

Évaluation des mesures de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie à l'urgence

Projet mené en collaboration par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval et l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, avec la participation de l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ) et du Centre intégré en soins et services sociaux (CISSS) de la Gaspésie.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population au Canada et au Québec est un phénomène marquant. En 2021, le Québec comptait environ 1,75 million de personnes âgées de 65 ans et plus, représentant 20 % de la population et cette part devrait représenter 26 % en 2041 [1]. Selon le recensement de 2021, au Canada, la population des 85 ans et plus a doublé depuis 2001 atteignant 2,3 % de la population et pourrait tripler d'ici 2046 pour atteindre 2,5 millions de personnes [2]. La population âgée de 85 ans et plus est celle connaissant la croissance la plus rapide. Plus du quart de cette population connaît des limitations physiques ou des problèmes de santé et vit dans un logement collectif, comme un établissement de soins infirmiers, un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées. Cette augmentation pose des défis importants, notamment en matière de soins de santé, de logements adaptés et de soutien social. Il est primordial de pouvoir identifier les personnes fragiles ou en perte d'autonomie afin de leur offrir les soins et services adaptés à leurs conditions, pour qu'ils puissent vivre à leur domicile le plus longtemps possible.

Dans l'objectif de développer, d'harmoniser et de consolider la pratique de repérage des aînés en perte d'autonomie dans l'ensemble du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié des lignes directrices en août 2022 [3]. Pour le repérage des personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie et qui ne sont pas connues du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le MSSS recommande notamment l'utilisation de deux outils soit le PRISMA-7 (outil du Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) et l'ISAR (Identification systématique des aîné(e)s à risque). Le PRISMA-7 est composé de sept questions à répondre par « oui » ou par « non » qui permet de mesurer l'autonomie de la personne et de déterminer si celle-ci est en perte d'autonomie [4]. Cet outil peut être utilisé dans les services d'urgences, les cliniques externes, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les groupes de médecine familiale, les cliniques médicales, les résidences privées pour aînés ou des organismes communautaires. L'ISAR est un outil plus adapté pour un usage dans les services d'urgence, il est utilisé pour prédire une perte d'autonomie dans les six mois suivants la visite à l'urgence, soit une détérioration significative de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, une institutionnalisation ou un décès [5]. Il est composé de six questions à répondre par « oui » ou « non » qui concernent des problèmes fréquents



observés chez les personnes âgées tels que des incapacités fonctionnelles, des problèmes cognitifs, de la polymédication, des troubles visuels et des hospitalisations fréquentes. À la suite d'un repérage positif, les personnes âgées identifiées sont orientées vers une évaluation plus approfondie afin de déterminer les soins et services requis par leur état.

Au CHU de Québec, près de 30 000 patients par année installés sur civière dans les urgences ont 75 ans et plus. Bien que la plupart des établissements du Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université Laval aient tenté d'implanter le PRISMA-7, la pratique demeure hétérogène et la pertinence de l'outil est questionnée. Une fois le questionnaire complété et l'usager repéré comme étant en perte d'autonomie, il est alors référé à divers professionnels qui procéderont à une analyse globale et à une évaluation exhaustive afin de bien identifier les besoins et ainsi déterminer les services requis. Ce référencement se fait soit auprès de différents professionnels du centre hospitalier où le patient est traité, soit auprès du guichet d'accès désigné selon la trajectoire déterminée. Toutefois, selon ce qui est rapporté, il serait relativement fréquent que l'évaluation de la perte d'autonomie, à la suite du repérage intrahospitalier, ne mène pas à la mise en place de services complémentaires à domicile après l'épisode aigu de soins. Les raisons invoquées incluent un besoin non ressenti par le patient ou ses proches, une indisponibilité des ressources ou une divergence entre les résultats du PRISMA-7 et de l'évaluation approfondie.

Par conséquent, il apparaît essentiel de réexaminer les pratiques de repérage de la perte d'autonomie ainsi que les services qui y sont associés, afin d'assurer que les besoins réels des usagers soient adéquatement satisfaits et que les ressources soient utilisées de manière optimale. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec a été sollicitée par la Direction des soins infirmiers (DSI) afin d'évaluer si les pratiques de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie qui se présentent dans les services d'urgence devraient être modifiées. Un modèle logique illustrant la problématique est proposé à l'annexe 1.

