

L'approche gériatrique globale pour une clientèle d'ânés fragilisés hospitalisés

Rapport d'évaluation 04-16

Unité d'évaluation des technologies
Et des modes d'intervention en santé
(UETMIS)

Mars 2016

L'approche gériatrique globale pour une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés

Rapport d'évaluation

04-16

Préparé par

Geneviève Tremblay, erg., candidate à la maîtrise en ergothérapie

Marc-André Pellerin, erg., M.Sc.

Geneviève Asselin, M.Sc., M.B.A.

Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P.

Marc Rhainds, M.D., M.Sc., FRCPC

UETMIS, CHU de Québec – Université Laval

Mars 2016

Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique,
de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ)

www.chuq.qc.ca/fr/evaluation

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval.

COORDINATION

Dr Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ)

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Mme Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

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

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

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval. L'approche gériatrique globale pour une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés – Rapport d'évaluation préparé par Geneviève Tremblay, Marc-André Pellerin, Geneviève Asselin, Martin Coulombe et Marc Rhains (UETMIS 04-16) Québec, 2016, XII- 42 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2016 UETMIS - CHU de Québec – Université Laval.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

M^{me} Sophie Bellavance, physiothérapeute, HEJ

M^{me} Anne Boisvert, infirmière clinicienne à l'équipe d'intervention gériatrique de l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG), HSFA

M^{me} Marie-Claude Brodeur, ergothérapeute, adjointe à la Directrice des services multidisciplinaires de HSFA et responsable transversale des ergothérapeutes au CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Nathalie Cauchon, travailleuse sociale, L'HDQ

M^{me} Émilie Demers-Thibault, ergothérapeute, HSFA

M^{me} Julia Robitaille, ergothérapeute, CHUL

M^{me} Marie-Josée Sirois, ergothérapeute, HEJ, professeure agrégée au Département de réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval

AUTRES COLLABORATEURS

M^{me} Nathalie Allaire, infirmière, chef d'unité, UCDG, HSFA

M^{me} Annie Bélisle, physiothérapeute, HSFA

M^{me} Marie-Christine Bérubé, ergothérapeute, UCDG, HSFA

M^{me} Katia Boivin, ergothérapeute, conseillère à la qualité et à la gestion des risques, HSFA

M^{me} Catherine Poirier-Bisson, ergothérapeute, UCDG, HSFA

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec – Université Laval 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 CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels
M^{me} Katia Boivin, Conseil multidisciplinaire
Vacant, Comité des usagers
M^{me} Christine Danjou, Direction des soins infirmiers
D^{re} Anne Desjardins, Programme de prévention et contrôle des infections
M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé
M^{me} Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine
D^{re} Isabelle Marc, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Luc Ménard, Conseil des infirmières et infirmiers
M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments
M^{me} Michèle Ricard, adjointe au directeur, module Qualité, sécurité et gestion des risques, DEQEPAJ
M^{me} Karen Samson, Service-conseil de génie biomédical
M. Stéphane Tremblay, adjoint à la directrice, Direction des services multidisciplinaires

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de recherche
M. Martin Bussièrès, agent de recherche
M. Sylvain Bussièrès, agent de recherche
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ
M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration
M^{me} Renée Drolet, agente de recherche
M^{me} Brigitte Larocque, agente de recherche
M. Sylvain L'Espérance, agent de recherche
D^{re} Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS
M. Marc-André Pellerin, ergothérapeute (jusqu'au 31 juillet 2015)
Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS
M^{me} Geneviève Tremblay, ergothérapeute, candidate à la maîtrise en ergothérapie (a rédigé ce rapport d'évaluation dans le cadre d'un stage réalisé à l'UETMIS du 18 mai au 7 août 2015)

Ce document présente les informations répertoriées au 27 novembre 2015 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 de Québec – Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec – Université Laval, 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.

SOMMAIRE

L'approche gériatrique globale repose sur une évaluation multidimensionnelle du patient, tant au plan médical, fonctionnel, psychosocial qu'environnemental. Cette approche implique un travail en équipe multidisciplinaire afin d'élaborer un plan d'intervention coordonné et intégré pour une prise en charge précoce du patient. La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval (ci-après CHU de Québec) pour effectuer une révision des données probantes sur l'approche gériatrique globale afin de guider la prise de décision sur la possibilité de généraliser la pratique implantée à l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) à d'autres unités du CHU de Québec.

Il ressort de la recherche documentaire que l'approche gériatrique globale peut s'actualiser sous différentes formes dans les établissements de santé. En effet, on observe une grande variabilité au plan de l'implantation des composantes de l'approche en fonction des ressources disponibles, de la clientèle type et de l'organisation des soins dans les établissements de santé. Globalement, les données disponibles suggèrent que l'utilisation d'un modèle basé sur l'approche gériatrique globale pourrait avoir un impact positif sur certains indicateurs, en particulier sur le taux d'institutionnalisation. Il pourrait également y avoir un effet positif sur le statut fonctionnel. Toutefois, ces données sont appuyées par un faible niveau de preuve. Les résultats de l'enquête montrent que certaines des pratiques préconisées dans la littérature sont appliquées à l'UCDG de l'HSFA, dont la composition de l'équipe multidisciplinaire ainsi que la tenue de rencontres d'équipe quotidiennes. On remarque cependant certaines disparités entre les pratiques en cours à l'UCDG et celles rapportées dans la littérature, notamment au plan de l'utilisation d'outils et de protocoles standardisés. L'absence de données sur les impacts de l'approche implantée à l'UCDG limite sa transférabilité à d'autres unités du CHU de Québec.

En appréciant l'ensemble des données probantes, l'UETMIS recommande au CHU de Québec de documenter les retombées de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA avant d'envisager le transfert de ce modèle de soins à d'autres unités des hôpitaux du CHU de Québec. L'UETMIS juge aussi primordial de comparer l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins similaires au sein du CHU de Québec en termes, notamment, de clientèle, d'organisation des soins et de disponibilité des professionnels. Le développement d'indicateurs de suivi et d'amélioration pour l'expérience terrain de l'UCDG de l'HSFA serait également à considérer afin d'aider à la transférabilité de l'approche et mettre en place des stratégies d'amélioration continue et de standardisation des approches de soins.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AVQ	Activités de la vie quotidienne
BGS	<i>British Geriatrics Society</i>
BI	<i>Barthel Index</i>
CGA	<i>Comprehensive geriatric assessment</i>
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
DMN	Différence moyenne normalisée
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ECR	Essai clinique randomisé
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
GDS	<i>Geriatric Depression scale short form</i>
GEM	<i>Geriatric evaluation and management</i>
HSFA	Hôpital Saint-François d'Assise
IADL	<i>Lawton-Brody instrumental activities of daily living scale</i>
IC à 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
MBI	<i>Modified Barthel Index</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NRS	<i>Numerical pain rating scale</i>
RR	Risque relatif
TSR	Travailleur social réseau
TUG	<i>Timed up-and-go test</i>
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	IV
SOMMAIRE	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES ANNEXES.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	2
2.1 Question décisionnelle.....	2
2.2 Questions d'évaluation.....	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	3
3.1 Évaluation de l'efficacité	3
3.1.1 Recherche documentaire.....	3
3.1.2 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications	3
3.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données	3
3.2 Collecte d'informations sur l'expérience terrain à l'UCDG de l'HSFA	3
3.3 Contextualisation	4
3.4 Révision	4
4. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	5
4.1 Aînés fragilisés.....	5
4.2 Pratiques cliniques pour les soins des personnes âgées fragilisées	5
4.3 L'approche gériatrique globale.....	6
5. RÉSULTATS.....	8
5.1 Résultats de la recherche documentaire portant sur l'efficacité de l'approche gériatrique globale.....	8
5.1.2 Études observationnelles	14
5.1.3 Appréciation des données issues de la recherche documentaire	15
5.2 Résultats du groupe d'échange et de l'enquête portant sur l'expérience de l'UCDG de l'HSFA	18
5.2.1 Description de l'approche gériatrique globale appliquée à l'UCDG de l'HSFA	18
5.2.2 Barrières et facilitateurs à l'implantation de l'approche sur l'unité.....	19
5.2.3 Barrières et facilitateurs à l'application de l'approche.....	20
5.2.4 Comparaison entre l'approche gériatrique globale décrite dans la littérature et l'approche mise en place à l'UCDG de l'HSFA	20
5.2.5 Synthèse des résultats de l'enquête et limites	21

6. DISCUSSION.....	23
7. RECOMMANDATIONS.....	25
8. CONCLUSION	27
ANNEXES	28
RÉFÉRENCES	40

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE	28
ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES	29
ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION	31
ANNEXE 4. CADRE UTILISÉ POUR L'ANIMATION DU GROUPE D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES	33
ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ENQUÊTE PAR ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE	34
ANNEXE 6. COMPARAISON DES ÉTUDES PRIMAIRES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES.....	35
ANNEXE 7. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES GÉRIATRIQUES GLOBALES DÉCRITES DANS LES ÉTUDES OBSERVATIONNELLES	36
ANNEXE 8. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE EN FONCTION DES INDICATEURS D'INTÉRÊT DES ÉTUDES RETENUES.....	37

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE POUR LA CLIENTÈLE ÂNÉE HOSPITALISÉE.....	7
FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS.....	8

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES	4
TABEAU 2. PORTRAIT GLOBAL DES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES.....	9
TABEAU 3. CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES GÉRIATRIQUES GLOBALES DÉCRITES DANS LES ÉTUDES PRIMAIRES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES ¹	13
TABEAU 4. PRINCIPAUX OUTILS RAPPORTÉS DANS LES ÉTUDES PRIMAIRES POUR MESURER L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE	17
TABEAU 5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RECUEILLIS AVEC LE GROUPE D'ÉCHANGE PORTANT SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE IMPLANTÉE À L'UCDG DE L'HSFA.....	19
TABEAU 6. COMPARAISON DES PRATIQUES RELIÉES À L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE À CELLES DE L'UCDG DE L'HSFA.....	22

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

De nombreux modèles et approches de soins ont été développés à travers le monde afin de faire face aux besoins grandissants des personnes âgées hospitalisées, dont l'approche gériatrique globale. Cette approche repose sur une évaluation du patient, tant au plan médical, fonctionnel, psychosocial qu'environnemental, et implique un travail en équipe multidisciplinaire afin d'élaborer un plan d'intervention coordonné et intégré. Elle sous-tend une prise en charge précoce du patient par les intervenants, dès le début de l'épisode de soins. Suite à la mise en place d'un modèle de prise en charge précoce des aînés fragilisés à l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA), un questionnaire a été soulevé sur la possibilité de généraliser ce mode de pratique à d'autres unités du CHU de Québec – Université Laval (ci-après CHU de Québec). La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec pour effectuer une révision des données probantes sur l'approche gériatrique globale afin de guider la prise de décision en lien avec l'organisation des services aux patients et d'optimiser la trajectoire de soins de l'établissement.

QUESTION DÉCISIONNELLE

Peut-on généraliser le modèle de prise en charge précoce des aînés fragilisés implanté à l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités du CHU de Québec?

QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quelle est l'efficacité de l'approche gériatrique globale auprès d'une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés pour une condition médicale aiguë ?
2. Quels sont les barrières et les facilitateurs à l'application de l'approche gériatrique globale ?

MÉTHODOLOGIE

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de plusieurs bases de données indexées et de la littérature grise pour évaluer l'efficacité de l'approche gériatrique globale pour une clientèle d'aînés fragilisés. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont aussi été consultés. La recherche visait à identifier des revues systématiques, des méta-analyses, des essais cliniques randomisés (ECR), des études observationnelles ainsi que des guides de pratique traitant de l'approche et de son efficacité. Les bibliographies des articles consultés ont aussi été examinées. Les documents rédigés en français ou en anglais, publiés depuis le 1^{er} janvier 2000 jusqu'au 27 novembre 2015, ont été inclus. Deux évaluateurs ont procédé de manière indépendante à la sélection, à l'évaluation de la qualité des documents et à l'extraction des données. La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec des experts du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail interdisciplinaire étaient représentatifs de plusieurs directions et départements du CHU de Québec et représentaient plusieurs groupes professionnels. Ils ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'à l'analyse et à la synthèse des connaissances issues de la démarche d'évaluation. Un groupe d'échange a été constitué afin de mettre en perspective les caractéristiques de l'approche gériatrique globale décrite dans la littérature et celles mises en place lors de l'expérience terrain à l'UCDG de l'HSFA. L'exercice visait également à identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation et à l'application de l'approche dans la réalité clinique.

RÉSULTATS

Résultats issus de la recherche documentaire

Au total, 40 publications ont été sélectionnées et évaluées pour leur éligibilité. Les documents retenus consistent en trois revues systématiques dont deux avec méta-analyse ainsi que deux études observationnelles. Aucun ECR publié après la plus récente revue systématique retenue n'a été identifié. Aucun guide de pratique traitant de l'efficacité de l'approche gériatrique globale n'a été identifié.

Les résultats des trois revues systématiques retenues se rapportent à 27 études primaires qui totalisent 36 publications. La majorité des études (n = 20) portent sur des modèles d'organisation de l'approche gériatrique globale en unités de soins fixes, bien qu'un certain nombre (n = 9) porte sur des équipes mobiles. Toutes les interventions recensées dans les études comprennent une équipe multidisciplinaire dont la composition varie et inclut dans la majorité des cas, en plus de l'équipe médicale, un travailleur social (n = 19), un physiothérapeute (n = 15) ou un ergothérapeute (n = 13). Par ailleurs, la sélection de la population cible et l'utilisation de protocoles de soins standardisés sont rarement mentionnées par les auteurs, bien que ces caractéristiques fassent partie intégrante de l'approche gériatrique globale. Des outils d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle validés et standardisés sont rapportés dans 11 des 27 études.

Les données disponibles suggèrent que l'implantation d'un modèle d'organisation des soins basé sur l'approche gériatrique globale pourrait avoir un impact positif sur les indicateurs d'efficacité étudiés dont, en particulier, le taux d'institutionnalisation. En effet, une réduction significative du nombre de patients admis en institution un an après la fin de l'hospitalisation a été rapportée dans les revues systématiques. Les données recensées indiquent également des effets positifs possibles de cette approche sur le statut fonctionnel. Toutefois, en raison de la diversité des outils de mesure employés et des paramètres inclus dans la définition d'autonomie fonctionnelle, il n'est pas possible d'établir si les gains fonctionnels observés sont comparables d'une étude à l'autre. Enfin, des effets contradictoires de l'approche gériatrique globale ont été observés en ce qui concerne la durée moyenne de séjour. La variabilité des effets sur cet indicateur pourrait être expliquée par les différences démographiques des populations étudiées, les différences entre les établissements de santé inclus dans les études ainsi que l'hétérogénéité au niveau de l'organisation des soins d'une étude à l'autre.

Les analyses issues des revues systématiques ne permettent pas de déterminer de manière concluante l'ampleur de l'effet associé à l'approche gériatrique globale en raison 1) des limites des données, 2) de l'effet possible d'autres facteurs sur les indicateurs d'efficacité qui n'ont pas été pris en compte par l'ensemble des auteurs dans leurs analyses et 3) de la variabilité des composantes des modèles de soins étudiés. Dans un tel contexte, il semble difficile de porter un jugement sur l'impact attendu du modèle d'organisation des soins pour la prise en charge des personnes âgées présentant un syndrome de fragilité et, par le fait même, de généraliser les résultats observés à d'autres contextes de soins.

Résultats issus du groupe d'échange et de l'enquête portant sur l'expérience de l'UCDG de l'HSFA

Les caractéristiques de l'approche gériatrique globale mise en application à l'UCDG de l'HSFA ont été comparées avec d'autres modèles de soins décrits dans la littérature révisée. On constate que certaines des pratiques préconisées dans la littérature sont appliquées à l'UCDG de l'HSFA, telles que la composition de l'équipe multidisciplinaire ainsi que la tenue de rencontres d'équipe quotidiennes. Certaines disparités sont toutefois présentes, notamment au plan de l'utilisation d'outils et de protocoles standardisés. De plus, la caractérisation de l'approche de soins de l'UCDG a permis de dégager certains facilitateurs et barrières à prendre en considération en vue d'une implantation éventuelle du modèle dans d'autres unités de soins, notamment en lien avec la stabilité de l'équipe sur l'unité et la tenue de rencontres quotidiennes qui facilitent la communication entre les membres de l'équipe. En absence de données, il n'a pas été possible de documenter les impacts de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA, et ce, tant pour le patient, pour l'organisation que les cliniciens. Il s'agit d'une limite majeure qui rend difficile la mise en évidence des retombées de l'approche gériatrique globale ainsi que la comparaison de l'efficacité avec d'autres unités de soins.

CONSTATS

Il se dégage les constats suivants de l'analyse et de l'appréciation des données probantes incluant les résultats de l'enquête et les discussions avec le groupe de travail :

- L'approche gériatrique globale : une variété de modèles de soins en réponse aux besoins spécifiques d'une unité de soins et de la population visée
- L'implantation de l'approche gériatrique globale : une amélioration des indicateurs d'efficacité appuyée sur un faible niveau de preuve
- L'approche gériatrique globale : des facilitateurs et des obstacles dont il faut tenir compte lors de sa mise en application

RECOMMANDATION

Il est recommandé au CHU de Québec de documenter les retombées de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA avant d'envisager le transfert de ce modèle de soins à d'autres unités des hôpitaux du CHU de Québec.

Parmi les paramètres à documenter, il serait intéressant de s'attarder :

- au processus d'implantation, incluant la mise en place de la démarche d'optimisation basée sur le lean en parallèle avec l'approche gériatrique globale;
- au profil détaillé des composantes de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA;
- au profil de la clientèle type (statut fonctionnel, caractéristiques démographiques, fonctions cognitives, etc.);
- au suivi de l'orientation au congé des patients de l'hôpital;
- aux données concernant l'expérience patient et l'expérience des professionnels de la santé impliqués;
- au statut fonctionnel des patients à différents moments après la sortie de l'hôpital (trois mois, six mois, un an);
- aux coûts additionnels et évités reliés à l'application du modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale;
- à la mesure d'indicateurs dans le cadre d'une analyse avant/après en fonction des périodes où le modèle a été implanté à l'UCDG de l'HSFA (p.ex. durée moyenne de séjour, taux de réadmission, erreurs médicamenteuses);
- À la comparaison de l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins similaires au sein du CHU de Québec.

