aucune crainte de représailles. Toutefois, puisqu’il n’y a aucune donnée qui est recueillie dans le questionnaire qui permet de vous identifier, il n’est alors pas possible de vous retirer de l’étude une fois le questionnaire envoyé.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- **L'hyperlien menant au questionnaire est complètement anonyme, le questionnaire ne demande aucune information nominative et votre adresse IP ne sera pas enregistrée;**
- **Les divers documents de l'étude seront codifiés et seule la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des codes;**
- **Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;**
- **Les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée et protégée par un mot de passe. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);**
- **L'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.**

De plus, simple rappel, afin de minimiser les risques d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité nous vous recommandons d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que mettre fin à la session, fermer votre navigateur web et verrouiller votre écran ou appareil lorsque vous ne les utilisez plus et que vous avez terminé l'étude.

Enfin, veuillez noter que le fait de remplir et de soumettre le questionnaire indique également que vous consentez à participer à cette étude.

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) s'engage à répondre à toutes les questions que le participant aurait en regard au présent formulaire de consentement (voir coordonnées au début du formulaire). Par ailleurs, il est clairement indiqué que le participant demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) ainsi que ces directrices de thèse s'engagement à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

Veuillez répondre à la question suivante avant de procéder avec le questionnaire :

Je consens librement à participer à la recherche intitulée : « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques de cette étude.

- ◯ Oui
- ◯ Non (si vous refusez de participer à l'étude, veuillez simplement fermer l'onglet de votre navigateur web)

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, veuillez communiquer avec Gabriela Peguero-Rodriguez, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] ou à l'adresse courriel suivante : [redacted] pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques additionnels ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (No d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes:

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
Téléphone : (819)- 771- 4179
(Sans frais : 1 844 771-4179)
Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

124, rue Lois, bureau 214
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

1. Portrait sociodémographique

Nous vous remercions grandement de nous communiquer certaines données personnelles qui seront uniquement utilisées afin de faciliter l'analyse de vos réponses.

1.1 Quel âge avez-vous ?

1.2 Quel est votre genre ?

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Aucune option ne s'applique à moi, je m'identifie comme (veuillez préciser)

1.3 Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?

- ☐ Diplôme d'études professionnelles (DEP) en santé, assistance et soins infirmiers
- ☐ Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers
- ☐ Baccalauréat en sciences infirmières
- ☐ Certificat en sciences infirmières
- ☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)
- ☐ Maîtrise en sciences infirmières
- ☐ Doctorat en sciences infirmières
- ☐ Autre (veuillez préciser)

1.4 Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire ?

1.5 Depuis combien d’années travaillez-vous à l’urgence?

1.6 Dans quelle(s) section(s) de l’urgence travaillez-vous? (Vous pouvez en cocher plus d’un)

- [ ] Aires d'observation
- [ ] Aire ambulatoire
- [ ] Salle de réanimation/Salle de choc
- [ ] Triage

1.7 Sur quel quart de travail travaillez-vous majoritairement?

- ◯ Jour
- ◯ Soir
- ◯ Nuit
- ◯ Jour/Soir
- ◯ Jour/Nuit

1.8 Quel est votre statut d'emploi?

- ◯ Temps partiel occasionnel
- ◯ Temps partiel
- ◯ Temps plein

1.9 Avez-vous déjà travaillé à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire dans une résidence privée pour aînés, une ressource intermédiaire ou de type familial (RI-RTF) ou un CHSLD?

- ◯ Oui
- ◯ Non

1.10 **Si vous avez répondu oui à la question 1.9**, veuillez spécifier le nombre d'années que vous avez travaillé dans une résidence pour personnes âgées.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

2. Vos perceptions sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence

Veuillez noter que pour les besoins de l'étude, une résidence pour personnes âgées (RPA) comprend les CHSLD, les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidences privées pour aînés. De plus, un proche aidant est toute personne significative (membre de la famille ou non) d'un aîné qui l'accompagne durant le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il soit rémunéré pour le faire.

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
2.1 ... les transferts des aînés des RPA vers l'urgence se déroule efficacement et sans lacune.	○	○	○	○	○
2.2 ... la communication entre le personnel soignant des RPA et celui de l'urgence se fait de manière efficace.	○	○	○	○	○
2.3 ... au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant des RPA.	○	○	○	○	○
2.4 ... je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné qui a été transféré d'une RPA vers l'urgence.	○	○	○	○	○
2.5 ... l'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente (p.ex. niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé, etc.) lors du transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence est/serait bénéfique.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
2.6 ... les transferts des aînés des RPA vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.	○	○	○	○	○
2.7 ... le personnel infirmier des RPA est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.	○	○	○	○	○
2.8 ... davantage de stratégies proactives pourraient être offertes et instaurées dans les RPA avant de procéder au transfert à l'urgence.	○	○	○	○	○
2.9 ... la façon dont le retour à la RPA est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.	○	○	○	○	○
2.10 ... il est important de communiquer **verbalement** avec le personnel soignant des RPA suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé.	○	○	○	○	○
2.11 ... il est important de communiquer **à l'écrit** avec le personnel soignant des RPA suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé.	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

3. Vos perceptions sur les soins donnés aux aînés qui proviennent des RPA à l'urgence

De façon générale, je considère que...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
3.1 ... je dispose du temps nécessaire à l'urgence pour évaluer et prodiguer des soins de qualité aux aînés qui ont été transférés des RPA.	○	○	○	○	○
3.2 ... les soins de base (p.ex. hygiène, hydratation, alimentation) sont adéquatement offerts et prodigués à l'urgence.	○	○	○	○	○
3.3 ... la clientèle aînée qui provient des RPA est aussi importante et nécessite autant de soins que les autres patients de l'urgence.	○	○	○	○	○
3.4 ... les aînés qui ont été transférés des RPA vers l'urgence représentent une clientèle vulnérable.	○	○	○	○	○
3.5 ... une approche interdisciplinaire est nécessaire pour une prise en charge efficace des aînés qui proviennent des RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

4. Vos perceptions sur les proches aidants des aînés qui proviennent des RPA

NB : Pour l'étude, un proche aidant constitue toute personne significative (membre de la famille ou non) d'un aîné qui l'accompagne dans le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il ne soit rémunéré pour le faire.

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
4.1 ... les proches aidants sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.	○	○	○	○	○
4.2 ... les proches aidants peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les désirs de leur aîné qui a été transféré d'une RPA.	○	○	○	○	○
4.3 ... les proches aidants doivent être inclus dans le processus décisionnel relatif aux choix des investigations et des traitements à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.4 ...les proches aidants sont utiles à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.5 ...il est important de donner régulièrement de l'information sur les investigations et les traitements en cours aux aînés et à leurs proches aidants durant leur séjour à l'urgence.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
4.6 ... les proches aidants sont bien informés des investigations et des traitements en cours (ou à venir) pour leur aîné qui est à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.7 ... il est de la responsabilité des proches aidants de demander au personnel de l'urgence de l'information sur l'état de santé de leur aîné qui a été transféré d'une RPA.	○	○	○	○	○
4.8 ... les proches aidants peuvent s'occuper des soins de base des aînés qui proviennent des RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.9 ... les proches aidants constituent un filet de sécurité pour les aînés qui proviennent des RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.10 ... les proches aidants sont bien préparés pour accompagner et prendre soin de leur aîné qui provient des RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que ...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
4.11 ... les proches aidants des aînés qui ont été transférés des RPA utilisent des stratégies adéquates pour faire face à leur situation (p.ex. gérer leur stress, obtenir de l'information, etc.) à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.12 ... les proches aidants partagent des relations harmonieuses avec leur aîné qui a été transféré de la RPA à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.13 ... les proches aidants des aînés qui ont été transférés des RPA présentent du stress et du fardeau à l'urgence.	○	○	○	○	○
4.14 ... les proches aidants peuvent être un obstacle aux soins à prodiguer aux aînés qui ont été transférés des RPA.	○	○	○	○	○
4.15 ... il est important de soutenir les proches aidants dans le contexte d'un transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence.	○	○	○	○	○

De façon générale, je considère que...