QUESTION DÉCISIONNELLE

- i** Les pratiques pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave installées sur civière dans les urgences du CHU de Québec, de l'IUCPQ et des centres hospitaliers du CISSS, de la Gaspésie devraient-elles être modifiées ?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

- i**
1. Quelles sont les recommandations des organismes et sociétés savantes sur les pratiques de repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les services d'urgence ?
 2. Quelle est la performance diagnostique des différents outils validés et/ou utilisés dans les services d'urgence pour le repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées ?
 3. Quels sont les effets observés des pratiques de repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les services d'urgence sur l'utilisation des services de santé et de soins à domicile ?
 4. Quelles sont les caractéristiques, incluant les avantages et les inconvénients, des modèles d'organisation des services pour le repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées se présentant à l'urgence ?
 - telles que décrites dans la littérature ;
 - au CHU de Québec, à l'IUCPQ, dans les centres hospitaliers du CISSS de la Gaspésie et au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
 - dans les autres hôpitaux universitaires québécois et les centres hospitaliers du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université Laval.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

La démarche mise en œuvre dans le cadre de ce projet d'évaluation suit les différentes étapes décrites dans le guide méthodologique de l'UETMIS du CHU de Québec [1]. Un groupe de travail interdisciplinaire associant les principaux acteurs concernés par la question décisionnelle (voir composition page 9) a été constitué. Les membres du groupe de travail participent à l'élaboration du plan d'évaluation et contribuent à la compréhension de la problématique et du contexte de l'établissement ainsi qu'à l'appréciation des constats et des recommandations.

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Identification des données

- i** Le tableau 1 résume les critères de sélection, les limites ainsi que les indicateurs définis a priori pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques sera effectuée à partir des banques de données bibliographiques Medline (PubMed), Embase, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PsycINFO, Ageline, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la bibliothèque Cochrane et Epistemonikos afin d'identifier des études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que des études originales. Les

types de devis d'études recherchés sont présentés au tableau 1. Les sites Internet gouvernementaux, d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles seront consultés afin de rechercher des guides de pratique ou des lignes directrices (Annexes 2 et 3). La stratégie de recherche documentaire sera élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots clés en référence aux personnes âgées (p. ex. : *elderly*, *frail elderly*), aux évaluations (p. ex. : *geriatric assessment*) et au contexte des services d'urgence (p. ex. : *emergency service*). Les bibliographies des articles pertinents seront aussi examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Une recherche complémentaire sera réalisée en utilisant les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*. Une recherche de protocoles d'études de synthèse en cours de réalisation sera effectuée dans la bibliothèque Cochrane et dans la base de données PROSPERO du *Centre for Reviews and Dissemination*. Les sites des *U.S. National Institutes of Health* et *Current Controlled Trials Ltd.* de *Springer Science+Business Media (BioMed Central)* seront consultés pour retracer des études cliniques en cours.

Sélection et évaluation de l'admissibilité des documents

- i** La sélection et l'admissibilité des documents recensés seront effectuées par deux évaluateurs (S.C.C. et D.T.) indépendantes selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'une troisième évaluatrice (A.N.) sera sollicité afin de parvenir à un consensus.