CONCLUSION

Bien qu'appuyée par un faible niveau de preuve, l'approche gériatrique globale contribuerait à diminuer le taux d'institutionnalisation et pourrait avoir un impact positif sur le statut fonctionnel, et ce, même en l'absence d'impact sur la durée moyenne de séjour et le taux de réadmissions. L'expérience terrain vécue à l'UCDG de l'HSFA suggère également des effets bénéfiques possibles de cette approche sur l'organisation du travail et la qualité des soins. La prise en compte de l'ensemble de l'information recueillie indique qu'il serait prématuré de généraliser l'approche gériatrique globale mise en place à l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins du CHU de Québec. Les retombées de cette expérience terrain sur l'organisation du travail, la qualité des services offerts aux aînés fragilisés hospitalisés, le budget de fonctionnement et les coûts évités devraient d'abord être mieux documentés dans un objectif d'amélioration continue, et ce, avant d'envisager sa transférabilité.

1. INTRODUCTION

En centre hospitalier, plusieurs facteurs influencent la qualité des services, la sécurité des patients et la durée de séjour sur les unités de soins de courte durée. Dans ce contexte, il s'avère primordial que toutes les interventions requises par les différents professionnels puissent s'amorcer rapidement dans la trajectoire de soins du patient. Cet élément est particulièrement important pour l'équipe psychosociale et l'équipe de réadaptation car il permet de dresser rapidement un portrait fonctionnel et biopsychosocial du patient afin de préciser ses besoins et de cibler les objectifs et les obstacles au congé. Une intervention précoce permet, en outre, de moduler l'intensité des interventions et des traitements spécialisés de réadaptation selon la nature des problématiques vécues par le patient et facilite la mise sur pied rapide de la coordination nécessaire à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire visant le retour à domicile du patient dans les meilleures conditions. Le départ du patient au bon moment s'avère d'ailleurs un élément essentiel dans la gestion des lits car les délais de prise en charge contribuent à réduire l'accessibilité des lits de soins aigus et sont responsables d'incidents préjudiciables pour le patient, liés aux risques qui y sont associés tels que le déconditionnement, la perte d'autonomie, les infections nosocomiales et le délirium [1].

À cet effet, un modèle de soins basé sur une approche gériatrique globale a été mis en place à l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) dans le cadre d'une optimisation des services selon l'approche lean. L'approche gériatrique globale repose sur une évaluation multidimensionnelle du patient aux plans médical, fonctionnel, psychosocial et environnemental. Cette approche implique le travail en équipe multidisciplinaire afin d'élaborer un plan d'intervention coordonné et intégré. Elle sous-tend une prise en charge précoce du patient par les intervenants, soit dès le début de l'épisode de soins. Ce modèle de soins permettrait notamment de réduire la durée de séjour, de prévenir le déclin fonctionnel des patients hospitalisés et d'améliorer leur satisfaction à l'égard de l'amélioration de leur état de santé [2].

La Direction des services multidisciplinaires (DSM) a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval (ci-après CHU de Québec) pour effectuer une révision des données probantes sur l'approche gériatrique globale afin de guider la prise de décision en lien avec l'organisation des services aux patients et d'optimiser la trajectoire de soins de l'établissement.

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 Question décisionnelle

Peut-on généraliser le modèle de prise en charge précoce des aînés fragilisés implanté à l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités du CHU de Québec ?

2.2 Questions d'évaluation

1. Quelle est l'efficacité de l'approche gériatrique globale auprès d'une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés pour une condition médicale aiguë ?
2. Quels sont les barrières et les facilitateurs à l'application de l'approche gériatrique globale ?

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

3.1 Évaluation de l'efficacité

3.1.1 Recherche documentaire

Le Tableau 1 résume les critères d'éligibilité, les limites ainsi que les indicateurs définis *a priori* pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées *Medline (PubMed)*, *Embase*, du *Centre for Reviews and Dissemination*, de la bibliothèque *Cochrane*, de *CINHAL* et de la littérature grise afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que les guides de pratique. En absence d'étude de synthèse ou en raison d'une qualité méthodologique insuffisante des études disponibles, la recherche documentaire se poursuit dans le respect de la hiérarchie des devis d'études présentée au Tableau 1. 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 rechercher des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérés est présentée à l'Annexe 1. Les stratégies de recherche utilisées sont présentées à l'Annexe 2. Les bibliographies des articles pertinents ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt.

3.1.2 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des documents a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (M-A.P. et G.T.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au Tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) a été sollicité afin de parvenir à un consensus.

3.1.3 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (M-A.P. et G.T.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques a été réalisée à l'aide de la grille R-AMSTAR [3]. Les études originales ont été évaluées à partir des grilles d'analyse adaptées du guide méthodologique de recherche et d'analyse documentaire de l'UETMIS [4]. L'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (M-A.P. et G.T.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 3.

3.2 Collecte d'informations sur l'expérience terrain à l'UCDG de l'HSFA

Dans un premier temps, un groupe d'échange de connaissances a été organisé dans le but de mettre en perspective les caractéristiques de l'approche gériatrique globale décrite dans la littérature et celles mises en place lors de l'expérience terrain à l'UCDG de l'HSFA. La rencontre avait aussi pour objectif de recueillir la perception des intervenants concernant les barrières et les facilitateurs à l'application de l'approche gériatrique globale dans le milieu de soins. Le groupe était composé de cliniciens, dont deux ergothérapeutes et une physiothérapeute, travaillant à temps complet à l'UCDG où s'est déroulé le projet. Le cadre ayant servi de guide pour conduire le groupe d'échange de connaissances est présenté à l'Annexe 4.

Dans un deuxième temps, une enquête par entrevues semi-structurées a été réalisée auprès de trois intervenants œuvrant à l'HSFA durant la mise en place de l'approche à l'UCDG dont deux gestionnaires ayant participé à l'implantation et un ergothérapeute travaillant à l'unité au moment de l'implantation du projet. Les objectifs de l'enquête étaient de décrire la situation ayant conduit à la mise en place de l'approche, de recueillir la perception des intervenants à propos des retombées positives et négatives du modèle de soins ainsi que d'identifier les barrières et les facilitateurs à son implantation. Le questionnaire ayant servi de guide pour conduire les entrevues semi-structurées est présenté à l'Annexe 5. L'extraction des données a été effectuée par un seul évaluateur (G.T.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet.

TABEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Aînés fragilisés ¹ hospitalisés
Intervention	Approche gériatrique globale Unité d'évaluation et de gestion gériatrique
Comparateur	Approche de soins standard
Résultats	<u>Indicateurs primaires :</u> - Autonomie fonctionnelle - Retour à domicile/ institutionnalisation <u>Indicateurs secondaires :</u> - Durée moyenne de séjour - Nombre de réadmissions
Types de documents hiérarchisés en fonction de la force du devis	I. Rapports d'ETMIS, revues systématiques (RS) avec ou sans méta-analyse, guides de pratique II. ECR III. Études observationnelles IV. Séries de cas V. Études de cas VI. Études expérimentales VII. Avis ou consensus d'experts
LIMITES	CRITÈRES D'EXCLUSION
- Langue : français et anglais - Période : du 1^{er} janvier 2000 au 27 novembre 2015	Résumés de congrès

¹ Adultes de 65 ans et plus présentant un déclin fonctionnel et de multiples comorbidités avec des besoins complexes et à haut risque de complications de santé [5].

3.3 Contextualisation

La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec des experts du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail interdisciplinaire étaient représentatifs de plusieurs directions et départements du CHU de Québec et représentaient plusieurs groupes professionnels (voir la liste en page iii). Ils ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'à l'analyse de la synthèse des connaissances issues de la démarche d'évaluation réalisée par l'équipe de l'UETMIS. 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.

3.4 Révision

Le rapport a été révisé et adopté par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS lors de sa réunion du 23 février 2016.

4. INFORMATIONS GÉNÉRALES

4.1 Aînés fragilisés

Tous les pays occidentaux font face actuellement au vieillissement de leur population, qui se traduit par un accroissement de la proportion de personnes âgées admises dans les hôpitaux. À eux seuls, les adultes âgés de 65 ans et plus mobilisent en moyenne la moitié des lits occupés dans les hôpitaux du Québec [6] et ce nombre est appelé à croître avec les années en raison des changements démographiques. Une proportion grandissante de la clientèle aînée présente un profil clinique atypique et complexe, marqué par un déclin fonctionnel et de multiples comorbidités. Cette population est considérée comme étant fragilisée puisqu'elle a des besoins complexes et est à haut risque de complications de santé. Il n'existe pas de définition consensuelle de la fragilité, mais il est généralement admis qu'elle correspond à un syndrome physiologique où les réserves fonctionnelles de la personne sont réduites, ce qui entraîne une plus grande susceptibilité aux agents stressants tels qu'une infection, un délirium, une chute ou une fracture [5].

Il est admis que la prévalence de la fragilité augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes et les adultes vivant avec des maladies chroniques. Collard *et al.* ont estimé entre 4 et 59 % la prévalence d'aînés fragilisés dans la communauté [5]. L'absence de définition universelle permet d'expliquer partiellement cet écart. En effet, certains auteurs décrivent la fragilité d'un point de vue strictement physique où la présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes sont requises : perte de poids, fatigue, faiblesse, ralentissement et diminution de l'activité physique [7]. D'autres chercheurs ont une définition plus étendue de la fragilité qui prend en compte les dimensions sociale et psychologique du patient. Dans le cadre de cette définition, la fragilité consiste en une variété d'incapacités dans plusieurs sphères telles que l'humeur, la cognition, le statut fonctionnel et la continence [8]. Au plan sociétal, la fragilité constitue un élément important puisqu'elle caractérise une portion de la population qui nécessite davantage de soins médicaux. La complexité des caractéristiques de cette clientèle a des répercussions importantes sur la trajectoire de soins en centre hospitalier, peut prolonger la durée de séjour et augmenter le nombre de réadmissions en plus d'aggraver le déclin fonctionnel des patients [1]. Les gestionnaires et les professionnels du réseau de la santé sont par conséquent à la recherche de moyens permettant de réduire la durée de séjour ainsi que d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins prodigués à ces patients.

4.2 Pratiques cliniques pour les soins des personnes âgées fragilisées

De nombreux modèles et approches de soins ont été développés à travers le monde afin de faire face aux besoins grandissants des personnes âgées hospitalisées. Des revues narratives et des guides de pratique traitant de l'identification et de la prise en charge de la fragilité chez les aînés ont été élaborés dans le but de guider les professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès de cette population [9-12]. Le guide de pratique de la *British Geriatrics Society* (BGS) recommande aux professionnels de la santé et des services sociaux d'évaluer la présence de fragilité chez les aînés lors de toutes leurs rencontres avec le patient, de procéder à une évaluation globale basée sur l'approche gériatrique globale et d'élaborer un plan d'intervention personnalisé pour les aînés identifiés comme étant fragilisés [13]. De plus, la BGS recommande de développer des protocoles et trajectoires de soins efficaces qui débutent au moment opportun afin de prendre en charge les problèmes de santé aigus qui peuvent survenir chez cette population tels que les chutes, le délirium et l'immobilisation soudaine [13]. À cet effet, la BGS considère l'approche gériatrique globale comme le modèle à suivre en matière de prise en charge des aînés fragilisés et recommande sa mise en pratique dans tous les cas où la fragilité d'un patient est qualifiée de modérée à grave [10, 12].

Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié en 2011 un cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier [14]. Ce guide de bonnes pratiques a été conçu pour sensibiliser et outiller les médecins, les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers afin de prévenir ou d'atténuer le phénomène de déclin fonctionnel. Selon ce document, il faudrait dépister et repérer rapidement la clientèle âgée vulnérable, intervenir de manière préventive pour toute la clientèle âgée et adapter les interventions selon les besoins des personnes âgées [14].

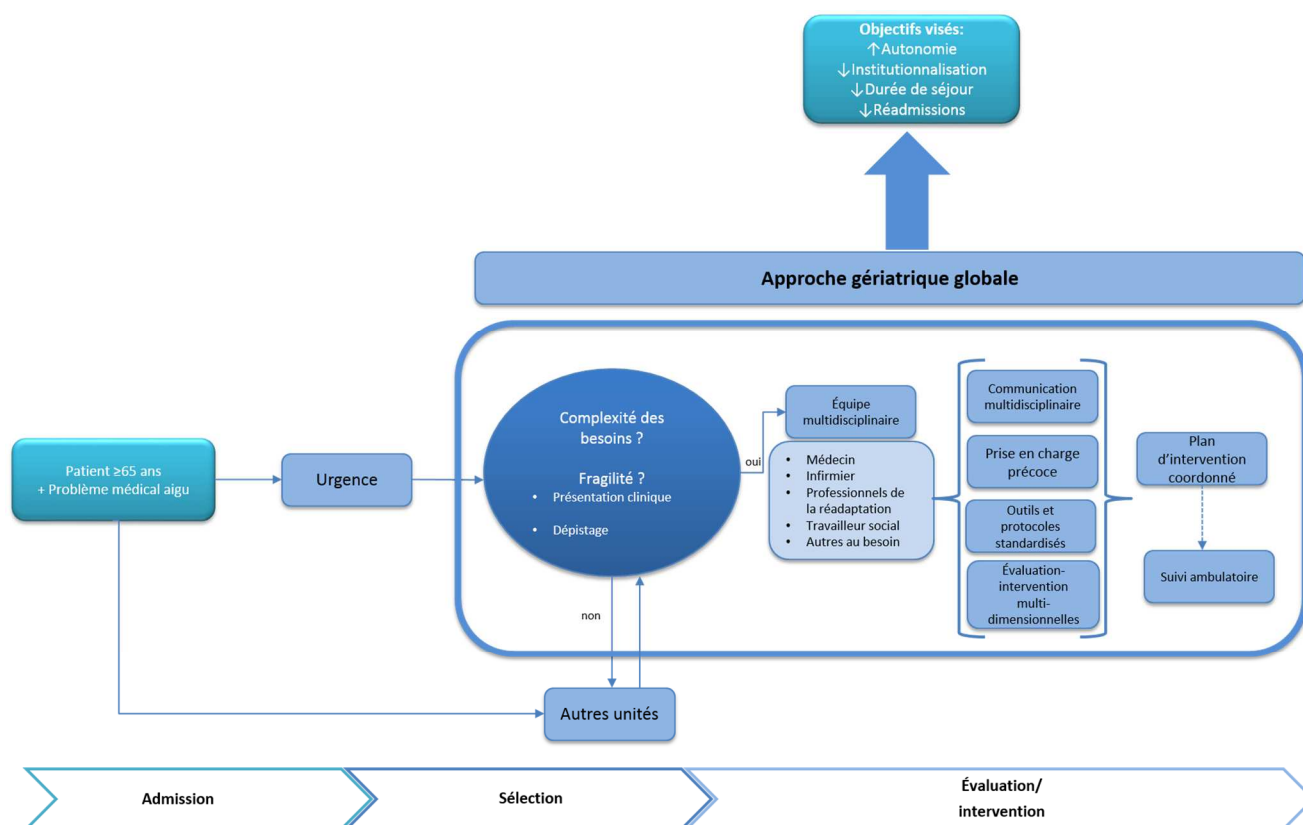
4.3 L'approche gériatrique globale

L'approche gériatrique globale est un modèle de soins de santé élaboré dans le but de répondre aux besoins complexes de la clientèle âgée fragilisée. L'objectif global visé par cette approche est de maintenir et de développer l'autonomie des patients durant l'hospitalisation [15]. Les termes « *comprehensive geriatric assessment (CGA)* » ou « *geriatric evaluation and management (GEM)* » sont généralement utilisés dans la littérature scientifique pour désigner ce modèle de soins.

Bien que les composantes de l'approche gériatrique globale varient d'une étude à une autre, plusieurs caractéristiques essentielles sont partagées par l'ensemble des modèles décrits dans la littérature. La Figure 1 résume les principales particularités de l'approche gériatrique globale. D'abord, cette approche de soins est multidimensionnelle, ce qui signifie qu'elle prend en compte l'ensemble des caractéristiques du patient, non seulement sa situation médicale, mais également son état fonctionnel, environnemental, social, psychologique et affectif. De ce fait, il s'agit d'une approche multidisciplinaire, c'est-à-dire qu'elle requiert l'apport d'un ensemble de disciplines et l'expertise de plusieurs professionnels de la santé selon les particularités et la complexité de la situation du patient. Elle comprend minimalement l'implication d'un médecin, d'un professionnel des soins infirmiers ainsi que d'un autre professionnel de la santé, souvent un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un travailleur social. D'autres professionnels peuvent aussi se greffer à l'équipe selon les besoins identifiés, comme un pharmacien, un nutritionniste ou un orthophoniste. L'approche peut s'organiser sous forme d'équipes de consultation mobiles se déplaçant sur les unités de soins afin de rencontrer les patients et formuler des recommandations à l'équipe traitante de l'unité en question. L'approche gériatrique globale peut également être structurée sous forme d'unité de soins indépendante où l'équipe multidisciplinaire est basée. Le présent rapport s'est cependant intéressé davantage au second modèle étant donné qu'il s'apparente à l'approche mise en place à l'UCDG de l'HSFA.

L'approche gériatrique globale est considérée comme un processus de soins itératif et non comme un modèle exclusif d'évaluation [15]. Elle permet de dégager une liste de problèmes rencontrés par le patient et de les qualifier afin de les prendre en charge de manière appropriée [15]. L'intervention et la réadaptation précoces sont préconisées bien que la majeure partie du temps passé auprès du patient soit généralement allouée à l'évaluation et à la formulation de recommandations. Le développement d'un plan d'intervention coordonné fait également partie des caractéristiques essentielles de l'approche [16]. Celui-ci peut être soit intégré et commun à l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, soit unidisciplinaire. Toutefois, malgré la présence occasionnelle de plans d'intervention individuels par chacun des professionnels, les stratégies facilitant la communication régulière et la multidisciplinarité constituent une partie centrale de l'approche gériatrique globale. Ainsi, la tenue de réunions d'équipe quotidiennes à hebdomadaires est rapportée dans la majorité des modèles. Un autre aspect important de l'approche gériatrique globale est la prise en charge précoce des patients dès leur admission. En effet, les patients sont rapidement pris en charge par l'équipe entre 24 à 72 heures suivant leur admission sur l'unité [17]. De plus, l'approche est généralement ciblée pour les personnes âgées fragilisées qui sont plus susceptibles d'en bénéficier [16]. Par contre, la méthode de sélection des patients fragilisés n'est pas systématiquement rapportée dans toutes les études et les critères utilisés pour identifier les cas de fragilité ne sont pas identiques parmi l'ensemble des approches décrites dans la littérature. La prise en charge précoce comprend autant la mobilisation, la planification du congé que les interventions de reprise d'autonomie. L'utilisation d'outils et de protocoles de soins standardisés et validés administrés de façon systématique est également décrite dans plusieurs approches gériatriques globales, mais ne fait cependant pas l'unanimité. Finalement, certaines approches gériatriques globales font état d'un suivi ambulatoire à long terme après la fin de l'hospitalisation.

