

**JUILLET 2026**

## Évaluation des mesures de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence

RAPPORT D'ÉVALUATION 05-2026



## **Évaluation des mesures de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence**

**Sylvine Carrondo Cottin, Ph.D.**  
**Diane Tuyishimire, M.Sc.**  
**Sylvie St-Jacques, Ph.D.**  
**Alice Nourissat, MD, Ph.D.**  
**Marc Rhainds, MD, FRCPC**

UETMIS, Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE), Santé Québec Centre hospitalier  
universitaire de Québec-Université Laval (CHU)

UETMISSS, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Santé Québec Capitale-Nationale –  
Universitaire

JUILLET 2026

<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/recherche-et-evaluation/evaluation-des-technologies-et-des-modes-d-interve/rapports-de-l-unite-d-evaluation-des-technologies.aspx>

<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/mission-universitaire/etmisss/publications>

Le contenu de cette publication a été rédigé par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU et l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et édité par l'UETMIS du CHU.

## COORDINATION

M<sup>me</sup> Isabelle Beaumier, cheffe de service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

M. Sylvain L'Espérance, chef de service - Évaluation et éthique (intérim), conseiller-cadre en pertinence clinique, Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE), CHU

M<sup>me</sup> Jacky Ndjepel, coordonnatrice professionnelle, UETMISSS, DEAU, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS, CHU

M<sup>me</sup> Sylvie St-Jacques, responsable scientifique, UETMISSS, DEAU, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

## RÉVISION LINGUISTIQUE, SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M<sup>me</sup> Nancy Roger, agente administrative, module Évaluation et éthique, DQEE, CHU

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

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

## Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval et Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire. Évaluation des mesures de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence – Rapport d'évaluation préparé – Sylvine Carrondo Cottin, Diane Tuyishimire, Sylvie St-Jacques, Alice Nourissat et Marc Rhainds (UETMIS 05-26) Québec, 2026, xx- 113 p.

Dans un souci d'équité et de lisibilité, l'usage de termes neutres a été privilégié.



Reproduction en tout ou en partie et distribution non commerciale permises, en mentionnant la source :  
Santé Québec CHU de Québec-Université Laval.

Aucune modification autorisée. ©Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, 2026

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

Bibliothèque et Archives Canada, 2026

ISBN 978-2-925409-16-8 (PDF)

## **MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL**

D<sup>re</sup> Isabelle Bertrand, urgentologue, CHU

M<sup>me</sup> Pascale Bouchard, conseillère-cadre, volet approche adaptée à la personne âgée (AAPA), Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–ULaval)

M. Alex Bourgoïn, infirmier clinicien, assistant du supérieur immédiat, équipe Accès, Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS), Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

M. Sylvain Bussières, agent de planification, de programmation et de recherche en ETMIS, IUCPQ–ULaval

M<sup>me</sup> Marie-Pier Caron, conseillère-cadre en soins infirmiers, volet AAPA, Direction des soins infirmiers, CHU

M.  mile Charest, chef de service bloc opératoire, cliniques externes, soins critiques, Santé Québec Gaspésie

M. François Couturier, conseiller-cadre à la qualité et à la sécurité des soins infirmiers, Santé Québec Gaspésie

D<sup>re</sup> Marie-Pier Lanoue, urgentologue, CHU

M<sup>me</sup> Geneviève Laurin, cheffe de service de l'équipe Accès, DSMSSS, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

M<sup>me</sup> Vickie Michaud, conseillère-cadre, urgences, IUCPQ–ULaval

M<sup>me</sup> Julie Pouliot, conseillère-cadre, DSMSSS, IUCPQ–ULaval

M<sup>me</sup> Isabelle Tétrault, agente de développement des pratiques en ergothérapie, DSSSSM, CHU

M<sup>me</sup> Marie-Michelle Tremblay, travailleuse sociale, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

M<sup>me</sup> Vanessa Vachon, infirmière en pratiques avancées, urgences, DSI, CHU

### UETMIS de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval

M<sup>me</sup> Sylvine Carrondo Cottin, agente de programmation, de planification et de recherche

D<sup>re</sup> Alice Nourissat, médecin-conseil

D<sup>r</sup> Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique

### UETMISSS de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

M<sup>me</sup> Sylvie St-Jacques, responsable scientifique

M<sup>me</sup> Diane Tuyishimire, professionnelle scientifique

## **FINANCEMENT**

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS du CHU et de l'UETMISSS de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire.

## AVANT-PROPOS

---

L'UETMIS du CHU a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante. Le présent projet d'évaluation a été réalisé en partenariat avec l'UETMISSS de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et en collaboration avec l'IUCPQ-ULaval et Santé Québec Gaspésie, dans un souci de continuité des soins et services au sein de ces établissements.

### LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

#### Présidente :

M<sup>me</sup> Marie-Claude Michel, Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM)

#### Membres :

Dr Éric Camiré – Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)  
M<sup>me</sup> Christine Danjou – Direction des soins infirmiers (DSI)  
Dr<sup>e</sup> Anne Desjardins – Microbiologie-infectiologie – Programme de prévention et contrôle des infections (PPCI)  
M. Daniel Doiron – Direction médicale et des services professionnels (DMSP)  
M<sup>me</sup> Justine Ekker-Pageau – Direction des services de santé et des services sociaux multidisciplinaires (DSSSSM)  
M<sup>me</sup> Marie-Frédérique Fournier – Chirurgie – Direction chirurgie et périopératoire  
M<sup>me</sup> Fanny Gagnon-Thiboutot – Conseil des infirmiers et infirmières (CII)  
M<sup>me</sup> Alexandra Gaudreau-Morneau – Conseil multidisciplinaire (CM)  
M. Sylvain L'Espérance – Pertinence clinique – DQEE  
M. Thomas Poder – Chaire de leadership en enseignement en ETMIS, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine de l'Université Laval  
M<sup>me</sup> Michèle Ricard – Directrice – DQEE  
M<sup>me</sup> Martine Richard – Patientte partenaire  
M. David Simonyan – Recherche clinique – Direction de la recherche  
M<sup>me</sup> Michèle Touzin – Service-conseil génie biomédical (SCGBM) – Direction des services techniques (DST)  
M. Hugues Vaillancourt – Éthique clinique – DQEE

### L'ÉQUIPE DE L'UETMIS DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

M<sup>me</sup> Geneviève Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche  
M. Martin Bussièrès, agent de planification, de programmation et de recherche  
M<sup>me</sup> Sylvine Carrondo Cottin, agente de planification, de programmation et de recherche  
M<sup>me</sup> Renée Drolet, agente de planification, de programmation et de recherche  
M<sup>me</sup> Brigitte Larocque, agente de planification, de programmation et de recherche  
M. Sylvain L'Espérance, chef de service - Évaluation et éthique (intérim), conseiller-cadre en pertinence clinique, Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique, DQEE  
Dr<sup>e</sup> Marie-Claude Letellier, médecin-conseil en ETMIS  
Dr<sup>e</sup> Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS  
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS  
M<sup>me</sup> Nancy Roger, agente administrative, module Évaluation et éthique, DQEE

### RÉVISEUR EXTERNE

M. Michel Raïche, vice-doyen à la recherche et aux études supérieures, Faculté des sciences de l'activité physique, Université de Sherbrooke, chercheur affilié, Centre de recherche sur le vieillissement de Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

## **REMERCIEMENTS**

L'UETMIS du CHU remercie les professionnels de la santé ayant participé à nos entrevues (autres que les membres du groupe de travail) et ceux ayant répondu au sondage diffusé en ligne (par ordre alphabétique) : M<sup>me</sup> Kassandra Baril, M<sup>me</sup> Stéphanie Beaudet, D<sup>re</sup> Mireille Beaudoin, D<sup>re</sup> Mélanie Brochu-Osterman, D<sup>r</sup> Greg Clark, M<sup>me</sup> Catherine Dumas, M<sup>me</sup> Sintia Guerrera, M<sup>me</sup> Emmanuelle Jourdenais, M<sup>me</sup> Marie-Ève Labrecque, M. Mathieu Lepitre et les membres de la Communauté virtuelle des urgences, M<sup>me</sup> Liette Pelletier, M<sup>me</sup> Édith Plante, M<sup>me</sup> Émilie Raymond, M<sup>me</sup> Marie-Hélène Richard, M. Martin Roberge, M<sup>me</sup> France Tremblay et M<sup>me</sup> Audrey-Anne Turcotte-Brousseau.

Ce document présente les informations répertoriées au 10 mars 2026 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU et de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, de leur personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

## **DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par les membres du groupe de travail.

## SOMMAIRE

---

Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins en soutien à l'autonomie des personnes âgées posent des défis importants aux services d'urgence, qui constituent une porte d'entrée fréquente vers le réseau de soins. Dans ce contexte, le dépistage de la fragilité ou du risque de perte d'autonomie chez les personnes âgées de 75 ans et plus vise à repérer précocement les personnes présentant des besoins accrus afin de soutenir une prise en charge adaptée et un meilleur arrimage avec les services requis. Toutefois, les pratiques de dépistage demeurent variables entre les établissements, et la pertinence des outils utilisés soulève des questions.

La présente évaluation, menée par l'UETMIS de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval (CHU) en partenariat avec l'UETMISS de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, visait à déterminer si les pratiques de dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le secteur civière dans les urgences du CHU, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et des centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie devraient être modifiées. En plus de la collaboration d'un groupe de travail interdisciplinaire, la démarche s'appuie sur une recherche documentaire systématique dans plusieurs bases de données bibliographiques, le recueil de données contextuelles auprès d'informateurs clés, de données clinico-administratives, de données issues des dossiers médicaux des patients, ainsi qu'une enquête de pratique menée au Québec sur le dépistage de la fragilité dans les urgences.

Les recommandations recensées auprès des organismes gouvernementaux et des sociétés savantes convergent vers l'importance d'un dépistage précoce et systématique de la fragilité ou du risque de perte d'autonomie chez les personnes âgées se présentant à l'urgence. Elles préconisent l'utilisation d'outils brefs et standardisés, administrés dès le triage ou rapidement après l'arrivée, comme l'outil du programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien à domicile (PRISMA-7), l'*Identification systématique des aîné(e)s à risque* (ISAR) ou la *Clinical Frailty Scale* (CFS). De plus, ces organismes insistent sur la nécessité d'intégrer le dépistage à un parcours clinique structuré comprenant une évaluation plus approfondie, une orientation vers les ressources appropriées et un arrimage avec les services communautaires.

Les données probantes indiquent que plusieurs outils validés en contexte d'urgence, notamment l'ISAR, le PRISMA-7 et la CFS, permettent de repérer les personnes âgées présentant un risque accru de fragilité ou de perte d'autonomie, mais avec des performances diagnostiques variables. Globalement, l'ISAR présente une capacité élevée à dépister les personnes comme étant réellement fragiles (sensibilité), mais une capacité plus limitée à repérer correctement les personnes qui ne sont pas fragiles (spécificité), alors que la CFS tend à offrir une spécificité plus élevée, avec une sensibilité plus variable. Le PRISMA-7 montre des performances intermédiaires, dépendantes du seuil retenu et du critère de référence utilisé. L'hétérogénéité des populations, des contextes d'administration et des indicateurs étudiés limite toutefois la comparabilité des résultats et ne permet pas de déterminer si la performance diagnostique d'un outil est supérieure à celle des autres.

Les études recensées suggèrent que les personnes dépistées positives présentent généralement un risque accru d'hospitalisation, de séjour prolongé et de recours subséquents aux services de santé. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de démontrer clairement les effets du dépistage sur le déclin fonctionnel, le risque d'institutionnalisation et l'utilisation réelle des services de soutien à domicile.

Les données contextuelles indiquent par ailleurs qu'une faible proportion des personnes repérées rencontre les critères pour l'attribution des services de soutien à domicile à la suite du suivi effectué par l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-nationale – Universitaire, après l'épisode aigu. Les retombées du dépistage semblent ainsi dépendre moins de l'outil utilisé que de l'existence de mécanismes structurés de référence, d'évaluation complémentaire et de continuité avec les services en aval. Selon les résultats de l'enquête de pratique menée au Québec, les limites du processus actuel soulevées dans les urgences concernent surtout la variabilité des modalités d'implantation du dépistage, la charge de travail associée, les besoins en formation et les difficultés d'accès aux ressources communautaires ou de soutien à domicile.

Dans l'ensemble, les données probantes et contextuelles soutiennent la pertinence d'un dépistage systématique de la fragilité chez les personnes de 75 ans et plus à l'urgence, en particulier chez celles qui ne sont pas déjà connues du réseau. Aucun outil ne se démarque toutefois de façon définitive, et la valeur du dépistage repose avant tout sur la qualité de son implantation, la clarté des trajectoires de référence, la coordination interdisciplinaire et la capacité du réseau à assurer un suivi effectif après le passage à l'urgence. Ainsi, il est recommandé d'optimiser la pratique de dépistage systématique dans les établissements concernés en l'inscrivant dans une approche structurée, ciblée et arrimée aux services requis.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

|              |                                                                                                     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAPA         | Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier                                           |
| AVQ          | Activités de la vie quotidienne                                                                     |
| BPQ          | <i>Bergman-Paris Question</i>                                                                       |
| CFS          | <i>Clinical Frailty Scale</i> (échelle de fragilité clinique)                                       |
| CHU          | Santé Québec Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval                            |
| CHUM         | Santé Québec - Centre hospitalier de l'Université de Montréal                                       |
| CHUS         | Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke                                |
| CLSC         | Centre local de services communautaires                                                             |
| CUSM         | Santé Québec - Centre universitaire de santé McGill                                                 |
| DPSAPA       | Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées                                 |
| EGG          | Évaluation gériatrique globale ( <i>Comprehensive Geriatric Assessment</i> , CGA)                   |
| ETG          | Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence                          |
| EOSS         | Équipe d'organisation des soins et services                                                         |
| FRESH        | <i>Function Risk Equipment Support Home</i>                                                         |
| GEDA         | <i>Geriatric Emergency Department Accreditation Program</i>                                         |
| HSS          | Hôpital du Saint-Sacrement                                                                          |
| IC           | Intervalle de confiance                                                                             |
| INESSS       | Institut national d'excellence en santé et services sociaux                                         |
| ISAR         | <i>Identification systématique des aîné(e)s à risque</i>                                            |
| IUCPQ–ULaval | Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval |
| PRISMA-7     | Outil du Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie      |
| MSSS         | Ministère de la Santé et des Services sociaux                                                       |
| RSIPA        | Réseau de services intégrés aux personnes âgées                                                     |
| RSSS         | Réseau de la santé et des services sociaux                                                          |
| SAD          | Soutien à domicile                                                                                  |
| SAIRC        | Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles                                     |
| SAPA         | Soutien à l'autonomie des personnes âgées                                                           |
| SMAF         | Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle                                                      |
| TRST         | <i>Triage risk screening tool</i>                                                                   |
| UCDG         | Unité de courte durée gériatrique                                                                   |
| UETMIS       | Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé                            |
| UETMISSS     | Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux        |
| VIP          | <i>Variable indicative of placement</i>                                                             |

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| AVANT-PROPOS.....                                                                                                                                                                                                                                                                     | V     |
| SOMMAIRE .....                                                                                                                                                                                                                                                                        | VII   |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....                                                                                                                                                                                                                                                 | VIII  |
| TABLE DES MATIÈRES .....                                                                                                                                                                                                                                                              | IX    |
| LISTE DES ANNEXES.....                                                                                                                                                                                                                                                                | XI    |
| LISTE DES TABLEAUX .....                                                                                                                                                                                                                                                              | XII   |
| LISTE DES FIGURES .....                                                                                                                                                                                                                                                               | XIV   |
| RÉSUMÉ.....                                                                                                                                                                                                                                                                           | XV    |
| SUMMARY .....                                                                                                                                                                                                                                                                         | XVIII |
| 1. INTRODUCTION.....                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1     |
| 2. INFORMATIONS GÉNÉRALES .....                                                                                                                                                                                                                                                       | 2     |
| 2.1. Vieillessement de la population.....                                                                                                                                                                                                                                             | 2     |
| 2.2. La fragilité chez les personnes âgées.....                                                                                                                                                                                                                                       | 2     |
| 2.3. Méthodes d'évaluation et de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées.....                                                                                                                                                                                              | 3     |
| 2.4. Prise en charge et dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence.....                                                                                                                                                                                | 5     |
| 2.5. Contexte d'évaluation .....                                                                                                                                                                                                                                                      | 5     |
| 3. QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTIONS D'ÉVALUATION .....                                                                                                                                                                                                                             | 7     |
| 3.1. Question décisionnelle.....                                                                                                                                                                                                                                                      | 7     |
| 3.2. Questions d'évaluation.....                                                                                                                                                                                                                                                      | 7     |
| 4. MÉTHODES D'ÉVALUATION.....                                                                                                                                                                                                                                                         | 8     |
| 4.1. Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité .....                                                                                                                                                                                                               | 8     |
| 4.1.1. Recherche documentaire .....                                                                                                                                                                                                                                                   | 8     |
| 4.1.2. Sélection des publications.....                                                                                                                                                                                                                                                | 8     |
| 4.1.3. Évaluation de la qualité des publications et extraction des données .....                                                                                                                                                                                                      | 10    |
| 4.1.4. Analyse des données des études originales.....                                                                                                                                                                                                                                 | 10    |
| 4.2. Données contextuelles.....                                                                                                                                                                                                                                                       | 11    |
| 4.2.1. Collecte de données auprès d'informateurs clés de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et de Santé Québec Gaspésie .....                                        | 11    |
| 4.2.2. Collecte de données volumétriques issues des bases de données clinico-administratives de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et de Santé Québec Gaspésie ..... | 11    |
| 4.2.3. Collecte de données cliniques issues des dossiers patients électroniques de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval .....                                                                                                                                                  | 12    |
| 4.2.4. Collecte de données auprès de l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire.....                                                                                                                                                                           | 12    |
| 4.3. Enquête de pratique.....                                                                                                                                                                                                                                                         | 12    |
| 4.4. Analyse des données.....                                                                                                                                                                                                                                                         | 13    |
| 4.5. Révision .....                                                                                                                                                                                                                                                                   | 13    |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.6.   | Modifications au plan d'évaluation .....                                                                                                                                                                                                               | 13  |
| 5.     | RÉSULTATS .....                                                                                                                                                                                                                                        | 14  |
| 5.1.   | Recherche documentaire .....                                                                                                                                                                                                                           | 14  |
| 5.1.1. | Recommandations de sociétés savantes et d'organismes gouvernementaux .....                                                                                                                                                                             | 14  |
| 5.1.2. | Consensus d'experts .....                                                                                                                                                                                                                              | 17  |
| 5.1.3. | Revue systématique .....                                                                                                                                                                                                                               | 19  |
| 5.1.4. | Études originales .....                                                                                                                                                                                                                                | 23  |
| 5.1.5. | Études en cours .....                                                                                                                                                                                                                                  | 34  |
| 5.1.6. | Enquêtes publiées .....                                                                                                                                                                                                                                | 35  |
| 5.1.7. | Études économiques .....                                                                                                                                                                                                                               | 41  |
| 5.2.   | Données contextuelles.....                                                                                                                                                                                                                             | 41  |
| 5.2.1. | Données générales .....                                                                                                                                                                                                                                | 41  |
| 5.2.2. | À Santé Québec CHU de Québec-Université Laval .....                                                                                                                                                                                                    | 41  |
| 5.2.3. | À Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval .....                                                                                                                                            | 44  |
| 5.2.4. | Dans les centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie .....                                                                                                                                                                                           | 44  |
| 5.2.5. | À Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire (Équipe Accès) .....                                                                                                                                                                                 | 44  |
| 5.2.6. | Données extraites des dossiers patients électroniques de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval .....                                                                                                                                             | 46  |
| 5.2.7. | Résultats de l'enquête de pratique menée à Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, dans les établissements partenaires et dans d'autres services d'urgence au Québec .....                                                                        | 49  |
| 6.     | DISCUSSION .....                                                                                                                                                                                                                                       | 53  |
| 6.1.   | Dépistage systématique de la fragilité chez les personnes âgées aux urgences : une pratique faisant consensus entre les parties prenantes .....                                                                                                        | 53  |
| 6.2.   | Plusieurs outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées validés en contexte d'urgences, mais des incertitudes demeurent.....                                                                                                                 | 54  |
| 6.3.   | Dépistage systématique de la fragilité des personnes âgées aux urgences dans les établissements du Québec : des modalités d'implantation variables qui nécessitent un meilleur arrimage entre les milieux de soins et les services en communauté ..... | 55  |
| 7.     | RECOMMANDATION .....                                                                                                                                                                                                                                   | 58  |
| 8.     | CONCLUSION .....                                                                                                                                                                                                                                       | 61  |
|        | ANNEXES .....                                                                                                                                                                                                                                          | 62  |
|        | RÉFÉRENCES .....                                                                                                                                                                                                                                       | 103 |

## LISTE DES ANNEXES

---

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE .....                                                | 62  |
| ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BANQUES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES .....                                 | 68  |
| ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS .....                                                  | 71  |
| ANNEXE 4. GABARITS D'ENTREVUE ET QUESTIONNAIRE .....                                                                              | 72  |
| ANNEXE 5. ÉTUDES ORIGINALES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES.....                                                  | 78  |
| ANNEXE 6. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DOCUMENTS RETENUS .....                                                     | 81  |
| ANNEXE 7. OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ UTILISÉS DANS LES ÉTUDES RETENUES .....                                             | 62  |
| ANNEXE 8. DOCUMENTS EXCLUS SUR LA BASE DU TEXTE ENTIER AU COURS DU PROCESSUS DE SÉLECTION ET MOTIFS<br>D'EXCLUSION (N = 317)..... | 86  |
| ANNEXE 9. PROPOSITION D'INDICATEURS DE PERFORMANCE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE .....                                            | 102 |

## LISTE DES TABLEAUX

|                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABEAU 1. CARACTÉRISTIQUES DES TROIS PRINCIPAUX OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ .....                                                                                                                                  | 4  |
| TABEAU 2. CRITÈRES DE SÉLECTION ET LIMITES .....                                                                                                                                                                           | 9  |
| TABEAU 3. DÉFINITION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE D'UN TEST DE DÉPISTAGE .....                                                                                                                                           | 11 |
| TABEAU 4. DESCRIPTION DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE SOCIÉTÉS SAVANTES ET D'ORGANISMES<br>GOUVERNEMENTAUX PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE .....                               | 15 |
| TABEAU 5. DESCRIPTION SOMMAIRE DES REVUES SYSTÉMATIQUES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES<br>PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE .....                                                                                  | 20 |
| TABEAU 6. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DE L'ISAR DANS LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE<br>GALVIN ET AL. (2017) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE [66] .....       | 21 |
| TABEAU 7. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DES OUTILS UTILISÉS DANS LA REVUE<br>SYSTÉMATIQUE DE KU ET AL. (2025) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À L'URGENCE [67] .....                     | 22 |
| TABEAU 8. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DU PRISMA-7 ( $\geq 3$ ) À L'URGENCE DANS LA<br>REVUE SYSTÉMATIQUE DE MOHAMED ET AL. (2025) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ [68] .....           | 23 |
| TABEAU 9. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES<br>PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE .....                                                                                | 25 |
| TABEAU 10. CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS INCLUSES DANS LES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES PORTANT SUR LE<br>DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE .....                                                 | 26 |
| TABEAU 11. MODALITÉS D'ADMINISTRATION DES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂNÉES À<br>L'URGENCE DANS LES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES .....                                                                 | 27 |
| TABEAU 12. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LA FRAGILITÉ À L'URGENCE .....                                                                                                                                                   | 28 |
| TABEAU 13. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'HOSPITALISATION .....                                                                                                                                    | 29 |
| TABEAU 14. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'UNE DURÉE DE SÉJOUR À L'URGENCE OU DE<br>SÉJOUR HOSPITALIER PROLONGÉS .....                                                                              | 30 |
| TABEAU 15. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'UN RETOUR À L'URGENCE .....                                                                                                                              | 31 |
| TABEAU 16. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE DE RÉADMISSIONS À L'HÔPITAL .....                                                                                                                          | 32 |
| TABEAU 17. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE DE DÉCLIN FONCTIONNEL .....                                                                                                                                | 33 |
| TABEAU 18. CAPACITÉ DES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À L'URGENCE À PRÉDIRE L'INSTITUTIONNALISATION ...                                                                                                              | 33 |
| TABEAU 19. CARACTÉRISTIQUES DES PROTOCOLES DE REVUES SYSTÉMATIQUES EN COURS PORTANT SUR LE DÉPISTAGE<br>DE LA PERTE D'AUTONOMIE À L'URGENCE .....                                                                          | 35 |
| TABEAU 20. CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTES DE PRATIQUE INCLUSES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À<br>L'URGENCE .....                                                                                                | 36 |
| TABEAU 21. FRÉQUENTATION DANS LES URGENCES AU QUÉBEC ET PROPORTIONS DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS EN<br>2024-2025 .....                                                                                                   | 41 |
| TABEAU 22. NOMBRE DE PRISMA-7 POSITIFS REÇUS PAR L'ÉQUIPE ACCÈS DE SANTÉ QUÉBEC CAPITALE-<br>NATIONALE – UNIVERSITAIRE ET PATIENTS RÉFÉRÉS POUR DES SERVICES SELON L'URGENCE DE PROVENANCE<br>(JANVIER-OCTOBRE 2025) ..... | 45 |
| TABEAU 23. SUIVI DES PERSONNES RÉFÉRÉES À SANTÉ QUÉBEC CAPITALE-NATIONALE – UNIVERSITAIRE À LA SUITE D'UN<br>PRISMA-7 POSITIF (N = 406) .....                                                                              | 46 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLEAU 24. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE PATIENTS AYANT REÇU UN PRISMA-7 À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL (N = 141).....                                                                                             | 48 |
| TABLEAU 25. RÉSULTATS LIÉS À L'ADMINISTRATION DU PRISMA-7 DANS L'ÉCHANTILLON DE PATIENTS À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL (N = 141).....                                                                                                                 | 48 |
| TABLEAU 26. ORGANISATION DU DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES AUX URGENCES, À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTENAIRES ET LES ÉTABLISSEMENTS DU QUÉBEC AYANT RÉPONDU AU SONDAGE <sup>1</sup> ..... | 50 |

## LISTE DES FIGURES

---

|                                                                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| FIGURE 1. VUE D'ENSEMBLE, DANS LA RÉGION DE QUÉBEC, DES FACTEURS DE RISQUE, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DES IMPACTS DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES AÎNÉES.....                                    | 6  |
| FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES AÎNÉES À L'URGENCE .....                                                                        | 14 |
| FIGURE 3. RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ET PLUS SUR CIVIÈRE AUX URGENCES DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL DE 2021 À 2025.....                                                   | 42 |
| FIGURE 4. RÉPARTITION DES PATIENTS DE 65 À 74 ANS (A) ET DE 75 ANS ET PLUS (B) SUR CIVIÈRE DANS LES DIFFÉRENTS SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025 .....   | 42 |
| FIGURE 5. RAISONS DE CONSULTATION LES PLUS FRÉQUENTES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS SUR CIVIÈRE DANS LES SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025.....     | 43 |
| FIGURE 6. RAISONS DE CONSULTATION LES PLUS FRÉQUENTES DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS SUR CIVIÈRE DANS LES SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025 ..... | 43 |
| FIGURE 7. DIAGRAMME POUR LA CRÉATION D'UN ÉCHANTILLON DE PATIENTS POUR LA COLLECTE DE DONNÉES DANS LES DOSSIERS PATIENTS ÉLECTRONIQUES .....                                                          | 47 |

# RÉSUMÉ

---

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population représente un défi majeur pour les systèmes de santé. En 2021, le Québec comptait 1,7 million de personnes de 65 ans et plus (20 % de la population), et cette proportion devrait atteindre 24 % d'ici 2031. Parmi les enjeux associés, la fragilité, état multidimensionnel et dynamique correspondant à une vulnérabilité accrue face aux facteurs de stress, constitue un prédicteur important de résultats cliniques défavorables tels que l'hospitalisation, la perte d'autonomie et la mortalité. Les services d'urgence représentent une porte d'entrée fréquente pour les personnes âgées, qui comptent pour 25 % des usagers, dont jusqu'à 60 % seraient considérés comme fragiles. En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié des lignes directrices sur le dépistage de la fragilité des personnes de 75 ans et plus à l'urgence en recommandant l'utilisation de l'outil du programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA-7) ou de l'*Identification systématique des aîné(e)s à risque* (ISAR). Malgré cette directive, les pratiques de dépistage demeurent hétérogènes au sein des établissements du réseau, et la pertinence des outils utilisés à l'urgence est remise en question notamment en raison de la faible proportion de services mis en place après un épisode aigu de soins. C'est dans ce contexte que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de Santé Québec Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHU), en partenariat avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et avec la collaboration de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–ULaval) et de Santé Québec Gaspésie, a entrepris cette évaluation.

## QUESTION DÉCISIONNELLE

Les pratiques pour dépister les personnes âgées fragiles orientées dans le secteur civière dans les urgences du CHU, de l'IUCPQ–ULaval et des centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie devraient-elles être modifiées?

## MÉTHODOLOGIE

L'évaluation a été réalisée selon la méthodologie de l'UETMIS avec le soutien d'un groupe de travail interdisciplinaire. Une recherche documentaire systématique a été effectuée dans plusieurs bases de données bibliographiques (Medline/PubMed, Embase, Cochrane, Epistemonikos, AgeLine, PsycInfo, entre autres) et dans la littérature grise, couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 10 mars 2026. La sélection a été réalisée de manière indépendante par deux évaluateuses. Les indicateurs d'intérêt recherchés dans la littérature concernaient principalement la performance des outils de dépistage (ex. : sensibilité, spécificité et valeurs prédictives), les effets du dépistage sur les résultats cliniques et l'utilisation des services de santé, ainsi que les caractéristiques organisationnelles des modèles de dépistage et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie se présentant à l'urgence. Seuls les outils de dépistage disponibles en version validée en français et ayant fait l'objet d'au moins deux études ont été inclus.

Des données contextuelles ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées (n = 14 entretiens, du 6 août au 22 septembre 2025) auprès d'informateurs clés du CHU, de l'IUCPQ–ULaval et de Santé Québec Gaspésie, à partir de données clinico-administratives issues des bases de données des établissements partenaires et de la banque de données commune des urgences (BDCU) du MSSS, d'une collecte de données dans les dossiers patients électroniques du CHU (n = 141), et des données de l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire (janvier-octobre 2025). Une enquête de pratique par questionnaire auto-administré sur le dépistage de la fragilité des personnes âgées a également été menée à l'échelle provinciale auprès d'intervenants œuvrant dans les urgences entre le 12 août et le 23 septembre 2025.

## RÉSULTATS

Les différentes sources de données disponibles ont été analysées afin de répondre aux questions d'évaluation.

### **Quelles sont les recommandations des organismes et sociétés savantes sur les pratiques de dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence?**

Les recommandations des organismes et sociétés savantes recensées (ministère de la Santé et des Services sociaux, American College of Emergency Physicians, Royal College of Physicians du Royaume-Uni, British Geriatrics Society, Institute of Health Economics en Alberta) convergent vers l'importance d'un repérage ou dépistage précoce et systématique de la fragilité ou du risque de perte d'autonomie chez les personnes âgées se présentant à l'urgence. Elles préconisent l'utilisation d'outils brefs et standardisés, administrés dès le triage ou rapidement après l'arrivée, le PRISMA-7 (seuil de positivité  $\geq 4$ ), l'ISAR (seuil  $\geq 2$ ) ou la *clinical frailty scale* (CFS,  $\geq 5$ ). Ces recommandations soulignent toutefois que le dépistage doit s'inscrire dans un parcours structuré comprenant une évaluation plus approfondie en cas de résultat positif, une orientation vers les ressources appropriées et une bonne continuité avec les services de soutien à domicile ou communautaires. Les deux consensus d'experts identifiés précisent qu'un outil de dépistage de la fragilité des aînés à l'urgence se doit d'être rapide, multidimensionnel, validé et intégré à la routine de l'urgence.

### **Quelle est la performance diagnostique des différents outils validés et/ou utilisés dans les services d'urgence pour le dépistage de la fragilité des personnes âgées?**

Les données probantes identifiées à partir de 4 revues systématiques et 22 études observationnelles indiquent que plusieurs outils validés en contexte d'urgence, notamment l'ISAR, le PRISMA-7 et la CFS, permettent de repérer les personnes âgées présentant un risque accru de fragilité ou de perte d'autonomie, mais avec des performances diagnostiques variables. Globalement, l'ISAR se caractérise par une sensibilité élevée ( $> 80\%$  pour plusieurs indicateurs), mais d'une spécificité plus limitée (souvent entre  $20\%$  et  $40\%$ ), alors que la CFS présente une spécificité généralement plus élevée (généralement de  $80\%$  à  $90\%$ ), avec une sensibilité plus variable ( $51\%$  à  $77\%$ ). Le PRISMA-7 montre, pour sa part, des performances intermédiaires, dépendantes du seuil retenu et du critère de référence utilisé avec une sensibilité globale autour de  $77\%$  et une spécificité allant jusqu'à  $86\%$ . Dans l'ensemble, l'hétérogénéité des populations, des contextes d'administration, des seuils de positivité et des indicateurs étudiés limite la comparabilité des résultats et ne permet pas de déterminer si la performance diagnostique d'un outil est supérieure à celle des autres. Par ailleurs, très peu d'études ( $n = 2$ ) intègrent une mesure de référence (ex. : évaluation gériatrique globale) afin de comparer les performances des outils pour dépister adéquatement la fragilité.

### **Quels sont les effets observés des pratiques de dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence sur l'utilisation des services de santé et de soins à domicile?**

Les données recensées suggèrent que les pratiques de dépistage de la perte d'autonomie ou de la fragilité à l'urgence permettent d'identifier des personnes âgées présentant des besoins accrus en services de santé et en soutien à domicile, mais les effets observés sur l'utilisation effective de ces services demeurent variables. Les études indiquent que les personnes dépistées positives présentent généralement un risque plus élevé d'hospitalisation, de séjour prolongé et de recours subséquents aux services hospitaliers. Toutefois, les outils de dépistage, de part une spécificité souvent limitée, présentent une capacité incertaine à prédire ces événements. Les données probantes demeurent limitées quant à l'effet direct du dépistage sur le déclin fonctionnel, le risque d'institutionnalisation et l'utilisation réelle des services de soutien à domicile. Les données contextuelles, émanant de l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, montrent qu'une faible proportion des personnes repérées positives rencontre les critères d'admissibilité aux services de soutien à domicile à la suite de l'évaluation effectuée dans la communauté et reçoit effectivement des services après l'épisode aigu. Selon les intervenants-clés rencontrés, il semble primordial d'établir des mécanismes de suivi et d'arrimage entre les services d'urgence et les services en aval.

### **Quelles sont les caractéristiques, incluant les avantages et les inconvénients, des modèles d'organisation des services pour le dépistage de la fragilité des personnes âgées se présentant à l'urgence?**

Les données contextuelles, obtenues par un sondage en ligne complété par 17 médecins ou cadres œuvrant aux urgences de 12 établissements à travers le Québec, montrent que la fréquentation des urgences des personnes âgées de 75 ans et plus ne cesse de croître chaque année. Pour le CHU, cette catégorie d'âge représente plus de 30 000 personnes dans les urgences en 2024-2025. L'ensemble des parties prenantes rencontrées dans le cadre du projet d'évaluation s'entendent sur

l'importance du dépistage de la fragilité à l'urgence pour cette population. Cependant, elles mettent en évidence une grande variabilité des modalités d'implantation de ce dépistage. Le dépistage est généralement réalisé à l'aide d'outils standardisés, principalement le PRISMA-7, administrés au triage ou peu après l'arrivée, le plus souvent par le personnel infirmier. Toutefois, les pratiques diffèrent quant à la population ciblée, au moment d'administration, à l'intégration des outils aux systèmes informatisés et aux mécanismes de transmission des résultats. Les résultats de l'enquête menée à l'interne ainsi que ceux des enquêtes de pratique publiées, indiquent que, bien que le dépistage favorise l'identification précoce des personnes à risque et la coordination interdisciplinaire, son utilisation est parfois perçue comme une charge de travail supplémentaire à l'urgence, en particulier en contexte de ressources limitées. Les principaux défis rapportés concernent l'hétérogénéité des pratiques, les besoins en formation, ainsi que les difficultés d'arrimage avec les services communautaires et de continuité des suivis, limitant les retombées concrètes du dépistage. Dans l'ensemble, les données suggèrent que la valeur de ces modèles dépend moins de l'outil retenu que de la clarté des trajectoires de référence, du partage des responsabilités cliniques et de la capacité organisationnelle à assurer un suivi effectif après le passage à l'urgence.

## **DISCUSSION**

- Le dépistage systématique de la fragilité chez les personnes âgées à l'urgence : une pratique faisant consensus entre les parties prenantes.
- Plusieurs outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées validés en contexte d'urgence, mais des incertitudes demeurent.
- Le dépistage systématique de la fragilité des personnes âgées à l'urgence dans les établissements du Québec : des modalités d'implantation variables qui nécessitent un meilleur arrimage entre les milieux de soins et les services en communauté.

## **RECOMMANDATION**

Il est recommandé aux services d'urgence du CHU, de l'IUCPQ–ULaval et des centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie d'optimiser la pratique de dépistage systématique de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus non connues du Réseau de la santé et des services sociaux, en l'inscrivant dans une approche structurée, ciblée et arrimée aux services requis.

## **CONCLUSION**

Dans l'ensemble, les données probantes et contextuelles soutiennent la pertinence d'un dépistage systématique de la fragilité chez les personnes de 75 ans et plus à l'urgence. Les outils disponibles (CFS, ISAR, PRISMA-7) permettent généralement d'identifier ces personnes, mais les données de la littérature demeurent insuffisantes pour démontrer un effet direct du dépistage seul sur les résultats cliniques, les trajectoires de soins ou l'efficacité du système. Les bénéfices potentiels semblent surtout dépendre de la présence d'interventions subséquentes au dépistage et d'une rétroaction entre le milieu de dépistage et le milieu communautaire. L'enjeu principal ne repose donc pas seulement sur le choix de l'outil de dépistage, mais sur la qualité de son implantation, la coordination interdisciplinaire et la continuité des services centrés sur les besoins réels des personnes âgées, après le passage à l'urgence.

## SUMMARY

---

### INTRODUCTION

Population aging represents a major challenge for healthcare systems. In 2021, Québec had 1.7 million people aged 65 years and over (20 % of the population), and this proportion is expected to reach 24 % by 2031. Among the associated issues, frailty—a multidimensional and dynamic condition characterized by increased vulnerability to stressors—is an important predictor of adverse clinical outcomes such as hospitalization, loss of autonomy, and mortality. Emergency departments are a frequent point of entry for older adults, who account for approximately 25 % of users, of whom up to 60 % may be considered frail. In 2022, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) published guidelines on frailty screening for individuals aged 75 years and older in emergency departments, recommending the use of the programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA-7) tool or the *Identification of Seniors at Risk* (ISAR). Despite this directive, screening practices remain heterogeneous across healthcare institutions, and the appropriateness of the tools used in emergency settings has been questioned, particularly because of the limited proportion of services implemented following an acute care episode. Within this context, the Health Technology and Intervention Assessment Unit (UETMIS) of Santé Québec Centre hospitalier universitaire de Québec–Université Laval (CHU), in partnership with the Health Technology and Health and Social Services Assessment Unit (UETMISSS) of Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, and with the collaboration of Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–ULaval) and Santé Québec Gaspésie, undertook this assessment.

### DECISION-MAKING QUESTION

Should current practices for screening frail older adults assigned to stretcher areas in the emergency departments of the CHU, IUCPQ–ULaval, and Santé Québec Gaspésie hospitals be modified?

### METHODOLOGY

The assessment was conducted in accordance with the UETMIS methodology, with support from an interdisciplinary working group. A systematic literature review was performed in several bibliographic databases (*Medline/PubMed*, *Embase*, *Cochrane*, *Epistemonikos*, *AgeLine*, *PsycInfo*, among others) and in the grey literature, covering the period from January 1, 2000, to March 10, 2026. Study selection was carried out independently by two reviewers. Outcomes of interest identified in the literature primarily concerned the performance of screening tools (e.g., sensitivity, specificity, and predictive values), the effects of screening on clinical outcomes and healthcare service utilization, as well as the organizational characteristics of screening and care models for older adults experiencing loss of autonomy who present to emergency departments. Only screening tools available in a validated French version and evaluated in at least two studies were included.

Contextual data were collected through semi-structured interviews (n = 14 interviews conducted between August 6 and September 22, 2025) with key informants from the CHU, IUCPQ–ULaval, and Santé Québec Gaspésie; through clinico-administrative data from the partner institutions' databases and the MSSS *Emergency Department Common Database* (BDCU); through a review of electronic patient records at the CHU (n = 141); and through data from l'équipe Accès of Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire (January–October 2025). A province-wide practice survey on frailty screening among older adults was also conducted using a self-administered questionnaire distributed to emergency department professionals between August 12 and September 23, 2025.

## RESULTS

The various available data sources were analyzed to address the evaluation questions.

### **What do organizations and professional societies recommend regarding frailty screening practices for older adults in emergency departments?**

Recommendations identified from organizations and professional societies (including the MSSS, the American College of Emergency Physicians, the Royal College of Physicians of the United Kingdom, the British Geriatrics Society, and the Institute of Health Economics in Alberta) converge on the importance of early and systematic identification or screening of frailty or risk of loss of autonomy among older adults presenting to emergency departments. They recommend the use of brief, standardized tools administered at triage or shortly after arrival, such as the PRISMA-7 (positive threshold  $\geq 4$ ), ISAR (threshold  $\geq 2$ ), or the Clinical Frailty Scale (CFS; score  $\geq 5$ ). These recommendations emphasize, however, that screening should be embedded within a structured care pathway including more comprehensive assessment following a positive result, referral to appropriate resources, and effective continuity with home-care or community-based services. The two expert consensus documents identified specify that a frailty screening tool for older adults in emergency settings should be rapid, multidimensional, validated, and integrated into routine emergency department workflows.

### **What is the diagnostic performance of validated and/or commonly used screening tools in emergency departments for identifying frailty among older adults?**

Evidence identified from 4 systematic reviews and 22 observational studies indicates that several tools validated in emergency settings, including the ISAR, PRISMA-7, and CFS, can identify older adults at increased risk of frailty or loss of autonomy, although their diagnostic performance varies. Overall, the ISAR is characterized by high sensitivity ( $> 80\%$  for several outcomes) but lower specificity (often between  $20\%$  and  $40\%$ ), whereas the CFS generally demonstrates higher specificity (typically  $80\%$ - $90\%$ ) with more variable sensitivity ( $51\%$ - $77\%$ ). PRISMA-7 showed intermediate performance, depending on the threshold used and the reference standard applied, with an overall sensitivity of approximately  $77\%$  and specificity reaching up to  $86\%$ . Overall, heterogeneity in study populations, administration contexts, positivity thresholds, and outcomes assessed limits the comparability of results and prevents determination of whether any one tool has superior diagnostic performance. In addition, very few studies ( $n = 2$ ) incorporated a reference standard (e.g., comprehensive geriatric assessment) to adequately compare the diagnostic performance of screening tools for frailty.

### **What effects do frailty screening practices in emergency departments have on healthcare and home-care service utilization?**

The available evidence suggests that screening for loss of autonomy or frailty in emergency departments helps identify older adults with increased healthcare and home-care needs; however, the observed effects on actual service utilization remain variable. Studies indicate that individuals with positive screening results generally face a higher risk of hospitalization, prolonged hospital stay, and subsequent use of hospital services. Nevertheless, because screening tools often have limited specificity, their ability to predict such outcomes remains uncertain. Evidence regarding the direct impact of screening on functional decline, institutionalization, and actual home-care service utilization remains limited. Contextual data from l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire show that only a small proportion of individuals screened positive meet eligibility criteria for home-care services following community-based assessment and ultimately receive services after the acute care episode. According to key informants interviewed, establishing mechanisms for follow-up and coordination between emergency departments and downstream services appears essential.

## **What are the characteristics, advantages, and disadvantages of service organization models for frailty screening among older adults presenting to emergency departments?**

Contextual data obtained from an online survey completed by 17 physicians or managers working in emergency departments across 12 Québec institutions indicate that emergency department attendance among adults aged 75 years and older continues to increase annually. At the CHU, this age group accounted for more than 30,000 emergency visits in 2024–2025. All stakeholders consulted during the assessment agreed on the importance of frailty screening in emergency settings for this population. However, they highlighted substantial variability in implementation approaches. Screening is generally performed using standardized tools, primarily PRISMA-7, administered at triage or shortly after arrival, most often by nursing staff. Practices differ, however, regarding the target population, timing of administration, integration of tools into electronic systems, and mechanisms for communicating results. Findings from the internal survey and published practice surveys indicate that, although screening facilitates early identification of at-risk individuals and interdisciplinary coordination, it is sometimes perceived as an additional workload burden in emergency departments, particularly in resource-constrained contexts. The main challenges reported include heterogeneous practices, training needs, and difficulties coordinating with community services and ensuring continuity of follow-up, thereby limiting the concrete benefits of screening. Overall, the data suggest that the value of these models depends less on the specific tool selected than on the clarity of referral pathways, the sharing of clinical responsibilities, and the organizational capacity to ensure effective follow-up after emergency department discharge.

## **DISCUSSION**

- Systematic frailty screening among older adults in emergency departments : a practice supported by stakeholder consensus.
- Several frailty screening tools for older adults have been validated in emergency settings, but uncertainties remain.
- Systematic frailty screening of older adults in Québec emergency departments : variable implementation approaches that require better integration between healthcare settings and community services.

## **RECOMMENDATION**

Emergency departments at the CHU, IUCPQ–ULaval, and Santé Québec Gaspésie hospitals should optimize the systematic screening of frailty among adults aged 75 years and older who are not already known to the Québec health and social services system, by embedding screening within a structured, targeted approach aligned with the services required.

## **CONCLUSION**

Overall, the available evidence and contextual data support the relevance of systematic frailty screening for adults aged 75 years and older in emergency departments. Available tools (CFS, ISAR, and PRISMA-7) generally allow identification of these individuals; however, the literature remains insufficient to demonstrate a direct effect of screening alone on clinical outcomes, care trajectories, or health system efficiency. Potential benefits appear to depend primarily on the availability of interventions following screening and on effective feedback mechanisms between screening settings and community services. The main issue therefore lies not only in the choice of screening tool, but also in the quality of its implementation, interdisciplinary coordination, and continuity of services centered on the actual needs of older adults after their emergency department visit.

## 1. INTRODUCTION

---

Le vieillissement de la population est un phénomène marquant qui pose des défis importants, notamment en matière de soins de santé, de logements adaptés et de soutien social. Il est donc primordial de pouvoir identifier les personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie afin de leur offrir les soins et services adaptés à leur condition, pour qu'ils puissent vivre à domicile le plus longtemps possible. Dans l'objectif de développer, d'harmoniser et de consolider la pratique de dépistage des personnes âgées 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 [1]. Pour le dépistage 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 dans les services d'urgence, 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*). À la suite d'un dépistage positif, les personnes âgées identifiées sont orientées vers une évaluation plus approfondie afin de déterminer les soins et services requis par leur état.

Bien que la plupart des établissements du Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL) aient tenté d'implanter le PRISMA-7, la pratique demeure hétérogène et la pertinence de l'outil est remise en question. Il serait relativement fréquent que l'évaluation de la perte d'autonomie, à la suite du dépistage à l'urgence, ne mène pas à la mise en place de services complémentaires 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 l'évaluation approfondie du patient. Par conséquent, il est apparu nécessaire de réexaminer les pratiques de dépistage de la perte d'autonomie et plus largement de l'état de fragilité de la personne âgée à l'urgence 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) de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU) a été sollicitée par la Direction des soins infirmiers (DSI) afin d'évaluer si les pratiques de dépistage de la fragilité des personnes âgées qui se présentent dans les services d'urgence devraient être modifiées. Les travaux d'évaluation ont été menés en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire ainsi qu'avec la participation de Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ–ULaval) et de Santé Québec Gaspésie.

## 2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

### 2.1. Vieillessement de la population

L'espérance de vie a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, atteignant environ 82 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes au Québec [2]. En 2021, le Québec comptait 1,7 million de personnes de 65 ans et plus, représentant 20 % de la population. Selon les projections, la proportion des personnes âgées devrait s'établir à 24 % en 2031 puis demeurer relativement stable par la suite [3, 4]. Au Canada, la population âgée de 65 ans et plus a doublé entre 2001 et 2021 et devrait atteindre 2,5 millions de personnes au cours des 25 prochaines années [5]. Ces changements démographiques s'accompagnent d'une augmentation du nombre de personnes âgées avec des comorbidités liées à l'âge exerçant une pression constante sur les systèmes de santé et de services sociaux [6]. Dans un rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être du Québec en 2023, une augmentation massive des besoins en soutien à l'autonomie était prévue [7]. En effet, de 324 400 personnes ayant des besoins en 2023, on prévoit une augmentation de 223 400 personnes d'ici 2040 (soit +69 %), dont 33 700 personnes supplémentaires avec des incapacités lourdes. Il s'agit d'un enjeu de société majeur qui nécessite des adaptations dans les politiques publiques pour assurer le bien-être et l'autonomie des personnes âgées tout en maintenant la viabilité des services de santé [8].

Le vieillissement est un processus continu et progressif d'altération naturelle qui débute dès l'âge adulte [9]. Biologiquement, il se traduit par l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps, entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et mentales et une augmentation du risque de maladies (ex. : diabète, arthrose, démence). À mesure que les individus vieillissent, ils présentent plus de risques de souffrir de plusieurs affections simultanément. Le vieillissement est souvent accompagné de changements sociaux et personnels, tels que la retraite, la perte de proches et la réinstallation dans des logements plus adaptés. Cependant, le vieillissement en bonne santé est possible et vise à maintenir un état de santé physique et mental optimal, à prévenir les maladies et à rester actif et autonome [10]. Bien qu'il soit inévitable, les impacts du vieillissement sur la santé peuvent être atténués par des choix de vie sains et un environnement favorable. En effet, les facteurs environnementaux tels que l'accès aux soins de santé, l'activité physique régulière et la participation sociale jouent un rôle crucial dans la promotion d'un vieillissement en bonne santé [11]. En 2015-2017, il était estimé qu'un Canadien moyen de 65 ans pouvait vivre 21 ans de plus, cependant, selon l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, seules 15 de ces années seraient vécues en pleine santé [12]. L'Assemblée générale des Nations-Unies a proclamé 2021-2030 la Décennie du vieillissement en bonne santé. Il s'agit d'une collaboration mondiale sous la responsabilité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le but de mener une action concertée, mobilisatrice et collaborative à l'appui de vies plus longues et en meilleure santé [13]. Cette initiative vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés grâce à une action collective portant sur quatre domaines :

- Changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgeisme;
- Renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des aînés;
- Fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux aînés;
- Fournir aux aînés qui en ont besoin l'accès à des soins de longue durée de qualité.

### 2.2. La fragilité chez les personnes âgées

Le concept de fragilité correspond à un risque élevé de survenue de limitations fonctionnelles induites par le déclin cumulatif de plusieurs systèmes qui mène la personne vers une capacité réduite à faire face à une situation de stress, qu'elle soit aiguë ou quotidienne [14]. Historiquement, la fragilité était un qualificatif imprécis d'une vulnérabilité générale [9]. De nos jours, ce concept représente un fondement même de la gériatrie qui se consacre aux soins des personnes âgées fragiles plutôt que sur l'ensemble de la population âgée. Il n'existe toutefois aucun consensus quant à la définition ni la mesure de la fragilité. Il s'agit d'un état de prédépendance potentiellement réversible. Le syndrome de fragilité est multidimensionnel (physique, psychologique, social), multifactoriel et dynamique, et peut conduire à une perte d'autonomie [15]. Bien que la fragilité soit un état de vulnérabilité lié à l'âge, l'évaluation de la fragilité constitue généralement un indicateur plus pertinent de l'état de santé d'une personne que l'âge chronologique [14]. La fragilité est associée à une

prolongation de la durée de séjour hospitalier, une perte d'autonomie, un déclin de la qualité de vie et à une augmentation des coûts d'utilisation des services de santé [16].

Au Canada, la prévalence de la fragilité, mesurée dans le cadre d'une étude longitudinale portant sur 16 019 personnes [17] et d'une revue de la littérature [18] varie de 6 % chez les 35-49 ans à 8 % chez les 65 ans et plus, et jusqu'à 26 % chez les personnes de 85 ans et plus. En 2018, le National Institute of Ageing estimait que plus de deux millions de Canadiens seraient en état de fragilité en 2023 [19]. Outre l'âge avancé, plusieurs facteurs de risque de la fragilité ont été identifiés incluant la polypharmacie, l'inactivité physique, un faible niveau socio-économique ou l'isolement social, l'obésité, un déficit nutritionnel ou la présence de comorbidités médicales ou psychiatriques [20]. Les résultats d'une méta-analyse indiquent que la fragilité est associée à un risque accru d'hospitalisation, de perte d'activités de la vie de tous les jours, de mortalité prématurée, de limitations physiques, de chutes et de fractures [21]. Identifier les personnes fragiles, particulièrement dans les milieux où ces dernières viennent requérir des soins de santé ou des services sociaux (ex. : services d'urgence, cliniques de jour, résidences communautaires) est primordial afin de mettre en place des interventions visant à réduire ou à prendre en charge les risques associés à la fragilité [22].

### 2.3. Méthodes d'évaluation et de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées

Il existe plusieurs moyens pour mesurer la fragilité, mais aucun n'est considéré comme la référence standard [23]. Parmi les méthodes établies se trouvent le modèle phénotypique de Fried (*Fried Frailty Phenotype*) [24] et le modèle d'accumulation de déficits de Rockwood [25]. L'approche par phénotype identifie la fragilité sur la base de cinq critères objectifs et physiopathologiques : la perte de poids involontaire, la fatigue, la faible dépense énergétique, le ralentissement de la vitesse de marche et la faiblesse de la force de préhension [24]). Les personnes présentant trois des cinq facteurs sont considérées comme vivant en situation de fragilité. Cette approche est plus particulièrement appropriée en recherche puisqu'elle est moins adaptée à l'évaluation des personnes présentant un problème de santé aigu. Le modèle cumulatif repose sur l'accumulation au cours de la vie de certains déficits tels que des symptômes cliniques, des maladies, des incapacités ou des résultats de laboratoires anormaux [26]. Ce modèle permet d'établir un score de fragilité correspondant au nombre de déficits présents chez l'individu sur le nombre total de déficits inclus dans le modèle. Pour être considérés dans un modèle, les déficits doivent être associés à un état de santé, augmenter avec l'âge, ne pas être présents universellement chez les jeunes adultes, et couvrir plusieurs systèmes [9]. Comme d'autres mesures existantes, ces modèles peuvent prédire les résultats cliniques des personnes âgées à l'urgence, mais leur application demeure limitée en pratique. Bien qu'il n'existe pas de référentiel unique, l'évaluation gériatrique globale (EGG, *Comprehensive Geriatric Assessment*) est généralement considérée comme la référence clinique standard pour l'évaluation et la prise en charge de la fragilité chez les personnes âgées [22]. L'EGG est un processus interdisciplinaire visant à analyser les domaines médical, psychologique, social et fonctionnel de la personne âgée fragile afin d'élaborer un plan de traitement, de soutien et de suivi [27]. Cette approche requiert de nombreuses ressources. Il s'agit d'une approche systématique, structurée et standardisée qui se penche sur les dimensions médicale, fonctionnelle, cognitive, psychologique et sociale [28]. Très largement utilisée en milieu hospitalier dans les services de gériatrie, l'EGG permettrait de favoriser le maintien à domicile, de prévenir la mortalité, de réduire la dépendance fonctionnelle ainsi que le risque de perte d'autonomie et les admissions en établissement médicosocial [29-31].

