



**Regroupement des Unités de courte durée gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec**

**Enquête auprès des professionnels des Unités de courte
durée gériatriques (UCDG) sur l'utilisation des outils
cliniques standardisés**

Sous-comité sur les outils cliniques et administratifs

Septembre 2014

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2014

Dépôt légal : 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

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

Membres du groupe de travail sur les outils cliniques et administratifs :

Ginette Champagne, Médecin de famille, CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (responsable)
Nicole Provost, Chef de programme des services gériatriques hospitaliers, CSSS St-Jérôme
T.T. Minh Vu, Gériatre, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Révisseur:

Marie-Jeanne Kergoat, Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM (directrice du RUSHGQ)

Lecteurs externes :

Jacques Thibault, Infirmier-chef de l'UCDG et de la géronto-psychiatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Anik Dumas, Ergothérapeute, CSSS de Rimouski-Neigette
Anne Pomerleau, Ergothérapeute, Hôpital St-François-d'Assise, CHU de Québec
Johanne Moreau, Chef d'unité de l'UCDG, Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), CHU de Québec
Susan Cotnam, Chef d'unité de l'URFI et de l'UJEG de l'Hôpital du St-Sacrement, CHU de Québec
Isabelle Lessard, Chef d'unité de l'UCDG de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec
Judith Latour, Gériatre, Hôpital St-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
François Dubé, Physiothérapeute, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Christine Fortier, Physiothérapeute, Hôpital St-François-d'Assise, CHU de Québec
Manon Pilon, Physiothérapeute, MSc, Responsable clinique en physiothérapie Centre d'hébergement Notre-Dame de la Merci, CSSS de Bordeaux-Cartierville St-Saint-Laurent

Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

Aline Bolduc, Professionnelle de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmier(ère) sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.

SOMMAIRE

Cette enquête, réalisée par le sous-comité sur les outils cliniques et administratifs du Regroupement des Unités de courte durée et des Services Hospitaliers de Gériatrie du Québec (RUSHGQ), a permis de dresser un portrait des outils cliniques standardisés utilisés en 2013 par les professionnels de l'équipe de base (médecins, infirmières, professionnels de la physiothérapies, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, nutritionnistes et pharmaciens) des Unités de courte durée gériatriques du Québec.

Pour chaque catégorie professionnelle, les données suivantes ont été obtenues concernant les outils cliniques standardisés:

- les plus fréquemment utilisés
- ceux qui devraient être systématiquement ou la plupart du temps appliqués
- d'autres qui bien que moins répandus sont suggérés pour des situations plus spécifiques

Ces données ont permis de proposer un corpus de quatre outils à appliquer par catégorie professionnelle lors de l'hospitalisation de tous les patients en UCDG.

TABLES DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE.....	7
MÉTHODOLOGIE.....	9
COLLECTE DES DONNÉES.....	9
ANALYSES.....	9
RÉSULTATS	10
TAUX DE PARTICIPATION	10
CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	10
FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS ET OPINION DES PROFESSIONNELS SUR CEUX QUI DEVRAIENT ÊTRE EMPLOYÉS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE OU LA PLUPART DU TEMPS	10
<i>Médecins</i>	11
<i>Infirmières</i>	11
<i>Professionnels de la physiothérapie</i>	12
<i>Ergothérapeutes</i>	13
<i>Travailleurs sociaux</i>	14
<i>Nutritionnistes</i>	14
<i>Pharmaciens</i>	15
OUTILS UTILISÉS PAR PLUS D'UNE CATÉGORIE DE PROFESSIONNELS.....	16
COMMENTAIRES DES PROFESSIONNELS	16
PROPOSITION D'UN CORPUS D'OUTILS CLINIQUES À INTÉGRER EN UCDG	17
DISCUSSION.....	18
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	19
TABLEAUX DÉTAILLÉS	21
TABLEAU 1. TAUX DE PARTICIPATION DES UCDG MEMBRES DU RUSHGQ EN FONCTION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ..	22
TABLEAU 2. TAUX DE PARTICIPATION DES UCDG EN FONCTION DE LEUR TAILLE ET AFFILIATION UNIVERSITAIRE, PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE.....	23
TABLEAU 3. CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS.....	24
TABLEAU 4. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES MÉDECINS.....	25
TABLEAU 5. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES MÉDECINS	26
TABLEAU 6. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES INFIRMIÈRES.....	27
TABLEAU 7. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES INFIRMIÈRES	28
TABLEAU 8. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE.....	29
TABLEAU 9. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE	31
TABLEAU 10. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES.....	32
TABLEAU 11. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES	33
TABLEAU 12. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX	35
TABLEAU 13. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX.....	36
TABLEAU 14. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES NUTRITIONNISTES.....	37
TABLEAU 15. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES NUTRITIONNISTES	38