FIGURE 1. REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE POUR LA CLIENTÈLE ÂÎNÉE HOSPITALISÉE

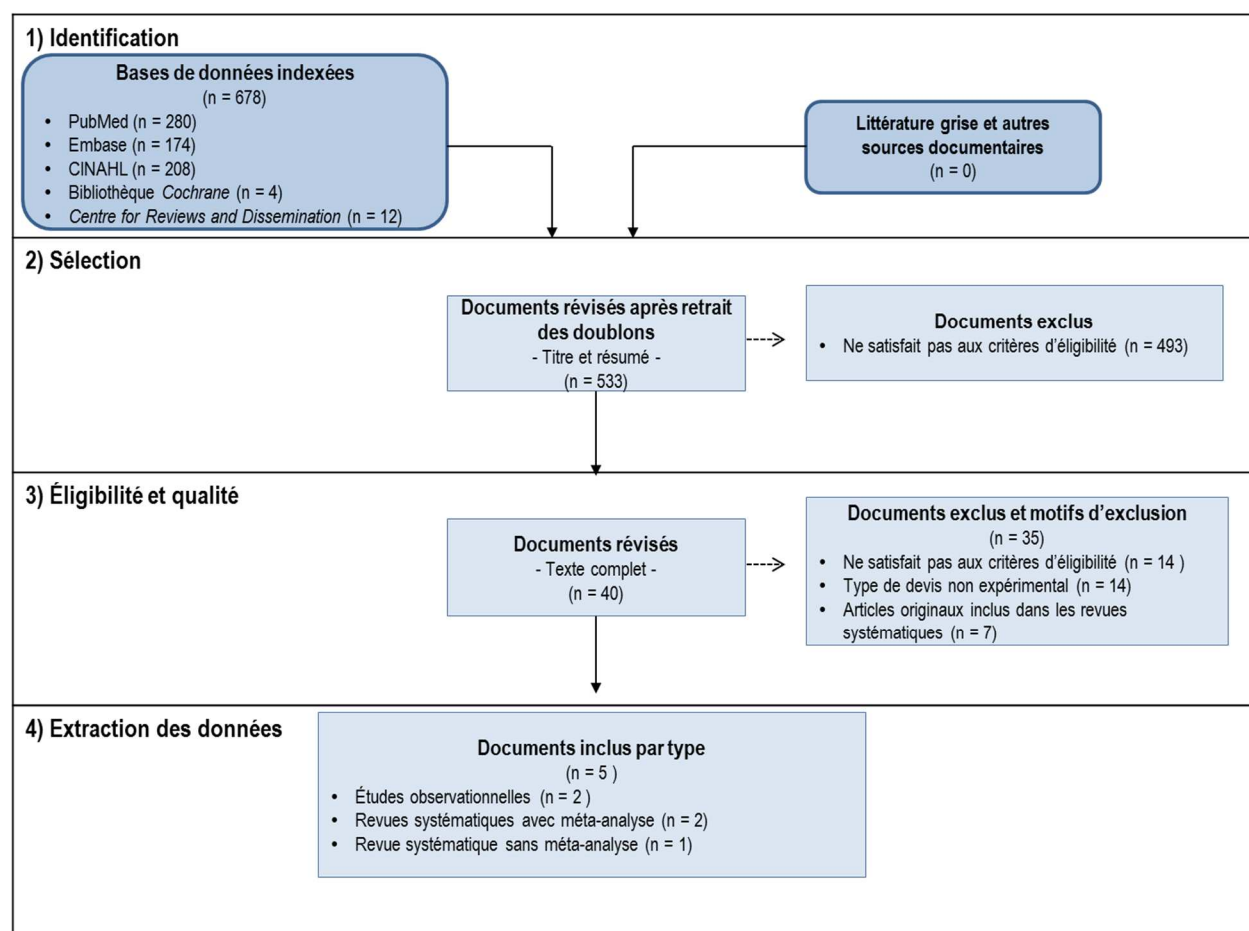


5. RÉSULTATS

5.1 Résultats de la recherche documentaire portant sur l'efficacité de l'approche gériatrique globale

La recherche documentaire a permis d'identifier 533 documents différents. Au total, 40 publications ont été sélectionnées et évaluées pour leur éligibilité. Les documents retenus consistent en trois revues systématiques [18-20] dont deux avec méta-analyse [19, 20] ainsi que deux études observationnelles [21, 22]. Aucun essai clinique randomisé (ECR) publié après la plus récente revue systématique retenue n'a été identifié. Le diagramme du processus de sélection des documents est présenté à la Figure 2. Aucun guide de pratique traitant de l'efficacité de l'approche gériatrique globale n'a été identifié.

FIGURE 2. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS



5.1.1 REVUES SYSTÉMATIQUES

Trois revues systématiques traitant de l'efficacité de l'approche gériatrique globale ont été recensées. Les résultats de ces revues se rapportent à 27 études primaires qui totalisent 36 publications. Le Tableau 2 présente un portrait général de ces trois revues systématiques. Tel qu'illustré à l'Annexe 6, la majorité des études primaires sont incluses dans au moins deux des trois revues systématiques retenues. Douze études se retrouvent uniquement dans l'une ou l'autre des revues systématiques sélectionnées [23-34]. Sur les 36 études primaires incluses, trois se retrouvent dans l'ensemble des revues systématiques retenues [35-37]. Le Tableau 3 présente les différentes caractéristiques des modèles de soins décrits dans les études primaires.

TABEAU 2. PORTRAIT GLOBAL DES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES

Auteur, année, [réf]	Objectif	Population	Indicateurs	n études incluses
Bakker, 2011 [18]	Réviser les preuves sur les meilleures pratiques d'intervention auprès des aînés fragilisés hospitalisés	• 8 752 participants • 74,2 à 85,8 ans • 4 pays (É.-U., Suède, Australie, Canada)	• Statut fonctionnel • Durée de séjour • Orientation au congé • Réadmissions	17 études (20 articles) 12 ECR 5 EO
Ellis, 2011 [19]	Évaluer l'efficacité de l'approche gériatrique globale auprès d'aînés fragilisés hospitalisés	• 10 315 participants • 74 à 83 ans • 6 pays (É.-U., Suède, Australie, Canada, Allemagne, Norvège)	• Institutionnalisation • Dépendance/AVQ • Durée de séjour • Réadmissions	22 études (29 articles) 22 ECR
Van Craen, 2010 [20]	Évaluer l'efficacité du GEM auprès d'aînés fragilisés hospitalisés	• 4 759 participants • 74,2 à 82,4 ans • 4 pays (É.-U., Autriche, Allemagne, Norvège)	• Institutionnalisation • Déclin fonctionnel • Durée de séjour	7 études (13 articles) 6 ECR 1 EO

É.-U. : États-Unis; EO : étude observationnelle; AVQ : activités de la vie quotidienne; GEM : *geriatric evaluation and management*.

Bakker et al., 2011 [18]

Les auteurs de cette revue systématique ont révisé les preuves sur les meilleures pratiques d'intervention auprès des aînés fragilisés hospitalisés. Les auteurs ont répertorié 20 articles portant sur 17 études dont 12 ECR [24, 35-48] et cinq études observationnelles [25-29]. Les études incluses comprennent une population de 8 752 participants âgés de 74,2 à 85,8 ans dont la plupart ont été sélectionnés pour leur fragilité sur la base de leur âge, tandis que sept études ont utilisé davantage de critères pour identifier les patients fragilisés [24, 26, 28, 35, 42, 44, 45, 48]. Les études décrivent une variété d'interventions destinées aux personnes âgées hospitalisées, dont l'approche gériatrique globale, en comparaison avec les soins médicaux standard. Les interventions décrites, à l'exception de deux [24, 26], incluent une équipe multidisciplinaire. Une étude fait état d'une intervention ayant débuté à l'urgence [24], mais la majorité des interventions étudiées ont été amorcées sur des unités médicales générales. Quatre études traitent d'une intervention incluant une modification de l'environnement physique du milieu de soins [26, 36, 37, 40]. Dans une majorité d'études, les interventions étaient réalisées sous la responsabilité soit d'une infirmière [24, 26, 29, 36, 37, 40, 41], soit d'un médecin [24, 25, 27, 28, 35, 38, 39, 43, 46] tandis que le principal responsable de soins dans une étude était un professionnel de la réadaptation [27]. Les principaux indicateurs étudiés par les auteurs de la revue systématique sont le statut fonctionnel, la durée de séjour, la mortalité, l'orientation au congé, les réadmissions, les complications, l'utilisation des ressources et les coûts.

L'efficacité des interventions sur le déclin fonctionnel a été abordée dans 14 études dont trois ayant montré des effets positifs sur la dimension physique [28, 35, 37] et cinq ayant suggéré des effets positifs sur la santé mentale, émotionnelle et cognitive [26, 41, 42, 45, 48]. Parmi les études retenues, huit ont rapporté des résultats sur l'orientation au congé. L'une d'elle [40] a présenté un taux significativement plus élevé d'institutionnalisation tandis qu'une autre [44] a montré une diminution significative du nombre d'admissions en résidence 12 mois après le congé de l'hôpital. Neuf études présentaient des résultats sur les durées de séjour dont une ayant montré une réduction significative de la durée de séjour sur un des deux sites où s'est déroulée l'étude [40]. Enfin, une réduction significative du nombre de réadmissions six mois après le congé de l'hôpital a été rapportée dans une [47] des cinq études qui présentaient des données sur les réadmissions à l'hôpital.

Bien que plusieurs interventions suggèrent des effets positifs associés à l'approche gériatrique globale, il ne se dégage pas de cette revue systématique de consensus sur les meilleures pratiques à adopter dans les hôpitaux pour augmenter la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins aux aînés fragilisés hospitalisés. En effet, en raison des méthodologies de faible qualité et de l'hétérogénéité des études primaires retenues, les données recueillies ne permettent pas d'effectuer de méta-analyse ou d'obtenir un niveau de preuve de qualité élevée. Les auteurs expliquent cette hétérogénéité par la grande

variabilité des interventions d'un centre hospitalier à un autre, en raison des caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population, des pratiques de références du milieu, de la spécialisation de l'hôpital et du personnel en place, et ce, malgré que les interventions soient basées sur un même modèle de soins. Afin de donner une explication à l'absence de différence entre les interventions, les auteurs soulignent le fait que les soins conventionnels pourraient potentiellement s'être améliorés de façon importante durant le déroulement des études retenues. Ils mentionnent également la possibilité d'une contamination de l'approche de soins standard par les interventions évaluées dans les études primaires. Les auteurs suggèrent donc qu'il serait préférable d'étudier les interventions optimales pour un hôpital spécifique et pour une clientèle ciblée afin d'arriver à déterminer les meilleures pratiques pour cet établissement précis. La stratégie de recherche bibliographique de type boule de neige est une limite de cette revue qui, selon les auteurs, a pu favoriser la sélection d'études moins récentes. Les auteurs atténuent cependant ce biais en rapportant que les approches de soins auprès des aînés fragilisés n'ont pas considérablement changé au cours des dernières années selon une étude récente d'un modèle de consultation gériatrique proactive [49].

Enfin, les auteurs nuancent les résultats de la revue systématique en affirmant qu'une tendance positive, bien que non significative, est d'une importance majeure pour la population fragilisée chez qui des gains, aussi mineurs soient-ils, ont une importance cruciale au plan clinique pour le maintien de l'autonomie. Ainsi, les études ne montrant aucun effet significatif sur les indicateurs, mais qui présentent une tendance vers une réduction du déclin fonctionnel [36, 42, 43, 45, 47, 48], de la mortalité [27] et du nombre de réadmissions [28, 38] seraient d'une grande valeur pour cette clientèle et pertinentes à considérer lors de l'élaboration des pratiques de soins pour les aînés fragilisés.

Ellis et al., 2011 [19]

Dans cette revue systématique de la collaboration Cochrane, les auteurs ont étudié l'efficacité de l'approche gériatrique globale auprès d'aînés fragilisés admis pour une condition de santé aiguë comparativement aux soins médicaux conventionnels. Les indicateurs mesurés sont la probabilité de vivre à domicile, le décès, l'institutionnalisation, la dépendance, les activités de la vie quotidienne (AVQ), le statut cognitif, les réadmissions, la durée de séjour ainsi que l'utilisation des ressources. Des analyses par sous-groupes ont également été effectuées par les auteurs afin de comparer les approches se déroulant dans des unités de soins à celles offertes par des équipes mobiles. D'autres analyses par sous-groupes réalisées avaient pour objectif de comparer l'efficacité de l'approche en fonction de l'utilisation de critères d'admission, du moment d'admission du patient et de la présence d'un suivi externe après la fin de l'hospitalisation. La revue systématique comprend 29 articles issus de 22 ECR. Les études primaires rapportent les effets de l'approche gériatrique globale sur un total de 10 315 participants d'âge moyen de 74 à 83 ans.

Les composantes de l'approche gériatrique globale sont rapportées dans l'ensemble des études primaires, à l'exception de deux [32, 50] pour lesquelles peu d'information est disponible. Sept études portent sur des équipes de soins mobiles [31, 42, 43, 45, 47, 48, 51] alors que 15 études traitent de l'approche gériatrique globale sur des unités fixes [23, 30, 32-38, 40, 41, 50, 52-54]. Des études rapportent l'utilisation d'outils d'évaluation [30, 33-35, 37, 41, 43, 45, 47, 52, 53] ou de protocoles de soins standardisés [36, 37, 54]. La totalité des études mentionne la présence d'un gériatre au sein de l'équipe multidisciplinaire à l'exception de deux [40, 52]. La présence dans l'équipe de soins d'une infirmière [23, 30, 33-38, 40-43, 45, 47, 48, 50-54], d'un travailleur social [23, 30, 31, 33-37, 40, 41, 43, 45, 47, 48, 50-53], d'un physiothérapeute [23, 30, 33, 34, 36-38, 40-42, 47, 50-54] ainsi que d'un ergothérapeute [23, 30, 33, 34, 36-38, 40, 50-54] est également rapportée dans une majorité d'études. Quelques études mentionnent la présence d'un nutritionniste [23, 30, 34, 37, 38, 53], d'un pharmacien [23, 30, 34, 41, 47], d'un orthophoniste [23, 34], d'un audiologiste [23, 53], d'un dentiste [53] ou d'un psychologue [53] parmi les membres de l'équipe multidisciplinaire. Des rencontres multidisciplinaires ont lieu au moins une fois par semaine pour la majorité des études retenues. La modification de l'environnement physique de l'unité a été rapportée dans trois études [36, 37, 50]. On note également qu'un suivi externe suite à l'hospitalisation est offert aux patients dans neuf des études incluses [23, 31, 35, 36, 40, 41, 45, 52, 53].

Certaines études dont l'approche est menée dans le cadre d'unités fixes ont rapporté des résultats sur la dépendance, qui est une mesure reliée au déclin fonctionnel [36-38, 40, 41, 52, 53]. La dépendance correspond à une diminution de l'autonomie des patients dans la réalisation de leurs AVQ qui comprennent notamment la toilette, l'habillage, la continence, l'alimentation, les déplacements et les transferts. Aucune de ces études n'a montré de différence significative entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe contrôle (risque relatif (RR) (intervalle de confiance à 95 % (IC à 95 %)) : 0,94 (0,81-1,10), $p = 0,44$). Les auteurs se sont également intéressés à la combinaison de deux indicateurs de mesure, soit le décès et la dépendance, qui étaient disponibles pour trois études, sans toutefois noter de

différence significative [38, 52, 54]. Cinq études ont présenté les résultats d'un indicateur combinant le décès et la détérioration, qui est une autre mesure de la dépendance [36, 37, 43, 47, 53]. L'analyse a révélé une réduction significative de la dépendance chez les patients ayant reçu l'intervention (RR (IC à 95 %) : 0,76, (0,64-0,90), $p = 0,001$). Selon les résultats de cinq études, aucune différence significative sur les AVQ des patients n'a été observée entre les groupes avec l'approche gériatrique globale (différence moyenne normalisée (DMN) (IC à 95 %) : 0,06 (-0,06-0,17), $p = 0,33$) [23, 47, 48, 50, 52]. Un bénéfice de l'approche sur les fonctions cognitives des patients, qui sont considérées par certains dans la définition d'autonomie fonctionnelle, a été mis en évidence dans cinq des études évaluées (DMN (IC à 95 %) : 0,08 (0,01-0,15), $p = 0,02$) [38, 42, 45, 48, 51].

Plusieurs études présentent des données sur le taux d'institutionnalisation jusqu'à six mois [23, 30, 31, 34, 36-38, 40-43, 48, 51-54] et même un an après l'épisode d'hospitalisation [23, 30, 31, 34-38, 40-43, 48, 51-54]. L'analyse suggère une réduction globale significative de la fréquence de patients institutionnalisés dans les six premiers mois après le congé d'hôpital (RR (IC à 95 %) : 0,72 (0,61-0,85), $p = 0,0001$) et jusqu'à un an après l'hospitalisation (RR (IC à 95 %) : 0,78 (0,69-0,88), $p < 0,0001$). Les données sur la durée de séjour ont été analysées dans 12 études, mais les résultats n'ont pas été agrégés en raison de l'hétérogénéité significative présente entre les études. Les résultats provenant des études qui se sont déroulées sur des unités de soins fixes indiquent que la durée moyenne de séjour suite à l'implantation de l'approche gériatrique globale variait entre une diminution de 9,2 jours et une augmentation de 9,0 jours [35, 38, 41, 50, 52, 54]. Pour les études ayant évalué des équipes mobiles, elle variait de - 0,79 jour à +3,60 jours [31, 42, 43, 47, 48]. Les auteurs de cette revue de synthèse ont émis comme hypothèse que l'hétérogénéité des études en termes de taille d'échantillon et de types d'établissements pouvait expliquer en partie les variations de durée de séjour. Enfin, parmi les études qui ont évalué l'efficacité de l'approche sur le nombre de réadmissions à l'hôpital, aucune différence significative n'a été mise en évidence (RR (IC à 95 %) : 1,03 (0,89-1,18), $p = 0,72$) [34, 35, 37, 38, 51-54].