De nombreux outils ont été développés avec des niveaux de complexité et d'exhaustivité variables pour le dépistage de la fragilité ou de la perte d'autonomie liée à la fragilité chez les personnes âgées. Les plus fréquemment utilisés avec une version validée en français sont : l'échelle de fragilité clinique (*Clinical Frailty Scale*, CFS), l'identification systématique des aîné(e)s à risque (*Identification of Seniors at Risk*, ISAR) et l'outil du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7) (Annexe 1). Leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

**TABEAU 1. CARACTÉRISTIQUES DES TROIS PRINCIPAUX OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ**

| Nom de l'outil [ref] | Nombre d'items | Système de notation | Seuil de positivité | Type d'administration                                                 |
|----------------------|----------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| CFS [25]             | 9 <sup>1</sup> | 1 à 9               | ≥ 5                 | Évaluation clinique subjective par le personnel clinique              |
| ISAR [32-34]         | 6              | 0 à 6               | ≥ 2                 | Questionnaire autoadministré                                          |
| PRISMA-7 [35]        | 7              | 0 à 7               | ≥ 4 <sup>2</sup>    | Questionnaire autoadministré ou administré au patient et/ou un proche |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Sous forme de pictogrammes

<sup>2</sup> Seuil utilisé en clinique, mais ≥ 3 utilisé dans les études

La CFS a été introduite dans le cadre d'une étude longitudinale assurant le suivi de personnes âgées sur une période de cinq ans, dans le but de stratifier la population en fonction de leur niveau de fragilité sur la base d'une évaluation clinique [25]. Il s'agit d'une échelle illustrée par des pictogrammes accompagnés de descriptions cliniques qui permet d'évaluer la fragilité d'une personne selon sa mobilité, son énergie, son niveau d'activité physique et ses capacités fonctionnelles. Initialement composée de sept niveaux de fragilité, cette échelle a été revue pour en intégrer neuf [36, 37]. Les niveaux 1 à 3 définissent l'absence de fragilité, 4 à 5, l'état de préfragilité, 6 à 8, la fragilité et 9, une fragilité sévère. Un score de 5 et plus est généralement utilisé pour identifier une personne comme fragile. Propriété du groupe de recherche en médecine gériatrique de l'Université Dalhousie en Nouvelle-Écosse, la CFS a été conçue pour synthétiser les résultats d'une évaluation gériatrique globale. Les auteurs précisent qu'il ne s'agit pas d'un questionnaire et qu'il requiert un jugement clinique [37]. L'évaluation reposant sur la CFS doit tenir compte de l'état de santé initial du patient avant l'épisode de soins et la gravité de la condition motivant la consultation, puisque l'ampleur du déclin influencera le potentiel de récupération. L'accord interévaluateurs de la CFS est généralement bon (> 0,70) [38-40]. Du fait notamment de sa facilité d'utilisation et de sa rapidité à compléter, cet outil est très largement utilisé dans divers milieux incluant les services d'urgence [41].

L'ISAR a été développée spécifiquement pour dépister, dès leur arrivée à l'urgence, les personnes âgées présentant un risque d'événements indésirables tels que l'admission en établissement, l'hospitalisation à long terme ou une dégradation significative du statut fonctionnel et le décès [33]. Le Centre de recherche de St Mary à Montréal, qui en détient les droits, la définit comme un outil utilisé lors d'une première étape dans le dépistage des personnes âgées présentant un risque accru de perte d'autonomie incluant le déclin fonctionnel, l'utilisation accrue des services hospitaliers et communautaires, ainsi que les réadmissions, après un passage à l'urgence [32]. En cas de score positif, une évaluation clinique brève permet de préciser le risque et de cerner les besoins non comblés. Il s'en suit une intervention clinique adaptée. Le questionnaire repose sur six questions à répondre par oui ou par non. Le score varie de 0 pour un risque faible à 6 pour un risque maximal avec un seuil de positivité fixé à 2 ou plus. L'ISAR présente une sensibilité élevée et une spécificité faible à modérée. L'outil a été révisé afin de mieux correspondre à la pratique clinique actuelle, notamment par l'ajustement de certains libellés, tout en conservant ses performances prédictives [42]. L'ISAR possède une bonne capacité prédictive pour l'hospitalisation, la mortalité, le retour à l'urgence et l'utilisation des services communautaires [32]. Outre le risque de perte de l'autonomie, l'ISAR permet également de détecter d'autres problèmes gériatriques importants tels que le déclin fonctionnel, la dépression ou divers problèmes gériatriques non résolus.

Le questionnaire PRISMA-7 a été développé dans le cadre du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie [43]. Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) possède les droits sur le questionnaire et a accordé une licence d'utilisation au MSSS encadrant ainsi son déploiement dans le RSSS du Québec. Le PRISMA-7 a été validé pour repérer les personnes âgées fragiles ayant potentiellement une perte d'autonomie modérée à grave selon le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)<sup>1</sup>, effectué à domicile, comme outil de référence [43]. Le PRISMA-7 comporte 7 questions fermées à répondre par oui ou par non. Il a été développé pour le dépistage des

<sup>1</sup> Au Québec, l'autonomie fonctionnelle est mesurée au moyen du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) qui est constitué de 29 items portant sur les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques [44].

personnes de 75 ans et plus vivant à domicile ou en résidence pour personnes âgées (RPA), non connues des services de soutien à domicile. Un dépistage est considéré comme positif lorsque quatre réponses « oui » ou plus sont obtenues. Un dépistage positif doit obligatoirement être suivi d'une évaluation plus approfondie permettant de vérifier le degré précis de perte d'autonomie (ex. : SMAF) et d'établir les interventions nécessaires. Le mode d'administration privilégié est de façon autoadministrée si la personne est en mesure de le compléter elle-même. En cas d'incapacité, un proche ou un intervenant peut assister la personne, voire remplir le questionnaire à sa place s'il s'agit d'un proche. Un guide d'utilisation du questionnaire est fourni pour les établissements du RSSS québécois [45]. Celui-ci s'appuie sur les lignes directrices ministérielles concernant le repérage de la perte d'autonomie et sur les différents chapitres de livres et articles publiés sur le PRISMA-7. Bien que largement étudié et utilisé dans les services d'urgence, le PRISMA-7 n'a pas fait l'objet d'une validation spécifique dans ce contexte. La sensibilité de l'outil à repérer les patients avec un score SMAF  $\geq 15$  est de 78 % avec un seuil de 3 et plus et de 61 % avec un seuil de 4 et plus [43]. La spécificité pour ces mêmes seuils de PRISMA-7 est respectivement de 75 % ( $\geq 3$ ) et de 91 % ( $\geq 4$ ). Bien que les deux seuils critiques soient des options valables, les créateurs de l'outil recommandent toutefois d'utiliser le score de 4 et plus comme seuil de positivité [46, 47].

## **2.4. Prise en charge et dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence**

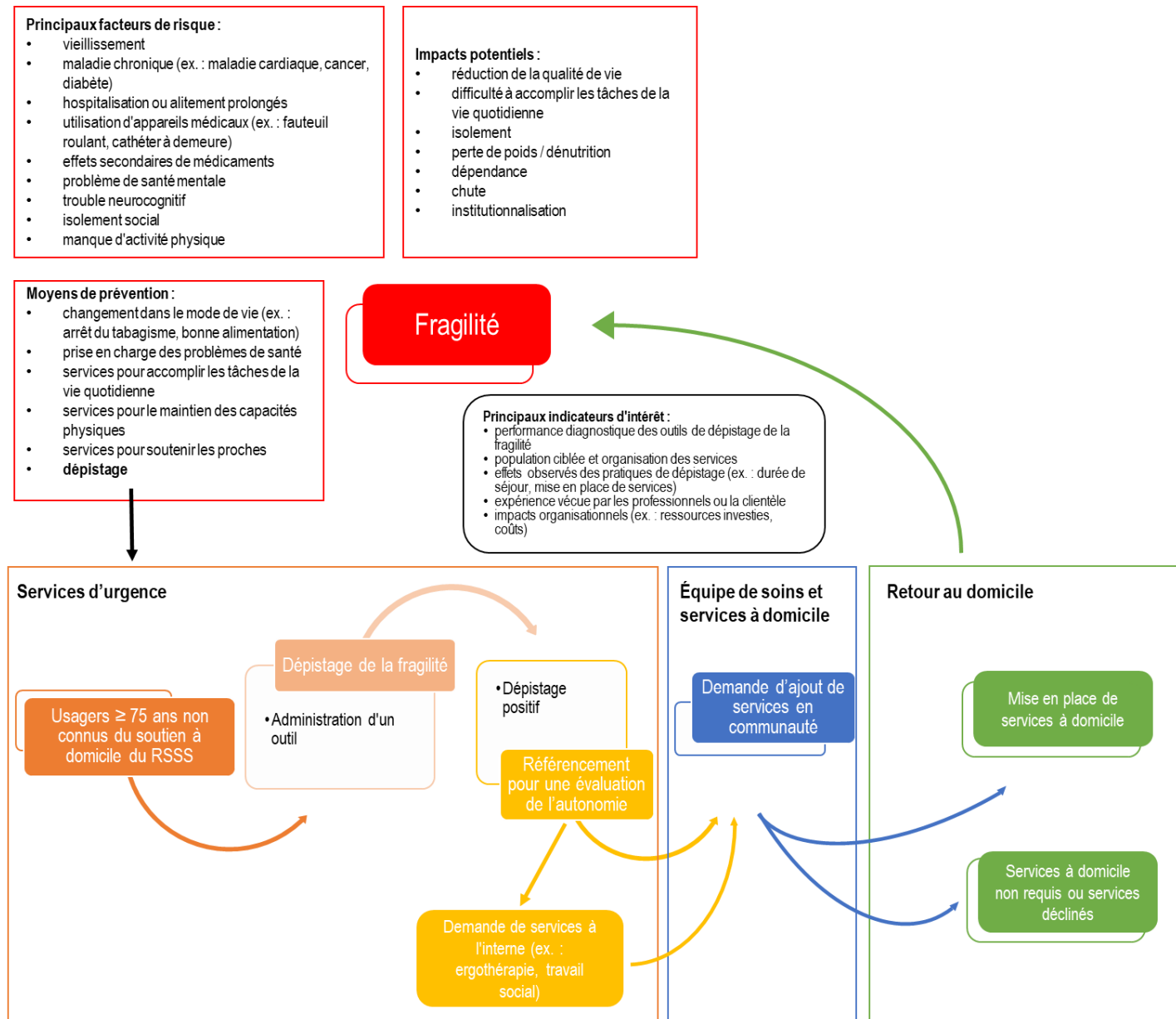
La population gériatrique qui se présente à l'urgence est généralement hétérogène. Bien que la plupart de ces patients demeurent fonctionnels, indépendants et généralement en bonne santé, il a été montré qu'une visite à l'urgence, même pour un problème mineur, peut être le signe avant-coureur d'un déclin fonctionnel et d'un besoin pour des ressources additionnelles [48]. Les personnes âgées représentent 25 % des usagers fréquentant l'urgence [49] et jusqu'à 60 % d'entre elles sont considérées comme fragiles [50]. Au Québec, les 75 ans et plus comptaient pour 31 % de toutes les consultations à l'urgence en 2023-2024.

Selon l'Association des médecins d'urgence des États-Unis, les services d'urgence adaptés aux personnes âgées permettent de réduire les admissions et les retours à l'urgence, d'améliorer la pertinence des soins, d'optimiser l'expérience des usagers, de soutenir la fluidité hospitalière tout en favorisant la satisfaction ainsi que la valorisation du personnel. Au Royaume-Uni, il est recommandé aux hôpitaux d'identifier les patients présentant de la fragilité dans les 30 minutes suivant leur arrivée afin qu'une approche multidisciplinaire puisse être rapidement envisagée [51]. Ce type d'évaluation en contexte d'urgence requiert un haut niveau de coordination interdisciplinaire, du temps, une bonne communication et du personnel qualifié. Une détection précoce de la fragilité permet de s'assurer que les personnes concernées reçoivent la meilleure prise en charge par le personnel approprié [52]. L'objectif est non seulement d'intervenir sur le volet médical, mais également de faire appel à d'autres disciplines telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins infirmiers et de services sociaux pour assurer la prise en charge tant à l'hôpital lors de l'épisode de soins que dans la communauté après la sortie. Dans sa politique gouvernementale de prévention en santé, le gouvernement du Québec vise à accroître de 18 % le nombre de personnes âgées recevant des services de soutien à domicile [53]. Pour y parvenir, l'une des orientations retenues consiste à renforcer les actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux. Cela implique le rehaussement des capacités professionnelles et organisationnelles au regard de la détection précoce de problèmes et d'une intervention en temps opportun. Plus précisément, la politique prévoit de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être afin de leur offrir le soutien à domicile nécessaire.

## **2.5. Contexte d'évaluation**

Dans la région de Québec, le dépistage de la fragilité ou du risque de perte d'autonomie dans les services d'urgence cible les personnes âgées de 75 ans et plus qui ne sont pas déjà connues du RSSS à l'aide de l'outil PRISMA-7. En cas de résultat positif (quatre réponses « oui » ou plus), des services peuvent être requis à l'interne (ex. : physiothérapie, ergothérapie) et un référencement est transmis à Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire par le biais du guichet d'accès. La prise en charge de ces références est ensuite effectuée par l'équipe Accès intégré harmonisé. Tous les patients repérés comme étant à risque de perte d'autonomie sont alors contactés pour une évaluation globale et la mise en place éventuelle de services dans la communauté. Le modèle logique présenté à la figure 1 vise à schématiser les principaux éléments du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence, en s'appuyant sur les données de la littérature ainsi que sur l'expérience locale et provinciale, et de leur prise en charge subséquente. Il illustre les principaux facteurs de risque, moyens de prévention et impacts potentiels liés à la perte d'autonomie.

**FIGURE 1. VUE D'ENSEMBLE, DANS LA RÉGION DE QUÉBEC, DES FACTEURS DE RISQUE, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DES IMPACTS DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES**



### 3. QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

---

#### 3.1. Question décisionnelle

Les pratiques pour dépister les personnes âgées fragiles dans le secteur civique dans les urgences du CHU, de l'IUCPQ–ULaval et des centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie devraient-elles être modifiées?

#### 3.2. Questions d'évaluation

Concernant le dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence :

1. Quelles sont les recommandations de bonnes pratiques cliniques des organismes et sociétés savantes?
2. Quelles sont les performances des différents outils validés et/ou utilisés dans les services d'urgence?
3. Quels sont les effets observés des pratiques de dépistage de la fragilité 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 des modèles d'organisation des services (outils utilisés, passation, analyse, suivi) et les ressources investies pour effectuer le dépistage (ex. : ressources humaines, matérielles, financières), de même que les avantages et inconvénients perçus de la pratique?
  - Décrits dans la littérature;
  - Au CHU, à l'IUCPQ–ULaval, dans les centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie et à Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire
  - Dans d'autres hôpitaux universitaires québécois et centres hospitaliers du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval.

## 4. MÉTHODES 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'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (UETMIS) du CHU [54]. Un groupe de travail interdisciplinaire associant les principaux acteurs concernés par la question décisionnelle (voir la liste en page iv) a été constitué. Les membres du groupe de travail ont participé à l'élaboration du plan d'évaluation<sup>2</sup>, à l'analyse des résultats, à la compréhension du contexte de l'établissement ainsi qu'à l'appréciation des constats et des recommandations. La méthodologie utilisée pour identifier et analyser les données probantes issues de la recherche documentaire et des enquêtes de pratique réalisées au CHU, dans les établissements partenaires du projet d'évaluation et dans d'autres services d'urgence de la province du Québec est présentée ci-après.

### 4.1. Évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité

#### 4.1.1. Recherche documentaire

Le tableau 2 résume les critères de sélection, les limites ainsi que les indicateurs définis a priori utilisés pour orienter la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des banques de données bibliographiques *Medline* (PubMed), *Embase*, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la bibliothèque *Cochrane*, *Epistemonikos*, *AgeLine*, *PsycInfo* et d'autres sources documentaires (littérature grise), afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que les guides de pratique et les études originales. Tous les documents publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 10 mars 2026 ont été soumis à la sélection. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de repérer des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérés est présentée à l'annexe 2. Les stratégies de recherche utilisées sont présentées à l'annexe 3. Les bibliographies des articles pertinents ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Une recherche complémentaire a été réalisée en utilisant les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* pour identifier des publications supplémentaires. Les données médico-économiques ont été repérées à chaque étape de la recherche documentaire, de plus les bases de données bibliographiques spécifiques (*EconLit*, *NHS Economic Evaluation Database*) ont été recherchées, de même que les sites Internet d'organismes spécialisés en évaluation économique (Annexe 2). La recherche de protocoles d'études de synthèse en cours de réalisation a été effectuée dans la bibliothèque *Cochrane* et dans la base de données PROSPERO du Centre for Reviews and Dissemination (The University of York, National Institute for Health Research). Les registres d'essais cliniques des US National Institutes of Health et *The UK's Clinical Study Registry* (IRCTN) ont été consultés pour retracer des études en cours. Les résultats de cette recherche sont présentés à l'annexe 4.

#### 4.1.2. Sélection des publications

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.C.C. et D.T.) selon les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés dans le tableau 2. En cas de désaccord, l'avis d'une troisième évaluatrice (A.N.) était sollicité afin de parvenir à un consensus. Afin d'optimiser l'application au contexte local, il a été décidé par consensus au sein de l'équipe projet que seuls les outils de dépistage dont il existait une version validée en français et qui avaient fait l'objet d'au moins deux études ont été retenus.

---

<sup>2</sup> Le plan d'évaluation est disponible sur le site du CHU (<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/recherche-et-evaluation/evaluation-des-technologies-et-des-modes-d-interve.aspx>).

**TABEAU 2. CRITÈRES DE SÉLECTION ET LIMITES**

| Critères d'inclusion                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Population                                                                                                                                                      | Personnes âgées (selon la définition des auteurs)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Intervention                                                                                                                                                    | Dépistage de la fragilité <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Comparateur                                                                                                                                                     | Aucun ou comparaison de plusieurs outils de dépistage de la fragilité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Résultats                                                                                                                                                       | Recommandations et caractéristiques des services pour les pratiques de dépistage de la fragilité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• type et description des outils utilisés</li> <li>• population ciblée</li> <li>• organisation des services (ex. : processus, ressources humaines requises)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                 | Performance diagnostique des outils de dépistage de la fragilité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• validité : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positives et négatives</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                 | Capacité prédictive des outils relativement à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'hospitalisation</li> <li>• la durée de séjour à l'urgence ou de séjour hospitalier</li> <li>• le retour à l'urgence</li> <li>• les réadmissions à l'hôpital</li> <li>• le déclin fonctionnel</li> <li>• l'institutionnalisation</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                 | Effets observés des pratiques de dépistage de la fragilité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• durée moyenne de séjour (à l'urgence, à l'hôpital)</li> <li>• taux d'admission (avec ou sans requis de soins)</li> <li>• proportion de patients retournés à domicile après l'épisode aigu de soins</li> <li>• proportion de patients repérés ayant reçu des services à domicile subséquents</li> <li>• délai d'obtention des services</li> <li>• nombre et type d'événements indésirables à domicile qui requièrent des soins et services de santé (réadmissions, consultations médicales subséquentes)</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                 | Expérience vécue par la clientèle ou les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• impact de la passation de l'outil (ex. : temps requis, stress engendré pour la clientèle)</li> <li>• satisfaction de la clientèle</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                 | Impacts organisationnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ressources investies pour effectuer le dépistage (ex. : ressources humaines, matérielles, financières)</li> <li>• avantages et inconvénients perçus de la pratique</li> <li>• impact du dépistage sur les coûts hospitaliers (ex. : réadmissions évitées, services déployés, mais non requis)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             |
| Milieu                                                                                                                                                          | Service d'urgence localisé dans un établissement hospitalier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Types de documents recherchés                                                                                                                                   | Documents de pratiques cliniques (guides de pratique, normes)<br>Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse<br>Essais cliniques randomisés<br>Études observationnelles prospectives<br>Enquêtes de pratique<br>Avis ou consensus d'experts                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Limites                                                                                                                                                         | Critères d'exclusion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Langue : français et anglais<br>Période : à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2000 (à partir de janvier 2015 pour les études économiques) jusqu'au 10 mars 2026 | Outils de dépistage sans version validée en français ou ayant fait l'objet d'une seule étude<br>Résumés de congrès<br>Études rétrospectives<br>Séries de cas<br>Éditoriaux, commentaires<br>Documents de qualité méthodologique insuffisante <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

ETMIS : évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

<sup>1</sup> Quel que soit le seuil utilisé pour qualifier la fragilité ou les niveaux de fragilité

<sup>2</sup> En fonction des données disponibles

#### 4.1.3. Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.C.C. et D.T.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques a été réalisée à l'aide de la grille AMSTAR-2 [55]. Les documents de nature normative, issus de sociétés savantes ou d'organismes gouvernementaux davantage assimilables à des politiques ou des lignes directrices n'ont pas fait l'objet d'analyse de la qualité méthodologique. Les études originales ont été évaluées à l'aide des grilles d'analyse adaptées par l'UETMIS du CHU telles que décrites dans le guide méthodologique de l'UETMIS [54]. La qualité des enquêtes de pratique issues de la littérature a été examinée à l'aide de la grille *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS) [56]. La grille *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) pour la recherche qualitative [57] a été utilisée afin d'apprécier la qualité méthodologique de l'enquête d'expérience patient. L'avis d'une troisième évaluatrice (A.N.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. Les études jugées de qualité méthodologique insuffisante ont été exclues. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (S.C.C. et D.T.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion figurent à l'annexe 8.

#### 4.1.4. Analyse des données des études originales

La capacité prédictive des outils de dépistage de la fragilité à l'urgence a été rapportée à partir des données de sensibilité, spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives. Comme illustré dans le tableau 3, les performances d'un outil de dépistage se mesurent généralement en comparaison à un outil de référence. Dans le cadre des études originales retenues dans le présent rapport, les auteurs ont rarement eu recours à un outil de référence, mais lorsque c'était le cas, il s'agissait de l'EGG ou d'un dérivé de l'EGG. Dans la plupart des cas, aucun test de référence n'a été utilisé, les indicateurs (admission, retour à l'urgence, etc.) étaient mesurés directement à partir des dossiers ou du suivi des participants.

La sensibilité correspond à la capacité du test à dépister correctement les personnes fragiles (identifier les vrais positifs et éviter les faux négatifs) [58]. Elle correspond à la probabilité que le score à l'outil soit positif chez une personne réellement fragile. La spécificité est la capacité de l'outil à dépister correctement les personnes non fragiles (identifier les vrais négatifs et éviter les faux positifs). Elle traduit la probabilité que le score soit négatif chez une personne réellement non fragile. Bien que l'idéal soit d'utiliser un outil dont la sensibilité et la spécificité approchent le 100 %, dans la réalité, il est généralement établi de convenir d'un compromis entre sensibilité et spécificité [59]. Le seuil d'un test pour déterminer si la sensibilité et la spécificité sont acceptables peut varier en fonction du contexte (ex. : dépistage ou diagnostic), de la condition ou maladie à détecter et des conséquences des faux positifs et des faux négatifs. Dans le cadre de la présente évaluation, la valeur prédictive positive est la probabilité qu'une personne soit réellement fragile lorsque le score est positif et inversement, la valeur prédictive négative correspond à la probabilité qu'une personne soit réellement non fragile lorsque le score est négatif. Généralement, plus la sensibilité est élevée et plus la valeur prédictive négative l'est aussi. De même, plus la spécificité est élevée et plus la valeur prédictive positive l'est aussi.

**TABEAU 3. DÉFINITION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE D'UN TEST DE DÉPISTAGE**

|              |         | Mesure de référence           |                               |                                              |
|--------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|
|              |         | Fragile                       | Non fragile                   |                                              |
| Outil étudié | Positif | Vrai positif (VP)             | Faux positif (FP)             | Valeur prédictive positive<br>$VP/(VP + FP)$ |
|              | Négatif | Faux négatif (FN)             | Vrai négatif (VN)             | Valeur prédictive négative<br>$VN/(VN + FN)$ |
|              |         | Sensibilité<br>$VP/(VP + FN)$ | Spécificité<br>$VN/(VN + FP)$ |                                              |

FN : faux négatif, FP : faux positif, VN : vrai négatif, VP : vrai positif

## 4.2. Données contextuelles

### 4.2.1. Collecte de données auprès d'informateurs clés de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et de Santé Québec Gaspésie

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de différentes personnes impliquées dans le processus de dépistage de la fragilité à l'urgence au CHU, à l'IUCPQ-ULaval et à Santé Québec Gaspésie. L'objectif principal de ces entretiens était de décrire la pratique actuelle, de même que les expériences relatives à ce dépistage. La clientèle visée, le mode d'administration de l'outil de dépistage, la transmission et l'utilisation des résultats du dépistage, les avantages et inconvénients perçus et vécus dans la pratique ainsi que les facilitateurs et obstacles liés à un éventuel changement de pratique ont été documentés.

Les entretiens ont été effectués par une ou deux évaluateurs (S.C.C. et D.T.) entre le 6 août et le 22 septembre 2025 par téléphone ou vidéoconférence par le biais de l'application Microsoft Teams. Les rencontres étaient enregistrées avec l'accord verbal des intervenants. Dans le cas des entretiens réalisés par une seule évaluatrice, la seconde visionnait l'enregistrement en différé. La grille d'entrevue utilisée à cet effet est présentée à l'annexe 4. Les notes relatives à l'entrevue ont été envoyées à chaque intervenant pour validation. L'extraction des données et une synthèse qualitative des différents éléments rapportés lors de ces entretiens ont été réalisées par une évaluatrice (S.C.C.) et validées par une seconde (D.T.).

### 4.2.2. Collecte de données volumétriques issues des bases de données clinico-administratives de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et de Santé Québec Gaspésie

Avec le soutien de la Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique (DPVDTN) du CHU, de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique, de la transformation et de l'innovation (DQEPETI) de l'IUCPQ-ULaval ainsi que de Santé Québec Gaspésie, des données volumétriques sur la fréquentation des personnes âgées de 75 ans et plus aux urgences pour l'année financière 2024-2025, ont été obtenues. Des données concernant l'ensemble des urgences du Québec ont également pu être extraites à partir de la banque de données commune des urgences (BDCU). La BDCU est un système québécois géré par le MSSS et alimenté en temps réel, qui collige les informations personnelles et cliniques des patients inscrits à l'urgence d'un établissement du Québec.

Pour le CHU, la fréquentation des personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus aux urgences a été rapportée pour les années financières 2021-2022 à 2024-2025, incluant leur répartition dans les cinq urgences de l'établissement. Les motifs de consultation les plus fréquents ainsi que la destination après l'épisode de soins à l'urgence ont également été obtenus. La proportion de PRISMA-7 (outil utilisé au CHU) administrés était disponible dans les bases de données clinico-administratives pour l'urgence de l'HSFA, mais pas pour les autres services d'urgence puisque l'implantation du dépistage s'est généralisée plus tardivement en 2025-2026. Pour l'IUCPQ-ULaval, la fréquentation des 65 ans et plus et des 75 ans et plus en 2024-2025, de même que le taux de référencement à l'équipe d'organisation des soins et services (EOSS) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et la destination après l'urgence ont également été documentés. Enfin, la fréquentation des urgences pour les 75 ans et plus à Santé Québec Gaspésie a été obtenue pour l'année financière 2023-2024.

#### **4.2.3. Collecte de données cliniques issues des dossiers patients électroniques de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval**

Considérant le peu de données disponibles dans les bases de données clinico-administratives du CHU concernant l'administration du PRISMA-7, une collecte de données a été réalisée dans les dossiers électroniques des patients. Un numéro d'identification unique a été attribué à chacun des 2 191 patients auxquels un questionnaire PRISMA-7 a été administré à l'urgence de l'HSFA entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2023. La fonction ALEA de Microsoft Excel a été utilisée pour générer une série de 100 nombres aléatoires entre 1 et 2 191 afin de créer une liste aléatoire de 100 dossiers à consulter. L'utilisation du PRISMA-7 au sein de l'hôpital du Saint-Sacrement (HSS) étant plus récente (novembre 2024), l'ensemble de 63 patients évalués par le PRISMA-7 en 2024 a été inclus afin de permettre la collecte complète des données disponibles. Dans le cas de patients ayant effectué plusieurs visites à l'urgence et pour lesquels plusieurs PRISMA-7 auraient été administrés, seul l'épisode de soins le plus récent compris dans la période d'intérêt selon l'établissement a été considéré. Les variables collectées incluaient le sexe, l'âge, le motif de la visite à l'urgence, les requêtes pour consultation en spécialité, les services intrahospitaliers reçus, l'admission ainsi que la destination après l'épisode de soins à l'urgence. Des données relatives à l'administration du PRISMA-7 ont également été collectées telles que la présence au dossier d'un PRISMA-7 antérieur, le taux de questionnaires positifs et le référencement pour la mise en place de services à l'externe.

#### **4.2.4. Collecte de données auprès de l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire**

Les données administratives concernant la transmission des questionnaires PRISMA-7 des différents services d'urgence de la région de Québec à Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire ont été transmises par l'équipe Accès intégré harmonisé (AIH). Les données reçues concernaient la période du 19 janvier au 19 octobre 2025.

### **4.3. Enquête de pratique**

Une enquête sur le dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence a été menée entre le 12 août et le 23 septembre 2025 auprès d'intervenants œuvrant dans les urgences au Québec. Un questionnaire autoadministré par le biais de l'application Microsoft FORMS a été acheminé par courriel à des intervenants des établissements de santé universitaires nommés par les membres du groupe de travail ou par les personnes impliquées dans le processus de dépistage de la fragilité à l'urgence rencontrées lors des entretiens semi-dirigés. En complément de la distribution initiale, le questionnaire a été transmis par courriel à la Communauté virtuelle des urgences, favorisant ainsi une diffusion plus large notamment auprès d'intervenants d'établissements de santé régionaux. Le questionnaire utilisé pour l'enquête est présenté à l'annexe 5. L'objectif principal de cette enquête était de décrire les pratiques relatives au dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence dans les établissements de santé. Plus précisément, l'existence du dépistage, l'outil utilisé, le moment de l'administration, la personne responsable, le mode de transmission des résultats, les avantages et inconvénients de la pratique étaient collectés. L'extraction et la compilation des données ont été effectuées par une évaluatrice (S.C.C.) et validées par une seconde (D.T.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. Une synthèse descriptive des réponses obtenues a été réalisée par une évaluatrice (S.C.C.) et validée par une seconde (D.T.).

#### 4.4. Analyse des données

Les informations issues des différentes sources de données ont été analysées et regroupées en fonction des indicateurs recherchés et présentés dans le tableau 2. Pour chacun des volets d'évaluation, des synthèses quantitatives ou qualitatives ont été effectuées. L'ensemble des données probantes issues de la littérature, des données clinico-administratives, des entrevues auprès d'informateurs clés et de l'enquête a été triangulé afin d'en dégager différents constats généraux. Ces constats ont été discutés et validés avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire. Ces échanges ont contribué à la compréhension du contexte de l'établissement, à l'identification des aspects organisationnels à considérer ainsi qu'à l'élaboration des constats et des recommandations.

#### 4.5. Révision

Le rapport a été révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire. Les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS l'ont également révisé et adopté lors de leur réunion du 2 juin 2026.

#### 4.6. Modifications au plan d'évaluation

Plusieurs modifications ont été apportées au plan d'évaluation présenté au groupe de travail le 20 février 2025.

- Le terme central du modèle logique a été modifié de « Perte d'autonomie » à « Fragilité » puisque le terme correspond davantage au vocabulaire utilisé en clinique. De plus, l'outil de dépistage n'a pas été précisé afin que le modèle logique s'applique, quel que soit l'outil utilisé.

- Après une première analyse des documents identifiés, des critères de sélection des études ont été ajoutés ou précisés dans le but de répondre au mieux à la question décisionnelle. Pour être considérées, les études devaient porter sur un outil validé dont il existait une version en français. De plus, au moins deux études devaient concerner un outil pour qu'il fasse l'objet de ce rapport.

- Afin de pouvoir s'intégrer au contexte actuel, les études économiques étaient retracées depuis 2015.

- Les indicateurs ont dû être ajustés, certaines données attendues de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire n'étant pas disponibles notamment les caractéristiques sociodémographiques (sexe, statut socioéconomique), le score PRISMA-7, la reconsultation à l'urgence, les hospitalisations subséquentes et la mortalité. Des indicateurs ont été ajoutés pour évaluer la capacité des outils à prédire par exemple le risque d'hospitalisation ou la durée de séjour.

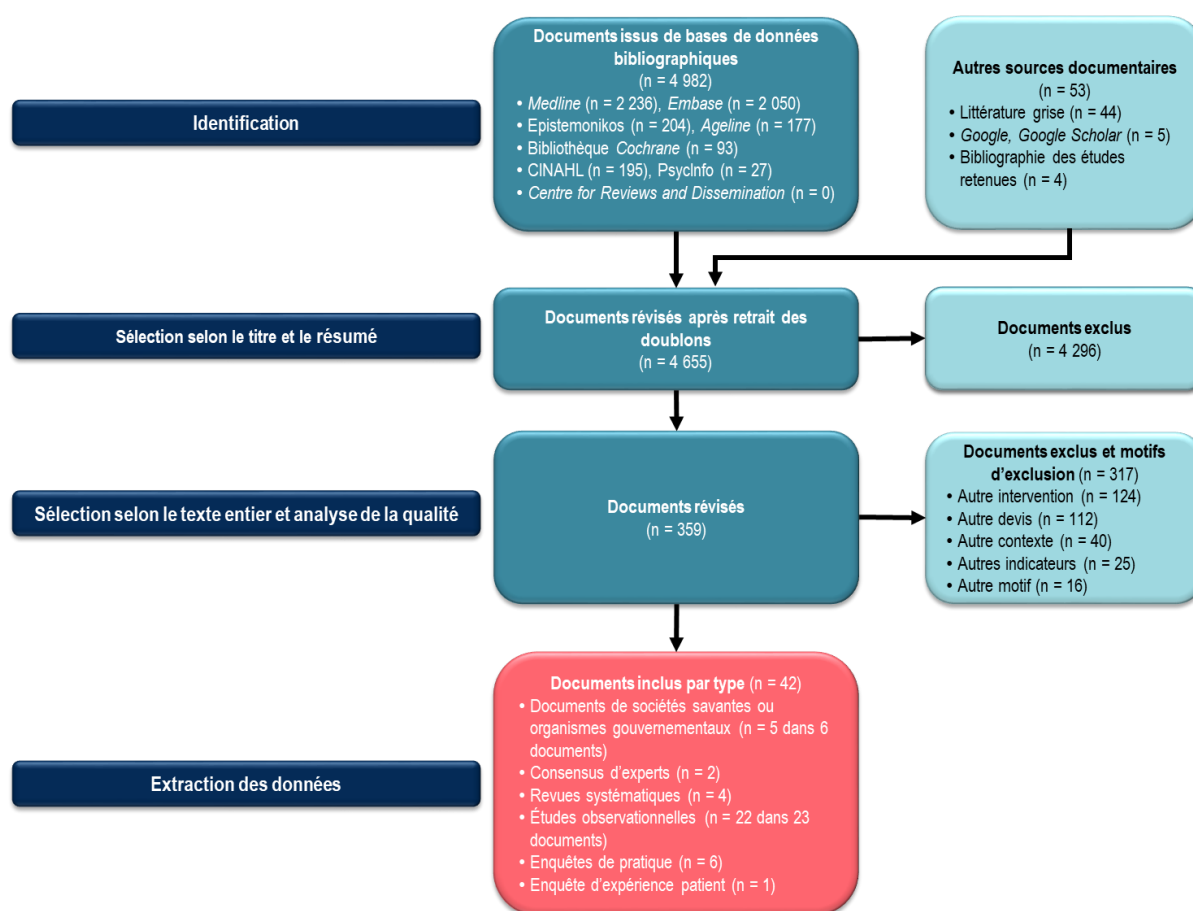
Selon l'évaluation effectuée par l'équipe de l'UETMIS, ces modifications au plan d'évaluation n'ont pas introduit de biais majeurs dans l'interprétation des résultats, l'élaboration des constats et le développement des recommandations.

## 5. RÉSULTATS

### 5.1. Recherche documentaire

Au cours de la recherche documentaire, près de 70 outils de dépistage de la fragilité différents ont été répertoriés. Comme prévu dans la méthode, seuls les documents portant sur des outils de dépistage dont il existe une version en français et qui font l'objet d'au moins deux études ont été retenus. La figure 2 présente le processus de sélection des documents. La recherche documentaire a permis d'identifier 359 documents différents sur la base des titres et des résumés. À la suite de l'évaluation de l'admissibilité et l'analyse de la qualité des textes entiers, 6 documents provenant de 5 sociétés savantes et organismes gouvernementaux [1, 52, 60-63], 2 consensus d'experts [64, 65], 4 revues systématiques [66-69], 22 études originales publiées dans 23 articles [40, 70-90], 6 enquêtes de pratique [91-96] et une enquête d'expérience patient [97] ont été retenus. Les études exclues et les raisons d'exclusion sont présentées à l'annexe 8.

**FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂÎNÉES À L'URGENCE**



Date de la dernière recherche documentaire : 10 mars 2026

#### 5.1.1. Recommandations de sociétés savantes et d'organismes gouvernementaux

La recherche documentaire a permis d'identifier cinq documents ayant donné lieu à six publications [1, 52, 60-63] émanant de trois associations professionnelles [52, 61, 62], d'un organisme gouvernemental [1, 60] et d'une organisation indépendante à but non lucratif [63]. Les principales recommandations énoncées dans ces documents sont présentées dans le tableau 4. Les documents ont été publiés entre 2013 et 2024 et proviennent d'Europe (n = 2) [52, 62], des États-Unis (n = 1) [61], du Canada (n = 1) [63] et plus spécifiquement du Québec (n = 1) [1, 60]. L'ensemble de ces organisations s'entendent sur l'importance d'identifier les personnes âgées en situation de fragilité et suggèrent

différents outils de dépistage, soit la CFS [52, 62, 63], l'*Edmonton Frail Scale* (EFS)<sup>3</sup> [63], l'ISAR [61] ou le PRISMA-7 [1, 60].

**TABEAU 4. DESCRIPTION DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE SOCIÉTÉS SAVANTES ET D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂÎNÉES À L'URGENCE**

| Organisme,<br>année [ref]<br>Pays              | Principales recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Outils proposés (seuil de positivité)           |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| MSSS, 2022 [1],<br>2024 [60]<br>Québec, Canada | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister les usagers de 75 ans et plus à risque de perte d'autonomie qui ne sont pas déjà connus du service de soutien à domicile.</li> <li>Dépister les personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas déjà connues du service de soutien à domicile.</li> <li>Mettre en place un mécanisme automatique de référence lors d'un dépistage positif.</li> </ul> | ISAR ( $\geq 2$ ), PRISMA-7 ( $\geq 4$ )        |
| IHE, 2021 [63]<br>Alberta, Canada              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister la fragilité dans des panels de fournisseurs de soins de première ligne.</li> <li>Fournir aux personnes identifiées fragiles une évaluation globale et des plans de soins individualisés.</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | CFS (NR), EFS (NR)                              |
| ACEP <sup>1</sup> , 2013 [61]<br>États-Unis    | Tout patient gériatrique sans égard à la raison de la consultation doit être dépisté (à la visite initiale) en utilisant l'ISAR ou un outil équivalent.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ISAR ou équivalent ( $\geq 1$ réponse positive) |
| RCP <sup>2</sup> , 2020 [62]<br>Royaume-Uni    | S'assurer qu'un système est mis en place pour identifier les personnes âgées fragiles dès leur arrivée à l'hôpital (ex. : la CFS peut être utilisée au triage à l'urgence).                                                                                                                                                                                                                                                                  | CFS ( $\geq 6$ )                                |
| BGS <sup>3</sup> , 2023 [52]<br>Royaume-Uni    | Identifier les personnes fragiles dans les services d'urgence pour qu'elles soient prises en charge le plus précocement possible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CFS (NR)                                        |

ACEP : American College of Emergency Physicians, BGS : British Geriatric Society, CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), EFS : *Edmonton Frail Scale*, IHE : Institute of Health Economics, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, RCP : Royal College of Physicians

<sup>1</sup> En collaboration avec l'American Geriatric Society, l'Emergency Nurse Association et la Society for Academic Emergency Medicine

<sup>2</sup> En collaboration avec The Society for Acute Medicine

<sup>3</sup> En collaboration avec Age UK et le Royal College of General Practitioners

#### Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, Canada, 2022 et 2024 [1, 60]

Dans son cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne aînée publié en 2024, le MSSS du Québec définit les éléments pertinents et essentiels à modifier au service d'urgence pour améliorer leurs soins. Il propose également des outils cliniques pour faciliter l'implantation et l'utilisation d'une philosophie de soins adaptés à cette clientèle au service d'urgence. L'objectif est entre autres d'améliorer l'efficacité du continuum de soins pour réduire la congestion des urgences [60]. Le concept de fragilité qui conduit à un état de vulnérabilité associé à un risque accru de perte d'autonomie est mentionné comme étant à considérer dans la prise de décision clinique dès le triage jusqu'à la décision d'hospitalisation. Afin d'éviter une détérioration de la situation médicosychosociale des personnes aînées et ainsi les visites répétées à l'urgence et des hospitalisations subséquentes, le cadre de référence indique qu'il revient au service d'urgence de dépister les usagers de 75 ans et plus à risque de perte d'autonomie qui ne sont pas déjà connus du service de soutien à domicile et de repérer celles qui sont en perte d'autonomie modérée à grave. Il doit également être mis en place un mécanisme automatique de référence lors d'un dépistage positif. Si l'utilisateur est en investigation à l'urgence, une consultation doit être demandée avec un professionnel de la santé de l'équipe interdisciplinaire. À sa sortie de l'urgence, un formulaire devrait être transmis au guichet d'accès désigné selon les modalités établies. Concernant les usagers déjà connus du service de soutien à domicile, un lien doit être fait avec

<sup>3</sup> L'*Edmonton Frail Scale* (EFS) est un outil d'évaluation multidimensionnel reposant sur l'évaluation de neuf domaines (cognition, santé générale, fonctionnel, social, médicaments, nutrition, humeur, continence et mobilité) pour déterminer la fragilité (<https://edmontonfrailscale.org>, consulté le 24 février 2026). Un score  $\geq 6$  sur un total de 17 points indique la fragilité.

l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas de la communauté au dossier afin d'assurer la continuité des soins et services.

Sans recommander d'outils spécifiques, les auteurs indiquent que les deux outils les plus utilisés à ce jour pour le dépistage de la perte d'autonomie sont *l'identification systématique des aîné(e)s à risque* (ISAR) et le PRISMA-7. Les auteurs mentionnent que l'ISAR est remplie par l'infirmière lors de l'évaluation initiale en interrogeant directement le patient ou ses proches et qu'il prédit une perte d'autonomie dans les six mois suivants la visite à l'urgence, soit une détérioration considérable de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, une institutionnalisation ou un décès. Le second outil mentionné est le PRISMA-7 qui permet de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du RSSS. Cet outil possède une bonne valeur prédictive positive et peut être utilisé dans n'importe quel milieu d'intervention, mais n'a pas été développé spécifiquement pour le service d'urgence. Les auteurs précisent également que le dépistage ou le repérage des usagers à haut risque devrait être effectué rapidement après l'étape de triage.

Le cadre de référence renvoie aux lignes directrices sur le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie publiées en 2022 dont l'objectif était de soutenir les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et les centres intégrés de santé et de services sociaux dans leur obligation de mettre en place les meilleures pratiques concernant le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie sur l'ensemble de leur territoire [1]. Ces lignes directrices s'appuient sur la littérature pour établir des consignes sur l'utilisation des outils de repérage de la perte d'autonomie, démystifier certains faits relatifs à ces outils et apporter des éléments pour faciliter leur implantation dans les différents milieux, dont les services d'urgence.

#### **Institute of Health Economics (IHE), Alberta, Canada, 2021 [63]**

Dans son document considéré comme un article de discussion, l'Institute of Health Economics (IHE) de l'Alberta indique comment utiliser les principes du plan d'action global (2013-2020) de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles visant à identifier les investissements à haute valeur ajoutée pour les soins des personnes en état de fragilité [63]. Le but est d'apporter un soutien aux décideurs pour réduire la charge prévisible et évitable de la morbidité, de la mortalité et de l'incapacité liées à la fragilité par des investissements. Les objectifs spécifiques sont d'augmenter le niveau de priorité accordé à la prévention et au contrôle de la fragilité, de renforcer et supporter les systèmes de santé et services sociaux pour évaluer et prendre en charge la fragilité, de renforcer la capacité nationale, le leadership et les partenariats en prévention, gestion et évaluation de la fragilité. Les auteurs proposent d'intégrer des outils standardisés permettant la stratification de la fragilité dans tous les secteurs incluant les soins de première ligne, les urgences, les soins à domicile, les soins aigus ou les soins de longue durée. Ces évaluations devraient être utilisées pour orienter les plans de soins individualisés. La collaboration entre tous les secteurs de soins est encouragée. Il est également fait mention de l'importance de former les professionnels à reconnaître et à gérer la fragilité. Plusieurs projets pilotes canadiens montrent les bénéfices des interventions réalisées en soins primaires telles que le dépistage systématique, l'évaluation gériatrique approfondie et l'orientation vers des programmes communautaires.

Les auteurs mentionnent deux outils développés au Canada pour l'évaluation de la fragilité, soit la CFS et l'*Edmonton Frail Scale* (EFS).

#### **American College of Emergency Physicians (ACEP), The American Geriatrics Society (AGS), Emergency Nurses Association (ENA), Society for Academic Emergency Medicine (SAEM), États-Unis, 2013 [61]**

Un regroupement de quatre sociétés savantes des États-Unis a publié des lignes directrices en 2013 afin de fournir des recommandations standardisées applicables aux services d'urgence dans le but d'améliorer les soins à la population gériatrique [61]. Dans ce document, les auteurs définissent notamment la notion de service d'urgence gériatrique au cœur de la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus. Outre des recommandations concernant le personnel et l'administration, le suivi et la transition des soins, l'éducation, l'amélioration de la qualité, l'équipement et les fournitures, le guide énonce des politiques, procédures et protocoles pour permettre aux établissements une approche globale de la prise en charge des patients gériatriques. L'une des politiques à mettre en place est le dépistage de tous les patients gériatriques à risque de nécessiter des ressources supplémentaires. Ainsi, les patients identifiés à risque seront référés à des ressources de soins de santé à l'interne et à l'externe afin d'aider à améliorer leurs résultats de santé et leur état fonctionnel.

Il est ainsi recommandé d'avoir recours à un outil de dépistage infirmier. Les ressources demandées par la suite peuvent inclure la physiothérapie, l'ergothérapie, des soins à domicile ou encore des questionnaires de parcours. Il s'agit de faire

également appel à des ressources de suivi à l'externe. Le dépistage du risque doit s'adresser à tous les patients gériatriques, quelle que soit la raison de la consultation en utilisant l'ISAR ou un outil similaire [33]. L'outil devrait être complété par l'infirmière de chevet lors de l'évaluation initiale et les réponses aux questions peuvent être fournies par le patient, sa famille, un proche aidant ou d'autres personnes impliquées dans l'évaluation ou les soins du patient. Le médecin traitant doit contrôler les résultats du dépistage et tout patient identifié à risque bénéficiera des ressources appropriées à ses besoins individuels. La procédure indique également que les patients à risque traités à l'externe seront suivis le jour suivant soit par consultation téléphonique dans l'idéal avec l'aide des évaluations menées en personne à l'urgence, par le médecin traitant, une infirmière ou un autre fournisseur de soins. Les principaux éléments de risque doivent être abordés pendant la visite à l'urgence et les recommandations et référencements documentés.

Les auteurs ajoutent que le dépistage des patients gériatriques pour les caractéristiques de risque demandera une formation continue et un support aux médecins, professionnels de la santé et personnel infirmier. Il est recommandé que l'observance à la complétion de l'évaluation initiale soit mesurée sur une base régulière.

### **Royal College of Physicians (RCP), The Society for Acute Medicine, Royaume-Uni, 2020 [62]**

En 2020, le Royal College of Physicians en collaboration avec The Society for Acute Medicine a publié une boîte à outils à l'attention des médecins en soins aigus, des gériatres, des médecins de l'urgence, des thérapeutes, des infirmières et d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées dans les hôpitaux de soins aigus [62]. Les auteurs recommandent qu'un système soit mis en place pour identifier les personnes âgées fragiles dès qu'elles se présentent à l'hôpital. La CFS peut être utilisée au triage de l'urgence. Dans le cas d'un score supérieur ou égal à 6, une évaluation globale est recommandée. L'objectif est d'identifier la fragilité dans les 30 premières minutes après leur arrivée, de manière à ce qu'une évaluation gériatrique globale puisse être mise en place afin de traiter non seulement le problème ayant conduit à la consultation à l'urgence, mais l'ensemble des problématiques du patient.

### **British Geriatrics Society (BGS), Royaume-Uni, 2023 [52]**

L'objectif du document de la British Geriatrics Society (BGS) publié en 2023 était d'émettre des principes pour guider les intervenants qui souhaitent améliorer l'expérience des personnes âgées dès leur entrée à l'hôpital, en se basant sur l'expérience d'autres milieux [52]. Les auteurs énoncent cinq grands principes pour la mise en place de services de prise en charge de la fragilité dès l'entrée à l'hôpital. Le principe 4 concerne l'identification de la fragilité et la mise en place de l'évaluation gériatrique globale. La CFS est citée comme une méthode rapide, reproductible, qui requiert peu de formation et qui est facile à implanter. Il est mentionné que la complétion de l'information et la qualité du dépistage en utilisant la CFS sont variables, mais que la formation sur place du personnel pour maintenir le niveau d'interprétation de la fragilité s'avère efficace. L'importance est de mettre l'accent sur le dialogue entre les équipes référentes et les services de prise en charge de la fragilité.

## **5.1.2. Consensus d'experts**

La recherche dans les bases de données bibliographiques a permis de repérer deux consensus d'experts concernant le dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgence [64, 65].

### **Elliott et al. 2017 [64]**

Une étude à méthode mixte a été menée par une équipe du Royaume-Uni avec l'objectif d'élaborer un consensus sur l'utilisation des outils visant à repérer la fragilité des personnes âgées en contexte d'urgence [64]. Quatre étapes distinctes ont tout d'abord été réalisées dans une étude de faisabilité :

- 1- Un sondage a été soumis lors d'un symposium sur la fragilité à 192 professionnels de la santé incluant entre autres des médecins, des membres du personnel infirmier, des pharmaciens et des étudiants. Selon 78 % des répondants, l'outil de dépistage de la fragilité ne devrait pas prendre plus de 5 minutes pour être rempli dans un contexte d'urgence.
- 2- Un processus de consensus informel a ensuite été réalisé auprès de parties prenantes impliquées dans les soins aigus aux personnes âgées dans le but de définir les principales caractéristiques que devrait idéalement présenter l'outil de dépistage. Selon les résultats, celui-ci devrait être multidimensionnel (évaluation de plus

d'un domaine de l'évaluation gériatrique globale [*Comprehensive Geriatric Assessment*]), être rapide à mener (moins de cinq minutes) et avoir été validé.

- 3- Une revue de la littérature guidée par ces critères a été menée. Quatre outils sur 60 identifiés ont été retenus : la CFS, l'ISAR, le PRISMA-7 et le *Silver Code*<sup>4</sup>.
- 4- Enfin, des vignettes illustrant dix cas hypothétiques de personnes âgées se présentant à l'urgence ont été élaborées à partir de groupes de discussion avec des étudiants en médecine et en sciences infirmières, puis peaufinées grâce à l'intervention de parties prenantes.

Afin de tester les outils sélectionnés, les auteurs ont soumis les vignettes à 121 personnes du service d'urgence d'un hôpital universitaire (46 % de médecins, 35 % d'infirmières, 19 % de préposés aux bénéficiaires) pour un total de 236 évaluations de la fragilité effectuées. Les répondants étaient invités à émettre un jugement clinique sur le statut de fragilité relativement à la description des vignettes et à compléter les outils de dépistage sur la base des vignettes. Ce contexte ne représentait donc pas l'environnement réel d'administration de ces tests de dépistage puisqu'il ne reposait pas sur les réponses des patients eux-mêmes ou de leurs proches. Dans 69 % (n = 162) des évaluations effectuées, les répondants ont indiqué qu'ils utiliseraient de nouveau au moins l'un des outils. Aucune différence n'a pu être établie entre les différents outils. Le temps médian pour la complétion des outils était de 41 secondes (intervalle interquartile [IIQ] : 28-50) pour la CFS, 66 secondes (IIQ : 52-93) pour l'ISAR, 52 secondes (IIQ : 40-77) pour le PRISMA-7 et 54 secondes (IIQ : 36-86) pour le *Silver Code*. La facilité d'utilisation médiane des outils notée de 1 (très difficile) à 5 (très facile) a été évaluée à 4 (IIQ : 4-5) pour tous les outils sauf le *Silver Code* pour lequel une médiane de 5 (IIQ : 4-5) a été rapportée. Dans 83 % des évaluations, le jugement clinique de fragilité établi par les participants à partir de la description des vignettes était similaire au résultat obtenu en utilisant l'outil. L'accord mesuré selon le coefficient kappa ( $\kappa$ ) était modéré pour le *Silver Code* ( $\kappa$  : 0,44; erreur standard : 0,12), et bon pour la CFS ( $\kappa$  : 0,68; erreur standard : 0,13), le PRISMA-7 ( $\kappa$  : 0,72; erreur standard : 0,14) et l'ISAR ( $\kappa$  : 0,80; erreur standard : 0,14).

Enfin, à partir de réponses aux questions ouvertes, les auteurs ont identifié comme principales barrières à l'utilisation d'un outil de dépistage de la fragilité le manque de temps et de disponibilité, la réticence à catégoriser les patients, la préférence pour le jugement clinique et la perception que cette tâche relève du rôle de quelqu'un d'autre. Certains éléments positifs ont également été identifiés tels que le dépistage de patients qui n'auraient pas été repérés autrement, l'aide pour les zones grises et l'aide au soutien de prises de décisions cliniques.

### **Moloney et al. 2024 [65]**

Moloney et al. (2024) ont réalisé un processus Delphi afin de déterminer les éléments clés d'un outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence [65]. Une première ronde concernant 37 participants de 10 pays (taux de réponse de 95 %) a permis d'identifier 13 affirmations parmi les 56 proposées à partir d'une revue de la littérature réalisée au préalable [69]. Lors d'une seconde ronde et à partir des critères de la ronde précédente auxquels se sont ajoutés de nouveaux critères issus des rétroactions, 19 des 35 critères proposés ont été adoptés avec au moins 80 % d'accord.

Selon les 32 experts ayant participé à la seconde ronde (taux de participation de 86 %), l'outil de dépistage de la fragilité idéal devrait être bref (moins de cinq minutes), multidimensionnel et bien calibré en fonction de la gravité de la fragilité (en tenant compte de l'incapacité, du niveau socio-économique et des différents niveaux de connaissances en santé). Il devrait refléter l'état initial, soit deux à quatre semaines avant la présentation à l'urgence, être administré de routine (24/7) dans les quatre heures suivant l'arrivée à l'urgence et complété lors du premier contact. Plus de 80 % des experts s'accordent également sur le fait que le dépistage de la fragilité à l'urgence a un coût-efficacité positif, devrait s'inscrire dans un parcours de soins global pour répondre aux besoins des personnes âgées, qu'un dépistage positif et confirmé permet la mise en place d'interventions ciblées à l'urgence et qu'il est plus important de disposer d'un outil de dépistage faisable plutôt qu'idéal.

Selon les participants, un outil court et rapide, utilisé à l'urgence devrait permettre d'identifier les personnes âgées à risque élevé d'effet indésirable (ex. : réadmission à l'hôpital, séjour prolongé, décès). L'accord était unanime (100 %) sur le fait que des formations destinées au personnel sont nécessaires pour soutenir le dépistage et sur l'importance d'intégrer les facteurs liés à la mobilité des patients (ex. : assistance à la marche, problèmes d'équilibre, antécédents de chute). Il devrait également prendre en compte la capacité fonctionnelle (ex. : capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne), les fonctions cognitives (ex. : démence, délirium), la médication (ex. : polypharmacie) ainsi que les

---

<sup>4</sup> Le *Silver Code* est un outil de dépistage et de stratification des risques basé sur les données administratives déjà disponibles (âge, sexe, statut marital, hospitalisations récentes, nombre de médicaments), utilisé pour évaluer la fragilité et le pronostic des patients âgés de 75 ans et plus aux urgences [98].

facteurs sociaux (ex. : réseau social, personne de confiance). Afin de rendre le dépistage systématique et obligatoire, l'outil devrait être intégré au système informatique des services d'urgence. Les participants ont jugé non essentiel que l'outil permette de prédire la mortalité, le retour à l'urgence ou la prolongation du séjour hospitalier après l'admission. De même, les affirmations indiquant que les instruments de dépistage actuels ne sont pas suffisamment précis pour une utilisation à l'urgence et que les interventions découlant du dépistage devraient cibler davantage les stades précoces plutôt que les cas établis de fragilité ont été exclus à 69 % et 53 %, respectivement.