TABLEAU 1. CRITÈRES DE SÉLECTION DES DOCUMENTS

Critères d'inclusion	
Population	Personnes âgées (selon la définition des auteurs)
Intervention	Repérage de la perte d'autonomie ¹
Comparateur	Aucun ou comparaison de plusieurs outils de repérage de la perte d'autonomie
Résultats	Recommandations et caractéristiques des services pour les pratiques de repérage de la perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> Type et description des outils utilisés Population ciblée Organisation des services (p. ex.: processus, ressources humaines requises)
	Performance diagnostique des outils de repérage de la perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> Validité : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positives et négatives
	Effets observés des pratiques de repérage de la perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne de séjour (à l'urgence, à l'hôpital) Taux d'admission (avec ou sans requis de soins) Proportion de patients retournés à domicile après l'épisode aigu de soins Proportion de patients repérés ayant reçu des services à domicile subséquents Délai d'obtention des services Nombre et type d'événements indésirables à domicile qui requièrent des soins et services de santé (réadmissions, consultations médicales subséquentes)
	Expérience vécue par la clientèle ou les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> Impact de la passation de l'outil (p. ex. : temps requis, stress engendré pour la clientèle) Satisfaction de la clientèle
	Impacts organisationnels : <ul style="list-style-type: none"> Ressources investies pour effectuer le repérage (p. ex. : ressources humaines, matérielles, financières) Avantages et inconvénients perçus de la pratique Impact du repérage sur les coûts hospitaliers (p. ex. : réadmissions évitées, services déployés mais non requis)
Milieu	Service d'urgence localisé dans un établissement hospitalier
Types de documents recherchés	<ul style="list-style-type: none"> Documents de pratiques cliniques (guides de pratiques, normes) Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse ECR Études observationnelles Enquêtes de pratique Avis ou consensus d'experts
Limites	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> Langue : français et anglais Période : à partir du 1^{er} janvier 2000 	<ul style="list-style-type: none"> Résumés de congrès Séries de cas Éditoriaux, commentaires Qualité méthodologique insuffisante²

¹ Quel que soit le seuil utilisé pour qualifier la perte d'autonomie ou les niveaux de perte d'autonomie

² En fonction des données disponibles

Évaluation de la qualité des documents

- i** La qualité des publications sera évaluée par deux évaluateurs indépendants (S.C.C. et D.T.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ainsi que des guides de pratique sera réalisée à l'aide des grilles AMSTAR-2 [6] et AGREE II [7], respectivement. Pour l'évaluation des études économiques, la grille *Quality of Health Economic Studies* (QHES) sera utilisée [8]. Les autres types d'études seront évalués à partir des grilles d'analyse adaptées par l'UETMIS du CHU de Québec [4]. L'avis d'une troisième évaluatrice (A.N.) sera sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus.

Extraction des données

- i** L'extraction des données sera effectuée par deux évaluateurs indépendants (S.C.C. et D.T.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet.

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

i Données contextuelles au CHU de Québec, à l'IUCPQ et au CIUSSS de la Capitale-Nationale

- *Entrevues auprès d'informateurs clés*

Des entretiens semi-dirigés seront réalisés auprès de différents acteurs du CHU de Québec, de l'IUCPQ, du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de la Gaspésie impliqués dans la prise en charge des personnes âgées à l'urgence (p. ex. : urgentologues, infirmières de l'urgence, travailleuses sociales, infirmières cliniciennes de liaison en santé physique). L'objectif principal de ces entretiens est de décrire la manière dont la perte d'autonomie est évaluée à l'urgence, les ressources investies (humaines, matérielles, financières, informationnelles) et comment sont organisés les services à la suite de cette évaluation. Il s'agira également d'identifier les avantages et inconvénients perçus de la pratique actuelle et d'identifier les besoins non comblés.

- *Collecte dans les bases de données clinico-administratives*

Avec l'aide des professionnels de la Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique (DPVDTN) du CHU de Québec, une recherche dans les bases de données clinico-administratives sera effectuée afin de documenter :

- le volume annuel des patients de 65 ans et plus, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus installés sur civière à l'urgence (globalement et par site) ;
- les caractéristiques des patients de 65 ans et plus, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus (âge, sexe à la naissance, région administrative, diagnostic final) ;
- la proportion de patients de 75 ans et plus pour lesquels la perte d'autonomie a été évaluée par l'administration du PRISMA-7 ;
- la destination des patients de 65 ans et plus, de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus après l'urgence ;
- la durée moyenne de séjour à l'urgence ou à l'hôpital (depuis l'enregistrement à la décision clinique de congé) des patients de 65 ans et plus, 65 à 74 ans et de plus de 75 ans ;

- le nombre et la proportion de patients de 65 ans et plus, de 65 à 74 ans et de plus de 75 ans admis avec et sans requis de soins.

Des données similaires seront collectées auprès de la Direction de la qualité et de la performance de l'IUCPQ et des centres hospitaliers du CISSS de la Gaspésie.