Certaines limites ont été soulignées par les auteurs de la revue dont la variabilité dans la taille d'échantillons des groupes pour certains indicateurs, ce qui pourrait introduire un biais. De plus, les études retenues couvrent une large période de temps (de 1984 à 2007) et comprennent plusieurs types d'établissements de santé, ce qui pourrait expliquer l'hétérogénéité des effets observés, et ce, particulièrement pour la comparaison des durées de séjour. En résumé, les résultats de cette revue systématique suggèrent que l'approche gériatrique globale comparativement aux soins médicaux standard est associée à une augmentation significative de la probabilité pour un patient âgé présentant de la fragilité de retourner à domicile après un épisode d'hospitalisation. De plus, cette approche est associée à une diminution des décès et du déclin fonctionnel. L'approche gériatrique globale pourrait également contribuer à l'amélioration des fonctions cognitives des patients. Ces effets positifs ont été observés pour les études se déroulant en unités de soins fixes, mais ne sont pas clairement observés dans les études sur les équipes de soins mobiles. Les auteurs concluent que les bénéfices associés à l'approche gériatrique globale sont suffisants pour justifier une réorganisation des services là où il est possible de le faire.

Van Craen *et al.*, 2010 [20]

Dans cette revue systématique avec méta-analyse, les auteurs ont évalué l'organisation et l'efficacité des unités d'évaluation et de prise en charge des aînés, un type d'approche gériatrique globale se déroulant en unités de soins fixes. Les indicateurs mesurés sont la mortalité, l'institutionnalisation, le déclin fonctionnel ainsi que la durée de séjour mesurée à différents moments de la trajectoire de soins des patients. La revue systématique comprend des ECR et des études observationnelles. Treize articles issus de sept études ont été analysés et, au total, les données de 4 759 participants d'âge moyen de 74,2 à 82,4 ans ont été rapportées [35-37, 44, 50, 52-59].

L'approche de soins étudiée était clairement décrite dans l'ensemble des études incluses à l'exception d'une [50]. L'admission directe des patients à partir de l'urgence est rapportée dans huit articles [36, 37, 50, 52, 54, 57-59] alors que dans les autres études, les patients provenaient d'autres unités de l'hôpital [35, 44, 53, 55, 56]. Le mode de sélection des patients fragilisés pour recevoir l'intervention est rapporté dans 10 articles [35, 44, 52-59]. Cependant, les critères utilisés pour identifier cette population diffèrent d'une étude à l'autre. Selon les auteurs, la fragilité est définie par la présence des facteurs suivants : 1) diminution d'autonomie dans au moins une AVQ, 2) histoire de chutes, 3) au moins une admission non planifiée à l'hôpital dans le passé, 4) alitement prolongé, 5) difficultés de mobilité, 6) malnutrition ou 7) démence [20]. Dans plusieurs des études retenues, l'évaluation du patient a lieu uniquement après la stabilisation de sa condition

médicale [35, 44, 52, 53, 55, 56]. Le développement d'un plan d'intervention individualisé est rapporté par ailleurs dans sept études [35-37, 40, 53, 55, 56] et la planification précoce du congé est mise en place dans six études [36, 37, 54, 57-59]. La réadaptation au moment opportun [54, 57-59] et le suivi ambulatoire suite au congé de l'hôpital [35, 44, 52, 53, 55, 56] ont été évalués dans certaines études. La composition de l'équipe multidisciplinaire est rapportée dans l'ensemble des études primaires retenues et inclut minimalement un médecin et une infirmière, bien que la composition varie selon les études. Trois études n'ont pas détaillé la composition de l'équipe [36, 50, 52]. Six études rapportent la présence au sein de l'équipe multidisciplinaire d'un travailleur social [35, 37, 44, 53, 55, 56], sept d'un ergothérapeute [53-59], huit d'un physiothérapeute [37, 53-59], quatre d'un nutritionniste [37, 53, 55, 56] et trois d'un psychologue [53, 55, 56]. La fréquence des rencontres en équipe multidisciplinaire varie d'une [53, 55, 56] à deux fois [35, 44] par semaine et jusqu'à une fois par jour [36, 37], bien que cette information ne soit pas rapportée dans toutes les études retenues.

Parmi les trois études qui incluaient des résultats portant sur le déclin fonctionnel [36, 37, 43], deux n'ont pas montré de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe ayant reçu l'intervention, tant au moment du congé de l'hôpital qu'un an après [36, 43]. Toutefois, les résultats d'une de ces études suggèrent une amélioration du statut fonctionnel chez les patients ayant reçu l'intervention comparativement au groupe contrôle (25,4 % d'amélioration pour le groupe contrôle comparativement à 48,4 % d'amélioration pour le groupe expérimental, $p < 0,01$) [43]. Le statut fonctionnel du patient est défini en fonction de la capacité à réaliser les AVQ nécessaires pour répondre à ses besoins, exercer ses rôles et exercer un contrôle sur sa santé et son bien-être. Une étude a montré des effets positifs de l'intervention sur le statut fonctionnel des patients au congé [37]. La méta-analyse a montré que les patients ayant été admis sur les unités d'évaluation et de prise en charge des aînés présentaient significativement moins de déclin fonctionnel au moment du congé (RR (IC à 95 %) : 0,87 (0,77-0,99); $p = 0,04$), mais cet effet diminuait un an après la fin de l'hospitalisation (RR (IC à 95 %) : 0,84 (0,69-1,03); $p = 0,09$).

La fréquence d'institutionnalisation des patients pour déterminer l'efficacité de l'approche a également été évaluée dans certaines études. La majorité des études ne suggèrent pas d'effet positif en lien avec cet indicateur. Quelques études ont documenté un taux plus faible de patients institutionnalisés trois mois [37] ou un an après le congé de l'hôpital [35, 44]. La méta-analyse n'a pas montré d'effet significatif à trois (RR (IC à 95 %) : 0,90 (0,66-1,23); $p=0,52$) ou six mois (RR (IC à 95 %) : 0,92 (0,68-1,25); $p = 0,61$) après la fin de l'hospitalisation. Toutefois, un effet bénéfique a été observé un an après le congé (RR (IC à 95 %) : 0,78 (0,66-0,92); $p = 0,003$). L'effet des unités d'évaluation et de prise en charge des aînés sur la durée de séjour a été évalué dans l'ensemble des études incluses dans la revue systématique avec des résultats qui sont variables. Certaines études n'ont pas montré de différence significative [36, 37, 50] alors que d'autres semblent indiquer une augmentation [35, 44, 53-59] ou une diminution de la durée de séjour moyenne [35]. La méta-analyse n'a montré aucun effet significatif sur la durée moyenne de séjour. Le nombre de réadmissions à l'hôpital est rapporté dans trois études [52, 53, 58] et les résultats montrent une diminution significative des réadmissions un an après le congé de l'hôpital [53]. Cependant, aucun effet significatif de l'intervention sur le nombre de réadmissions un an après la fin de l'hospitalisation n'a été observé avec les résultats de la méta-analyse (RR (IC à 95 %) : 0,84 (0,69-1,03), $p = 0,09$).

Globalement, les résultats de cette méta-analyse suggèrent que l'implantation d'unités d'évaluation et de prise en charge des aînés pourrait permettre de réduire le déclin fonctionnel au congé des patients ainsi que le recours à l'institutionnalisation un an après l'hospitalisation. Les auteurs mentionnent que les différences observées dans l'efficacité de l'approche comparativement aux études antérieures pourraient être attribuables au fait que la présente méta-analyse se soit intéressée uniquement à un type d'approche gériatrique globale, soit les unités d'évaluation et de prise en charge des aînés. Ils mentionnent également que l'utilisation de critères d'inclusion stricts a affecté la quantité ainsi que la qualité méthodologique des études retenues, ce qui a pu influencer les résultats. De plus, l'inclusion d'études plus récentes est également citée comme un facteur ayant pu contribuer aux résultats divergents de la présente méta-analyse. Les auteurs mentionnent également la possibilité que l'approche de soins usuelle offerte aux aînés fragilisés ait grandement évolué suite à la publication de l'étude de Rubenstein *et al.* en 1984 [53]. Par conséquent, les groupes contrôles des études subséquentes pourraient avoir été contaminés par cette approche ce qui pourrait avoir diminué les différences observées entre les groupes d'intervention et les groupes témoins. De plus, les auteurs ont identifié plusieurs lacunes dans les études incluses limitant ainsi la portée des résultats. En effet, ils soulignent la grande hétérogénéité des études, la faible qualité méthodologique de certaines d'entre elles, ainsi que le manque de détails sur certaines interventions étudiées comme étant des facteurs de biais potentiels.

TABEAU 3. CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES GÉRIATRIQUES GLOBALES DÉCRITES DANS LES ÉTUDES PRIMAIRES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES¹

Études primaires	Caractéristiques de l'approche gériatrique globale															
	Unité de soins fixes	Équipe mobile	Sélection des aînés fragilisés	Admis-sion directe	Équipe multidisciplinaire ²						Renc. multii.	Outils d'éva-luation validés	Proto-coles de soins std	Interv. précoces	Suivi en externe	
					Travailleur social	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Nutritionniste	Pharmacien	Orthophoniste	Audiologiste					
Applegate 1990 [23]	•				•	•	•	•	•	•	•	≥1/sem				•
Asplund 2000 [38]	•				•	•	•	•				≥1/sem			•	
Basic 2005 [24]	•			•											•	
Campion 1983 [25]		•														
Clark 1995 [26]	•															
Cohen 2002 [35]	•		•	Non	•							2/sem	•			•
Collard 1985 [40]	•				•	•	•					≥1/sem				•
Counsell 2000 [36]	•		Non	•	•	•	•					1/jour		•	•	•
Fretwell 1990 [41]	•				•				•			≥1/sem	•			•
Gayton 1987 [27]		•														
Harris 1991 [50]	•		Non	•	•	•	•									Non
Hogan 1987 [42]		•					•					≥1/sem				•
Inouye 1993 [29]	•		•													
Kay 1992 [30]	•				•	•	•	•	•			≥1/sem	•			
Kircher 2007 [51]		•			•	•	•					≥1/sem				
Landefeld 1995 [37]	•		Non	•	•	•	•	•				1/jour	•	•	•	Non
McVey 1989 [43]		•			•							≥1/sem	•			Non
Naughton 1994 [31]		•			•							≥1/sem				•
Nikolaus 1999 [52]	•		•	•		•	•						•			•
Powell 1990 [32]	•															
Reuben 1995 [45]		•			•							≥1/sem	•			•
Rubenstein 1984 [53]	•		•	Non	•	•	•	•			•	1/sem	•			•
Saltvedt 2002 [54]	•		•	•		•	•					≥1/sem		•	•	Non
Shamian 1984 [33]	•				•	•	•						•			
Thomas 1993 [47]		•			•		•		•			≥1/sem	•			
White 1994 [34]	•				•	•	•	•	•	•		≥1/sem	•			
Winograd 1993 [48]		•	•		•							≥1/sem				
n articles	18	9	6	6	18	13	15	6	5	2	2	18	11	3	5	10

Sem. : semaine; Renc. Multi. : rencontres multidisciplinaires; Std. : standardisés; Interv. : interventions

¹ Lorsque l'intervention n'était pas claire ou explicitée dans l'étude, les cases ont été laissées vides. Les composantes de l'intervention citées sont celles qui apparaissaient les plus importantes ou celles les plus fréquemment citées dans l'ensemble des publications retenues.

² La présence d'un dentiste ou d'un psychologue au sein de l'équipe multidisciplinaire a été rapportée uniquement dans l'étude de Rubenstein *et al.* [53].

5.1.2 Études observationnelles

Les deux études observationnelles retenues, soit une étude de cohorte rétrospective [21] et une prospective [22], sont décrites ci-bas. Les caractéristiques des modèles de soins de ces deux études sont décrites à l'Annexe 7. Les principaux indicateurs mesurés sont la durée de séjour, l'orientation au congé et l'autonomie fonctionnelle.

Chong *et al.*, 2012 [21]

L'objectif de cette étude de cohorte rétrospective était d'évaluer l'impact d'un modèle de soins subaigus sur la durée totale de séjour, l'orientation au congé ainsi que la performance fonctionnelle par rapport au modèle de soins en place avant l'implantation. L'étude s'est déroulée entre mai et octobre 2009 dans une unité dédiée d'un hôpital de Singapour auprès de 183 patients d'âge moyen de 81,1 ans. Des patients de 65 ans et plus, médicalement stables, ont été sélectionnés en fonction de leur potentiel de bénéficier de l'approche de soins en raison de la présence d'un déconditionnement global. Un sous-groupe de patients présentant des troubles comportementaux associés à la démence a également été intégré à l'étude. Une approche gériatrique globale a été implantée sur l'unité afin d'établir le plan d'intervention pour la planification du congé. Une équipe multidisciplinaire était responsable des soins aux patients, mais peu de détails sont fournis quant à sa composition exacte outre la présence dans l'équipe de médecins et d'infirmières spécialisées en gériatrie ainsi que de travailleurs sociaux. Les auteurs ont observé que la mise en place du nouveau modèle de pratique n'avait pas entraîné de changement dans la durée de séjour (10,7 jours comparativement à 11,3 jours). Toutefois, l'étude a montré que les patients ayant reçu cette approche avaient retiré des gains fonctionnels, mesurés par une augmentation des scores à l'outil *Modified Barthel Index* (MBI). Les gains fonctionnels étaient plus marqués chez les patients qui avaient été référés en réadaptation suite à leur séjour sur l'unité de soins (MBI : 12,6), suivis de ceux ayant réintégré leur domicile (MBI : 6,8) puis de ceux qui avaient été relocalisés (MBI : 3,9). L'étude a également montré que les patients présentant des troubles comportementaux ($n = 31$) pouvaient bénéficier de cette approche. En effet, 50 % d'entre eux ont réintégré leur domicile, et ce, malgré qu'il s'agisse d'une population souvent institutionnalisée dans les approches conventionnelles de soins. Le modèle de soins subaigus étudié n'est cependant pas décrit de manière détaillée dans l'article, ce qui rend difficile toute comparaison avec d'autres approches. Certaines limites soulevées par les auteurs incluent l'absence de mesure du stress, de la disponibilité des aidants ainsi que des ressources financières et sociales du patient et de sa famille, lesquels sont des facteurs potentiellement confondants pouvant conduire à l'institutionnalisation des aînés fragilisés.

Lee *et al.*, 2011 [22]

Cette étude de cohorte prospective visait à évaluer l'efficacité d'un modèle de soins hospitaliers subaigus destiné à des aînés fragilisés en lien avec les gains fonctionnels associés à cette approche. L'étude a pris place dans deux hôpitaux de vétérans de Taïwan où les données ont été recueillies entre juillet 2006 et juin 2008. Au total, 251 patients d'âge moyen de 82,7 ans ont été admis sur l'unité de soins indépendante où l'infirmière-chef procédait à une évaluation basée sur l'approche gériatrique globale dans les 72 heures suivant leur admission pour identifier leurs principaux besoins. La prise en charge en équipe interdisciplinaire était ensuite débutée et les patients étaient suivis en moyenne pendant quatre semaines bien que l'intervention pouvait se prolonger jusqu'à un maximum de 12 semaines, après quoi les patients étaient référés en établissement de soins de longue durée. La durée moyenne de séjour sur l'unité de soins était de 32,3 jours. Les patients de 65 ans et plus médicalement stables et présentant un déclin fonctionnel aigu au moment de l'hospitalisation ont été inclus dans l'étude. L'objectif global de l'approche de soins décrite dans l'étude était d'améliorer le statut fonctionnel des patients afin de favoriser la reprise des AVQ. Les auteurs définissent le statut fonctionnel comme un ensemble de dimensions comprenant les fonctions physiques (*Barthel Index* (BI), *Lawton-Brody instrumental activities of daily living scale* (IADL)), mentales (*Mini-Mental State Examination* (MMSE)), affectives (*Geriatric Depression Scale short form* (GDS)), nutritionnelles (*Mini Nutritional Assessment* (MNA)), la douleur (*Numerical pain rating scale* (NRS)) ainsi que la mobilité (*Timed up-and-go test* (TUG)). Globalement, les auteurs ont observé des améliorations cliniquement significatives par rapport au niveau de base mesuré à l'admission au regard des fonctions physiques (BI : de 47,1 à 66,2; $p < 0,001$; IADL : de 2,1 à 3,1; $p < 0,001$), mentales (MMSE : de 13,4 à 15,9; $p < 0,001$), affectives (GDS : de 1,2 à 0,8; $p < 0,001$), nutritionnelles (MNA : de 16,0 à 17,8; $p < 0,001$) ainsi que de la mobilité (TUG : de 19,9 à 12,9; $p < 0,001$) et de la perception de la douleur (NRS : de 2,4 à 1,5; $p < 0,001$). Les auteurs soulignent certaines limites à leur étude qui sont des facteurs potentiellement confondants, notamment l'homogénéité de la cohorte majoritairement composée d'une population d'hommes vétérans possédant peu de ressources dans la communauté. De plus, seuls les impacts fonctionnels à court terme (quatre semaines) ont été mesurés par les auteurs.

Ainsi, il n'est pas possible, à partir de ces résultats, de prédire si les gains fonctionnels observés pourraient se maintenir ou encore s'atténuer avec le temps.

5.1.3 Appréciation des données issues de la recherche documentaire

Bien que les modèles de soins évalués dans les études aient des appellations parfois différentes, ces derniers sont dans tous les cas basés sur l'approche gériatrique globale. Le Tableau 3 et l'Annexe 7 mettent en perspective les différentes composantes de l'approche gériatrique globale décrites et mises en application dans les études primaires incluses dans les revues systématiques et les études observationnelles, respectivement. La majorité des études (n = 20) portent sur des approches organisées en unités de soins fixes, bien qu'un certain nombre (n = 9) porte sur des équipes mobiles. La totalité des interventions rapportées dans les études comprend une équipe multidisciplinaire dont la composition inclut souvent un travailleur social (n = 19), un physiothérapeute (n = 15) ou un ergothérapeute (n = 13). Quelques études rapportent la présence d'un nutritionniste (n = 6), d'un pharmacien (n = 5) ou d'un orthophoniste (n = 2) dans l'équipe. La sélection de la population cible (n = 8), l'admission directe à partir de l'urgence (n = 6), l'utilisation de protocoles de soins standardisés (n = 3) et d'interventions précoces (n = 6) sont rarement mentionnées par les auteurs, bien que ces caractéristiques fassent partie intégrante de l'approche gériatrique globale. Par ailleurs, des outils d'évaluation validés et standardisés sont rapportés dans 11 études. En somme, il se dégage des données issues de la recherche documentaire un portrait général des différentes approches gériatriques globales implantées dans les hôpitaux pour la prise en charge des aînés fragilisés. Les principaux résultats sont résumés à l'Annexe 8.