### **5.1.3. Revues systématiques**

Un total de quatre revues systématiques a été identifié au cours de la recherche documentaire, leurs principales caractéristiques, leurs objectifs et principaux résultats et conclusions sont présentés dans le tableau 5. Une revue concerne spécifiquement l'outil ISAR [66], une autre le PRISMA-7 [68] et les deux autres portent sur différents outils permettant le dépistage de la fragilité à l'urgence incluant l'ISAR, la CFS et le PRISMA-7 [69]. Les auteurs de trois des revues s'intéressent à la capacité prédictive des outils [66-68] alors que dans l'autre il s'agit plutôt de synthétiser les preuves disponibles concernant les outils utilisés pour l'identification de la fragilité des personnes âgées à l'urgence [69].

**TABEAU 5. DESCRIPTION SOMMAIRE DES REVUES SYSTÉMATIQUES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂÎNÉES À L'URGENCE**

| Auteur, année<br>[ref]<br>Pays        | Période de<br>recherche<br>documentaire | n études<br>Devis                       | Outil(s)<br>n patients<br>total                                    | Objectif                                                                                                                                                                                             | Principaux résultats et conclusions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Galvin, 2017<br>[66]<br>International | 1999-2015                               | 32 <sup>1</sup><br>EOP et EOR           | ISAR<br>12 939                                                     | Déterminer la valeur prédictive de l'ISAR pour identifier les personnes de 65 ans et plus à risque après un épisode à l'urgence.<br>Explorer les études d'impact de l'ISAR en pratique clinique.     | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'ISAR présente une capacité prédictive modérée.</li> <li>Peut servir comme aide à la prise de décision pour identifier les personnes âgées pouvant être libérées de l'urgence.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Moloney, 2023<br>[69]<br>Irlande      | 2000-2022                               | 6<br>EOP                                | ISAR,<br>FRESH,<br>BPQ, CFS,<br>VIP,<br>PRISMA-7,<br>TRST<br>1 663 | Synthétiser les preuves concernant la précision diagnostique des outils disponibles pour dépister la fragilité des personnes âgées à l'urgence en comparaison avec l'évaluation gériatrique globale. | <ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des outils ont une bonne sensibilité et une spécificité raisonnable.</li> <li>Le PRISMA-7 a la meilleure sensibilité et la CFS la meilleure spécificité.</li> <li>Davantage de recherche est nécessaire avec des échantillons de grande taille et menées dans différentes populations et contextes.</li> <li>ISAR et CFS sont les outils les plus étudiés.</li> <li>La plupart des outils ont une bonne sensibilité, mais une faible spécificité.</li> <li>Bien qu'aucun outil ne soit parfait pour la prédiction d'effets indésirables, les cliniciens doivent continuer à se pencher sur les besoins de cette clientèle.</li> <li>L'ajout de composants objectifs d'évaluation gériatrique et de domaines qui dépassent les indicateurs de fragilité traditionnels pourrait être étudié.</li> <li>Les outils devraient être utilisés en complément au jugement clinique.</li> </ul> |
| Ku, 2025 [67]<br>Canada               | Jusqu'à janvier<br>2025                 | 57<br>EOP, EOR,<br>transversale         | ISAR,<br>PRISMA-7,<br>CFS et<br>36 autres<br>125 412               | Évaluer quel outil de dépistage de la fragilité présente la meilleure capacité pronostique des effets indésirables chez les personnes âgées visitant l'urgence.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le PRISMA-7 présente une sensibilité modérée et une spécificité élevée pour dépister la fragilité.</li> <li>Le PRISMA-7 a une bonne capacité prédictive pour plusieurs événements indésirables.</li> <li>De plus amples recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions mises en place pour ceux qui sont dépistés positifs au PRISMA-7.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Mohamed, 2025 [68]<br>Irlande         | NR                                      | 36 <sup>2</sup><br>EOP,<br>transversale | PRISMA-7<br>NR                                                     | Résumer les preuves concernant la précision diagnostique et prédictive du PRISMA-7 pour dépister la fragilité chez les personnes âgées et le risque subséquent d'événements indésirables.            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

BPQ : *Bergman-Paris Question*, CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), EOP : étude observationnelle prospective, EOR : étude observationnelle rétrospective, FRESH : *Function Risk Equipment Support Home*, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, TRST : *Triage Risk Screening Tool*, VIP : *Variable Indicative of Placement*

<sup>1</sup> Dont six résumés

<sup>2</sup> Dont 15 dans des services d'urgence

### Galvin et al. (2017) [66]

Dans leur revue systématique avec méta-analyse, Galvin et al. (2017) se sont intéressés à la capacité prédictive de l'ISAR pour identifier la fragilité des personnes âgées de 65 ans et plus se présentant à l'urgence [66]. Les auteurs ont inclus 32 études prospectives et rétrospectives (concernant 25 cohortes uniques de patients) portant sur la validation de l'ISAR (sans mention de la version utilisée) chez les personnes âgées après un épisode de soins à l'urgence. Les indicateurs mesurés incluaient le déclin fonctionnel, le retour à l'urgence, l'hospitalisation et la mortalité jusqu'à six mois après la visite à l'urgence. Un seuil supérieur ou égal à 2 indiquait un dépistage positif. Les résultats résumant les performances de l'outil pour prédire le déclin cognitif, le retour à l'urgence et l'hospitalisation sont rapportés dans le tableau 6 pour des périodes de suivi allant de 30 jours à 6 mois. Les auteurs ne précisent pas si un test standard de dépistage de la fragilité a été utilisé dans les études originales retenues.

Globalement, les résultats des analyses montrent que l'utilisation de l'ISAR à l'urgence a une sensibilité élevée (> 80 % des personnes ayant présenté un événement indésirable ont bien été identifiées comme étant à risque) pour l'ensemble des indicateurs et des périodes de suivi, suggérant son efficacité à repérer les personnes à risque (vrais positifs).

Cependant, la spécificité de l'outil est limitée puisqu'entre 24 % et 38 % des personnes sans événement indésirable ont été adéquatement identifiées comme n'étant pas à risque avec un score ISAR < 2 selon les indicateurs et les périodes de suivi. L'ISAR générerait de nombreux faux positifs. Les auteurs indiquent que cet outil serait utile pour exclure un risque, mais moins fiable pour confirmer qu'un patient est réellement à risque. Ils en concluent que l'outil ne devrait pas être utilisé seul, mais qu'il constitue un bon ajout au jugement clinique dans la décision de libérer une personne aînée de l'urgence.

**TABEAU 6. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DE L'ISAR DANS LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE GALVIN ET AL. (2017) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES AÎNÉES À L'URGENCE [66]**

| Indicateur         | Période de suivi | n études<br>(n patients) | Sensibilité    | Spécificité |
|--------------------|------------------|--------------------------|----------------|-------------|
|                    |                  |                          | % (IC à 95 %)¹ |             |
| Déclin fonctionnel | 30 jours         | 4 (1 237)                | 91 (80-96)     | 27 (19-37)  |
|                    | 3 mois           | 9 (2 328)                | 83 (77-88)     | 34 (28-41)  |
| Retour à l'urgence | 30 jours         | 10 (4 328)               | 81 (73-87)     | 29 (22-38)  |
|                    | 3 mois           | 5 (1 090)                | 84 (73-91)     | 38 (29-48)  |
|                    | 6 mois           | 5 (4 485)                | 80 (70-87)     | 31 (24-38)  |
| Hospitalisation    | 30 jours         | 9 (2 716)                | 83 (75-90)     | 26 (19-34)  |
|                    | 3 mois           | 6 (1 814)                | 80 (70-87)     | 38 (30-46)  |
|                    | 6 mois           | 5 (4 484)                | 82 (74-88)     | 32 (24-41)  |

IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*

¹ Valeurs moyennes agrégées obtenues à l'aide de modèles à effets aléatoires bivariés

Selon les auteurs, l'hétérogénéité statistique des études incluses est faible et les analyses de sensibilité réalisées montrent des résultats similaires en excluant les études qui présentent un risque de biais potentiel. Certaines limites à la revue sont nommées telles que la considération d'études ayant inclus exclusivement des patients hospitalisés et le fait que les données ne permettent pas d'analyser séparément les patients libérés des patients admis. De plus, un biais de sélection est possible dans les études retenues puisque le recrutement a été effectué de jour et en semaine et de nombreuses études incluent d'autres populations que les 75 ans et plus. Les auteurs soulignent cependant une bonne validité externe des résultats puisque les données proviennent de 12 pays de 5 continents différents et que les analyses ont été effectuées à partir des données individuelles pour tenir compte de l'hétérogénéité des études et des tailles d'échantillon.

### **Moloney et al. (2023) [69]**

L'objectif de cette revue avec méta-analyse était de résumer les preuves disponibles concernant la précision diagnostique des outils de dépistage de la fragilité chez les personnes aînées à l'urgence [69]. Les auteurs de cette revue ont retenu six études originales portant sur des personnes de 60 ans et plus se présentant dans un service d'urgence et comparant les performances d'outils de dépistage de la fragilité en utilisant l'EKG comme référence. Outre l'ISAR et la CFS, les outils évalués incluaient également le FRESH (*Function Risk Equipment Support Home*), le BPQ (*Bergman-Paris Question*), le PRISMA-7, le VIP (*Variable Indicative of Placement*) et le TRST (*Triage Risk Screening Tool*). Les seuils de positivité des outils dans les études retenues étaient  $\geq 2$  pour l'ISAR,  $\geq 3$  pour le PRISMA-7 et  $\geq 5$  pour la CFS.

Dans les études retenues, la sensibilité des outils à détecter la fragilité varie de 51 % à 98 % selon l'outil, avec une sensibilité agrégée de 85 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 76-91). L'ISAR, le TRST, le PRISMA-7, le BPQ et le FRESH présentent des sensibilités de plus de 80 %. La spécificité agrégée est de 77 % (IC à 95 % : 62-88) avec des valeurs variant de 29 à 98 %. Les spécificités les plus élevées (80 % et plus) sont obtenues avec la CFS, le FRESH et le VIP.

Bien que les auteurs de la revue indiquent que la plupart des outils ont une bonne sensibilité et une spécificité raisonnable (le PRISMA-7 aurait la meilleure sensibilité et la CFS la meilleure spécificité), ils précisent le besoin de recherches supplémentaires afin de bonifier les données probantes. Certaines limites sont cependant à considérer telles qu'une hétérogénéité des populations incluses dans les études (patients hospitalisés ou non, limite d'âge minimal

pouvant aller de 60 à 75 ans) sans qu'il soit possible de réaliser des sous-analyses. Les auteurs mentionnent également des périodes de recrutement généralement de jour et en semaine et une prévalence importante de fragilité (59 %), ce qui peut traduire un biais de sélection. Cependant, l'inclusion exclusive d'études dans lesquelles un outil de référence a été utilisé pour déterminer la fragilité, soit l'évaluation gériatrique globale, apporte, selon les auteurs, de la robustesse aux analyses.

### Ku et al. (2025) [67]

L'objectif des auteurs était de synthétiser les preuves concernant la capacité pronostique des outils de dépistage de la fragilité existants pour prédire les événements indésirables chez les personnes âgées à la suite d'un épisode de soins à l'urgence [67]. Les critères de sélection des documents permettaient d'inclure toutes les études rapportant des indicateurs de performance (sensibilité, spécificité, aire sous la courbe) pour la prédiction d'au moins un événement indésirable incluant la mortalité, l'hospitalisation, la durée de séjour à l'urgence ou à l'hôpital, le retour à l'urgence, la réadmission, l'admission en soins intensifs et les chutes. Tous les devis observationnels étaient retenus s'ils portaient sur des patients de 60 ans et plus. Sur une période de recherche allant du début des bases de données bibliographiques à janvier 2025, les auteurs ont retenu 66 documents rapportant les résultats de 57 études distinctes pour un total de 125 412 participants. La majorité des études a été jugée à faible risque de biais selon l'évaluation des auteurs. Un total de 39 outils différents évaluant la fragilité a été identifié dont l'ISAR, la CFS et le PRISMA-7. Parmi ceux-ci, l'ISAR qui repose sur de l'information autorapportée par les patients et la CFS sur le jugement clinique étaient les plus utilisés.

Les résultats concernant la précision pronostique des outils pour différents indicateurs sont présentés dans le tableau 7. De manière générale, les outils montrent une précision limitée pour prédire le retour à l'urgence avec une bonne sensibilité et une faible spécificité, induisant ainsi un grand nombre de faux positifs. Concernant l'hospitalisation directement après l'épisode de soins à l'urgence et jusqu'à six mois plus tard selon les outils, les résultats sont identiques avec une bonne capacité à détecter les patients à risque (bonne sensibilité) tout en induisant un grand nombre de faux positifs (faible spécificité).

**TABEAU 7. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DES OUTILS UTILISÉS DANS LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE KU ET AL. (2025) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À L'URGENCE [67]**

| Indicateur         | Outil             | Période de suivi | n études<br>(n patients) | Sensibilité        | Spécificité        |
|--------------------|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
|                    |                   |                  |                          | % (IC à 95 %)      | % (IC à 95 %)      |
| Retour à l'urgence | CFS $\geq 5$      | 30 jours         | 2 (551)                  | 67-94 <sup>1</sup> | 45-47 <sup>1</sup> |
|                    | ISAR $\geq 2$     | 30 jours         | 12 (5780)                | 78 (72-82)         | 31 (24-39)         |
|                    |                   | 3 mois           | 2 (832)                  | 78-86 <sup>1</sup> | 14-40 <sup>1</sup> |
|                    |                   | 6 mois           | 6 (5068)                 | 78 (73-83)         | 33 (26-41)         |
|                    | PRISMA-7 $\geq 3$ | 30 jours         | 2 (551)                  | 68-85 <sup>1</sup> | 44 <sup>1</sup>    |
| Admission          | CFS $\geq 5$      | Après l'urgence  | 4 (1788)                 | 31-58 <sup>1</sup> | 76-83 <sup>1</sup> |
|                    | ISAR $\geq 2$     | Après l'urgence  | 9 (7983)                 | 76 (67-83)         | 41 (30-52)         |
|                    |                   | 30 jours         | 3 (1379)                 | 77-88 <sup>1</sup> | 20-34 <sup>1</sup> |
|                    |                   | 6 mois           | 2 (2126)                 | 44-77 <sup>1</sup> | 38-71 <sup>1</sup> |
|                    | PRISMA-7 $\geq 3$ | Après l'urgence  | 2 (1 407)                | 58-85 <sup>1</sup> | 54-58 <sup>1</sup> |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, IC : intervalle de confiance

<sup>1</sup> Étendue en regroupant les résultats des études retenues

Les auteurs insistent sur l'importance de demeurer vigilant face aux besoins spécifiques des personnes âgées dans les services d'urgence jusqu'à ce que les outils de dépistage soient améliorés. Selon eux, les études à venir devraient s'intéresser au développement d'outils qui intègrent des composantes objectives de l'évaluation gériatrique en plus des indicateurs habituels de fragilité.

### Mohamed et al. (2025) [68]

Dans la revue systématique de Mohamed et al. (2025), les auteurs s'intéressent particulièrement à la capacité diagnostique et prédictive du PRISMA-7 [68]. Seules étaient incluses les études avec un devis prospectif, rétrospectif ou transversal, concernant des patients de 65 ans et plus et pour lesquelles le score au PRISMA-7 était comparé à une référence (ex. : échelle gériatrique globale, jugement clinique par un panel d'experts). Tous les milieux de soins étaient

considérés, mais des sous-analyses ont été réalisées pour le contexte spécifique de l'urgence. Un total de 36 études a été retenu dont 15 se déroulant spécifiquement à l'urgence.

La performance diagnostique du PRISMA-7 à dépister la fragilité a été mesurée à partir des résultats de 11 études menées dans différents milieux et en utilisant différentes mesures de référence. La sensibilité agrégée est de 77 % (IC à 95 % : 60-89) et la spécificité de 86 % (IC à 95 % : 75-93). La capacité prédictive a été mesurée à partir de différents indicateurs incluant la durée de séjour à l'urgence et à l'hôpital, le retour à l'urgence et l'admission. Les principaux résultats sont présentés au tableau 8. Les durées de séjour à l'urgence ou à l'hôpital sont plus longues pour les patients fragiles avec des différences de moyennes de 2,7 et 1,9 jour respectivement, et ces différences sont statistiquement significatives. Les patients dépistés comme fragiles sont plus à risque d'être admis à la suite de l'épisode de soins à l'urgence (rapport de risque : 1,6) et de revenir à l'urgence dans les six mois (rapport de risque : 1,4), comparativement aux patients non fragiles.

**TABLEAU 8. PRINCIPAUX RÉSULTATS CONCERNANT LA CAPACITÉ PRÉDICTIVE DU PRISMA-7 (≥ 3) À L'URGENCE DANS LA REVUE SYSTÉMATIQUE DE MOHAMED ET AL. (2025) PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ [68]**

| Indicateur                            | Période de suivi | n études (n patients) | Diff. de moyenne en jours (IC à 95 %) | Hétérogénéité (%) | Valeur p  |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| Durée de séjour à l'urgence           | S.O.             | 2 (12 876)            | 2,66 (2,15-3,16)                      | 25                | < 0,00001 |
| Durée de séjour à l'hôpital           | S.O.             | 4 (13 388)            | 1,89 (0,18-3,60)                      | 86                | < 0,00001 |
| <b>Rapport de risques (IC à 95 %)</b> |                  |                       |                                       |                   |           |
| Retour à l'urgence                    | 6 mois           | 2 (537)               | 1,37 (1,08-1,74)                      | 0                 | 0,009     |
| Admission                             | S.O.             | 5 (13 962)            | 1,56 (1,25-1,94)                      | 91                | < 0,00001 |

Diff. : différence, IC : intervalle de confiance, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, S.O. : sans objet

Les auteurs concluent que le PRISMA-7 possède une sensibilité modérée et une spécificité élevée pour dépister la fragilité. De plus, cet outil présente une bonne capacité prédictive pour divers événements indésirables. Toutefois, des données supplémentaires demeurent requises pour appuyer sa validité dans le dépistage réalisé à l'urgence ou en soins aigus. De plus, il est mentionné que de plus amples recherches seraient requises visant à évaluer l'efficacité des interventions mises en place chez les personnes dépistées positives au PRISMA-7.

Bien qu'il s'agisse, selon les auteurs, de la première revue systématique à rassembler des données probantes concernant le PRISMA-7, la diversité des définitions de la fragilité est à considérer dans l'interprétation des données. Les auteurs soulignent certaines limites notamment l'hétérogénéité des études incluses en ce qui concerne les caractéristiques des populations incluses, les critères utilisés pour déterminer le statut de fragilité et les milieux de soins. De plus, la diversité des indicateurs n'a pas permis de réaliser des méta-analyses pour nombre d'entre eux ni de réaliser des sous-analyses selon les milieux de soins.

#### Appréciation de la qualité des revues systématiques incluses

Les revues systématiques retenues dans le cadre du présent rapport [66-69] ont été jugées de qualité modérée, à la suite de l'évaluation de la qualité à l'aide de la grille AMSTAR-2. Les critères de sélection sont précisés dans les quatre revues, les méthodologies utilisées pour la recherche documentaire et la sélection des études sont adéquates dans les quatre revues [66-69]. Les études incluses n'étaient pas décrites dans le détail dans l'une des revues [66]. Le risque de biais a été évalué grâce à une grille spécifique aux études de validation diagnostique dans les quatre revues [66-69] et ce risque a été considéré dans les analyses et la discussion des résultats. L'hétérogénéité des études originales incluses a également été discutée dans toutes les revues retenues. Mohamed et al. (2025) ne précisent pas si l'extraction des données a été réalisée par deux évaluateurs indépendants [68] et le risque de biais de publication n'a pas été évalué dans trois revues [66-68]. Les versions des outils de dépistage utilisés ne sont pas précisées dans les revues.

#### **5.1.4. Études originales**

Au total, 23 documents rapportant les résultats de 22 études originales réalisées dans des services d'urgence ont été inclus à partir de la recherche documentaire. Les études retenues, publiées entre 2007 et 2025, avaient toutes des devis observationnels prospectifs, sept étaient multicentriques.

Les principales caractéristiques de ces études sont présentées dans le tableau 9. Le nombre de participants varie de 83 à 12 983, avec sept études portant sur plus de 1 000 participants. Dans une majorité des études, les auteurs ont inclus des personnes âgées de 65 ans et plus ( $n = 16$ ), mais la limite d'âge était fixée à plus de 65 ans dans une étude, à 67 ans et plus dans une autre, à 70 ans et plus dans 4 études et à 75 ans et plus dans 3 autres. Concernant les outils utilisés pour le dépistage de la fragilité, l'ISAR était utilisée dans dix études, la CFS dans six et le PRISMA-7 dans deux études. Quatre études combinaient plusieurs outils, incluant même les trois outils dans trois études. Dans toutes les études, les seuils de positivité utilisés étaient un score supérieur ou égal à 5 pour la CFS, à 2 pour l'ISAR et à 3 pour le PRISMA-7. Dans l'ensemble, les études visaient principalement à évaluer la capacité prédictive de ces outils pour certains indicateurs de santé (ex. : durée de séjour, admission) ou pour des événements indésirables pouvant survenir après l'épisode de soins à l'urgence (ex. : retours à l'urgence, mortalité).

Deux études utilisant l'ISAR ont été réalisées par la même équipe et, au vu des périodes de recrutement, il est possible que les populations incluses se chevauchent [86, 87]. De même, deux études portant sur le PRISMA-7 pourraient concerner une même cohorte [73, 76]. Enfin, deux études réalisées par la même équipe et portant sur la même population ont été considérées comme une seule et même étude [82].

**TABEAU 9. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂÎNÉES À L'URGENCE**

| Outils évalués pour le dépistage de la fragilité | Auteur, année [ref]<br>Pays                         | Période à l'étude             | Population ciblée | n patients |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------|
| CFS                                              | Kaeppli, 2020 [40]<br>Suisse                        | Mars à mai 2019               | ≥ 65 ans          | 2 393      |
|                                                  | Shrier, 2021 <sup>1</sup> [84]<br>Royaume-Uni       | Avril 2017 à mars 2018        | ≥ 65 ans          | 8 568      |
|                                                  | Ehrlington, 2024 <sup>1</sup> [78]<br>Suède         | Mai à novembre 2021           | ≥ 65 ans          | 1 840      |
|                                                  | Fan, 2024 <sup>1</sup> [72]<br>Taiwan               | Octobre 2020 à juin 2021      | ≥ 65 ans          | 593        |
|                                                  | Yücel, 2024 [88]<br>Turquie                         | Mars à octobre 2021           | ≥ 65 ans          | 400        |
|                                                  | Tas, 2025 [90]<br>Turquie                           | Novembre 2020 à août 2023     | > 65 ans          | 1 143      |
|                                                  | Moons, 2007 [70]<br>Belgique                        | Octobre à décembre 2005       | ≥ 65 ans          | 83         |
|                                                  | Salvi, 2009 et 2011 <sup>1</sup> [81, 82]<br>Italie | Juin à juillet 2006           | ≥ 65 ans          | 200        |
| ISAR                                             | Di Bari, 2012 [71]<br>Italie                        | Janvier à juin 2009           | ≥ 75 ans          | 1 632      |
|                                                  | Tavares, 2017 [85]<br>Portugal                      | Janvier 2013 à août 2014      | ≥ 65 ans          | 402        |
|                                                  | Heeren, 2020 [75]<br>Belgique                       | Décembre 2014 à mai 2015      | ≥ 70 ans          | 794        |
|                                                  | Gretarsdottir, 2021 [74]<br>Islande                 | 2016                          | ≥ 67 ans          | 200        |
|                                                  | van Dam, 2022 <sup>1</sup> [87]<br>Pays-Bas         | Novembre 2017 à juillet 2018  | ≥ 70 ans          | 736        |
|                                                  | van Dam, 2021 <sup>1</sup> [86]<br>Pays-Bas         | Novembre 2017 à juin 2018     | ≥ 70 ans          | 870        |
|                                                  | Hsu, 2023 [99]<br>Taiwan                            | Janvier 2021 à janvier 2022   | ≥ 65 ans          | 497        |
|                                                  | Sezic, 2023 [83]<br>Turquie                         | Novembre à décembre 2022      | ≥ 65 ans          | 396        |
|                                                  | Beauchet, 2021 [73]<br>Canada                       | Septembre 2017 à juillet 2018 | ≥ 75 ans          | 12 983     |
|                                                  | Launay, 2021 [76]<br>Canada                         | Septembre 2017 à janvier 2018 | ≥ 75 ans          | 1 905      |
| CFS, ISAR, PRISMA-7                              | O'Caoimh, 2019 [79]<br>Irlande                      | Mars 2016                     | ≥ 70 ans          | 265        |
|                                                  | Solakoglu, 2021 [89]<br>Turquie                     | Mars à mai 2019               | ≥ 65 ans          | 137        |
|                                                  | Leahy, 2023 <sup>1</sup> [77]<br>Irlande            | Septembre 2019 à avril 2020   | ≥ 65 ans          | 419        |
| CFS, PRISMA-7                                    | O'Caoimh, 2022 [80]<br>Irlande                      | Août à septembre 2019         | ≥ 70 ans          | 197        |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Étude multicentrique

Tel que rapporté dans le tableau 10, les participants inclus dans les études présentaient un âge médian ou moyen situé entre 73 et 84 ans et 46 à 69 % étaient des femmes. Concernant les temps de mesure, quatre études rapportent uniquement des indicateurs relatifs à l'épisode de soins à l'urgence (ex. : fragilité, admission), tandis que les autres incluent également des indicateurs d'événements indésirables pouvant survenir jusqu'à un, trois ou six mois après le dépistage.

**TABEAU 10. CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS INCLUSES DANS LES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂÎNÉES À L'URGENCE**

| Auteur, année [ref]                                  | Âge médian en années (IIQ) | % sexe féminin | Durée du suivi en mois |
|------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------|
| <i>Études portant sur la CFS</i>                     |                            |                |                        |
| Kaeppli, 2020 [40]                                   | 78 (72-86)                 | 51             | 1                      |
| Shrier, 2021 [84]                                    | 84 (77-89)                 | 46             | 1                      |
| Ehrlington, 2024 [78]                                | 78 (73-85)                 | 55             | 3                      |
| Fan, 2024 [72]                                       | Moyenne : 76 (ET : 8)      | 49             | Intraépisode           |
| Yücel, 2024 [88]                                     | 77 (65-100)                | 52             | 1                      |
| Tas, 2025 [90]                                       | 73 (9) <sup>1</sup>        | 47             | 1                      |
| <i>Études portant sur l'ISAR</i>                     |                            |                |                        |
| Moons, 2007 [70]                                     | 74 (70-80)                 | 54             | 3                      |
| Salvi, 2009 et 2011 [81, 82]                         | Moyenne : 80 (ET : 7)      | 58             | 6                      |
| Di Bari, 2012 [71]                                   | Moyenne : 84 (ET : 6)      | 61             | 6                      |
| Tavares, 2017 [85]                                   | Moyenne : 81 (ET : 7)      | 55             | 6                      |
| Heeren, 2020 [75]                                    | 80 (75-85)                 | 55             | 3                      |
| Gretarsdottir, 2021 [74]                             | Moyenne : 79 (ET : 8)      | 56             | 3                      |
| van Dam, 2021 [86]                                   | 78 (73-83)                 | 52             | 3                      |
| van Dam, 2022 [87]                                   | 78 (74-84)                 | 54             | 3                      |
| Hsu, 2023 [99]                                       | Moyenne : 80 (ET : 9)      | 57             | 1                      |
| Sezik, 2023 [83]                                     | Moyenne : 77 (ET : 8)      | 50             | 1                      |
| <i>Études portant sur le PRISMA-7</i>                |                            |                |                        |
| Beauchet, 2021 [73]                                  | Moyenne : 84 (NR)          | 57             | Intraépisode           |
| Launay, 2021 [76]                                    | NR                         | NR             | Intraépisode           |
| <i>Études portant sur plusieurs outils d'intérêt</i> |                            |                |                        |
| O'Caoimh, 2019 [79]                                  | 78 (74-83)                 | 52             | Intraépisode           |
| Solakoglu, 2021 [89]                                 | Moyenne : 80 (ET : 8)      | 69             | 1                      |
| O'Caoimh, 2022 [80]                                  | 79 (73-83)                 | 45             | 3                      |
| Leahy, 2023 [77]                                     | Moyenne : 77 (ET : 7)      | 47             | 6                      |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ET : écart-type, IIQ : intervalle interquartile, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Étendue de l'IIQ

Dans toutes les études faisant l'objet de la CFS comme outil de dépistage de la fragilité, la version à neuf points [25] a été employée. Selon les études, une version traduite et validée en allemand [40], en suédois [78] ou en turc [88, 90] a été utilisée. Dans l'étude de Shrier et al. (2021), la CFS a été administrée en format numérique intégrée au logiciel de triage [84] tandis que le format n'a pas été précisé dans les autres études. L'ISAR a été utilisée dans sa version originale [33] dans sept études [70, 71, 74, 75, 81, 82, 85], dans sa version révisée [42] dans une étude [83] et dans une version adaptée pour les patients hospitalisés, comprenant quatre questions au lieu de cinq [100] dans deux autres [86, 87]. Deux études ont utilisé une version validée en italien [71, 81, 82], deux autres études, une version en néerlandais [86, 87] et une étude, une version en chinois [99]. Les deux études portant sur le PRISMA-7 reposaient sur sa version originale [43]. Dans les études utilisant plusieurs outils, les versions originales étaient utilisées et les mêmes seuils de positivité étaient appliqués. Dans l'une de ces études, l'ISAR avait été traduite en turc [89].

Les caractéristiques des modalités d'administration des différents outils à l'urgence dans les études originales retenues sont présentées dans le tableau 11. L'administration de la CFS était effectuée dès l'inscription (n = 4), au triage (n = 1) et après le triage dans une autre (n = 1). Pour L'ISAR, les quatre études où cette information est rapportée indiquent une administration effectuée au triage (n = 1) ou immédiatement après (n = 3). Pour le PRISMA-7, l'administration était réalisée au triage dans les deux études. Dans les études utilisant plusieurs outils, le dépistage était effectué au triage (n = 2) ou après le triage (n = 2). Le personnel infirmier ou un membre de l'équipe clinique administrait les outils de dépistage dans neuf des études tandis que dans dix études il s'agissait de membres du personnel de recherche ou d'étudiants. Deux études ne précisaient pas qui effectuait l'administration. Plusieurs études mentionnent une formation préalable du personnel en charge de l'administration des outils [40, 78-82, 84, 86, 87]. Dans deux études, les auteurs indiquent que les outils étaient administrés par du personnel expérimenté [71, 88].

**TABEAU 11. MODALITÉS D'ADMINISTRATION DES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂNÉES À L'URGENCE DANS LES ÉTUDES ORIGINALES RETENUES**

| Auteur, année [ref]                                  | Moment de l'administration | Personne procédant à l'administration |
|------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <i>Études portant sur la CFS</i>                     |                            |                                       |
| Kaeppli, 2020 [40]                                   | À l'inscription            | Étudiants                             |
| Shrier, 2021 [84]                                    | À l'inscription            | Infirmières de l'urgence              |
| Ehrlington, 2024 [78]                                | À l'inscription            | Équipe clinique                       |
| Fan, 2024 [72]                                       | Au triage                  | Assistants de recherche               |
| Yücel, 2024 [88]                                     | À l'inscription            | Médecins de l'étude                   |
| Tas, 2025 [90]                                       | Après le triage            | Chercheurs                            |
| <i>Études portant sur l'ISAR</i>                     |                            |                                       |
| Moons, 2007 [70]                                     | NR                         | Infirmières de recherche              |
| Salvi, 2009 et 2011 [81, 82]                         | NR                         | Assistants de recherche               |
| Di Bari, 2012 [71]                                   | Au triage                  | Infirmières                           |
| Tavares, 2017 [85]                                   | Après le triage            | NR                                    |
| Heeren, 2020 [75]                                    | NR                         | Infirmières                           |
| Gretarsdottir, 2021 [74]                             | NR                         | Étudiants                             |
| van Dam, 2021 [86]                                   | Après le triage            | Étudiants                             |
| van Dam, 2022 [87]                                   | Après le triage            | Étudiants                             |
| Hsu, 2023 [99]                                       | NR                         | NR                                    |
| Sezik, 2023 [83]                                     | NR                         | Autoadministré                        |
| <i>Études portant sur le PRISMA-7</i>                |                            |                                       |
| Beauchet, 2021 [73]                                  | Au triage                  | Infirmières                           |
| Launay, 2021 [76]                                    | Au triage                  | Infirmières                           |
| <i>Études portant sur plusieurs outils d'intérêt</i> |                            |                                       |
| O'Caoimh, 2019 [79]                                  | Au triage                  | Infirmières                           |
| Solakoglu, 2021 [89]                                 | Après le triage            | Assistants de recherche               |
| O'Caoimh, 2022 [80]                                  | Au triage                  | Infirmières                           |
| Leahy, 2023 [77]                                     | Après le triage            | Infirmières de recherche              |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

### Capacité des outils à dépister la fragilité

Comme présenté dans le tableau 12, trois études portent sur l'évaluation de la performance de la CFS, de l'ISAR et du PRISMA-7 pour dépister la fragilité chez les personnes âgées à l'urgence. Dans deux études, menées par la même équipe, l'EGG servait de référence et était réalisée par du personnel spécialisé en gériatrie et expérimenté avec la démarche [79, 80].

La sensibilité de la CFS (51 % et 77 %) est inférieure à celle de l'ISAR (94 % et 95 %) et du PRISMA-7 (84 % et 98 %), indiquant un risque élevé de faux négatifs (patients identifiés fragiles à l'EGG, mais négatifs à la CFS). La spécificité de la CFS (87 % et 94 %) est supérieure à celle du PRISMA-7 (64 % et 78 %) avec lequel 22 à 36 % des patients sont faussement dépistés comme fragiles (faux positifs) comparativement à l'EGG. Dans une étude, la spécificité de l'ISAR indique un taux de faux positifs de 65 % comparativement à l'EGG. Dans une autre étude où la référence était un indice d'accumulation des déficits dérivé de l'EGG [81], l'ISAR montre une sensibilité de 94 % et une spécificité de 63 % indiquant de meilleures performances lorsqu'il est comparé à cet indice plutôt qu'à l'EGG complet.

Pour la CFS, les valeurs prédictives positives varient de 85 à 93 %, indiquant une bonne capacité à confirmer la présence de la fragilité chez les patients identifiés comme tels. Pour l'ISAR, cette valeur est de 67 % dans une étude et pour le PRISMA-7, de 73 % et 84 %. La valeur prédictive négative, soit la capacité des outils à exclure la fragilité lorsqu'un résultat négatif est observé, est variable dans les deux études qui portent sur la CFS (57 % et 80 %). Celle-ci est globalement plus élevée avec le PRISMA-7 (78 % et 97 %) et dans une des études qui portent sur l'ISAR (83 %). L'une des études portant sur l'ISAR ne rapporte pas les données de valeurs prédictives.

**TABLEAU 12. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LA FRAGILITÉ À L'URGENCE**

| Auteur, année [ref]   | n patients | Sensibilité | Spécificité | Valeur prédictive positive<br>% (IC à 95 %) | Valeur prédictive négative |
|-----------------------|------------|-------------|-------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| <i>CFS (≥ 5)</i>      |            |             |             |                                             |                            |
| O'Caoimh, 2019 [79]   | 265        | 51 (42-60)  | 94 (86-98)  | 93 (83-97)                                  | 57 (48-65)                 |
| O'Caoimh, 2022 [80]   | 197        | 77 (67-85)  | 87 (78-93)  | 85 (76-92)                                  | 80 (71-87)                 |
| <i>ISAR (≥ 2)</i>     |            |             |             |                                             |                            |
| Salvi, 2011 [81]      | 200        | 94 (88-97)  | 63 (51-73)  | NR                                          | NR                         |
| O'Caoimh, 2019 [79]   | 265        | 95 (90-98)  | 35 (26-45)  | 67 (60-73)                                  | 83 (69-92)                 |
| <i>PRISMA-7 (≥ 3)</i> |            |             |             |                                             |                            |
| O'Caoimh, 2019 [79]   | 265        | 84 (77-90)  | 78 (69-85)  | 84 (77-90)                                  | 78 (69-85)                 |
| O'Caoimh, 2022 [80]   | 197        | 98 (92-99)  | 64 (54-73)  | 73 (64-80)                                  | 97 (86-99)                 |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

Dans le cas des indicateurs qui vont suivre (risque d'hospitalisation, durées de séjour, retour à l'urgence, réadmissions à l'hôpital, risque de déclin fonctionnel et risque d'institutionnalisation), aucune mesure standard de référence n'a été utilisée en comparaison des outils d'intérêt. Les données de référence étaient tirées directement des dossiers ou obtenues lors des suivis téléphoniques.

### Capacité des outils à dépister les patients à risque d'hospitalisation

Comme présenté dans le tableau 13, la capacité des outils à dépister les patients à risque d'hospitalisation à la suite de leur épisode de soins à l'urgence a été mesurée dans six études avec la CFS, quatre avec l'ISAR et trois avec le PRISMA-7.

À l'exception des études de Solakoglu et al. (2021) et de Yücel et al. (2024) où la sensibilité de la CFS atteint plus de 75 %, celle-ci demeure plus faible dans les quatre autres études allant de 44 % à 62 %. La spécificité de la CFS est de 62 % à 80 % dans trois études, mais plus faible dans les trois autres (30 % à 54 %). Concernant l'ISAR, la sensibilité se situe entre 77 % à 90 % selon les études, tandis que la spécificité demeure en dessous de 50 % avec des valeurs situées entre 19 % à 42 %. Deux des études portant sur le PRISMA-7 rapportent des sensibilités de 38 % et de 57 % et la spécificité varie de 8 % à 50 % pour prédire le risque d'hospitalisation. Dans Solakoglu et al. (2021), la sensibilité du PRISMA-7 est meilleure (85 %) et la spécificité reste en dessous de 20 %. À l'exception de quelques études, les outils génèrent globalement un grand nombre de faux positifs concernant cet indicateur.

Globalement, l'ISAR se distingue par un faible risque de faux négatifs, mais génère de nombreux faux positifs, la CFS présente un profil plus spécifique, mais expose à un risque de faux négatifs, tandis que le PRISMA-7 montre une capacité limitée à prédire les patients à risque d'hospitalisation en raison d'un cumul de faux positifs et de faux négatifs.

Les valeurs prédictives positives et négatives demeurent variables pour l'ensemble des outils, suggérant des capacités incertaines à prédire l'hospitalisation chez les patients identifiés comme à risque ou à l'exclure chez les patients identifiés comme non à risque.

**TABEAU 13. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'HOSPITALISATION**

| Auteur, année<br>[ref]   | n patients | Sensibilité     | Spécificité     | Valeur prédictive positive<br>% | Valeur prédictive négative |
|--------------------------|------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|
| <i>CFS (≥ 5)</i>         |            |                 |                 |                                 |                            |
| Kaeppli, 2020 [40]       | 2 393      | 46 <sup>1</sup> | 80 <sup>1</sup> | 79 <sup>1</sup>                 | 47 <sup>1</sup>            |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 137        | 85 <sup>1</sup> | 54 <sup>1</sup> | 58 <sup>1</sup>                 | 82 <sup>1</sup>            |
| Ehrlington, 2024 [78]    | 1 840      | 44 <sup>1</sup> | 76 <sup>1</sup> | 58 <sup>1</sup>                 | 64 <sup>1</sup>            |
| Fan, 2024 [72]           | 593        | 51 <sup>1</sup> | 62 <sup>1</sup> | 71 <sup>1</sup>                 | 41 <sup>1</sup>            |
| Yücel, 2024 [88]         | 400        | 77 <sup>1</sup> | 30 <sup>1</sup> | 40 <sup>1</sup>                 | 69 <sup>1</sup>            |
| Tas, 2025 [90]           | 1 143      | 62              | 48              | 22                              | 84                         |
| <i>ISAR (≥ 2)</i>        |            |                 |                 |                                 |                            |
| Di Bari, 2012 [71]       | 1632       | 84              | 33              | 51                              | 72                         |
| Heeren, 2020 [75]        | 794        | 90              | 22              | 70                              | 52                         |
| Gretarsdottir, 2021 [74] | 187        | 77              | 42              | NR                              | NR                         |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 137        | 85 <sup>1</sup> | 19 <sup>1</sup> | 44 <sup>1</sup>                 | 63 <sup>1</sup>            |
| <i>PRISMA-7 (≥ 3)</i>    |            |                 |                 |                                 |                            |
| Beauchet, 2021 [73]      | 12 983     | 38              | 8               | 34                              | 77                         |
| Launay, 2021 [76]        | 1 905      | 57              | 50              | 54                              | 53                         |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 137        | 85 <sup>1</sup> | 54 <sup>1</sup> | 58 <sup>1</sup>                 | 82 <sup>1</sup>            |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Calculé par l'équipe de l'UETMIS

### Capacité des outils à dépister les patients à risque d'une durée de séjour à l'urgence ou d'un séjour hospitalier prolongés

Des données concernant la durée du séjour à l'urgence ont été rapportées dans trois études, dont une portant sur l'ISAR et deux études sur le PRISMA-7 (Tableau 14). L'ISAR présente une sensibilité de 88 % pour prédire la durée de séjour à l'urgence alors que la spécificité est de 14 %. Pour le PRISMA-7, la capacité prédictive de la durée du séjour à l'urgence varie de 36 % à 60 % selon les études. La durée du séjour hospitalier a été également mesurée dans deux études portant sur le PRISMA-7, et celui-ci semble inefficace à prédire un séjour hospitalier prolongé dans l'une des études (sensibilité de 13 % et spécificité de 2 %). Dans la seconde étude portant sur le PRISMA-7, la sensibilité est de 63 % et la spécificité de 56 %. Ces résultats pour le PRISMA-7 sont hétérogènes bien que ces deux études aient été réalisées dans le même milieu avec des populations très similaires. Il est possible que d'autres facteurs aient influencé la durée de séjour (ex. : la raison de consultation à l'urgence), et n'aient pas été considérés.

Globalement, les outils évalués montrent une capacité limitée à prédire la durée du séjour, particulièrement en raison de faibles spécificités générant de nombreux faux positifs, et, pour certains outils, de sensibilités insuffisantes exposant à des faux négatifs. L'ISAR se distingue par une valeur prédictive négative élevée, suggérant un intérêt pour exclure un risque de séjour prolongé, tandis que le PRISMA-7 présente des performances hétérogènes et globalement modestes pour cet indicateur.

**TABLEAU 14. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'UNE DURÉE DE SÉJOUR À L'URGENCE OU DE SÉJOUR HOSPITALIER PROLONGÉS**

| Auteur, année [ref]                | Outil          | Définition de la durée de séjour       | n patients | Sensibilité | Spécificité | Valeur prédictive positive % | Valeur prédictive négative |
|------------------------------------|----------------|----------------------------------------|------------|-------------|-------------|------------------------------|----------------------------|
| <i>Durée de séjour à l'urgence</i> |                |                                        |            |             |             |                              |                            |
| Heeren, 2020 [75]                  | ISAR (≥ 2)     | ≥ 90 <sup>e</sup> percentile           | 794        | 88          | 14          | 10                           | 92                         |
| Beauchet, 2021 [73]                | PRISMA-7 (≥ 3) | > 21 heures sur civière                | 12 983     | 36          | 8           | 32                           | 68                         |
| Launay, 2021 [76]                  | PRISMA-7 (≥ 3) | > 3 <sup>e</sup> tertile (26,9 heures) | 1 905      | 60          | 50          | 38                           | 71                         |
| <i>Durée de séjour hospitalier</i> |                |                                        |            |             |             |                              |                            |
| Beauchet, 2021 [73]                | PRISMA-7 (≥ 3) | > 12 jours                             | 12 983     | 13          | 2           | 36                           | 71                         |
| Launay, 2021 [76]                  | PRISMA-7 (≥ 3) | > 3 <sup>e</sup> tertile (13 jours)    | 1 905      | 63          | 56          | 36                           | 72                         |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

### Capacité des outils à dépister les patients à risque d'un retour à l'urgence

Le retour à l'urgence est un indicateur considéré dans 11 études originales. Les résultats sont présentés dans le tableau 15. Selon les résultats de six études, l'ISAR présente une sensibilité allant de 64 à 87 % pour prédire le retour à l'urgence dans les 30 jours qui suivent un épisode de soins à l'urgence. La spécificité demeure en dessous de 40 % (12 à 40 %). Les résultats sont similaires à trois mois selon une étude et à six mois selon quatre études. La CFS est utilisée dans quatre études pour prédire le retour à l'urgence dans les 30 jours. Les auteurs rapportent une sensibilité de 73 % et 94 % dans deux études, mais celle-ci est plus faible (61 % et 67 %) dans les deux autres. La spécificité se situe entre 27 % et 52 %. Concernant les performances du PRISMA-7, la sensibilité atteint 85 % dans une étude alors qu'elle est plus faible dans l'autre. Quant à la spécificité, elle n'atteint pas 50 % dans les deux études.

Dans l'ensemble, les outils évalués présentent des valeurs prédictives positives faibles, contrastant avec des valeurs prédictives négatives généralement élevées, suggérant que ces outils sont davantage utiles pour estimer un faible risque de retour à l'urgence lorsque le dépistage de la fragilité est négatif que pour évaluer un risque élevé lorsque le dépistage est positif.

**TABEAU 15. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE D'UN RETOUR À L'URGENCE**

| Auteur, année [ref]      | Temps de suivi en mois | n patients | Sensibilité          | Spécificité          | Valeur prédictive positive | Valeur prédictive négative |
|--------------------------|------------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|
|                          |                        |            | % (IC à 95 %)        |                      | %                          |                            |
| CFS (≥ 5)                |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 1                      | 137        | 94 (NR) <sup>1</sup> | 47 (NR) <sup>1</sup> | 36 <sup>1</sup>            | 96 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]         | 1                      | 414        | 67 (55-77)           | 45 (39-50)           | 21                         | 86                         |
|                          | 6                      | 387        | 67 (58-75)           | 51 (45-57)           | 40                         | 76                         |
| Yücel, 2024 [88]         | 1                      | 400        | 73 (NR) <sup>1</sup> | 27 (NR) <sup>1</sup> | 22 <sup>1</sup>            | 78 <sup>1</sup>            |
| Tas, 2025 [90]           | 1                      | 1 143      | 61 (56-65)           | 52 (48-56)           | 51                         | 61                         |
| ISAR (≥ 2)               |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Salvi, 2009 [82]         | 1                      | 181        | 73 (NR) <sup>1</sup> | 35 (NR) <sup>1</sup> | 29 <sup>1</sup>            | 78 <sup>1</sup>            |
|                          | 6                      | 168        | 73 (NR) <sup>1</sup> | 43 (NR) <sup>1</sup> | 61 <sup>1</sup>            | 56 <sup>1</sup>            |
| Di Bari, 2012 [71]       | 6                      | 1 632      | 80 (NR) <sup>1</sup> | 29 (NR) <sup>1</sup> | 44 <sup>1</sup>            | 67 <sup>1</sup>            |
| Tavares, 2017 [85]       | 1                      | 402        | 87 (NR) <sup>1</sup> | 28 (NR) <sup>1</sup> | 36 <sup>1</sup>            | 82 <sup>1</sup>            |
|                          | 6                      |            | 82 (NR) <sup>1</sup> | 27 (NR) <sup>1</sup> | 45 <sup>1</sup>            | 67 <sup>1</sup>            |
| Heeren, 2020 [75]        | 1                      | 794        | 84 (NR)              | 14 (NR)              | 12                         | 86                         |
|                          | 3                      |            | 86 (NR)              | 14 (NR)              | 22                         | 78                         |
| Gretarsdottir, 2021 [74] | 1                      | 200        | 65 (NR)              | 33 (NR)              | NR                         | NR                         |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 1                      | 137        | 64 (NR) <sup>1</sup> | 12 (NR) <sup>1</sup> | 19 <sup>1</sup>            | 50 <sup>1</sup>            |
| Hsu, 2023 [99]           | 1                      | 485        | 81 (NR) <sup>1</sup> | 37 (NR) <sup>1</sup> | 22 <sup>1</sup>            | 89 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]         | 1                      | 414        | 76 (65-85)           | 40 (35-46)           | 22                         | 88                         |
|                          | 6                      | 387        | 72 (64-80)           | 45 (38-51)           | 39                         | 77                         |
| Sezic, 2023 [83]         | 1                      | 396        | 80 (NR)              | 31 (NR)              | 37                         | 76                         |
| PRISMA-7 (≥ 3)           |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Solakoglu, 2021 [89]     | 1                      | 137        | 85 (NR) <sup>1</sup> | 44 (NR) <sup>1</sup> | 33 <sup>1</sup>            | 90 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]         | 1                      | 414        | 68 (56-78)           | 44 (38-49)           | 21                         | 86                         |
|                          | 6                      | 387        | 65 (56-73)           | 48 (42-54)           | 38                         | 74                         |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie,

<sup>1</sup> Calculé par l'équipe de l'UETMIS

### Capacité des outils à dépister les patients à risque de réadmissions à l'hôpital

Les auteurs de neuf études ont rapporté la capacité de la CFS (n = 4), de l'ISAR (n = 7) ou du PRISMA-7 (n = 2) à prédire les réadmissions à l'hôpital après un épisode de soins à l'urgence. Les résultats sont présentés dans le tableau 16. Dans l'ensemble, les 3 outils présentent une sensibilité allant de 67 à 89 % et une spécificité généralement faible (≤ 51 %), tant à 1 mois après le séjour à l'urgence, qu'à 3 et 6 mois. Dans une étude portant sur l'ISAR, les auteurs rapportent une sensibilité de 100 % et une spécificité de 38 % dans les 15 jours qui suivent l'épisode à l'urgence [70].

**TABLEAU 16. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE DE RÉADMISSIONS À L'HÔPITAL**

| Auteur, année [ref]  | Temps de suivi en mois | n patients | Sensibilité          | Spécificité          | Valeur prédictive positive | Valeur prédictive négative |
|----------------------|------------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|
|                      |                        |            | % (IC à 95 %)        |                      | %                          |                            |
| CFS (≥ 5)            |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Shrier, 2021 [84]    | 1                      | 8 568      | 43 (42-45)           | 80 (79-81)           | 76                         | 49                         |
| Solakoglu, 2021 [89] | 1                      | 137        | 70 (NR) <sup>1</sup> | 39 (NR) <sup>1</sup> | 27 <sup>1</sup>            | 80 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]     | 1                      | 414        | 76 (63-86)           | 46 (40-51)           | 19                         | 92                         |
|                      | 6                      | 385        | 69 (59-77)           | 51 (44-57)           | 35                         | 80                         |
| Tas, 2025 [90]       | 1                      | 1 143      | 69 (61-73)           | 49 (46-53)           | 27                         | 84                         |
| ISAR (≥ 2)           |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Moons, 2007 [70]     | 1                      | 74         | 79 (NR)              | 37 (NR)              | 22                         | 89                         |
|                      | 3                      |            | 79 (NR)              | 41 (NR)              | 37                         | 82                         |
| Di Bari, 2012 [71]   | 6                      | 1 632      | 80 (NR)              | 27 (NR)              | 34                         | 74                         |
| Tavares, 2017 [85]   | 1                      | 128        | 89 (NR) <sup>1</sup> | 15 (NR) <sup>1</sup> | 42 <sup>1</sup>            | 65 <sup>1</sup>            |
|                      | 6                      | 170        | 82 (NR) <sup>1</sup> | 19 (NR) <sup>1</sup> | 43 <sup>1</sup>            | 58 <sup>1</sup>            |
| Solakoglu, 2021 [89] | 1                      | 137        | 73 (NR) <sup>1</sup> | 14 (NR) <sup>1</sup> | 21 <sup>1</sup>            | 63 <sup>1</sup>            |
| Hsu, 2023 [99]       | 1                      | 485        | 81 (NR) <sup>1</sup> | 34 (NR) <sup>1</sup> | 17 <sup>1</sup>            | 92 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]     | 1                      | 414        | 83 (71-91)           | 40 (35-45)           | 18                         | 93                         |
|                      | 6                      | 385        | 75 (66-83)           | 44 (38-50)           | 34                         | 82                         |
| Sezic, 2023 [83]     | 1                      | 374        | 88 (NR)              | 29 (NR)              | 14                         | 95                         |
| PRISMA-7 (≥ 3)       |                        |            |                      |                      |                            |                            |
| Solakoglu, 2021 [89] | 1                      | 137        | 85 (NR) <sup>1</sup> | 44 (NR) <sup>1</sup> | 33 <sup>1</sup>            | 90 <sup>1</sup>            |
| Leahy, 2023 [77]     | 1                      | 414        | 78 (65-87)           | 45 (39-50)           | 19                         | 92                         |
|                      | 6                      | 385        | 65 (55-74)           | 47 (41-53)           | 32                         | 78                         |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Calculé par l'équipe de l'UETMIS

### Capacité des outils à dépister les patients à risque de déclin fonctionnel

Trois études incluent le déclin fonctionnel comme indicateur de la capacité prédictive de l'ISAR ou des trois outils d'intérêt. Les résultats sont présentés dans le tableau 17. L'ISAR présente une sensibilité de 61 à 72 % et une spécificité moyenne allant de 44 à 60 %, quel que soit le temps de mesure. Des résultats comparables sont observés pour la CFS et le PRISMA-7 à un et six mois dans l'étude de Leahy et al. (2023).

L'ISAR se distingue par des valeurs prédictives négatives plus élevées, suggérant une meilleure capacité d'exclusion du déclin fonctionnel, tandis que la CFS et le PRISMA-7 montrent des profils plus équilibrés entre les valeurs prédictives positives et négatives, mais globalement peu discriminants.

**TABEAU 17. CAPACITÉ DES OUTILS À DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE DE DÉCLIN FONCTIONNEL**

| Auteur, année [ref]   | Temps de suivi en mois | n patients | Sensibilité | Spécificité | Valeur prédictive positive<br>% (IC à 95 %) | Valeur prédictive négative |
|-----------------------|------------------------|------------|-------------|-------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| <i>CFS (≥ 5)</i>      |                        |            |             |             |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 391        | 61 (53-68)  | 48 (41-55)  | 52 (NR)                                     | 58 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 65 (58-71)  | 56 (48-63)  | 60 (NR)                                     | 60 (NR)                    |
| <i>ISAR (≥ 2)</i>     |                        |            |             |             |                                             |                            |
| van Dam, 2021 [86]    | 1                      | 870        | 63 (56-70)  | 58 (54-62)  | 32 (29-35)                                  | 84 (81-86)                 |
|                       | 3                      | 851        | 70 (61-78)  | 60 (56-64)  | NR                                          | NR                         |
|                       | 6                      | 790        | 70 (60-78)  | 59 (55-63)  | 24 (22-28)                                  | 91 (88-93)                 |
| van Dam, 2022 [87]    | 1                      | 716        | 62 (54-70)  | 58 (54-63)  | NR                                          | NR                         |
|                       | 3                      | 693        | 67 (56-76)  | 60 (55-64)  |                                             |                            |
|                       | 6                      | 653        | 72 (61-81)  | 49 (44-53)  |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 391        | 69 (62-75)  | 44 (37-51)  | 53 (NR)                                     | 61 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 71 (64-77)  | 49 (42-57)  | 59 (NR)                                     | 62 (NR)                    |
| <i>PRISMA-7 (≥ 3)</i> |                        |            |             |             |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 391        | 66 (58-72)  | 50 (43-57)  | 54 (NR)                                     | 62 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 67 (60-74)  | 55 (48-63)  | 61 (NR)                                     | 62 (NR)                    |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

### Capacité des outils à dépister les patients à risque d'institutionnalisation

Les mêmes auteurs des trois études ayant évalué le déclin fonctionnel ont également rapporté des données concernant l'institutionnalisation des participants (Tableau 18). Dans une étude, l'institutionnalisation correspondait à l'admission en résidence de soins (*nursing home*) et était recueillie lors de l'appel téléphonique de suivi par l'infirmière [77] tandis que dans les deux autres, l'information provenait des dossiers et était validée auprès du médecin traitant ou d'un proche aidant [86, 87]. Dans ces deux études, un patient était considéré comme institutionnalisé s'il vivait à domicile avant son épisode de soins à l'urgence et avait dû être relocalisé par la suite (ex. : centre de réadaptation, centre d'hébergement).

Comme indiqué dans le tableau 18, la sensibilité de l'ISAR est de 70 à 86 % selon l'étude et le temps de suivi tandis que la spécificité est de 40 à 59 %. Des résultats comparables sont rapportés pour la CFS et le PRISMA-7 dans une étude avec des suivis à trois et six mois.