Auprès du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, DQEPE), les données suivantes seront collectées :

- le nombre de patients référés par le CHU de Québec, l'IUCPQ et d'autres services d'urgences couverts par le CIUSSS de la Capitale-Nationale sur la base du PRISMA-7 ;
- la proportion de ces patients contactés et évalués ;
- la proportion de patients repérés avec le PRISMA-7 qui ont effectivement reçu des services ou dont le dossier a été fermé sans mise en place de services (raison de la fermeture).

La recherche des volumes annuels couvrira quatre années financières (2021-2022 à 2024-2025) et seule la dernière année financière complétée (2024-2025) sera concernée pour les autres indicateurs.

- *Recueil de données dans le Dossier patient électronique (DPE)*

Avec la collaboration de la DPVDTN et du service des archives du CHU de Québec, un échantillon aléatoire de patients évalués avec le PRISMA-7 à l'urgence au cours de l'année financière 2023-2024 sera constitué afin de collecter les données suivantes :

- proportion de patients évalués avec un score positif au PRISMA-7 ;
- destination après l'urgence des patients avec un score positif au PRISMA-7 ;
- services mis en place à l'interne sur la base du repérage au PRISMA-7.
- proportion de patients avec un score positif référés au guichet d'accès du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les données seront extraites par une évaluatrice (S.C.C.) et des statistiques descriptives seront réalisées.

Enquête auprès d'autres établissements de santé universitaires, centres hospitaliers et CIUSSS québécois

Une enquête par questionnaire auto-administré sur les pratiques cliniques relatives à l'évaluation de la perte d'autonomie des aînés à l'urgence sera réalisée auprès d'intervenants de l'urgence pratiquant dans les autres centres hospitaliers universitaires québécois (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke) et des centres hospitaliers du RUISSS de l'Université Laval. Les coordonnées des personnes à contacter dans ces établissements seront obtenues grâce à leurs homologues du CHU de Québec. Il s'agira d'établir si l'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée dans ces établissements, quel(s) outil(s) de repérage est(sont) utilisé(s), quelle organisation des services est mise en place sur la base du résultat de cette évaluation et quelles sont les ressources requises (humaines, financières, matérielles). Les intervenants seront également invités à indiquer les avantages

et inconvénients de leur pratique concernant l'évaluation ou non de la perte d'autonomie des personnes âgées.

ANALYSE DES DONNÉES

- i** Les données issues de la littérature seront analysées séparément puis combinées aux autres sources d'information (enquête, données contextuelles) afin de répondre aux questions d'évaluation et d'en dégager les principaux constats. Les résultats seront agrégés si l'homogénéité et la qualité méthodologique des études le permettent. Des analyses de sous-groupe pourront être effectuées en fonction de certains facteurs d'influence (p. ex. : âge des usagers, provenance, motif de consultation à l'urgence) selon la disponibilité des données. Une analyse de l'environnement interne et externe de l'organisation des services (de type forces, faiblesse, opportunités et menaces, FFOM) pourra également être réalisée. L'ensemble des données recueillies (recherche documentaire, entrevues, données clinico-administratives, enquête) sera triangulé afin d'en dégager les principaux constats et de développer des recommandations.

RÉVISION

- i** Le rapport sera révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire et du Conseil scientifique de l'UETMIS.

APPROBATION

- i** Le rapport sera approuvé par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS.

TRANSFERT DES CONNAISSANCES

- i** Un plan de transfert des connaissances sera élaboré en collaboration avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire, le service de valorisation de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) du CIUSSS de la Capitale-Nationale et le Service des communications du CHU de Québec afin de développer des produits et des activités de connaissances adaptés aux groupes ciblés. En accord avec le guide méthodologique du CHU de Québec [9], le rapport et le rapport en bref seront publiés et distribués à différents organismes et groupes d'intérêt au CHU de Québec et à l'externe.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Demandeuse

- i** Mme Marie-Pier Caron, conseillère-cadre en soins infirmiers – Volet approche adaptée à la personne âgée (AAPA), dossiers spéciaux et recherche, DSI, CHU de Québec