TABLEAU 16. FRÉQUENCE D'UTILISATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PAR LES PHARMACIENS	39
TABLEAU 17. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS QUI DEVRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS SYSTÉMATIQUEMENT OU LA PLUPART DU TEMPS PAR LES PHARMACIENS.....	40
TABLEAU 18. AUTRES OUTILS UTILISÉS PAR LES PROFESSIONNELS	41
TABLEAU 19. COMPILATION DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS AUXQUELS SE RÉFÈRENT LES PROFESSIONNELS DANS LEUR PRATIQUE	42
ANNEXES	43
ANNEXE 1. OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS PROPOSÉS DANS LA RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ET GRIS POUR CERTAINS DOMAINES DE L'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE GLOBALE.....	44
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES	46
ANNEXE 3. LISTE DES ÉTABLISSEMENTS AYANT PARTICIPÉ AU SONDAGE ET NOMBRE DE RÉPONDANTS PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE	47
ANNEXE 4. COMMENTAIRES FOURNIS PAR LES RÉPONDANTS SUR LA SYSTÉMATISATION D'OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS EN UCDG	49
RÉFÉRENCES	53

MISE EN CONTEXTE

Les personnes âgées représentent une part croissante de la population québécoise. C'est dans ce groupe d'âge que les besoins en soins et services de santé sont proportionnellement les plus importants. Ces besoins sont certes reliés à des conditions médicales aiguës mais pour beaucoup, aux complications des maladies chroniques et à la gestion du retentissement fonctionnel de celles-ci.

En conséquence, il s'est développé, au cours des 30 dernières années, des services médicaux dédiés aux personnes âgées fragiles dont, notamment, des unités de gériatrie hospitalières pour des soins plus aigus dénommées les Unités de Courte Durée Gériatrique (UCDG), et d'autres services ou programmes gériatriques rattachés aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ces services favorisent une amélioration des pratiques médicales auprès des personnes âgées de sorte qu'elles soient mieux adaptées à leurs besoins. L'expertise des UCDG s'insère dans l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» qui est en cours de déploiement dans tous les CHSGS du Québec [1].

Depuis 2010, les professionnels cliniques et les cadres administratifs des UCDG se sont unis en une communauté de pratique, le Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatrique et des Services Hospitaliers de Gériatrie du Québec (RUSHGQ). Ce regroupement est un mécanisme de mise en commun des différentes pratiques de ces services dans un but d'amélioration de la qualité des soins et services qui y sont dispensés, et qui souhaite rejaillir sur la qualité des soins offerts de façon générale sur la prise en charge de toutes les personnes âgées hospitalisées. La majorité des UCDG du Québec a ainsi adhéré à ce regroupement. Ce regroupement est animé par un comité exécutif où des travaux, par le biais de différents sous-comités, sont effectués pour étudier des aspects particuliers des soins prodigués dans ces unités de soins. De plus, outre ces travaux, les membres sont invités à soumettre et à partager des problèmes et des solutions originales sur des problématiques rencontrées. Ces échanges se font par le biais d'un forum de discussion en ligne (site internet, www.rushgq.org), lequel sert également à diffuser les travaux des comités et des informations d'intérêt pour les membres.

Un sous-comité de travail a été formé pour se pencher sur les outils cliniques et administratifs utilisés dans les UCDG du Québec. En 2011-2012, le sous-comité a recueilli de façon aussi exhaustive que possible les outils utilisés par les différents professionnels cliniciens et gestionnaires et a rendu cet inventaire disponible sur le site internet. Dans le contexte du RUSHGQ, ce premier travail du sous-comité ne se voulait pas normatif mais plutôt le fruit d'une mise en commun des différentes pratiques.

Par la suite, en 2013, le sous-comité s'est donné deux objectifs, soit : 1) d'effectuer un portrait de l'utilisation faite par les professionnels de l'équipe de base des UCDG québécoises des outils cliniques standardisés et 2) de recueillir l'opinion de ceux-ci sur un corpus d'outils à proposer à l'ensemble des UCDG.