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
4.16 ... je détiens les aptitudes nécessaires et je me sens à l'aise de soutenir les proches aidants dans le contexte d'un transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence.	○	○	○	○	○
4.17 ... les proches aidants des aînés qui ont été transférés des RPA comprennent ma charge de travail et les différentes responsabilités auxquelles je dois faire face.	○	○	○	○	○

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

5. Vos dernières impressions

5.1 Dans votre établissement, est-ce qu'il existe une politique ou une procédure relative au transfert des aînés de l'urgence vers leur RPA d'appartenance ?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

5.2 Dans votre établissement, est-ce que vous avez un formulaire standardisé dédié au transfert des aînés de l'urgence vers leur RPA d'appartenance ?

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

5.3 Veuillez classer en ordre de priorité (1 = très important à 6 = moins important), les informations jugées essentielles à avoir afin d'évaluer et de prodiguer adéquatement des soins à un aîné qui a été transféré d'une RPA vers l'urgence.

- ☰ ▲▼ Antécédents de santé
- ☰ ▲▼ Autonomie et état cognitif de base
- ☰ ▲▼ Liste des médicaments
- ☰ ▲▼ Niveau de soins (incluant RCR)
- ☰ ▲▼ Raisons du transfert
- ☰ ▲▼ Signes vitaux au moment de la plainte

5.4 Selon vos expériences, quelles sont généralement les informations manquantes qui nuisent à votre évaluation et à vos soins lors du transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence ?

5.5 Selon vous, quelle serait la/les piste(s) de solutions possible(s) pour améliorer le transfert des aînés des RPA vers l'urgence.

5.6 Est-ce que vous désirez ajouter d'autres commentaires relatifs au processus de transfert des aînés des RPA vers l'urgence ? Si oui, veuillez les mentionner ci-bas.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINÉ !

Encore une fois, votre participation est très appréciée. Nous vous en remercions grandement !

Si vous êtes satisfait(e) de vos réponses, veuillez cliquer sur le bouton d'envoi.

Annexe T : Grille d'évaluation de la validité apparente et de la validité de contenu du questionnaire pour le personnel infirmier des ÉSLD

**La grille utilisée pour le questionnaire destiné pour le personnel infirmier des urgences est la même, mais les énoncés du questionnaire étaient ceux propres au questionnaire de l'urgence.*

Consignes pour le comité de thèse : Veuillez compléter les tableaux suivant afin de déterminer la validité apparente et la validité de contenu du questionnaire destiné au personnel infirmier des RPA. Dans les tableaux qui suivent, vous trouverez les questions qui seront posées aux participants sur lesquelles vous devez vous prononcer.

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ APPARENTE		
De façon générale, est-ce que les énoncés permettent d'apprécier le transfert des aînés des RPA vers l'urgence, ainsi que l'intégration des proches aidants dans ce processus.	OUI _____ NON____	**Explications/Commentaires**

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
Partie 1 : Portrait sociodémographique					
1.1 Quel âge avez-vous?					
1.2 Quel est votre genre?					
1.3 Quelle est votre formation de base?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
1.4 Quelles sont les formations complétées depuis l'obtention de votre permis?					
1.5 Quelles sont les formations que vous suivez actuellement (en cours)?					
1.6 Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière auxiliaire?					
1.7 Depuis combien d'années travaillez-vous dans une résidence pour personne âgée ou un CHSLD ?					
1.8 Dans quel type de résidence pour personnes âgées travaillez-vous actuellement ?					
1.9 Sur quel quart de travail travaillez-vous majoritairement ?					
1.10 Quel est votre statut d'emploi?					
1.11 Avez-vous déjà travaillé à titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne ou					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
d'infirmière auxiliaire dans une salle d'urgence ?					
1.12 Si vous avez répondu oui à la question 1.11**,** veuillez spécifier le nombre d'année que vous avez travaillé dans une salle d'urgence.					
Partie 2 : Vos perceptions sur le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence					
2.1 De façon générale, je considère que les transferts des aînés des RPA vers l'urgence se déroulent efficacement et sans lacune.					
2.2 De façon générale, je considère que la communication entre le personnel soignant des RPA et celui de l'urgence se fait de manière efficace et en temps opportuns.					
2.3 De façon générale, je considère qu'au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'urgence.					
2.4 De façon générale, je considère que					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
l'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information utile (p.ex. niveau de soins, liste de médicaments, antécédents de santé, etc.) lors du transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence est/serait bénéfique.					
2.5 De façon générale, je considère que les transferts des aînés des RPA vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.					
2.6 De façon générale, je considère que le personnel infirmier de l'urgence est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
2.7 De façon générale, je considère que davantage de stratégies proactives pourraient être offertes et instaurées dans les RPA avant de procéder au transfert à l'urgence.					
2.8 De façon générale, je considère que je dispose de l'aide nécessaire lorsque vient le temps de transférer un aîné de la RPA vers l'urgence.					
2.9 De façon générale, je considère que j'ai toujours accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour m'aider à prendre la décision de transférer un aîné vers l'urgence.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
2.10 De façon générale, je considère que je possède les outils cliniques nécessaires pour prendre une décision éclairée quant au transfert d'un aîné vers l'urgence.					
2.11 De façon générale, je considère que je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'aîné au médecin traitant de la RPA.					
2.12 De façon générale, je considère que je suis à l'aise de prendre soin des aînés qui nécessitent un transfert vers l'urgence.					
2.13 De façon générale, je considère que lors de mes interactions avec le personnel de l'urgence, je me					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
sens écouté et respecté.					
2.14 De façon générale, je considère que la façon dont le retour à la RPA est organisée suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.					
2.15 De façon générale, je considère qu' il est important que le personnel soignant de l'urgence communique verbalement ou à l'écrit avec le personnel soignant des RPA suivant le congé d'un aîné, afin de communiquer les actions entreprises à l'urgence et le suivi associé.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
2.16 De façon générale, je considère que je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné suivant son congé de l'urgence.					
Partie 3 : Vos perceptions sur les proches aidants des aînés qui demeurent dans les RPA					
3.1 De façon générale, je considère que les proches aidants sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.					
3.2 De façon générale, je considère que les proches aidants peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les désirs lors du processus de transfert vers l'urgence.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
3.3 De façon générale, je considère que les proches aidants doivent être consultés avant de décider de transférer un aîné vers l'urgence.					
3.4 De façon générale, je considère que les proches aidants possèdent les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel menant au transfert d'un aîné vers l'urgence.					
3.5 De façon générale, je considère que les proches aidants sont bien préparés pour prendre soin et accompagner leur aîné durant le processus de transfert vers l'urgence.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
3.6 De façon générale, je considère que les proches aidants des aînés qui transfèrent des RPA vers l'urgence utilisent les stratégies nécessaires et adéquates pour faire face à leur situation (p.ex. gérer leur stress, obtenir de l'information, etc.).					
3.7 De façon générale, je considère que les proches aidants partagent des relations harmonieuses avec leur aîné qui demeure dans une RPA.					
3.8 De façon générale, je considère que les proches aidants des aînés qui transfèrent des RPA vers l'urgence présentent du stress et du fardeau.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
3.9 De façon générale, je considère que les proches aidants peuvent être un obstacle aux soins à prodiguer aux aînés qui nécessitent un transfert à l'urgence.					
3.10 De façon générale, je considère qu'il est important de soutenir les proches aidants dans le contexte d'un transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence.					
3.11 De façon générale, je considère que je détiens les aptitudes nécessaires et je me sens à l'aise de soutenir les proches aidants dans le contexte du transfert de leur aîné d'une RPA vers l'urgence.					
3.12 De façon générale, je considère que les proches aidants des aînés qui					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
transfèrent des RPA vers l'urgence comprennent ma charge de travail et les différentes responsabilités auxquelles je dois faire face.					
3.13 De façon générale, je considère que les proches aidants ont confiance en mon jugement clinique.					
3.14 De façon générale, je considère que je suis convenablement outillé(e) pour communiquer efficacement mon évaluation clinique de l'état de l'aîné aux proches aidants.					
3.15 De façon générale, je considère que les proches aidants influencent ou encouragent parfois le transfert vers l'urgence, même si cela ne semble pas justifié.					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
Partie 4 : Vos dernières impressions					
4.1 Dans votre établissement, est-ce qu'il existe une politique ou une procédure relative au transfert des aînés vers l'urgence?					
4.2 Dans votre établissement, est-ce que vous avez un formulaire standardisé dédié au transfert des aînés des RPA vers l'urgence?					
4.3 Dans votre établissement, est-ce que vous disposez d'un outil clinique permettant de vous guider dans le processus décisionnel de transférer ou non un aîné vers l'urgence?					

ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ DE CONTENU					
Énoncés du questionnaire	**Non pertinent**	**Peu pertinent**	**Assez pertinent**	**Très pertinent**	**Commentaires** **p.ex. : clarté de l'énoncé, redondance des énoncés, énoncés appropriés, etc.**
4.4 Selon vous, quelle serait la/les piste(s) de solutions possible(s) pour améliorer le processus transfert des aînés des RPA vers l'urgence?					
4.5 Selon vos expériences, quelles sont les informations essentielles à savoir au retour de l'aîné de son séjour à l'urgence afin d'assurer une continuité des soins de qualité?					
4.6 Est-ce que vous désirez ajouter d'autres commentaires relatifs au processus de transfert des aînés des RPA vers l'urgence ? Si oui, veuillez les mentionner ci-bas.					

Suggestions/Recommandations

_____

_____

Annexe U: Formulaire d'évaluation du questionnaire en ligne pour le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences (prétest)

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Veuillez lire chacun des énoncés et les noter selon les critères établis. Au besoin, ajouter des commentaires pour permettre l'amélioration du questionnaire.

Questions	Pas du tout claire et incomplète	En partie claire et complète	Très claire et complète	Commentaires additionnels
L'introduction du questionnaire était …				
Le formulaire de consentement était…				
Les directives proposées pour répondre aux questions étaient…				
De façon générale, les questions posées étaient…				
La séquence des questions proposée est…				
L'apparence générale du questionnaire est …				

Merci de bien vouloir répondre à ces questions additionnelles

1. Combien de temps en minutes a-t-il fallu pour remplir ce questionnaire ?

_____

2. Avez-vous trouvé la durée du questionnaire raisonnable ? SVP expliquer votre réponse.

_____
_____
_____
_____

3. Avec quel appareil électronique avec-vous avez répondu au questionnaire (p.ex. ordinateur, téléphone cellulaire, tablette, etc.)?

_____
_____

4. Est-ce que le questionnaire était facile à naviguer ? Si votre réponse est non, veuillez expliquer les problématiques vécues.

_____
_____
_____
_____

5. Est-ce que vous trouvez que le questionnaire évalue bien le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence ? SVP expliquer votre réponse.

_____
_____
_____
_____

6. Quelles sont vos impressions générales de ce questionnaire ?

_____
_____
_____
_____

7. Avez-vous des suggestions pour l'améliorer ?

_____
_____
_____
_____

Encore une fois, merci pour vos réponses!
Celles-ci seront fort utiles à l'amélioration du questionnaire.

Annexe V : Guide d'entrevue pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences

Guide d'entrevue pour le personnel cadre des ÉSLD

Bonjour, je m'appelle Gabriela Peguero-Rodriguez. Je suis infirmière de formation et je suis actuellement candidate au programme de doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Mes directrices de thèses sont Viola Polomeno, Inf., Ph.D., et Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux infirmières et professeures agrégées à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Pendant près de quatre ans, j'ai travaillé comme infirmière dans une urgence dans la région de Gatineau. Pendant ces années, j'ai pu constater certaines problématiques autour des transferts des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence et c'est la raison pour laquelle mon projet de recherche porte sur ce sujet. Les résultats de cette étude permettront de faire avancer les connaissances et le développement de recommandations pour améliorer ces transferts et le soutien des proches aidantsdurant ce processus.

Je voudrais donc vous remercier sincèrement de participer aujourd'hui à une entrevue avec moi. L'entrevue portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard du processus de transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence, ainsi que l'intégration des proches aidants dans ce processus.

La durée de cette entrevue est d'environ 30-45 minutes. Je vous rappelle que toutes vos réponses resteront confidentielles et qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. De plus, si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous avez le droit de refuser d'y répondre.

A) <u>Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence</u>

1) Pouvez-vous m'expliquer brièvement quel est votre rôle au CISSS de l'Outaouais et quelles sont vos responsabilités?

    - Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
    - Quelles est votre implication ou vos responsabilités vis-à-vis le dossier des transferts des aînés des RPA vers l'urgence?

2) Dans votre milieu, quel est le portrait de votre clientèle?

    - Quel est le ratio inf/patient et PAB/patient?

    - Quel est le niveau de soins requis par les résidents?

    - Typiquement, comment se déroule l'organisation des soins aux aînés?

3) Lorsque l'état de santé d'un aîné se détériore, quelles sont les actions entreprises?

    - Est-ce qu'il y a une procédure à suivre?
        - Si oui, laquelle?

    - Quelles sont les responsabilités des infirmières?
        - Quels sont les soins infirmiers disponibles dans votre milieu?
        - Est-ce un service qui est disponible 24 h/24, 7 jours sur 7?

    - Quelles sont les responsabilités des PAB?

    - Avez-vous des ressources en place pour vous aider advenant une détérioration de l'état clinique de l'aîné?
        - Par exemple, avez-vous accès à un médecin?

4) Dans l'éventualité qu'un résident doive être transféré à l'urgence, quelles sont les procédures à suivre?

    - Est-ce qu'il existe une procédure ou une politique à cet effet? Si oui, laquelle?

    - Qui sont les professionnels impliqués?

    - Qui prend la décision de transférer (p. ex. infirmière ou médecin)? Est-ce qu'il existe des outils cliniques pour aider à la prise de décision? Si oui, lesquels?

    - Est-ce que le consentement de l'usager est pris en considération lorsque l'état clinique le permet?
        - Et qu'en est-il du consentement des proches aidants?
            - À quel moment les proches aidants sont-ils avisés?

- Quelles sont les informations envoyées à l'urgence et de quelle façon sont-elles transmises?
  - Est-ce qu'il existe un formulaire standardisé à cet effet ? Si oui, lequel?

5) Considérez-vous qu'il y a des problématiques concernant les transferts actuels des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence?

   - Si oui : lesquelles?
   - Si non : pour quelles raisons?
   - En général, est-ce que vous considérez que les transferts sont justifiés?

6) Quelles stratégies pourraient être adoptées dans les résidences pour personnes âgées pour améliorer le processus de transfert?

   - Est-ce que ce sont des stratégies déjà implantées ou à venir?

7) Quelles stratégies pourraient ou sont adoptées dans les résidences pour personnes âgées pour diminuer les transferts vers l'urgence?

8) Quelles stratégies pourraient être adoptées à l'urgence pour améliorer le processus de transfert?

   - Est-ce que vous percevez des lacunes par rapport au retour des résidents de l'urgence?
     - Si oui, lesquelles?
     - Quels changements pourraient être apportés à l'urgence pour les régler ?

9) Quelles sont les informations nécessaires au retour du résident d'un séjour à l'urgence pour assurer la continuité des soins?

   - Pour quelles raisons, considérez-vous ces informations comme étant indispensables?
   - De façon générale, obtenez-vous d'emblée ces informations à l'arrivée de l'aîné qui provient des résidences pour personnes âgées?
     - De quelle façon?
   - Si l'information est manquante, est-ce qu'il est facile de l'obtenir auprès du personnel de l'urgence?
     - Quelles sont les démarches effectuées, le cas échéant.

10) Comment décrieriez-vous la relation entre le personnel infirmier de l'urgence et celui des résidences pour personnes âgées?
    - Considérez-vous que les infirmières d'urgence ont une bonne connaissance des CHSLD/RPA? (Si oui/Si non, pour quelles raisons?)

- Percevez-vous des jugements de la part du personnel infirmier de l'urgence face au personnel infirmier des résidences pour personnes âgées?
  - Si oui, lesquelles?

B) L'intégration des proches aidants durant processus de transfert

Les prochaines questions porteront sur les proches aidants des aînés qui proviennent des résidences pour personnes âgées. Pour les besoins de l'étude, un proche aidant est toute personne significative (membre de la famille ou non) qui accompagne un aîné dans le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il soit rémunéré pour le faire.

11) Quelle est la vision de votre milieu quant à l'intégration des proches aidants dans les soins?