**TABEAU 18. CAPACITÉ DES OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À L'URGENCE À PRÉDIRE L'INSTITUTIONNALISATION**

| Auteur, année [ref]   | Temps de suivi en mois | n patients | Sensibilité | Spécificité | Valeur prédictive positive<br>% (IC à 95 %) | Valeur prédictive négative |
|-----------------------|------------------------|------------|-------------|-------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| <i>CFS (≥ 5)</i>      |                        |            |             |             |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 392        | 82 (63-94)  | 46 (41-51)  | 11 (NR)                                     | 97 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 59 (36-79)  | 46 (40-51)  | 6 (NR)                                      | 95 (NR)                    |
| <i>ISAR (≥ 2)</i>     |                        |            |             |             |                                             |                            |
| van Dam, 2021 [86]    | 1                      | 870        | 78 (68-85)  | 55 (52-59)  | 18 (16-20)                                  | 95 (93-97)                 |
|                       | 3                      | 851        | 76 (67-83)  | 58 (54-62)  | NR                                          | NR                         |
|                       | 6                      | 790        | 72 (62-80)  | 59 (55-63)  | 24 (22-27)                                  | 92 (89-94)                 |
| van Dam, 2022 [87]    | 1                      | 716        | 74 (63-84)  | 56 (52-59)  | NR                                          | NR                         |
|                       | 3                      | 693        | 72 (61-81)  | 58 (54-62)  |                                             |                            |
|                       | 6                      | 653        | 70 (59-79)  | 59 (55-64)  |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 392        | 86 (67-96)  | 40 (35-45)  | 10 (NR)                                     | 97 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 77 (55-92)  | 40 (35-45)  | 7 (NR)                                      | 97 (NR)                    |
| <i>Prisma-7 (≥ 3)</i> |                        |            |             |             |                                             |                            |
| Leahy, 2023 [77]      | 1                      | 392        | 86 (67-96)  | 45 (40-50)  | 11 (NR)                                     | 98 (NR)                    |
|                       | 6                      | 379        | 73 (50-89)  | 45 (40-50)  | 8 (NR)                                      | 96 (NR)                    |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), IC : intervalle de confiance, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

### Appréciation des études originales

Les résultats de l'analyse de la qualité méthodologique sont présentés en détail à l'annexe 6. Des outils validés ou standardisés ont été utilisés dans toutes les études [40, 70-88]. De même, dans toutes les études, les populations sont bien décrites, les analyses statistiques réalisées telles que planifiées et les conclusions se rapportent aux objectifs principaux des études [40, 70-88]. L'objectif de l'étude est clairement annoncé dans tous les articles, sauf celui de O'Caoimh et al. (2022) [80], de même que le contexte de l'étude sauf dans deux cas [80, 85]. Dans toutes les études se retrouvent les critères de sélection sauf pour l'une d'entre elles [83]. La méthode de recrutement des participants n'est pas décrite adéquatement dans une étude [81], il en va de même pour les indicateurs [74]. Plusieurs auteurs n'ont pas décrit suffisamment l'intervention étudiée [72, 74, 81, 82, 84] et d'autres n'ont pas planifié de mesures de précision a priori [72, 74, 75, 79, 81, 88]. La taille d'échantillon a été planifiée seulement dans sept études [40, 76-78, 80]. Tous les auteurs abordent en discussion les limites de leur étude à l'exception de deux groupes [40, 73]. Enfin, le financement de l'étude et les conflits d'intérêts ne sont pas annoncés dans une minorité des études [70, 82, 85, 88].

En plus des limites méthodologiques identifiées lors de l'évaluation de la qualité des études, les auteurs eux-mêmes ont soulevé certains biais à considérer. Dans une majorité des études, un biais de sélection a pu être noté soit du fait de la population à l'étude (ex. : essentiellement caucasiennes, les plus fragiles ont pu refuser de participer) [70, 72, 74, 77, 78, 80], soit en lien avec la période restreinte du recrutement principalement sur des heures de jour et excluant des périodes de forte affluence [71, 72, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 85]. Dans certains cas, un biais d'information ne peut pas être exclu comme c'est le cas lorsque des événements indésirables survenus hors de la région ne sont pas connus de l'équipe de recherche ou que le temps de suivi n'est pas suffisamment long [71, 80], si l'insu a pu être brisé, car le niveau de fragilité figurait au dossier [84], si l'outil a été administré par des personnes d'expérience différente sans qu'une concordance interévaluateurs n'ait été mesurée au préalable [70, 75, 84] ou encore lorsque le patient s'évalue lui-même [70, 72, 79, 83, 85]. Certains auteurs mentionnent un biais de confusion possible lorsque les données n'ont pas été ajustées pour les facteurs confondants potentiels (ex. : motif de consultation à l'urgence, présence de comorbidités) ou que des analyses de sous-groupes n'ont pas été effectuées [73-76, 81, 82, 88]. Enfin, dans certaines études, un biais de rappel pourrait être considéré puisque les événements indésirables survenant après l'épisode de soins à l'urgence étaient collectés auprès des patients ou de leur famille 30 jours à 6 mois après [77, 79].

Aucune donnée n'a été identifiée dans la littérature retenue concernant les effets observés des pratiques de dépistages sur des indicateurs tels que l'orientation des patients après l'épisode aigu de soins, la mise en place de services à la suite du dépistage, le délai d'obtention des services et le nombre d'événements indésirables à domicile requérant des soins et services de santé.

#### **5.1.5. Études en cours**

La consultation des registres de protocoles d'études en cours a permis d'identifier quatre revues systématiques en cours de réalisation, sans qu'aucun protocole d'étude originale ne soit recensé. Les principales caractéristiques de ces revues systématiques sont présentées dans le tableau 19.

Une revue systématique porte spécifiquement sur l'ISAR (CRD42024585128), une autre inclut la CFS (CRD42024593077) tandis que les deux dernières ne mentionnent pas les outils d'intérêt (CRD42024533146, CRD42025638137). Parmi les protocoles identifiés, trois visent à évaluer les capacités prédictives des outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence relativement à divers événements indésirables incluant le retour à l'urgence, la réadmission ou la durée de séjour. L'un des protocoles inclut également l'admission en établissement parmi ses indicateurs (CRD42024585128). Trois des revues prévoyaient une fin en 2024, mais aucune publication n'a été identifiée.

Enfin, l'un des protocoles concerne une analyse économique qui devrait être réalisée au Canada afin de comparer les coûts de santé des patients fragiles identifiés avec un outil de dépistage (CRD42025638137). La fin de l'étude était prévue pour le mois d'août 2025, mais à ce jour aucune publication n'a été identifiée.

**TABEAU 19. CARACTÉRISTIQUES DES PROTOCOLES DE REVUES SYSTÉMATIQUES EN COURS PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE À L'URGENCE**

| Identifiant<br>Pays          | Objectif                                                                                                                                                                      | Principaux indicateurs                                                                                                                      | Date de fin prévue |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| CRD42024533146<br>États-Unis | Identifier l'outil le plus efficace pour le dépistage de la fragilité des personnes de 65 ans et plus à l'urgence.                                                            | Changement de niveau de triage<br>Changement d'orientation<br>Mortalité<br>Durée de séjour à l'urgence<br>Réadmission<br>Retour à l'urgence | Juin 2024          |
| CRD42024585128<br>Irlande    | Évaluer la capacité de l'ISAR à prédire les événements indésirables chez les personnes âgées à l'urgence.                                                                     | Mortalité<br>Déclin fonctionnel<br>Retour à l'urgence<br>Hospitalisation<br>Admission en établissement                                      | Décembre 2024      |
| CRD42024593077<br>Chine      | Évaluer l'efficacité de la CFS et d'autres outils à prédire avec précision les événements indésirables consécutifs à un épisode de soins à l'urgence.                         | Mortalité<br>Réadmission<br>Durée de séjour<br>Orientation<br>Déclin fonctionnel                                                            | Décembre 2024      |
| CRD42025638137<br>Canada     | Comparer les coûts de santé encourus en contexte de soins aigus (incluant l'urgence) entre les patients fragiles (identifiés avec un outil de dépistage) et les non fragiles. | Coûts de santé                                                                                                                              | Août 2025          |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*

### 5.1.6. Enquêtes publiées

#### *Enquêtes de pratique*

La recherche documentaire a permis d'identifier six enquêtes de pratique s'adressant au personnel médical et portant sur l'utilisation d'outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence. Le nombre de répondants varie de 18 à 229 avec des taux de réponse allant de 13 à 88 % lorsque cette information est rapportée. Les modes d'enquête utilisés comprennent le questionnaire en ligne, les entrevues semi-dirigées ou un choix entre les deux dans une étude [94]. Le dépistage de la fragilité en général fait l'objet de quatre enquêtes, alors qu'il était spécifiquement question de l'ISAR dans une enquête menée au Canada et de la CFS dans une autre menée en Suède. Les enquêtes retenues sont détaillées dans le tableau 20.

**TABEAU 20. CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTES DE PRATIQUE INCLUSES PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ À L'URGENCE**

| Auteur, année [ref]<br>Pays    | Modalité de l'enquête (Outil concerné)                       | Type de répondants                                       | n répondants (Taux de réponse) | Objectif                                                                                                                                                               | Principaux résultats et conclusions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| McCusker, 2007 [94]<br>Canada  | Entrevue téléphonique ou questionnaire autoadministré (ISAR) | Personnel de l'urgence (médecins et personnel infirmier) | 98 / 111 (88 %)                | Identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation de l'ISAR au Québec.                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ISAR implantée dans 13 urgences (13,3 %) dont 7 poursuivent l'utilisation</li> <li>Autres outils utilisés : n = 22 (22,4 %)</li> <li>Avantages de l'ISAR : rapidité, simplicité, pertinence clinique, validation en contexte d'urgence</li> <li>Inconvénients de l'ISAR : faux positifs et faux négatifs</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ekermo, 2023 [92]<br>Suède     | Questionnaire en ligne (S.O.)                                | Gestionnaires de départements d'urgence                  | 54 / 66 (82 %)                 | Cartographier la façon dont est réalisé le dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence.                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage de la fragilité par 65 % (n = 35) des départements répondants</li> <li>Moins de la moitié avec un outil établi (n = 15) incluant CFS (n = 6) et FRESH (n = 5)</li> <li>Pertinence et facilité d'utilisation de la CFS : médiane de 5 sur maximum de 7</li> <li>Temps requis par la CFS : médiane de 3 sur maximum de 7</li> <li>Pertinence du dépistage de la fragilité en générale : médiane de 6 sur maximum de 7</li> <li>Principales barrières pour la CFS : grande charge de travail, oubli</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| Hörlin, 2023 [93]<br>Suède     | Questionnaire en ligne (CFS)                                 | Personnel de l'urgence (médecins et personnel infirmier) | 229 / 475 (48 %)               | Mesurer l'utilisation de la CFS et documenter l'expérience des cliniciens.                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>3 thèmes identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>conditions préalables à l'implantation du dépistage</li> <li>connaissances et aptitudes</li> <li>motivation</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Barry, 2024 [91]<br>Irlande    | Entrevues semi-dirigées (S.O.)                               | Professionnels de l'urgence                              | 18 (S.O.)                      | Identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation d'un dépistage des personnes âgées à l'urgence.                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Moins de la moitié des répondants (48 %) a reçu une formation sur la fragilité.</li> <li>20 % ne sont pas sûrs de la définition de la fragilité.</li> <li>74 % s'appuient sur le jugement clinique pour identifier la fragilité.</li> <li>61 % utilisent un outil de dépistage de la fragilité.</li> <li>Les principales barrières à l'implantation du dépistage de la fragilité à l'urgence sont le manque de ressources, les trajectoires diagnostiques insuffisantes et le manque de formation sur les outils adéquats.</li> </ul>                                                                                                                                                                        |
| Moloney, 2024 [95]<br>Irlande  | Questionnaire en ligne (S.O.)                                | Professionnels de l'urgence                              | 168 (13 %)                     | Explorer les connaissances du personnel de l'urgence sur la fragilité, l'utilisation d'outils de dépistage et les défis de formation.                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>La majorité des répondants (91,4 %) juge que le dépistage de la fragilité à l'urgence est important.</li> <li>Nombreux sont ceux qui estiment ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet, tant sur la fragilité que sur les outils de dépistage.</li> <li>Dans les établissements sondés, le dépistage repose surtout sur des méthodes non standardisées principalement le jugement clinique (76 % des répondants), les outils validés étant peu utilisés.</li> <li>Le dépistage permet de référer à une infirmière spécialisée en urgences gériatriques (90 %), de demander une consultation pour l'admission (70 %) ou de référer pour des soins à domicile ou dans la communauté (78 %).</li> </ul> |
| Bhatnagar, 2025 [96]<br>Canada | Questionnaire en ligne (S.O.)                                | Médecins de l'urgence                                    | 151 / 253 (60 %)               | Comprendre le niveau de connaissance des urgentologues relativement à la fragilité, les méthodes utilisées pour le dépistage et sa place dans les décisions cliniques. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

CFS : *Clinical Frailty Scale* (échelle de fragilité clinique), FRESH : *Function Risk Equipment Support Home*, ISAR : *Identification systématique des aîné(e)s à risque*, S.O. : sans objet

### **McCusker et al., 2007 [94]**

À la suite de la publication des résultats d'un ECR multicentrique mené au Québec et portant sur l'implantation d'une intervention en deux étapes (dont celle de l'ISAR) pour dépister et prendre en charge les personnes âgées fragiles à l'urgence [101], l'outil ISAR a été largement diffusé dans les centres hospitaliers et les Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la province. Les objectifs de l'enquête étaient de documenter les contextes d'implantation de l'ISAR, de décrire les modalités/processus de dépistage et d'identifier les barrières et les facilitateurs [94]. Parmi 111 services d'urgence du Québec, 98 ont répondu en complétant un questionnaire par téléphone ou par courriel. Parmi ceux ayant fourni l'information (n = 86), 72 % disposaient d'un service gériatrique et 35 % des établissements représentés possédaient une affiliation universitaire. Une majorité des répondants appartenait au personnel infirmier (89 %) et exerçait en centres primaires et secondaires (55 %). L'outil ISAR avait été implanté dans 13 établissements (13 %) dont 7 l'utilisaient encore au moment de l'enquête. De plus, 12 services d'urgence avaient envisagé l'utilisation de l'outil sans toutefois l'implanter. Parmi les six établissements à avoir participé à l'ECR de validation de l'ISAR [101], aucun ne l'utilisait au moment du sondage, ni aucun autre outil de dépistage de la fragilité. Les auteurs de l'enquête ont observé que l'implantation de l'outil était plus fréquente dans les urgences de niveau tertiaire, lorsque les établissements possédaient une affiliation universitaire. De plus, l'utilisation de l'outil était associée au nombre de civières, au volume de visites de patients de 65 ans et plus et à la disponibilité du personnel spécialisé en gériatrie (sans mention du sens de l'association).

Les utilisateurs de l'ISAR rapportaient plusieurs avantages, notamment sa rapidité, sa simplicité, sa validation en contexte d'urgence et sa pertinence clinique. Les inconvénients les plus fréquemment cités concernaient les faux négatifs et les faux positifs. Parmi les pistes d'amélioration proposées figuraient la simplification des formulations, la combinaison des deux premières questions, l'augmentation du nombre et des détails des questions (ex. : ajouter une question sur les chutes), l'intégration d'un suivi d'évaluation et la possibilité d'inclure des requêtes pour des services communautaires. De plus, ils suggéraient de réévaluer la performance de l'outil sans les items 4 et 6 et de laisser davantage place au jugement clinique. Certains utilisateurs auraient d'ailleurs modifié l'outil de leur propre initiative. Concernant les non-utilisateurs de l'ISAR (ceux qui ne l'ont pas considéré ou qui l'ont considéré, mais ne l'ont pas implanté), les principales raisons évoquées incluaient le manque de ressources (personnel, financement, trajectoire si dépistage positif), les limites perçues de l'outil (trop large, vague, subjectif), la résistance au changement (ajout d'un questionnaire, attitude envers les personnes âgées) et la compréhension insuffisante de l'objectif de l'outil de dépistage. Les répondants des établissements ayant arrêté l'utilisation de l'outil ont mentionné l'absence du maintien des ressources, la demande organisationnelle de passer au PRISMA-7 et des difficultés d'administration chez certains (patients incapables de le remplir eux-mêmes).

À titre de conclusions/recommandations, les auteurs de l'enquête soulignent que la réussite de l'implantation d'un outil de dépistage repose sur une évaluation systématique de l'environnement et des utilisateurs potentiels. Ils recommandent que les stratégies d'implantation incluent la formation du personnel, des partenariats avec des établissements ayant déjà implanté l'outil, une adaptation des outils et des tests de préimplantation. Ils insistent également sur l'importance d'établir des liens avec les autres acteurs du réseau de la santé et de déterminer quelles informations sont réellement pertinentes pour assurer une prise en charge adéquate des patients après leur épisode de soins à l'urgence.

### **Ekermo et al., 2023 [92]**

Cette enquête menée auprès de gestionnaires de services d'urgence en Suède visait à cartographier les méthodes de dépistage de la fragilité des personnes âgées à l'urgence et documenter les disparités entre les différents établissements ainsi que la disponibilité des lignes directrices pour guider la pratique infirmière auprès des personnes âgées fragiles [92]. Des représentants de 54 des 66 établissements ciblés à travers le pays ont participé à l'enquête (taux de réponse de 82 %). Parmi eux, 54 % représentaient des hôpitaux de taille moyenne, 28 % de petite taille et 19 % détenaient une désignation universitaire. Le dépistage de la fragilité a été effectué dans 65 % (n = 35) des établissements. De ces établissements, 43 % utilisaient un outil formel alors que 29 % n'utilisent pas d'outil spécifique. Les outils les plus fréquemment utilisés sont la CFS (n = 6) et le FRESH (n = 5). Les autres outils cités sont le *Geriatric Risk Profile* et la *Frail Scale*. Ceux qui n'utilisent pas d'outil établi ont précisé qu'ils identifiaient la fragilité avec la *Care Assessment Scale* ou des critères locaux développés à l'interne. De tous les établissements répondants, 52 % (n = 28) disposaient de lignes directrices pour la prise en charge de personnes âgées fragiles. L'enquête visait également à répertorier les gestes infirmiers réalisés auprès de la clientèle âgée fragile dans les différents établissements. La plupart des actions (91 %) concernaient les besoins de soins physiques, 9 %, les besoins psychosociaux et aucune action n'était associée à l'aspect relationnel. Les auteurs concluent que des efforts sont nécessaires pour uniformiser les

pratiques et s'assurer que le dépistage de la fragilité des personnes âgées repose sur des outils validés et soit soutenu par les données probantes. Ils mentionnent également l'absence d'une approche holistique et centrée sur la personne ce qui limite la qualité et la continuité des soins offerts aux personnes âgées fragiles dans ces milieux.

### **Hörlin et al., 2023 [93]**

Cette enquête a été menée dans trois établissements de santé suédois incluant un hôpital universitaire, un hôpital communautaire urbain et un hôpital rural [93]. Au moment de l'étude, la CFS venait d'être implantée dans la routine clinique des trois établissements. Avant cette introduction, tous les membres du personnel impliqués étaient invités à suivre une formation en ligne d'environ 30 minutes sur l'utilisation de la CFS. La formation a été complétée par 77 % du personnel. Pour les trois établissements, les données ont été collectées sur une période de six semaines tout au long de la journée pour des patients dépistés ou non avec la CFS. Dans les 14 jours suivant cette collecte de données, le personnel a reçu un sondage par courriel afin de documenter l'acceptabilité du dépistage de la fragilité (pertinence, facilité d'utilisation, temps requis, barrières et facilitateurs, importance de l'évaluation de la fragilité en général).

Au cours de la période à l'étude, la CFS a été complétée pour 47 % des visites à l'urgence. Le taux de complétion augmente avec l'âge pour atteindre 77 % chez les 96 ans et plus. L'outil a été utilisé dans plus de la moitié des cas pour les personnes arrivées en ambulance (56 %) ou en transport couché (63 %). Les patients avec une cote au triage urgente ou très urgente étaient plus souvent dépistés (> 50 %) que ceux présentant une condition mineure (24 %). Peu de différences ont été observées entre les jours de la semaine, mais le taux de complétion était plus élevé pour les patients consultant le matin.

Parmi les 221 répondants (taux de participation de 47 %), 35 % (n = 78) étaient médecins, 33 % (n = 73) infirmiers et 32 % (n = 70) assistants. La plupart des répondants ont manifesté une expérience positive avec la pertinence du dépistage de la fragilité en général, la facilité d'utilisation de la CFS et sa pertinence avec des médianes situées entre 5 et 6 sur une échelle de 7. Concernant la perception du temps requis, la médiane était de 3. Les barrières les plus fréquemment citées étaient la charge de travail importante et l'oubli. À l'inverse, la difficulté de compréhension de l'outil et le temps requis étaient les barrières les moins fréquemment citées. L'analyse qualitative des questions ouvertes a également permis d'identifier d'autres barrières dont le manque de motivation et l'insuffisance d'instructions spécifiques. Parmi les facilitateurs se trouvaient la pertinence clinique perçue, l'assignation de la tâche à un membre spécifique du personnel de l'urgence et du soutien adéquat à l'implantation. Les auteurs concluent que la CFS possède un bon potentiel d'implantation en contexte d'urgence, en raison de sa facilité d'utilisation. Ils précisent cependant que toutes les personnes âgées n'ont pas été dépistées possiblement en raison de la charge de travail. Ils recommandent de clarifier l'objectif de l'évaluation, de définir des actions de suivi explicites et l'intégration de l'outil dans une routine clinique structurée.

### **Barry et al., 2024 [91]**

Dans cette étude, 18 professionnels de la santé irlandais ont été rencontrés lors d'entrevues semi-structurées afin d'identifier les barrières et facilitateurs à l'implantation d'un dépistage centré sur la personne âgée en contexte d'urgence [91]. Trois thèmes principaux ont été identifiés, soit les conditions préalables à la mise en œuvre d'un dépistage centré sur les personnes âgées, les connaissances et les compétences requises pour sa mise en œuvre et la motivation. Chacun était examiné à l'aide de huit domaines théoriques : le contexte et les ressources du milieu, le rôle et l'identité sociale et professionnelle, les croyances sur les capacités, le renforcement, les intentions, les objectifs, ainsi que la mémoire, l'attention et les processus de prise de décision. Les barrières rapportées liées à ce thème étaient l'impact de la COVID sur le dépistage et les barrières reliées à l'environnement et aux ressources. Plusieurs facilitateurs ont été énoncés tels que la préparation en amont de l'implantation, une approche multidisciplinaire, une planification de l'urgence et une gestion des conflits d'intérêts, un processus de promotion et de leadership des pratiques et un renforcement des pratiques. Le second thème qui concernait les connaissances et les compétences pour l'implantation relevait une barrière : la perception du dépistage centré sur la personne âgée comme un processus complexe.

Parmi les facilitateurs se trouvaient la connaissance approfondie du dépistage, de l'intervention et des trajectoires de référencement, l'accès à des consultants spécialisés et des ressources éducatives flexibles. Enfin, le troisième thème, la motivation, regroupait plusieurs obstacles : le maintien de la motivation dans des environnements difficiles, maintenir l'adhésion à long terme du personnel, les objectifs conflictuels au sein de l'urgence, la pression des pairs, le jugement des collègues et le maintien d'une pratique basée sur les preuves. Quant aux facilitateurs rapportés, il s'agissait de l'expérience positive du dépistage, de ses impacts tangibles, l'identification et l'expression des priorités en matière de soins, l'actualisation de la théorie à la pratique et l'implication de la personne âgée. Les auteurs concluent sur

l'importance d'une approche axée sur un leadership fort, incluant des experts du dépistage capables de soutenir le processus, de motiver et de soutenir l'équipe multidisciplinaire, ce qui est essentiel pour assurer une implantation cohérente et basée sur les preuves.

### **Moloney et al., 2024 [95]**

Cette enquête menée en Irlande auprès de 168 membres du personnel de l'urgence provenant de 9 établissements différents visait à évaluer les connaissances du personnel, leur utilisation d'outils de dépistage et les défis relatifs à la formation [95]. Le sondage en ligne comprenait 25 affirmations classées selon 5 catégories liées à la fragilité (compréhension, identification, évaluation, prise en charge et formation). Chaque répondant devait indiquer s'il était en accord, en désaccord ou incertain par rapport à l'affirmation. Le personnel infirmier constituait le groupe le plus représenté avec 46 % (n = 78). Une majorité des répondants (63 %, n = 105) déclarait comprendre parfaitement la signification de la fragilité en termes cliniques et 93 % (n = 156) d'entre eux étaient d'avis que la fragilité peut être améliorée par les interventions. Ceux qui utilisaient un outil pour le dépistage de la fragilité étaient au nombre de 102 (61 %) et 74 % (n = 124) indiquaient se fier à leur jugement clinique (catégories non exclusives). Pour 162 répondants (96 %), les patients fragiles étaient fréquents dans leur pratique et 87 % (n = 146) contactaient l'équipe multidisciplinaire quand un cas se présentait. Selon 83 % (n = 140) des répondants, le dépistage devrait s'appliquer aux patients de 70 ans et plus. La plupart s'entendent sur le fait que le dépistage devrait être réalisé par tous les cliniciens (90 %, n = 152) ou par le personnel infirmier (82 %, n = 137). Seulement 7 % (n = 12) considéraient que le dépistage n'était pas faisable à l'urgence. Enfin, une majorité des répondants manifestait son intérêt à davantage de formation (88 %, n = 148) soit par le biais de conférences, d'affiches ou de formations en ligne.

Les obstacles au dépistage identifiés concernent principalement les ressources ou la capacité organisationnelle avec l'absence d'une équipe multidisciplinaire en dehors des heures régulières, le manque d'espace dédié aux personnes âgées dans les urgences, le manque de personnel et de temps nécessaire pour le dépistage. Les répondants soulignent aussi l'absence d'une trajectoire claire pour la prise en charge de la fragilité à l'urgence et un flou quant aux rôles et responsabilités du personnel. Enfin, sur le plan de la formation, les difficultés mentionnées incluaient également le manque de matériel éducatif et de connaissances spécifiques.

Dans leur conclusion, les auteurs recommandent un renforcement de la collaboration entre les équipes multidisciplinaires et le personnel de l'urgence, l'utilisation d'outils validés, simples et adaptés à l'urgence ainsi que la mise en place d'un modèle de formation flexible et mixte soutenu par un expert qui promeut le temps d'enseignement protégé.

### **Bhatnagar et al., 2025 [96]**

Les auteurs présentent les résultats d'une enquête menée en ligne auprès d'urgentologues exerçant en Ontario (Canada), tant dans des établissements académiques que communautaires [96]. L'objectif était de décrire le niveau de familiarité des cliniciens concernant le syndrome de fragilité chez les personnes âgées et de décrire leurs pratiques de dépistage à l'urgence. Le sondage comprenait des questions démographiques, des questions pour lesquelles les répondants devaient se prononcer sur une échelle de Likert à cinq points (familiarité avec le syndrome de fragilité, connaissance et perception de l'importance du dépistage), et des questions à choix multiples concernant la fréquence du dépistage et les outils utilisés. Parmi les 151 répondants sur 253 personnes contactées, 57 % pratiquaient dans un hôpital académique et environ la moitié comptait plus de 10 ans d'expérience à l'urgence. La plupart (91 %) étaient d'avis que le dépistage de la fragilité était important à l'urgence tandis que seulement 39 % se disaient familier ou très familier avec ce concept. Pour 44 % des urgentologues ayant répondu au sondage, le dépistage est réalisé dans au moins 50 % des cas. Pour la plupart, ce dépistage est effectué selon une méthode non standardisée, soit le jugement clinique « gestalt » (76 %) ou en consultant une infirmière spécialisée en urgences gériatriques (63 %) et très peu ont recouru à un outil (9 % utilisent la CFS, 2 % l'ISAR, aucun le PRISMA-7). Selon les répondants, le dépistage de la fragilité permet d'informer les décisions relatives aux consultations par les infirmières spécialisées en gériatrie (90,1 %), de référer pour des services de soutien à domicile ou dans la communauté (78,2 %), d'admettre les patients (70,2 %) ou de prévoir un suivi (68,2 %). Concernant les outils les plus pratiques pour améliorer la capacité à dépister la fragilité, les répondants ont choisi particulièrement les modules éducatifs et les formations en libre accès.

Pour conclure, les auteurs soulignent l'écart entre l'importance perçue du dépistage de la fragilité et les connaissances permettant son application, suggérant un rôle important de la formation à l'urgence.

**Hörlin et al., 2026 [97]**

Cette étude, réalisée par la même équipe suédoise que deux des enquêtes de pratique décrites précédemment [92, 93] visait à explorer la manière dont les personnes âgées de 65 ans et plus perçoivent et vivent l'évaluation de la fragilité à l'urgence à l'aide de la CFS, ainsi que les facteurs influençant cette expérience [97]. Sur la base d'un devis qualitatif de type phénoménologique (rapport d'expérience vécue) combinant des enregistrements vidéo d'évaluations cliniques (CFS réalisée par le personnel de l'urgence) et des entretiens semi-dirigés auprès des patients, les auteurs ont procédé à une analyse thématique. L'enquête a été réalisée dans le service d'urgence d'un centre hospitalier universitaire suédois entre le 30 septembre et le 5 novembre 2024. Dans cet établissement, la CFS est utilisée de routine depuis 2021 par du personnel formé. Un échantillon intentionnel de 21 patients âgés de 65 ans et plus, présentant des niveaux de fragilité, de motifs de consultation et des priorités de triage variés, a été constitué.

Globalement, les participants ont vécu l'évaluation de la fragilité de manière positive ou neutre. Quatre thèmes ont été identifiés du point de vue des patients :

- éléments influençant l'expérience de l'évaluation de la fragilité : l'expérience est fortement influencée par la qualité de la communication, l'écoute active et la capacité du personnel à établir un lien de confiance;
- sens donné à l'évaluation de la fragilité : les patients interprètent généralement l'évaluation comme une discussion sur leur situation de vie, leur autonomie et un éventuel besoin d'aide;
- perte de sens de l'évaluation : plusieurs patients rapportent une compréhension limitée des objectifs et des suites possibles du dépistage, les expériences négatives étaient surtout associées à un manque de clarté quant à la finalité de l'évaluation ou l'absence de lien explicite avec les actions subséquentes;
- réflexions sur le vieillissement et l'autonomie : l'évaluation suscite des réflexions sur le vieillissement, l'autonomie, la vitalité et la crainte de dépendance.

Les auteurs concluent que le dépistage est généralement bien accepté à l'urgence. Ils soulignent l'importance d'une communication relationnelle et centrée sur le patient lors du dépistage de la fragilité à l'urgence. Les résultats mettent en évidence la nécessité de mieux expliquer aux patients le but du dépistage et ses conséquences potentielles, afin d'en améliorer l'acceptabilité et la compréhension.

Appréciation des enquêtes publiées

Toutes les enquêtes ont été jugées de qualité méthodologique acceptable sur la base des critères de qualité de la grille CROSS [91-95]. Dans toutes les enquêtes retenues sauf une [96], le résumé, la mise en contexte et les objectifs sont complets et bien décrits [91-95]. Le questionnaire administré, la population ciblée et la collecte de données sont présentés adéquatement dans toutes les enquêtes. De même, les auteurs ont effectué une interprétation adéquate des résultats (tenant compte des biais ou imprécisions potentiels) tout en discutant des limites et de la généralisabilité. Seuls les auteurs Moloney et al. (2024) n'ont pas réalisé de prétest de leur questionnaire [95, 96]. Le questionnaire administré n'est pas disponible dans deux enquêtes [92, 94] et dans une enquête, la méthode utilisée pour constituer l'échantillon de répondants n'est pas décrite [91]. Aucune enquête ne fait mention du calcul d'une taille d'échantillon a priori, du traitement des données manquantes ou de la réalisation d'analyses de sensibilité. Dans une enquête, les auteurs décrivent les méthodes utilisées pour assurer le maintien de la confidentialité [92]. Le taux de réponse est mentionné dans quatre enquêtes [93-95]. Le financement est rapporté dans toutes les enquêtes à l'exception de deux [95, 96], et les conflits d'intérêts ne sont pas mentionnés dans McCusker et al. (2007) [94].

L'enquête d'expérience patient [93] répond aux exigences méthodologiques selon la grille CASP pour les études qualitatives [57]. Les objectifs sont clairs. La méthode, le devis, l'échantillon et le mode de collecte sont adéquats pour répondre aux objectifs. Les analyses sont rigoureuses, les résultats explicites et la contribution des résultats obtenus pour le domaine sont clairs. Seul le biais relatif à la relation entre l'équipe de recherche et les participants n'a pas été abordé.

### 5.1.7. Études économiques

La recherche documentaire n'a pas permis d'identifier d'étude économique répondant aux critères de sélection. Il n'a donc pas été possible d'obtenir des données concernant les ressources investies pour la mise en place d'un dépistage ou l'impact du dépistage sur les coûts hospitaliers.

## 5.2. Données contextuelles

### 5.2.1. Données générales

Les données obtenues à partir de la banque de données commune des urgences (BDCU)<sup>5</sup> indiquent que 607 183 patients de 75 ans et plus, dont 382 492 sur civière, ont fréquenté les urgences au Québec au cours de l'année financière 2024-2025. Les chiffres détaillés sont indiqués dans le tableau 21. Ainsi, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 16 % de la fréquentation des urgences au Québec. Plus spécifiquement, elles représentent 17 % de la clientèle qui fréquente les urgences de la région de la Capitale-Nationale et 18 % de la clientèle des urgences du CHU. Dans l'urgence de l'IUCPQ-ULaval, 34 % des usagers sont des personnes de 75 ans et plus. Cette proportion est de 17 % à Santé Québec Gaspésie.

**TABEAU 21. FRÉQUENTATION DANS LES URGENCES AU QUÉBEC ET PROPORTIONS DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS EN 2024-2025**

|                                                | Patients de tout âge |                              | Patients de 75 ans et plus (%) |                          |
|------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
|                                                | Total                | Sur civière (%) <sup>1</sup> | Total <sup>2</sup>             | Sur civière <sup>3</sup> |
| Ensemble du Québec                             | 3 711 701            | 1 219 106 (33)               | 607 183 (16)                   | 382 492 (63)             |
| Ensemble de la région de la Capitale-Nationale | 406 065              | 136 144 (34)                 | 69 590 (17)                    | 43 616 (63)              |
| CHU                                            | 245 218              | 102 488 (42)                 | 43 770 (18)                    | 31 302 (72)              |
| IUCPQ-ULaval                                   | 30 667               | 14 612 (48)                  | 10 287 (34)                    | 6 687 (65)               |
| Santé Québec Gaspésie                          | 103 423              | 20 597 (20)                  | 17 207 (17)                    | 6 626 (39)               |

CHU : Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, IUCPQ-ULaval : Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

<sup>1</sup> Pourcentage de patients de tout âge sur civière parmi le total des patients ayant fréquenté les urgences

<sup>2</sup> Pourcentage de patients de 75 ans et plus parmi le total des patients de tout âge

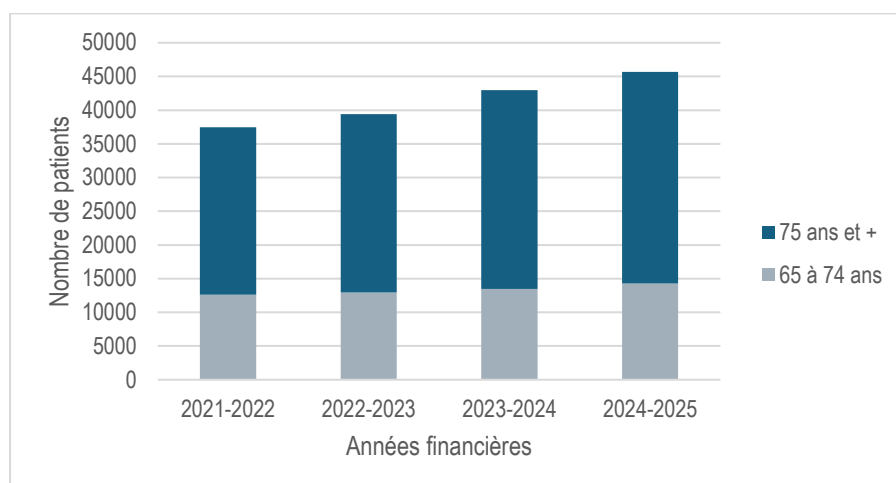
<sup>3</sup> Pourcentage de patients de 75 ans et plus sur civière parmi le total des patients de 75 ans et plus

### 5.2.2. À Santé Québec CHU de Québec-Université Laval

Entre 2021-2022 et 2024-2025, le nombre de patients âgés de 65 ans et plus installés sur civières aux services d'urgence du CHU n'a cessé de croître, passant de 37 465 à 45 669 personnes. Les personnes âgées de 65 à 74 ans représentent de 31 à 34 % de ces patients. La répartition des patients selon les deux groupes d'âge lors des quatre dernières années financières est représentée à la figure 3.

<sup>5</sup> La banque de données commune des urgences (BDCU) est un système québécois géré par le MSSS et alimenté en temps réel, qui collige les informations personnelles et cliniques des patients inscrits à l'urgence d'un établissement du Québec [102].

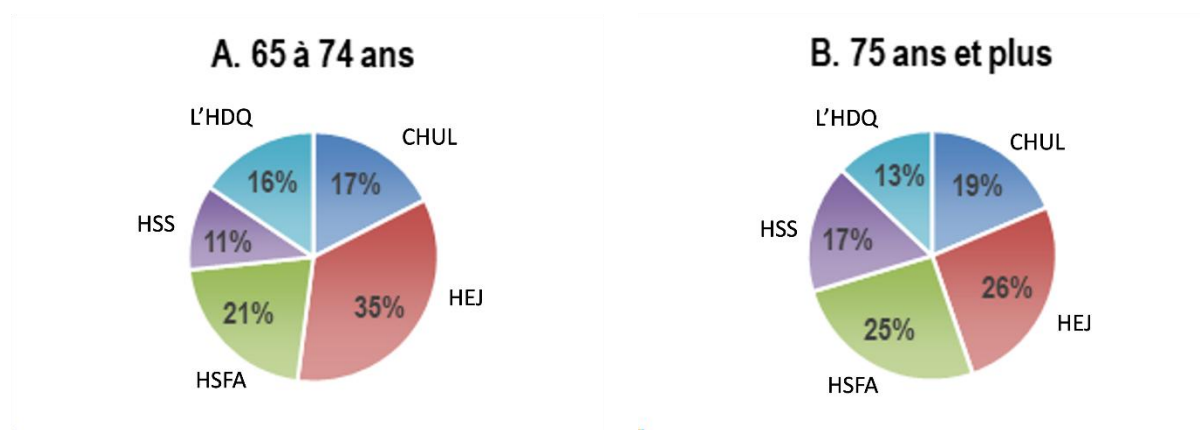
**FIGURE 3. RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ET PLUS SUR CIVIÈRE AUX URGENCES DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL DE 2021 À 2025**



Au cours de l'année financière 2024-2025, ce sont 14 281 patients âgés de 65 à 74 ans et 31 388 patients âgés de 75 ans et plus qui ont été installés sur civière aux services d'urgences du CHU dont 49 % (n = 7 045) et 59 % (n = 18 579), respectivement, étaient des femmes. Chez les 75 ans et plus, le groupe des 75 à 84 ans représente 56,1 % (n = 17 619), les 85 à 94 ans 37,5 % (n = 11 763) et 6,4 % (n = 2 006) pour les 95 ans et plus. Une majorité de ces patients sont reçus aux urgences de l'HEJ (35 %, n = 4 935 pour les 65 à 74 ans et 26 %, n = 8 177 pour les 75 ans et plus) et à celle de l'HSFA (21 %, n = 3 044 pour les 65 à 74 ans et 25 %, n = 8 046 pour les 75 ans et plus). La répartition des patients de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus sur civière dans les différents services d'urgences du CHU est présentée à la figure 4. La plupart de ces patients proviennent de la région de la Capitale-Nationale (65 à 74 ans : 92,7 %, n = 13 242; 75 ans et plus : 97,1 %, n = 30 479).

À la suite de leur séjour aux urgences en 2024-2025, 57 % (n = 8 125) des patients âgés de 65 à 74 ans sont retournés à leur domicile, 39 % (n = 5 545) ont été admis, 4 % (n = 558) ont été transférés vers un autre établissement et 0,4 % (n = 53) sont décédés. Chez les patients de 75 ans et plus, 55 % (n = 17 197) sont retournés à leur domicile, 42 % (n = 13 184) ont été admis, 3 % (n = 887) ont été transférés vers un autre établissement et 0,4 % (n = 120) sont décédés.

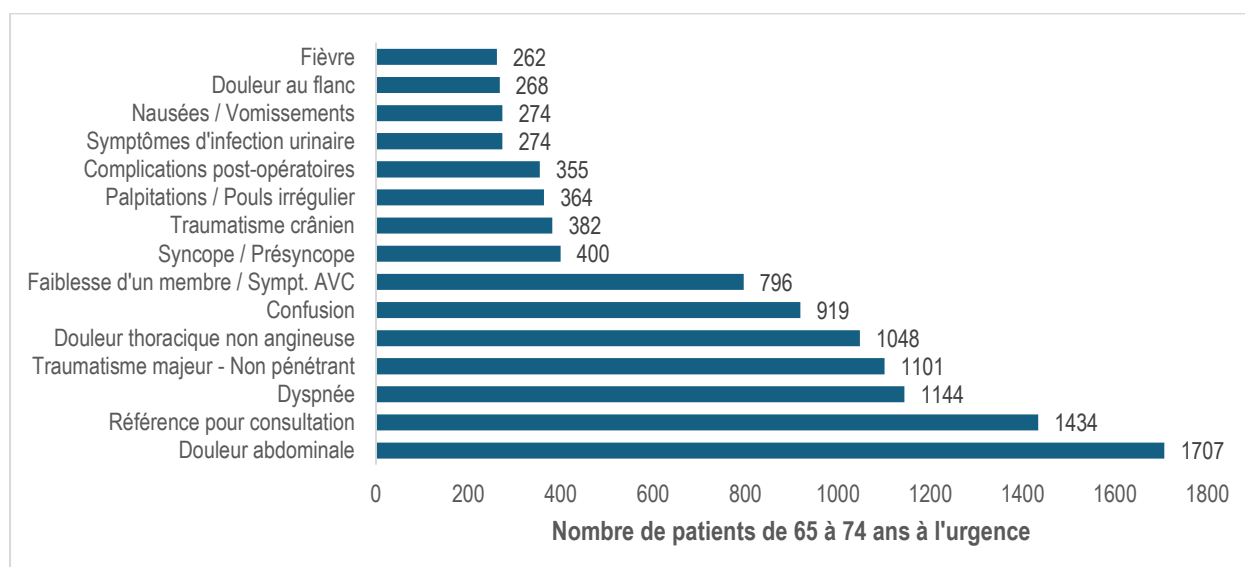
**FIGURE 4. RÉPARTITION DES PATIENTS DE 65 À 74 ANS (A) ET DE 75 ANS ET PLUS (B) SUR CIVIÈRE DANS LES DIFFÉRENTS SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025**



CHUL : centre hospitalier de l'Université Laval, HEJ : hôpital de l'Enfant-Jésus, HSFA : hôpital Saint-François-d'Assise, HSS : hôpital du Saint-Sacrement, L'HDQ : L'Hôtel-Dieu de Québec

Chez les patients de 65 à 74 ans sur civière, 75 % ont consulté dans les services d'urgences du CHU en 2024-2025 pour l'une des 15 principales raisons présentées à la figure 5. Les raisons de consultation les plus fréquentes, telles que codifiées au triage, sont les douleurs abdominales (12 %) et la référence par un professionnel de la santé pour une évaluation ou une consultation à l'interne par un spécialiste (10 %).

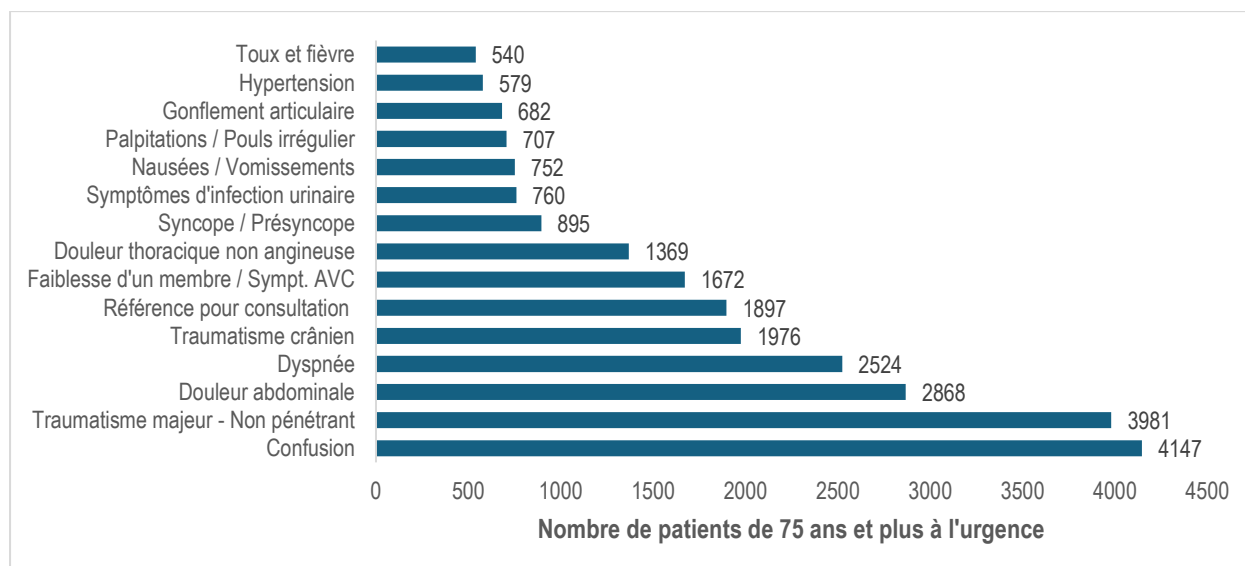
**FIGURE 5. RAISONS DE CONSULTATION LES PLUS FRÉQUENTES DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 À 74 ANS SUR CIVIÈRE DANS LES SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025**



Sympt. AVC : symptômes d'accident vasculaire cérébral

Au total, 81 % de la clientèle de 75 ans et plus sur civière a consulté dans les services d'urgences du CHU en 2024-2025 pour l'une des 15 principales raisons présentées à la figure 6. Les motifs de consultation les plus fréquents, tels que codifiés lors du triage, chez cette population étaient la confusion (13 %) et un traumatisme majeur non pénétrant (13 %).

**FIGURE 6. RAISONS DE CONSULTATION LES PLUS FRÉQUENTES DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS SUR CIVIÈRE DANS LES SERVICES D'URGENCE DE SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN 2024-2025**



Sympt. AVC : symptômes d'accident vasculaire cérébral

En 2024-2025, parmi les 3 044 patients âgés de 65 à 74 ans ayant consulté à l'urgence de l'HSFA et orienté dans le secteur civière, 25 (0,8 %) ont eu un dépistage de la perte d'autonomie avec l'outil PRISMA-7 (cette proportion était identique en 2023-2024). Parmi eux, 64 % (n = 16) sont retournés à domicile et 36 % (n = 9) ont été admis. Chez les 8 046 patients de 75 ans et plus ayant été pris en charge sur civière à l'urgence de l'HSFA, 1 744 (21,7 %) ont été évalués par le PRISMA-7 (ils étaient 2 155 [27,9 %] en 2023-2024). Parmi ces derniers, 1 (0,1 %) est décédé, 959 (55 %) ont été retournés à domicile, 761 (43,6 %) ont été admis et 23 (1,3 %) ont été transférés. Au moment de la rédaction du présent rapport, l'implantation du dépistage de la fragilité à l'aide du PRISMA-7 était relativement

récente à l'HSS et à l'HSFA et en cours d'implantation dans les autres services d'urgences du CHU. Aucune compilation systématique de données ni d'audit n'avait été réalisé à ce jour.

### **5.2.3. À Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval**

À l'IUCPQ-ULaval, 16 737 patients de 65 ans et plus ont fréquenté l'urgence en 2024-2025 dont 62 % (n = 10 288) étaient âgés de 75 ans et plus. Parmi les 65 à 74 ans, 48 % étaient des femmes et 52 % des patients ont été pris en charge sur civière. Pour les 75 ans et plus, 52 % étaient des femmes et 65 % ont été orientés dans le secteur civière.

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la dyspnée (15,4 %), une douleur thoracique non angineuse (15,1 %) et la référence pour consultation (14,9 %). Concernant l'issue de l'épisode à l'urgence, environ 57 % de la clientèle des 65 à 74 ans sur civière sont retournés à leur domicile, 41 % ont été admis et 1 % a été transféré. Pour les 75 ans et plus, 52 % sont retournés à leur domicile, 46 % ont été hospitalisés et 1 % transféré.

Les statistiques concernant l'usage du PRISMA-7 ne sont pas comptabilisées, mais 784 patients ont été référés à l'équipe d'organisation des soins et services (EOSS), dont 130 patients de 65 à 74 ans et 654 de 75 ans et plus. Parmi ces patients, la majorité d'entre eux (57 %) ont été retournés à leur domicile à la suite de l'épisode à l'urgence, 42 % ont été admis, 1 % a été transféré et un patient est décédé.

### **5.2.4. Dans les centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie**

Santé Québec Gaspésie regroupe trois unités d'urgence de niveau primaire situées dans les centres locaux de services communautaires de Pasbébiac, Grande-Vallée et Murdochville ainsi que quatre unités de niveau secondaire localisées dans les hôpitaux de Maria, Chandler, Sainte-Anne-des-Monts et Gaspé. Dans ces établissements, le questionnaire PRISMA-7 est intégré au logiciel STAT-DEV utilisé au triage des urgences et les résultats de tous les PRISMA-7 sont transmis à l'infirmière du guichet unique des services de soutien à domicile qui ensuite assure le suivi auprès des usagers ayant obtenu un résultat positif au PRISMA-7.

Au cours de l'année financière 2023-2024, Santé Québec Gaspésie a dénombré 9 175 patients de 65 et plus sur civière dans ses urgences, dont 63 % âgés de 75 ans et plus. Parmi les patients de 75 ans et plus, 2 394 (41 %) ont été hospitalisés. Par ailleurs, 367 patients sur civière, de cette tranche d'âge, ont eu au moins une consultation, 19 ont eu au moins deux consultations et 130 ont bénéficié d'une ou plusieurs consultations sans qu'une demande d'hospitalisation soit formulée. Aucune donnée spécifique au PRISMA-7 n'est compilée.

### **5.2.5. À Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire (Équipe Accès)**

À Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, l'équipe Accès assure le suivi systématique de toutes les personnes dépistées positives au PRISMA 7 en milieu d'urgence. Ce suivi comprend un appel de contact avec des questions sur des critères d'accès aux services et, après une évaluation à domicile, la mise en place de services. L'analyse des données transmises par l'équipe Accès intégré harmonisé (AIH) de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire pour la période allant de janvier à octobre 2025 permet d'apprécier l'effet concret de ce dépistage sur l'utilisation réelle des services.

Pendant cette période, un total de 406 PRISMA-7 positifs ont été reçus par l'équipe Accès. La très grande majorité des personnes référées étaient non connues de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire (99,5 %). Parmi les personnes dépistées, 98,5 % étaient âgées de 75 ans et plus. L'âge moyen observé était de 85 ans (minimum : 72; maximum : 105).

La majorité des références provenait de l'IUCPQ-ULaval (47,8 %), suivie de l'HSS (19,0 %) et de L'HDQ (10,6 %). Les autres milieux contribuaient dans une moindre mesure, notamment l'HSFA (8,4 %), l'hôpital de La Malbaie (4,2 %) et l'hôpital de Baie-Saint-Paul (3,7 %). Les urgences restantes représentaient chacune moins de 2 % de références après un PRISMA-7 positif. La distribution des références selon leur provenance et la proportion de patients ayant reçu des services selon les établissements sont présentées dans le tableau 22. Au total, 35 usagers (8,6 %) ont reçu au moins un service à la suite d'un dépistage positif au PRISMA-7, 12 provenaient de l'IUCPQ-ULaval (34,3 %). Un nombre équivalent (12 usagers; 34,3 %) était issu des urgences du CHU, soit l'HSS (8,6 %), l'HDQ (8,6 %), l'HEJ (5,7 %) et l'HSFA (11,4 %). Enfin, 11 usagers (31,4 %) provenaient des urgences de Santé Québec Capitale-

Nationale – Universitaire, notamment l'hôpital de La Malbaie (8,6 %), l'hôpital de Baie-Saint-Paul (11,4 %), l'hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré (2,9 %), l'hôpital Chauveau (2,9 %) et le CLSC de Saint-Marc-des-Carières (5,7 %).

**TABEAU 22. NOMBRE DE PRISMA-7 POSITIFS REÇUS PAR L'ÉQUIPE ACCÈS DE SANTÉ QUÉBEC CAPITALE-NATIONALE – UNIVERSITAIRE ET PATIENTS RÉFÉRÉS POUR DES SERVICES SELON L'URGENCE DE PROVENANCE (JANVIER-OCTOBRE 2025)**

| Urgence de provenance                  | Nombre de PRISMA-7 positifs reçus | Fréquence (%) | Patients référés ayant reçu des services (%) |                  |
|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------------|------------------|
|                                        |                                   |               | Non <sup>1</sup>                             | Oui <sup>2</sup> |
| IUCPQ-ULaval                           | 194                               | 47,8          | 182 (49,1)                                   | 12 (34,3)        |
| HSS                                    | 77                                | 19,0          | 74 (19,9)                                    | 3 (8,6)          |
| L'HDQ                                  | 43                                | 10,6          | 40 (10,8)                                    | 3 (8,6)          |
| HSFA                                   | 34                                | 8,4           | 30 (8,1)                                     | 4 (11,4)         |
| Hôpital de La Malbaie                  | 17                                | 4,2           | 14 (3,8)                                     | 3 (8,6)          |
| Hôpital de Baie-Saint-Paul             | 15                                | 3,7           | 11 (3,0)                                     | 4 (11,4)         |
| Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré      | 7                                 | 1,7           | 6 (1,6)                                      | 1 (2,9)          |
| Hôpital régional de Portneuf           | 7                                 | 1,7           | 7 (1,9)                                      | 0 (0)            |
| CLSC de Saint-Marc-des-Carières        | 5                                 | 1,2           | 3 (0,8)                                      | 2 (5,7)          |
| HEJ                                    | 3                                 | 0,7           | 1 (0,3)                                      | 2 (5,7)          |
| Hôpital Chauveau                       | 1                                 | 0,2           | 0 (0)                                        | 1 (2,9)          |
| CHUL                                   | 1                                 | 0,2           | 1 (0,3)                                      | 0 (0)            |
| Hôpital Fleury (Montréal) <sup>3</sup> | 1                                 | 0,2           | 1 (0,3)                                      | 0 (0)            |
| NR                                     | 1                                 | 0,2           | 1 (0,3)                                      | 0 (0)            |
| Total général                          | 406                               | 100           | 371                                          | 35               |

CHUL : centre hospitalier de l'Université Laval, CLSC : centre local de services communautaires, L'HDQ : l'Hôtel-Dieu de Québec, HEJ : hôpital de l'Enfant-Jésus, HSFA : hôpital Saint-François d'Assise, HSS : hôpital du Saint-Sacrement, IUCPQ-ULaval : Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, NR : non rapporté, PRISMA-7 : outil du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

<sup>1</sup> Fréquence calculée sur le total des patients pour lesquels aucun service n'a été mis en place (n = 371)

<sup>2</sup> Fréquence calculée sur le total des dossiers fermés (n = 304)

<sup>3</sup> Référence hors territoire traitée par Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

Tous les patients présentant un PRISMA-7 positif ont été contactés par l'équipe Accès, dans un délai moyen inférieur à 48 heures. Comme indiqué dans le tableau 23, 91,4 % des personnes repérées n'ont nécessité aucune mise en place formelle de services. Parmi elles, 67 (18,1 %) ont néanmoins reçu des coordonnées ou des informations permettant un accès autonome à des ressources en cas de besoins futurs (ex. : services communautaires, soutien alimentaire, organismes locaux). Lorsque les usagers ne nécessitaient pas de service, leur dossier était classé comme fermé. Parmi les 304 dossiers fermés, la très grande majorité (88,2 %) ne rencontraient pas les critères d'accès aux services de soutien à domicile. Vingt-six (8,6 %) des dossiers ont été fermés en raison de l'hospitalisation des usagers, 4 usagers (1,3 %) ont refusé les services, 3 (1,0 %) n'étaient pas joignables et 1 usager (0,3 %) qui était déjà connu du réseau, résidait en CHSLD ou se trouvait toujours à l'urgence au moment de l'appel. Les refus concernaient principalement le fait de ne pas se sentir prêt à recevoir de l'aide ou des soins d'hygiène, de ne pas souhaiter recourir aux ressources communautaires ou de ne pas vouloir être référé en réadaptation, la personne se jugeant suffisamment autonome.