Groupe de travail interdisciplinaire



D^{re} Isabelle Bertrand, urgentologue, CHU de Québec
M^{me} Pascale Bouchard, conseillère-cadre – Volet AAPA, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ)
M^{me} Marie-Pier Caron, conseillère-cadre en soins infirmiers – Volet AAPA, DSI, CHU de Québec
M. Émile Charest, chef de service bloc opératoire – cliniques externes – soins critiques, centre intégré en santé et services sociaux (CISSS) de la Gaspésie
M. François Couturier, conseiller-cadre à la qualité et à la sécurité des soins infirmiers, CISSS de la Gaspésie
D^{re} Marie-Pier Lanoue, urgentologue, CHU de Québec
M^{me} Vickie Michaud, conseillère-cadre – Urgences, IUCPQ
M^{me} Julie Pouliot, conseillère-cadre, Direction des services multidisciplinaires (DSM), IUCPQ
M^{me} Isabelle Tétrault, agente de développement des pratiques en ergothérapie, DSM, CHU de Québec
M^{me} Marie-Michelle Tremblay, travailleuse sociale, centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale
M^{me} Vanessa Vachon, infirmière en pratiques avancées – Urgences, DSI

UETMIS du CHU de Québec

M^{me} Sylvine Carrondo Cottin, agente de programmation, de planification et de recherche
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil
D^r Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique

UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Diane Tuyishimire, professionnelle scientifique
M^{me} Jacky Ndjepel, coordonnatrice professionnelle
M^{me} Sylvie St-Jacques, responsable scientifique

Autres collaborateurs

M. Sylvain Bussières, agent de planification, de programmation et de recherche, UETMIS de l'IUCPQ

Déclaration de conflits d'intérêts



Aucun conflit d'intérêts n'a été rapport .

Financement



Ce projet d'évaluation est financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS du CHU de Québec et du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

 ch ancier



Date de début du projet (première rencontre du groupe de travail) : **20/02/2025**

Date anticipée de synthèse des connaissances au groupe de travail interdisciplinaire : **09/10/2025**

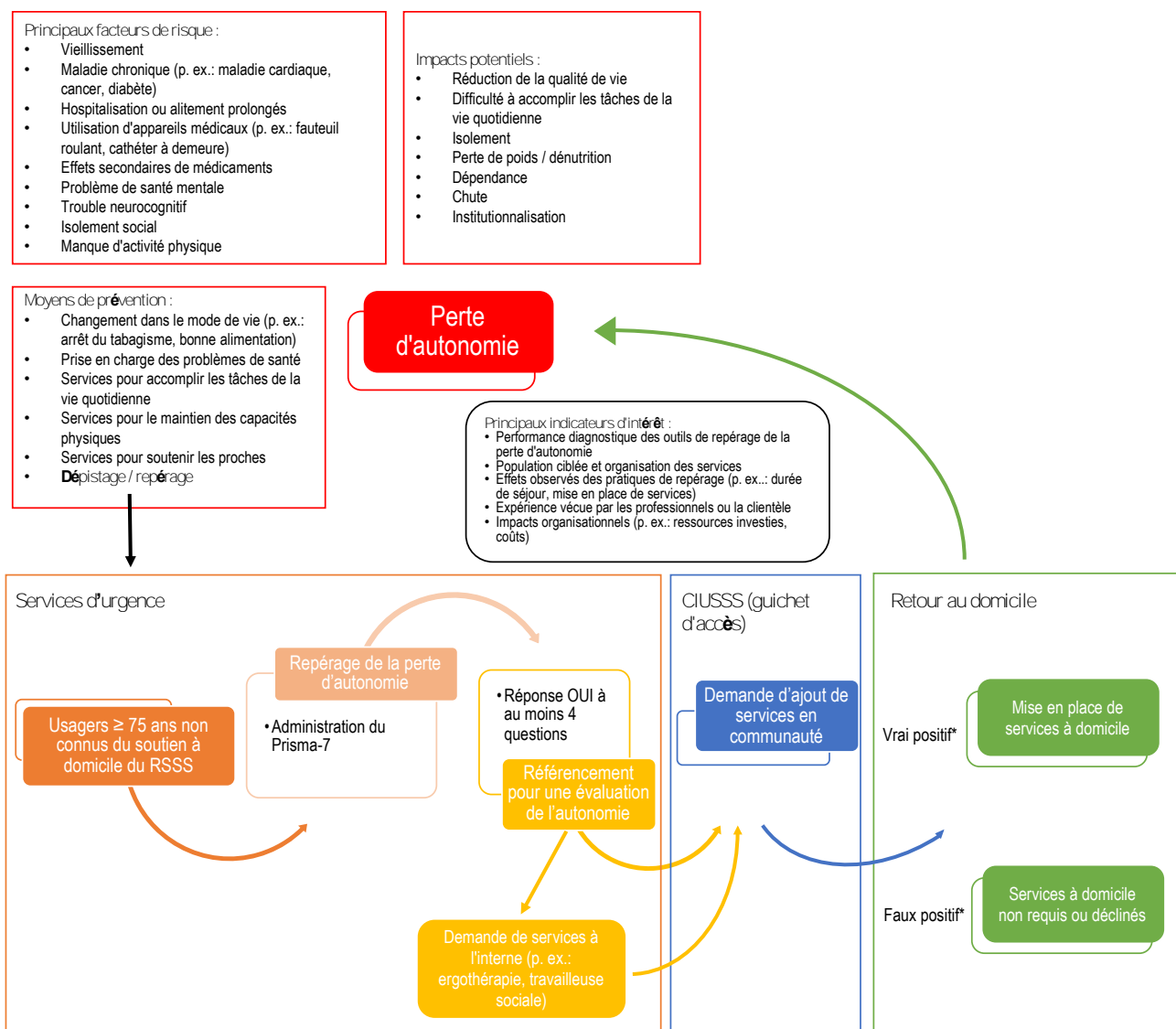
Date anticipée de publication du rapport : **10/01/2026**