Bien que la création d'outils «maison» originaux s'effectue au sein des praticiens, nous adhérons aux principes des bonnes pratiques qui promeuvent l'utilisation d'outils standardisés, ayant fait l'objet d'étude de validation rigoureuse. L'utilisation d'échelles est bien évidemment complémentaire et ne saurait se substituer à des compétences professionnelles solides incluant un bon jugement clinique. Les

écrits empiriques réfèrent systématiquement aux outils standardisés pour décrire les caractéristiques et performances des patients à l'étude ainsi que l'évolution de ces patients lors d'essais cliniques. Certaines sont largement employées, telle le Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, et d'autres, bien que valides peuvent avoir des caractéristiques qui les rendent moins attrayantes par exemple, demander un temps de passation excessif ou une collaboration qui est absente chez un patient donné. En clinique, les outils standardisés ont l'avantage de permettre une évaluation systématique d'une situation ou d'un problème, permettant de l'évaluer sous tous les aspects requis et surtout, d'une façon standardisée, de sorte que la personne ainsi évaluée puisse être comparée à un groupe semblable en regard de sa performance à une épreuve. Il devient ainsi possible de mesurer le problème, ainsi que d'en uniformiser l'évaluation entre différents observateurs.

Nous avons recherché dans la littérature scientifique (et la littérature grise) des consensus d'experts cliniques proposant un corpus d'outils standardisés pour permettre une évaluation gériatrique globale de bonne qualité auprès d'une personne âgée hospitalisée. Au niveau canadien et québécois, ce type de consensus ne semble pas exister. Au niveau international, deux consensus d'experts Australiens ont été recensés, l'un en 2004 et l'autre en 2010 [2, 3]. En 2004, un panel d'experts composé de diverses catégories professionnelles (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, dentistes, etc.) avait pour objectif d'établir un consensus sur les éléments d'une évaluation gériatrique globale auprès de la personne âgée de 75 ans et plus (ou de 65 ans et plus présentant un profil gériatrique) dans le cadre d'un épisode de soins à l'hôpital. Pour ce faire, ils ont effectué une revue de la littérature sur les outils couramment utilisés en clinique afin d'en connaître les qualités métrologiques. De plus, ils ont sondé l'opinion des cliniciens de diverses professions à l'aide de groupes de discussion effectués à travers l'Australie.

Les auteurs mentionnent que la réalisation d'une évaluation gériatrique globale implique l'utilisation de diverses sources d'informations provenant du patient, du dossier médical ou de l'observation. Ces informations devraient être recueillies le plus souvent possible au moyen d'outils standardisés. Les outils recommandés pour chaque domaine sont résumés à l'annexe 1 et sont classés selon quatre principales catégories :

- Aspects médicaux (évaluation des symptômes, histoire médicale, revue des systèmes, révision de la médication, tabagisme, consommation d'alcool, état nutritionnel, état dentaire, immunisation et la détermination du niveau de soins désiré par le patient);
- Capacités fonctionnelles (activités de la vie quotidienne, activités de la vie domestique, équilibre postural et mobilité);
- État cognitif et psychologique;
- Aspects sociaux (logement, environnement de vie, assistance sociosanitaire formelle et informelle).

Le deuxième groupe d'experts (2010) [3] avait pour objectif de proposer une sélection d'outils validés pour l'évaluation de l'ensemble des personnes âgées fragiles dans différents contextes de soins (*Core assessment instruments*). Les outils recommandés sont aussi présentés à l'annexe 1.

Bien que les outils recommandés par ces deux groupes d'experts Australiens nous semblent très pertinents, ils ne reflètent peut-être pas l'opinion des cliniciens qui travaillent dans les UCDG

québécoises. De plus, leur méthodologie ne permet pas de dégager l'opinion des outils jugés importants par catégorie professionnelle.

Dans le présent travail, le sous-comité a poursuivi deux objectifs spécifiques :

- 1) Établir des données de référence sur l'utilisation des outils cliniques standardisés dans les UCDG québécoises par les médecins, infirmières, professionnels de la physiothérapie, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, nutritionnistes et pharmaciens;
- 2) Proposer un corpus d'outils à utiliser dans l'ensemble des UCDG québécoises, de façon générale et par profession.