Globalement, les données disponibles suggèrent que l'utilisation d'un modèle d'approche gériatrique globale pourrait avoir un impact positif sur les indicateurs d'efficacité étudiés dont, en particulier, l'institutionnalisation. En effet, une réduction significative du nombre de patients admis en institution un an après la fin de l'hospitalisation a été rapportée dans les méta-analyses d'Ellis *et al.* [19] et de Van Craen *et al.* [20]. De même, une des études incluses [44] dans la revue systématique de Bakker *et al.* [18] suggère une baisse significative du nombre d'admissions en résidence 12 mois après le congé de l'hôpital. Toutefois, aucune méta-analyse n'a pu être effectuée par les auteurs de cette revue étant donné l'hétérogénéité et la faible quantité des données disponibles. L'étude observationnelle de Chong *et al.* [21] décrit également un effet positif de l'intervention sur le nombre de patients présentant des troubles comportementaux qui retournent à domicile.

Les données recensées concernant la mesure de l'autonomie fonctionnelle indiquent également des effets positifs possibles sur cet indicateur avec l'approche gériatrique globale. En effet, une réduction significative du déclin fonctionnel [20], de la détérioration ou du décès [19] chez les patients ayant reçu l'intervention a été observée dans les deux méta-analyses. Les résultats de huit des études [18] incluses dans une des revues systématiques suggèrent des effets positifs au plan des dimensions physique, cognitive et affective qui sont considérées comme des composantes de l'autonomie fonctionnelle [18]. L'amélioration des gains fonctionnels associés à l'approche gériatrique globale a également été rapportée dans les deux études observationnelles analysées [21, 22], mais l'absence d'un groupe contrôle en raison du type de devis expérimental limite la portée des résultats. De façon générale, les données recueillies suggèrent tout de même une tendance vers une réduction du déclin fonctionnel chez les patients chez qui l'approche gériatrique globale a été appliquée. Toutefois, en raison de la diversité des outils de mesure employés et des paramètres inclus dans la définition d'autonomie fonctionnelle, il n'est pas possible d'établir si les gains fonctionnels observés sont comparables d'une étude à l'autre. Dans certaines études [21, 36, 37, 47], un éventail plus large de paramètres et d'outils a été considéré pour mesurer le déclin fonctionnel, comprenant à la fois les dimensions physique, cognitive, affective et l'indépendance dans les AVQ, tandis que d'autres auteurs ont considéré uniquement une mesure de mobilité ou un seul outil d'évaluation de l'indépendance dans les AVQ [22, 23, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 38, 40-42, 48, 50-52, 54]. Le Tableau 4 répertorie les différents outils rapportés dans l'ensemble des études pour mesurer l'indicateur d'autonomie fonctionnelle. Bien que le BI, le *Katz Index of independence in activities of daily living* et le IADL soient utilisés dans une large proportion d'études, on constate une hétérogénéité dans les combinaisons d'outils de mesures servant à documenter l'autonomie fonctionnelle des patients. Certains auteurs rapportent également avoir administré partiellement certains de ces outils [29, 36, 37]. En outre, les termes utilisés pour référer à l'autonomie fonctionnelle diffèrent selon les études retenues, certaines traitent du déclin fonctionnel, d'autres de gains fonctionnels et de performance fonctionnelle ou encore de dépendance et de détérioration. Ainsi, les conclusions sur les bénéfices de l'approche au plan de l'autonomie fonctionnelle doivent être interprétées avec précaution.

En ce qui concerne la durée moyenne de séjour, des effets contradictoires de l'approche gériatrique globale ont été observés. Certaines études suggèrent une augmentation [19] ou une réduction [18] alors que d'autres n'ont montré aucun changement significatif [20, 21] avec cet indicateur. Une seule méta-analyse a pu être effectuée [20] sans montrer d'effet significatif du modèle de soins sur la durée de séjour. La variabilité des effets sur cet indicateur pourrait être expliquée par les différences démographiques des populations étudiées, les différences entre les établissements de santé inclus dans les études ainsi que l'organisation hétérogène des soins d'une étude à l'autre. De plus, la durée moyenne de séjour à l'hôpital peut être influencée par une multitude de facteurs confondants, tels que les complications médicales, le personnel disponible ainsi que la disponibilité des ressources d'hébergement. Aussi, l'approche gériatrique globale n'aurait pas d'effet significatif sur le nombre de réadmissions à l'hôpital après le congé des patients selon les résultats des deux méta-analyses [19, 20]. Une réduction significative du nombre de réadmissions six mois après le congé a été observée dans une seule des études primaires identifiées dans les études de synthèse [47].

En raison des limites des données, de l'effet possible d'autres facteurs non contrôlés sur les indicateurs d'efficacité qui n'ont pas été pris en compte par l'ensemble des auteurs dans leurs analyses ainsi que de la variabilité des composantes des modèles de soins étudiés, l'ampleur des effets de l'approche gériatrique globale ne peut être déterminée de façon concluante. D'une part, les études analysées ont porté sur des hôpitaux dont la taille et les missions, les ressources et l'organisation de soins diffèrent, de même que sur des populations présentant des caractéristiques démographiques hétérogènes et différents types de besoins. D'autre part, les approches de soins évaluées n'étaient parfois pas décrites de façon explicite dans les études en plus d'être hétérogènes d'une étude à l'autre.

Dans un tel contexte, il est difficile de généraliser l'ensemble des résultats observés afin de porter un jugement sur l'impact attendu du modèle d'organisation des soins pour la prise en charge des personnes âgées présentant un syndrome de fragilité. Finalement, les discordances dans les définitions d'autonomie fonctionnelle et les outils utilisés pour la mesurer compliquent l'interprétation des données et limitent la portée de ces résultats au regard de l'ensemble de la preuve disponible à ce jour. Par ailleurs, bien que la question de la sécurité ou des risques à la santé du patient n'ait pas été abordée explicitement dans les études, aucune augmentation significative des événements indésirables n'a été rapportée suite à l'implantation d'un modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale.

Les retombées positives de l'approche gériatrique globale observées en dépit de l'hétérogénéité des études suggèrent cependant que des bénéfices soient susceptibles d'émerger en implantant un modèle de soins basé sur cette approche, et ce, peu importe les caractéristiques mises en application.

TABEAU 4. PRINCIPAUX OUTILS RAPPORTÉS DANS LES ÉTUDES PRIMAIRES POUR MESURER L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Auteur, année [réf]	Outils de mesures de l'autonomie fonctionnelle			
	<i>Katz Index of independence in activities of daily living</i>	<i>Lawton-Brody Instrumental activities of daily living scale</i>	<i>Barthel Index ou Modified Barthel Index</i>	Autres
Applegate, 1990 [23]	✓			
Asplund, 2000 [38]			✓	
Basic, 2005 [24]			✓	
Campion, 1983 [25]	✓			Évaluation de la mobilité sans mention spécifique des tests utilisés
Chong, 2012 [21]	✓	✓		
Clark, 1995 [26]	✓			
Cohen, 2002 [35]	✓			
Collard, 1985 [40]				Questionnaire auto-administré sur la mobilité
Counsell, 2000 [36]	✓ continence exclue	✓		Évaluation de la mobilité sans mention spécifique des tests utilisés
Fretwell, 1990 [41]	✓			
Gayton, 1987 [27]			✓	<i>Level of rehabilitation scale</i>
Harris, 1991 [50]	✓			
Hogan, 1987 [42]			✓	
Inouye, 1993 [29]	✓ transferts et mobilité exclus			
Kay, 1992 [30]		✓		<i>Functional Assessment Tool</i>
Kircher, 2007 [51]			✓	
Landefeld, 1995 [37]	✓ continence exclue	✓		
Lee, 2011 [22]			✓	
McVey, 1989 [43]	✓			Évaluation de la mobilité sans mention spécifique des tests utilisés
Nikolaus, 1999 [52]		✓		
Powell, 1990 [32]				
Reuben, 1995 [45]	✓			<i>Functional Status Questionnaire</i>
Rubenstein, 1984 [53]		✓		<i>Personal self-maintenance scale</i>
Saltvedt, 2002 [54]				Critères de dépistage de la fragilité de Winograd <i>et al.</i> , 1991 [60]
Shamian, 1984 [33]			✓	
Thomas, 1993 [47]	✓			<i>Functional Assessment Inventory</i>
White, 1994 [34]	✓			Évaluation de la mobilité sans mention spécifique des tests utilisés
Winograd, 1993 [48]		✓		

5.2 Résultats du groupe d'échange et de l'enquête portant sur l'expérience de l'UCDG de l'HSFA

Un groupe d'échange de connaissances a été organisé le 10 juillet 2015 avec des cliniciens de l'UCDG de l'HSFA. Le groupe était composé de deux ergothérapeutes et d'une physiothérapeute travaillant à temps complet à l'UCDG. Les répondants avaient minimalement six mois d'expérience sur l'unité et avaient entre trois à six ans d'expérience auprès de la clientèle aînée. Un d'entre eux avait déjà œuvré sur une unité où s'était déroulée une démarche d'optimisation lean.

Une enquête par entrevue a aussi été réalisée entre le 17 juillet et le 7 août 2015 auprès de trois intervenants œuvrant à l'HSFA durant la mise en place de l'approche à l'UCDG, soit deux gestionnaires ayant participé à l'implantation et un clinicien travaillant sur l'unité au moment de l'implantation. Les objectifs de l'enquête étaient de décrire la situation avant la mise en place de l'approche, de rapporter les conditions d'implantation de l'approche, de recueillir la perception des intervenants à propos des retombées positives et négatives du modèle de soins ainsi que d'identifier les barrières et les facilitateurs à son application.

5.2.1 Description de l'approche gériatrique globale appliquée à l'UCDG de l'HSFA

Les pratiques professionnelles en cours à l'UCDG de l'HSFA décrites par les acteurs interrogés sont résumées au Tableau 5. D'abord, le modèle de soins mis en place à l'UCDG en 2012 est organisé sous forme d'une unité fixe. Les patients âgés sont admis soit à partir de l'urgence, soit à partir d'une autre unité de soins de l'hôpital où ils étaient traités pour une condition de santé aiguë. Les patients admis sur l'unité ne sont pas sélectionnés à proprement dit sur la base d'outils de dépistage de la fragilité. Ils sont plutôt référés par un gériatre qui procède à une évaluation globale du patient afin de déterminer la présence de besoins complexes. Le jugement clinique du gériatre (ou du médecin référent dans le cas d'une admission indirecte) est donc le principal mécanisme par lequel s'effectue la sélection des aînés fragilisés nécessitant une hospitalisation en unité de courte durée gériatrique. L'administration systématique d'outils et de protocoles standardisés à tous les patients admis n'est pas préconisée à l'UCDG. Les membres de l'équipe utilisent leur jugement clinique pour choisir les outils et interventions à utiliser en fonction de la situation particulière de chaque patient. L'équipe de professionnels mettant en œuvre l'approche gériatrique globale est composée de la façon suivante : médecin de famille, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, pharmacien, travailleur social réseau. Les services de nutritionnistes, d'orthophonistes et d'infirmières de liaison sont disponibles sur référence du médecin. L'équipe de soins occupe également une place importante selon les répondants et est composée d'infirmières, de préposés aux bénéficiaires et de préposés à la marche. Des rencontres quotidiennes ont lieu entre les membres de l'équipe de professionnels et l'équipe de soins pour assurer le suivi des patients et s'assurer d'une compréhension commune de leur situation. Bien que l'équipe mette en œuvre des stratégies actives de collaboration multidisciplinaire centrée sur le patient, les plans d'interventions élaborés par les professionnels demeurent unidisciplinaires.

L'intervention précoce en ergothérapie a été introduite un peu avant l'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG, soit à l'occasion de la démarche d'optimisation lean. Les principes lean se sont alors intégrés à la philosophie de soins mise en place. Tous les acteurs interrogés s'entendent pour dire que le modèle d'organisation implanté suite à la démarche lean sous-tend une philosophie de soins plus large qui est en adéquation avec l'implication précoce des professionnels de la réadaptation. La prise en charge précoce peut prendre différentes formes en fonction de la spécialité du professionnel de la santé concerné. En effet, pour le physiothérapeute, l'intervention précoce se traduit par une première évaluation rapide du patient pour recommander la mobilisation précoce et ainsi prévenir le déconditionnement associé à l'hospitalisation. Pour le travailleur social, il s'agit de prendre connaissance de la situation du patient et de rapidement débiter l'évaluation psychosociale afin de pouvoir partager son expertise à l'ensemble de l'équipe pour éviter les redondances et planifier l'organisation du congé dès le début de la trajectoire de soins. Pour sa part, l'ergothérapeute considère l'intervention précoce de façon plus globale en incluant la collecte de données comme une forme d'intervention. Cette étape est essentielle afin d'avoir une meilleure connaissance du patient et de déterminer la pertinence de son implication dans le dossier au moment jugé opportun pour débiter ses interventions. En somme, la définition d'intervention précoce et son actualisation dans la pratique varient selon les intervenants. Finalement, compte tenu de la mission de centre hospitalier, aucun suivi ambulatoire n'est offert après la fin de l'hospitalisation.

TABEAU 5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RECUEILLIS AVEC LE GROUPE D'ÉCHANGE PORTANT SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE IMPLANTÉE À L'UCDG DE L'HSFA

Caractéristiques de l'approche	UCDG de l'HSFA
Sélection systématique des patients fragilisés	Par le gériatre ou le médecin référent
Système de communication multidisciplinaire	Rencontres quotidiennes
Plan d'intervention coordonné	Plans unidisciplinaires
Prise en charge précoce	Oui, 24 à 72h ouvrables suivant l'admission : ✓ Mobilisation précoce (physiothérapeute) ✓ Collecte de données (ergothérapeute) ✓ Évaluation psychosociale (travailleur social)
Outils et protocoles standardisés et validés	Non
Suivi ambulatoire	Non
<i>Équipe multidisciplinaire :</i>	
Médecin	Omnipraticien
Infirmières	✓
Préposé aux bénéficiaires	✓
Préposé à la marche	✓
Ergothérapeute	✓
Physiothérapeute	✓
Travailleur social	✓
Pharmacien	✓
Nutritionniste	Sur référence
Orthophoniste	Sur référence
Autre(s) professionnel(s) :	Travailleur social réseau

5.2.2 Barrières et facilitateurs à l'implantation de l'approche sur l'unité

Certains facilitateurs et barrières reliés à l'implantation de l'approche gériatrique globale chez les aînés fragilisés hospitalisés ont été identifiés.

Facilitateurs rapportés par les répondants :

- Contexte favorable compte tenu de la redéfinition de l'offre de services en cours;
- Réaménagement du modèle d'organisation des soins selon la démarche d'optimisation lean;
- Structure solide en matière de soutien professionnel;
- Stabilité de l'équipe en place sur l'unité;
- Politique de remplacement des professionnels de la réadaptation sur l'unité lors de congés de plus de deux jours consécutifs.

Barrières soulevées par les répondants :

- Manque de ressources humaines pour combler les besoins en personnel;
- Connaissance et compréhension des rôles des professionnels par l'équipe médicale;
- Vision de non faisabilité et d'inefficacité perçue par les acteurs;
- Crainte des professionnels que la charge de travail soit augmentée;
- Paradigme où le pouvoir décisionnel appartient aux médecins.

5.2.3 Barrières et facilitateurs à l'application de l'approche

Certains facilitateurs et barrières reliés à l'application, au quotidien, de l'approche gériatrique globale chez les aînés fragilisés hospitalisés ont été identifiés par les cliniciens interrogés.

Facilitateurs rapportés par les répondants :

- Communication entre les membres de l'équipe;
- Rencontre multidisciplinaire hebdomadaire;
- Recommandations davantage appliquées par l'équipe de soins et maintenues entre les quarts de travail;
- Proximité physique de l'équipe multidisciplinaire sur l'étage;
- Accès facile aux médecins;
- Facilité d'impliquer la famille;
- Travail davantage valorisant et davantage d'autonomie professionnelle;
- Stabilité de l'équipe de professionnels sur l'unité.

Barrières soulevées par les répondants :

- Risque à la déresponsabilisation du personnel de soins qui s'en remet aux autres professionnels impliqués dans les interventions préventives;
- Instabilité du personnel de soins, particulièrement lors des vacances estivales;
- Manque de temps alloué aux professionnels pour la formation de l'équipe de soins;
- Crainte de faire les évaluations en double;
- Critères de référence pas toujours bien compris des autres unités référant des patients à l'UCDG.

5.2.4 Comparaison entre l'approche gériatrique globale décrite dans la littérature et l'approche mise en place à l'UCDG de l'HSFA

Le Tableau 6 met en relief les caractéristiques en place à l'UCDG de l'HSFA par rapport aux composantes de l'approche gériatrique globale les plus fréquemment rapportées dans les études répertoriées. La présente analyse et les échanges avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire au moment de la synthèse des connaissances font ressortir plusieurs éléments. Premièrement, on constate que certaines des pratiques préconisées dans la littérature sont appliquées à l'UCDG de l'HSFA, telles que la présence de professionnels de la réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute) et d'un travailleur social au sein de l'équipe multidisciplinaire ainsi que la tenue de rencontres d'équipe quotidiennes. Cependant, la fréquence de celles-ci est plus élevée à l'UCDG en comparaison avec ce qui est rapporté de façon générale dans la littérature. Deuxièmement, on remarque des disparités entre les pratiques en cours à l'UCDG et celles rapportées dans la littérature, notamment au plan de l'utilisation d'outils et de protocoles standardisés et de la réalisation d'un suivi des patients en externe après la fin de l'hospitalisation. Ce dernier élément n'est pas applicable à l'UCDG en raison de la mission de centre hospitalier de l'établissement. L'utilisation d'outils et de protocoles standardisés n'est également pas souhaitée par les intervenants, car elle s'oppose à la philosophie de soins préconisée qui valorise l'autonomie des professionnels dans le choix des évaluations et interventions proposées. Un élément important au cœur de l'approche gériatrique globale en place à l'UCDG est l'intervention précoce. Or, peu d'études recensées dans la littérature mentionnent explicitement la mise en application d'interventions précoces dans le modèle de soins. Ceci peut s'expliquer par le fait que la prise en charge précoce fait partie intégrante du modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale et peut donc être sous-entendue pour certains auteurs, ou encore par le fait que le sens accordé au concept peut varier d'un auteur à l'autre. Par conséquent, une même intervention pourrait être

considérée comme précoce dans une étude alors qu'elle ne le serait pas dans une autre. Bien que non rapportée explicitement dans l'ensemble de la littérature révisée, la sélection des patients âgés fragilisés ou présentant des problématiques complexes de même que le processus d'admission directe sont appliqués de façon automatique à l'UCDG en raison du contexte structurel de l'unité et de sa mission. Tel que mentionné, des outils de dépistage basés sur des critères spécifiques sont employés dans l'ensemble des études qui rapportent des mécanismes de sélection des patients âgés fragilisés. À l'UCDG de l'HSFA, le dépistage des patients repose essentiellement sur le jugement clinique d'un gériatre.

