

Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.), Viola Polomeno, inf., Ph. D. and Michelle Lalonde, inf., Ph. D.

Volume 2, Number 1, Spring 2021

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1101991ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1101991ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

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>

Article abstract

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.





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).

âinés des RPA vers l'urgence afin d'en comprendre le processus, ainsi que les impacts sur le système de santé et les besoins des âinés, 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 âinés 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 âinés 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 auteurs 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 âinés 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 âinés 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 âinés 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 âinés 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 âinés 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 âinés 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 âinés, 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 âinés 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 âinés 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 traumatismes 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 bénéfiques l’emportent sur les complications possibles reliées au séjour à l’urgence (14).



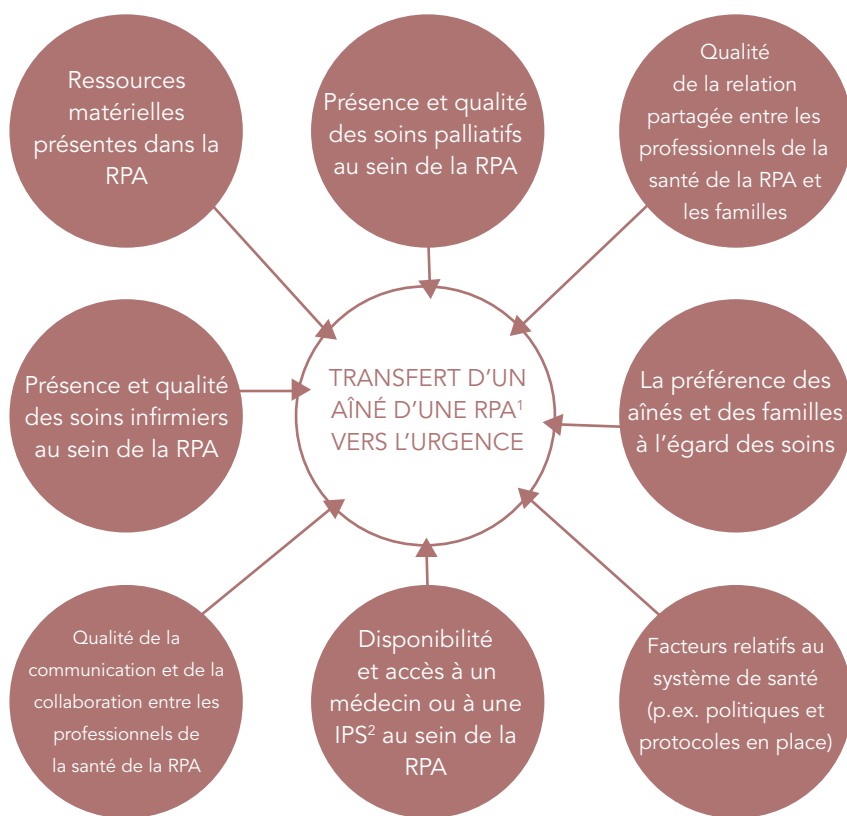
Le processus décisionnel menant au transfert vers l’urgence

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 liés 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 RPA¹ 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 événements 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 événement 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 préféreraient 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 efficacité 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/santescopes/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 department 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.refiri.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, Hulleck 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 Geriatrics 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/communiqu-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>