MÉTHODOLOGIE

Collecte des données

Un sondage électronique (Survey Monkey©) comportant selon la situation, 6 ou 7 questions, a été élaboré pour chaque catégorie de professionnels. Un questionnaire-type est présenté à l'annexe 2, en utilisant les médecins à titre d'illustration. La fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés était déterminée à partir d'une liste de tests ou échelles préalablement établie par un noyau de professionnels de chaque discipline et selon l'inventaire des outils cliniques effectué par le regroupement, et à laquelle le répondant pouvait ajouter d'autres outils, reflétant sa pratique de la dernière année. Concernant, les outils qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps, l'opinion des professionnels a été recueillie par profession en demandant de nommer et d'ordonner (sans liste pré-établie) ses cinq choix prioritaires.

Parmi les 61 UCDG répertoriées dans les centres hospitaliers du Québec, 51 ont adhéré au RUSHGQ. Les professionnels de ces 51 UCDG ont d'abord été sollicités par un courriel général transmis à tous les membres du regroupement, suivi de deux rappels aux personnes contact du regroupement dans chaque établissement. De plus, si les courriels individuels des professionnels étaient disponibles, un courriel personnalisé leur a été envoyé. Les liens pour accéder aux sondages étaient également disponibles sur la page d'accueil du site internet (www.rushgq.org). La collecte de donnée a eu lieu du 23 septembre au 18 novembre 2013.

Analyses

Considérant le caractère descriptif des données recueillies (nom des outils, pourcentage, nombre), et l'objectif de l'enquête qui était de faire ressortir les pratiques communes entre toutes les UCDG, aucune analyse de comparaison ne s'avérait pertinente.

Les fréquences d'utilisation des outils rapportées dans les tableaux 4, 6, 8, 10, 12, 14 et 16 sont présentées par ordre décroissant des résultats du choix de réponse «systématiquement/la plupart du temps».

Dans les tableaux 5, 7, 9, 11, 13, 15 et 17 où l'opinion des professionnels était colligée en fonction de leurs priorités (1= plus prioritaire à 5= moins prioritaire), le nombre de réponses pour chaque outil nommé a été compilé par catégorie (1 à 5) et au total. De façon arbitraire, la somme des trois premiers choix a servi à identifier le corpus des outils recommandés.

Les outils retenus parmi ceux rapportés par les participants dans la section résultats, sont jugés valides et fiables, mais leurs qualités métrologiques ne sont pas rapportées en détail dans le présent document. Elles peuvent être retrouvées, ainsi que la description et le mode d'emploi de chaque outil dans les ouvrages cités dans la bibliographie [4-9].

RÉSULTATS

Taux de participation

Globalement, le taux de participation aux sept sondages, varie entre 25 % (pharmaciens) et 63 % (professionnels de la physiothérapie¹) (tableau 1). Individuellement, le nombre de participant varie entre 10 (pharmaciens) et 42 (professionnels de la physiothérapie), pour un total de 175 répondants (tableau 2). La liste des UCDG ayant collaboré aux sondages ainsi que le nombre de répondants par catégorie de professionnels est fournie à l'annexe 3.

- ❖ *L'échantillon d'UCDG est représentatif des divers types d'UCDG, quant à la répartition de leur profil clinique (soins aigus/évaluation, réadaptation et mixte), leur taille (nombre de lits au permis) et leur statut universitaire.*

Caractéristiques des participants

De 50 % (pharmaciens) à 88 % (infirmières) des professionnels ayant répondu aux sondages travaillent de façon régulière à l'UCDG, pour un temps moyen de plus de 20 heures par semaine (tableau 3). La plupart possèdent plus de 5 années d'expérience en UCDG, c'est le cas pour 50 % des pharmaciens et 81 % des infirmières (tableau 3). Pour ce qui est des médecins, 65 % d'entre eux sont des médecins de famille et 35 % sont des gériatres.

- ❖ *Notre échantillon de participants est constitué de professionnels expérimentés dans les soins aux personnes âgées admises en UCDG.*

Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés et opinion des professionnels sur ceux qui devraient être employés de façon systématique ou la plupart du temps

¹ Au Québec, il existe deux professions qui occupent le champ de pratique de la physiothérapie, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

Médecins

Parmi la liste d'outils soumis aux médecins (tableau 4), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Niveau d'intervention médicale désiré par le patient (96 %)
- Mini-Mental State Examination (MMSE) (92 %)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (58 %)
- Critères de Beers 2012 (46 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps par les médecins (tableau 5), les répondants ont nommé :

- MMSE
- MoCA
- Niveau d'intervention médicale désiré par le patient
- Échelle de Berg