- En quoi, les proches aidants peuvent-ils être utiles dans votre milieu?
- Comment les proches aidants peuvent-ils contribuer aux soins?
- Est-ce qu'il y a une politique à cet égard?

12) Considérez-vous que les proches aidants comprennent adéquatement le processus menant au transfert de leur aîné vers l'urgence?

- Est-ce que les proches aidants respectent votre décision de transférer ou pas l'aîné?
- Est-ce que le personnel infirmier ressent de la pression des proches aidants pour transférer leur aîné?
- Est-ce que les niveaux de soins et RCR sont établis pour tous les résidents?
  - Sont-ils respectés, le cas échéant?

13) Quelles sont les stratégies qui sont instaurées pour faciliter l'implication des proches aidants dans le milieu des RPA durant les transferts ?

- Est-ce qu'il y a d'autres stratégies envisagées?
- Si oui, lesquelles?

C) Dernières impressions

14) Si vous pouviez me décrire la situation idéale/parfaite pour le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence, quelle serait cette situation?

- Pouvez-vous me donner des exemples?

15) Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter concernant le processus de transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence et de l'intégration des proches aidants dans le processus?

16) Finalement, comment avez-vous trouvé l'expérience de faire cette entrevue?

Merci encore une fois pour votre temps et d'avoir participé à cette entrevue!

Je vous invite à passer l'invitation de participer à cette étude à toute personne que vous pensez qui pourrait être éligible à participer. Vous pouvez sans problème leurtransmettre mes coordonnées.

Guide d'entrevue pour le personnel cadre des urgences

Bonjour, je m'appelle Gabriela Peguero-Rodriguez. Je suis infirmière de formation et je suis actuellement candidate au programme de doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Mes directrices de thèses sont Viola Polomeno, Inf., Ph.D., et Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux infirmières et professeures agrégées à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Pendant près de quatre ans, j'ai travaillé comme infirmière dans une urgence dans la région de Gatineau. Pendant ces années, j'ai pu constater certaines problématiques autour des transferts des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence et c'est la raison pour laquelle mon projet de recherche porte sur ce sujet. Les résultats de cette étude permettront de faire avancer les connaissances et le développement de recommandations pour améliorer ces transferts et le soutien des proches aidantsdurant ce processus.

Je voudrais donc vous remercier sincèrement de participer aujourd'hui à une entrevue avec moi. L'entrevue portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard du processus de transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence, ainsi que l'intégration des proches aidants dans ce processus.

La durée de cette entrevue est d'environ 30-45 minutes. Je vous rappelle que toutes vos réponses resteront confidentielles et qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. De plus, si certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous avez le droit de refuser d'y répondre.

A) <u>Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence</u>

1. Pouvez-vous m'expliquer brièvement quel est votre rôle au CISSS de l'Outaouais et quelles sont vos responsabilités?

    - Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
    - Quelles est votre implication ou vos responsabilités vis-à-vis le dossier des transferts des aînés des RPA vers l'urgence?

2. De façon générale, pouvez-vous m'expliquer le parcours d'un aîné qui arrive à l'urgence suivant son transfert d'une résidence pour personnes âgées, soit du triage à son hospitalisation ou à son congé?
    - Est-ce qu'il y a des mesures particulières qui sont mises en place à l'urgence pour accueillir ce type de clientèle?
        - Si oui, lesquelles?

    - Si l'aîné a son congé directement de l'urgence, est-ce que le personnel infirmier doit suivre une procédure particulière pour le retour de l'aîné à sa résidence pour personnes âgées?
        - Si oui, laquelle (p.ex. procédure, politique)?
            - Est-ce qu'il existe un formulaire standardisé de transfert vers les RPA?
            - Quel type d'informations est transmis aux RPA?
        - Si non : est-ce qu'il y a des problématiques spécifiques lors du retour à la résidence pour personnes âgées?

3. Quelles sont les informations indispensables pour une prise en charge optimale d'un aîné qui provient des résidences pour personnes âgées à l'urgence?
    - Pour quelles raisons, considérez-vous ces informations comme étant indispensables?

    - De façon générale, obtenez-vous d'emblée ces informations à l'arrivée de l'aîné qui provient des résidences pour personnes âgées?

    - Si l'information est manquante, est-ce qu'il est facile de l'obtenir auprès du personnel des résidences pour personnes âgées?
        - Quelles sont les démarches effectuées, le cas échéant?

4. Considérez-vous qu'il y a des problématiques concernant les transferts actuels des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence?

    - Si oui : lesquelles? Des exemples?

- Si non : pour quelles raisons?
- En général, est-ce que vous considérez que les transferts sont justifiés?

5. Quelles stratégies pourraient être adoptées à l'urgence pour améliorer le processus de transfert?

   - Est-ce que se sont des stratégies déjà implantées ou à venir?

6. Quelles stratégies pourraient être adoptées dans les résidences pour personnes âgées pour améliorer le processus de transfert?

7. Quelles stratégies pourraient être adoptées dans les résidences pour personnes âgées pour diminuer le nombre de transfert vers l'urgence?

8. Comment décrieriez-vous la relation et la communication entre le personnel infirmier de l'urgence et celui des résidences pour personnes âgées?

B) L'intégration des proches aidants durant leur séjour à l'urgence

Les prochaines questions porteront sur les proches aidants des aînés qui proviennent des résidences pour personnes âgées. Pour les besoins de l'étude, un proche aidant est toute personne significative (membre de la famille ou non) qui accompagne un aîné dans le processus de transfert et durant son séjour à l'urgence, sans qu'il soit rémunéré pour le faire.

9. Quelle est la vision de l'urgence quant à l'intégration des proches aidants dans les soins à l'urgence?

   - En quoi, les proches aidants peuvent-ils être utiles à l'urgence?

   - Comment les proches aidants peuvent-ils contribuer aux soins à l'urgence?

   - Est-ce qu'il y a une politique à cet égard?

10. Considérez-vous que les proches aidants comprennent adéquatement le fonctionnement de l'urgence de façon à bien accompagner leur aîné?

    - Pouvez-vous donner des exemples?

11. Quelles sont les stratégies qui sont instaurées pour faciliter l'intégration des proches aidants à l'urgence?

    - Est-ce qu'il y a d'autres stratégies envisagées?
      - Si oui, lesquelles?

C) Dernières impressions

12. Si vous pouviez me décrire la situation idéale/parfaite pour le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence, quelle serait cette situation?

    - Pouvez-vous me donner des exemples?

13. Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter concernant le processus de transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence et de l'intégration des proches aidants dans le processus?

14. Finalement, comment avez-vous trouvé l'expérience de faire cette entrevue?

Merci encore une fois pour votre temps et d'avoir participé à cette entrevue!

Je vous invite à passer l'invitation de participer à cette étude à toute personne que vous pensez qui pourrait être éligible à participer. Vous pouvez sans problème leur transmettre mes coordonnées.

Annexe W : Formulaire de consentement et questionnaire sociodémographique pour le personnel cadre des ÉSLD et des urgences



Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Bienvenue !

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude!

Cela vous prendra approximativement 5 minutes pour compléter ce questionnaire. Soyez également assuré que les réponses données demeureront strictement confidentielles.

Avant de débuter, prenez connaissance du formulaire de consentement qui se trouve à la prochaine page. Si vous consentez à participer à l'étude, vous pourrez alors continuer avec le questionnaire. Si vous n'êtes pas d'accord, vous pourrez simplement fermer la page dans votre navigateur web.

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa

Veuillez entrer le numéro de participant qui vous a été attribué par la chercheuse principale de l'étude.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Chercheuse principale

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., Ph.D.(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : [redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, Ph.D.
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, Ph.D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Gabriela Peguero-Rodriguez. Il est supervisé par Dre Viola Polomeno, Inf., Ph.D. et Dre Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., toutes deux professeures à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette étude, ses procédures, ses avantages et ses risques.