5.2.5 Synthèse des résultats de l'enquête et limites

En somme, la recension des pratiques en cours à l'UCDG de l'HSFA a permis de dresser un portrait général des caractéristiques de l'approche gériatrique globale mise en application afin de faciliter la comparaison avec d'autres modèles de soins décrits dans la littérature révisée. De plus, la caractérisation de l'approche de soins de l'UCDG a permis de dégager certains éléments importants à prendre en considération en vue d'une implantation éventuelle du modèle dans d'autres unités de soins, notamment la stabilité de l'équipe sur l'unité et la tenue de rencontres quotidiennes qui facilitent la communication entre les membres de l'équipe. Cependant, plusieurs limites influencent la portée des résultats de l'enquête. En effet, le faible nombre de cliniciens et de gestionnaires sondés a pu entraîner une saturation empirique plus rapidement et une moins grande variété d'éléments soulevés. Un plus grand échantillon de personnes sondées pourrait améliorer la validité des résultats de l'enquête. De plus, l'absence de représentants de l'ensemble des professionnels de la santé, possédant des champs d'expertise différents, est un autre élément à souligner. Une plus grande diversité de professionnels, tels que médecins, travailleurs sociaux ou infirmières, aurait pu mettre en lumière d'autres facilitateurs ou obstacles liés à la spécificité de leur profession. L'absence de données sur la perception du personnel de soins et de l'équipe médicale réduit davantage la diversité des éléments rapportés lors de l'enquête. De plus, il est difficile d'estimer dans quelle mesure les valeurs et les préférences des patients et de leur famille sont considérées dans le modèle actuel de prise en charge puisque cette collecte d'information n'était pas prévue dans le cadre des travaux du présent rapport. En somme, l'absence de données quantitatives et qualitatives sur les bénéfices de l'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG de l'HSFA pour le patient, l'organisation ainsi que les cliniciens est une des limites majeures à l'enquête puisqu'elle rend difficile la mise en évidence des retombées de l'approche gériatrique globale ainsi que la comparaison de l'efficacité avec d'autres unités de soins.

TABLEAU 6. COMPARAISON DES PRATIQUES RELIÉES À L'APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE À CELLES DE L'UCDG DE L'HSFA

	Caractéristiques de l'approche gériatrique globale																	
	Unité de soins fixes	Équipe mobile	Sélection des aînés fragilisés	Admission directe	Équipe multidisciplinaire								Rencontres multidisciplinaires	Outils d'évaluation validés	Protocoles de soins standardisés	Interventions précoces	Suivi en externe	
					Travailleur social	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Nutritionniste	Psychologue	Pharmacien	Orthophoniste	Audiologiste	Dentiste					
Pratiques à l'UCDG	•	Non	•	•	•	•	Sur référence	Non	•	Sur référence	Non	Non	Non	1/jour	Non	Non	•	Non
n articles recensés décrivant cette caractéristique	18	9	6	6	18	13	15	6	1	5	1	2	1	18	11	3	5	10

6. DISCUSSION

L'UETMIS a été sollicitée afin de déterminer si le modèle de prise en charge précoce des aînés fragilisés implanté à l'UCDG de l'HSFA pouvait être transféré à d'autres unités du CHU de Québec. La démarche mise de l'avant pour le présent rapport a conduit à évaluer l'efficacité de l'approche gériatrique globale auprès d'une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés pour une condition médicale aiguë, de même qu'à identifier les barrières et les facilitateurs à l'application de cette approche. L'interprétation des informations tirées de la recherche documentaire, des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire et de l'enquête effectuée auprès d'acteurs clés du CHU de Québec a conduit aux constats suivants.

6.1 L'approche gériatrique globale : une variété de modèles de soins en réponse aux besoins spécifiques d'une unité de soins et de la population visée

Il ressort de la recherche documentaire que l'approche gériatrique globale peut s'actualiser sous différentes formes dans les établissements de santé comme en témoigne l'hétérogénéité des études recensées. En effet, non seulement les composantes de l'approche multidimensionnelle de soins diffèrent d'un milieu à l'autre, mais l'intensité de leur application varie également. On note une grande variabilité au plan de l'implantation des composantes de l'approche en fonction des ressources disponibles, de la clientèle type et de l'organisation des soins dans les établissements de santé. Cette hétérogénéité est également observée dans l'expérience terrain de l'UCDG de l'HSFA où les composantes de l'approche ne sont pas appliquées uniformément par tous les professionnels. Par exemple, pour sa mise œuvre, le concept d'intervention précoce peut prendre différentes significations d'un groupe professionnel à l'autre. Cependant, les principes sous-jacents à l'approche gériatrique globale sont omniprésents dans les études répertoriées et sont similaires à ceux qui guident le modèle de soins développé à l'UCDG de l'HSFA. Globalement, malgré l'hétérogénéité des composantes de l'approche, les données disponibles suggèrent que l'utilisation d'un modèle basé sur l'approche gériatrique globale pourrait avoir un impact positif sur certains indicateurs d'efficacité étudiés dont, en particulier, l'institutionnalisation et le statut fonctionnel. Il est cependant difficile de préciser si les effets positifs observés avec cette approche sont susceptibles d'émerger peu importe les caractéristiques du modèle de soins mis en application et le milieu dans lequel il est implanté.

À la lumière des informations disponibles dans la littérature et de l'expérience de l'UCDG de l'HSFA, la grande question qui demeure concerne la transférabilité de ce modèle de soins pour les aînés fragilisés à d'autres unités du CHU de Québec. Les balises pour guider l'organisation des soins de santé aux aînés fragilisés en milieu hospitalier reposent sur des données probantes de faible qualité, et ce, en particulier au regard des composantes de l'approche à planter. Les ressources professionnelles impliquées dans l'approche gériatrique globale, qui sont variables d'une étude à l'autre, semblent avoir été un déterminant important dans le choix du modèle d'organisation des services pouvant être implanté sur les différentes unités. De plus, la présence de nombreux facteurs confondants pouvant influencer l'efficacité du modèle de soins et qui n'ont pas été contrôlés dans les études ajoute de l'incertitude quant à la généralisation de ces résultats à d'autres unités du CHU de Québec. Dans ce contexte, il semblerait judicieux, pour alimenter la discussion sur la transférabilité de l'approche gériatrique globale, de procéder dans un premier temps à une étude détaillée des caractéristiques et des retombées du modèle de soins qui a été implanté à l'UCDG de l'HSFA. Il serait également intéressant pour les unités qui souhaitent planter cette approche de recueillir de l'information sur les caractéristiques spécifiques propres à chaque milieu de soins comme la mission de l'unité, les ressources matérielles et professionnelles disponibles, le volume et les caractéristiques de la clientèle desservie. La présente démarche devra prendre en considération le cadre de référence développé par le MSSS sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Ainsi, l'ensemble de cette analyse devrait permettre d'évaluer la pertinence d'introduire un changement et de mieux adapter l'approche aux réels besoins des patients de l'unité de soins.

6.2 L'implantation de l'approche gériatrique globale : une amélioration des indicateurs d'efficacité appuyée sur un faible niveau de preuve

La synthèse actuelle des connaissances portant sur l'efficacité de l'approche gériatrique globale au plan de l'autonomie fonctionnelle, de la durée de séjour et du nombre de réadmissions repose sur un faible niveau de preuve. La faible qualité méthodologique des études primaires et l'inconstance des résultats rapportés dans ces dernières contribuent à affaiblir la force de la preuve appuyée sur les données probantes. Ainsi, des études de meilleure qualité méthodologique seraient requises pour appuyer sur des bases plus solides l'efficacité de l'approche gériatrique globale. Toutefois, l'absence d'effet statistiquement significatif rapportée pour certains indicateurs ne permet pas de conclure à l'inefficacité du modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale. En effet, tel que discuté, ces résultats pourraient s'expliquer par l'évolution des pratiques de soins standard, notamment par la mise en œuvre dans les hôpitaux du Québec de l'approche adaptée à la personne âgée [14]. L'absence de différence significative pourrait également être causée par la présence de facteurs confondants non contrôlés dans la plupart des études primaires ou par un effet de maturation des soins puisque les études recensées s'échelonnent sur une période de 23 ans. Cependant, les bénéfices observés au regard de la diminution du taux d'institutionnalisation sont constants dans l'ensemble des études, et ce, malgré l'hétérogénéité des composantes du modèle de soins implanté dans les études. En raison de ces lacunes méthodologiques, le peu de résultats positifs obtenus avec les indicateurs classiques de performance au plan organisationnel, tels que la durée moyenne de séjour et le taux de réadmission, ne constitue pas un argument pour disqualifier l'approche gériatrique globale. Il serait même pertinent dans le futur d'étudier d'autres indicateurs ou paramètres en lien avec la qualité de vie, l'expérience de soins, le taux de chute, les erreurs médicamenteuses et l'expérience des professionnels de la santé pour justifier l'implantation d'une telle approche.

6.3 L'approche gériatrique globale : des facilitateurs et des obstacles dont il faut tenir compte lors de sa mise en application

Parmi les leçons apprises de l'expérience de l'UCDG de l'HSFA et les éléments à considérer, mentionnons l'importance d'impliquer le personnel dans le développement et la mise en place du modèle de soins. Il faut également s'assurer d'obtenir l'adhésion des médecins aux principes globaux de l'approche afin de soutenir celle de l'ensemble du personnel. Les résultats de l'enquête font état d'une approche multidisciplinaire alors que les pratiques récentes recensées dans la littérature tendent davantage vers une approche de collaboration interdisciplinaire entre les différents professionnels de la santé. Il serait donc intéressant de se questionner sur les modèles de collaboration interprofessionnelle à mettre en pratique dans le cadre d'une unité de soins fonctionnant avec l'approche gériatrique globale. La nécessité d'avoir une équipe interdisciplinaire de professionnels dédiés sur l'unité et ayant une formation adéquate, de même que le fait que l'équipe médicale soit fixe sur l'unité font également partie des éléments cruciaux rapportés par les cliniciens ayant expérimenté l'approche. Un autre élément à considérer dans le cadre de l'implantation d'une approche gériatrique globale est la mise en place de rencontres d'équipe à fréquence régulière dans le but de faciliter la communication et le suivi des patients au sein de l'unité. La présente analyse des éléments facilitateurs et des contraintes à l'application de cette approche n'a pas la prétention de dresser un portrait complet de la situation en raison du petit nombre d'informateurs clés rencontrés. Tout au plus, elle ouvre des pistes de réflexion à considérer qui sont susceptibles de varier selon les particularités du milieu où l'implantation est envisagée.

L'absence de donnée quantitative et qualitative sur les effets bénéfiques et les risques associés à l'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG de l'HSFA est un autre élément à considérer qui limite la transférabilité du modèle d'organisation de soins à d'autres unités du CHU de Québec. Il serait pertinent de documenter davantage l'expérience terrain, notamment en compilant les données administratives sur la durée moyenne de séjour, le nombre de réadmissions, le taux d'institutionnalisation, mais également les données qualitatives reliées au statut fonctionnel et à l'expérience de soins du patient et à l'expérience des professionnels de la santé impliqués afin d'identifier les retombées potentielles de l'approche. De plus, il serait utile d'étudier le processus d'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG de l'HSFA en essayant d'isoler la composante attribuable à la démarche d'optimisation lean qui s'est déroulée au même moment afin d'identifier l'effet d'éventuels facteurs confondants qui pourraient influencer l'efficacité du modèle de soins.

7. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Considérant que

- Les preuves disponibles pour appuyer l'efficacité d'une approche gériatrique globale sont de faible qualité;
- Les résultats des revues systématiques et des méta-analyses disponibles à ce jour suggèrent une amélioration possible du statut fonctionnel et du taux d'institutionnalisation avec l'implantation d'un modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale;
- Les retombées de l'expérience terrain reliée à l'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG de l'HSFA n'ont pas été mesurées à ce jour;
- Les intervenants sondés à l'UCDG de l'HSFA perçoivent des effets bénéfiques au plan de l'autonomie professionnelle et de la qualité des services offerts aux patients;
- L'implantation de l'approche gériatrique globale à l'UCDG de l'HSFA s'est déroulée en parallèle avec une démarche d'optimisation lean des processus;
- Les études répertoriées sur l'évaluation de l'efficacité de l'approche gériatrique globale sont hétérogènes au plan méthodologique de même qu'au regard des composantes de l'intervention qui ont été évaluées et de la définition de certains indicateurs de mesures dont le statut fonctionnel;
- Les données disponibles ne permettent pas de déterminer un modèle optimal d'organisation de services et de soins aux aînés hospitalisés;
- L'effet attribuable à l'implantation d'une approche gériatrique globale sur les indicateurs d'efficacité étudiés pourrait être confondu avec l'effet d'autres facteurs (p. ex. : approche lean, approche adaptée à la personne âgée hospitalisée);

Il est recommandé au CHU de Québec de documenter les retombées de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA avant d'envisager le transfert de ce modèle de soins à d'autres unités des hôpitaux du CHU de Québec.

Parmi les paramètres à documenter, il serait intéressant de s'attarder :

- au processus d'implantation, incluant la mise en place de la démarche d'optimisation basée sur le lean en parallèle avec l'approche gériatrique globale;
- au profil détaillé des composantes de l'approche gériatrique globale implantée à l'UCDG de l'HSFA;
- au profil de la clientèle type (statut fonctionnel, caractéristiques démographiques, fonctions cognitives, etc.);
- au suivi de l'orientation au congé des patients de l'hôpital;
- aux données concernant l'expérience patient et l'expérience des professionnels de la santé impliqués;
- au statut fonctionnel des patients à différents moments après la sortie de l'hôpital (trois mois, six mois, un an);
- aux coûts additionnels et évités reliés à l'application du modèle de soins basé sur l'approche gériatrique globale.

Les indicateurs suivants, en fonction de la disponibilité des données, seraient à considérer dans le cadre d'une analyse avant/après en fonction des périodes où le modèle a été implanté à l'UCDG de l'HSFA :

- Durée moyenne de séjour
- Taux de réadmission
- Taux d'institutionnalisation
- Taux de chute
- Erreurs médicamenteuses
- Expérience des professionnels de la santé

De plus, il serait essentiel de comparer l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins similaires au sein du CHU de Québec, telle que l'UCDG du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), en termes de clientèle, d'organisation des soins, de disponibilités des professionnels, etc. Il pourrait également être pertinent de développer des indicateurs de suivi et d'amélioration pour l'expérience terrain de l'UCDG de l'HSFA afin d'aider à la transférabilité de l'approche et mettre en place des stratégies d'amélioration continue et de standardisation des approches de soins.

8. CONCLUSION

Le présent rapport a été réalisé afin de guider la prise de décision pour optimiser la trajectoire de soins offerts aux aînés fragilisés hospitalisés au CHU de Québec. La transférabilité du modèle d'organisation basé sur l'approche gériatrique globale développé à l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins du CHU de Québec figurait parmi les éléments d'intérêt manifestés par les parties prenantes impliquées dans ce projet. Plus largement, le rapport porte sur l'efficacité de l'approche gériatrique globale pour améliorer l'état fonctionnel du patient, favoriser son retour à domicile, réduire la durée de séjour et diminuer le nombre de réadmissions.

La revue des données probantes effectuée suggère que l'approche gériatrique globale contribuerait à diminuer le taux d'institutionnalisation et pourrait améliorer le statut fonctionnel des patients, bien que ces conclusions soient appuyées par un faible niveau de preuve. Selon la littérature révisée, l'approche gériatrique globale ne semble pas avoir d'impact sur la durée moyenne de séjour des patients à l'hôpital et sur le nombre de réadmissions. Toutefois ces résultats sont limités par l'effet potentiel de facteurs confondants qui pourraient avoir masqué l'efficacité de cette intervention. L'expérience terrain vécue à l'UCDG de l'HSFA suite à l'implantation de l'approche gériatrique globale suggère des effets bénéfiques possibles sur l'organisation du travail et la qualité des soins. Toutefois, ces observations n'ont pas pu être validées faute de données disponibles.

La prise en compte de l'ensemble de l'information recueillie dans le cadre de la présente démarche d'évaluation indique qu'il serait prématuré de généraliser l'approche gériatrique globale mise en place à l'UCDG de l'HSFA à d'autres unités de soins du CHU de Québec. Les retombées de cette expérience terrain sur l'organisation du travail, la qualité des services offerts aux aînés fragilisés hospitalisés, le budget de fonctionnement et les coûts évités devraient d'abord être mieux documentées dans un objectif d'amélioration continue, et ce, avant d'envisager sa transférabilité. La révision des processus et l'approche adaptée à la personne âgée sont également des éléments de l'environnement à considérer dans l'appréciation de l'impact des changements organisationnels liés à l'introduction de nouveaux modèles de soins pour les personnes âgées fragilisées. Le CHU de Québec, par sa mission universitaire, se doit d'innover dans le domaine de l'organisation des soins et des services de santé. Cette mission d'innovation doit de plus être soutenue en parallèle par le développement de la culture de l'évaluation et de la mesure dans notre établissement.