Les outils les moins connus (tableau 4) sont :

- Échelle d'évaluation psychopathologique étendue MADRS (échelle de dépression Montgomery Åsberg) (35 %)
- Questionnaire McGill sur la douleur (31 %)

- ❖ *La détermination du niveau d'intervention médicale représente maintenant une norme de pratique pour tous les patients hospitalisés et ce encore davantage s'ils sont âgés. On peut donc comprendre qu'il soit utilisé systématiquement.*
- ❖ *Le MMSE représente un outil de dépistage des atteintes cognitives, condition aussi systématiquement dépistée, à moins que la personne faisant l'objet de l'évaluation démontre de façon manifeste l'absence d'une telle atteinte. Par contre, des outils telles le questionnaire CAGE pour l'éthylisme, l'échelle de dépression gériatrique (GDS), quoique bien connues, ne sont utilisées qu'à l'occasion. On peut penser qu'elles sont utilisées lors de situations où le médecin désire corroborer une impression clinique plutôt qu'en contexte de dépistage.*
- ❖ *Il peut sembler surprenant que l'échelle de Berg soit incluse dans les choix du médecin, mais bien que cet outil soit généralement réalisé par les professionnels de la physiothérapie, son résultat est d'une grande utilité pour le médecin.*

Infirmières

Parmi la liste d'outils soumis aux infirmières (tableau 6), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Échelle d'évaluation de la douleur (PQRST) (77 %)
- Échelle de Braden (74 %)
- Signes AINÉES (59 %)

- Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (53 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps par les infirmières (tableau 7), elles ont le plus souvent nommé :

- Signes AINÉES
- SMAF
- Échelle de Braden
- Échelle de MORSE

Les outils les moins connus (tableau 6) sont :

- Outil STRATIFY (56 %)
- Échelle de Zarit (53 %)
- Test d'équilibre et de marche de Tinetti ² (50 %)

❖ *Les infirmières font mention d'un large éventail d'outils mais la majorité d'entre eux ne semble connu que par environ la moitié de celles qui ont répondu au sondage. Quatre outils sont utilisés de façon fréquente dont le plus répandu est «Signes AINÉES». Quant à l'évaluation du risque de chute, qui fait partie des bonnes pratiques infirmières, plusieurs institutions font usage de grilles «maison» pour faire le dépistage, ce qui peut expliquer l'absence d'un outil de cette catégorie parmi les outils les plus répandus. On retrouve cependant l'échelle de MORSE parmi les outils à effectuer de façon systématique ou la plupart du temps.*

Professionnels de la physiothérapie

Parmi la liste d'outils soumis aux professionnels de la physiothérapie (tableau 8), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Échelle de Berg (93 %)
- Timed Up and Go (TUG) (74 %)
- Vitesse de marche sur 10 mètres (69%)
- Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®) (36 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps par les professionnels de la physiothérapie (tableau 9), les plus souvent nommés ont été :

- Échelle de Berg
- TUG
- Vitesse de marche sur 5 ou 10 mètres
- Five times Sit-to-stand

Les outils les moins connus (tableau 8) sont :

² *Performance oriented Mobility Assessment*

- Fullerton Advanced Balance scale (36 %)
 - The Clinical Outcome Variable Scale (36 %)
 - Profil de mobilité fonctionnelle en physiothérapie (PMFP) (36 %)
- ❖ *Les professionnels de la physiothérapie utilisent un grand nombre d'outils. Ils œuvrent dans une discipline qui se prête à l'utilisation d'outils de mesure pour différentes performances physiques. Ces outils sont tous connus de la majorité des professionnels et plusieurs sont connus de tous les professionnels, ce qui donne l'impression d'une certaine homogénéité dans l'utilisation d'outils. Par contre, la grande majorité de ces outils ne sont utilisés qu'occasionnellement, voire rarement (26/33 ne sont utilisés que rarement ou jamais par 50% ou plus des répondants). Ces outils sont probablement utilisés pour des mesures de fonctions précises alors que des outils sont utilisés de façon systématique au moment de l'évaluation initiale et sont répétés durant le séjour (échelle de Berg, Timed Up and Go, vitesse de marche et Five Times Sit-to-stand).*

Ergothérapeutes

Parmi la liste d'outils soumis aux ergothérapeutes (tableau 10), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 – révisée (PECPA-2R) (64 %)
- Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®) (32 %)
- MoCA (25 %)
- Échelle du statut mental modifiée (3MS) (25 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps (tableau 11), les ergothérapeutes ont le plus souvent nommé :