Nature de l'étude

Cette étude comprend deux objectifs, soit : 1) décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais et 2) décrire les perceptions du personnel infirmier des CHSLD et des RI et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des proches aidants dans le contexte du transfert d'une RPA (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) détenir le titre d'infirmier.ère, 2) détenir un poste ou une affectation à titre d'infirmière monitrice, d'infirmière de liaison, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice des soins infirmiers du milieu de l'urgence ou des RPA (CHSLD et RI) de la région de l'Outaouais et 3) vous devez comprendre, parler et écrire le français.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Critères d'inclusion (suite)

Tout autre poste pertinent c'est-à-dire toute personne qui serait derrière l'élaboration des protocoles ou des procédures de transfert ou impliquée dans la gestion des problématiques relatives à ce type de transfert pourra également être considéré pour participer à l'étude.

Un minimum de 6 participants (3 du milieu des urgences et 3 du milieu des CHSLD/RI) qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour faire partie de cette étude.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique et à participer à une entrevue avec enregistrement audio avec la chercheuse principale de cette étude. Le questionnaire en ligne vous sera envoyé à votre adresse courriel. Le questionnaire servira uniquement à collecter des données sociodémographiques permettant de contextualiser les résultats. Par la suite, une rencontre sera organisée avec la chercheuse principale afin de procéder à l'entrevue. Cette rencontre devrait durer entre 30-45 minutes. Le moment de cette rencontre sera déterminé en commun accord avec la chercheuse principale et elle aura lieu en vidéoconférence (p.ex. Zoom) ou par téléphone.

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité du processus de transfert des aînés des RPA (incluant CHSLD et RI) vers l'urgence. Votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les RPA qu'à l'urgence. Votre participation est donc essentielle afin d'améliorer la transition des soins.

Par ailleurs, il y a très peu de risque associé à cette étude. Soyez assuré que l'information qui sera partagée durant l'entrevue sera strictement confidentielle. D'ailleurs, aucun renseignement personnel ne sera demandé. Cependant, le fait de répondre à diverses questions qui traitent des différentes problématiques entourant le transfert des aînés des RPA vers l'urgence pourrait entraîner un inconfort

psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables). En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à l'aise.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse principale dont les coordonnées sont fournies au début du formulaire de consentement. Toutes les données recueillies vous concernant seront alors détruites. D'ailleurs, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions dans le questionnaire, et ce, sans aucune crainte de représailles.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- **L'hyperlien menant au questionnaire est complètement anonyme et votre adresse IP ne sera pas enregistrée;**
- **Les noms et les coordonnées des participants seront séparés des données recueillies et codées;**
- **Les divers documents de l'étude seront codifiés et seule la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des codes;**
- **Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;**
- **Les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée et protégée par un mot de passe. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);**
- **L'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.**

De plus, simple rappel, afin de minimiser les risques d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité nous vous recommandons d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que mettre fin à la session, fermer votre navigateur web et verrouiller votre écran ou appareil lorsque vous ne les utilisez plus et que vous avez terminé l'étude.

Enfin, veuillez noter que le fait de remplir et de soumettre le questionnaire indique également que vous consentez à participer à cette étude.

*** ***Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement (suite)

Engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) s'engage à répondre à toutes les questions que le participant aurait en regard au présent formulaire de consentement (voir coordonnées au début du formulaire). Par ailleurs, il est clairement indiqué que le participant demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

La chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) ainsi que ces directrices de thèse s'engagement à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.
Veuillez répondre aux trois questions suivantes avant de procéder avec le questionnaire :

1. Dans l'éventualité où la chercheuse principale de cette étude aurait besoin de clarification par rapport aux données qui ont été recueillies, est-ce que vous acceptez d'être recontacté par celle-ci?

◯ Oui

◯ Non

Si oui, veuillez préciser les coordonnées auxquelles la chercheuse pourra vous rejoindre :

Adresse email _____

Numéro de téléphone _____

2. Je consens librement à participer à la recherche intitulée : « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques de cette étude.

◯ Oui

◯ Non (si vous refusez de participer à l'étude, veuillez simplement fermer l'onglet de votre navigateur web)

3. Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l’adresse courriel où ils aimeraient recevoir le document.

Si cette adresse changeait d’ici cette date, vous êtes invité(e) à informer la chercheuse principale de la nouvelle adresse à laquelle vous souhaitez recevoir ce document.

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Formulaire de consentement

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, veuillez communiquer avec Gabriela Peguero-Rodriguez, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] l'adresse courriel suivante : [redacted] .Vous pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques additionnels ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (No d'approbation H-10-20-6151), le 8 janvier 2021, du CISSS de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes:

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
Téléphone : (819)- 771- 4179
(Sans frais : 1 844 771-4179)
Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

124, rue Lois, bureau 214
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

****** Veuillez imprimer cette page pour la conserver dans vos dossiers.***

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Portrait sociodémographique

Nous vous remercions grandement de nous communiquer certaines données personnelles qui seront uniquement utilisées afin de faciliter l'analyse de vos réponses.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel est votre genre ?

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Aucune option ne s'applique à moi, je m'identifie comme (veuillez préciser)

3. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?

- ☐ Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers
- ☐ Baccalauréat en sciences infirmières
- ☐ Certificat en sciences infirmières
- ☐ Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)
- ☐ Maîtrise en sciences infirmières
- ☐ Doctorat en sciences infirmières
- ☐ Autre (veuillez préciser)

4. Quel est votre titre d'emploi au sein du CISSS de l'Outaouais?

5. Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmier.ère?

6. Depuis combien d’années travaillez-vous dans votre poste actuel?

7. Votre poste touche principalement quel secteur d'activités?

- ◯ Urgence
- ◯ CHSLD
- ◯ Ressources intermédiaires (RI) / Ressources non-institutionnalisées (RNI)
- ◯ Autre (veuillez préciser)

8. Quel est votre statut d'emploi?

- ◯ Temps partiel
- ◯ Temps plein
- ◯ Autre (veuillez préciser)

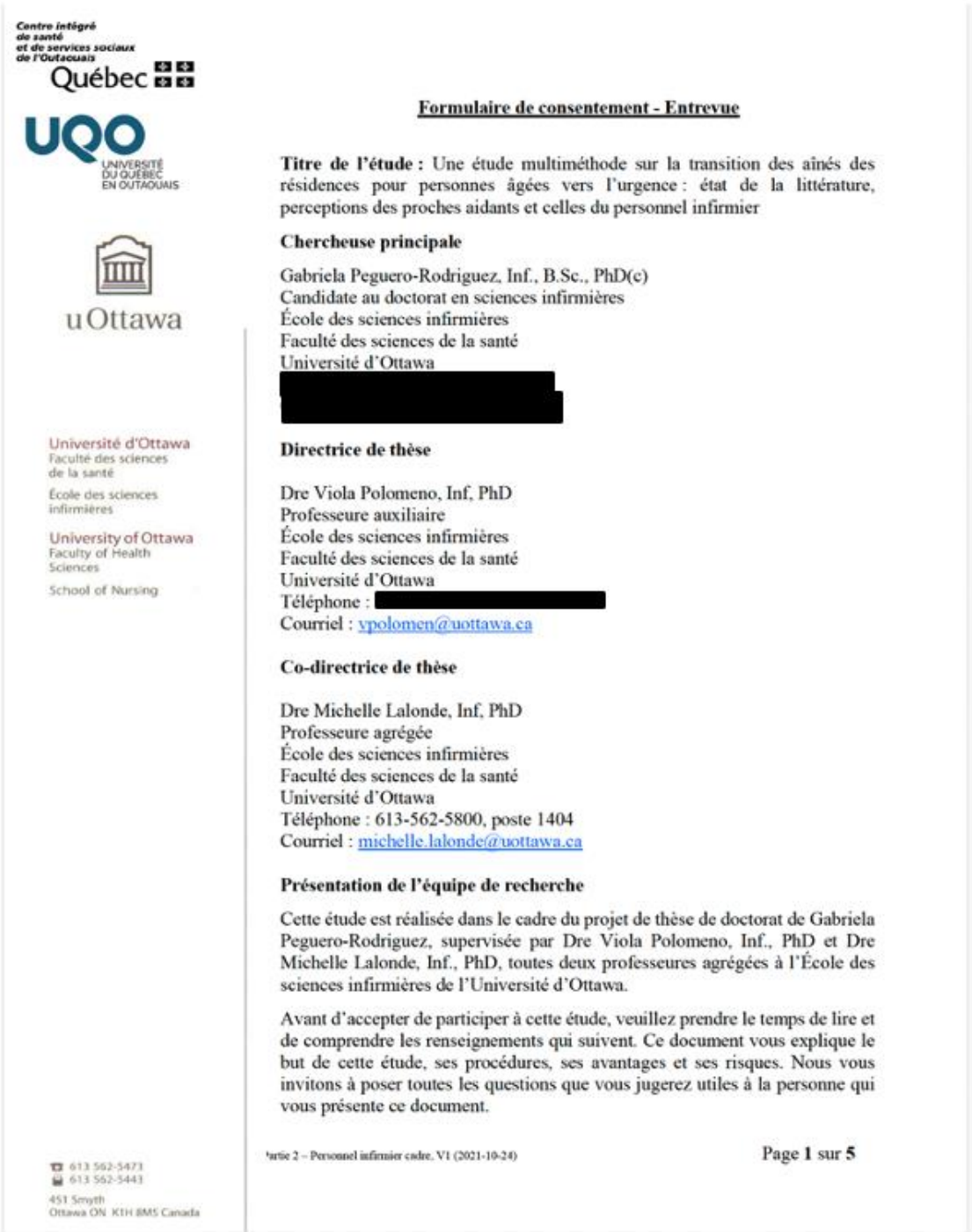
Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINÉ !

Encore une fois, votre participation est très appréciée. Nous vous en remercions grandement !

Si vous êtes satisfait(e) de vos réponses, veuillez cliquer sur le bouton d'envoi.

Annexe X : Formulaire de consentement pour l'entrevue destiné au personnel cadre des ÉSLD et des urgences



Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

UQO
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing

613 562-5473
613 562-5443
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

Formulaire de consentement - Entrevue

Titre de l'étude : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Chercheuse principale

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., B.Sc., PhD(c)
Candidate au doctorat en sciences infirmières
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
[redacted]

Directrice de thèse

Dre Viola Polomeno, Inf, PhD
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : [redacted]
Courriel : vpolomen@uottawa.ca

Co-directrice de thèse

Dre Michelle Lalonde, Inf, PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Téléphone : 613-562-5800, poste 1404
Courriel : michelle.lalonde@uottawa.ca

Présentation de l'équipe de recherche

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de thèse de doctorat de Gabriela Peguero-Rodriguez, supervisée par Dre Viola Polomeno, Inf., PhD et Dre Michelle Lalonde, Inf., PhD, toutes deux professeures agrégées à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette étude, ses procédures, ses avantages et ses risques. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

Cette étude comprend deux objectifs, soit : 1) décrire les perceptions des proches aidants dans le contexte du transfert d'un aîné d'une résidence pour personnes âgées (RPA) (incluant les CHSLD et les ressources intermédiaires (RI)) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais, et 2) décrire les perceptions du personnel infirmier des CHSLD, des RI et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des proches aidants dans le contexte du transfert d'une RPA (incluant les CHSLD et RI) vers l'urgence dans la région de l'Outaouais.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à cette étude vous devez respecter les critères suivants : 1) détenir le titre d'infirmier.ère, 2) détenir un poste ou une affectation à titre d'infirmière monitrice, d'infirmière de liaison, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice des soins infirmiers du milieu de l'urgence ou des RPA (CHSLD et RI) de la région de l'Outaouais et 3) vous devez comprendre, parler et écrire le français. Tout autre poste pertinent, c'est-à-dire toute personne qui serait derrière l'élaboration des protocoles ou des procédures de transfert ou impliquée dans la gestion des problématiques relatives à ce type de transfert pourra également être considérée pour participer à l'étude.

Un minimum de 6 participants (3 du milieu des urgences et 3 du milieu des CHSLD/RI) qui respectent les critères ci-mentionnés sont recherchés pour faire partie de cette étude.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique en ligne et à participer à une entrevue avec enregistrement audio avec la chercheuse principale de cette étude. L'entrevue devrait durer entre 30-45 minutes. Le moment de cette rencontre sera déterminé en commun accord avec la chercheuse principale et elle aura lieu en vidéoconférence (p.ex. Zoom) ou par téléphone. L'entrevue portera sur vos expériences, vos impressions et vos opinions à l'égard du processus de transfert des aînés des RPA (incluant CHSLD et RI) vers l'urgence, ainsi que de l'intégration des proches aidants durant ce processus.

Avantages et risques possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette étude vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité du processus de transfert des aînés des RPA (incluant CHSLD et RI) vers l'urgence. Votre participation contribuera à l'amélioration des soins dédiés aux aînés et à leurs proches aidants autant dans les RPA qu'à l'urgence. Votre participation est donc essentielle afin d'améliorer la transition des soins.

Par ailleurs, il y a très peu de risque associé à cette étude. Soyez assuré que l'information qui sera partagée durant l'entrevue sera strictement confidentielle. D'ailleurs, aucun renseignement personnel ne sera demandé. Cependant, le fait de répondre à diverses questions qui traitent des différentes problématiques entourant le transfert des aînés des RPA vers l'urgence pourrait entraîner un inconfort psychologique (souvenirs émouvants ou désagréables). En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question qui vous rendrait mal à l'aise.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à cette étude. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse principale dont les coordonnées sont fournies au début du formulaire de consentement. Toutes les données recueillies vous concernant seront alors détruites. D'ailleurs, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions au cours de l'entrevue, ou encore d'être enregistré, et ce, sans aucune crainte de représailles.

Confidentialité et conservation des données

Les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité des participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente étude :

- les divers documents de l'étude seront codifiés et seules la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde) auront accès à la liste des noms et des codes;
- les noms et les coordonnées des participants seront séparés des données recueillies et codées;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les données recueillies seront conservées sur une clé USB cryptée (enregistrement audio, transcriptions des entrevues, données des questionnaires) et gardées dans un classeur sous clé dans le bureau de la candidate au doctorat à son domicile. Les données seront uniquement accessibles par la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez) et ses directrices de thèse (Viola Polomeno et Michelle Lalonde). Les données seront détruites 10 ans après le dépôt initial de la thèse de doctorat de la chercheuse principale (Gabriela Peguero-Rodriguez);
- l'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.

De plus, en participant à une entrevue en ligne ou au téléphone, il est possible que quelqu'un de votre entourage entende vos propos. Il est donc important de bien planifier la tenue de l'entrevue dans un endroit qui vous assure un maximum d'intimité.

Veuillez répondre aux trois questions suivantes :

1. Dans l'éventualité où la chercheuse principale de cette étude aurait besoin de clarification par rapport aux données qui ont été recueillies, est-ce que vous acceptez d'être recontacté par celle-ci?

   ☐ Oui
   ☐ Non

   Si oui, veuillez préciser les coordonnées auxquelles la chercheuse pourra vous rejoindre :

   Téléphone : _____
   Adresse courriel : _____

2. J'accepte que les renseignements recueillis lors de l'entrevue soient enregistrés et que les bandes sonores soient conservées numériquement de façon sécuritaire et qu'elles soient traitées de façon confidentielle.

   ☐ Oui
   ☐ Non

   _____ _____
   Nom du participant Date

   _____
   Signature du participant

3. **Je consens librement à participer à l'étude intitulée** : « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages et les risques du cette étude. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse principale m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à cette étude.

   ☐ Oui
   ☐ Non

   _____ _____
   Nom du participant Date

   _____
   Signature du participant

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

_____ _____
Signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

Informations supplémentaires

Si vous avez des questions sur l'étude ou éprouvez des problèmes avec l'étude, ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, veuillez communiquer avec **Gabriela Peguero-Rodriguez**, chercheuse principale, au numéro de téléphone suivant : [redacted] ou à l'adresse courriel suivante : [redacted]. Vous pouvez également contacter les directrices de thèses aux coordonnées qui se trouvent au début du formulaire de consentement.

Renseignements éthiques ou plaintes

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (**N° d'approbation H-10-20-6151**), le 8 janvier 2021, du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 14 avril 2021 et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le 28 avril 2021.