Contact

i Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec–Université Laval
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682
Courriel : uetmis@chudequebec.ca

ANNEXE 1. MODÈLE LOGIQUE



CIUSSS : Centre intégré universitaire en santé et services sociaux, RSSS : réseau de la santé et des services sociaux

* Score de 4 réponses OUI ou plus au Prisma-7

ANNEXE 2. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet
Sites Internet généraux visités			
ACI	<i>Agency for clinical innovation</i>	Australie	https://aci.health.nsw.gov.au/
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/
AMC	Association médicale canadienne	Canada	https://www.cma.ca/
CEBM	<i>Centre for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/
CMQ	Collège des médecins du Québec	Canada (Québec)	http://www.cmq.org/
ETMIS-CHUM	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos
ETMIS-IUCPQ	Comité ETMIS de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	Canada (Québec)	https://www.iucpq.ca/a-propos-de-nous/excellence/evaluation-des-technologies-et-modes-dintervention-en-sante/
HAS	Haute Autorité de santé	France	http://www.has-sante.fr/
ICSI	<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>	États-Unis	https://www.icsi.org/
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/
INAHTA	<i>International HTA database</i>	International	https://database.inahta.org/
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	Canada (Québec)	https://www.inspq.qc.ca/
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	http://www.kce.fgov.be/
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	http://www.msac.gov.au/
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/
PHAC	<i>Public Health Agency of Canada</i>	Canada	https://www.canada.ca/en/public-health.html
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre</i>	Canada (Québec)	https://muhc.ca/tau/page/tau-reports