- MoCA
- PECPA-2R
- MMSE / 3MS
- Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®) / Purdue Pegborad Test

Les outils les moins connus (tableau 10) sont :

- Évaluation du mécanisme oral périphérique (39 %)
- Cognitive Competency Test (36 %)
- Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (36 %)

- ❖ *Tout comme leurs collègues de la physiothérapie, les ergothérapeutes utilisent un grand nombre d'outils standardisés. Tous ces outils sont connus de la majorité des professionnels mais la majorité de ces outils ne sont utilisés que rarement ou occasionnellement. Là aussi, cette situation amène à conclure que ces outils sont utilisés lors de situations précises, sauf le PECPA-2R qui est l'outil utilisé le plus systématiquement et qui sert généralement pour le dépistage d'une atteinte*

cognitive. Quant à l'évaluation fonctionnelle, qui est le propre du travail de l'ergothérapeute, celle-ci est formulée sous forme de verbatim et non pas par une échelle.

Travailleurs sociaux

Parmi la liste d'outils soumis aux travailleurs sociaux (tableau 12), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- SMAF - social (79 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps (tableau 13), les travailleurs sociaux ont le plus souvent nommé :

- SMAF

La moitié des travailleurs sociaux qui ont répondu au sondage (tableau 12) ne connaisse pas l'échelle de Zarit.

- ❖ *Les travailleurs sociaux utilisent vraiment très peu d'outils standardisés. Même l'échelle de Zarit, mesurant le fardeau des aidants, n'est connue que par 50% des répondants. On peut penser que, dans leur travail auprès des aînés et de leurs familles, ces professionnels procèdent par des entrevues, transmettent des informations, aident à la recherche de solutions et à obtenir des consensus, activités pour lesquelles elles n'utilisent que peu ou pas d'outils standardisés. Par contre, on peut conclure que ces professionnels utilisent les informations obtenues auprès des autres professionnels mais de façon plutôt occasionnelle puisque peu de répondants ont indiqué un choix d'outils devant être appliqués de façon systématique.*

Nutritionnistes

Parmi la liste d'outils soumis aux nutritionnistes (tableau 14), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Indice de masse corporelle (100 %)
- Relevé alimentaire d'une journée-type (91 %)
- Calcul du métabolisme de base (71 %)
- Apports nutritionnels de référence – Santé Canada (52 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps (tableau 15), les nutritionnistes ont le plus souvent nommé :

- Mini Nutritional Assessment abrégé (MNA-abrégé)
- Indice de masse corporelle

- Relevé des habitudes alimentaires
- Bilan des apports alimentaires / journal alimentaire

Les outils les moins connus (tableau 14) sont :

- Questionnaire de Blackburn, Poitras, Ruel (38 %)
- Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) (33 %)
- Questionnaire DETERMINE (29 %)
- Seniors in the Community Risk Evaluation and Nutrition (SCREEN) (29 %)

❖ *Les nutritionnistes utilisent elles aussi un grand nombre d'outils standardisés, notamment des formules pour calculer des paramètres physiologiques. On note qu'environ un tiers des répondants ne connaît pas les outils de dépistage développés spécifiquement pour la clientèle gériatrique, sauf le Mini Nutritional Assessment.*

Pharmaciens

Parmi la liste d'outils soumis aux pharmaciens (tableau 16), les plus fréquemment utilisés (de façon systématique ou la plupart du temps) sont :

- Bilan comparatif des médicaments (90 %)
- Section médicaments dans UpToDate® (80 %)
- Prologiciel Vigilance® (60 %)
- Critères de Beers 2012 (40 %)
- Outil STOPP and START (40 %)

Concernant les outils qui devraient être appliqués de façon systématique ou la plupart du temps (tableau 17), les pharmaciens ont le plus souvent nommé :

- Bilan comparatif des médicaments
- Prologiciel Vigilance® / Section médicaments dans UpToDate®
- Critères de Beers 2012
- Outils STOPP and START

Les outils les moins connus (tableau 16) sont :

- Improved Prescribing in the Elderly Tool (IPET)(20 %)
- Indicateurs de qualité ACOVE pour la médication (20 %)

❖ *Les pharmaciens utilisent des outils standardisés mais citent aussi des référentiels professionnels en ligne (ex. : section médicaments dans UpToDate®). Ici aussi, un outil, le bilan comparatif des médicaments est devenu une norme, d'où son utilisation quasi-systématique.*

Tel que mentionné dans la méthodologie, les répondants pouvaient nommer d'autres outils que ceux proposés. À titre informatif, le tableau 18 présente ces autres outils.