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'une des options suivantes :

1) Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

   105, boulevard Sacré-Cœur
   Gatineau (Québec) J8X 1C5
   Téléphone : (819)- 771- 4179
   (sans frais : 1 844 771-4179)
   Courriel : commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca

2) Comité éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais (pour toutes questions d'ordre éthique concernant votre participation) :

   124, rue Lois, bureau 214
   Gatineau (Québec) J8Y 3R7
   Téléphone : 819-770-6528, poste 339199
   Courriel : 07_CISSSO_CER@ssss.gouv.qc.ca

Une copie du formulaire de consentement sera remise par courriel au participant une fois le formulaire signé par la chercheuse responsable et le participant.

Annexe Y : Certificats éthiques (Université d'Ottawa, CISSS de l'Outaouais et UQO)

08/01/2021

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE I CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-10-20-6151
Titre du projet / Project Title	Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	08/01/2021
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	07/01/2022

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Gabriela PEGUERO-RODRIGUEZ	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator
Viola POLOMENO	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor
Michelle LALONDE	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-superviseur / Co-supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie I www.recherche.uottawa.ca/ethics

08/01/2021

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout évènement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completedfour weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO
Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer
Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie I www.recherche.uottawa.ca/ethics

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
DU 14 AVRIL 2021 AU 13 AVRIL 2022

Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Référence : Projet 2020-319_169

Soumis par : Gabriela Peguero-Rodriquez, chercheuse principale, Université d'Ottawa

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;

...2

Comité d'éthique de la recherche
124, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : **819 770-6528, poste 339199**
Courriel: 07_CISSSO_cer@ssss.gouv.qc.ca
www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

- de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;
- de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;
- de lui remettre dans les meilleurs délais, un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;
- d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

La présente décision constitue donc l'approbation finale du projet, valide pour un an, à compter du **14 avril 2021.** Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée un (1) mois à l'avance au CÉR, soit le **13 mars 2022,** afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro **2020-319_169** attribué à votre demande par notre institution.

[redacted]

Henri Fournier
Président
Comité d'éthique de la recherche
124, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7

Le 14 avril 2021
Date

HF/cr

Le 28 avril 2021

À l'attention de :
Gabriela Peguero-Rodriguez
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Objet : Reconnaissance de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2022-1585
Titre du projet de recherche : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence: état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Source de financement: Aucune

Nous avons pris connaissance de votre projet de recherche. Suivant l'examen de la documentation reçue et considérant qu'il s'agit d'un projet de recherche qui a déjà fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le **CER de l'Univerité d'Ottawa**, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO. Un certificat d'approbation éthique est par conséquent émis par le CER de l'UQO.

Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée du projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le : **28 avril 2022.**

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final.*

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Projet # : 2022-1585

Titre du projet de recherche : Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence: état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier

Chercheure principale :
Gabriela Peguero-Rodriguez,

Cochercheur(e)s :
Viola Polomeno; Michelle Lalonde

Date d'approbation du projet : 28 avril 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 28 avril 2021

Date d'échéance du certificat : 28 avril 2022

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Annexe Z : Certificat d'accomplissement EPTC 2



Groupe en éthique de la recherche

Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER

Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Gabriela Peguero-Rodriguez

a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)

21 avril, 2020

Annexe AA : Lettre destinée aux examinateurs externes par la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
Décanat

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
Dean's Office

☎ 613-562-5432

538-540 King-Edward (214)
Ottawa ON K1N 6N5 Canada
www.uOttawa.ca

26 janvier 2021

Cher examinateur externe, Chère examinatrice externe,

Comme vous le savez certainement déjà, la COVID-19 a eu un impact majeur sur les activités académiques et de recherche des universités du monde entier, y compris l'Université d'Ottawa. Depuis mars 2020, l'Université a été contrainte d'appliquer les restrictions suivantes pour se conformer aux mesures de santé publique et promouvoir la santé et la sécurité de sa communauté :

a) Du 27 mars au 12 juin : toutes les activités de recherche critique non essentielles ou non sensibles au temps ont été arrêtées. L'accès à l'Université a été interdit et l'accès en personne à la bibliothèque a été refusé. Un nombre limité de projets liés à la COVID-19 a été lancé. Les projets critiques et les activités de laboratoire sensibles au facteur temps qui - s'ils étaient interrompus - entraîneraient une perte grave de données, de matériel ou d'équipement de recherche ont été approuvés pour se poursuivre pendant cette période, avec un personnel limité pour garantir que les directives concernant les précautions d'hygiène strictes et l'éloignement physique puissent être respectées.

b) Du 12 juin au 22 juillet : l'Université a lancé sa première phase de remobilisation de la recherche. Les professeurs et les doctorants ont pu demander la permission d'accéder au campus et aux laboratoires de recherche. Étant donné qu'un maximum de 33 % de la capacité d'occupation des espaces était autorisé, la Faculté des sciences de la santé n'a approuvé que les activités de recherche qui ne pouvaient pas être effectuées à distance. Les activités de recherche en personne impliquant des participants humains n'étaient pas autorisées. Seules les activités de recherche avec des participants humains effectuées virtuellement pouvaient se poursuivre si elles étaient déjà approuvées par le comité d'éthique de la recherche.

c) Du 22 juillet au 25 septembre : L'Université a entamé sa deuxième phase de remobilisation de la recherche. La capacité d'occupation des espaces a augmenté à 66%. Cependant, les activités de recherche impliquant des participants humains en personne n'étaient toujours pas autorisées.

d) Le 25 septembre : La recherche en personne impliquant des participants humains a été autorisée à reprendre sur le campus et à l'extérieur du campus après l'approbation de la sécurité de la recherche

de la Faculté des sciences de la santé et du comité d'éthique de la recherche. Cependant, la recherche en personne sur le campus avec des personnes appartenant à des groupes vulnérables (personnes à risque de maladie plus grave ou de résultats d'une infection de la COVID-19) n'a pas été autorisée et reste interdite à ce jour.

En raison de ces contraintes liées à la pandémie qui pèsent toujours sur les activités de recherche, de nombreux doctorants ont dû interrompre ou reporter la collecte des données de leur thèse avec des participants humains. Étant donné l'incertitude persistante entourant les restrictions liées à la recherche, à la fin du mois de septembre 2020 la Faculté des sciences de la santé a encouragé les doctorants et leurs superviseurs à examiner des alternatives de recherche qui permettraient aux étudiants de progresser dans leurs études et de terminer leur diplôme en temps voulu. Pour certains doctorants, cela s'est traduit par une modification de la portée de leur thèse, des techniques de collecte de données, etc.

Nous restons très conscientes des défis et du stress auxquels sont confrontés nos doctorants en raison des retards constants dans la reprise des activités de recherche. Nous les soutenons, ainsi que leurs directeurs de thèse, dans leur recherche de solutions de rechange pour nous assurer que les étudiants atteignent les objectifs de nos programmes de doctorat tout en évitant de prolonger indûment le temps nécessaire à l'obtention de leur diplôme.

Les examinateurs de thèse jouent un rôle crucial en veillant à ce que nos doctorants répondent aux exigences de leur programme, ainsi qu'en maintenant les normes élevées et l'intégrité de nos programmes de recherche.

Nous vous remercions pour le temps et les efforts que vous consacrerez à l'examen de cette thèse tout en tenant compte des circonstances sans précédent dans lesquelles ce projet de doctorat a été réalisé.

[redacted]
Christine Dallaire
Vice-doyenne, Études

[redacted]
Marijke Taks
Vice-doyenne, Recherche

Annexe BB : Approbations éthiques suivant les modifications au protocole de recherche

(Université d'Ottawa, CISSS de l'Outaouais et UQO)

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

H-10-20-6151 - MOD1-6151 - Modification approuvée / Modification Approved

(English message follows)

Cher/Chère Gabriela Peguero-Rodriguez,

Merci d'avoir soumis une demande de modification pour votre projet de recherche intitulé «Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier».

Ces modifications ont été approuvées et sont assujetties au certificat d'approbation éthique, valide jusqu'au 07-01-2022.

1) Méthodologie: Des entrevues sont menées afin de clarifier et de préciser les résultats obtenus à travers les questionnaires.

2) Participants: (a) Les critères d'inclusion des proches aidants sont modifiés : **+** les proches aidants doivent avoir vécu le transfert de leur aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence dans la dernière année (au lieu des 6 derniers mois), **+** le transfert doit avoir eu lieu dans la région de l'Outaouais (au lieu de se limiter aux secteurs de Hull, Gatineau et Aylmer).