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet
UETMIS – CIUSSS de l'Estrie – CHUS	UETMISSS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Canada (Québec)	https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/
	ETMI Québec (Bibliothèque Zotero)	Canada (Québec)	https://etmiquebec.wordpress.com/accueil/
Sites Internet d'associations professionnelles (spécifiques à chaque projet)			
<u>Urgence</u>			
AAEM	American Academy of Emergency Medicine	États-Unis	https://www.aaem.org/
ACEM	Australian College for Emergency Medicine	Australie	https://acem.org.au/
ACMP	American College of Emergency Physicians	États-Unis	https://www.acep.org/
AMUQ	Association des médecins d'urgence du Québec	Canada (Québec)	https://www.amuq.qc.ca/amuq/accueil/
CAEP	Canadian Association of Emergency Physicians	Canada	https://caep.ca/
RCEM	Royal College of Emergency Medicine	Royaume-Uni	https://www.rcem.ac.uk/
SFMU	Société française de médecine d'urgence	France	https://www.sfmur.org/fr/
<u>Soins infirmiers</u>			
ANA	American Nurses Association	États-Unis	http://nursingworld.org/
ANFIDE	Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Étudiants	France	https://anfiide.fr/
ASRN	American Society of Registered Nurses	États-Unis	https://www.asrn.org/
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Canada (Québec)	http://www.oiiq.org/
RCN	Royal College of Nursing	Royaume-Uni	https://www.rcn.org.uk/
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario	Canada (Ontario)	http://rnao.ca/
<u>Gériatrie</u>			
	Secrétariat aux aînés	Canada (Québec)	http://aines.gouv.qc.ca/
ACG	Association canadienne de gérontologie	Canada	http://cagacg.ca/
AGS	American Geriatrics Society	États-Unis	http://www.americangeriatrics.org/
AMGQ	Association des médecins gériatres du Québec	Canada (Québec)	http://www.amgq.ca/
AQG	Association québécoise de gérontologie	Canada (Québec)	https://www.lobc.ca/fr/a-propos/partenaires/AQG
ASP	Agence de la santé publique du Canada – Division vieillissement et aînés	Canada	http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/index-fra.php
BGS	British Geriatrics Society	Angleterre	http://www.bgs.org.uk/
GSA	Gerontologic Society of America	États-Unis	http://www.geron.org/

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Canada (Québec)	http://www.iugm.qc.ca/
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Canada (Québec)	http://www.csss-iugs.ca/
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Canada (Québec)	http://www.msss.gouv.qc.ca/
SCG	Société canadienne de gériatrie	Canada	https://www.canadiangeriatrics.ca
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie	France	https://sfgg.org/
SQG	Société québécoise de gériatrie	Canada (Québec)	https://www.sqgeriatrie.org/

ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE CONCERNANT L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet
Sites Internet d'évaluation économique			
IHE	Institute of health economics	Canada (Alberta)	www.ihe.ca
NBER	National Bureau of Economic Research	États-Unis	https://www.nber.org
HealthPACT	Health Policy Advisory Committee on Technology	Australie	https://www.health.vic.gov.au/patient-care/healthpact
HIQA	Health Information and Quality Authority	Irlande	https://www.hiqa.ie
ICER	Institute for Clinical and Economic Review	États-Unis	https://icer.org
CEA	Cost-Effectiveness Analysis (CEA) Registry (CEVR-Center for the Evaluation of Value and Risk in Health)	États-Unis	https://cevr.tuftsmedicalcenter.org/databases/cea-registry

ANNEXE 4. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES D'ÉTUDES EN COURS

Nom	Organisation	Site Internet
Revue systématique		
PROSPERO	<i>Centre for Reviews and Dissemination</i>	http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/
Cochrane	<i>The Cochrane Library</i>	www.thecochranelibrary.com
Essais cliniques randomisés		
	<i>Current Controlled Trials Ltd.</i>	http://www.controlled-trials.com
NIHR	<i>U.S. National Institute for Health Research</i>	http://www.Clinicaltrials.gov

RÉFÉRENCES

- [1] Institut de la statistique du Québec, Portrait des personnes âgées au Québec Consulté le 12 décembre 2024.
- [2] Statistique Canada, Recensement en bref, Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021, Recensement de la population, 2021– No 98-200-X au catalogue, numéro 2021004. 27 avril 2022.
- [3] Gouvernement du Québec. Lignes directrices sur le repérage des aînés en perte d'autonomie. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2022, 20 p. www.msss.gouv.qc.ca.
- [4] Raiche M, Hebert R, Dubois MF. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008; 47(1): 9-18.
- [5] CH de St. Mary, ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence, juin 1998. .
- [6] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017; 358: j4008.
- [7] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med*. 2010; 51(5): 421-4.
- [8] Chiou CF, Hay JW, Wallace JF, Bloom BS, Neumann PJ, Sullivan SD, et al. Development and validation of a grading system for the quality of cost-effectiveness studies. *Med Care*. 2003; 41(1): 32-44.
- [9] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Guide méthodologique – Démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS. Québec, février 2019, 30 p.