- ❖ *Tel que mentionné dans la mise en contexte, nous avons au préalable recueilli une liste d'outils en faisant appel aux professionnels œuvrant dans les unités et les services gériatriques. Ce sondage proposait donc les outils apparaissant dans le recueil et demandait aux professionnels d'indiquer d'une part ceux qu'ils utilisaient, et d'autre part, ceux qu'ils devraient utiliser de façon systématique. Les professionnels ont aussi nommé des outils qu'on ne retrouvait pas dans le recueil. Ces outils n'ont pas été retenus dans les résultats puisqu'ils n'avaient pas été proposés à l'ensemble des professionnels d'une catégorie. On y retrouve des échelles d'évaluation diagnostique (échelle de Hoehn & Yahr pour les stades de la maladie de Parkinson), des échelles d'évaluation clinique de problèmes spécifiques (échelles de douleur, échelles d'évaluation cognitive) ainsi que des outils cités et proposés par des professionnels distincts de ceux à qui ils avaient été proposés (PECPA-2R).*

Outils utilisés par plus d'une catégorie de professionnels

Les répondants ont été questionnés sur les outils standardisés appliqués par les autres professionnels auxquels ils se réfèrent de façon systématique ou la plupart du temps dans leur pratique à l'UCDG.

Les outils suivants ont été les plus fréquemment nommés (31 à 75 répondants) (tableau 19):

- MMSE, Test de Folstein, 2MS ou 3MS
- Échelle de Berg
- PECPA-2R
- MoCA
- TUG
- SMAF

Commentaires des professionnels

Pour l'intérêt du lecteur, on retrouve à l'annexe 4 l'ensemble des commentaires émis par les répondants.

Proposition d'un corpus d'outils

Le tableau suivant présente le corpus d'outils qui, selon la plupart des répondants, devraient être appliqués de façon systématique à un patient âgé lors d'une hospitalisation à l'UCDG, en faisant bien entendu appel au jugement clinique des intervenants.

PROPOSITION D'UN CORPUS D'OUTILS CLINIQUES À INTÉGRER EN UCDG *

Médecins	Infirmières	Professionnels de la physiothérapie	Ergothérapeutes	Travailleurs sociaux	Nutritionnistes	Pharmaciens
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Signes AINÉES	Échelle de Berg	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle - social	Mini Nutritional Assessment (MNA) abrégé	Bilan comparatif des médicaments
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	Timed Up and Go (TUG)	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 – révisée (PECPA-2R)		Indice de masse corporelle (IMC)	Prologiciel Vigilance® / Section médicaments dans UpToDate®
Niveau d'intervention médical désiré par le patient	Échelle de Braden	Vitesse de marche sur 5 ou 10 mètres	Mini-Mental State Examination (MMSE) ou 3MS		Relevé des habitudes alimentaires	Critères de Beers 2012
Échelle de Berg	Échelle de Morse	Five Times Sit-to-stand (FTSST)	Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®) / Purdue Pegborad Test		Bilan des apports alimentaires / journal alimentaire	Outils STOPP and START

* L'utilisation d'outils cliniques est complémentaire et ne saurait se substituer à des compétences professionnelles solides incluant un bon jugement clinique.