3) Recrutement: Les textes de recrutement sont modifiés en raison des modifications des critères d'inclusion.

4) Outils de recherche: Le questionnaire est modifié et un guide d'entrevue est ajouté.

(b) Sont désormais recrutés tout membre du personnel infirmier qui travaille dans une urgence ou dans une RPA de la région de l'Outaouais (Ville de Gatineau, MRC de la Vallée-de-la-Gatineau, MRC des Collines-de-l'Outaouais, MRC de Papineau et MRC de Pontiac).

5) Processus de consentement: Les formulaires de consentement sont modifiés et deux formulaires de consentement sont ajoutés pour le personnel infirmier cadre, soit un pour la portion « entrevue » et l'autre pour le questionnaire sociodémographique.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le Bureau d'éthique au ethique@uottawa.ca ou au 613-562-5387.

Vous pouvez voir votre demande en vous connectant à votre compte eReviews .

Cordialement,

Germain Zongo
Responsable d'éthique en recherche
Président(e) : Daniel Lagarec
CÉR : Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board

Ceci est une réponse automatisée, merci de ne pas répondre à ce courriel.

Dear Gabriela Peguero-Rodriguez,

Thank you for submitting a modification request for your research project titled "Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier".

These modifications are now covered under the certificate of ethics approval, valid until 07-01-2022.

1) Méthodologie: Des entrevues sont menées afin de clarifier et de préciser les résultats obtenus à travers les questionnaires.

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie I www.recherche.uottawa.ca/ethics

2) Participants: (a) Les critères d'inclusion des proches aidants sont modifiés : **+** les proches aidants doivent avoir vécu le transfert de leur aîné d'une résidence pour personnes âgées vers l'urgence dans la dernière année (au lieu des 6 derniers mois), **+** le transfert doit avoir eu lieu dans la région de l'Outaouais (au lieu de se limiter aux secteurs de Hull, Gatineau et Aylmer).

3) Recrutement: Les textes de recrutement sont modifiés en raison des modifications des critères d'inclusion.

4) Outils de recherche: Le questionnaire est modifié et un guide d'entrevue est ajouté.

(b) Sont désormais recrutés tout membre du personnel infirmier qui travaille dans une urgence ou dans une RPA de la région de l'Outaouais (Ville de Gatineau, MRC de la Vallée-de-la-Gatineau, MRC des Collines-de-l'Outaouais, MRC de Papineau et MRC de Pontiac).

5) Processus de consentement: Les formulaires de consentement sont modifiés et deux formulaires de consentement sont ajoutés pour le personnel infirmier cadre, soit un pour la portion « entrevue » et l'autre pour le questionnaire sociodémographique.

If you have any questions, please contact the Ethics Office at ethics@uottawa.ca or 613-562-5387.

You can view your project at any time by logging into eReviews .

Best regards,

Germain Zongo
Protocol Officer
Chair: Daniel Lagarec
REB: Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board

This is an automated message. Please do not reply directly to this email.

Attachement(s) / Attachment(s)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 17 janvier 2022

Madame Gabriela Peguero-Rodriquez
Chercheuse principale
Université d'Ottawa
[redacted]

OBJET : **Correspondance du Comité d'éthique de la recherche**
Approbation éthique
Projet 2020-319_169
« Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR), en comité de révision déléguée le 15 janvier 2022, a procédé à l'évaluation des documents suivants:

- 2020-319_169_2021-10-24_Guide d'entrevue (partie 2_personnel inf cadre - RPA)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Guide d'entrevue (partie 2_personnel inf cadre - urgence)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Guide d'entrevue (partie 1-proches aidants)_annoté_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Guide d'entrevue (partie 1-proches aidants)_VF_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Questionnaire (partie 1 - proches aidants)_annoté_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Questionnaire (partie 2_ personnel inf cadre)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire consentement - entrevue (partie 2 _ personnel inf cadre)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire consentement - questionnaire (partie 2_ personnel inf cadre)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire consentement - questionnaire (partie 2 - personnel inf chevet)_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire de consentement_Proche aidant_Entrevue_VF_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire consentement - questionnaire (partie 1 - proches aidants)_VF_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Formulaire de consentement_Proche aidant_Entrevue_annoté_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Lettre d'information (partie 2 - personnel inf cadre)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Lettre d'information (partie 1 - proches aidants)_annoté_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Lettre d'information (partie 1 - proches aidants)_VF_20211207

Comité d'éthique de la recherche
124, rue Lois
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
Téléphone : **819 770-6528, poste 339199**
Courriel: 07_CISSSO_cer@ssss.gouv.qc.ca
www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

- 2020-319_169_2021-10-24_Courriels recrutement (partie 2 - personnel inf cadre)_nouveau_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Courriels de recrutement (partie 2-personnel inf de chevet)_VF_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Courriels de recrutement (partie 2-personnel inf de chevet)_annoté_20211207
- 2020-319_169_2012-10-24_Affiches de recrutement (partie 1 et 2)_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Peguero-Rodriguez, G_Protocole de recherche_VF_20211207
- 2020-319_169_2021-10-24_Peguero-Rodriguez, G_Protocole de recherche (suivi de modifications)_20211207
- 2020-319_169_eReviews_Demande de modification acceptée_uOttawa_20211207
- 2020-319_169_2021-12-04_CÉR_uOttawa_modifications acceptées_20211207
- 2020-319_169_CÉR-CISSSO_Demande de modification_2020-319-169_20211207
- 2020-319_169_ Appr sc_Modification_20220110

Le CÉR accuse réception des documents soumis et vous en remercie.

À la suite de cet examen, le CÉR juge satisfaisantes les modifications soumises et approuve tels quels les documents ci-haut mentionnés et donne un avis positif pour la réalisation de ce projet « Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier »

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances le numéro **2020-319_169** attribué à votre projet par notre institution.

Nous vous prions d'agréer, Professeure, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

[redacted]

Henri Fournier
Président
Comité d'éthique de la recherche

HF/PAA/mt

c. c. Véronique Nabelsi, présidente par intérim du Conseil scientifique, CISSS de l'Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de notre établissement est désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et adhère aux directives publiées dans l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (l'EPTC-2, 2018), conformément au Plan d'action ministériel (PAM) en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (MSSS, 1998). Le CÉR adhère également aux exigences édictées pour les Comités d'éthique de la recherche selon la Partie C, Titre 5 du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C. ch.870) et agit en conformité avec les standards du United States Code of Federal Regulations encadrant la recherche impliquant des sujets humains. Le CÉR fonctionne de manière compatible avec les standards internationaux en appliquant notamment la ligne directrice de l'ICH adoptée par Santé Canada: Les bonnes pratiques cliniques : directives consolidées.

UQO

Formulaire de demande de modification de projet

Titre du protocole : **Une étude multiméthode sur la transition des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence: état de la littérature, perceptions des proches aidants et celles du personnel infirmier**

Numéro(s) de projet : **2022-1585**
Identifiant Nagano : **Transfert RPA-Urgence**
Chercheur principal (au CER Éval) : **Gabriela Peguero-Rodriguez**
Date d'approbation du projet par le CER : **2021-04-28**
Formulaire : **F8-5-7457**
Date de dépôt initial du formulaire : **2022-01-18**
Date de dépôt final du formulaire : **2022-01-18**
Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1. **Objet: Demande de modification**

2. *Statut de la demande:*

Demande approuvée

Le comité d'éthique de la recherche de l'UQO à pris connaissance de votre formulaire de demande de modification. Après examen de la demande, nous désirons vous informer que le CER vous autorise à poursuivre vos activités de recherche.

Date d'approbation de la demande de modification:

2022-01-24

Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance.

Date d'échéance du certificat:

2022-04-28

Sujet de la modificaiton

1. **Veuillez indiquer si vous envisagez ajouter un nouveau type de collecte de données. Veuillez sélectionner le(s) type(s) de collecte de données qui seront ajoutées, le cas échéant.**

- ☐ Aucun ajout de collecte de données
- ☑ Entrevues
- ☑ Questionnaires
- ☐ Groupes de discussion
- ☐ Observation (incluant l'observation de clavardage sur le web)
- ☐ Utilisation secondaire de données
- ☐ Expérimentation
- ☐ Matériel biologique humain
- ☐ Autre