Parmi les 35 personnes ayant nécessité la mise en place de services, ces derniers visaient principalement la sécurité, la mobilité et l'autonomie fonctionnelle. Les interventions les plus fréquentes relevaient des soins infirmiers (19 %), de l'ergothérapie (16 %), du programme de prévention des chutes (13 %) et de la physiothérapie (9 %). S'y ajoutaient des évaluations nutritionnelles, des conseils en santé, des adaptations domiciliaires et divers soutiens ponctuels (soutien à l'autonomie des personnes âgées, soutien psychosocial, etc.). Globalement, ces interventions avaient pour objectif de réduire les risques de chutes, d'optimiser les transferts et déplacements, de soutenir les soins quotidiens et de favoriser un maintien sécuritaire à domicile.

**TABEAU 23. SUIVI DES PERSONNES RÉFÉRÉES À SANTÉ QUÉBEC CAPITALE-NATIONALE – UNIVERSITAIRE À LA SUITE D'UN PRISMA-7 POSITIF (N = 406)**

| Suivi des références                            | Nombre | Fréquence (%)     |
|-------------------------------------------------|--------|-------------------|
| Services mis en place par l'équipe Accès        | 35     | 8,6               |
| Aucune mise en place de service                 | 371    | 91,4              |
| Indication de services communautaires           | 67     | 18,1 <sup>1</sup> |
| Dossiers fermés                                 | 304    | 81,9 <sup>1</sup> |
| Aucun besoin selon les critères d'accès aux SAD | 268    | 87,8 <sup>2</sup> |
| Patient encore hospitalisé                      | 26     | 9,2 <sup>2</sup>  |
| Refus                                           | 4      | 1,3 <sup>2</sup>  |
| Patient non joignable                           | 3      | 1,0 <sup>2</sup>  |
| Patient déjà connu du réseau                    | 1      | 0,3 <sup>2</sup>  |
| Résident en CHSLD                               | 1      | 0,3 <sup>2</sup>  |
| Patient à l'urgence                             | 1      | 0,3 <sup>2</sup>  |

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée, PRISMA-7 : outil du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, SAD : services de soutien à domicile

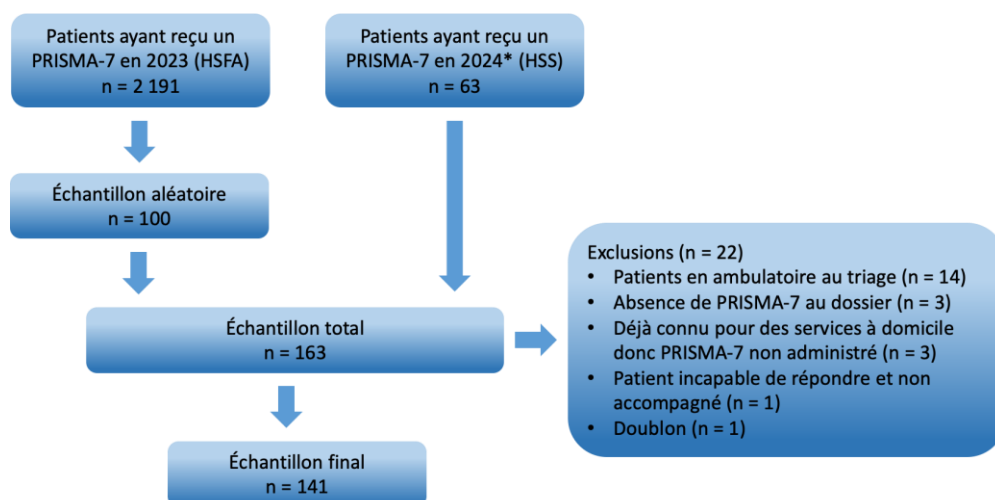
<sup>1</sup> Fréquence calculée sur le total des patients pour lesquels aucun service n'a été mis en place (n = 371).

<sup>2</sup> Fréquence calculée sur le total des dossiers fermés (n = 304).

#### **5.2.6. Données extraites des dossiers patients électroniques de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval**

À l'urgence de l'HSFA, 2 191 personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave ont été repérées en 2023 à l'aide du questionnaire PRISMA-7. Un échantillon aléatoire de 100 dossiers a été constitué par le service des archives. À cet échantillon se sont ajoutés 63 dossiers de patients évalués avec un PRISMA-7 complété à l'urgence de l'HSS en 2024, après l'implantation de l'outil au mois de novembre de la même année. L'échantillon total comprenait ainsi 163 dossiers dont 22 ont été exclus pour les raisons énumérées sur la figure 7. L'échantillon final compte 141 patients majoritairement provenant de l'urgence de l'HSFA (n = 90; 64 %).

**FIGURE 7. DIAGRAMME POUR LA CRÉATION D'UN ÉCHANTILLON DE PATIENTS POUR LA COLLECTE DE DONNÉES DANS LES DOSSIERS PATIENTS ÉLECTRONIQUES**



\* Implantation de l'outil en novembre 2024 à HSS.

HSFA : hôpital Saint-François d'Assise, HSS : hôpital du Saint-Sacrement, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

L'échantillon de patients ayant reçu un PRISMA-7 au CHU analysé dans le cadre de ce rapport avait un âge moyen de 86 ans et était composé de 61 % de femmes. Les caractéristiques démographiques et cliniques sont présentées dans le tableau 24. Les motifs de consultation les plus fréquents, selon le diagnostic codifié à la sortie de l'urgence, étaient une altération de l'état général (18 %) et un traumatisme orthopédique (16 %). À la suite du triage, la gravité de l'état des patients a été jugée très urgente (niveau 2, menace potentielle pour la vie) pour 13 % des cas, urgente (niveau 3, condition liée à une maladie aiguë et sévère qui peut mettre la vie en danger) pour 49 % et moins urgente (niveau 4, condition liée à une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie) pour 38 % d'entre eux. Les niveaux de priorité sont établis selon l'échelle canadienne de triage et de gravité [103]). Durant l'épisode de soins, des consultants ont été requis pour une majorité des cas (67 %), de même que des services internes tels que la physiothérapie, l'ergothérapie ou le service social ont été mobilisés pour 37 % de l'échantillon. La durée de séjour au service d'urgence était d'un jour ou moins pour la quasi-totalité des patients (92 %). Parmi ceux qui ont été hospitalisés (n = 59), environ un tiers le sont demeurés cinq jours ou moins, un tiers entre cinq et dix jours et le dernier tiers plus de dix jours. Enfin, outre les patients décédés lors de l'épisode de soins (n = 7), la plupart des patients de l'échantillon (70 %) sont retournés à leur résidence d'origine soit généralement leur domicile ou une résidence pour aînés tandis que 3 % ont été relocalisés généralement du domicile à une résidence pour aînés ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

**TABLEAU 24. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE PATIENTS AYANT REÇU UN PRISMA-7 À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL (N = 141)**

| Variable                                                                                                         | n (%)          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Caractéristiques démographiques                                                                                  |                |
| Âge moyen en années (étendue)                                                                                    | 86,3 (75; 101) |
| Femmes                                                                                                           | 86 (61,0)      |
| Caractéristiques cliniques                                                                                       |                |
| Raison de consultation à l'urgence <sup>1</sup> :                                                                |                |
| • Diminution de l'état général                                                                                   | 25 (17,7)      |
| • Traumatisme orthopédique                                                                                       | 23 (16,3)      |
| • Dyspnée                                                                                                        | 14 (9,9)       |
| • Accident/Mécanisme de blessures                                                                                | 12 (8,5)       |
| • Traumatisme crânien                                                                                            | 12 (8,5)       |
| • Autres                                                                                                         | 55 (39,1)      |
| Priorité au triage :                                                                                             |                |
| • 2 (très urgente, menace potentielle pour la vie)                                                               | 18 (12,7)      |
| • 3 (urgente, condition liée à une maladie aiguë et sévère qui peut mettre la vie en danger)                     | 69 (48,9)      |
| • 4 (semi-urgente, condition liée à une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie) | 54 (38,3)      |
| Patients avec requêtes pour des consultants (ex. : médecine familiale, cardiologie)                              | 95 (67,4)      |
| Patients avec requêtes pour des services intrahospitaliers (ex. : physiothérapie, ergothérapie)                  | 51 (36,2)      |
| Patients admis                                                                                                   | 59 (41,8)      |
| Durée moyenne de séjour à l'urgence                                                                              |                |
| • ≤ 24 heures                                                                                                    | 129 (91,5)     |
| • > 24 heures                                                                                                    | 12 (8)         |
| Durée moyenne d'hospitalisation <sup>2</sup>                                                                     |                |
| • ≤ 5 jours                                                                                                      | 25 (42,4)      |
| • ]5 jours; 10 jours]                                                                                            | 14 (23,7)      |
| • > 10 jours                                                                                                     | 20 (33,9)      |
| Destination après l'épisode de soins                                                                             |                |
| • Retour au point d'origine (ex. : domicile)                                                                     | 98 (70)        |
| • Décès                                                                                                          | 7 (5)          |
| • Relocalisation (ex. : placement en RPA)                                                                        | 4 (3)          |
| • Non rapporté                                                                                                   | 32 (23)        |

PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, RPA : résidence pour aînés

<sup>1</sup> Selon le diagnostic codifié à la sortie de l'urgence

<sup>2</sup> Pour les patients admis (n = 59)

Concernant l'administration du PRISMA-7, les différentes informations collectées dans les dossiers médicaux sont résumées dans le tableau 25. Pour 39 % des patients (n = 55), le PRISMA-7 a été administré lors d'un épisode de soins à l'urgence alors qu'un ou plusieurs de ces questionnaires avaient été administrés antérieurement et avaient été placés au dossier. Par ailleurs, 33 % des patients de l'échantillon (n = 47) étaient connus du RSSS et bénéficiaient de soins et services de soutien à domicile. Le dépistage s'est avéré positif, soit au moins 4 réponses positives sur 7, pour 73 % des patients (n = 103). Enfin, dans 23 % des cas dont un seul qui était déjà connu du RSSS, le résultat du dépistage de la perte d'autonomie a été transmis à l'EOSS.

**TABLEAU 25. RÉSULTATS LIÉS À L'ADMINISTRATION DU PRISMA-7 DANS L'ÉCHANTILLON DE PATIENTS À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL (N = 141)**

| Caractéristique                                     | n               | %               |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Patients avec plusieurs PRISMA-7 au dossier         | 55              | 39              |
| Patients déjà connus du RSSS ayant reçu un PRISMA-7 | 47              | 33              |
| Dépistage positif (≥ 4 réponses oui)                | 103             | 73              |
| Référencement à l'EOSS                              | 32 <sup>1</sup> | 23 <sup>1</sup> |

EOSS : équipe d'organisation de soins et de service, PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, RSSS : réseau de la santé et des services sociaux

<sup>1</sup> Donnée non rapportée pour 6 % (n = 9) des patients

### **5.2.7. Résultats de l'enquête de pratique menée à Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, dans les établissements partenaires et dans d'autres services d'urgence au Québec**

Au CHU (HSS et HSFA) et dans les établissements partenaires du présent projet d'évaluation (IUCPQ–ULaval, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et Santé Québec Gaspésie), 17 personnes ont été rencontrées en entrevue semi-dirigées. Ces personnes étaient gestionnaires, médecins (gériatre, médecin de famille, urgentologue) ou professionnels (travailleuse sociale, infirmière, agente administrative). Un sondage en ligne a aussi été complété par 17 médecins ou cadres œuvrant aux urgences, provenant de 12 établissements au Québec :

- Santé Québec Estrie - CHUS;
- Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill;
- Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire;
- Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire;
- Santé Québec Saguenay-Lac-Saint-Jean - Universitaire (hôpital de Jonquière);
- Santé Québec Lanaudière;
- Santé Québec Abitibi-Témiscamingue;
- Santé Québec Montérégie-Ouest (hôpital Anna-Laberge);
- Santé Québec Outaouais (hôpital Papineau);
- Santé Québec Laurentides (hôpital de Mont-Laurier);
- Santé Québec Gaspésie (deux répondants de la Gaspésie ont répondu au sondage en ligne en plus des deux intervenants rencontrés lors d'entrevues semi-dirigées).

Les entrevues et l'enquête en ligne avaient pour objectif de décrire la pratique de dépistage de la fragilité dans différentes urgences au Québec et de comprendre le suivi effectué dans les cas de dépistage positif. Elles avaient également pour objectif d'identifier les avantages et les inconvénients de la pratique actuelle, tels que perçus par les différents intervenants.

#### **Organisation du dépistage de la fragilité aux urgences**

Au CHU, à l'IUCPQ–ULaval et à Santé Québec Gaspésie, le dépistage est réalisé à l'aide du PRISMA-7. Dans 7 des 11 autres établissements sondés au Québec, le dépistage systématique est également effectué à l'aide d'un outil : PRISMA-7 (n = 4), ISAR (n = 1), KINDER-1 (n = 1) ou un outil développé localement (n = 1). Dans l'un des établissements qui n'ont pas recours à un outil, le PRISMA-7 avait été implanté puis retiré en raison d'un manque de ressources de première ligne et de difficultés liées au guichet d'accès aux services communautaires. Dans quatre autres établissements, le dépistage de la fragilité fait partie de l'évaluation réalisée au triage sans recours à un outil formel. Au CHU et dans les établissements partenaires, le dépistage vise les patients âgés de 75 ans et plus. La même clientèle est ciblée dans deux autres établissements au Québec alors que trois autres ciblent les 65 ans et plus, un les 70 ans et plus et un autre applique un seuil variable (65 ou à 70 ans).

L'organisation du dépistage dans les différents établissements est décrite dans le tableau 26. De façon générale, le questionnaire de dépistage est administré dès l'inscription des patients par du personnel administratif ou encore au triage ou dans la première heure suivant l'orientation dans le secteur civière, par une infirmière. Plusieurs intervenants ont souligné en entrevue ou en réponse au sondage, l'avantage d'un dépistage précoce dès l'inscription, puisqu'il peut être effectué sans alourdir la charge du personnel clinique. D'autres estiment toutefois préférable que le dépistage soit réalisé par des infirmières, en raison de leurs connaissances plus approfondies sur le concept de fragilité de la personne aînée. Les facteurs facilitant la pratique incluent, selon certains répondants, une bonne organisation du travail et une structure d'équipe adéquate ainsi que le fait que chaque intervenant connaisse son rôle dans le processus. La disponibilité d'outils et de la documentation pour la formation, la présence de personnel de liaison ou de professionnels aux urgences (ex. : travailleuse sociale) et la réalisation d'audits sont également perçus comme des avantages à la pratique actuelle de certains établissements. Ont également été rapportés, la motivation de certaines équipes, le leadership des cadres ainsi que la sensibilisation et l'implication du personnel. Plusieurs intervenants indiquent

cependant que peu de rétroaction est fournie quant aux effets du dépistage effectué notamment en ce qui concerne la proportion de patients ayant reçu des services ou le nombre de nouvelles visites évitées aux urgences.

Néanmoins, le moment du dépistage a été remis en question à plusieurs reprises, certains intervenants estimant qu'il peut apporter une surcharge de travail et ralentir la prise en charge aux urgences. De plus, un dépistage trop précoce lors de l'épisode aux urgences peut entraîner des enjeux de fiabilité, les réponses étant influencées par la condition aiguë de l'utilisateur, selon certains intervenants. Enfin, le manque de couverture des équipes de liaison (24/7) et l'indisponibilité de certains professionnels aux urgences (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes) limitent la qualité du dépistage et la mise en place des services. Il a également été mentionné que les urgentologues devraient recevoir systématiquement les résultats du dépistage et que celui-ci pourrait se faire dans la communauté pour justement éviter certaines visites aux urgences.

**TABEAU 26. ORGANISATION DU DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES AUX URGENCES, À SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTENAIRES ET LES ÉTABLISSEMENTS DU QUÉBEC AYANT RÉPONDU AU SONDAGE<sup>1</sup>**

|                               |      | Personne qui administre                                                                                                                                          | Moment de l'administration                                                                                                                            | Transmission du résultat                                                                                                     | Étapes découlant d'un résultat positif                                                                                                                              |
|-------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CHU                           | HSFA | Personnel administratif                                                                                                                                          | À l'orientation dans le secteur civière                                                                                                               | Feuillet papier déposé dans la case de l'EOSS                                                                                | Appel au patient par l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire                                                                              |
|                               | HSS  | Personnel administratif                                                                                                                                          | À l'orientation dans le secteur civière                                                                                                               | Émission automatique des rapports positifs à l'EOSS (SIURGE)                                                                 | Appel au patient par le l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire ou suivi avec la TS pour les patients admis                               |
| IUCPQ-ULaval                  |      | Personnel administratif                                                                                                                                          | Inscription                                                                                                                                           | Feuillet papier déposé dans la case de l'EOSS<br>Envoi au service intégré de Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire | Appel au patient l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire                                                                                  |
| Santé Québec Gaspésie         |      | Infirmière de triage <sup>2</sup>                                                                                                                                | Triage                                                                                                                                                | Transmission du formulaire à l'infirmière AAPA et/ou à l'infirmière de liaison                                               | Déploiement de différents intervenants<br>Mise en place de services                                                                                                 |
| Autres établissements (n = 7) |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmière de triage (n = 4)</li> <li>Infirmière des urgences (n = 1)</li> <li>Personnel administratif (n = 2)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>re</sup> heure qui suit l'orientation dans le secteur civière (n = 3)</li> <li>Triage (n = 4)</li> </ul> | Divers moyens de transmission <sup>3</sup>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de l'utilisateur (n = 5)</li> <li>Prise en charge par le service de soutien à domicile ou CLSC (n = 2)</li> </ul> |

AAPA : approche adaptée à la personne âgée, CHU : Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, CLSC : centre local de services communautaires, EOSS : équipe d'organisation de soins et de services, IUCPQ-ULaval : Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, SIURGE : système d'information clinique des urgences, TS : travailleuse sociale

<sup>1</sup> Excluant les quatre établissements qui n'utilisent pas d'outil formel pour le dépistage de la fragilité aux urgences

<sup>2</sup> Fait partie du logiciel des urgences

<sup>3</sup> Chaque établissement utilisait un mode de transmission propre : Automatique par logiciel à l'infirmière et à la travailleuse sociale – Par divers moyens à l'infirmière de liaison ou travailleuse sociale – Automatique par logiciel à l'assistante, médecin, gestionnaire des urgences, physiothérapeute et travailleuse sociale au besoin – Automatique par logiciel à l'infirmière réseau – Par fax au CLSC – Accès direct du Service de soutien à domicile au logiciel – Accessible à l'équipe des urgences, mis au dossier

### Accès à l'information et coordination interprofessionnelle

La transmission des résultats du dépistage varie selon les établissements, qu'elle soit automatique via le logiciel clinique ou effectuée par fax ou par transmission manuelle (Tableau 26). L'accès à l'information est variable selon les établissements. Certains intervenants ont indiqué avoir accès au Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) qui permet notamment d'identifier les personnes déjà connues du réseau, pour lesquelles le dépistage de la fragilité n'est pas requis. Ce logiciel permet également de connaître l'état initial du patient avant l'épisode aigu l'ayant conduit aux urgences. Enfin, les intervenants peuvent consulter les coordonnées des intervenants externes figurant au dossier. Il semble cependant que l'implantation du SAIRC soit variable selon les milieux, faisant en sorte que l'information n'est pas toujours disponible. L'intégration du formulaire de dépistage dans le logiciel des urgences

constitue également un atout. La communication interprofessionnelle et interétablissement apparaît variable, notamment selon la taille des établissements. En effet, dans les établissements comptant peu de civières, les échanges sont jugés plus fluides et directs favorisant la collaboration entre les intervenants des urgences, les équipes de liaison et le milieu communautaire. Dans les urgences de plus grande taille (CHU et IUCPQ–ULaval), la présence aux urgences d'équipes d'organisation des soins et services (EOSS) composées d'une infirmière et d'une travailleuse sociale assure un lien avec les services de soutien à domicile bien que le roulement du personnel ait été souligné comme un enjeu dans les équipes. Selon les établissements, l'équipe EOSS prend le dossier en charge pour assurer la mise en place de services de soutien à domicile ou transmet le dossier à l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire. Certains intervenants rapportent également la tenue de caucus réguliers pour faciliter la transmission de l'information. À l'inverse, la transmission par fax ou documents papier est perçue comme lourde et des incompatibilités entre les différents logiciels utilisés aux urgences rendent difficile le recoupement des informations.

Des intervenants ont également souligné que la qualité et le mode de transmission de l'information, notamment avec le milieu externe, demeurent variables et parfois complexes. Le rôle des équipes de liaison aux urgences ne serait pas toujours bien défini selon certains et dans plusieurs établissements, les intervenants des urgences ne savent pas si les résultats du dépistage ont été transmis dans la communauté. Dans certains cas, aucune transmission n'est réalisée, ou bien les délais de transmission peuvent être particulièrement longs. Enfin, il a été aussi souligné que certains patients ne sont pas clairement informés de l'objectif du dépistage et des actions qui pourraient en découler. À plusieurs reprises, des intervenants ont rappelé que le rythme soutenu des urgences, combiné aux pressions relatives au respect des durées de séjour, constitue un contexte peu favorable à la réalisation d'un tel dépistage.

Comme présenté dans le tableau 26, dans la région de Québec, une fois les dépistages positifs transmis, les patients sont contactés par téléphone afin d'évaluer leurs besoins. Cette évaluation est réalisée par un membre de l'équipe Accès de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire laquelle relève de l'Accès intégré et harmonisé (AIH), dont l'approche de santé globale vise à offrir des services adaptés aux besoins prioritaires des usagers au moment opportun et dans des délais d'attente réduits. Si le patient contacté estime ne pas avoir de besoin ou si l'évaluation ne conclut pas à la mise en place de service, son dossier est fermé. L'équipe de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire peut aussi communiquer avec le milieu communautaire afin d'organiser les services requis au domicile du patient. Dans d'autres établissements sondés, une évaluation est effectuée à l'interne par des professionnels.

## **Outils de dépistage**

Concernant l'outil de dépistage utilisé, des intervenants ayant recours au PRISMA-7 ont indiqué qu'il est bien connu du personnel, généralement apprécié et administré de façon systématique et standardisée. Il a également été mentionné que l'outil apporte une valeur ajoutée au jugement clinique en fournissant une mesure quantitative qui facilite la prise de décisions quant aux soins requis. Néanmoins, plusieurs versions du questionnaire circulent dans certains milieux incluant des questions ajoutées ou modifiées, ce qui a pour effet d'invalider la valeur du dépistage. Dans certains cas, des lacunes dans l'information consignée ont aussi été relevées dans les questionnaires notamment des réponses manquantes, ou des coordonnées de patients erronées ou incomplètes.

La fiabilité de l'outil de dépistage a été par ailleurs remise en question en raison de nombreux faux positifs. En effet, il serait fréquent que des patients dépistés positifs ne requièrent pas de services de soutien à domicile, ce qui suggère que l'outil serait trop général et peu spécifique. Il ressort également des entrevues et du sondage en ligne que, malgré une directive ministérielle, la pratique demeure très hétérogène entre les milieux, soulevant des enjeux de gouvernance importants.

## **Pertinence clinique et valeur ajoutée du dépistage de la fragilité**

Selon certains intervenants rencontrés, le personnel des urgences a conscience de l'objectif du dépistage qui vise notamment à réduire la durée de séjour et les complications, et de repérer des patients en perte d'autonomie qui n'auraient pas été identifiés autrement. Il a également été mentionné que le dépistage facilite un retour à domicile dans les meilleures conditions et permet de faire connaître les patients dans le réseau de soins et services afin qu'un suivi soit mis en place dans la communauté.

Certaines personnes sondées se questionnent sur l'étendue de la clientèle ciblée, jugée trop large, tandis que d'autres remettent en question la pertinence de maintenir l'âge minimal à 75 ans. Aussi, et de manière générale, il a été mentionné qu'aux urgences, la priorité demeure la prestation de soins, ce qui relègue le dépistage au second plan. Le contexte de pénurie de personnel a également été mis de l'avant tant au niveau du personnel des urgences, que des

professionnels ou des intervenants des milieux communautaires. Plusieurs répondants soulignent la charge de travail supplémentaire associée au dépistage de la fragilité ou de la perte d'autonomie et se questionnent sur ses bénéfices réels.

De nombreuses personnes sondées ont rapporté une certaine résistance au changement dans le milieu des urgences, ainsi qu'un manque de sensibilisation et d'adaptation à l'approche adaptée à la personne âgée. Ceci, ajouté à la méconnaissance du rôle des équipes de liaison, du suivi effectué dans la communauté et des retombées concrètes du dépistage effectué, nuit à la motivation et à l'implication du personnel des urgences dans le dépistage systématique.

## 6. DISCUSSION

### 6.1. Dépistage systématique de la fragilité chez les personnes âgées aux urgences : une pratique faisant consensus entre les parties prenantes

Tant à l'échelle provinciale que nationale et internationale, plusieurs organismes identifiés au cours du présent projet d'évaluation recommandent explicitement l'intégration du dépistage systématique de la fragilité dans les services d'urgences. Cette pratique est considérée comme essentielle pour anticiper les besoins des personnes âgées vivant dans la communauté, orienter les interventions ciblées et améliorer leur qualité de vie. Au Québec, le MSSS recommande de repérer les usagers de 75 ans et plus à risque de perte d'autonomie et prévoit un mécanisme de référence automatisé lors d'un dépistage positif. Aux États-Unis, l'ACEP préconise le dépistage de tous les patients gériatriques dès l'évaluation initiale, afin d'identifier rapidement les personnes vulnérables et les orienter vers les ressources appropriées. Au Royaume-Uni, le RCP et la BGS recommandent un dépistage dès l'arrivée à l'hôpital afin d'identifier précocement les personnes fragiles et de déclencher une évaluation gériatrique globale lorsque nécessaire. Il ressort tant des enquêtes de pratique publiées que de celle menée auprès du CHU et des établissements partenaires que le dépistage systématique constitue un élément central pour soutenir une prise en charge cohérente.

Dans un contexte mondial marqué par l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation rapide de la proportion de personnes âgées dans la population, le dépistage précoce de la fragilité suscite un intérêt croissant auprès des décideurs et des milieux cliniques. Selon l'OMS, la Décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030) appelle à une transformation systémique des organisations de soins visant à mieux soutenir l'autonomie fonctionnelle des aînés et à réduire l'impact des déclinés liés à l'âge sur les communautés [13]. Le dépistage précoce de la fragilité s'avère une stratégie efficace pour permettre une orientation des individus en fonction de leurs besoins [104]. Dans sa politique nationale de soutien à domicile, le gouvernement du Québec réaffirme sa volonté de renforcer le repérage des personnes vivant à domicile et ayant des incapacités ainsi que d'assurer son arrimage avec les soins et les services appropriés [105]. Il est notamment précisé que la prévention de la perte d'autonomie permet à la personne de rester dans son milieu de vie et de diminuer l'utilisation des ressources préhospitalières et hospitalières.

Le vieillissement touche plusieurs composantes telles que le fonctionnement physique, les capacités cognitives ou des marqueurs biologiques, mais le moment, l'ampleur et l'évolution de l'atteinte de ces composantes varient d'un individu à l'autre. La population des aînés s'avère alors très hétérogène selon le rythme du vieillissement et les composantes touchées. Bien que pouvant être associée au processus de vieillissement, la fragilité n'est pas seulement une résultante de l'âge. Elle peut être associée à des facteurs génétiques dont certains phénotypes susceptibles d'accroître la fragilité [106], à des déterminants socio-économiques avec une corrélation positive documentée entre la fragilité et de faibles revenus [107, 108], aux variations culturelles et géographiques se traduisant par une prévalence plus élevée chez certaines minorités ethniques ou raciales [107], ou encore à des facteurs environnementaux tels que les conditions d'hébergement ou la polypharmacie [107, 109]. Les interventions adressées aux personnes âgées doivent donc pouvoir cibler des sous-populations spécifiques en fonction de leur niveau de fragilité, d'où la pertinence du dépistage. Le type de fragilité constitue également un élément à considérer, et souligne le besoin d'une évaluation gériatrique plus globale chez les personnes dépistées positives. Le déclin fonctionnel peut survenir à la suite d'un événement de santé tel qu'une maladie ou une chirurgie, mais peut également survenir de manière silencieuse [110, 111]. L'utilité du dépistage de la fragilité a largement été décrite dans les contextes de traumatologie, de chirurgie ou de traitements en oncologie où il permet de prédire les résultats cliniques [112-114]. De nos jours, de plus en plus de données soulignent également l'importance du dépistage précoce de la fragilité pour orienter la prise en charge clinique [115, 116]. La fragilité, reconnue comme le principal syndrome gériatrique et un déterminant majeur de la capacité fonctionnelle, représente désormais un enjeu de santé publique à part entière, en raison de son association étroite avec les hospitalisations évitables, l'augmentation des besoins en soins de longue durée, la vulnérabilité accrue aux épisodes de santé aigüe, le risque accru de chutes et la mortalité [78, 117-120]. Plusieurs instances appuient le fait que les services d'urgences ont un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge des personnes âgées incluant le dépistage de la fragilité pour une identification des besoins et une prise en charge plus globale [121]. Enfin, les organisations professionnelles au Royaume-Uni insistent sur le fait que l'identification précoce de la fragilité « dès la porte d'entrée » n'a d'impact que si elle est suivie d'une évaluation gériatrique globale et de parcours intégrés vers la communauté [52, 62]. Une communication rapide, des points de contact uniques, des retours systématiques entre les équipes accélèrent le retour à domicile et allègent la pression hospitalière.

En somme, l'ensemble des données recensées sur l'importance clinique et populationnelle de la fragilité soulignent l'importance d'identifier précocement la fragilité afin d'adapter les interventions. De plus, les urgences représentent un milieu propice à cette détection puisqu'il s'agit d'une porte d'entrée fréquente dans notre système de santé actuel, pour la clientèle des aînés. Toutefois, la reconnaissance de cette pertinence ne suffit pas à elle seule à justifier l'implantation du dépistage. D'autres enjeux doivent être considérés, notamment la performance de l'outil de dépistage, son mode d'administration, sa faisabilité en contexte d'urgences ainsi que les actions cliniques découlant de l'identification de la fragilité.

## **6.2. Plusieurs outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées validés en contexte d'urgences, mais des incertitudes demeurent**

Certaines conditions de santé, incluant la fragilité, peuvent être repérées de manière précoce, même en l'absence de symptômes grâce à des tests de dépistage. Cependant, ce ne sont pas tous les dépistages qui améliorent les résultats cliniques. Selon la Canadian Task Force on Preventive Health Care, un bon outil de dépistage permet d'identifier un problème de santé spécifique chez les personnes asymptomatiques [122]. Un résultat positif à un test de dépistage indique un problème potentiel de santé et doit mener à des tests supplémentaires pour confirmer le diagnostic. En aucun cas il ne permet d'établir un diagnostic définitif ni ne constitue la seule façon d'identifier une maladie. L'objectif d'un bon outil de dépistage est de détecter la condition médicale à un stade plus précoce que si l'on attendait l'apparition des symptômes et d'identifier les facteurs de risque de développer cette condition de santé afin de permettre une intervention préventive visant à prévenir ou ralentir sa survenue [123]. Ainsi, un test de dépistage doit pouvoir détecter une grande proportion des patients à un stade préclinique de la maladie ou de la condition médicale, être sécuritaire, abordable, permettre d'améliorer les résultats de santé et être largement accessible à condition que des mesures de suivi soient en place en cas de dépistage positif [123]. De nombreuses publications scientifiques portent sur les outils de dépistage de la fragilité dans divers contextes médicaux, notamment aux urgences tel que décrit dans ce rapport. À partir de la pandémie de COVID-19, la CFS a été intégrée dans les outils de triage aux urgences au Royaume-Uni afin d'identifier les patients pouvant le plus bénéficier des interventions aux soins intensifs [124]. Au Québec, le dépistage par la CFS est recommandé dans le protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie, en raison de sa capacité à prédire le risque de décès [125]. Dans les urgences du Québec, le MSSS préconise l'utilisation de l'ISAR ou du PRISMA-7 [1, 60].

Les deux consensus d'experts recensés convergent vers l'idée qu'un outil de dépistage de la fragilité, pour être utilisable aux urgences, doit être simple à utiliser, rapide (moins de cinq minutes), multidimensionnel, validé et facilement intégrable au flux clinique. Les enquêtes de pratique publiées mentionnent également l'importance de composantes multidimensionnelles (mobilité, cognition, médication, facteurs sociaux), l'intérêt d'outils courts et administrables 24/7. Les répondants insistent sur la nécessité d'une intégration complète de l'outil aux outils informatiques pour en assurer la systématisation, de même que sur l'importance d'une formation adéquate du personnel. Les revues systématiques et les études originales recensées dans le cadre de ce projet d'évaluation montrent que plusieurs outils de dépistage de la fragilité ont été étudiés et validés en contexte d'urgences, notamment la CFS (évaluation clinique à partir de pictogrammes, score de positivité  $\geq 5$ ), l'ISAR (questionnaire à 6 items, seuil de positivité  $\geq 2$ ) et le PRISMA-7 (questionnaires à 7 items, seuil de positivité  $\geq 3$ ). Ces trois outils constituent l'essentiel des données probantes actuellement disponibles. Ils sont rapides à administrer (entre une et cinq minutes), gratuits (une autorisation d'utilisation doit cependant être accordée par les concepteurs), non invasifs et disponibles en plusieurs langues. Sans être parfaite, la sensibilité de ces outils est généralement assez élevée, ce qui en fait des outils performants pour le repérage préliminaire des personnes potentiellement fragiles aux urgences. De même, la valeur prédictive négative est globalement élevée, ce qui réduit le risque qu'un patient présentant de la fragilité ne soit pas détecté. Cependant, leur spécificité très variable et parfois faible a le potentiel de générer un volume important de faux positifs, susceptible d'alourdir les suivis cliniques et les évaluations des besoins d'aide à domicile dans des contextes de ressources limitées. Une évaluation gériatrique globale ou du moins une certaine validation clinique serait donc nécessaire à la suite d'un dépistage positif au PRISMA-7 afin d'identifier adéquatement les patients devant être approchés par les services dans la communauté après leur épisode de soins aux urgences. Cette évaluation ne semble toutefois pas systématique sur le terrain, notamment sur la base des résultats au test de dépistage de la fragilité. Les données des études originales présentent des résultats relativement faibles concernant la capacité de ces outils à dépister les patients à risque de certains événements cliniques tels que l'hospitalisation, la durée de séjour, le retour aux urgences ou le déclin fonctionnel. De plus, l'absence de données sur le retour à domicile, la mise en place de services ou la survenue d'événements indésirables après l'épisode de soins aigu constitue un frein important à l'évaluation de la capacité des outils à orienter adéquatement les patients fragiles selon leurs besoins. Cependant, l'objectif

du dépistage est surtout d'identifier les personnes pouvant avoir des besoins afin d'assurer leur maintien à domicile plutôt que de prédire la survenue d'événements indésirables. Par ailleurs, les données recensées ne permettent pas de déterminer le moment d'administration optimal (au triage, à l'inscription, lors de la première évaluation clinique) ni le type de personnel le mieux placé pour l'administrer (infirmières, équipes spécialisées, assistants de recherche). Les données des enquêtes de pratique publiées, de même que les données issues de notre contexte tendent à indiquer une bonne acceptation du dépistage par les équipes cliniques. De plus, une certaine trajectoire a été mise en place dans les services d'urgences afin d'assurer le dépistage et la transmission des résultats dans la communauté. Il demeure cependant certains questionnements notamment sur les retombées du dépistage et sur l'optimisation possible de ces trajectoires. Les données concernant l'expérience patient, bien que limitées, tendent à indiquer une bonne acceptation du dépistage de la fragilité aux urgences par les patients. Une communication centrée sur le patient afin d'expliquer au mieux les objectifs et les conséquences de ce dépistage semble être la clé d'une bonne compréhension de la part des patients. L'absence d'études économiques est un angle mort important, empêchant d'évaluer l'impact réel d'un dépistage systématique sur les trajectoires de soins, les coûts, l'utilisation des services et le maintien à domicile. Aucun des outils de dépistage de la fragilité étudiés ne se démarque suffisamment pour servir d'unique base décisionnelle en contexte d'urgences. Cette variabilité s'explique en grande partie par des limites méthodologiques récurrentes relevées dans les études originales, notamment l'hétérogénéité des populations étudiées, les différences entre les milieux d'évaluation ainsi que l'absence fréquente d'un test de référence standardisé comme l'évaluation gériatrique globale. Ces éléments contribuent aux incertitudes entourant la performance réelle de ces outils en pratique clinique. Plusieurs protocoles de revues systématiques en cours témoignent néanmoins d'un champ de recherche dynamique. Ces travaux devraient permettre de mieux documenter la validité des outils de dépistage, leur capacité prédictive pour les principaux événements indésirables et leurs impacts organisationnels.

Globalement, les outils disponibles, CFS, ISAR, PRISMA-7, sont validés en contexte d'urgences, mais leurs performances contrastées. L'hétérogénéité méthodologique des études et l'absence d'un outil de référence standard alimentent des incertitudes persistantes. Leur utilisation demeure pertinente puisqu'ils permettent de repérer les personnes âgées en situation de fragilité, mais elle doit impérativement s'inscrire dans une approche multimodale, combinant une évaluation approfondie et des trajectoires de soins structurées.

### **6.3. Dépistage systématique de la fragilité des personnes âgées aux urgences dans les établissements du Québec : des modalités d'implantation variables qui nécessitent un meilleur arrimage entre les milieux de soins et les services en communauté**

L'analyse des données obtenues à partir d'entretiens avec des informateurs clés du CHU, de l'IUCPQ-ULaval, de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et de Santé Québec Gaspésie, de l'enquête de pratique menée à l'échelle provinciale, des données clinico-administratives et des informations issues de dossiers électroniques de patients, ont permis de documenter l'organisation actuelle du dépistage de la fragilité dans les services d'urgences et d'identifier plusieurs enjeux qui y sont associés. Les données montrent que les personnes âgées représentent une part importante de la fréquentation des urgences, avec des motifs de consultation marqués par des conditions médicales complexes et une forte proportion d'admissions. Pour le dépistage de la fragilité, la majorité des milieux utilisent l'outil PRISMA-7, tandis que d'autres ont recours à l'ISAR, au KINDER-1, à des outils locaux ou encore à un jugement clinique sans outil formel. Le déploiement du PRISMA-7 varie notablement selon les établissements. Au CHU, il est largement utilisé (déploiement dans tous les services d'urgences depuis novembre 2025), mais de façon hétérogène; à l'IUCPQ-ULaval, il est utilisé de manière systématique et à Santé Québec Gaspésie, il est intégré au triage. Le dépistage vise le plus souvent les personnes de 75 ans et plus, et son administration est assurée soit par le personnel administratif à l'inscription, soit par les infirmières au triage ou dans la première heure sur civière. La transmission des résultats varie entre un envoi automatisé via le logiciel des urgences, l'usage de formulaires papier ou le fax. Quant au suivi, il dépend de la structure locale, impliquant notamment les équipes EOSS ou Accès pour l'évaluation des besoins. À Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, les résultats transmis déclenchent un suivi par l'équipe Accès. Les données locales révèlent une très faible proportion (environ 9 %) de services formels mis en place après un dépistage PRISMA-7 positif transmis à Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire soulevant des interrogations sur la trajectoire et l'impact organisationnel en lien avec la gestion des dépistages positifs. Selon plusieurs experts ayant participé à ce projet d'évaluation, il est important de rappeler que l'absence de mise en place de services de soutien à domicile ne signifie pas nécessairement une absence de besoins. En effet, certains patients peuvent décliner une évaluation plus approfondie ou la mise en place de services et d'autres peuvent avoir des besoins qui ne correspondent pas aux critères actuels d'accès aux services de soutien à domicile. De plus, selon certains auteurs une évaluation de la perte

d'autonomie uniquement par téléphone pourrait présenter certaines limites et sous-estimer les besoins [229]. Par ailleurs, des délais d'évaluation des patients dépistés positifs, d'accès aux services dans la communauté et une déconnexion entre le dépistage et les interventions réellement disponibles sont actuellement rapportés du fait notamment des restrictions de main-d'œuvre et de la disponibilité limitée de services. Enfin, des patients seraient peu ou pas informés de la démarche et notamment du fait qu'ils pourraient être contactés après leur épisode de soins aux urgences et que des services pourraient leur être proposés.

Les données contextuelles indiquent la présence d'une grande variabilité provinciale quant à l'utilisation des outils, au moment de leur administration, au personnel responsable de l'administrer et à la trajectoire offerte après un dépistage positif. Ces résultats témoignent d'un certain alignement de la pratique sur les objectifs gouvernementaux, mais révèlent plusieurs difficultés pour identifier adéquatement les besoins et fournir les services nécessaires pour assurer le maintien à domicile. En effet, au Québec, les lignes directrices du MSSS recommandent depuis 2022 un repérage systématique de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus (ISAR  $\geq 2$  ou PRISMA-7  $\geq 4$ ) aux urgences [1]. Depuis 2024, un cadre de référence a également été publié par le MSSS pour un service d'urgences adapté à la personne aînée dans lequel l'emphase est mise sur l'identification précoce de la fragilité et un mécanisme de référence automatique vers les services appropriés [60]. Ces documents fixent un objectif clair de dépistage systématique et de trajectoires de suivi structurées. Les différences observées dans les pratiques de dépistage ne sont pas spécifiques au Québec puisqu'ils reflètent une situation décrite dans d'autres régions au Canada [96] ou ailleurs dans le monde [92, 126]. L'hétérogénéité des pratiques de dépistage peut alors témoigner d'une adaptation locale nécessaire selon les milieux de soins. Bien que des lignes directrices recommandent le dépistage le plus précocement possible lors d'un épisode de soins aux urgences, il pourrait s'agir d'un choix des instances de fournir des orientations sur la façon d'implanter le dépistage aux urgences en fonction de plusieurs facteurs liés à l'organisation du travail, des ressources disponibles, ou encore de l'aménagement des lieux. Les données issues des entretiens et de l'enquête de pratique soulignent une pression importante sur les équipes dans un contexte de pénurie de personnel et de forte fréquentation des urgences. Elles mettent également en lumière plusieurs obstacles organisationnels, dont l'absence de couverture 24/7 par des équipes spécialisées et le temps limité au triage qui nuisent à la mise en œuvre routinière du dépistage. D'ailleurs, les rapports récents de la British Geriatrics Society signalent des contraintes de main-d'œuvre en gériatrie, corroborant la nécessité d'adapter l'implantation du dépistage de la fragilité des personnes aînées aux capacités locales [127]. En effet, la pénurie de personnel infirmier s'est accentuée globalement au cours des dernières années [128]. Au Canada, un rapport récent de l'institut économique de Montréal souligne que le nombre de postes d'infirmière vacants a triplé entre 2018 et 2023 [129]. Le milieu des urgences semble particulièrement touché par ces pertes et est également soumis à un roulement de personnel important en raison notamment d'un taux élevé d'épuisement professionnel [130]. Il en est de même pour les services de soutien à domicile où le manque de ressources et de personnel a un impact sur les délais d'intervention [131]. Les résultats des enquêtes de pratique identifiées dans la littérature dans le cadre de ce rapport témoignent également d'un manque de ressources et d'une charge de travail importante dans les services d'urgences pouvant nuire au bon déroulement du dépistage de la fragilité.

Le repérage des personnes en situation de perte d'autonomie induit un partage d'information, selon les lignes directrices du MSSS, et par conséquent, des mécanismes efficaces de communication, respectueux des règles de confidentialité en vigueur doivent être mis en place [1]. Dans ses orientations, la politique sur les soins à domicile stipule également de coordonner la trajectoire de soins et de services avec la collaboration de tous les partenaires [105]. Il ressort cependant des données locales que la transmission des résultats du PRISMA-7 peut s'avérer laborieuse sans réel interlocuteur identifié dans la communauté ni retour de résultat. Une rétroaction structurée et des communications bidirectionnelles entre les équipes des services d'urgences et les fournisseurs de services communautaires pourraient améliorer la continuité et la pertinence des plans de soins, réduire les délais de mise en place des interventions à domicile et diminuer les risques d'événements indésirables (réadmissions, séjours prolongés), en alignant rapidement le dépistage de la fragilité avec des réponses concrètes sur le terrain. Afin de favoriser l'engagement, le personnel des urgences a besoin de connaître les retombées du dépistage, tout comme les milieux communautaires ont besoin d'en apprendre davantage sur le processus de dépistage réalisé aux urgences et des enjeux rencontrés. Une revue systématique Cochrane sur l'audit et la rétroaction chez les professionnels de la santé montre un effet positif sur les pratiques professionnelles renforcé quand les retours sont réguliers, comparatifs et accompagnés de pistes d'action [132]. Ces notions sont pertinentes dans un objectif d'adhésion et de pérennisation du dépistage.

Localement, l'intégration insuffisante des outils de dépistage de la fragilité dans les systèmes informatiques en place et la transmission hétérogène des résultats entraînent des inefficacités, une traçabilité limitée et un risque de perte de suivi selon les répondants à l'enquête de pratique et aux entretiens réalisés dans le cadre de ce projet. L'intégration numérique des

outils peut apporter de nombreux bénéfices dans les services d'urgences. Il a notamment été décrit que l'apport des solutions informatiques dans les processus des services d'urgences pouvait améliorer la sécurité des patients, optimiser l'efficacité des soins, assurer une meilleure gestion des ressources et fournir des données utiles à la prise de décisions [133]. Certains outils ont d'ailleurs été expérimentés dans la littérature [134, 135] et des associations professionnelles telles que l'American College of Emergency Physicians et le Canadian Institute for Health Information promeuvent des indicateurs et des tableaux de bord pour soutenir l'amélioration continue [16, 136]. Dans un état des connaissances portant sur l'évaluation du continuum de soins et services aux aînés publié en 2019 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les experts ont identifié 23 éléments pour assurer la qualité du continuum [137]. L'un de ces éléments concerne le repérage des aînés à risque aux urgences pour lequel deux indicateurs de résultats ont été priorisés. L'un d'entre eux concerne la proportion des outils standardisés de repérage reçus au guichet d'accès du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) selon l'établissement de provenance. Le second indicateur correspond à la proportion des usagers de 65 ans et plus en visite aux urgences et non connus du SAPA auxquels a été administré un outil standardisé (ex. : PRISMA-7) afin de repérer les risques de déclin fonctionnel. En pratique, l'audit et la rétroaction aux professionnels, qu'il s'agisse d'indicateurs de dépistage, de complétion des références ou de délais d'intervention, produisent des améliorations modestes à modérées mais robustes des pratiques lorsqu'ils sont réguliers, comparatifs et accompagnés de pistes d'action [138].

Le dépistage de la fragilité aux urgences est implanté au Québec, mais de manière hétérogène. Les contraintes de ressources humaines, l'intégration des systèmes informatiques incomplète et la faible conversion des résultats en interventions en aval en limitent l'implication clinique. Une standardisation minimale, adossée à des systèmes informatiques intégrés (alertes, transmission automatique), des rétroactions régulières et une trajectoire post-dépistage portée par une équipe pivot apparaissent essentielles pour transformer un dépistage parfois perçu comme administratif en levier clinique tangible au service des personnes âgées.

## 7. RECOMMANDATION

---

Considérant que :

- Le vieillissement de la population, combiné à la fréquentation accrue des services d'urgences par les personnes âgées, s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients présentant une fragilité ou un risque de perte d'autonomie, avec des conséquences cliniques et organisationnelles importantes (hospitalisations prolongées, réadmissions, déclin fonctionnel);
- Au CHU, la fréquentation des urgences des personnes de 65 ans et plus ne cesse de croître avec plus de 45 000 patients en 2024-2025, dont 69 % âgés de 75 ans et plus;
- À l'IUCPQ-ULaval, 62 % des personnes âgées qui consultent les urgences ont 75 ans et plus, pour un volume total de 10 288 patients en 2024-2025;
- À Santé Québec Gaspésie, les personnes de 75 ans et plus ont été au nombre de 5 790 patients à consulter les urgences en 2023-2024;
- La fragilité constitue un état clinique distinct, multidimensionnel et dynamique, reconnu comme un prédicteur plus pertinent des résultats cliniques défavorables que l'âge chronologique seul, et que son dépistage précoce en contexte d'urgences permettrait d'orienter plus adéquatement la prise en charge et les trajectoires de soins;
- De nombreux outils ont été développés avec des niveaux de complexité et d'exhaustivité variables pour le dépistage de la fragilité ou de la perte d'autonomie liée à la fragilité chez les personnes âgées. Les plus fréquemment utilisés avec une version validée en français sont : l'échelle de fragilité clinique (*Clinical Frailty Scale*, CFS), l'identification systématique des aîné(e)s à risque (*Identification of Seniors at Risk*, ISAR) et l'outil du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7);
- Les recommandations des sociétés savantes et des organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, convergent quant à la nécessité d'identifier précocement les personnes âgées fragiles aux urgences et sur l'importance de l'arrimage avec les services subséquents et les ressources en aval;
- Les données issues des revues systématiques et des études originales soutiennent l'intérêt et la faisabilité d'un dépistage systématique ou ciblé de la fragilité des personnes âgées aux urgences pour prédire des événements indésirables à la suite de l'épisode de soins aigu, tout en mettant en évidence :
  - une hétérogénéité d'outils validés disponibles tels que la CFS, l'ISAR et le PRISMA-7 et une capacité globalement acceptable des outils à repérer les personnes âgées en situation de fragilité;
  - des sensibilités généralement élevées (> 75 %) favorisant l'identification des personnes à risque;
  - des spécificités globalement très faibles (< 50 %) se traduisant par un nombre non négligeable de faux positifs;
  - des valeurs prédictives positives faibles pour la plupart des indicateurs mesurés (ex. : durée d'hospitalisation, retours aux urgences);
- Certaines limites méthodologiques sont à considérer dans les études retenues, notamment :
  - l'absence fréquente d'un standard de référence pour mesurer la fragilité;
  - des populations étudiées parfois peu représentatives de l'ensemble des personnes âgées fréquentant les services d'urgences ou des contextes d'affluence élevés;
  - le manque d'indicateurs permettant d'évaluer les retombées du dépistage sur les trajectoires de soins et services dans la communauté;
- Les données économiques sont absentes de la littérature, l'impact financier de la pratique de dépistage de la fragilité aux urgences pour les établissements ou le système de santé ne peut être évalué;

- Les enquêtes de pratique publiées dans la littérature confirment la nécessité d'un dépistage de la fragilité aux urgences, mais plusieurs rapportent des enjeux quant au manque de ressources, de trajectoire standardisée et de formation au concept de fragilité;
- Les pratiques actuelles au CHU, dans les établissements partenaires au présent projet d'évaluation et dans d'autres services d'urgences au Québec, principalement centrées sur l'utilisation du PRISMA-7 aux urgences, demeurent variables quant :
  - à la population ciblée;
  - au moment et au mode d'administration;
  - à l'utilisation effective des résultats pour déclencher des interventions ou des services;
- Bien que limitées, les données d'expérience patient recensées dans la littérature indiquent une perception globalement positive du dépistage de la fragilité des personnes âgées aux urgences;
- Les données contextuelles pour la Capitale-Nationale indiquent qu'après évaluation par l'équipe Accès intégré harmonisé de Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire, environ 90 % des patients dépistés positifs ne sont pas admissibles à la mise en place de services de soutien à domicile;
- Les enjeux organisationnels identifiés au CHU et à l'IUCPQ–ULaval, tels que le manque de ressources humaines, la charge de travail, la fluidité aux urgences, les mécanismes de référence et l'arrimage avec Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire et les équipes communautaires, nécessitent une approche concertée, graduelle et contextualisée plutôt qu'une implantation uniforme non balisée.

**Il est recommandé aux services d'urgences de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval, de Santé Québec – Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et des centres hospitaliers de Santé Québec Gaspésie d'optimiser la pratique de dépistage systématique de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus non connues du Réseau de la santé et des services sociaux, en l'inscrivant dans une approche structurée, ciblée et arrimée aux services requis.**

À cette fin, l'UETMIS suggère aux services d'urgences, avec le soutien des directions des soins infirmiers et des services multidisciplinaires :

- de poursuivre l'utilisation du PRISMA-7 pour le dépistage de la fragilité des aînés actuellement en place aux urgences;
- de sensibiliser l'ensemble des intervenants aux objectifs cliniques et organisationnels du dépistage de la fragilité aux urgences;
- d'assurer un arrimage formalisé entre un dépistage positif de la fragilité et les étapes subséquentes, incluant les consultations interdisciplinaires à l'interne et les mécanismes de référence systématisés vers les services communautaires;
- d'identifier, de collecter et de suivre des indicateurs de performance clinique et organisationnelle disponibles, concernant le dépistage de la fragilité aux urgences (voir proposition à l'annexe 9);

Afin de renforcer la collaboration interétablissements du CHU et de l'IUCPQ–ULaval avec Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire dans le dépistage de la fragilité des aînés aux urgences, il est suggéré aux directions des soins infirmiers de mettre sur pied un groupe de travail interdisciplinaire, incluant les directions impliquées dans le dépistage et la gestion des données, ayant notamment pour mandat de :

- préciser les trajectoires de services, les critères de référence et les délais de prise en charge en tenant compte des réalités propres à chaque service d'urgences et de la disponibilité des ressources;
- soutenir les équipes cliniques par des balises claires, incluant :
  - des lignes directrices opérationnelles;

- de la formation ciblée sur le concept de fragilité et son utilité clinique;
- la consultation systématique du système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) pour identifier les patients déjà connus du RSSS qui n'ont pas besoin d'être dépistés;
- l'optimisation de la méthode de dépistage en respectant les consignes d'administration validées;
- mettre en place une démarche de suivi et d'évaluation continue, permettant de documenter :
  - l'impact du dépistage sur les trajectoires de soins et l'utilisation des services, concernant notamment la proportion de patients :
    - évalués par les services de soutien à domicile;
    - ayant refusé les services ainsi que les raisons du refus et leur devenir;
    - pris en charge par les services de soutien à domicile;
  - la pertinence et l'adéquation des références;
  - l'expérience des usagers et des professionnels;
- s'assurer d'une rétroaction bilatérale entre les services d'urgences et Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire concernant les données de performance clinique et organisationnelle et des actions subséquentes réalisées dans la communauté.

## 8. CONCLUSION

---

Le dépistage de la fragilité des personnes âgées dans les services d'urgences s'inscrit dans un contexte marqué par le vieillissement rapide de la population, l'augmentation des besoins en soutien à l'autonomie et la volonté d'améliorer la continuité des soins entre les milieux hospitaliers et communautaires. À cet égard, la littérature scientifique, les recommandations d'organismes et de sociétés savantes, de même que les orientations ministérielles convergent vers l'importance d'identifier précocement les personnes âgées en situation de fragilité ou à risque de perte d'autonomie lors d'un passage aux urgences. L'objectif de la présente démarche était d'évaluer si les pratiques de dépistage de la fragilité des personnes âgées qui se présentent dans les services d'urgences devraient être modifiées.

Les résultats de cette évaluation montrent que plusieurs outils de dépistage de la fragilité validés, dont la CFS, l'ISAR et le PRISMA-7, présentent des performances variables selon les indicateurs étudiés. De façon générale, ces outils démontrent une bonne sensibilité pour repérer les personnes à risque, mais une spécificité très limitée pour prédire la fragilité. Il demeure cependant que la performance de ces outils n'est que rarement comparée à une référence standard. Leur capacité à prédire certains événements indésirables, tels que l'hospitalisation, le retour aux urgences, les réadmissions ou l'institutionnalisation, demeure variable et hétérogène selon les outils, la définition des indicateurs et les contextes organisationnels. Les données disponibles sont également insuffisantes pour montrer un impact clair du dépistage sur le déclin fonctionnel, le maintien à domicile, l'utilisation des soins et services à domicile ou les coûts pour le système de santé.

Selon l'information recueillie auprès des parties prenantes sur le terrain, les bénéfices cliniques et organisationnels potentiels du dépistage apparaissent étroitement liés à la mise en place d'interventions subséquentes structurées, incluant une évaluation gériatrique plus approfondie, une coordination interdisciplinaire efficace et un accès réel et opportun aux services requis dans la communauté. En l'absence de tels mécanismes, le dépistage seul risque d'engendrer des attentes non comblées, une utilisation sous-optimale des ressources et une charge supplémentaire pour les équipes cliniques sans compter une aggravation de l'ampleur de la fragilité et un accroissement de la fréquentation des urgences.