ANNEXES

ANNEXE 1. 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>Comprehensive geriatric assessment</i> (CGA) OR <i>Frail elderly</i> OR <i>geriatric evaluation and management</i>				
Sites en français : Approche gériatrique globale OU aînés fragiles OU personne âgée OU évaluation gériatrie OU interventions précoces				
Sites Internet généraux visités				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr	0
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	0
ETMIS-CHUM	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions-du-chum/dgepps/etmis	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	0
NGC	<i>National Guidelines Clearinghouse</i>	États-Unis	http://www.guidelines.gov/	0
NZHTA	<i>New Zealand Health Technology Assessment</i>	Nouvelle-Zélande	http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.hqontario.ca/evidence	0
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre</i>	Canada (Québec)	http://www.mcgill.ca/tau/	0
UETMIS – CIUSSS de l'Estrie - CHUS	UETMIS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Canada (Québec)	http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/	0
UETMIS-CHUSJ	UETMIS du CHU Sainte-Justine	Canada (Québec)	http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=16	0
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
AGS	<i>American Geriatrics Society</i>	États-Unis	http://www.americangeriatrics.org/	0
ANZSGM	<i>Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine</i>	Australie/ Nouvelle-Zélande	http://anzsgm.org/	0
AOTA	<i>American Occupational Therapy Association</i>	États-Unis	http://www.aota.org/	0
BGS	<i>British Geriatrics Society</i>	Angleterre	http://www.bgs.org.uk/	0
CAOT	<i>Canadian Association of Occupational Therapists</i>	Canada	http://caot.ca/	0
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec	Canada (Québec)	http://www.oeq.org/index.fr.html	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				0

Dernière recherche effectuée le 27 novembre 2015

ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES

Pubmed

Recherche	Stratégies
#1:	"Frail*elder*" [Title/Abstract] OR "Frail*old*" [Title/Abstract] OR "Frail*aged*" [Title/Abstract] OR "Frail*senior*" [Title/Abstract] OR "Vulnerab* old*" [Title/Abstract] OR "Vulnerab* elder*" [Title/Abstract] OR "Frail Elderly" [Mesh]
#2:	"Hospital*" [Title/Abstract] OR "Inpatient*" [Title/Abstract] OR Hospitalization [MeSH] OR Inpatients [MeSH]
#3:	"Comprehensive geriatric assessment" [Title/Abstract] OR "Geriatr* rehab*" [Title/Abstract] OR "Geriatr* evaluation* management*" [Title/Abstract] OR "Geriatr* consultation* service*" [Title/Abstract] OR Geriatric assessment [MeSH]
#4:	#1 AND #2 AND #3 filtres Anglais, français, à partir du 1 ^{er} janvier 2000

Recherche effectuée le 27 novembre 2015.

Nombre de documents identifiés : 280

Embase

Recherche	Stratégies
#1:	'frail elderly'/exp OR 'frail elderly':ab,ti OR 'frail old':ab,ti OR 'frail aged':ab,ti OR 'frail senior':ab,ti OR 'vulnerable old':ab,ti OR 'vulnerable elder':ab,ti
#2:	'hospital':ab,ti OR 'inpatient':ab,ti OR 'hospital patient'/exp
#3:	'comprehensive geriatric assessment':ab,ti OR 'geriatric rehabilitation':ab,ti OR 'geriatric evaluation':ab,ti OR 'geriatric consultation service':ab,ti OR 'geriatric consultation service':ab,ti OR 'geriatric assessment'/exp
#4:	#1 AND #2 AND #3 [2000-2015]/py AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim

Recherche effectuée le 27 novembre 2015.

Nombre de documents identifiés : 174

CINAHL

Recherche	Stratégies
#1:	TI ("Frail*elder*" OR "Frail*old*" OR "Frail*aged*" OR "Frail*senior*" OR "Vulnerab* old*" OR "Vulnerab* elder*") OR AB ("Frail*elder*" OR "Frail*old*" OR "Frail*aged*" OR "Frail*senior*" OR "Vulnerab* old*" OR "Vulnerab* elder*") OR MW Frail elderly
#2:	TI ("Comprehensive geriatric assessment" OR "Geriatr* rehab*" OR "Geriatr* evaluation* management*" OR "Geriatr* consultation* service*") OR AB ("Comprehensive geriatric assessment" OR "Geriatr* rehab*" OR "Geriatr* evaluation* management*" OR "Geriatr* consultation* service*") OR MW Geriatric assessment
#3:	TI ("Hospital*" OR "Inpatient*") OR AB ("Hospital*" OR "Inpatient*") OR MW Inpatients
#4:	#1 AND #2 AND #3 anglais, français, à partir de 2000

Recherche effectuée le 27 novembre 2015.

Nombre de documents identifiés : 208

Cochrane

Recherche	Stratégies
#1:	MeSH descriptor: [Frail elderly] explode all trees
#2:	Frail elder* OR Frail*old* OR Frail*aged OR Frail*senior* OR Vulnerab* old* OR Vulnerab* elder
#3:	#1 OR #2
#4 :	MeSH descriptor: [Hospitalization] explode all trees OR MeSH descriptor: [Inpatients] explode all trees
#5:	Hospital* OR Inpatient*
#6:	#4 OR #5
#7:	MeSH descriptor: [Geriatric assessment] explode all trees
#8:	Comprehensive geriatric assessment OR Geriat* rehab* OR Geriatr* evaluation* management* OR Geriatr* consultation* service*
#9:	#7 OR # 8
#10:	#3 AND # 6 AND # 9 À partir de 2000

Recherche effectuée le 27 novembre 2015.

Nombre de documents identifiés : 4

Centre for Reviews and Dissemination (CRD)

Recherche	Stratégies
#1:	MeSH descriptor: [Frail elderly] explode all trees
#2:	Frail elder* OR Frail*old* OR Frail*aged OR Frail*senior* OR Vulnerab* old* OR Vulnerab* elder*
#3:	#1 OR #2
#4 :	MeSH descriptor: [Hospitalization] explode all trees OR MeSH descriptor: [Inpatients] explode all trees
#5:	Hospital* OR Inpatient*
#6:	#4 OR #5
#7:	MeSH descriptor: [Geriatric assessment] explode all trees
#8:	Comprehensive geriatric assessment OR Geriat* rehab* OR Geriatr* evaluation* management* OR Geriatr* consultation* service*
#9:	#7 OR # 8
#10:	#3 AND # 6 AND # 9 À partir de 2000

Recherche effectuée le 27 novembre 2015.

Nombre de documents identifiés: 12

ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION

Ne satisfait pas aux critères d'éligibilité (n = 14)

- Bellelli G, Bruni A, Malerba M, Mazzone A, Aliberti S, Pesci A, et al. Geriatric multidimensional assessment for elderly patients with acute respiratory diseases. *European Journal of Internal Medicine*. 2014 ; 25(4) : 304-11.
- Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24(7/8): 1079-90.
- Bouzureau V, Le Caer F, Guardiola E, Scavennec C, Barriere JR, Chaix L, et al. Experience of multidisciplinary assessment of elderly patients with cancer in a French general hospital during 1 year: A new model care study. *Journal of Geriatric Oncology*. 2013; 4(4): 394-401.
- Chen CC-H, Chen C-N, Lai IR, Huang G-H, Saczynski JS, Inouye SK. Effects of a Modified Hospital Elder Life Program on Frailty in Individuals Undergoing Major Elective Abdominal Surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62(2): 261-8.
- Conroy SP, Stevens T, Parker SG, Gladman JRF. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics. *Age and Ageing*. 2011; 40(4): 436-43.
- Couturier P. Mobile geriatric units: Current situation and perspective. *Revue de Geriatrie*. 2004; 29(9): 703-12.
- Fairhall N, Aggar C, Kurrle SE, Sherrington C, Lord S, Lockwood K, et al. Frailty Intervention Trial (FIT). *BMC geriatrics*. 2008; 8: 27.
- Girones R, Torregrosa D, Maestu I, Gomez-Codina J, Tenias JM, Costa RR. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of elderly lung cancer patients: A single-center experience. *Journal of Geriatric Oncology*. 2012; 3(2): 98-103.
- Gregersen M, Mørch MM, Hougaard K, Damsgaard EM. Geriatric intervention in elderly patients with hip fracture in an orthopedic ward. *Journal of injury & violence research*. 2012; 4(2): 45-51.
- Krishnan M, Beck S, Havelock W, Eeles E, Hubbard RE, Johansen A. Predicting outcome after hip fracture: using a frailty index to integrate comprehensive geriatric assessment results. *Age & Ageing*. 2014; 43(1): 122-6.
- Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, Lin CS, Tang YJ, et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC geriatrics*. 2014; 14: 77.
- Michael AB, Ijaola F. Frail Elderly Short Stay Unit; A model of emergency care for older people. *European Geriatric Medicine*. 2014; 5: S209.
- Rainfray M, Bourdel-Marchasson I, Dehail P, Richard-Harston S. Comprehensive geriatric assessment: A useful tool for prevention of acute situations in the elderly. *Annales de Medecine Interne*. 2002; 153(6): 397-402.
- Traissac T, Videau MN, Bourdil MJ, Bourdel-Marchasson I, Salles N. The short mean length of stay of post-emergency geriatric units is associated with the rate of early readmission in frail elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2011; 23(3): 217-22.

Études primaires incluses dans les revues systématiques sélectionnées (n = 7)

- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(12): 905-12.
- Gharacholou SM, Sloane R, Cohen HJ, Schmader KE. Geriatric inpatient units in the care of hospitalized frail adults with a history of heart failure. *International Journal of Gerontology*. 2012; 6(2): 112-6.
- Kircher TTJ, Wormstall H, Muller PH, Schwarzler F, Buchkremer G, Wild K, et al. A randomised trial of a geriatric evaluation and management consultation services in frail hospitalised patients. *Age and Ageing*. 2007; 36(1): 36-42.

Rao AV, Hsieh F, Feussner JR, Cohen HJ. Geriatric evaluation and management units in the care of the frail elderly cancer patient. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2005; 60(6): 798-803.

Saltvedt I, Jordhoy M, Mo ESO, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Randomised trial of in-hospital geriatric intervention: Impact on function and morale. *Gerontology*. 2006; 52(4): 223-30.

Saltvedt I, Opdahl E, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50(5): 792-8.

Saltvedt I, Saltnes T, Opdahl Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging - Clinical and Experimental Research*. 2004; 16(4): 300-6.

Type de devis non expérimental (n = 14)

GEM prevents functional decline in frail elderly. *Senior Care Management*. 2002; 5(5): 69-71.

Model of care improves outcomes, ADLs for elderly. *Hospital case management : the monthly update on hospital-based care planning and critical paths*. 2006; 14(7): 107-9.

Reducing functional decline in older adults during hospitalization: a best practice approach. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2014; 23(4): 264-5.

Barer D. Inpatient comprehensive geriatric assessment improves the likelihood of living at home at 12 months. *ACP Journal Club*. 2011; 155(6): 1.

Centre for Reviews and Dissemination. Inpatient rehabilitation services for the frail elderly. York: Centre for Reviews and Dissemination (CRD) 2013.

Conroy S, Ferguson C, Woodard J, Banerjee J. Interface geriatrics: evidence-based care for frail older people with medical crises. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*. 2010; 71(2): 98-101.

Labella AM, Merel SE, Phelan EA. Ten ways to improve the care of elderly patients in the hospital. *Journal of Hospital Medicine*. 2011; 6(6): 351-7.

Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A, et al. Short-term geriatric assessment units: 30 years later. *BMC geriatrics*. 2010; 10: 41.

Mannan I, Farrell K, Adeotoye O, Ahonkhai A, Haque K, Stanley M, et al. 26 IMPROVING CARE FOR THE FRAIL OLDER PATIENT IN AN ACUTE HOSPITAL SETTING. *Age & Ageing*. 2014; 43(suppl2): ii6-ii.

Michael AB, Ijaola F. Frail Elderly Short Stay Unit; A model of emergency care for older people. *European Geriatric Medicine*. 2014; 5: S209.

Oo M, Tencheva A, Khalid N, Chamberlain H, Chan Y. 50 ASSESSING FRAILTY IN THE ACUTE MEDICAL ADMISSION OF ELDERLY PATIENTS. *Age & Ageing*. 2014; 43(suppl1): i12-i.

Saltvedt I, Prestmo A, Einarsen E, Johnsen LG, Helbostad JL, Sletvold O. Development and delivery of patient treatment in the Trondheim Hip Fracture Trial. A new geriatric in-hospital pathway for elderly patients with hip fracture. *BMC research notes*. 2012; 5: 355.

Sattar S, Alibhai SMH, Wildiers H, Puts MTE. How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. *Oncologist*. 2014; 19(10): 1056-68.

Stuck AE, Egger M, Beck JC, Bernabei R, Gambassi G, Carbonin P, et al. A controlled trial of geriatric evaluation... Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002;346:905-12. *New England Journal of Medicine*. 2002; 347(5): 371-3.

ANNEXE 4. CADRE UTILISÉ POUR L'ANIMATION DU GROUPE D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

Brève synthèse des connaissances issues de la littérature scientifique :

- ✓ Description de la problématique et de sa pertinence clinique.
- ✓ Résumé des caractéristiques de l'approche gériatrique globale décrite dans la littérature.
- ✓ Principales retombées identifiées sur l'autonomie fonctionnelle, l'institutionnalisation et la durée de séjour.

Discussion entre les professionnels :

1. Suite à la présentation de ces données, est-ce que des éléments ressemblent aux interventions préconisées dans votre milieu de pratique ? Quelles caractéristiques de l'approche gériatrique globale sont mises en pratique sur l'unité ?
2. Est-ce que certaines informations contrastent avec la pratique qui est adoptée sur votre unité de soins ?
3. Comment percevez-vous votre rôle/spécificité professionnelle dans l'approche multidisciplinaire de l'UCDG ?
 - i. Quelle est votre perception par rapport aux autres intervenants ?
 1. Personnel de soins (préposé aux bénéficiaires, infirmières, préposés à la marche) ?
 2. Autres professionnels (médecin, pharmacien, nutritionniste, orthophoniste, travailleur social réseau) ?
4. Selon vous, y-a-t-il des éléments qui favorisent la poursuite de l'utilisation de l'approche gériatrique dans votre milieu de pratique ? Quels sont-ils ?
5. Selon vous, y-a-t-il des obstacles à la poursuite de l'utilisation de l'approche gériatrique dans votre milieu de pratique ? Quels sont-ils ?
 - i. Facteurs liés aux ressources matérielles, humaines, financières, temporelles ?
 - ii. Facteurs liés à l'organisation des soins et services et les valeurs de l'établissement ?
 - iii. Facteurs en lien avec les particularités de la clientèle ?
 - iv. Facteurs en lien avec l'intérêt et la motivation du personnel ?
6. Pouvez-vous penser à des pistes de solutions visant à diminuer les barrières à l'utilisation de l'approche gériatrique globale dans votre milieu ? Et plus largement dans d'autres unités de l'hôpital?
7. Selon vous, croyez-vous que cette approche pourrait être appliquée à d'autres unités de l'hôpital, à d'autres clientèles?

ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ENQUÊTE PAR ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

1. Avant l'implantation du modèle de prise en charge précoce centrée sur l'approche gériatrique globale, quel était l'état de la situation à l'UCDG de l'HSFA ? (style de pratique, collaboration (inter-multi-unidisciplinaire, charge de travail, expérience patient)
2. Qu'est-ce qui a motivé l'instauration de ce nouveau mode de pratique clinique à l'UCDG ?
3. Qu'est-ce qui a motivé l'instauration du lean par la suite à l'UCDG ?
4. Sur quelles données vous êtes-vous basés pour développer et implanter cette approche de prise en charge précoce ? (littérature, guides de pratique, études de terrain, expériences d'autres établissements, etc.)
5. Comment l'approche a-t-elle été structurée/implantée dans le milieu ?
6. Comment a-t-elle été adaptée à votre milieu ? Aux particularités de la clientèle de l'UCDG ? Aux particularités du milieu ? De l'organisation ?
7. Comment a-t-elle été présentée aux gestionnaires ? Aux cliniciens ?
8. Comment avez-vous motivé le personnel-clé pour adhérer et embarquer dans le mouvement ? Personnel de soin ? Préposés aux bénéficiaires, infirmiers, médecins, professionnels?
9. Selon vous, quels sont les éléments qui ont facilité ou supportés la mise en œuvre d'une telle approche dans votre milieu ?
10. Selon vous, quels sont les obstacles les plus importants qui ont été rencontrés lors de la mise en œuvre de ce modèle de soin dans le milieu ?
 - *Facteurs liés aux ressources matérielles, humaines, financières, temporelles ?*
 - *Facteurs liés à l'organisation des soins et services et les valeurs de l'établissement ?*
 - *Facteurs en lien avec les particularités de la clientèle ?*
 - *Facteurs en lien avec l'intérêt et la motivation du personnel ?*
11. Pouvez-vous penser à des pistes de solutions visant à diminuer les barrières à l'implantation de l'approche gériatrique globale dans votre milieu ?
12. Si c'était à refaire, que feriez-vous de différent ?
13. Selon vous, est-ce que cette approche pourrait être applicable à d'autres unités de l'hôpital ?
14. Avez-vous observé des retombées positives suite à l'implantation de ce modèle à l'UCDG ? Quelles mesures ont été utilisées pour documenter les impacts du modèle ?
 - Au niveau des relations/collaborations entre professionnels ?
 - Au niveau de l'expérience patient ?
 - Ambiance/climat de travail ?
 - Satisfaction des professionnels ?