En somme, les données probantes actuelles soutiennent l'intérêt du dépistage de la fragilité aux urgences comme outil de dépistage, mais ne permettent pas de conclure à un impact direct et systématique sur les trajectoires de soins, les résultats cliniques ou l'efficacité du système, sans interventions complémentaires clairement définies. Il est ainsi recommandé au CHU, à l'IUCPQ-ULaval et à Santé Québec Gaspésie d'optimiser le dépistage systématique de la fragilité des aînés de 75 ans et plus aux urgences par une approche structurée et arrimée aux services. Cela inclut notamment la sensibilisation des intervenants, un arrimage formalisé avec les parcours de soins et le suivi d'indicateurs de performance.

Toute réflexion à l'échelle locale, régionale ou provinciale visant à maintenir, modifier ou optimiser les pratiques de dépistage devrait ainsi s'inscrire dans une approche intégrée, tenant compte des capacités organisationnelles, des ressources disponibles dans les établissements et de la nécessité d'assurer un continuum de soins cohérent et centré sur les besoins réels des personnes âgées. Les résultats présentés dans ce rapport d'évaluation pourraient s'avérer également utiles au Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de ses orientations globales et à Santé Québec qui coordonne et gère les services de santé et des services sociaux dans un objectif de pertinence d'optimisation de services adaptés aux besoins des personnes âgées.

## ANNEXES

### ANNEXE 1. OUTILS DE DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ UTILISÉS DANS LES ÉTUDES RETENUES

Reproduits avec l'autorisation des auteurs.

## ÉCHELLE DE FRAGILITÉ CLINIQUE FRANÇAIS

|                                                                                     |          |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <b>1</b> | <b>TRÈS EN FORME</b>            | Des personnes robustes, actives, énergiques et motivées. Elles font généralement de l'activité physique régulièrement et comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.                                                                                                                                                                                                                                                          |
|    | <b>2</b> | <b>EN FORME</b>                 | Ces personnes n'ont <b>pas de symptômes actifs de maladie</b> , mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très <b>actives occasionnellement</b> , p. ex. selon la saison.                                                                                                                                                                                                        |
|    | <b>3</b> | <b>SE DÉBROUILLE BIEN</b>       | Des personnes dont les <b>problèmes médicaux sont bien maîtrisés</b> , même si elles présentent des symptômes à l'occasion, mais qui ne sont souvent <b>pas régulièrement actives</b> au-delà d'une promenade régulière.                                                                                                                                                                                                                        |
|    | <b>4</b> | <b>TRÈS LÉGÈREMENT FRAGILES</b> | Auparavant « vulnérables », cette catégorie représente l'amorce de la perte de l'indépendance complète. Bien que ces personnes <b>ne dépendent pas</b> d'autrui pour une aide au quotidien, des <b>symptômes limitent fréquemment leurs activités</b> . Elles se plaignent souvent d'être « ralenties » ou d'être fatiguées pendant la journée.                                                                                                 |
|  | <b>5</b> | <b>LÉGÈREMENT FRAGILES</b>      | Des personnes qui présentent un ralentissement évident et qui ont besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne (finances, transport, gros travaux ménagers). De façon générale, une fragilité légère nuit progressivement à la capacité de faire ses courses ou de marcher à l'extérieur seul, de préparer ses repas, de gérer ses médicaments et commence à limiter l'exécution de travaux ménagers légers. |
|  | <b>6</b> | <b>MODÉRÉMENT FRAGILES</b>      | Des personnes qui ont besoin d'aide pour <b>toutes les activités extérieures</b> et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent de la difficulté dans les escaliers et ont besoin <b>d'aide pour le bain</b> , et peuvent avoir besoin d'une aide minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.                                                                                                                                   |
|  | <b>7</b> | <b>GRAVEMENT FRAGILES</b>       | <b>Dépendance complète pour les soins personnels</b> , que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, ces personnes semblent stables et leur risque de mourir (dans les six prochains mois environ) ne semble pas très élevé.                                                                                                                                                                                                |
|  | <b>8</b> | <b>TRÈS GRAVEMENT FRAGILES</b>  | Dépendance complète pour les soins personnels et approche de la fin de vie. De façon générale, ces personnes ne se remettraient pas d'une maladie même bénigne.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  | <b>9</b> | <b>EN PHASE TERMINALE</b>       | Approchent de la fin de vie. Cette catégorie correspond aux personnes ayant une <b>espérance de vie de &lt; 6 mois</b> , qui ne sont pas <b>par ailleurs gravement fragiles</b> . (Certaines personnes peuvent encore faire de l'activité physique jusqu'à très près de leur décès.)                                                                                                                                                            |

#### SCORE DE FRAGILITÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les **symptômes courants de démence légère** sont l'oubli des détails d'un événement récent sans que l'événement lui-même soit oublié, la répétition d'une même question ou histoire et le retrait social.

Dans le cas de **démence modérée**, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent bien

d'événements de leur passé. Elles ont besoin d'encouragement pour leurs soins personnels.

Dans le cas de **démence sévère**, les personnes ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

Dans le cas de **démence très sévère**, les personnes sont souvent aliénées. Bon nombre d'entre elles sont à peu près muettes.

Échelle de fragilité Clinique - Français  
(© 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (FR)).

Tous droits réservés. Pour autorisation :  
[www.geriatricmedicine.ca](http://www.geriatricmedicine.ca)

Traduit avec permission vers le français par  
Traduction Michèle Deslauriers inc., Montréal  
(Québec), Canada, 2020.

Rockwood K et al. A global clinical measure  
of fitness and frailty in elderly people. CMAJ  
2005;173:489-495.



**Figure 2. Outil ISAR© : versions originale et révisée**

| ISAR© version originale                                                                                                                        | Non   | Oui | ISAR© version révisée: Alerte aînés                                                                                                    | Non   | Oui |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 1) Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?         | 0     | +1  | 1) Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière? | 0     | +1  |
| 2) Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous? | 0     | +1  | 2) Avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude dans les dernières 24 heures?                                                    | 0     | +1  |
| 3) Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence)?                                  | 0     | +1  | 3) Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois?                                                           | 0     | +1  |
| 4) En général, voyez-vous bien ?                                                                                                               | +1    | 0   | 4) En général, avez-vous des problèmes de vision importants qui ne peuvent pas être corrigés avec des lunettes?                        | 0     | +1  |
| 5) En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants?                                                                                  | 0     | +1  | 5) En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants?                                                                          | 0     | +1  |
| 6) Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?                                                                                      | 0     | +1  | 6) Prenez-vous 6 médicaments différents ou plus par jour?                                                                              | 0     | +1  |
| Un test positif est égal ou supérieur à 2                                                                                                      | Total | /6  | Un test positif est égal ou supérieur à 2                                                                                              | Total | /6  |

McCusker et al., 1999<sup>2</sup>

Warburton et al. (with McCusker), 2004<sup>5</sup>

| Question                                                                                              | Réponse |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 1. Avez-vous 85 ans ou plus ?                                                                         | oui     | non |
| 2. Sexe masculin ?                                                                                    | oui     | non |
| 3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?              | oui     | non |
| 4. Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?                               | oui     | non |
| 5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?                 | oui     | non |
| 6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?                        | oui     | non |
| 7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ? | oui     | non |

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. CESS©

- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.F., Grégoire M, Bolduc J., Bureau C., Veil A. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : développement, implantation et utilisation. La Revue de Gériatrie, 2007; 32(3): 209-218.
- Raïche M, Hébert R, Dubois M-F. PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008; 47(1): 9-18.

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

| Acronyme                                                                     | Nom                                                                                                                                       | Pays (province)  | Site Internet                                                                                                                                                                                                                                                                         | Résultat de la recherche (n) |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Mots-clés                                                                    |                                                                                                                                           |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
| Sites en anglais : <i>frailty screening, emergency department, home care</i> |                                                                                                                                           |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
| Sites en français : dépistage fragilité, urgences, soins à domicile          |                                                                                                                                           |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
| <b>Sites Internet généraux visités</b>                                       |                                                                                                                                           |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
| AHRQ                                                                         | Agency for Healthcare Research and Quality                                                                                                | États-Unis       | <a href="http://www.ahrq.gov/">http://www.ahrq.gov/</a>                                                                                                                                                                                                                               | 0                            |
| AMC                                                                          | Association médicale canadienne                                                                                                           | Canada           | <a href="https://www.cma.ca/">https://www.cma.ca/</a>                                                                                                                                                                                                                                 | 0                            |
| AMC-CDA                                                                      | Agence des médicaments du Canada – Canada's Drug Agency                                                                                   | Canada           | <a href="http://www.cadth.ca/fr">http://www.cadth.ca/fr</a>                                                                                                                                                                                                                           | 0                            |
| CEBM                                                                         | Centre for Evidence-based Medicine                                                                                                        | Royaume-Uni      | <a href="http://www.cebm.net/">http://www.cebm.net/</a>                                                                                                                                                                                                                               | 0                            |
| ETMI Québec                                                                  | Base de données bibliographiques en ETMI du Québec                                                                                        | Canada (Québec)  | <a href="https://www.zotero.org/groups/2165332/uetmi/library">https://www.zotero.org/groups/2165332/uetmi/library</a>                                                                                                                                                                 | 0                            |
| CMQ                                                                          | Collège des médecins du Québec                                                                                                            | Canada (Québec)  | <a href="http://www.cmq.org/">http://www.cmq.org/</a>                                                                                                                                                                                                                                 | 0                            |
| ETMIS-CHUM                                                                   | Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de Santé Québec - Centre hospitalier de l'Université de Montréal | Canada (Québec)  | <a href="https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/unité-devaluation-technologies-modes-dintervention-sante-uetmis">https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/unité-devaluation-technologies-modes-dintervention-sante-uetmis</a>                                                       | 0                            |
| ETMIS-IUCPQ-ULaval                                                           | Comité ETMIS de Santé Québec - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval                       | Canada (Québec)  | <a href="https://www.iucpq.ca/a-propos-de-nous/excellence/evaluation-des-technologies-et-modes-dintervention-en-sante/">https://www.iucpq.ca/a-propos-de-nous/excellence/evaluation-des-technologies-et-modes-dintervention-en-sante/</a>                                             | 0                            |
| HAS                                                                          | Haute Autorité de santé                                                                                                                   | France           | <a href="http://www.has-sante.fr/">http://www.has-sante.fr/</a>                                                                                                                                                                                                                       | 0                            |
| ICSI                                                                         | Institute for Clinical Systems Improvement                                                                                                | États-Unis       | <a href="https://www.icsi.org/">https://www.icsi.org/</a>                                                                                                                                                                                                                             | 0                            |
| INAHTA                                                                       | International HTA database                                                                                                                | International    | <a href="https://database.inahta.org/">https://database.inahta.org/</a>                                                                                                                                                                                                               | 0                            |
| INESSS                                                                       | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux                                                                            | Canada (Québec)  | <a href="http://www.inesss.qc.ca/">http://www.inesss.qc.ca/</a>                                                                                                                                                                                                                       | 0                            |
| INSPQ                                                                        | Institut national de santé publique du Québec                                                                                             | Canada (Québec)  | <a href="https://www.inspq.qc.ca/">https://www.inspq.qc.ca/</a>                                                                                                                                                                                                                       | 0                            |
| KCE                                                                          | Centre fédéral d'expertise des soins de santé                                                                                             | Belgique         | <a href="http://www.kce.fgov.be/">http://www.kce.fgov.be/</a>                                                                                                                                                                                                                         | 0                            |
| MSAC                                                                         | Medical Services Advisory Committee                                                                                                       | Australie        | <a href="http://www.msac.gov.au/">http://www.msac.gov.au/</a>                                                                                                                                                                                                                         | 0                            |
| NICE                                                                         | National Institute for Health and Care Excellence                                                                                         | Royaume-Uni      | <a href="http://www.nice.org.uk/">http://www.nice.org.uk/</a>                                                                                                                                                                                                                         | 0                            |
| NIHR HTA                                                                     | National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme                                                             | Royaume-Uni      | <a href="https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm">https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm</a>                                                                                         | 0                            |
| OFSP                                                                         | Office Fédéral de la Santé Publique                                                                                                       | Suisse           | <a href="https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta/hta-projekte.html">https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta/hta-projekte.html</a> | 0                            |
| OHTAC                                                                        | Ontario Health Technology Advisory Committee                                                                                              | Canada (Ontario) | <a href="http://www.hqontario.ca/evidence">http://www.hqontario.ca/evidence</a>                                                                                                                                                                                                       | 0                            |
| OMS                                                                          | Organisation mondiale de la Santé                                                                                                         | International    | <a href="http://www.who.int/fr/">http://www.who.int/fr/</a>                                                                                                                                                                                                                           | 0                            |
| PHAC                                                                         | Public Health Agency of Canada                                                                                                            | Canada           | <a href="https://www.canada.ca/en/public-health.html">https://www.canada.ca/en/public-health.html</a>                                                                                                                                                                                 | 0                            |

| Acronyme                                                                                   | Nom                                                                                     | Pays (province)  | Site Internet                                                                                                                                                                                       | Résultat de la recherche (n) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| SIGN                                                                                       | Scottish Intercollegiate Guidelines Network                                             | Écosse           | <a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>                                                                                                                                         | 0                            |
| TAU-MUHC                                                                                   | Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre                              | Canada (Québec)  | <a href="https://muhc.ca/tau/page/tau-reports">https://muhc.ca/tau/page/tau-reports</a>                                                                                                             | 0                            |
| UETMIS – Santé Québec Estrie-CHUS                                                          | UETMISSS de Santé Québec Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke        | Canada (Québec)  | <a href="https://www.santeestrie.qc.ca/professionnel/s/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/">https://www.santeestrie.qc.ca/professionnel/s/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/</a> | 0                            |
| <b>Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet</b> |                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                                                     |                              |
| <b>Urgences</b>                                                                            |                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                                                     |                              |
| AAEM                                                                                       | American Academy of Emergency Medicine                                                  | États-Unis       | <a href="https://www.aaem.org/">https://www.aaem.org/</a>                                                                                                                                           | 0                            |
| ACEM                                                                                       | Australian College for Emergency Medicine                                               | Australie        | <a href="https://acem.org.au/">https://acem.org.au/</a>                                                                                                                                             | 0                            |
| ACEP                                                                                       | American College of Emergency Physicians                                                | États-Unis       | <a href="https://www.acep.org/">https://www.acep.org/</a>                                                                                                                                           | 1                            |
| AMUQ                                                                                       | Association des médecins d'urgence du Québec                                            | Canada (Québec)  | <a href="https://www.amuq.qc.ca/amuq/accueil/">https://www.amuq.qc.ca/amuq/accueil/</a>                                                                                                             | 0                            |
| CAEP                                                                                       | Canadian Association of Emergency Physicians                                            | Canada           | <a href="https://caep.ca/">https://caep.ca/</a>                                                                                                                                                     | 0                            |
| RCEM                                                                                       | Royal College of Emergency Medicine                                                     | Royaume-Uni      | <a href="https://www.rcem.ac.uk/">https://www.rcem.ac.uk/</a>                                                                                                                                       | 0                            |
| SFMU                                                                                       | Société française de médecine d'urgence                                                 | France           | <a href="https://www.sfmur.org/fr/">https://www.sfmur.org/fr/</a>                                                                                                                                   | 0                            |
| <b>Soins infirmiers</b>                                                                    |                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ANA                                                                                        | American Nurses Association                                                             | États-Unis       | <a href="http://nursingworld.org/">http://nursingworld.org/</a>                                                                                                                                     | 0                            |
| ANFIDE                                                                                     | Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Étudiants | France           | <a href="https://anfiide.fr/">https://anfiide.fr/</a>                                                                                                                                               | 0                            |
| ASRN                                                                                       | American Society of Registered Nurses                                                   | États-Unis       | <a href="https://www.asrn.org/">https://www.asrn.org/</a>                                                                                                                                           | 0                            |
| OIIQ                                                                                       | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec                                           | Canada (Québec)  | <a href="http://www.oiiq.org/">http://www.oiiq.org/</a>                                                                                                                                             | 0                            |
| RCN                                                                                        | Royal College of Nursing                                                                | Royaume-Uni      | <a href="https://www.rcn.org.uk/">https://www.rcn.org.uk/</a>                                                                                                                                       | 0                            |
| RNAO                                                                                       | Registered Nurses Association of Ontario                                                | Canada (Ontario) | <a href="http://rnao.ca/">http://rnao.ca/</a>                                                                                                                                                       | 0                            |
| <b>Gériatrie</b>                                                                           |                                                                                         |                  |                                                                                                                                                                                                     |                              |
|                                                                                            | Secrétariat aux aînés                                                                   | Canada (Québec)  | <a href="http://aines.gouv.qc.ca/">http://aines.gouv.qc.ca/</a>                                                                                                                                     | 0                            |
| ACG                                                                                        | Association canadienne de gérontologie                                                  | Canada           | <a href="http://cagacg.ca/">http://cagacg.ca/</a>                                                                                                                                                   | 0                            |
| AGS                                                                                        | American Geriatrics Society                                                             | États-Unis       | <a href="http://www.americangeriatrics.org/">http://www.americangeriatrics.org/</a>                                                                                                                 | 0                            |
| AMGQ                                                                                       | Association des médecins gériatres du Québec                                            | Canada (Québec)  | <a href="http://www.amgq.ca/">http://www.amgq.ca/</a>                                                                                                                                               | 0                            |
| AQG                                                                                        | Association québécoise de gérontologie                                                  | Canada (Québec)  | <a href="https://www.lobe.ca/fr/a-propos/partenaires/AQG">https://www.lobe.ca/fr/a-propos/partenaires/AQG</a>                                                                                       | 0                            |
| ASP                                                                                        | Agence de la santé publique du Canada – Division vieillissement et aînés                | Canada           | <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/index-fra.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/index-fra.php</a>                                               | 0                            |
| BGS                                                                                        | British Geriatrics Society                                                              | Angleterre       | <a href="http://www.bgs.org.uk/">http://www.bgs.org.uk/</a>                                                                                                                                         | 2                            |
| GSA                                                                                        | Gerontologic Society of America                                                         | États-Unis       | <a href="http://www.geron.org/">http://www.geron.org/</a>                                                                                                                                           | 0                            |
| IUGM                                                                                       | Institut universitaire de gériatrie de Montréal                                         | Canada (Québec)  | <a href="http://www.iugm.qc.ca/">http://www.iugm.qc.ca/</a>                                                                                                                                         | 0                            |

| Acronyme                               | Nom                                                     | Pays (province) | Site Internet                                                                       | Résultat de la recherche (n) |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| IUGS                                   | Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke       | Canada (Québec) | <a href="http://www.csss-iugs.ca/">http://www.csss-iugs.ca/</a>                     | 0                            |
| MSSS                                   | Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec | Canada (Québec) | <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/">http://www.msss.gouv.qc.ca/</a>               | 2                            |
| SCG                                    | Société canadienne de gériatrie                         | Canada          | <a href="https://www.canadiangeriatrics.ca/">https://www.canadiangeriatrics.ca/</a> | 0                            |
| SFGG                                   | Société française de gériatrie et de gérontologie       | France          | <a href="https://sfgg.org/">https://sfgg.org/</a>                                   | 0                            |
| SQG                                    | Société québécoise de gériatrie                         | Canada (Québec) | <a href="https://www.sqgeriatrie.org/">https://www.sqgeriatrie.org/</a>             | 0                            |
| <b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b> |                                                         |                 |                                                                                     | <b>5</b>                     |

Dernière recherche effectuée le 16 mars 2026

### Liste des principaux sites consultés pour les études économiques

| Acronyme                                                                     | Nom                                                                   | Pays (province)  | Site Internet                                                                                                                         | Résultat de la recherche (n) |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Mots-clés                                                                    |                                                                       |                  |                                                                                                                                       |                              |
| Sites en anglais : <i>frailty screening, emergency department, home care</i> |                                                                       |                  |                                                                                                                                       |                              |
| Sites en français : dépistage fragilité, urgences, soins à domicile          |                                                                       |                  |                                                                                                                                       |                              |
| CEVR                                                                         | Center for the Evaluation of Value and Risk in Health                 | États-Unis       | <a href="https://cevr.tuftsmedicalcenter.org/database/s/cea-registry">https://cevr.tuftsmedicalcenter.org/database/s/cea-registry</a> | 0                            |
| Econlit                                                                      | <i>American Economic evaluation</i>                                   | États-Unis       | <a href="https://www.aeaweb.org/econlit/">https://www.aeaweb.org/econlit/</a>                                                         | 0                            |
| HIQA                                                                         | Health Information and Quality Authority                              | Irlande          | <a href="https://www.higa.ie">https://www.higa.ie</a>                                                                                 | 0                            |
| ICER                                                                         | Institute for Clinical and Economic Review                            | États-Unis       | <a href="https://icer.org">https://icer.org</a>                                                                                       | 0                            |
| IHE                                                                          | Institute of health economics                                         | Canada (Alberta) | <a href="http://www.ihe.ca">www.ihe.ca</a>                                                                                            | 1                            |
| NBER                                                                         | National Bureau of Economic Research                                  | États-Unis       | <a href="https://www.nber.org">https://www.nber.org</a>                                                                               | 0                            |
| NHS-EED (CRD)                                                                | Center for Reviews and Dissemination                                  | Royaume-Uni      | <a href="http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/">http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/</a>                                                     | 0                            |
| PATH                                                                         | Programs for Assessment of Technology in Health - Université McMaster | Canada           | <a href="https://www.path-hta.com/">https://www.path-hta.com/</a>                                                                     | 0                            |
| THETA                                                                        | Toronto Health Economics and Technology Assessment                    | Canada (Ontario) | <a href="http://theta.utoronto.ca">theta.utoronto.ca</a>                                                                              | 0                            |
| <b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>                                       |                                                                       |                  |                                                                                                                                       | <b>1</b>                     |

Dernière recherche effectuée le 16 mars 2026

### Autres sources documentaires

| Noms                                                                         | Site Internet                                                     | Résultat de la recherche (n) |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Mots-clés                                                                    |                                                                   |                              |
| Sites en anglais : <i>frailty screening, emergency department, home care</i> |                                                                   |                              |
| Sites en français : dépistage fragilité, urgences, soins à domicile          |                                                                   |                              |
| Google Scholar                                                               | <a href="http://scholar.google.ca/">http://scholar.google.ca/</a> | 0                            |
| <b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>                                       |                                                                   | <b>0</b>                     |

Dernière recherche effectuée le 16 mars 2026

### ANNEXE 3. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BANQUES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

#### Medline (Pubmed)

| Recherche                                    | Stratégie                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1                                          | Elderly [Mesh] OR elderly OR "frail elderly" [Mesh] OR "frail elderly" OR aging [Mesh] OR aging OR old OR older OR aged OR elder OR geriatric* [Mesh] OR senior OR "older adults" OR "older patients" OR frail* |
| #2                                           | "geriatric assessment" [Mesh] OR "geriatric assessment" OR "health services for the aged" [Mesh] OR "health services for the aged" OR "frailty" [Mesh]                                                          |
| #3                                           | #1 AND #2                                                                                                                                                                                                       |
| # 4                                          | "Emergency Service, Hospital" [Mesh] OR "Emergency Service, Hospital" OR "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency medicine"                                                                     |
| #5                                           | #3 AND #4                                                                                                                                                                                                       |
| # 6                                          | #5 English, French, from 2000/1/1                                                                                                                                                                               |
| Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026 |                                                                                                                                                                                                                 |

#### Embase (Elsevier)

| Recherche                                    | Stratégie                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1                                          | « elderly »/exp OR elderly OR 'frail elderly'/exp OR 'frail elderly' OR aging OR old OR 'older adults' OR 'older patients' OR aged OR elder OR geriatric*:ab,ti OR senior OR 'older adults' OR frail* |
| #2                                           | 'geriatric assessment'/exp OR 'geriatric assessment' OR 'health services for the aged'/exp OR 'health services for the aged' OR 'frailty'/exp OR 'frailty'/de OR 'frailty/diagnosis'/de               |
| #3                                           | #1 AND #2                                                                                                                                                                                             |
| # 4                                          | « emergency service »/exp OR 'emergency service'/de OR « emergency department »/de OR « emergency care »/de OR « emergency medicine »/de                                                              |
| # 5                                          | #3 AND #4                                                                                                                                                                                             |
| # 6                                          | #5 AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim AND [01-01-2000]/sd                                                             |
| Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026 |                                                                                                                                                                                                       |

#### CINAHL (EBSCO)

| Recherche                                    | Stratégie                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1                                          | "Elderly" OR "Frailty" OR "Older Adults" OR "Geriatric Assessment" OR "Aging" OR "Older Patients" OR "Frail Elderly" OR "Senior" OR "Aged" OR "Geriatric*" OR "Gerontological" OR "Elder" OR "Aging Process" OR "Aging Adults" |
| #2                                           | #1 AND "Geriatric Assessment" OR "Health Services for the Aged" OR "Frailty"                                                                                                                                                   |
| #3                                           | #2 AND "Emergency Service" OR "Emergency Department" OR "Emergency Medicine" OR "Emergency Care" OR "Urgent Care"                                                                                                              |
| #5                                           | LIMIT-TO (English, French) AND (Publication Date from 01/01/2000 to 28/01/2025) AND Texte integral                                                                                                                             |
| Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026 |                                                                                                                                                                                                                                |

## Cochrane Library (Wiley)

| Recherche | Stratégie                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1       | "elderly" OR "older adults" OR "aged" OR "geriatric*" OR "frail elderly" OR "frailty" OR "older patients" OR "elder" OR "senior"         |
| #2        | "geriatric assessment" OR "frailty assessment" OR "health services for the aged"                                                         |
| #3        | "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency service" OR "emergency medicine" OR "urgent care"                               |
| #4        | #1 AND #2 AND #3                                                                                                                         |
| #5        | #4 AND Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and Dec 2025, in Cochrane Reviews, Trials (Word variations have been searched) |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

## Epistemonikos

| Recherche | Stratégie                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1       | "elderly" OR "older adults" OR "frail elderly" OR "aged" OR "geriatric" OR "elder" OR "senior" OR "older patients" OR "frail" OR "aging" OR "older people" |
| #2        | "geriatric assessment" OR "health services for the elderly" OR "frailty"                                                                                   |
| #3        | "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency medicine" OR "hospital emergency services"                                                        |
| #4        | #1 AND #2 AND #3                                                                                                                                           |
| #5        | #4 2000-2025                                                                                                                                               |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

## Centre for Reviews and Dissemination

| Recherche | Stratégie                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1       | "elderly" OR "older adults" OR "frail elderly" OR "aged" OR "geriatric" OR "elder" OR "senior" OR "older patients" OR "frail" OR "aging" OR "older people" |
| #2        | "geriatric assessment" OR "health services for the elderly" OR "frailty"                                                                                   |
| #3        | "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency medicine" OR "hospital emergency services"                                                        |
| #4        | #1 AND #2 AND #3                                                                                                                                           |
| #5        | #4 2000-2025                                                                                                                                               |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

### PsycInfo (OVID)

| Recherche | Stratégie                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1       | "elderly" OR "frail elderly" OR "aging" OR "older adults" OR "aged" OR "older patients" OR "elder" OR "geriatric*" OR "senior" OR "frail*" OR "older adults" |
| #2        | "geriatric assessment" OR "frailty" OR "health services for the aged"                                                                                        |
| #3        | #1 AND #2                                                                                                                                                    |
| # 4       | "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency medicine" OR "urgent care"                                                                          |
| #5        | #3 AND #4                                                                                                                                                    |
| # 6       | limit 5 to (full text and (english or french) and yr="2000 - 2025")                                                                                          |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

### Ageline (EBSCO)

| Recherche | Stratégie                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| # 1       | Elderly [Mesh] OR elderly OR "frail elderly" [Mesh] OR "frail elderly" OR aging [Mesh] OR aging OR old OR older OR aged OR elder OR geriatric* [Mesh] OR senior OR "older adults" OR "older patients" OR frail* |
| #2        | "geriatric assessment" [Mesh] OR "geriatric assessment" OR "health services for the aged" [Mesh] OR "health services for the aged" OR "frailty" [Mesh]                                                          |
| #3        | #1 AND #2                                                                                                                                                                                                       |
| # 4       | "Emergency Service, Hospital" [Mesh] OR "Emergency Service, Hospital" OR "emergency department" OR "emergency care" OR "emergency medicine"                                                                     |
| #5        | #3 AND #4                                                                                                                                                                                                       |
| # 6       | # 5 2000-2025                                                                                                                                                                                                   |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

#### ANNEXE 4. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS

| Nom                                                        | Organisation                                | Site Internet                                                                         | Résultat de la recherche (n) |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Études de synthèse</b>                                  |                                             |                                                                                       |                              |
| Mots-clés : <i>frailty screening, emergency department</i> |                                             |                                                                                       |                              |
| PROSPERO                                                   | Centre for Reviews and Dissemination        | <a href="http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/">http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/</a> | 4                            |
| Cochrane                                                   | The Cochrane Library                        | <a href="http://www.thecochranelibrary.com">www.thecochranelibrary.com</a>            | 0                            |
| <b>Études originales</b>                                   |                                             |                                                                                       |                              |
| Mots-clés : <i>frailty screening, emergency department</i> |                                             |                                                                                       |                              |
|                                                            | U.S. National Institute for Health Research | <a href="http://www.Clinicaltrials.gov">http://www.Clinicaltrials.gov</a>             | 0                            |
|                                                            | IRCTN – The UK's Clinical Study Registry    | <a href="http://www.controlled-trials.com">http://www.controlled-trials.com</a>       | 0                            |
| <b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>                     |                                             |                                                                                       | 4                            |

Dernière recherche effectuée le 10 mars 2026

## ANNEXE 5. GABARITS D'ENTREVUE ET QUESTIONNAIRE

### GABARIT UTILISÉ AUPRÈS DES INFORMATEURS CLÉS DANS LES SERVICES D'URGENCES

Nom et titre d'emploi :

Date et heure de l'entrevue

Autorisation pour l'enregistrement : ☐

| Thème                              | Questions principales                                                                                                             | Questions de relance                                                                                                                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pratique actuelle                  | 1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement?                                                                |                                                                                                                                                 |
|                                    | 2. Sur quel(s) site(s) exercez-vous ?                                                                                             |                                                                                                                                                 |
|                                    | 3. Quel est votre rôle?                                                                                                           | a. Clientèle;<br>b. Tâches principales                                                                                                          |
|                                    | 4. Décrivez-nous sommairement vos activités cliniques en lien avec la clientèle des personnes âgées.                              |                                                                                                                                                 |
|                                    | 5. Pouvez-vous décrire la manière (typique) dont se déroule la prise en charge d'une personne âgée qui se présente aux urgences ? |                                                                                                                                                 |
|                                    | 6. Pouvez-vous décrire la façon dont se déroule le dépistage de la perte d'autonomie aux urgences ?                               | a. À quel moment ?<br>b. Avec quel outil ?<br>c. Qui effectue le dépistage ?<br>d. Qui répond aux questions (patients, proche, professionnel) ? |
|                                    | 7. Quelles sont les étapes qui suivent l'étape de la passation de l'outil ?                                                       |                                                                                                                                                 |
|                                    | 8. Êtes-vous impliqué(e) dans le suivi des patients sur la base du dépistage ?                                                    | Si oui :<br>a. Quel est votre rôle ?                                                                                                            |
| Perception de la pratique actuelle | 9. Selon vous, quels sont les <b>avantages</b> de la pratique actuelle ?                                                          | a. Pensez-vous qu'il soit pertinent de changer la pratique?<br>b. Pourquoi ?                                                                    |
|                                    | 10. Selon vous, quels sont les <b>inconvénients</b> de la pratique actuelle ?                                                     | a. Pour vous ?<br>b. Pour les autres professionnels ?<br>c. Pour vos patients?                                                                  |
|                                    | 11. Quels sont selon vous les <b>obstacles</b> à un changement de pratique dans votre établissement?                              | a. Pour le CHU?<br>b. Pour le RSSS ?                                                                                                            |
|                                    | 12. Quels sont selon vous les <b>facilitateurs</b> à un changement de pratique dans votre établissement?                          | a. Pour le CHU?<br>b. Pour le RSSS ?                                                                                                            |
| Changement de pratique             | 13. Selon vous, quelle serait la <b>pratique idéale</b> ?                                                                         | a. Quelle clientèle ?<br>b. Quel outil ?<br>c. À quel moment ?<br>d. Par qui ?<br>e. Quel devrait être le continuum ?                           |

## GABARIT UTILISÉ AUPRÈS DES INFORMATEURS CLÉS À SANTÉ QUÉBEC CAPITALE-NATIONALE - UNIVERSITAIRE

Nom et titre d'emploi :

Date et heure de l'entrevue :

Autorisation pour l'enregistrement : ☐

| Thème                              | Questions principales                                                                                                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pratique actuelle                  | 1. Depuis combien de temps travaillez-vous à Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire?                                                |
|                                    | 2. Sur quel(s) site(s) exercez-vous ?                                                                                                        |
|                                    | 3. Quel est votre rôle?                                                                                                                      |
|                                    | 4. Dans le processus qui nous concerne (le dépistage de la perte d'autonomie des aînés aux urgences), à quelle(s) étape(s) intervenez-vous ? |
|                                    | 5. De quelle manière recevez-vous les questionnaires PRISMA-7 ? Et d'où viennent-ils ?                                                       |
|                                    | 6. Quelles sont les étapes qui suivent la réception de l'outil ?                                                                             |
|                                    | 7. Êtes-vous impliqué(e) dans le suivi des patients sur la base du dépistage ?                                                               |
| Perception de la pratique actuelle | 8. Selon vous, quels sont les <b>avantages</b> de la pratique actuelle ?                                                                     |
|                                    | 9. Selon vous, quels sont les <b>inconvenients</b> de la pratique actuelle ?                                                                 |
|                                    | 10. Quels sont selon vous <b>les obstacles</b> à un changement de pratique dans le CHU?                                                      |
|                                    | 11. Quels sont selon vous <b>les facilitateurs</b> à un changement de pratique dans le CHU?                                                  |
| Changement de pratique             | 12. Selon vous, quelle serait la <b>pratique idéale</b> ?                                                                                    |

## QUESTIONNAIRE POUR LES INTERVENANTS DES URGENCES D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

### Repérage/dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées aux urgences

#### Enquête

7 avr. 2026

Nous vous remercions de compléter ce sondage au mieux de vos connaissances afin que nous puissions dresser un portrait de la situation au Québec.

L'UETMIS du CHU en collaboration avec l'UETMISSS de Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire

#### \* Obligatoire

\* Ce formulaire enregistrera votre nom, veuillez renseigner votre nom.

1. Titre d'emploi \*

2. Nom de votre établissement \*

3. Acceptez-vous que nous vous nommions en tant que collaborateur/trice dans notre rapport final? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. Prénom et nom \*

5. Souhaitez-vous recevoir une copie du rapport lorsque celui-ci sera terminé? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Adresse courriel (si besoin de précision par exemple) \*

7. La perte d'autonomie est-elle repérée ou dépistée chez les personnes âgées qui se présentent aux urgences de votre établissement de façon systématique à l'aide d'un outil? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Quelle est la clientèle ciblée par le dépistage de la perte d'autonomie au service d'urgences de votre établissement? \*

- ☐ Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus
- ☐ Toutes les personnes âgées de 75 ans et plus
- ☐ Les personnes de 65 ans et plus non connues du RSSS

- ☐ Les personnes de 75 ans et plus non connues du RSSS
- ☐ Autre

9. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

10. Quel outil est utilisé dans votre service d'urgences pour le dépistage de la perte d'autonomie? \*

- ☐ PRISMA-7
- ☐ ISAR
- ☐ CFS
- ☐ Autre

11. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

12. Quel seuil est utilisé pour identifier un patient comme positif pour la perte d'autonomie? \*

Entrez votre réponse

13. Quel est le mode d'administration de l'outil? \*

Cocher toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Formulaire papier
- ☐ Format électronique
- ☐ Les deux
- ☐ Autre

14. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

15. Qui est chargé d'administrer l'outil de dépistage de la perte d'autonomie dans votre service d'urgences? \*

Cocher toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Infirmier ou infirmière de triage
- ☐ Infirmier ou infirmière des urgences
- ☐ Médecin
- ☐ Autre

16. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

17. À quel moment s'effectue le dépistage de la perte d'autonomie dans votre service d'urgences? \*

Cocher toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Avant le triage
- ☐ Au triage
- ☐ Dans la première heure qui suit l'arrivée aux urgences
- ☐ Dans la première heure qui suit l'orientation dans le secteur civière
- ☐ Autre

18. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

19. À qui sont transmis les résultats du dépistage de la perte d'autonomie? \*

Entrez votre réponse

20. De quelle(s) manière(s) sont transmis les résultats du dépistage de la perte d'autonomie? \*

Cocher toutes les réponses qui s'appliquent

- ☐ Fax
- ☐ Transmission automatique par système informatique
- ☐ Transmission d'un formulaire papier (p. ex. : courrier interne, pigeonier)
- ☐ Autre

21. Si autre, préciser

Entrez votre réponse

22. Brièvement, quelles sont les étapes à l'interne qui suivent un dépistage positif aux urgences? \*

Si applicable, distinguer les patients hospitalisés et ceux qui sont libérés des urgences

Entrez votre réponse

23. Brièvement, quelles sont les étapes à l'externe qui suivent un dépistage positif aux urgences? \*

Indiquez "Je ne sais pas" si vous ne savez pas

Entrez votre réponse

24. Votre établissement dispose-t-il de politique ou procédure interne concernant le dépistage de la perte d'autonomie aux urgences? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

25. Si oui, serait-il possible de joindre le document en question ici?

### Téléverser un fichier

Nombre maximal de fichiers : 1 Taille maximale de fichier : 10MB Types de fichier autorisés : Word, Excel, PPT, PDF, Image, Vidéo, Audio

26. Selon vous, quels sont les éléments qui fonctionnent bien dans la pratique actuelle de votre établissement concernant le dépistage de la perte d'autonomie aux urgences? \*

Entrez votre réponse

27. Selon vous, quels sont les inconvénients de la pratique actuelle de votre établissement concernant le dépistage de la perte d'autonomie aux urgences? \*

Entrez votre réponse

28. Dans l'hypothèse d'un changement de pratique, quel(s) élément(s) changeriez-vous? \*

Entrez votre réponse

29. Dans ce cas, veuillez préciser si : \*

- ☐ Aucun dépistage n'est effectué aux urgences dans votre établissement
- ☐ Le dépistage est effectué par d'autres moyens

30. Si le dépistage est effectué par d'autres moyens aux urgences de votre établissement, veuillez préciser de quelle manière \*

Entrez votre réponse

31. Autant que vous sachiez, pour quelle(s) raison(s) le dépistage de la perte d'autonomie des personnes âgées aux urgences n'a pas été implanté dans votre établissement? \*

Entrez votre réponse

32. Y a-t-il actuellement un intérêt au sein de votre établissement à implanter cette pratique? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

## ANNEXE 6. ÉTUDES ORIGINALES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES

| Revue systématique           | Galvin, 2017 [66]<br>(n = 26') | Moloney, 2023 [69]<br>(n = 6) | Ku, 2025 [67]<br>(n = 66 pour 57 études) | Mohamed, 2025 [68]<br>(n = 36) |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| Auteur, année [ref]          |                                |                               |                                          |                                |
| Ambagtsheer, 2020 [139]      |                                |                               |                                          | X                              |
| Ambagtsheer, 2025 [140]      |                                |                               |                                          | X                              |
| Asomaning, 2014 [141]        | X                              |                               | X                                        |                                |
| Aprahamian, 2019 [142]       |                                |                               | X                                        |                                |
| Beauchet, 2019 [143]         |                                |                               |                                          | X                              |
| Beauchet, 2021 [73]          |                                |                               |                                          | X                              |
| Blázquez-Andión, 2023 [144]  |                                |                               | X                                        |                                |
| Blomaard, 2020 [145]         |                                |                               | X                                        |                                |
| Braes, 2009 [146]            | X                              |                               |                                          |                                |
| Braes, 2010 [147]            | X                              |                               |                                          |                                |
| Braun, 2028 [148]            |                                |                               |                                          | X                              |
| Brousseau, 2018 [149]        |                                |                               | X                                        |                                |
| Buurman, 2011 [150]          | X                              |                               | X                                        |                                |
| Celik, 2025 [151]            |                                |                               | X                                        | X                              |
| Chakroun-Walha, 2020 [152]   |                                |                               | X                                        |                                |
| Checa-Lopez, 2023 [153]      |                                |                               | X                                        |                                |
| Choi, 2024 [154]             |                                |                               | X                                        |                                |
| Chung, 2024 [155]            |                                |                               | X                                        |                                |
| Clark, 2019 [156]            |                                |                               | X                                        |                                |
| De Gelder, 2018 [157]        |                                |                               | X                                        |                                |
| Demir Akça, 2021 [158]       |                                |                               | X                                        |                                |
| Demirevska, 2021 [159]       |                                |                               |                                          | X                              |
| Dendukuri, 2004 [160]        | X                              |                               |                                          |                                |
| de Saint-Hubert, 2020 [161]  | X                              |                               |                                          |                                |
| Deschodt, 2011 [162]         | X                              |                               |                                          |                                |
| Di Bari, 2012 [71]           | X                              |                               | X                                        |                                |
| Di Prazza, 2023 [163]        |                                |                               | X                                        |                                |
| Edmans, 2013 [164]           | X                              |                               |                                          |                                |
| Elliott, 2021 [165]          |                                |                               | X                                        |                                |
| Espinoza Suarez, 2020 [166]  |                                |                               | X                                        |                                |
| Fan, 2006 [72]               |                                |                               | X                                        |                                |
| Fernandez Alonso, 2023 [167] |                                |                               | X                                        |                                |
| Gentile, 2013 [168]          | X                              |                               |                                          |                                |
| Geyskens, 2008 [169]         | X                              |                               |                                          |                                |
| Goktekin, 2025 [170]         |                                |                               |                                          | X                              |
| Graf, 2012 [171]             | X                              |                               | X                                        |                                |
| Grettarsdottir, 2021 [74]    |                                |                               | X                                        |                                |
| Hao, 2023 [172]              |                                |                               |                                          | X                              |
| Heeren, 2020 [75]            |                                |                               | X                                        |                                |
| Heim, 2015 [173]             | X                              |                               |                                          |                                |
| Hoffmann, 2020 [174]         |                                |                               |                                          | X                              |
| Hoogendijk, 2013 [175]       |                                |                               |                                          | X                              |
| Hoogerduijn, 2010 [176]      | X                              |                               |                                          |                                |
| Hsu, 2023 [99]               |                                |                               | X                                        |                                |
| Hussien, 2020 [177]          |                                |                               |                                          | X                              |
| Hussien, 2023 [178]          |                                |                               |                                          | X                              |
| Ibrahim, 2022 [179]          |                                |                               |                                          | X                              |
| Jarman, 2020 [180]           |                                |                               |                                          | X                              |

| Revue systématique             | Galvin, 2017 [66]<br>(n = 26 <sup>1</sup> ) | Moloney, 2023 [69]<br>(n = 6) | Ku, 2025 [67]<br>(n = 66 pour 57 études) | Mohamed, 2025 [68]<br>(n = 36) |
|--------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| Auteur, année [ref]            |                                             |                               |                                          |                                |
| Jarman, 2021 [181]             |                                             |                               |                                          | X                              |
| Kabell Nissen, 2023 [182]      |                                             |                               | X                                        |                                |
| Kaeppli, 2020 [40]             |                                             |                               | X                                        |                                |
| Kajsa, 2016 [183]              |                                             | X                             |                                          |                                |
| Källberg, 2023 [184]           |                                             |                               | X                                        |                                |
| Lague, 2018 [185]              |                                             | X                             |                                          |                                |
| Launay, 2021 [76]              |                                             |                               |                                          | X                              |
| Leahy, 2023 [77]               |                                             |                               | X                                        | X                              |
| Lee, 2008 [186]                |                                             |                               | X                                        |                                |
| Lewis, 2019 [187]              |                                             |                               | X                                        |                                |
| Liew, 2024 [188]               |                                             |                               | X                                        |                                |
| Lin, 2024 [189]                |                                             |                               | X                                        |                                |
| Liu, 2020 [190]                |                                             |                               | X                                        |                                |
| Maeda, 2024 [191]              |                                             |                               | X                                        |                                |
| McCusker, 1999 [33]            | X                                           |                               |                                          |                                |
| McCusker, 2000 [192]           | X                                           |                               | X                                        |                                |
| McCusker, 2000 [193]           | X                                           |                               |                                          |                                |
| McDonnell, 2024 [194]          |                                             |                               |                                          | X                              |
| McGuaran, 2020 [195]           |                                             | X                             |                                          | X                              |
| Michalski-Monnerat, 2020 [196] |                                             |                               | X                                        |                                |
| Moloney, 2023 [69]             |                                             |                               |                                          | X                              |
| Moons, 2007 [70]               | X                                           |                               | X                                        |                                |
| Mowbray, 2020 [197]            |                                             |                               | X                                        |                                |
| Mowbray, 2023 [198]            |                                             |                               | X                                        |                                |
| Mowbray, 2023 [199]            |                                             |                               | X                                        |                                |
| Munir-Ehrington, 2024 [78]     |                                             |                               | X                                        |                                |
| Nixon, 2019 [200]              |                                             |                               |                                          | X                              |
| O'Caoimh, 2019 [79]            |                                             | X                             |                                          | X                              |
| O'Caoimh, 2022 [80]            |                                             |                               | X                                        | X                              |
| O'Caoimh, 2023 [201]           |                                             |                               | X                                        | X                              |
| Piffer, 2020 [202]             |                                             | X                             |                                          |                                |
| Rabelo, 2023 [203]             |                                             |                               |                                          | X                              |
| Rizka, 2020 [204]              |                                             |                               | X                                        |                                |
| Rosted, 2014 [205]             | X                                           |                               |                                          |                                |
| Rueegg, 2022 [206]             |                                             |                               | X                                        |                                |
| Salminen, 2020 [207]           |                                             |                               |                                          | X                              |
| Salvi, 2009 [82]               | X                                           |                               | X                                        |                                |
| Salvi, 2012 [208]              | X                                           | X                             | X                                        |                                |
| Salvi, 2012 [81]               | X                                           |                               |                                          |                                |
| Serina, 2021 [209]             |                                             |                               | X                                        |                                |
| Sezic, 2023 [83]               |                                             |                               | X                                        |                                |
| Shang, 2022 [210]              |                                             |                               | X                                        |                                |
| Shiffer, 225 [211]             |                                             |                               | X                                        |                                |
| Singler, 2014 [212]            | X                                           |                               | X                                        |                                |
| Sirois, 2013 [213]             | X                                           |                               |                                          |                                |
| Slankamenac, 2018 [214]        |                                             |                               | X                                        |                                |
| Solakoglu, 2021 [89]           |                                             |                               | X                                        | X                              |
| Solakoglu, 2023 [215]          |                                             |                               | X                                        |                                |
| Suffoletto, 2015 [216]         | X                                           |                               | X                                        |                                |
| Sukkriang, 2020 [217]          |                                             |                               |                                          | X                              |
| Sutorius, 2016 [218]           |                                             |                               |                                          | X                              |
| Tavares, 2017 [85]             |                                             |                               | X                                        |                                |

| Revue systématique   | Galvin, 2017 [66]<br>(n = 26 <sup>1</sup> ) | Moloney, 2023 [69] (n = 6) | Ku, 2025 [67]<br>(n = 66 pour 57 études) | Mohamed, 2025 [68]<br>(n = 36) |
|----------------------|---------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|
| Auteur, année [ref]  |                                             |                            |                                          |                                |
| Taylor, 2019 [219]   |                                             |                            | X                                        |                                |
| Tew, 2021 [220]      |                                             |                            |                                          | X                              |
| Torun, 2023 [221]    |                                             |                            | X                                        | X                              |
| van Dam, 2021 [86]   |                                             |                            | X                                        |                                |
| Van Dam, 2022 [87]   |                                             |                            | X                                        |                                |
| Vijanen, 2021 [222]  |                                             |                            |                                          | X                              |
| Wang, 2023 [223]     |                                             |                            |                                          | X                              |
| Wretborn, 2024 [224] |                                             |                            | X                                        |                                |
| Yim, 2011 [225]      | X                                           |                            |                                          |                                |
| Yucel, 2024 [88]     |                                             |                            | X                                        |                                |
| Zaboli, 2025 [226]   |                                             |                            | X                                        | X                              |
| Zaboli, 2025 [227]   |                                             |                            | X                                        | X                              |
| Zulfiqar, 2023 [228] |                                             |                            | X                                        |                                |

<sup>1</sup> Excluant les résumés

## ANNEXE 7. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DOCUMENTS RETENUS

### ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES SELON LA GRILLE D'ANALYSE AMSTAR-2 [55]

| Auteur, année<br>Question                                                | Galvin, 2017 [66] | Moloney, 2023 [69] | Ku, 2025 [67] | Mohamed, 2025 [68] |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| 1 – PICO énoncé                                                          | ✓                 | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 2 – Méthode a priori (protocole)                                         | ✓                 | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 3 – Explication des devis inclus                                         |                   |                    |               |                    |
| 4 – Stratégie de recherche adéquate                                      |                   | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 5 – Sélection en double                                                  | ✓                 | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 6 – Extraction en double                                                 |                   | ✓                  | ✓             |                    |
| 7 – Études exclues et justifications                                     | ✓                 | ✓                  | ✓             |                    |
| 8 – Description des études incluses                                      |                   | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 9 – Évaluation du risque de biais                                        | ✓                 | ✓                  | ✓             | ✓                  |
| 10 – Financements des études incluses                                    |                   |                    |               |                    |
| 11 – Méthode statistique adéquate                                        | ✓                 | S.O.               | ✓             | ✓                  |
| 12 – Impact du risque de biais sur les résultats                         |                   | S.O.               | ✓             | ✓                  |
| 13 – Prise en compte du risque de biais dans l'interprétation/discussion | ✓                 |                    | ✓             | ✓                  |
| 14 – Discussion/explication de l'hétérogénéité                           |                   |                    | ✓             | ✓                  |
| 15 – Biais de publication                                                |                   | S.O.               |               |                    |
| 16 – Sources de conflits d'intérêts rapportées                           | ✓                 | ✓                  | ✓             | ✓                  |

Si la réponse est oui ou oui partiel, le critère est considéré comme rencontré.