ANNEXE 6. COMPARAISON DES ÉTUDES PRIMAIRES INCLUSES DANS LES REVUES SYSTÉMATIQUES RETENUES

Auteur, année [réf]	Revue systématique		
	Bakker 2001 [18]	Ellis 2011 [19]	Van Craen 2010 [20]
Applegate, 1990 [23]		x	
Asplund, 2000 [38]	x	x	
Basic, 2005 [24]	x		
Becker, 1987 [39]	x	*	
Campion, 1983 [25]	x		
Clark, 1995 [26]	x		
Cohen, 2002 [35]	x	x	x
Collard, 1985 [40]	x	x	
Counsell, 2000 [36]	x	x	x
Fretwell, 1990 [41]	x	x	
Gayton, 1987 [27]	x		
Harris, 1991 [50]		x	x
Hogan, 1987 [42]	x	x	
Hogan, 1990 [28]	x		
Inouye, 1993 [29]	x		
Kay, 1992 [30]		x	
Kircher, 2007 [51]		x	
Landefeld, 1995 [37]	x	x	x
McVey, 1989 [43]	*	x	
Naughton, 1994 [31]		x	
Nikolaus, 1999 [52]		x	x
Phibbs, 2006 [44]	*		*
Powell, 1990 [32]		x	
Reuben, 1995 [45]	x	x	
Rubenstein, 1984 [53]		x	X
Rubenstein, 1988 [56]		*	*
Rubenstein, 1995 [55]		*	*
Saltvedt, 2002 [54]		x	X
Saltvedt, 2004 [58]		*	*
Saltvedt, 2005 [59]		*	*
Saltvedt, 2006 [57]		*	*
Saltz, 1988 [46]	*	*	
Shamian, 1984 [33]		x	
Thomas, 1993 [47]	x	x	
White, 1994 [34]		x	
Winograd, 1993 [48]	x	x	
Nombre d'articles inclus	20	29	13
Nombre d'études incluses	17	22	7

* Analyses secondaires des données d'études primaires

ANNEXE 7. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES GÉRIATRIQUES GLOBALES DÉCRITES DANS LES ÉTUDES OBSERVATIONNELLES

Caractéristiques de l'approche	Chong 2012 [21]	Lee 2011 [22]
Organisation du modèle	Unité de soins fixe	Unité de soins fixe
Sélection systématique des patients fragilisés	Présence de déconditionnement et inclusion d'un sous-groupe présentant des troubles comportementaux associés à la démence	Présence de déclin fonctionnel aigu
Système de communication multidisciplinaire	Rencontres multidisciplinaires	ND
Plan d'intervention coordonné	ND	ND
Prise en charge précoce	ND	Prise en charge ≤ 72 heures suivant l'admission
Outils et protocoles standardisés et validés	ND	ND
Suivi ambulatoire	ND	ND
<i>Équipe multidisciplinaire :</i>	ND	Interdisciplinarité
Médecin	Géiatre	ND
Infirmière	Équipe d'infirmières diplômées en gériatrie	ND
Ergothérapeute	ND	ND
Physiothérapeute	ND	ND
Travailleur social	√	ND
Autre(s) professionnel(s) :	Coordonnateur des soins	ND

ND : non disponible (mention utilisée lorsque l'intervention n'était pas claire ou explicitement citée dans l'article)

ANNEXE 8. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE EN FONCTION DES INDICATEURS D'INTÉRÊT DES ÉTUDES RETENUES

Indicateurs	Revue systématique			Études observationnelles	
	Bakker 2011 [18] n = 17	Ellis 2011 [19] n = 22	Van Craen 2010 [20] n = 7	Chong 2012 [21]	Lee 2011 [22]
Déclin fonctionnel	n études : 14 ✓ 3 études ont montré des effets positifs sur la dimension physique. ✓ 5 études ont suggéré des effets positifs sur la santé mentale, émotionnelle et cognitive.	Indicateur « dépendance » : 8 études <i>Résultats</i> : ✓ Aucune différence significative (RR (IC à 95 %) : 0,94 (0,81-1,10), $p = 0,44$). Indicateur « décès ou dépendance » : 3 études <i>Résultats</i> : ✓ Aucune n'a montré de différence significative. Indicateur « décès ou détérioration » : 5 études <i>Résultats</i> : ✓ Réduction significative de la mort ou de la détérioration (RR (IC à 95 %) : 0,76 (0,64-0,90), $p = 0,001$). Indicateur « AVQ » : 5 études <i>Résultats</i> : ✓ Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes (DMN (IC à 95 %) : 0,06 (-0,06-0,17), $p = 0,33$). Indicateur « fonction cognitive » : 5 études <i>Résultats</i> : ✓ Amélioration globale (DMN (IC à 95 %) : 0,08 (0,01-0,15), $p = 0,02$).	n études : 3 <i>Résultats</i> : ✓ 2 études n'ont pas montré de différence significative au moment du congé et un an après le congé de l'hôpital. ✓ 1 étude a montré une amélioration du statut fonctionnel (25,4 % d'amélioration pour le groupe contrôle vs 48,4 % d'amélioration pour le groupe expérimental, $p < 0,01$). ✓ 1 étude a montré des effets positifs de l'intervention sur le statut fonctionnel au congé. ✓ Méta-analyse : groupe expérimental présente significativement moins de déclin fonctionnel au moment du congé (RR (IC à 95 %) : 0,87 (0,77-0,99), $p = 0,04$), mais cet effet diminuait un an après la fin de l'hospitalisation (RR (IC à 95 %) : 0,84 (0,69-1,03), $p = 0,09$).	<i>Résultats</i> : ✓ L'ensemble des patients ayant reçu cette approche retirent des gains fonctionnels ($\uparrow$ score MBI). ✓ Gains fonctionnels plus marqués chez les patients référés en réadaptation suite à leur séjour sur l'unité de soins (MBI = 12,6), suivis de ceux ayant réintégré leur domicile (MBI = 6,8) puis de ceux qui ont été relocalisés (MBI = 3,9).	<i>Résultats</i> : ✓ Améliorations cliniquement significatives des fonctions physiques par rapport au niveau de base mesuré à l'admission (BI : de $47,1 \pm 33,6$ à $66,2 \pm 32,9$; $p < 0,001$; IADL : de $2,1 \pm 2,4$ à $3,1 \pm 2,7$; $p < 0,001$), mentale (MMSE : de $13,4 \pm 8,1$ à $15,9 \pm 8,2$; $p < 0,001$), affective (GDS : de $1,2 \pm 2,1$ à $0,8 \pm 1,3$; $p < 0,001$), nutritionnelle (MNA : de $16,0 \pm 3,9$ à $17,8 \pm 3,5$; $p < 0,001$) ainsi que de la mobilité (TUG : de $19,9 \pm 22,5$ à $12,9 \pm 21,1$; $p < 0,001$) et de la perception de la douleur (NRS : de $2,4 \pm 3,1$ à $1,5 \pm 2,0$; $p < 0,001$).

Indicateurs	Revues systématiques			Études observationnelles	
	Bakker 2011 [18] n = 17	Ellis 2011 [19] n = 22	Van Craen 2010 [20] n = 7	Chong 2012 [21]	Lee 2011 [22]
Institutionnalisation	n études : 8 Résultats : ✓ 1 étude indique une augmentation significative du taux d'institutionnalisation 12 mois après le congé de l'hôpital. ✓ 1 étude a montré une diminution significative du nombre d'admissions en résidence 12 mois après le congé de l'hôpital.	n études ayant mesuré l'indicateur jusqu'à 6 mois : 14 Résultats : ✓ Réduction significative des patients institutionnalisés jusqu'à 6 mois après le congé d'hôpital (RR (IC à 95 %) : 0,72 (0,61-0,85), $p = 0,0001$). n études ayant mesuré l'indicateur jusqu'à 1 an : 19 Résultats : ✓ Diminution significative du nombre de patients institutionnalisés jusqu'à un an après l'hospitalisation (RR (IC à 95 %) : 0,78 (0,69-0,88), $p < 0,0001$).	n études : 6 Résultats : ✓ 1 étude a montré un plus faible taux de patients institutionnalisés trois mois après le congé et 2 études ont montré une diminution un an après le congé. ✓ Méta-analyse : Pas de différence significative trois mois (RR (IC à 95 %) : 0,90 (0,66-1,23), $p = 0,52$) ou six mois (RR (IC à 95 %) : 0,92 (0,68-1,25), $p = 0,61$) après la fin de l'hospitalisation. ✓ Méta-analyse : Réduction significative suggérée un an après le congé (RR (IC à 95 %) : 0,78 (0,66-0,92), $p = 0,003$).	Résultats : ✓ 50 % des patients avec troubles comportementaux ($n = 31$) ont réintégré leur domicile.	NA
Durée de séjour	n études : 9 Résultats : ✓ 1 étude a montré une réduction significative de la durée de séjour sur un des deux sites où s'est déroulée l'étude.	n études : 12 Résultats : ✓ Unités de soins fixes : la durée de séjour moyenne variait entre une diminution de 9,2 jours et une augmentation de 9,0 jours. ✓ Études en équipes mobiles durée de séjour variait entre une diminution de 0,79 jours et une augmentation de 3,60 jours.	n études : 13 Résultats : • 3 études n'ont pas montré de différence significative. • 8 études ont montré une augmentation de la durée de séjour. • 1 étude a montré une diminution. • Méta-analyse n'a permis de montrer aucun effet significatif sur la durée de séjour moyenne.	Résultats : ▪ Durée de séjour sont demeurées similaires; entre 10,7 jours $\pm$ 0,6 et 11,3 jours $\pm$ 1,2.	NA
Nombre de réadmissions	n études : 5 Résultats : ✓ 1 étude a montré une réduction significative du nombre de réadmissions	n études : 9 Résultats : ✓ Aucune différence significative (RR (IC à 95 %) : 1,03 (0,89-1,18), $p =$	n études : 3 Résultats : ✓ 1 étude a montré une diminution significative des réadmissions un an après le	NA	NA

Indicateurs	Revue systématique			Études observationnelles	
	Bakker 2011 [18] n = 17	Ellis 2011 [19] n = 22	Van Craen 2010 [20] n = 7	Chong 2012 [21]	Lee 2011 [22]
	six mois après le congé de l'hôpital.	0,72).	congé de l'hôpital. ✓ Méta-analyse : aucun effet significatif de l'intervention sur le nombre de réadmissions un an après la fin de l'hospitalisation (RR (IC à 95 %) : 0,84 (0,69-1,03), $p = 0,09$).		

NA : Non applicable; RR : Risque relatif; IC à 95 % : Intervalle de confiance à 95 %; AVQ : Activités de la vie quotidienne; DMN : Différence moyenne normalisée; MBI : *Modified Barthel Index* ; BI : *Barthel Index*; IADL : *Lawton-Brody instrumental activities of daily living scale*; MMSE : *Mini-Mental State Examination*; GDS : *Geriatric Depression scale short form*; MNA : *Mini Nutritional assessment*; TUG : *Timed up-and-go test*; NRS : *Numerical pain rating scale*.

RÉFÉRENCES

1. Inouye, S.K., *Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies*. Ann Med, 2000. **32**(4): p. 257-63.
2. Mudge, A., S. Laracy, et al., *Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients: enhanced multidisciplinary care*. Intern Med J, 2006. **36**(9): p. 558-63.
3. Shea, B., J. Grimshaw, et al., *Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*. BMC Med Res Methodol., 2007. **7**(10).
4. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), *Guide méthodologique de recherche et analyse documentaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé*. 2007.
5. Collard, R.M., H. Boter, et al., *Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review*. J Am Geriatr Soc, 2012. **60**(8): p. 1487-92.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Statistiques sur l'hospitalisation pour soins généraux et spécialisés, Direction de la gestion intégrée de l'information, Décembre 2014: Québec*.
7. Fried, L.P., C.M. Tangen, et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001. **56**(3): p. M146-56.
8. Mitnitski, A.B., X. Song, and K. Rockwood, *The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2004. **59**(6): p. M627-32.
9. Centre for Reviews and Dissemination. *Inpatient rehabilitation services for the frail elderly*. University of York. Evidence briefings. 2013.
10. Centre for Reviews and Dissemination. *Recognizing and managing frailty in primary care*. University of York. Effectiveness Matters. 2015.
11. Conroy, S., C. Ferguson, et al., *Interface geriatrics: evidence-based care for frail older people with medical crises*. Br J Hosp Med (Lond), 2010. **71**(2): p. 98-101.
12. Turner, G., A. Clegg, et al., *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): p. 744-7.
13. British Geriatrics Society. *Fit for frailty: consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings*. 2014. 26 pages.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence*. Gouvernement du Québec, 2011, 188 pages.
15. Welsh, T.J., A.L. Gordon, and J.R. Gladman, *Comprehensive geriatric assessment--a guide for the non-specialist*. Int J Clin Pract, 2014. **68**(3): p. 290-3.
16. Rubenstein, L.Z., A.E. Stuck, et al., *Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence*. J Am Geriatr Soc, 1991. **39**(9 Pt 2): p. 8S-16S; discussion 17S-18S.
17. Stuck, A.E., A.L. Siu, et al., *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Lancet, 1993. **342**(8878): p. 1032-6.
18. Bakker, F.C., S.H. Robben, and M.G. Olde Rikkert, *Effects of hospital-wide interventions to improve care for frail older inpatients: a systematic review*. BMJ Qual Saf, 2011. **20**(8): p. 680-91.
19. Ellis, G., M.A. Whitehead, et al., *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(7): p. CD006211.
20. Van Craen, K., T. Braes, et al., *The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis*. Journal of the American Geriatrics Society, 2010. **58**(1): p. 83-92.
21. Chong, M.S., E.F. Empensando, et al., *A subacute model of geriatric care for frail older persons: the Tan Tock Seng Hospital experience*. Ann Acad Med Singapore, 2012. **41**(8): p. 354-61.

22. Lee, W.J., L.N. Peng, et al., *Effectiveness of short-term interdisciplinary intervention on postacute patients in Taiwan*. J Am Med Dir Assoc, 2011. **12**(1): p. 29-32.
23. Applegate, W.B., S.T. Miller, et al., *A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital*. N Engl J Med, 1990. **322**(22): p. 1572-8.
24. Basic, D. and D.A. Conforti, *A prospective, randomised controlled trial of an aged care nurse intervention within the Emergency Department*. Aust Health Rev, 2005. **29**(1): p. 51-9.
25. Champion, E.W., A. Jette, and B. Berkman, *An interdisciplinary geriatric consultation service: a controlled trial*. J Am Geriatr Soc, 1983. **31**(12): p. 792-6.
26. Clark, L.R., V. Fraaza, et al., *Alternative nursing environments: do they affect hospital outcomes?* J Gerontol Nurs, 1995. **21**(11): p. 32-8.
27. Gayton, D., S. Wood-Dauphinee, et al., *Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital*. J Am Geriatr Soc, 1987. **35**(8): p. 726-36.
28. Hogan, D.B. and R.A. Fox, *A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital*. Age Ageing, 1990. **19**(2): p. 107-13.
29. Inouye, S.K., D.R. Wagner, et al., *A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric Care Program*. J Am Geriatr Soc, 1993. **41**(12): p. 1353-60.
30. Kay, G., M. MacTavish, et al., *Development and evaluation of a geriatric assessment unit in a community hospital*. Perspectives, 1992. **16**(3): p. 2-9.
31. Naughton, B.J., M.B. Moran, et al., *Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial*. J Am Geriatr Soc, 1994. **42**(10): p. 1045-9.
32. Powell, C. and P. Montgomery, *The age study: the admission of geriatric patients through emergency*. Age and ageing, 1990. **19**(suppl 2): p. 21-22.
33. Shamian, J., A.M. Clarfield, and J. Maclean, *A randomized trial of intra-hospital relocation of geriatric patients in a tertiary-care teaching hospital*. J Am Geriatr Soc, 1984. **32**(11): p. 794-800.
34. White, S.J., J.S. Powers, et al., *Effectiveness of an inpatient geriatric service in a university hospital*. J Tenn Med Assoc, 1994. **87**(10): p. 425-8.
35. Cohen, H.J., J.R. Feussner, et al., *A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management*. N Engl J Med, 2002. **346**(12): p. 905-12.
36. Counsell, S.R., C.M. Holder, et al., *Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital*. J Am Geriatr Soc, 2000. **48**(12): p. 1572-81.
37. Landefeld, C.S., R.M. Palmer, et al., *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*. N Engl J Med, 1995. **332**(20): p. 1338-44.
38. Asplund, K., Y. Gustafson, et al., *Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources*. J Am Geriatr Soc, 2000. **48**(11): p. 1381-8.
39. Becker, P.M., L.J. McVey, et al., *Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team*. JAMA, 1987. **257**(17): p. 2313-7.
40. Collard, A.F., S.S. Bachman, and D.F. Beatrice, *Acute care delivery for the geriatric patient: an innovative approach*. QRB Qual Rev Bull, 1985. **11**(6): p. 180-5.
41. Fretwell, M.D., P.M. Raymond, et al., *The Senior Care Study. A controlled trial of a consultative/unit-based geriatric assessment program in acute care*. J Am Geriatr Soc, 1990. **38**(10): p. 1073-81.
42. Hogan, D.B., R.A. Fox, et al., *Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital*. CMAJ, 1987. **136**(7): p. 713-7.
43. McVey, L.J., P.M. Becker, et al., *Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial*. Ann Intern Med, 1989. **110**(1): p. 79-84.
44. Phibbs, C.S., J.E. Holty, et al., *The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial*. Med Care, 2006. **44**(1): p. 91-5.
45. Reuben, D.B., G.M. Borok, et al., *A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients*. N Engl J Med, 1995. **332**(20): p. 1345-50.

46. Saltz, C.C., L.J. McVey, et al., *Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization*. Gerontologist, 1988. **28**(3): p. 344-50.
 47. Thomas, D.R., R. Brahan, and B.P. Haywood, *Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality*. J Am Geriatr Soc, 1993. **41**(2): p. 101-4.
 48. Winograd, C.H., M.B. Gerety, and N.A. Lai, *A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research*. Arch Intern Med, 1993. **153**(17): p. 2017-23.
 49. Sennour, Y., S.R. Counsell, et al., *Development and implementation of a proactive geriatrics consultation model in collaboration with hospitalists*. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(11): p. 2139-45.
 50. Harris, R.D., P.J. Henschke, et al., *A randomised study of outcomes in a defined group of acutely ill elderly patients managed in a geriatric assessment unit or a general medical unit*. Aust N Z J Med, 1991. **21**(2): p. 230-4.
 51. Kircher, T.T., H. Wormstall, et al., *A randomised trial of a geriatric evaluation and management consultation services in frail hospitalised patients*. Age Ageing, 2007. **36**(1): p. 36-42.
 52. Nikolaus, T., N. Specht-Leible, et al., *A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients*. Age Ageing, 1999. **28**(6): p. 543-50.
 53. Rubenstein, L.Z., K.R. Josephson, et al., *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*. N Engl J Med, 1984. **311**(26): p. 1664-70.
 54. Saltvedt, I., E.S. Mo, et al., *Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial*. J Am Geriatr Soc, 2002. **50**(5): p. 792-8.
 55. Rubenstein, L.Z., K.R. Josephson, et al., *The Sepulveda GEU Study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs*. Aging (Milano), 1995. **7**(3): p. 212-7.
 56. Rubenstein, L.Z., G.D. Wieland, et al., *Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): who benefits?* J Clin Epidemiol, 1988. **41**(5): p. 441-9.
 57. Saltvedt, I., M. Jordhoy, et al., *Randomised trial of in-hospital geriatric intervention: impact on function and morale*. Gerontology, 2006. **52**(4): p. 223-30.
 58. Saltvedt, I., T. Saltnes, et al., *Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study*. Aging Clin Exp Res, 2004. **16**(4): p. 300-6.
 59. Saltvedt, I., O. Spigset, et al., *Patterns of drug prescription in a geriatric evaluation and management unit as compared with the general medical wards: a randomised study*. Eur J Clin Pharmacol, 2005. **61**(12): p. 921-8.
 60. Winograd, C.H., M.B. Gerety, et al., *Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes*. J Am Geriatr Soc, 1991. **39**(8): p. 778-84.
-

CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL

**DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE, DE LA PLANIFICATION ET DES
AFFAIRES JURIDIQUES (DEQEPAJ)**

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay, Édifice D, D7-724

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682 — Télécopieur : 418 525-4028