S.O. : sans objet

# ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES OBSERVATIONNELLES RETENUES SELON LA GRILLE D'ANALYSE ADAPTÉE PAR L'UETMIS [54]

| Question / Auteur, année                                | Beauchet, 2021 [73] | Di Bari, 2012 [71] | Ehrington, 2024 [78] | Fan, 2024 [72] | Gretarsdottir, 2021 [74] | Heeren, 2020 [75] | Hsu, 2021 [99] | Kaeppli, 2020 [40] | Launay, 2021 [76] | Leahy, 2023 [77] | Moons, 2007 [70] | O'Caoimh, 2022 [80] | O'Caoimh, 2019 [79] | Salvi, 2012 [81] | Salvi, 2009 [82] | Sezic, 2023 [83] | Shrier, 2021 [84] | Solakoglu, 2023 [89] | Tas, 2025 [90] | Tavares, 2017 [85] | van Dam, 2022 [87] | van Dam, 2021 [86] | Yücel, 2024 [88] |
|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|----------------|--------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 1 – PI(C)O énoncé                                       | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                |                     | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 2 – Contexte décrit                                     | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                |                     | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              |                    | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 3 – Critères de sélection spécifiés                     | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                |                  | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 4 – Méthode de recrutement adéquate                     | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   |                  | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 5 – Description de l'intervention ciblée                | ✓                   | ✓                  | ✓                    |                |                          | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   |                  |                  | ✓                |                   | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 6 – Description du comparateur                          | S.O.                | ✓                  | S.O.                 |                | S.O.                     | ✓                 | S.O.           | S.O.               | ✓                 | S.O.             | ✓                | S.O.                | S.O.                | S.O.             | S.O.             | S.O.             | S.O.              | ✓                    | S.O.           | S.O.               | S.O.               | S.O.               | S.O.             |
| 7 – Description des indicateurs                         | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              |                          | ✓                 |                | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 |                      |                | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 8 – Outils de mesures standardisés, valides, fiables    | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 9 – Intervention à l'insu des évaluateurs               |                     | ✓                  |                      |                |                          |                   | ✓              |                    |                   | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   |                  |                  |                  |                   | ✓                    | ✓              |                    |                    |                    |                  |
| 10 – Analyses statistiques prévues appropriées          | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 11 – Mesures de précision planifiées                    | ✓                   | ✓                  | ✓                    |                |                          |                   | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   |                     |                  | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  |                  |
| 12 – Estimation de la taille d'échantillon              |                     |                    | ✓                    |                |                          |                   | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                |                  |                     | ✓                   |                  |                  |                  |                   | ✓                    | ✓              |                    |                    |                    |                  |
| 13 – Population représentative                          | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 14 – Nombre de participants suffisant pour la puissance | S.O.                | S.O.               | ✓                    | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | S.O.             | S.O.                |                     | S.O.             | S.O.             | S.O.             | S.O.              | ✓                    | ✓              | S.O.               | S.O.               | S.O.               | S.O.             |
| 15 – Taux de participation suffisant                    | S.O.                | S.O.               | ✓                    | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | S.O.             | S.O.                |                     | S.O.             | S.O.             | S.O.             | S.O.              | S.O.                 | ✓              | S.O.               | S.O.               | S.O.               | S.O.             |
| 16 – Nombre de participants décrit pour chaque étape    |                     |                    | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  |                   | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   |                  |                  |                  |                   |                      | ✓              |                    | ✓                  | ✓                  |                  |

| Question \ Auteur, année                             | Beauchet, 2021 [73] | Di Bari, 2012 [71] | Ehrington, 2024 [78] | Fan, 2024 [72] | Gretarsdottir, 2021 [74] | Heeren, 2020 [75] | Hsu, 2021 [99] | Kaeppli, 2020 [40] | Launay, 2021 [76] | Leahy, 2023 [77] | Moons, 2007 [70] | O'Caoimh, 2022 [80] | O'Caoimh, 2019 [79] | Salvi, 2012 [81] | Salvi, 2009 [82] | Sezic, 2023 [83] | Shrier, 2021 [84] | Solakoglu, 2023 [89] | Tas, 2025 [90] | Tavares, 2017 [85] | van Dam, 2022 [87] | van Dam, 2021 [86] | Yücel, 2024 [88] |
|------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|----------------|--------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 17 – Perte de sujets < 20 %                          | S.O.                | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | S.O.              | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | S.O.             | ✓                | S.O.             | S.O.              | S.O.                 | ✓              | S.O.               | ✓                  | ✓                  | S.O.             |
| 18 – Raisons de pertes au suivi identifiées          | S.O.                | S.O.               | S.O.                 | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | S.O.           | S.O.               | S.O.              | ✓                | ✓                | S.O.                |                     | S.O.             |                  | S.O.             | S.O.              | S.O.                 | S.O.           | S.O.               | ✓                  | ✓                  | S.O.             |
| 19 – Comparaison entre perdus de vue et participants | S.O.                | S.O.               | S.O.                 | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | S.O.           | S.O.               | S.O.              |                  |                  | S.O.                | S.O.                | S.O.             | S.O.             | S.O.             |                   |                      | S.O.           | S.O.               |                    | S.O.               | S.O.             |
| 20 – Caractéristiques de la population               | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 21 – Prise en compte des facteurs confondants        | ✓                   |                    | ✓                    | ✓              |                          |                   | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                |                  |                     | ✓                   | ✓                | ✓                |                  | ✓                 | ✓                    | ✓              |                    | ✓                  | ✓                  |                  |
| 22 – Observance évaluée                              | S.O.                | S.O.               | S.O.                 | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | S.O.           | S.O.               | S.O.              | S.O.             | S.O.             | S.O.                | S.O.                | S.O.             | S.O.             | S.O.             | S.O.              | S.O.                 | S.O.           | S.O.               | S.O.               | S.O.               | S.O.             |
| 23 – Analyses effectuées telles que planifiées       | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 24 – Durée de suivi adéquate                         | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 25 – Conclusion liée aux objectifs                   | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 26 – Limites de l'étude                              |                     | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              |                    | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 27 – Cohérence des résultats discutés                | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 28 – Conclusions cohérentes                          | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                | ✓                | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 29 – Financement de l'étude                          | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                |                  | ✓                   | ✓                   | ✓                | ✓                | ✓                | ✓                 |                      | ✓              | ✓                  | ✓                  | ✓                  |                  |
| 30 – Conflits d'intérêts mentionnés                  | ✓                   | ✓                  | ✓                    | ✓              | ✓                        | ✓                 | ✓              | ✓                  | ✓                 | ✓                |                  | ✓                   | ✓                   | ✓                |                  | ✓                | ✓                 | ✓                    | ✓              |                    |                    |                    |                  |
| 31 – Possibilité de conflits d'intérêts              |                     |                    |                      |                | ✓                        |                   |                |                    |                   |                  | ✓                |                     |                     |                  | ✓                |                  |                   | ✓                    |                | ✓                  | ✓                  | ✓                  | ✓                |
| 32 – Si registre, méthode décrite                    | S.O.                | S.O.               | S.O.                 | S.O.           | S.O.                     | S.O.              | S.O.           | S.O.               | S.O.              | S.O.             | S.O.             | S.O.                | S.O.                | S.O.             | S.O.             | S.O.             | S.O.              | S.O.                 | S.O.           | S.O.               | S.O.               | S.O.               | S.O.             |

S.O. : sans objet

# ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ENQUÊTES DE PRATIQUE RETENUES SELON LA GRILLE D'ANALYSE CROSS [56]

| Auteur, année                                              | McCusker, 2007<br>[94] | Ekermo, 2023<br>[92] | Hörlin, 2023<br>[93] | Barry, 2024<br>[91] | Moloney, 2024<br>[95] | Bhatnagar, 2025<br>[96] |
|------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| Question                                                   |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 1 – Terme « survey » dans titre ou résumé                  | ✓                      | ✓                    |                      |                     | ✓                     | ✓                       |
| 2 – Résumé informatif                                      | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     |                         |
| 3 – Contexte précisé                                       | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 4 – Objectifs                                              | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 5 – Devis de l'étude                                       | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     |                         |
| 6 – Description du questionnaire                           | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 7 – Population cible, validité, calcul des scores          |                        |                      | ✓                    | ✓                   | ✓                     |                         |
| 8 – Prétest du questionnaire                               | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   |                       | ✓                       |
| 9 – Questionnaire accessible                               |                        |                      | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 10 – Description de la population                          | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 11 – Méthode d'échantillonnage                             | ✓                      | ✓                    | ✓                    |                     | ✓                     | ✓                       |
| 12 – Taille d'échantillon                                  |                        |                      |                      |                     |                       | ✓                       |
| 13 – Échantillon représentatif                             |                        | ✓                    |                      |                     |                       |                         |
| 14 – Méthode d'administration du questionnaire             | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 15 – Indicateurs temporels                                 |                        | ✓                    | ✓                    |                     | ✓                     | ✓                       |
| 16 – Processus d'entrée des données                        |                        |                      |                      | ✓                   |                       |                         |
| 17 – Préparation avant la menée de l'enquête               | ✓                      |                      | ✓                    | ✓                   |                       | ✓                       |
| 18 – Approbation éthique                                   | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 19 – Mesures de confidentialité                            |                        | ✓                    |                      |                     |                       | ✓                       |
| 20 – Méthodes statistiques                                 |                        | ✓                    | ✓                    | S.O.                | ✓                     | ✓                       |
| 21 – Modification de variables                             |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 22 – Traitement des données manquantes                     |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 23 – Traitement de la non-réponse                          |                        |                      |                      |                     |                       | ✓                       |
| 24 – Durée du suivi                                        | S.O.                   | S.O.                 | S.O.                 | S.O.                | S.O.                  |                         |
| 25 – Pondération ou autres                                 |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 26 – Analyses de sensibilité                               |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 27 – Nombre de répondants par étape                        | ✓                      |                      | ✓                    |                     |                       |                         |
| 28 – Raisons de non-participation à chaque étape           |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 29 – Taux de réponse                                       | ✓                      |                      | ✓                    | S.O.                | ✓                     | ✓                       |
| 30 – Répartition de la participation                       |                        |                      |                      | ✓                   |                       |                         |
| 31 – Caractéristiques des participants                     | ✓                      | ✓                    |                      | ✓                   | ✓                     |                         |
| 32 – Données non ajustées et ajustées                      |                        |                      | ✓                    |                     |                       | ✓                       |
| 33 – Modèle d'analyses multivariées                        | S.O.                   |                      | S.O.                 |                     | S.O.                  | S.O.                    |
| 34 – Détails sur les résultats des analyses de sensibilité |                        |                      |                      |                     |                       |                         |
| 35 – Discussion des limites                                | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 36 – Interprétation globale des résultats                  | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 37 – Discussion de la validité externe                     | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 38 - Financement                                           | ✓                      | ✓                    | ✓                    | ✓                   |                       |                         |
| 39 – Conflits d'intérêts                                   |                        | ✓                    | ✓                    | ✓                   | ✓                     | ✓                       |
| 40 - Remerciements                                         | ✓                      | ✓                    | ✓                    |                     |                       |                         |

S.O. : sans objet

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DE L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT SELON LA GRILLE D'ANALYSE  
CASP FOR QUALITATIVE RESEARCH [57]**

| Question                                                | Auteur, année | Hörlin, 2026<br>[97] |
|---------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
|                                                         |               |                      |
| 1 – Objectifs clairs                                    |               | ✓                    |
| 2 – Méthodologie appropriée                             |               | ✓                    |
| 3 – Devis approprié                                     |               | ✓                    |
| 4 – Stratégie de recrutement adéquate                   |               | ✓                    |
| 5 – Processus de collecte des données                   |               | ✓                    |
| 6 – Relation entre chercheur et participants considérée |               |                      |
| 7 – Considérations éthiques                             |               | ✓                    |
| 8 – Analyse rigoureuse des données                      |               | ✓                    |
| 9 – Explication claire des résultats                    |               | ✓                    |
| 10 – Valeur de la recherche                             |               | ✓                    |

## **ANNEXE 8. DOCUMENTS EXCLUS SUR LA BASE DU TEXTE ENTIER AU COURS DU PROCESSUS DE SÉLECTION ET MOTIFS D'EXCLUSION (N = 317)**

### **Autre intervention (n = 124)**

Afilalo J, Mottillo S, Xue X, Colacone A, Morais JA, Delaney JS, et al. Frailty and adverse outcomes in older adults being discharged from the emergency department: A prospective cohort study. *CJEM*. 2020;22(1):65-73.

Aldeen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(9):1781-5.

Alshibani A, Warner B, Owen RK, Mukherjee A, Gilbert T, Conroy S. The Hospital Frailty Risk Score (HFRS) applied to primary data: protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(10):e065499.

Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39(3):238-47.

Aprahamian I, Arico de Almeida GV, de Vasconcellos Romanin CF, Gomes Caldas T, Antunes Yoshitake NT, Bataglini L, et al. Frailty Could Predict Death in Older Adults after Admission at Emergency Department? A 6-month Prospective Study from a Middle-Income Country. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(7):641-7.

Arendts G, Fitzhardinge S, Pronk K, Hutton M. Outcomes in older patients requiring comprehensive allied health care prior to discharge from the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2013;25(2):127-31.

Arendts G, Leyte N, Dumas S, Ahamed S, Khokulan V, Wahbi O, et al. Efficiency gains from a standardised approach to older people presenting to the emergency department after a fall. *Aust Health Rev*. 2020;44(4):576-81.

Arjan K, Forni LG, Venn RM, Hunt D, Hodgson LE. Clinical decision-making in older adults following emergency admission to hospital. Derivation and validation of a risk stratification score: OPERA. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248477.

Bahrman A, Benner L, Christ M, Bertsch T, Sieber CC, Katus H, et al. The Charlson Comorbidity and Barthel Index predict length of hospital stay, mortality, cardiovascular mortality and rehospitalization in unselected older patients admitted to the emergency department. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(9):1233-42.

Basic D, Conforti DA. A prospective, randomised controlled trial of an aged care nurse intervention within the Emergency Department. *Aust Health Rev*. 2005;29(1):51-9.

Basic D, Shanley C. Frailty in an older inpatient population: using the clinical frailty scale to predict patient outcomes. *J Aging Health*. 2015;27(4):670-85.

Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med*. 2007;49(2):234-40.

Beauchet O, Launay CP, Fantino B, Lerolle N, Maunoury F, Annweiler C. Screening for elderly patients admitted to the emergency department requiring specialized geriatric care. *J Emerg Med*. 2013;45(5):739-45.

Beauchet O, Lubov J, Galery K, Afilalo M, Launay CP. Emergency room evaluation and recommendations for older emergency department users: results of the ER(2) experimental study. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(5):921-9.

Berning MJ, Oliveira JESL, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, et al. Interventions to improve older adults' Emergency Department patient experience: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38(6):1257-69.

Bischoff-Ferrari HA, Gagesch M, Tsai DH, Richter C, Lanz P, Sidler P, et al. Validation of the ICEBERG emergency room screening tool for early identification of older patients with geriatric consultation needs. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1240082.

Blazquez-Andion M, Montiel-Dacosta JA, Rizzi-Bordigoni M, Acosta-Mejuto B, Moline-Pareja A, Ris-Romeu J, et al. Frailty and mortality: Utility of Frail-VIG index in ED short-stay units for older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;115:105208.

- Blomaard LC, de Groot B, Lucke JA, de Gelder J, Booijen AM, Gussekloo J, et al. Implementation of the acutely presenting older patient (APOP) screening program in routine emergency department care : A before-after study. *Z Gerontol Geriatr*. 2021;54(2):113-21.
- Blomaard LC, Mooijaart SP, Bolt S, Lucke JA, de Gelder J, Booijen AM, et al. Feasibility and acceptability of the 'Acutely Presenting Older Patient' screener in routine emergency department care. *Age Ageing*. 2020;49(6):1034-41.
- Blomaard LC, Mooijaart SP, van Meer LJ, Leander J, Lucke JA, de Gelder J, et al. Geriatric screening, fall characteristics and 3- and 12 months adverse outcomes in older patients visiting the emergency department with a fall. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29(1):43.
- Blomaard LC, Olthof M, Meuleman Y, de Groot B, Gussekloo J, Mooijaart SP. Experiences with and attitudes towards geriatric screening among older emergency department patients: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):198.
- Bodilsen AC, Klausen HH, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Jorgensen LM, et al. Prediction of Mobility Limitations after Hospitalization in Older Medical Patients by Simple Measures of Physical Performance Obtained at Admission to the Emergency Department. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154350.
- Boucher V, Lamontagne ME, Lee J, Carmichael PH, Dery J, Emond M. Acceptability of older patients' self-assessment in the Emergency Department (ACCEPTED)-a randomised cross-over pilot trial. *Age Ageing*. 2019;48(6):875-80.
- Boucher V, Lamontagne ME, Lee J, Emond M. Self-assessment of functional status in older emergency department patients: a cross-over randomized pilot trial. *CJEM*. 2021;23(3):337-41.
- Bourriquen M, Couderc AL, Bretelle F, Villani P. Effect of frailty on unplanned readmission in older adults: A systematic review. *J Epidemiol Popul Health*. 2024;72(5):202774.
- Bourriquen M, Delalande G, Couderc AL, Persico N, Berbis J, Paganelli F, et al. [Tagravpa: Help table and grid for identifying the risk of aggravation and early rehospitalization of elderly persons 75 years and older referred to emergency departments and/or hospitalized in care units]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2023;21(2):203-13.
- Boyd M, Koziol-McLain J, Yates K, Kerse N, McLean C, Pilcher C, et al. Emergency department case-finding for high-risk older adults: the Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT). *Acad Emerg Med*. 2008;15(7):598-606.
- Bruun IH, Maribo T, Mogensen CB, Schiottz-Christensen B, Norgaard B. Predicting Persistent Reduced Physical Performance in Adults 65+ in Emergency Departments: A Temporal Validation. *J Geriatr Phys Ther*. 2025;48(1):14-23.
- Bullard MJ, Melady D, Emond M, members of the CNwg, Musgrave E, Unger B, et al. Guidance when Applying the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) to the Geriatric Patient: Executive Summary. *CJEM*. 2017;19(S2):S28-S37.
- Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM*. 2017;19(S2):S18-S27.
- Calf AH, Lubbers S, van den Berg AA, van den Berg E, Jansen CJ, van Munster BC, et al. Clinical impression for identification of vulnerable older patients in the emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2020;27(2):137-41.
- Cande C, Sebbane M, Bobbia X, Claret PG, Le Guillou C, Tchalla A, et al. [Risk factors of readmission into emergency department in patients aged 75 or older: a systematic review]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2021;19(3):253-60.
- Carpenter CR, Avidan MS, Wildes T, Stark S, Fowler SA, Lo AX. Predicting geriatric falls following an episode of emergency department care: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2014;21(10):1069-82.
- Carroll I, Leahy A, Connor MO, Cunningham N, Corey G, Delaney D, et al. A frailty census of older adults in the emergency department and acute inpatient settings of a model 4 hospital in the Mid-West of Ireland. *Ir J Med Sci*. 2024;193(6):3029-38.
- Çelik S, Uğur N, Karahan E, Dolu İ. Fall risk and frailty level in older adults admitted to the emergency department with a complaint of falling. *Eur Journal Clin Exp Med*. 2023; 21(4):793-801.
- Chakroun-Walha O, Walha A, Bradai H, Nasri A, Karray R, Jerbi M, et al. Frailty screening of Tunisian older adults: feasibility and usefulness in the Emergency Department. *Afr J Emerg Med*. 2020;10(4):229-33.
- Charpigny M, Patry C, Bourgogne I, Gonzalez J, Courtois-Amiot P, Laurent L. Implantation d'une IPA de l'EMG au service d'accueil des urgences. *Soins Gériatologie*. 2023; 161:16-9.

- Checa-Lopez M, Rodriguez-Laso A, Carnicero JA, Solano-Jaurrieta JJ, Saavedra Obermans O, Sinclair A, et al. Differential utility of various frailty diagnostic tools in non-geriatric hospital departments of several countries: A longitudinal study. *Eur J Clin Invest*. 2023;53(7):e13979.
- Chong E, Bao M, Goh EF, Lim WS. SARC-F at the Emergency Department: Diagnostic Performance for Frailty and Predictive Performance for Reattendances and Acute Hospitalizations. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(9):1084-9.
- Chong E, Goh EF, Lim WS. Functional Dependency as a Marker for Positive SARC-F Screen among Older Persons at the Emergency Department. *Ann Geriatr Med Res*. 2024;28(4):401-9.
- Cinkowski C, Yefimova M, Suffoletto B. Development of the geriatric risk assessment in the ED (GRAED) tool to predict decline after emergency department (ED) visit. *J Am Geriatr Soc*. 2024; 72(5):1536-8.
- Cohen I, Curiati PK, Morinaga CV, Han L, Gandhi T, Araujo K, et al. The PRO-AGE Tool and Its Association With Post Discharge Outcomes in Older Adults Admitted From the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. 2025; 73(5):1419-28.
- Conroy S, Brailsford S, Burton C, England T, Lalseta J, Martin G, et al. Identifying models of care to improve outcomes for older people with urgent care needs: a mixed methods approach to develop a system dynamics model. *Health Soc Care Deliv Res*. 2023;11(14):1-183.
- Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Ageing*. 2014;43(1):109-14.
- Conroy T, Heuzenroeder L, Feo R. In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(7):414-30.
- de Gelder J, Lucke JA, Blomaard LC, Booijen AM, Fogteloo AJ, Anten S, et al. Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospectif cohorts. *Exp Gerontol*. 2018;110:253-9.
- Deasey D, Kable A, Jeong S. Results of a national survey of Australian nurses' practice caring for older people in an emergency department. *J Clin Nurs*. 2016; 25(19-20):3049-57.
- Devriendt E, De Brauwier I, Vandersaenen L, Heeren P, Conroy S, Boland B, et al. Geriatric support in the emergency department: a national survey in Belgium. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):68.
- Devriendt E, Deschodt M, Delaere M, Flamaing J, Sabbe M, Milisen K. Does the get up and go test improve predictive accuracy of the Triage Risk Screening Tool or Rowland questionnaire in older patients admitted to the emergency department? *Eur J Emerg Med*. 2018;25(1):46-52.
- Di Bari M, Giordano A, Tonarelli F, Carreras G, Grifoni S, Benvenuti E, et al. Estimating Prognosis and Frailty in Persons Aged  $\geq 75$  Years in the Emergency Department: Further Validation of Dynamic Silver Code. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(1):87-91.
- Dresden SM, Lo AX, Lindquist LA, Kocherginsky M, Post LA, French DD, et al. The impact of Geriatric Emergency Department Innovations (GEDI) on health services use, health related quality of life, and costs: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2020; 97:106125.
- Dundar ZD, Ergin M, Karamercan MA, Ayranci K, Colak T, Tuncar A, et al. Modified Early Warning Score and VitalPac Early Warning Score in geriatric patients admitted to emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2016;23(6):406-12.
- Dunnion ME, Kelly B. From the emergency department to home. *J Clin Nurs*. 2005; 14(6):776-85.
- Eagleton G, Guven R, Thorsteinsdottir T, Mirkes E, van Oppen JD, European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine c. Concordance with routine Clinical Frailty Scale screening in the frailty in European emergency departments (FEED) study. *Int Emerg Nurs*. 2025;78:101565.
- Ebrahimi Z, Eklund K, Dahlin-Ivanoff S, Jakobsson A, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail elders' self-rated health, experiences of security/safety and symptoms: A randomised controlled trial. *Nord J Nurs Res*. 2016; 37(1):33-43.
- Eckart A, Hauser SI, Haubitz S, Struja T, Kutz A, Koch D, et al. Validation of the hospital frailty risk score in a tertiary care hospital in Switzerland: results of a prospective, observational study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e026923.

- Eklund K, Wilhelmson K, Gustafson H, Landhal S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial; "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr*. 2013;13:76.
- El-Hayeck R, Baddoura R, Fadel P. Profil Gériatrique Selon l'Instrument Identification Systématique des Aînés à Risque (ISAR) au Service des Urgences d'un Centre Hospitalier Universitaire. *Lebanese Med J*. 2015; 63(4):191-7.
- Engelhardt KE, Reuter Q, Liu J, Bean JF, Barnum J, Shapiro MB, et al. Frailty screening and a frailty pathway decrease length of stay, loss of independence, and 30-day readmission rates in frail geriatric trauma and emergency general surgery patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;85(1):167-73.
- Espinoza Suarez NR, Walker LE, Jeffery MM, Stanich JA, Campbell RL, Lohse CM, et al. Validation of the Elderly Risk Assessment Index in the Emergency Department. *Am J Emerg Med*. 2020;38(7):1441-5.
- Fallon A, Kilbane L, Briggs R, Dyer A, Nabeel S, McElwaine P, et al. Screening for frailty in older emergency department patients: the utility of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe Frailty Instrument. *QJM*. 2018;111(3):151-4.
- Fan J, Worster A, Fernandes CM. Predictive validity of the triage risk screening tool for elderly patients in a Canadian emergency department. *Am J Emerg Med*. 2006;24(5):540-4.
- Fan L, Lukin W, Zhao J, Sun J, Hou XY. Interventions targeting the elderly population to reduce emergency department utilisation: a literature review. *Emerg Med J*. 2015;32(9):738-43.
- Fealy G, McCarron M, O'Neill D, McCallion P, Clarke M, Small V, et al. Effectiveness of gerontologically informed nursing assessment and referral interventions for older persons attending the emergency department: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009;65(5):934-5.
- Fernandez-Montalban P, Martinez-Flores S, Mir-Montero M, Arribas Lopez JR, Bibiano-Guillen C, Branas F. Impact of a geriatric intervention based on the Comprehensive Geriatrics Assessment on avoidable admissions in older patients at risk evaluated in the Emergency Department. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2024;59(5):101512.
- Foo CL, Siu VW, Ang H, Phuah MW, Ooi CK. Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2014;14:98.
- Foo CL, Siu VW, Tan TL, Ding YY, Seow E. Geriatric assessment and intervention in an emergency department observation unit reduced re-attendance and hospitalisation rates. *Australas J Ageing*. 2012;31(1):40-6.
- Fox GWC, Rodriguez S, Rivera-Reyes L, Loo G, Hazan A, Hwang U. PROMIS Physical Function 10-Item Short Form for Older Adults in an Emergency Setting. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75(7):1418-23.
- Fox J, Pattison T, Wallace J, Pradhan S, Gaillemine O, Feilding E, et al. Geriatricians at the front door: The value of early comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Eur Ger Med*. 2016;7(4):383-5.
- Gaffney L, Jonsson A, Judge C, Costello M, O'Donnell J, O'Caoimh R. Using the "Surprise Question" to Predict Frailty and Healthcare Outcomes among Older Adults Attending the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(3).
- Garcia-Pérez D, Vena-Martínez A, Robles-Perea L, Roselló-Padullés T, Espauella-Panicot J, Arnau A. Prognostic Value of a New Tool (the 3D/3D+) for Predicting 30-Day Mortality in Emergency Department Patients Aged 75 Years and Older. *J Clin Med*. 2023;12(20).
- Gips E, Spilsbury K, Boecker C, Ng R, Arendts G. Do frailty and comorbidity indices improve risk prediction of 28-day ED reattendance? Reanalysis of an ED discharge nomogram for older people. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(10):1401-6.
- Goldstein J, Travers A, Hubbard R, Moorhouse P, Andrew MK, Rockwood K. Assessment of older adults by emergency medical services: methodology and feasibility of a care partner Comprehensive Geriatric Assessment (CP-CGA). *CJEM*. 2014;16(5):370-7.
- Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*. 2011;23(4):244-54.
- Huang HH, Chang JC, Tseng CC, Yang YJ, Fan JS, Chen YC, et al. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department for the prediction of readmission among older patients: A 3-month follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;92:104255.
- Jay S, Whittaker P, McIntosh J, Hadden N. Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review. *Age Ageing*. 2017;46(3):366-72.

- Kajsa E, Katarina W, Sten L, Synneve ID. Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emerg Med.* 2016;16(1):27.
- Keelan R, Briggs S, Wentworth L. Comprehensive geriatric assessment in emergency Department by OPAL (Older People Assessment and Liaison) can prevent admissions. *Future Hospital J.* 2016;3(2):s26.
- Kemp K, Alakare J, Harjola VP, Strandberg T, Tolonen J, Lehtonen L, et al. National Early Warning Score 2 (NEWS2) and 3-level triage scale as risk predictors in frail older adults in the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2020;20(1):83.
- Kirk JW, Sivertsen DM, Petersen J, Nilsen P, Petersen HV. Barriers and facilitators for implementing a new screening tool in an emergency department: A qualitative study applying the Theoretical Domains Framework. *J Clin Nurs.* 2016; 25(19-20):2786-97.
- Launay CP, Galery K, Vilcocq C, Afilalo M, Beauchet O. Risk for short-term undesirable outcomes in older emergency department users: Results of the ER2 observational cohort study. *PLoS One.* 2021;16(8):e0249882.
- Leahy A, Barry L, Corey G, Whiston A, Purtill H, team S, et al. Frailty screening with comprehensive geriatrician-led multidisciplinary assessment for older adults during emergency hospital attendance in Ireland (SOLAR): a randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longev.* 2024; 5(11):100 642.
- Leahy A, McNamara R, Reddin C, Corey G, Carroll I, team S, et al. The impact of frailty Screening of Older adults with multidisciplinary assessment of those At Risk during emergency hospital attendance on the quality, safety and cost-effectiveness of care (SOLAR): a randomised controlled trial. *Trials.* 2021; 22(1):581.
- Lee JY, Oh SH, Peck EH, Lee JM, Park KN, Kim SH, et al. The validity of the Canadian Triage and Acuity Scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19:68.
- Liew CQ, Chen YC, Sung CW, Ko CH, Ku NW, Huang CH, et al. A novel scale for triage assessment of frailty in the emergency department (ED-FraS): a prospective videotaped study. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):137.
- Lin JW, Lin PY, Wang TY, Chen YJ, Yen DH, Huang HH. The Association Between Frailty Evaluated by Clinical Frailty Scale and Mortality of Older Patients in the Emergency Department: A Prospective Cohort Study. *Clin Interv Aging.* 2024;19:1383-92.
- Liu H, Shang N, Chhetri JK, Liu L, Guo W, Li P, et al. A Frailty Screening Questionnaire (FSQ) to Rapidly Predict Negative Health Outcomes of Older Adults in Emergency Care Settings. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(6):627-33.
- Malik M, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Nugent LE. The impact of geriatric focused nurse assessment and intervention in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2018;37:52-60.
- McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med.* 2000;7(3):249-59.
- McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E. Rapid Two-stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. *Acad Emerg Med.* 2008;10(3):233-43.
- McCusker J, Jacobs P, Dendukuri N, Latimer E, Tousignant P, Verdon J. Cost-effectiveness of a brief two-stage emergency department intervention for high-risk elders: results of a quasi-randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2003;41(1):45-56.
- McCusker J, Minh Vu TT, Veillette N, Cossette S, Vadeboncoeur A, Ciampi A, et al. Elder-Friendly Emergency Department: Development and Validation of a Quality Assessment Tool. *J Am Geriatr Soc.* 2018; 66(2):394-400.
- McCusker J, Verdon J, Tousignant P, de Courval LP, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1272-81.
- Michalski-Monnerat C, Carron PN, Nguyen S, Bula C, Mabire C. Assessing Older Patients' Vulnerability in the Emergency Department: A Study of InterRAI ED Screener Accuracy. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 68(12):2914-20.
- Moss JE, Flower CL, Houghton LM, Moss DL, Nielsen DA, Taylor DM. A multidisciplinary Care Coordination Team improves emergency department discharge planning practice. *Med J Aust.* 2002;177(8):435-9.
- Mowbray F, Brousseau AA, Mercier E, Melady D, Emond M, Costa AP. Examining the relationship between triage acuity and frailty to inform the care of older emergency department patients: Findings from a large Canadian multisite cohort study. *CJEM.* 2020;22(1):74-81.

- Mowbray FI, Heckman G, Hirdes JP, Costa AP, Beauchet O, Eagles D, et al. Examining the utility and accuracy of the interRAI Emergency Department Screener in identifying high-risk older emergency department patients: A Canadian multiprovince prospective cohort study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2023;4(1):e12876.
- Muniz de Assis E, Tavares de Lucena KD, da Silva Luz N, de Souza Chaves Deininger L, Pedrosa AK, Torres Oliveira EC. The use of broad geriatric evaluation by nurses from an emergency hospital. *J Nurs*. 2016;10(2):4481-6.
- Ng CJ, Chien LT, Huang CH, Chaou CH, Gao SY, Chiu SY, et al. Integrating the clinical frailty scale with emergency department triage systems for elder patients: A prospective study. *Am J Emerg Med*. 2023;66:16-21.
- O'Shaughnessy I, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Steed F, Ryan D, et al. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department: A protocol for a prospective cohort study. *HRB Open Res*. 2022; 5:26.
- Parke B, McCusker J. Consensus-based policy recommendations for geriatric emergency care. *IJHCQA*. 2007;21(4):385-95.
- Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD001255.
- Patrizio E, Bergamaschini LC, Cesari M. Developing a Frailty Index from routinely collected data in the Emergency Department among of hospitalized patients. *Eur Geriatr Med*. 2019;10(5):727-32.
- Pham KD, Lim FA. The Impact of Geriatric-Specific Triage Tools Among Older Adults in the Emergency Department. *Crit Care Nurs Q*. 2020; 43(1):39-57.
- Pilotto A, Aprile PL, Veronese N, Lacorte E, Morganti W, Custodero C, et al. The Italian guideline on comprehensive geriatric assessment (CGA) for the older persons: a collaborative work of 25 Italian Scientific Societies and the National Institute of Health. *Aging Clin Exp Res*. 2024;36(1):121.
- Preston L, Chambers D, Campbell F, Cantrell A, Turner J, Goyder E. What evidence is there for the identification and management of frail older people in the emergency department? A systematic mapping review. *Health Services and Delivery Research*. Southampton (UK)2018.
- Puig Campmany M, Ris Romeu J, Blazquez Andion M, Benito Vales S. Development of a comprehensive, multidisciplinary program of care for frailty in an emergency department. *Eur Geriatr Med*. 2019;10(1):37-46.
- Schonstein A, Wahl HW, Katus HA, Bahrmann A. SPMSQ for risk stratification of older patients in the emergency department : An exploratory prospective cohort study. *Z Gerontol Geriatr*. 2019;52(Suppl 4):222-8.
- Sepehri K, Braley MS, Chinda B, Zou M, Tang B, Park G, et al. A Computerized Frailty Assessment Tool at Points-of-Care: Development of a Standalone Electronic Comprehensive Geriatric Assessment/Frailty Index (eFI-CGA). *Front Public Health*. 2020; 8:89.
- Sert ET, Kokulu K, Mutlu H, Yortanli BC. Effects of Clinical Frailty Scale Score on Adverse Outcomes and Length of Emergency Department Stay Before Intensive Care Unit Admission. *J Emerg Med*. 2024;66(1):e10-e9.
- Snijders BMG, Emmelot-Vonk MH, Souwer ETD, Kaasjager HAH, van den Bos F. Prognostic value of screening instrument based on the Dutch national VMS guidelines for older patients in the emergency department. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(1):143-50.
- Sternberg SA, Bentur N, Abrams C, Spalter T, Karpati T, Lemberger J, et al. Identifying Frail Older People Using Predictive Modeling. *AJMC*. 2012;18(10):e392-e7.
- Stiffler KA, Finley A, Midha S, Wilber ST. Frailty assessment in the emergency department. *J Emerg Med*. 2013;45(2):291-8.
- Supatanakij P, Imok K, Suttapanit K. Screening Tool Risk Score Assessment in the Emergency Department for Geriatric (S-TRIAGE) in 28-day mortality. *Int J Emerg Med*. 2023;16(1):60.
- Taylor A, Broadbent M, Gurung A, Wallis M. The development of a modified comprehensive geriatric assessment for use in the emergency department using a RAND/UCLA appropriateness method. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:100847.
- Taylor A, Broadbent M, Wallis M, Marsden E. The predictive validity of the interRAI ED screener for predicting re-presentation within 28 days for older adults at a regional hospital emergency department. *Australas Emerg Care*. 2019;22(3):149-55.

Taylor JK, Gallemin OS, Pearl AJ, Murphy S, Fox J. Embedding comprehensive geriatric assessment in the emergency assessment unit: the impact of the COPE zone. *Clin Med (Lond)*. 2016; 16(1):19-24.

van Oppen JD, Alshibani A, Coats TJ, Graham B, Holch P, Lalseta J, et al. A systematic review and recommendations for prom instruments for older people with frailty in emergency care. *J Patient Rep Outcomes*. 2022; 6(1):30.

Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2004;17(6):339-48.

Yildirim O, Sahin A, Tatar SD, Gok MY, Avci A, Seven SY. Comparison of Manchester, qSOFA, emergency severity index, and national early warning scores for prognostic estimation and effective triage system in geriatric patients. *Ir J Med Sci*. 2024;193(4):2051-9.

Zaboli A, Sibilio S, Magnarelli G, Pfeifer N, Brigo F, Turcato G. Development and validation of a nomogram for assessing comorbidity and frailty in triage: a multicentre observational study. *Intern Emerg Med*. 2024;19(8):2249-58.

Zhang W, Zhang M, Yang P, Zhou W, Zheng J, Zhang Y. The reliability and validity of triage tools in geriatric emergency departments: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2024;77:101509.

Zulfiqar AA, Dembele IA. Concordance in mSEGA Tool to Frailty Diagnosis between Medical Doctors and Nurses. *Medicines (Basel)*. 2021;8(11).

Zulfiqar AA, Fresne M, Andres E. Assessing the Efficacy of the Modified SEGA Frailty (mSEGA) Screening Tool in Predicting 12-Month Morbidity and Mortality among Elderly Emergency Department Visitors. *J Clin Med*. 2023;12(22).

### **Autre devis (n = 112)**

3-level Triage Assessment and National Early Warning Score as Predictor for Mortality, Hospital Admission and ED Readmission for Older Frailty Patients in the ED [Internet]. 2018. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03783234>.

36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine : Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. *Crit Care*. 2016; 20(Suppl 2):94.

Adams JG, Gerson LW. A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. *Acad Emerg Med*. 2008;10(3):271-4.

Adedokun C, McNamara R, O'Herlihy N. 152 Implementation of Older Persons Rapid Assessment Hub (OPRAH) in the Emergency Department (ED). *Age Ageing*. 2019; 48(Supplement\_3):iii17-iii65.

Aim JL. Le patient âgé aux urgences, enjeux de l'évaluation à l'accueil. *Soins Gériatrie*. 2013; 102:25-8.

Alshibani A, Coats T, Maynou L, Lecky F, Banerjee J, Conroy S. A comparison between the clinical frailty scale and the hospital frailty risk score to risk stratify older people with emergency care needs. *BMC Emerg Med*. 2022;22(1):171.

Annual meeting of the American Geriatric Society. *J Am Ger Soc*. 2021; 69(S1).

Arendts G. Response to Outcomes in older patients requiring comprehensive allied health care prior to discharge from the emergency department: Reply. *Emerg Med Australas*. 2013;25(3):285.

Arendts G. How comprehensive is comprehensive enough? Emergency Department assessment of older people. *Age Ageing*. 2017;46(3):340-1.

Arendts G, Burkett E, Hullick C, Carpenter CR, Nagaraj G, Visvanathan R. Frailty, thy name is. *Emerg Med Australas*. 2017;29(6):712-6.

Argento V, Calder G, Ferrigno R, Skudlarska B. Geriatric Emergency Medicine Service: A Novel Approach to an Emerging Trend. *Connect Med*. 2014;78(6):339-43.

Ashman JJ, Schappert SM, Santo L. Emergency Department Visits Among Adults Aged 60 and Over: United States, 2014–2017. *NCHS Data Brief*. 2020; 367.

Asomaning N, Loftus C. Identification of seniors at risk (ISAR) screening tool in the emergency department: implementation using the plan-do-study-act model and validation results. *J Emerg Nurs*. 2014;40(4):357-64 e1.

Atkins CGK, Das S. A Critique of the Use of the Clinical Frailty Scale in Triage. *Am J Bioeth*. 2021;21(11):67-8.

Barrett DL, Secic M, Borowske D. THE GATEKEEPER PROGRAM: Proactive Identification and Case Management of At-Risk Older Adults Prevents Nursing Home Placement, Saving Healthcare Dollars a Program Evaluation. 2010;28(3):191-7.

Barton L, Nelson M, Strudwick K, Scholes C. The Clinical Frailty Scale offers little utility as part of a prediction model for community-dwelling older fallers at risk of re-presenting to the emergency department. *Australas Emerg Care*. 2025;28(2):110-5.

Basic D, Conforti D, Rowland J. Standardised assessment of older patients by a nurse in an emergency department. *Aust Health Rev*. 2002;25(4):50-8.

Baxter CT, Offord NJ. Frailty on the acute medical take. *Clin Med (Lond)*. 2022;22(4):298-301.

Birch D, Stokoe D. 12 \* Introducing Comprehensive Geriatric Assessment to the Medical Emergency Assessment Unit. *Age Ageing*. 2014;43(suppl 1):i3-i.

Blakemore S. Emergency frailty unit helps get patients home quicker. *Nurs Older People*. 2012;24(2):6-7.

Blomaard LC, Speksnijder C, Lucke JA, de Gelder J, Anten S, Schuit SCE, et al. Geriatric Screening, Triage Urgency, and 30-Day Mortality in Older Emergency Department Patients. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68(8):1755-62.

Bolanos M, Villalobos X, Huang A. The use of the ISAR screening tool in San Jose, Costa Rica. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58:28.

Booth D. Geriatric care in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(6):528.

Boreskie KF, Hay JL, Boreskie PE, Arora RC, Duhamel TA. Frailty-aware care: giving value to frailty assessment across different healthcare settings. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):13.

Boreskie PE, Boreskie KF. Frailty-aware Care in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2025;43(2):199-210.

Bouget J, Carpentier F, Kopferschmitt J, Lambert H, Lebrin P, Rusterholtz T, et al. Management of elderly patients aged 75 years and over in emergency departments. *La Presse Médicale*. 2004; 29:151-9.

Braikia L, Andrey D, Mangeot M, Blondelet I. L'unité post-urgences et orientation gériatrique. *Soins Gériatrie*. 2013; 102:29-32.

Brooks D. Meet the needs of aging patients with a senior-friendly ED. *ED manag*. 2011;23(8):85-96.

Brousseau AA, Dent E, Hubbard R, Melady D, Emond M, Mercier E, et al. Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study. *Age Ageing*. 2018;47(2):242-8.

Bruce SS, Saunders D, Mallouppa E. 699 Embedding a Frailty Team and Unit into Wythenshawe Hospital's Emergency Department. *Age Ageing*. 2022;51(Supplement\_1).

Budihal D, Andrews S, Settle S, Alexander H, Haslam S. 969 Acute Frailty Model: A District General Hospital Experience of Delivering Comprehensive Geriatric Assessment. *Age Ageing*. 2022;51(Supplement\_2).

Burton JH, Young J, Bernier CA. The Geriatric ED: Structure, Patient Care, and Considerations for the Emergency Department Geriatric Unit. *Int J Geront*. 2014;8(2):56-9.

Cabillic S, Dang VM, Ricard C, Picot F, Ageron FX, Couturier P. [Quality of care provided to elderly fallers in the emergency room]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013;11(4):351-60.

Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(9):1417-23.

Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, et al. Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *Ann Emerg Med*. 2014;63(5):e1-3.

Center dedicated to patients over age 65. *Hosp Case Manag*. 2010;18(6):88-90.

Chen LK. Frailty assessment and management in the emergency department. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022;103:104805.

Choi Y, Chung HS, Lim JY, Kim K, Choi YH, Lee DH, et al. Prognostic value of frailty across age groups in emergency department patients aged 65 and above. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):445.

Chong E, Tham A, Chew J, Lim WS, Tan HN, Ang H, et al. Brief Aids to Guide Clinical Frailty Scale Scoring at the Front Door of Acute Hospitals. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(5):1116-7 e2.

Chong E, Zhu B, Ng SHX, Tan H, Goh EF, Molina JC, et al. Emergency department interventions for frailty (EDIFY): improving functional outcomes in older persons at the emergency department through a multicomponent frailty intervention. *Age Ageing*. 2022;51(2).

Commission set up to improve urgent care for older people. *Emerg Nurse*. 2015;23(1):6.

Conroy S. Emergency room geriatric assessment--urgent, important or both? *Age Ageing*. 2008;37(6):612-3.

Conroy S, Chikura G. Emergency care for frail older people-urgent AND important-but what works? *Age Ageing*. 2015;44(5):724-5.

Conroy S, Thompson D, Griffiths S, Tite M, Guest J, Rumley-Buss A, et al. Improving acute care for older people at scale - the Acute Frailty Network. *Acute Medicine*. 2016;15(4):185-92.

Crouch R. The older person in the emergency department: seeing beyond the frailty. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(4):191-2.

Dawood M, Dobson A, Barnejee J. Treatment of older people in emergency departments. *Emerg Nurse*. 2011;19(7):18-9.

Di Prazza A, Canino B, Barbagallo M, Veronese N. The importance of prognosis in geriatric patients attending the emergency department: a comparison between two common short geriatric assessment tools. *Aging Clin Exp Res*. 2023;35(12):3041-6.

Dresden SM, Platts-Mills TF, Kandasamy D, Walden L, Betz ME. Patient Versus Physician Perceptions of Frailty : A Comparison of Clinical Frailty Scale Scores of Older Adults in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2019;26(9):1089-92.

Dunnell L, Shrestha A, Li E, Khan Z, Hashemi N. 81 Integrating A Front Door Frailty Service in the Emergency Department: Results of A Pilot Study. *Age Ageing*. 2021;50(Supplement\_1):i12-i42.

EDs are using 'GEMS' to improve elder care. *ED Manag*. 2008;20(12):138-9.

Elliott A, Taub N, Banerjee J, Aijaz F, Jones W, Teece L, et al. Does the Clinical Frailty Scale at Triage Predict Outcomes From Emergency Care for Older People? *Ann Emerg Med*. 2021;77(6):620-7.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2033-43.

Emergency care for older people 'needs improving'. *Nurs Older People*. 2004;16(3):4.

Emergency department managers warned of 'catastrophic' crowding due to elderly. *ED manag*. 2008;20(2):13-5.

Emergency Room Evaluation for Older Users of Emergency Departments: Predicting Adverse Health Outcomes With Deep Learning Algorithms [Internet]. 2020. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04678986>.

European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine c. Prevalence of Frailty in European Emergency Departments (FEED): an international flash mob study. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(2):463-70.

Feasibility and Acceptability of the Clinical Frailty Scale in a Swedish Emergency Department Setting [Internet]. 2021. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04931472>.

Fehlmann CA, Nickel CH, Cino E, Al-Najjar Z, Langlois N, Eagles D. Frailty assessment in emergency medicine using the Clinical Frailty Scale: a scoping review. *Intern Emerg Med*. 2022;17(8):2407-18.

Fernández-Alonso C, Martín-Sánchez FJ. Geriatric assessment in frail older patients in the emergency department. *Rev Clin Geront*. 2013;23(4):275-82.

Figeys M, Ahmed N, Evans J. Examining the use of geriatric assessment teams and comprehensive geriatric assessment in emergency departments. *Can J Emerg Nurs*. 2017;40(2):32-6.

Frailty Screening in the Swedish Emergency Department Setting [Internet]. 2021. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04877028>.

Freeman G. Geriatric-Friendly EDs Improve Quality, Outcomes and Satisfaction. *Hospital Peer Review*. 2017.

Frumkin K. Toppling Oranges: Death, Disability, Decline, and Readmission of Community-Dwelling Elderly Patients After an Emergency Department Visit. *J Emerg Med*. 2020;58(2):339-45.

Geriatric Assessment and Intervention for Older Patients With Frailty in the Emergency Department. Randomized Controlled Trial [Internet]. 2018. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03751319>.

Gobbens RJ, Schols JM, van Assen MA. Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1739-52.

Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel JP, Zekry D, et al. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department: Comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly*. 2012;142(1).

Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel JP, Zekry D, et al. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department. *Swiss Med Wkly*. 2012;141:w13327.

Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58(10):2032-3.

Harding S. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Age Ageing*. 2020;49(6):936-8.

Hospitals Revamping EDs to Serve Elderly. *Hosp Peer Rev*. 2017; 42(1):4-5.

Hothi H, Paolone AR, Pezeshki M, Griffith LE, Kennedy CC, Leong DP, et al. The Implementation of Frailty Assessment Tools in the Acute Care Setting: A Scoping Review. *J Am Geriatr Soc*. 2025; 73(8):2571-8.

Hsu CW, Lee CW, Hsu SC, Huang WC, Hsu YP, Chi MJ. Improvement of the Identification of Seniors at Risk scale for predicting adverse health outcomes of elderly patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2023;68:101274.

Hullick CJ, McNamara R, Ellis B. Silver Book II: an international framework for urgent care of older people in the first 72 hours from illness or injury. *Age Ageing*. 2021;50(4):1081-3.

Hung KKC, Leung LY, Walline J, Graham CA. Can qSOFA Perform Better If Combined With Frailty Measures in Elderly Patients? *Chest*. 2020;157(1):231.

The Impact of Frailty Screening of Older Adults With multidisciplinary Assessment of Those At Risk During Emergency Hospital Attendance on the Quality, Safety and Cost-effectiveness of Care (SOLAR): a Randomised Controlled Trial [Internet]. 2020. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04629690>.

Kollu K, Kizilarslanoglu MC. Comment on : PRISMA-7 is a predictor of intensive care unit admission and mortality in older patients in an emergency department. *Geriatr Gerontol Int*. 2025;25(4):639.

Lancet O. Recalibrating emergency care in the UK. *Lancet Oncol*. 2015;16(2):117.

Leahy A, Corey G, O'Neill A, Higginbotham O, Devlin C, Barry L, et al. 1081 a Comparison of the Isar Tool and the Clinical Frailty Scale to Predict Mortality and Ed Reattendance in a Cohort of Ed Attender. *Age Ageing*. 2022;51(Supplement\_2).

Leung D. Embedding comprehensive geriatric assessment in the emergency assessment unit: the impact of the COPE zone. Royal College of Physicians. 2016.

Livingstone-Young M. Frailty and a Snapshot Audit in the Emergency Department: A Focus on Early Identification and Intervention. *Emergency Nurse NZ Journal*. 2025;25(01):9-10.

Loss of Independence (LOI) - a Rapid Alternative to Frailty Screening in a Swedish Emergency Department Setting [Internet]. 2021. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04888884>.

Lozano Y-D, Templeman J, Gupta R. Frailty Assessment for Wound Healing in a Nonagenarian. *J Am Geriatr Soc*. 2025; 73 Suppl 1:S1-S450.

McNamara R, van Oppen JD, Conroy SP. Frailty same day emergency care (SDEC): a novel service model or an unhelpful distraction? *Age Ageing*. 2024;53(4).

Moloney E, Sezgin D, O'Donovan M, Adja KYC, McGrath K, Liew A, et al. The Diagnostic Accuracy and Clinimetric Properties of Screening Instruments to Identify Frail Older Adults Attending Emergency Departments: A Protocol for a Mixed Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(3).

Mooijaart SP, Carpenter CR, Conroy SP. Geriatric emergency medicine-a model for frailty friendly healthcare. *Age Ageing*. 2022;51(3).

Murphy A, Briggs S. 46 The Accuracy of Frailty Scoring and Uptake of Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) In Patients Living with Frailty Admitted Through the Emergency Department (ED) In Wythenshawe Hospital. *Age Ageing*. 2020;49(Supplement\_1):i11-i3.

Naunheim R, Covassin T, Jacquin A, Hanley D, Michelson E. Using a brain electrical activity biomarker could aid in the objective identification of mild Traumatic Brain Injury patients. *Am J Emerg Med*. 2018;36(1):142-3.

New guidelines for geriatric EDs: Guidance focused on boosting environment, care processes. *ED manag*. 2014.

Parsopoulou Walker K, Alegre Rosiles AB, Smith C, Errouane B, Damak H. [Assessment of frailty in the elderly and use of geriatric scores in emergencies]. *Rev Med Suisse*. 2023; 19(837):1448-51.

Pattinson J, Kearney F, Azad M, Gladman J, Pitchford R, Ali A. Acute frailty assessment area within the emergency department: a pilot project. *Future Healthcare J*. 2019;6(1):s20.

Quality Improvement Initiatives for the Care of Geriatric Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016;68(3):404.

Quinn TJ, Mooijaart SP, Gallacher K, Burton JK. Acute care assessment of older adults living with frailty. *BMJ*. 2019;364:l13.

Rainfray M, Bourdel-Marchiasson I, Dehail P, Richard-Harston S. L'évaluation gériatologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées. *Ann Med Interne*. 2002; 153(6):397-402.

Salvi F, Belluigi A, Cherubini A. Predictive validity of different modified versions of the Identification of Seniors at Risk. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(3):462-4.

Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Early identification of the geriatric profile in the emergency department: Presentation of the Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA). *Revue de Geriatrie*. 2004; 29(3):169-78.

Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al. Early identification of the geriatric profile in the emergency department: presentation of the Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA). *Revue de Gériatrie*. 2004; 29:169-78.

Serina P, Lo AX, Kocherginsky M, Gray E, Lindquist LA, Post LA, et al. The Clinical Frailty Scale and Health Services Use for Older Adults in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. 2021; 69(3):837-9.

Slankamenac K, Haberkorn G, Meyer O, Bischoff-Ferrari HA, Keller DI. Prediction of Emergency Department Re-Visits in Older Patients by the Identification of Senior at Risk (ISAR) Screening. *Geriatrics (Basel)*. 2018;3(3).

- Southerland LT, Biese K, Hwang U. Geriatric assessment in the emergency department reduces healthcare costs-So when will CMS pay for it? *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71(9):2698-700.
- Stiffler KA, Wilber ST. Frailty defined by the SHARE Frailty Instrument and adverse outcomes after an ED visit. *Am J Emerg Med.* 2016;34:2440-60.
- Thiem U, Heppner HJ, Singler K. Instruments to identify elderly patients in the emergency department in need of geriatric care. *Z Gerontol Geriatr.* 2015;48(1):4-9.
- Thorpe O, McCabe E, Herrero EM, Doyle WO, Dillon A, Edge L, et al. Scoring the Clinical Frailty Scale in the Emergency Department: The Home FIRsT Experience. *J Frailty Sarcopenia Falls.* 2022;7(2):95-100.
- Tomas CC, Oliveira E, Sousa D, Uba-Chupel M, Furtado G, Rocha C, et al. Proceedings of the 3rd IPLeia's International Health Congress : Leiria, Portugal. 6-7 May 2016. *BMC Health Serv Res.* 2016;16 Suppl 3(Suppl 3):200.
- Van Der Burgh R, Wijnen N, Visscher M, De Groot B, Lucke J. The feasibility and acceptability of frailty screening tools in the Emergency Department and the additional value of clinical judgment for frailty detection. *Eurn J Emerg Med.* 2022;29(4):301-3.
- van Oppen JD, Heeren P. Using the Clinical Frailty Scale (CFS) in geriatric emergency medicine. *Emerg Med J.* 2024;41(9):512-3.
- van Oppen JD, Suzanne M. Frailty screening in the Emergency Department: why does it matter? *Age Ageing.* 2024;53(4).
- Vassallo W, Jarman H. Frailty assessment of older patients in the emergency department. *Emerg Nurse.* 2024; 32(2):27-31.
- Wolf LA, Lo AX, Serina P, Chary A, Sri-On J, Shankar K, et al. Frailty assessment tools in the emergency department: A geriatric emergency department guidelines 2.0 scoping review. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2024;5(1):e13084.
- Wong CW. Frailty assessment: clinical application in the hospital setting. *Hong Kong Med J.* 2018:623-8.
- Wood H, Ward R, Morris V, P. C. Response to Taylo et al. 2016. *Royal College of Physicians.* 2016:304.
- Zulfiqar AA. Evaluation de la fragilité du sujet âgé au service des Urgences : mythe ou réalité? *Rev Med Liège.* 2018; 73(4):206-10.
- Zulfiqar AA, Andres E. [Frailty scales to be used in emergency unit for elderly patients]. *Rev Infirm.* 2018;67(246):38-9.

### **Autre contexte d'étude (n = 40)**

- Abdulaziz K, Perry JJ, Taljaard M, Emond M, Lee JS, Wilding L, et al. National Survey of Geriatricians to Define Functional Decline in Elderly People with Minor Trauma. *Can Geriatr J.* 2016;19(1):2-8.
- Abdulaziz KE, Brehaut J, Taljaard M, Emond M, Sirois MJ, Lee JS, et al. National survey of family physicians to define functional decline in elderly patients with minor trauma. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):117.
- Adeyemi O, Grudzen C, DiMaggio C, Wittman I, Velez-Rosborough A, Arcila-Mesa M, et al. Pre-injury frailty and clinical care trajectory of older adults with trauma injuries: A retrospective cohort analysis of A large level I US trauma center. *PLoS One.* 2025;20(2):e0317305.
- Aguirre NL, Gutierrez SG, Miro O, Aguilo S, Jacob J, Alquezar-Arbe A, et al. Older Adult Patients in the Emergency Department: Which Patients should be Selected for a Different Approach? *Ann Geriatr Med Res.* 2024;28(1):9-19.
- Akinyelure OP, Colvin CL, Sterling MR, Safford MM, Muntner P, Colantonio LD, et al. Frailty, gaps in care coordination, and preventable adverse events. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):476.
- Alakare J, Kemp K, Strandberg T, Castren M, Jakovljevic D, Tolonen J, et al. Systematic geriatric assessment for older patients with frailty in the emergency department: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):408.
- Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIM Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(4):1154-208.

Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, et al. Perspectives of Frailty and Frailty Screening: Protocol for a Collaborative Knowledge Translation Approach and Qualitative Study of Stakeholder Understandings and Experiences. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):87.

Bai C, Mardini MT. Advances of artificial intelligence in predicting frailty using real-world data: A scoping review. *Ageing Res Rev*. 2024; 101:102529.

Balzi D, Carreras G, Tonarelli F, Degli Esposti L, Michelozzi P, Ungar A, et al. Real-time utilisation of administrative data in the ED to identify older patients at risk: development and validation of the Dynamic Silver Code. *BMJ Open*. 2019;9(12):e033374.

Barker A, Cameron P, Flicker L, Arendts G, Brand C, Etherton-Beer C, et al. Evaluation of RESPOND, a patient-centred program to prevent falls in older people presenting to the emergency department with a fall: A randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2019;16(5):e1002807.

Beaton K, Grimmer K. Tools that assess functional decline: systematic literature review update. *Clin Interv Aging*. 2013;8:485-94.

Beware growing utilization of emergency room by seniors. *Capitation Rates Data*. 2001; 6(9):106-8.

Bielza R, Balaguer C, Zambrana F, Arias E, Thuissard IJ, Lung A, et al. Accuracy, feasibility and predictive ability of different frailty instruments in an acute geriatric setting. *Eur Geriatr Med*. 2022;13(4):827-35.

Bloch F, Jegou D, Dhainaut JF, Rigaud AS, Coste J, Lundy JE, et al. Do ED staffs have a role to play in the prevention of repeat falls in elderly patients? *Am J Emerg Med*. 2009;27(3):303-7.

Brouwers C, Merten H, Willems M, Habraken D-Jé, Bloemers F-W, Biesheuvel T-H, et al. Improving care for older patients in the acute setting: a qualitative study with healthcare providers. *Neth J Med*. 2017;75(8):335-43.

Bruun IH, Maribo T, Norgaard B, Schiottz-Christensen B, Jessen MGB, Mogensen CB. The effect of systematic functional assessment and immediate rehabilitation on physical performance in acutely admitted older adults with reduced functional performance: a randomised clinical trial. *Disabil Rehabil*. 2020;42(1):53-62.

Bruun IH, Mogensen CB, Norgaard B, Schiottz-Christensen B, Maribo T. Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department. *J Geriatr Phys Ther*. 2019;42(4):265-74.

Bruyere O, Buckinx F, Beaudart C, Reginster JY, Bauer J, Cederholm T, et al. How clinical practitioners assess frailty in their daily practice: an international survey. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(5):905-12.

Burgess A-J, Davies E-A, Burberry D, Beynon-Howells C, Quinn P, James L, et al. Older Persons Assessment Service (OPAS): delivering comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Royal College of Physicians*. 2022;0.7861/clinmed.22-4-s80.

Cadogan MP, Phillips LR, Ziminski CE. A Perfect Storm: Care Transitions for Vulnerable Older Adults Discharged Home From the Emergency Department Without a Hospital Admission. *Gerontologist*. 2016;56(2):326-34.

Cassarino M, Robinson K, Trepel D, O'Shaughnessy I, Smalle E, White S, et al. Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2021;18(7):e1003711.

Chamberlain AM, Finney Rutten LJ, Manemann SM, Yawn BP, Jacobson DJ, Fan C, et al. Frailty Trajectories in an Elderly Population-Based Cohort. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(2):285-92.

Checa-Lopez M, Oviedo-Briones M, Pardo-Gomez A, Gonzales-Turin J, Guevara-Guevara T, Carnicero JA, et al. FRAILTOOLS study protocol: a comprehensive validation of frailty assessment tools to screen and diagnose frailty in different clinical and social settings and to provide instruments for integrated care in older adults. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):86.

Chong E, Zhu B, Tan H, Molina JC, Goh EF, Baldevarona-Llego J, et al. Emergency Department Interventions for Frailty (EDIFY): Front-Door Geriatric Care Can Reduce Acute Admissions. *J Am Med Dir Assoc*. 2021; 22(4):923-8 e5.

Conroy S, Dowsing T. The Ability of Frailty to Predict Outcomes in Older People Attending an Acute Medical Unit. *Acute Medicine*. 2013;12(2):74-6.

Edmans J, Bradshaw L, Gladman JR, Franklin M, Berdunov V, Elliott R, et al. The Identification of Seniors at Risk (ISAR) score to predict clinical outcomes and health service costs in older people discharged from UK acute medical units. *Age Ageing*. 2013;42(6):747-53.

Fehlmann CA, Stuby L, Graf C, Genoud M, Rigney R, Goldstein J, et al. Assessment of frailty by paramedics using the clinical frailty scale - an inter-rater reliability and accuracy study. *BMC Emerg Med*. 2023;23(1):121.

Gilbert T, Neuburger J, Kraindler J, Keeble E, Smith P, Ariti C, et al. Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet*. 2018;391(10132):1775-82.

Goldstein J, Hubbard RE, Moorhouse P, Andrew MK, Mitnitski A, Rockwood K. The validation of a care partner-derived frailty index based upon comprehensive geriatric assessment (CP-FI-CGA) in emergency medical services and geriatric ambulatory care. *Age Ageing*. 2015;44(2):327-30.

Haynesworth A, Gilmer TP, Brennan JJ, Weaver EH, Tolia VM, Chan TC, et al. Clinical and financial outcome impacts of comprehensive geriatric assessment in a level 1 geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2023; 71(9):2704-14.

Heath A, Shahl S, Ran Lindhardt Bossen S, Løfgren B, Gregersen M, Kjærskov Hansen T. Geriatric assessment may prevent readmission in frail medical inpatients. *Dan Med J*. 2023;70(6):A09220558.

Leahy A, McNamara R, Reddin C, Corey G, Carroll I, team S, et al. The impact of frailty Screening of Older adults with multidisciplinary assessment of those At Risk during emergency hospital attendance on the quality, safety and cost-effectiveness of care (SOLAR): a randomised controlled trial. *Trials*. 2021; 22(1):581.

Lyon D, Lancaster GA, Taylor S, Dowrick C, Chellaswamy H. Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). *Fam Pract*. 2007;24(2):158-67.

Nghiem S, Afoakwah C, Scuffham P, Byrnes J. Hospital frailty risk score and adverse health outcomes: evidence from longitudinal record linkage cardiac data. *Age Ageing*. 2021;50(5):1778-84.

O'Caoimh R. Validation of the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC) among Older Adults in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(4).

O'Shaughnessy I, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Steed F, Ryan D, et al. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department: A protocol for a prospective cohort study. *HRB Open Res*. 2022; 5:26.

Oo M, Chan Y, Chamberlain H, Ho S. Developing a clinical screening tool for frailty in the acute care setting. *Clin Med (Lond)*. 2015;15 Suppl 3:s8.

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.

Sanchez M, Eloy P, Godard V, Coutauchaud M, Lenouvel C, Charpigny M, et al. Geriatric-led transitional care for older adults discharged from the emergency department: impact on hospital readmissions and disability. Protocol for the controlled prospective quasi-experimental study LASUITE. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):299.

### **Autres indicateurs (n = 25)**

Aksu SH, Bildik F, Yazla M, Albayrak AK, Varan HD, Aslaner MA, et al. Predictive validity of the identification of seniors at risk (ISAR) screening tool in a Turkish emergency department. *BMC Geriatr*. 2026.

Albrecht R, Espejo T, Riedel HB, Nissen SK, Banerjee J, Conroy SP, et al. Clinical Frailty Scale at presentation to the emergency department: interrater reliability and use of algorithm-assisted assessment. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(1):105-13.

Antonsen LK, Abrahamsen C, Kristensen MR, Lassen AT, Brabrand M, Laugesen LE, et al. Clinical Frailty Scale scores of older patients admitted to an emergency department. *Dan Med J*. 2026;73(3).

Celik S, Turkdogan O, Erdogan T, Celik P. PRISMA-7 is a predictor of intensive care unit admission and mortality in older patients in an emergency department. *Geriatr Gerontol Int*. 2025;25(1):61-6.

Drop PH, van Ham C, Mulder ACM, Veeken-Dijkstra PA, Daal JO, Zwart LAR. Validation of the nurse directed frailty assessment tool, to identify patients at risk of emergency department visits, hospitalisation, and 1-year all-cause mortality. *Eur Geriatr Med*. 2025;16(3):1037-44.

Ellis HL, Dunnell L, Eyres R, Whitney J, Jennings C, Wilson D, et al. What can we learn from 68 000 clinical frailty scale scores? Evaluating the utility of frailty assessment in emergency departments. *Age Ageing*. 2025;54(4).

Goktekin M-C, Gul E, Aksu F. PRISMA-7 (for frailty assessment) and SARC-F (for evaluation of sarcopenia risk) in predicting emergency department readmission and mortality. *Signa Vitae*. 2025;21(1).

Horlin E, Munir Ehrington S, Henricson J, John RT, Wilhelms D. Inter-rater reliability of the Clinical Frailty Scale by staff members in a Swedish emergency department setting. *Acad Emerg Med*. 2022;29(12):1431-7.

Hwang U, Carpenter C. Assessing geriatric vulnerability for post emergency department adverse outcomes: challenges abound while progress is slow. *Emerg Med J*. 2016;33(1):2-3.

Jarman H, Crouch R, Baxter M, Wang C, Peck G, Sivapathasantharam D, et al. Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29(1):54.

Lee JH, Park YS, Kim MJ, Shin HJ, Roh YH, Kim JH, et al. Clinical Frailty Scale as a predictor of short-term mortality: A systematic review and meta-analysis of studies on diagnostic test accuracy. *Acad Emerg Med*. 2022;29(11):1347-56.

Lewis ET, Dent E, Alkhouri H, Kellett J, Williamson M, Asha S, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;80:104-14.

McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med*. 2000;36(5):438-45.

Mowbray FI, Heckman G, Hirdes JP, Costa AP, Beauchet O, Archambault P, et al. Agreement and prognostic accuracy of three ED vulnerability screeners: findings from a prospective multi-site cohort study. *CJEM*. 2023;25(3):209-17.

Nygaard H, Henriksen M, Suetta C, Ekman A. Comparison of two frailty screening tools for acutely admitted elderly patients. *Dan Med J*. 2022;69(8):A11210866.

Rizka A, Ambarwati RA, Mansjoer A, Koesnoe S. Performance of Identification of the Seniors At Risk (ISAR) tool and Triage Risk-Screening Tool (TRST) for frail elderly emergency room patients. *J Pak Med Assoc*. 2019(11th Malaysia-Indonesia-Brunei Medical Science Conference 2019).

Rizka A, Harimurti K, Pitoyo CW, Koesnoe S. Comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool in predicting mortality of older adults visiting the emergency department: Results from Indonesia. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20(1):47-51.

Rueegg M, Nissen SK, Brabrand M, Kaeppli T, Dreher T, Carpenter CR, et al. The clinical frailty scale predicts 1-year mortality in emergency department patients aged 65 years and older. *Acad Emerg Med*. 2022;29(5):572-80.

Shang N, Liu H, Wang N, Guo S, Ma L. Comparison of three frailty screening instruments for prediction of adverse outcomes among older adults in the emergency department. *Geriatr Gerontol Int*. 2022;22(10):851-6.

Singler K, Heppner HJ, Skutetzky A, Sieber C, Christ M, Thiem U. Predictive validity of the identification of seniors at risk screening tool in a German emergency department setting. *Gerontology*. 2014;60(5):413-9.

Sirois MJ, Griffith L, Perry J, Daoust R, Veillette N, Lee J, et al. Measuring Frailty Can Help Emergency Departments Identify Independent Seniors at Risk of Functional Decline After Minor Injuries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(1):68-74.

Um YW, Jo YH, Lee JH, Park I, Hwang JE, Kang SH, et al. The Prognostic Value of the Clinical Frailty Scale in Critically Ill Older Adult Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2026;80:33-43.

Wang GQ, Gao YL, Deng P. Validation of a seven-question tool (PRISMA-7) in predicting prognosis of older adults in the emergency department: A prospective study. *Am J Emerg Med*. 2023;73:131-6.

Zaboli A, Brigo F, Brigiari G, Massar M, Ziller M, Sibilio S, et al. Comparative Analysis of Frailty Scales in Emergency Department: Highlighting the Strengths of the Triage Frailty and Comorbidity Tool. *J Emerg Nurs*. 2025;51(1):135-44.

Zaboli A, Brigo F, Sibilio S, Brigiari G, Massar M, Magnarelli G, et al. Assessing the utility of frailty scores in triage: a comparative study of validated scales. *Intern Emerg Med*. 2025;20(2):563-71.

### **Autre motif (n = 16)**

Abdulaziz K, Brehaut J, Taljaard M, Emond M, Sirois MJ, Lee JS, et al. National Survey of Emergency Physicians to Define Functional Decline in Elderly Patients with Minor Trauma. *CJEM*. 2015;17(6):639-47.

Bonin-Guillaume S, Durand AC, Yahi F, Curiel-Berruyer M, Lacroix O, Cretel E, et al. Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clin Exp Res*. 2015;27(6):883-91.

Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2015;22(1):1-21.

Chien CY, Chaou CH, Yeh CC, Hsu KH, Gao SY, Ng CJ. Using mobility status as a frailty indicator to improve the accuracy of a computerised five-level triage system among older patients in the emergency department. *BMC Emerg Med*. 2022;22(1):86.

Chong E, Ho E, Baldevarona-Llego J, Chan M, Wu L, Tay L, et al. Frailty in Hospitalized Older Adults: Comparing Different Frailty Measures in Predicting Short- and Long-term Patient Outcomes. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(5):450-7 e3.

Elliott A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the emergency department-a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing*. 2017;46(3):509-13.

Fernandez Alonso C, Del Arco Galan C, Torres Garate R, Madrigal Valdes JF, Romero Pareja R, Bibiano Guillen C, et al. Rendimiento de tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2023;35:196-204.

Garcia-Pérez D, Vena-Martínez A, Robles-Perea L, Roselló-Padullés T, Espauella-Panicot J, Arnau A. Prognostic Value of a New Tool (the 3D/3D+) for Predicting 30-Day Mortality in Emergency Department Patients Aged 75 Years and Older. *J Clin Med*. 2023;12(20).

Haseler-Quart K, Arefian H, Hartmann M, Kwetkat A. Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*. 2021;144:111184.

Jorgensen R, Brabrand M. Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *Eur J Intern Med*. 2017;45:71-3.

Launay CP, de Decker L, Kabeshova A, Annweiler C, Beauchet O. Screening for older emergency department inpatients at risk of prolonged hospital stay: the brief geriatric assessment tool. *PLoS One*. 2014;9(10):e110135.

Launay CP, Lubov J, Galery K, Vilcocq C, Maubert E, Afilalo M, et al. Prognosis tools for short-term adverse events in older emergency department users: result of a Quebec observational prospective cohort. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):73.

Netland CK, Markussen DL, Jenum S, Ritz C, Bakken MS, Grewal HMS. Frailty classification challenges in the emergency department: agreement and variability in clinical frailty scale scoring. *Aging Clin Exp Res*. 2026;38(1).

Vandewoude MF, Geerts CA, d'Hooghe AH, Paridaens KM. [A screening tool to identify older people at risk of adverse health outcomes at the time of hospital admission]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2006;37(5):203-9.

Wretborn J, Munir-Ehrington S, Horlin E, Wilhelms DB. Addition of the clinical frailty scale to triage tools and early warning scores improves mortality prognostication at 30 days: A prospective observational multicenter study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024;5(5):e13244.

Yao J-L, Fang J, Lou Q-Q, Anderson R-M. A systematic review of the identification of seniors at risk (ISAR) tool for the prediction of adverse outcome in elderly patients seen in the emergency department. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(4):4778-86.

## ANNEXE 9. PROPOSITION D'INDICATEURS DE PERFORMANCE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

| Suggestion d'indicateurs                                           | Exemples                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de patients dépistés par le PRISMA-7                        | ≥65 ans<br>≥75 ans                                                       |
| Caractéristiques des patients dépistés                             | Âge<br>Sexe<br>Score au PRISMA-7<br>Connus antérieurement du RSSS ou non |
| Issues du séjour aux urgences                                      | Admission à l'hôpital<br>Retour à domicile<br>Placement en RPA           |
| Proportion de patients ayant eu une évaluation gériatrique globale |                                                                          |
| Proportion de patients vus en services multidisciplinaires         | Travail social<br>Ergothérapie<br>Physiothérapie                         |
| Proportion de reconsultations aux urgences                         | Dans les 3 et 6 mois après l'épisode de soins aux urgences               |

PRISMA-7 : outil du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, RPA : résidence pour aînés, RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

## RÉFÉRENCES

- [1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices sur le repérage des aînés en perte d'autonomie. Québec (QC) : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022.
- [2] Institut de la statistique du Québec. Vitrine sur le vieillissement de la population et les personnes âgées, [En ligne], Québec, L'Institut [statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/population/esperance-vie]. Consulté le 13 février 2025.
- [3] Institut de la statistique du Québec. Vitrine sur le vieillissement de la population et les personnes âgées. Effectifs et proportions de différents groupes d'âge, [En ligne], Québec, L'Institut [https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement]. Consulté le 13 février 2025.
- [4] Institut de la statistique du Québec (2023). Portrait des personnes aînées au Québec, [En ligne], Québec, L'Institut, 269 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf]. Consulté le 13 février 2025.
- [5] 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.
- [6] Kotschy R, Bloom D. Population Aging and Economic Growth : From Demographic Dividend to Demographic Drag? : National Bureau of Economic Research, Inc 2023.
- [7] Clavet, N.-J., Hébert, R., Michaud, P.-C., Navaux, J., & Raïche, M. (2023a). Horizon 2040 : Projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec. Rapport pour le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal.
- [8] Côté Jean-Guy, Savard Simon, Scarfone Sonny. Le vieillissement de la population et l'économie du Québec, Montréal, Institut du Québec, 2017.
- [9] Massoud F, Lussier D. *Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert. 4e éd.* Montréal (QC), 2017.
- [10] MSD Manuals. Présentation du vieillissement [En ligne]. Kenilworth (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp.; n.d. https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillissement/pr%C3%A9sentation-du-vieillissement Consulté le 18 mars 2026.
- [11] Patte M, Chaix B, Gerber P, Klein O, Perchoux C, Vallee J. [Environnement résidentiel et vieillissement en santé : le rôle de l'activité physique et de la participation sociale]. *Can J Aging*. 2022; 41(3) : 348-62.
- [12] Santé Canada. Rapport sur les aînés au Canada : maladies chroniques, 2021. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2021. [En ligne] https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report\_2021-fra.pdf Consulté le 18 mars 2026.
- [13] WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. Report of consortium meeting 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva : World Health Organization; 2017 (WHO/FWC/ALC/17.2). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [14] Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome : a transitional state in a dynamic process. *Gerontology*. 2009; 55(5) : 539-49.
- [15] Gutierrez-Valencia M, Martinez-Velilla N. Frailty in the older person: Implications for pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*. 2019; 76(23) : 1980-7.
- [16] Canadian Institute for Health Information. Seniors in Transition : Exploring Pathways Across the Care Continuum. Ottawa, ON : CIHI; 2017.
- [17] Kehler DS, Ferguson T, Stammers AN, Bohm C, Arora RC, Duhamel TA, et al. Prevalence of frailty in Canadians 18-79 years old in the Canadian Health Measures Survey. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1) : 28.
- [18] Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyere O. Burden of frailty in the elderly population : perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health*. 2015; 73(1) : 19.
- [19] National Institute on Ageing. (2018). We Can't Address What We Don't Measure Consistently : Building Consensus on Frailty in Canada. Toronto, ON: National Institute on Ageing.
- [20] Association des pharmaciens: Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Concept de fragilité en gériatrie. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.; 2022. 4 p.
- [21] Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwee D, Habbig AK, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes : A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17(12) : 1163 e1- e17.
- [22] Turner G, Clegg A, British Geriatrics S, Age UK, Royal College of General P. Best practice guidelines for the management of frailty : a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014; 43(6) : 744-7.

- [23] Bouillon K, Kivimäki M, Hamer M, Sabia S, Fransson E-I, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatrics*. 2013; 13: 64.
- [24] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3) : M146-56.
- [25] Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173(5): 489-95.
- [26] Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal*. 2001; 1: 323-36.
- [27] Ramani L, Furmedge DS, Reddy SP. Comprehensive geriatric assessment. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2014; 75 Suppl 8: C122-5.
- [28] Mentens A, Panait C, Vaucher Y, Major K, Marki-Germann D, Dreher R, et al. [Prescribed autonomy : outpatient comprehensive geriatric assessment]. *Rev Med Suisse*. 2025; 21(937): 1922-6.
- [29] Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 9(9): CD006211.
- [30] Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011; 343: d6553.
- [31] Xu Y, Ji T, Li X, Yang Y, Zheng L, Qiu Y, et al. The effectiveness of the comprehensive geriatric assessment for older adults with frailty in hospital settings: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2024; 159: 104849.
- [32] McCusker J. Manuel d'utilisation pour l'instrument de dépistage ISAR© : Identification systématique des aîné(e)s à risque. Version 2.1. Montréal (QC): Centre de recherche de St. Mary; 2023.
- [33] McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(10): 1229-37.
- [34] Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2004; 17(6): 339-48.
- [35] Raïche M, Hébert R, Dubois M-F, Bolduc J, Grégoire M, Bureau C, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie*. 2007; 32(3): 209-18.
- [36] Pulok MH, Theou O, van der Valk AM, Rockwood K. The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. *Age Ageing*. 2020; 49(6): 1071-9.
- [37] Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J*. 2020; 23(3): 210-5.
- [38] Abraham P, Courvoisier DS, Annweiler C, Lenoir C, Millien T, Dalmaz F, et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language. *BMC Geriatr*. 2019; 19(1): 322.
- [39] Horlin E, Munir Ehrington S, Henricson J, John RT, Wilhelms D. Inter-rater reliability of the Clinical Frailty Scale by staff members in a Swedish emergency department setting. *Acad Emerg Med*. 2022; 29(12): 1431-7.
- [40] Kaeppli T, Rueegg M, Dreher-Hummel T, Brabrand M, Kabell-Nissen S, Carpenter CR, et al. Validation of the Clinical Frailty Scale for Prediction of Thirty-Day Mortality in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2020; 76(3): 291-300.
- [41] Fehlmann, Christophe. Geriatric emergency medicine – why we should use the Clinical Frailty Scale. Privat-docent Thesis, 2024. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:184577.
- [42] McCusker J, Warburton RN, Lambert SD, Belzile E, de Raad M. The Revised Identification of Seniors At Risk screening tool predicts readmission in older hospitalized patients: a cohort study. *BMC Geriatr*. 2022; 22(1): 888.
- [43] 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.
- [44] Desrosiers J, Bravo G, Hebert R, Dubuc N. Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age Ageing*. 1995; 24(5): 402-6.
- [45] Expertise santé [En ligne]  
[https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2024/03/Guide\\_utilisation\\_PRISMA-7-Quebec\\_2021-10-01.pdf](https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2024/03/Guide_utilisation_PRISMA-7-Quebec_2021-10-01.pdf)  
 Consulté le 4 novembre 2025.
- [46] Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) (2001) Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. [En ligne] [https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2024/03/Guide\\_utilisation\\_PRISMA-7-Quebec\\_2021-10-01.pdf](https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2024/03/Guide_utilisation_PRISMA-7-Quebec_2021-10-01.pdf) Consulté le 15 février 2025. 2004.

- [47] Raïche M, Grégoire M, Hébert R, Dubois M-F. Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative à l'urgence avec le PRISMA-7: une opportunité pour les infirmières. *Première ligne*. 2009; XXIII(3): 10-2.
- [48] Nagurney JM, Fleischman W, Han L, Leo-Summers L, Allore HG, Gill TM. Emergency Department Visits Without Hospitalization Are Associated With Functional Decline in Older Persons. *Ann Emerg Med*. 2017; 69(4): 426-33.
- [49] Ukkonen M, Jansen E, Zeitlin R, Pauniah SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med*. 2019; 19(1): 20.
- [50] Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med*. 2018; 34(3): 369-86.
- [51] NHS Improvement. Ambulatory emergency care guide: same day emergency care – clinical definition, patient selection and metrics [En ligne]. London (UK): NHS Improvement; 2018 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/aec-same-day-emergency-care-clinical-definition-patient-selection-metrics.pdf> Consulté le 25 février 2025.
- [52] British Geriatrics Society. Front door frailty: advice on setting up services. London (UK): British Geriatrics Society; 2023.
- [53] Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Québec (QC): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016.
- [54] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Guide méthodologique – Démarche et processus d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Québec, 05-2025, VIII, 50 p.
- [55] 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.
- [56] Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021; 36(10): 3179-87.
- [57] Critical Appraisal Skills Programme (2024). CASP (Qualitative Research Checklist) [En ligne] Accessible à: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/qualitative-studies-checklist/>. Consulté le 18 mars 2026.
- [58] Lang, T.; Secic, M. How to report statistics in medicine: annotated guidelines for authors, editors, and reviewers. 2nd edition.
- [59] Trevethan R. Sensitivity, Specificity, and Predictive Values: Foundations, Plausibilities, and Pitfalls in Research and Practice. *Front Public Health*. 2017; 5: 307.
- [60] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Québec (QC): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024.
- [61] American College of Emergency Physicians; American Geriatrics Society; Emergency Nurses Association; Society for Academic Emergency Medicine. Geriatric Emergency Department Guidelines. Dallas (TX): American College of Emergency Physicians; 2013.
- [62] Royal College of Physicians. Acute care toolkit 3: Acute care for older people living with frailty. London (UK): Royal College of Physicians; 2020.
- [63] Institute of Health Economics. Adapting the WHO Best Buy principles to frailty care in Canada. Edmonton (AB): Institute of Health Economics; 2022.
- [64] Elliott A, Phelps K, Regen E, Conroy SP. Identifying frailty in the Emergency Department-feasibility study. *Age Ageing*. 2017; 46(5): 840-5.
- [65] Moloney E, O'Donovan MR, Carpenter CR, Salvi F, Dent E, Mooijaart S, et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age Ageing*. 2024; 53(2).
- [66] Galvin R, Gillett Y, Wallace E, Cousins G, Bolmer M, Rainer T, et al. Adverse outcomes in older adults attending emergency departments: a systematic review and meta-analysis of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool. *Age Ageing*. 2017; 46(2): 179-86.
- [67] Ku NW, Hsu YC, Mudhur J, Li J, Jebanesan N, Abrahamyan L, et al. The Prognostic Accuracy of Frailty and Vulnerability Screening for Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Emerg Med*. 2025; 86(5): 496-510.
- [68] Mohamed A, McCormack C, Sooknarine-Rajpatty A, Barry L, Gabr A, Leahy A, et al. The diagnostic and predictive accuracy of the PRISMA-7 screening tool for frailty in older adults: a systematic review, and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2025; 25(1): 420.
- [69] Moloney E, O'Donovan MR, Sezgin D, Flanagan E, McGrath K, Timmons S, et al. Diagnostic Accuracy of Frailty Screening Instruments Validated for Use among Older Adults Attending Emergency Departments: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(13).

- [70] Moons P, De Ridder K, Geyskens K, Sabbe M, Braes T, Flamaing J, et al. Screening for risk of readmission of patients aged 65 years and above after discharge from the emergency department: predictive value of four instruments. *Eur J Emerg Med*. 2007; 14: 315-23.
- [71] Di Bari M, Salvi F, Roberts A-T, Balzi D, Lorenzetti B, Morichi V, et al. Prognostic Stratification of Elderly Patients in the Emergency Department: A Comparison Between the "Identification of Seniors at Risk" and the "Silver Code". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012; 67A(5): 544-50.
- [72] Fan I-W, Chen Y-H, Hsu W-L, Ng C-J, Weng Y-M. Comparing the predictive performance of in-hospital mortality of different frailty scales for elderly patients in the emergency department. *Signa Vitae*. 2024; 20(9): 24-30.
- [73] Beauchet O, Galery K, Vilcocq C, Maubert E, Afilalo M, Launay CP. PRISMA-7 and Risk for Short-Term Adverse Events in Older Patients Visiting the Emergency Department: Results of a Large Observational and Prospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2021; 25(1): 94-9.
- [74] Gretarsdottir E, Jonsdottir AB, Sigurthorsdottir I, Gudmundsdottir EE, Hjaltadottir I, Jakobsdottir IB, et al. Patients in need of comprehensive geriatric assessment: The utility of the InterRAI emergency department screener. *Int Emerg Nurs*. 2021; 54: 100943.
- [75] Heeren P, Devriendt E, Wellens NIH, Deschodt M, Flamaing J, Sabbe M, et al. Old and New Geriatric Screening Tools in a Belgian Emergency Department: A Diagnostic Accuracy Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68(7): 1454-61.
- [76] Launay CP, Lubov J, Galery K, Vilcocq C, Maubert E, Afilalo M, et al. Prognosis tools for short-term adverse events in older emergency department users: result of a Quebec observational prospective cohort. *BMC Geriatr*. 2021; 21(1): 73.
- [77] Leahy A, Corey G, Purtill H, O'Neill A, Devlin C, Barry L, et al. Screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older adults attending the Emergency Department: Results of SOAED prospective cohort study. *Age Ageing*. 2023; 52(7).
- [78] Munir Ehrlington S, Horlin E, Toll John R, Wretborn J, Wilhelms D. Frailty is associated with 30-day mortality: a multicentre study of Swedish emergency departments. *Emerg Med J*. 2024; 41(9): 514-9.
- [79] O'Caoimh R, Costello M, Small C, Spooner L, Flannery A, O'Reilly L, et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(19).
- [80] O'Caoimh R, McGauran J, O'Donovan MR, Gillman C, O'Hea A, Hayes M, et al. Frailty Screening in the Emergency Department: Comparing the Variable Indicative of Placement Risk, Clinical Frailty Scale and PRISMA-7. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 20(1).
- [81] Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, et al. Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(4): 313-8.
- [82] Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S, et al. Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Departments. *Aging Clin Exp Res*. 2009; 21(1): 69-75.
- [83] Sezik S. A 30-Day Risk Assessment of Geriatric Patients in the Emergency Department: A Comparison of Isar and Trst Scores. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2023; 26(1): 27-36.
- [84] Shrier W, Dewar C, Parrella P, Hunt D, Hodgson LE. Agreement and predictive value of the Rockwood Clinical Frailty Scale at emergency department triage. *Emerg Med J*. 2021; 38(12): 868-73.
- [85] Tavares JPA, Sa-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Identification of Seniors at Risk (ISAR) in the emergency room: A prospective study. *Int Emerg Nurs*. 2017; 35: 19-24.
- [86] van Dam CS, Trappenburg MC, Ter Wee MM, Hoogendijk EO, de Vet HC, Smulders YM, et al. The Accuracy of Four Frequently Used Frailty Instruments for the Prediction of Adverse Health Outcomes Among Older Adults at Two Dutch Emergency Departments: Findings of the AmsterGEM Study. *Ann Emerg Med*. 2021; 78(4): 538-48.
- [87] van Dam CS, Trappenburg MC, Ter Wee MM, Hoogendijk EO, de Vet R, Smulders YM, et al. The Prognostic Accuracy of Clinical Judgment Versus a Validated Frailty Screening Instrument in Older Patients at the Emergency Department: Findings of the AmsterGEM Study. *Ann Emerg Med*. 2022; 80(5): 422-31.
- [88] Yücel M, Altuncu YA, Özçete E, Kilavuz A, Karbek Akarca F. Comparison of Clinical Frailty Scale and Edmonton Frail Scale in older adults presenting to the emergency department. *Turkish journal of Geriatrics*. 2024; 27(1): 108-17.
- [89] Solakoglu G-A, Aciksaria K, Adak N-A. Can Frailty Tools Predict the Mortality, Readmission, and Hospitalization of Geriatric Emergency Attenders? *Intern J Gerontol*. 2021; 15: 145-9.
- [90] Tas GN, Pekdemir M, Ozturan IU, Dogan NO, Yaka E, Yilmaz S. Evaluating the Prognostic Value of Adding Frailty to Triage Assessment in Elderly Patients With Lower Acuity Presentations in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2025; 73: 1-11.
- [91] Barry L, Leahy A, O'Connor M, Ryan D, Corey G, Tighe SM, et al. Healthcare workers' experience of screening older adults in emergency care settings: a qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework. *BMC Geriatr*. 2024; 24(1): 888.

- [92] Ekermo D, Ronnas M, Muntlin A. Fundamental nursing actions for frail older people in the emergency department: A national cross-sectional survey and a qualitative analysis of practice guidelines. *J Adv Nurs*. 2023; 79(8): 3115-26.
- [93] Horlin E, Munir Ehrington S, Toll John R, Henricson J, Wilhelms D. Is the clinical frailty scale feasible to use in an emergency department setting? A mixed methods study. *BMC Emerg Med*. 2023; 23(1): 124.
- [94] McCusker J, Verdon J, Veillette N, Berg K, Emond T, Belzile E. Standardized screening and assessment of older patients in the emergency department: a survey of implementation in Quebec. *Can J Aging*. 2007; 26(1): 49-57.
- [95] Moloney E, O'Donovan MR, Sezgin D, McGrath K, Timmons S, O'Caoimh R. Frailty Knowledge, Use of Screening Tools, and Educational Challenges in Emergency Departments in Ireland: A Multisite Survey. *J Emerg Nurs*. 2024; 50(1): 22-35.
- [96] Bhatnagar P, Melady D, Thompson C, McLeod S, Gray A, Grewal K. Understanding frailty screening of older adults in the emergency department: A survey of emergency physicians in Ontario. *Acad Emerg Med*. 2026; 33(1): e70016.
- [97] Horlin E, Ekermo D, Wilhelms D, Eldh AC. Being screened for frailty in the emergency department: the voice of patients in an exploratory qualitative study. *BMC Geriatr*. 2026; 26(1): 144.
- [98] Salvi F, Morichi V, Dessi-Fulgheri P. The "Silver Code" and the frail elder in the emergency department. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010; 65(2): 165; author reply 6.
- [99] Hsu CW, Lee CW, Hsu SC, Huang WC, Hsu YP, Chi MJ. Improvement of the Identification of Seniors at Risk scale for predicting adverse health outcomes of elderly patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2023; 68: 101274.
- [100] Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing*. 2012; 41(3): 381-7.
- [101] McCusker J, Verdon J, Tousignant P, de Courval LP, Dendukuri N, Belzile E. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(10): 1272-81.
- [102] Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fichier cumulatif des données des urgences, [Jeu de données], dans Données Québec, 2023, mis à jour le 22 mars 2026. [<https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/fichier-cumulatif-des-donnees-des-urgences>], (consulté le 24 mars 2026).
- [103] CHU de Québec-Université Laval. Triage aux urgences. <https://www.chudequebec.ca/patient/aller-a-l-urgence/triage-aux-urgences.aspx> Consulté le 12 août 2025.
- [104] Canadian Frailty Network. <https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/how-screening-for-frailty-helps/> [En ligne] Consulté le 28 avril 2026.
- [105] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Politique nationale de soutien à domicile – Mieux chez soi. Québec (QC): Gouvernement du Québec; 2026. ISBN: 978-2-555-03006-0. Disponible à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca>.
- [106] Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. *Age (Dordr)*. 2012; 34(3): 571-82.
- [107] Bandeen-Roche K, Seplaki CL, Huang J, Buta B, Kalyani RR, Varadhan R, et al. Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015; 70(11): 1427-34.
- [108] Welstead M, Luciano M, Russ TC, Muniz-Terrera G. Heterogeneity of Frailty Trajectories and Associated Factors in the Lothian Birth Cohort 1936. *Gerontology*. 2022; 68(8): 861-8.
- [109] Heckman GA, Barnard K, McKelvie RS. Yes, Frailty Matters: Time for Action. *Can J Cardiol*. 2024; 40(4): 685-7.
- [110] Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med*. 2004; 117(7): 484-91.
- [111] Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Leo-Summers L, Han L. Factors Associated With Insidious and Noninsidious Disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020; 75(11): 2125-9.
- [112] Braude P, Short R, Bouamra O, Shipway D, Lecky F, Carlton E, et al. A national study of 23 major trauma centres to investigate the effect of a geriatrician assessment on clinical outcomes in older people admitted with serious injury in England (FiTR 2): a multicentre observational cohort study. *Lancet Healthy Longev*. 2022; 3(8): e549-e57.
- [113] Peeler A, Moser C, Gleason KT, Davidson PM. Frailty as a Predictor of Postoperative Outcomes in Invasive Cardiac Surgery: A Systematic Review of Literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2022; 37(3): 231-47.
- [114] Zhang F, Yan Y, Ge C. Frailty as a predictor of adverse outcomes in patients with gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of 75,357 patients. *Ageing Res Rev*. 2024; 101: 102528.
- [115] Guidelines and Protocols Advisory Committee (GPAC). Frailty in older adults: early identification and management. Victoria (BC): Government of British Columbia; 2017.
- [116] Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med*. 2024; 391(6): 538-48.

- [117] Gilmour H, Ramage-Morin P-L. Association of frailty and pre-frailty with increased risk of mortality among older Canadians. *Health Reports*. 2021; 32(4): 15-26.
- [118] Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019; 56: 100960.
- [119] Dent E, Clegg A, Roller-Wirnsberger R, Vetrano DL, Hoogendijk EO. Reorienting frailty in clinical practice, public health, and policy: the Lancet Commission on Frailty. *Lancet*. 2025; 405(10497): 2265-6.
- [120] Ekram A, Woods RL, Britt C, Espinoza S, Ernst ME, Ryan J. The Association between Frailty and All-Cause Mortality in Community-Dwelling Older Individuals: An Umbrella Review. *J Frailty Aging*. 2021; 10(4): 320-6.
- [121] American College of Emergency P, American Geriatrics S, Emergency Nurses A, Society for Academic Emergency M, Geriatric Emergency Department Guidelines Task F. Geriatric emergency department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014; 63(5): e7-25.
- [122] Canadian Task Force on Prevention Health Care. Information on screening [https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2024/06/CTFPHC\\_TFPAN\\_InformationOnScreening\\_2024.pdf](https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2024/06/CTFPHC_TFPAN_InformationOnScreening_2024.pdf) [En ligne] Consulté le 4 mars 2026.
- [123] Virtual Mentor. What makes a screening exam «Good». 2006;8(1):34-37).
- [124] National Institute for Health and Care Excellence. (2025). COVID-19 rapid guidelines: managing COVID-19 (NG191). NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191>.
- [125] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie (version du 21 décembre 2021). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgaumip-007-rev1-a1.pdf>.
- [126] Wolf LA, Lo AX, Serina P, Chary A, Sri-On J, Shankar K, et al. Frailty assessment tools in the emergency department: A geriatric emergency department guidelines 2.0 scoping review. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024; 5(1): e13084.
- [127] British Geriatric Society. Reports and policy publications [En ligne] <https://www.bgs.org.uk/our-voice/reports-and-policy-publications> Consulté le 5 mars 2026.
- [128] Smiley RA, Allgeyer RL, Shobo Y, Lyons KC, Letourneau R, Zhong E, et al. The 2022 National Nursing Workforce Survey. *Journal of Nursing Regulation*. 2023; 14(1): S1-S90.
- [129] Faubert, E. The Montreal Economic Institute. The evolution of the nursing supply in Canada 2025 [En ligne] <https://www.iedm.org/the-evolution-of-the-nursing-supply-in-canada/> Consulté le 10 mars 2026.
- [130] Phillips K, Knowlton M, Riseden J. Emergency Department Nursing Burnout and Resilience. *Adv Emerg Nurs J*. 2022; 44(1): 54-62.
- [131] Santé Québec. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOGlyZWl4NGQhN2FjZC00OGFjLTgwMWYtZmM3N2M3ZjYyNjU2liwidCI6IjA2ZTFmZTl4LTVmOGItNDA3NS1iZjZlWFIMjRiZTFhNzk5MjU9> [En ligne] Consulté le 10 mars 2026.
- [132] Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J, Soobiah C, et al. Audit and feedback: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025; 3(3): CD000259.
- [133] Alhur A. The Role of Informatics in Advancing Emergency Medicine: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2024; 16(7): e63979.
- [134] Branda F, Andretta V, Ahmed M-M, Rizzelli A, Cerrone V, Boccia B, et al. EmergInsight: a real-time dashboard for optimizing emergency care through data visualization and analytics. *JAMIA Open*. 2026; 9(1).
- [135] Kruse CS, Mileski M, Herzog B, Frye LM, Spencer JR, Stevenson EA. The Effects of Health Information Technology on Quality of Care in Emergency Departments: A Systematic Review. *Health Sci Rep*. 2025; 8(7): e70962.
- [136]
- [137] Évaluation du continuum de soins et services aux aînés (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés. Perspectives pour l'évolution de la mesure. Rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Canda, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2019. 170 p.)
- [138] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young J-M, Odgaard-Jensen J, French S-D, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(6): Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.
- [139] Ambagtsheer RC, Visvanathan R, Dent E, Yu S, Schultz TJ, Beilby J. Commonly Used Screening Instruments to Identify Frailty Among Community-Dwelling Older People in a General Practice (Primary Care) Setting: A Study of Diagnostic Test Accuracy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020; 75(6): 1134-42.
- [140] Ambagtsheer RC, Beilby J, Visvanathan R, Thompson MQ, Dent E. Prognostic accuracy of eight frailty instruments for all-cause mortality in Australian primary care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2025; 128: 105625.

- [141] Asomaning N, Loftus C. Identification of seniors at risk (ISAR) screening tool in the emergency department: implementation using the plan-do-study-act model and validation results. *J Emerg Nurs*. 2014; 40(4): 357-64 e1.
- [142] Aprahamian I, Arico de Almeida GV, de Vasconcellos Romanin CF, Gomes Caldas T, Antunes Yoshitake NT, Bataglini L, et al. Frailty Could Predict Death in Older Adults after Admission at Emergency Department? A 6-month Prospective Study from a Middle-Income Country. *J Nutr Health Aging*. 2019; 23(7): 641-7.
- [143] Beauchet O, Fung S, Launay CP, Cooper-Brown LA, Afilalo J, Herbert P, et al. Screening for older inpatients at risk for long length of stay: which clinical tool to use? *BMC Geriatr*. 2019; 19(1): 156.
- [144] Blazquez-Andion M, Montiel-Dacosta JA, Rizzi-Bordigoni M, Acosta-Mejuto B, Moline-Pareja A, Ris-Romeu J, et al. Frailty and mortality: Utility of Frail-VIG index in ED short-stay units for older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023; 115: 105208.
- [145] Blomaard LC, Lucke JA, de Gelder J, Anten S, Alisma J, Schuit SCE, et al. The APOP screener and clinical outcomes in older hospitalised internal medicine patients. *Neth J Med*. 2020; 78(1): 25-33.
- [146] Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, de Rooij SE, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age Ageing*. 2009; 38(5): 600-3.
- [147] Braes T, Moons P, Lipkens P, Sterckx W, Sabbe M, Flamaing J, et al. Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: predictive accuracy of three instruments. *Aging Clin Exp Res*. 2010; 22(4): 345-51.
- [148] Braun T, Gruneberg C, Thiel C. German translation, cross-cultural adaptation and diagnostic test accuracy of three frailty screening tools : PRISMA-7, FRAIL scale and Groningen Frailty Indicator. *Z Gerontol Geriatr*. 2018; 51(3): 282-92.
- [149] Brousseau AA, Dent E, Hubbard R, Melady D, Emond M, Mercier E, et al. Identification of older adults with frailty in the Emergency Department using a frailty index: results from a multinational study. *Age Ageing*. 2018; 47(2): 242-8.
- [150] Buurman BM, van den Berg W, Korevaar JC, Milisen K, de Haan RJ, de Rooij SE. Risk for poor outcomes in older patients discharged from an emergency department: feasibility of four screening instruments. *Eur J Emerg Med*. 2011; 18(4): 215-20.
- [151] Celik S, Turkdogan O, Erdogan T, Celik P. PRISMA-7 is a predictor of intensive care unit admission and mortality in older patients in an emergency department. *Geriatr Gerontol Int*. 2025; 25(1): 61-6.
- [152] Chakroun-Walha O, Walha A, Bradai H, Nasri A, Karray R, Jerbi M, et al. Frailty screening of Tunisian older adults: feasibility and usefulness in the Emergency Department. *Afr J Emerg Med*. 2020; 10(4): 229-33.
- [153] Checa-Lopez M, Rodriguez-Laso A, Carnicero JA, Solano-Jaurrieta JJ, Saavedra Obermans O, Sinclair A, et al. Differential utility of various frailty diagnostic tools in non-geriatric hospital departments of several countries: A longitudinal study. *Eur J Clin Invest*. 2023; 53(7): e13979.
- [154] Choi Y, Chung H, Lim J, Kim K, Bae S, Choi Y, et al. Comparative Clinical Characteristics of Frail Older Adults in the Emergency Department: Long-Term Care Hospital versus Community Residence. *J Pers Med*. 2024; 14(10).
- [155] Chung HS, Choi Y, Lim JY, Kim K, Bae SJ, Choi YH, et al. Validation of the Korean Version of the Clinical Frailty Scale-Adjusted Korean Triage and Acuity Scale for Older Patients in the Emergency Department. *Medicina (Kaunas)*. 2024; 60(6).
- [156] Clark S, Shaw C, Padayachee A, Howard S, Hay K, Frakking TT. Frailty and hospital outcomes within a low socioeconomic population. *QJM*. 2019; 112(12): 907-13.
- [157] de Gelder J, Lucke JA, Blomaard LC, Booijen AM, Fogteloo AJ, Anten S, et al. Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts. *Exp Gerontol*. 2018; 110: 253-9.
- [158] Demir Akça A-S, Kafadar D, Kahveci F-O. Performance of identification of seniors at risk tool to predict unplanned revisits to the emergency department in 6 months was low in predictive accuracy: a single-center study. *Hong Kong J Emerg Med*. 2021; 28: 72-8.
- [159] Demirevska L, Daskalov I, Valova T, Chobanov A, Stoychev D, Nedkova M, et al. The association between blood pressure and frailty in very elderly patients (< 90 years). *J Hypertens*. 39(39).
- [160] Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(2): 290-6.
- [161] de Saint-Hubert M, Jamart J, Boland B, Swine C, Cornette P. Comparison of three tools predicting functional decline after hospitalization of older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58(5): 1003-5.
- [162] Deschodt M, Wellens NI, Braes T, De Vuyst A, Boonen S, Flamaing J, et al. Prediction of functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. *Aging Clin Exp Res*. 2011; 23(5-6): 421-6.
- [163] Di Prazza A, Canino B, Barbagallo M, Veronese N. The importance of prognosis in geriatric patients attending the emergency department: a comparison between two common short geriatric assessment tools. *Aging Clin Exp Res*. 2023; 35(12): 3041-6.

- [164] Edmans J, Bradshaw L, Gladman JR, Franklin M, Berdunov V, Elliott R, et al. The Identification of Seniors at Risk (ISAR) score to predict clinical outcomes and health service costs in older people discharged from UK acute medical units. *Age Ageing*. 2013; 42(6): 747-53.
- [165] Elliott A, Taub N, Banerjee J, Aijaz F, Jones W, Teece L, et al. Does the Clinical Frailty Scale at Triage Predict Outcomes From Emergency Care for Older People? *Ann Emerg Med*. 2021; 77(6): 620-7.
- [166] Espinoza Suarez NR, Walker LE, Jeffery MM, Stanich JA, Campbell RL, Lohse CM, et al. Validation of the Elderly Risk Assessment Index in the Emergency Department. *Am J Emerg Med*. 2020; 38(7): 1441-5.
- [167] Fernandez Alonso C, Del Arco Galan C, Torres Garate R, Madrigal Valdes JF, Romero Pareja R, Bibiano Guillen C, et al. Performance of 3 frailty scales for predicting adverse outcomes at 30 days in older patients discharged from emergency departments. *Emergencias*. 2023; 35(3): 196-204.
- [168] Gentile S, Lacroix O, Durand AC, Cretel E, Alazia M, Sambuc R, et al. Malnutrition: a highly predictive risk factor of short-term mortality in elderly presenting to the emergency department. *J Nutr Health Aging*. 2013; 17(4): 290-4.
- [169] Geyskens K, De Ridder K, Sabbe M, Braes T, Milisen K, Flamaing J, et al. [Prediction of functional decline in elderly patients discharged from the accident and emergency department]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2008; 39(1): 16-25.
- [170] Goktekin M-C, Gul E, Aksu F. PRISMA-7 (for frailty assessment) and SARC-F (for evaluation of sarcopenia risk) in predicting emergency department readmission and mortality. *Signa Vitae*. 2025; 21(1).
- [171] Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel JP, Zekry D, et al. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department - comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly*. 2012; 142: w13327.
- [172] Hao L, Zhou Y, Zou J, Hao L, Deng P. Predictive Value of PRISMA-7, qSOFA, ESI, and CFS for 28-Day Mortality in Elderly Patients in the Emergency Department. *J Inflamm Res*. 2023; 16: 2947-54.
- [173] Heim N, van Fenema EM, Weverling-Rijnsburger AW, Tuijl JP, Jue P, Oleksik AM, et al. Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. *Age Ageing*. 2015; 44(2): 239-44.
- [174] Hoffmann S, Wiben A, Kruse M, Jacobsen KK, Lembeck MA, Holm EA. Predictive validity of PRISMA-7 as a screening instrument for frailty in a hospital setting. *BMJ Open*. 2020; 10(10): e038768.
- [175] Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013; 42(2): 262-5.
- [176] Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Korevaar JC, Buurman BM, de Rooij SE. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *J Clin Nurs*. 2010; 19(9-10): 1219-25.
- [177] Hussien H, Apetrii M, Onofriescu M, Nastasa A, Mircea G, Teodor I, et al. Frailty screening tools, functional status and life expectancy in elderly patients with pre-dialysis advanced chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2020; 35(Suppl 3).
- [178] 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine : Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. *Crit Care*. 2016; 20(Suppl 2): 94.
- [179] Ibrahim K, Mullee MA, Cox N, Russell C, Baxter M, Tilley S, et al. The feasibility and acceptability of assessing and managing sarcopenia and frailty among older people with upper limb fracture. *Age Ageing*. 2022; 51(1).
- [180] Jarman H, Crouch R, Baxter M, Cole E, Dillane B, Wang C. Frailty in major trauma study (FRAIL-T): a study protocol to determine the feasibility of nurse-led frailty assessment in elderly trauma and the impact on outcome in patients with major trauma. *BMJ Open*. 2020; 10(8): e038082.
- [181] Jarman H, Crouch R, Baxter M, Wang C, Peck G, Sivapathasuntharam D, et al. Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021; 29(1): 54.
- [182] Kabell Nissen S, Rueegg M, Carpenter CR, Kaeppli T, Busch JM, Fournaise A, et al. Prognosis for older people at presentation to emergency department based on frailty and aggregated vital signs. *J Am Geriatr Soc*. 2023; 71(4): 1250-8.
- [183] Kajsa E, Katarina W, Sten L, Synneve ID. Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emerg Med*. 2016; 16(1): 27.
- [184] Kallberg AS, Berg LM, Skogli S, Bjurbo C, Muntlin A, Ehrenberg A. Prevalence of frailty and associated factors in older adults seeking care at Swedish emergency departments. *BMC Geriatr*. 2023; 23(1): 798.
- [185] Lague A, Voyer P, Ouellet MC, Boucher V, Giroux M, Pelletier M, et al. Using the Bergman-Paris Question to screen seniors in the emergency department. *CJEM*. 2018; 20(5): 753-61.
- [186] Lee JS, Schwindt G, Langevin M, Moghabghab R, Alibhai SM, Kiss A, et al. Validation of the triage risk stratification tool to identify older persons at risk for hospital admission and returning to the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56(11): 2112-7.

- [187] Lewis ET, Dent E, Alkhouri H, Kellett J, Williamson M, Asha S, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019; 80: 104-14.
- [188] Liew CQ, Chen YC, Sung CW, Ko CH, Ku NW, Huang CH, et al. A novel scale for triage assessment of frailty in the emergency department (ED-FraS): a prospective videotaped study. *BMC Geriatr.* 2024; 24(1): 137.
- [189] Lin JW, Lin PY, Wang TY, Chen YJ, Yen DH, Huang HH. The Association Between Frailty Evaluated by Clinical Frailty Scale and Mortality of Older Patients in the Emergency Department: A Prospective Cohort Study. *Clin Interv Aging.* 2024; 19: 1383-92.
- [190] Liu H, Shang N, Chhetri JK, Liu L, Guo W, Li P, et al. A Frailty Screening Questionnaire (FSQ) to Rapidly Predict Negative Health Outcomes of Older Adults in Emergency Care Settings. *J Nutr Health Aging.* 2020; 24(6): 627-33.
- [191] Maeda A, Tokoo Y, Konishi Y, Okura A, Imai N, Tabuchi Y, et al. Frailty and Clinical Outcomes of Older Patients Admitted to an Emergency Department in Japan. *Cureus.* 2024; 16(11): e74721.
- [192] McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Belzile E, Verdon J. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Ann Emerg Med.* 2000; 36(5): 438-45.
- [193] McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Acad Emerg Med.* 2000; 7(3): 249-59.
- [194] McDonnell SM, Nikfar S, Blecha M, Halandras PM. Frailty screening for determination of hemodialysis access placement. *J Vasc Surg.* 2024; 79(4): 911-7.
- [195] Abstracts of the 16th International E-Congress of the European Geriatric Medicine Society. *European Geriatric Medicine.* 2020; 11(1): 1-309.
- [196] Michalski-Monnerat C, Carron PN, Nguyen S, Bula C, Mabire C. Assessing Older Patients' Vulnerability in the Emergency Department: A Study of InterRAI ED Screener Accuracy. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 68(12): 2914-20.
- [197] Mowbray F, Brousseau AA, Mercier E, Melady D, Emond M, Costa AP. Examining the relationship between triage acuity and frailty to inform the care of older emergency department patients: Findings from a large Canadian multisite cohort study. *CJEM.* 2020; 22(1): 74-81.
- [198] Mowbray FI, Heckman G, Hirdes JP, Costa AP, Beauchet O, Eagles D, et al. Examining the utility and accuracy of the interRAI Emergency Department Screener in identifying high-risk older emergency department patients: A Canadian multiprovince prospective cohort study. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2023; 4(1): e12876.
- [199] Mowbray FI, Heckman G, Hirdes JP, Costa AP, Beauchet O, Archambault P, et al. Agreement and prognostic accuracy of three ED vulnerability screeners: findings from a prospective multi-site cohort study. *CJEM.* 2023; 25(3): 209-17.
- [200] Nixon AC, Bampouras TM, Pendleton N, Mitra S, Dhaygude AP. Diagnostic Accuracy of Frailty Screening Methods in Advanced Chronic Kidney Disease. *Nephron.* 2019; 141(3): 147-55.
- [201] O'Caoimh R. Validation of the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC) among Older Adults in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(4).
- [202] Piffer I, Goetz C, Zevering Y, Andre E, Bourouis Z, Blettner N. Ability of Emergency Department Physicians Using a Functional Autonomy-Assessing Version of the Triage Risk Screening Tool to Detect Frail Older Patients Who Require Mobile Geriatric Team Consultation. *J Nutr Health Aging.* 2020; 24(6): 634-41.
- [203] Rabelo LG, Bjornsdottir A, Jonsdottir AB, Einarsson SG, Karason S, Sigurdsson MI. Frailty assessment tools and associated postoperative outcomes in older patients undergoing elective surgery: A prospective pilot study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2023; 67(2): 150-8.
- [204] Rizka A, Harimurti K, Pitoyo CW, Koesnoe S. Comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool in predicting mortality of older adults visiting the emergency department: Results from Indonesia. *Geriatr Gerontol Int.* 2020; 20(1): 47-51.
- [205] Rosted E, Schultz M, Dynesen H, Dahl M, Sorensen M, Sanders S. The Identification of Seniors at Risk screening tool is useful for predicting acute readmissions. *Dan Med J.* 2014; 61(5): A4828.
- [206] Rueegg M, Nissen SK, Brabrand M, Kaeppli T, Dreher T, Carpenter CR, et al. The clinical frailty scale predicts 1-year mortality in emergency department patients aged 65 years and older. *Acad Emerg Med.* 2022; 29(5): 572-80.
- [207] Salminen M, Viljanen A, Eloranta S, Viikari P, Wuorela M, Vahlberg T, et al. Frailty and mortality: an 18-year follow-up study among Finnish community-dwelling older people. *Aging Clin Exp Res.* 2020; 32(10): 2013-9.
- [208] Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, Rossi L, Spazzafumo L, Luzi R, et al. Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool. *Rejuvenation Res.* 2012; 15(3): 288-94.
- [209] Serina P, Lo AX, Kocherginsky M, Gray E, Lindquist LA, Post LA, et al. The Clinical Frailty Scale and Health Services Use for Older Adults in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(3): 837-9.

- [210] Shang N, Liu H, Wang N, Guo S, Ma L. Comparison of three frailty screening instruments for prediction of adverse outcomes among older adults in the emergency department. *Geriatr Gerontol Int*. 2022; 22(10): 851-6.
- [211] Shiffer D, Desai A, Cesari M, Generali E, Greco M, Savioli G, et al. Enhancing emergency care for older persons: the role and impact of the electronic Frailty Index. *Geroscience*. 2025; 47(3): 3207-15.
- [212] Singler K, Heppner HJ, Skutetzky A, Sieber C, Christ M, Thiem U. Predictive validity of the identification of seniors at risk screening tool in a German emergency department setting. *Gerontology*. 2014; 60(5): 413-9.
- [213] Sirois MJ, Emond M, Ouellet MC, Perry J, Daoust R, Morin J, et al. Cumulative incidence of functional decline after minor injuries in previously independent older Canadian individuals in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(10): 1661-8.
- [214] Slankamenac K, Haberkorn G, Meyer O, Bischoff-Ferrari HA, Keller DI. Prediction of Emergency Department Re-Visits in Older Patients by the Identification of Senior at Risk (ISAR) Screening. *Geriatrics (Basel)*. 2018; 3(3).
- [215] Solakoglu GA, Aciksari K, Nuhoglu C, Doker KO. Evaluation of factors affecting the length of stay of geriatric patients in the emergency department. *North Clin Istanbul*. 2023; 10(4): 444-50.
- [216] Suffoletto B, Miller T, Shah R, Callaway C, Yealy DM. Predicting older adults who return to the hospital or die within 30 days of emergency department care using the ISAR tool: subjective versus objective risk factors. *Emerg Med J*. 2016; 33(1): 4-9.
- [217] Sukkriang N, Punsawad C. Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly. *Heliyon*. 2020; 6(9): e04797.
- [218] Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BA, van Hout HP. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract*. 2016; 17: 102.
- [219] Taylor A, Broadbent M, Wallis M, Marsden E. The predictive validity of the interRAI ED screener for predicting re-presentation within 28 days for older adults at a regional hospital emergency department. *Australas Emerg Care*. 2019; 22(3): 149-55.
- [220] Tew YY, Chan JH, Keeling P, Shenkin SD, MacLulich A, Mills NL, et al. Predicting readmission and death after hospital discharge: a comparison of conventional frailty measurement with an electronic health record-based score. *Age Ageing*. 2021; 50(5): 1641-8.
- [221] Torun E, Az A, Akdemir T, Solakoglu GA, Aciksari K, Gungorer B. Evaluation of the risk factors for falls in the geriatric population presenting to the emergency department. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2023; 29(8): 897-903.
- [222] Viljanen A, Salminen M, Irjala K, Korhonen P, Wuorela M, Isoaho R, et al. Frailty, walking ability and self-rated health in predicting institutionalization: an 18-year follow-up study among Finnish community-dwelling older people. *Aging Clin Exp Res*. 2021; 33(3): 547-54.
- [223] Wang GQ, Gao YL, Deng P. Validation of a seven-question tool (PRISMA-7) in predicting prognosis of older adults in the emergency department: A prospective study. *Am J Emerg Med*. 2023; 73: 131-6.
- [224] Wretborn J, Munir-Ehrlington S, Horlin E, Wilhelms DB. Addition of the clinical frailty scale to triage tools and early warning scores improves mortality prognostication at 30 days: A prospective observational multicenter study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024; 5(5): e13244.
- [225] Yim VW, Rainer TH, Graham CA, Woo J, Wong TW, Lau FL, et al. Emergency department intervention for high-risk elders: identification strategy and randomised controlled trial to reduce hospitalisation and institutionalisation. *Hong Kong Med J*. 2011; 17(3 Suppl 3): 4-7.
- [226] Zaboli A, Brigo F, Brigiari G, Massar M, Ziller M, Sibilio S, et al. Comparative Analysis of Frailty Scales in Emergency Department: Highlighting the Strengths of the Triage Frailty and Comorbidity Tool. *J Emerg Nurs*. 2025; 51(1): 135-44.
- [227] Zaboli A, Brigo F, Sibilio S, Brigiari G, Massar M, Magnarelli G, et al. Assessing the utility of frailty scores in triage: a comparative study of validated scales. *Intern Emerg Med*. 2025; 20(2): 563-71.
- [228] Zulfiqar AA, Fresne M, Andres E. Assessing the Efficacy of the Modified SEGA Frailty (mSEGA) Screening Tool in Predicting 12-Month Morbidity and Mortality among Elderly Emergency Department Visitors. *J Clin Med*. 2023; 12(22).
- [229] Hébert R, Raïche M, Gueye NR. Survey disability questionnaire did not generate valid accurate data compared to clinical assessment on an older population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012, 54: e57-62.

---

## **SANTÉ QUÉBEC CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL**

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES  
D'INTERVENTION EN SANTÉ (UETMIS)

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION ET DE L'ÉTHIQUE

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE  
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-738  
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5  
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682  
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028

[UETMIS@CHUDEQUEBEC.CA](mailto:UETMIS@CHUDEQUEBEC.CA)

---