DISCUSSION

- Cette enquête avait pour but d'établir un portrait de l'utilisation des outils cliniques standardisés faite par les professionnels de l'équipe UCDG et de récolter leur opinion sur ceux qu'ils jugent pertinents à utiliser de façon systématique ou la plupart du temps. Les résultats doivent être utilisés en tenant compte des points suivants :
 - 1) l'évaluation de l'utilisation des formulaires ou outils dits « maison » n'était pas incluse dans l'enquête car il est recommandé d'utiliser des outils validés et fiables.
 - 2) l'objectif n'était pas d'évaluer les pratiques complètes et précises d'évaluation de chaque catégorie professionnelle, mais d'avoir des données sur l'utilisation faite des outils cliniques standardisés par profession.
- Les résultats sont basés sur l'opinion des professionnels, il ne s'agit donc pas d'un consensus d'experts. Ainsi, ils ne remplacent pas le jugement professionnel pour déterminer la méthode d'évaluation ou l'instrument de mesure approprié pour effectuer une évaluation chez un patient en particulier. Par exemple, il pourrait s'avérer que dans une situation singulière un test moins commun puisse être utilisé parce qu'il convient mieux.
- Les outils standardisés recommandés par chaque catégorie professionnelle synthétisent une dimension d'une problématique **fréquemment** rencontrée dans la population âgée fragile, par exemple la cognition (MMSE, MoCA, PECPA-2R), l'équilibre et la mobilité (échelle de Berg, vitesse de marche), les plaies de pression (échelle de Braden), les chutes (échelle de MORSE), l'autonomie fonctionnelle (SMAF), la dénutrition (MNA abrégé) et la gestion médicamenteuse appropriée (critères de Beers, STOPP/START). Du fait que ces problèmes sont fréquemment rencontrés, il s'avère pertinent d'en faire le dépistage. Cependant, d'autres outils utilisés moins fréquemment apparaissent aussi pertinents pour un problème ou une situation plus spécifique, par exemple l'évaluation de la conduite automobile, le MOP en cas de dysphagie, la grille GEM pour la sécurité à la marche, l'échelle de Zarit pour évaluer le fardeau des aidants.
- Aussi, certains outils sont susceptibles d'être utilisés par plusieurs professionnels, tels le MMSE, qu'un médecin, une infirmière ou un ergothérapeute peuvent administrer pour le dépistage de troubles cognitifs. Par ailleurs, d'autres sont administrés par une seule catégorie professionnelle en raison de l'expertise requise pour obtenir un résultat fiable, tel le AMPS ou l'échelle de Berg, mais le résultat pourra être utilisé par d'autres professionnels qui en retirent une information pertinente. Il serait donc éventuellement opportun de regrouper les différents outils non seulement par catégorie professionnelle susceptible d'administrer ou de procéder à une évaluation avec un outil particulier mais aussi par problématique sous observation.
- Certains outils sont informatisés et à cette enseigne, on doit s'attendre à ce que des versions informatisées de la plupart des outils soient disponibles et puissent même être compilées afin de fournir au-delà d'un cas en particulier, un portrait d'ensemble des caractéristiques de la population d'une UCDG.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

- Cette enquête a permis d'obtenir un portrait d'ensemble des outils cliniques standardisés utilisés par les professionnels de l'équipe de base des UCDG québécoises.
- Les gestionnaires et professionnels des UCDG pourront s'inspirer de ces résultats pour revoir leurs méthodes d'évaluation interprofessionnelle des patients.
- Nous sommes dans un processus d'informatisation des pratiques professionnelles en milieu hospitalier, ce travail pourra être utilisé dans le choix et l'adaptation des outils à la clientèle âgée hospitalisée.
- Bien que les résultats de cette enquête portent sur les pratiques en UCDG, ils peuvent être utilisés pour les autres programmes gériatriques spécialisés, tel que la clinique externe ou l'équipe ambulatoire de gériatrie. De plus, l'utilisation d'outils d'évaluation n'est pas l'apanage exclusif des intervenants spécialisés en gériatrie, ils devraient être utilisés par les équipes des unités de médecine/chirurgie où sont hospitalisés un grand nombre de personnes âgées fragiles. Peu importe où le patient âgé est admis dans l'hôpital, les données en lien avec le risque de chute, l'autonomie, la cognition, ou l'intégrité cutanée doivent être recueillies en utilisant des outils fiables et valides. Ceci permettra de reconnaître les besoins de la personne âgée et d'adapter les soins tel que préconisé dans le document sur l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» [1].

Tableaux détaillés

Tableau 1. Taux de participation des UCDG membres du RUSHGQ en fonction des différentes catégories professionnelles

Professionnels	Nombre total d'UCDG membres du RUSHGQ et catégories professionnelles faisant partie de l'équipe de base	Nombre d'UCDG ayant participé à l'enquête (% par rapport au nombre total)	Nombre individuel de répondants
Médecin	51	18 (35)	26
Professionnels de la physiothérapie	51	32 (63)	42
Ergothérapeute	51	26 (51)	28
Nutritionniste	50	19 (38)	21
Pharmacien	36	9 (25)	10
Travailleur social	49	13 (27)	14
Infirmière ¹	51	24 (47)	34

¹ Infirmière, infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire

Tableau 2. Taux de participation des UCDG en fonction de leur taille et affiliation universitaire, par catégorie professionnelle

Professionnels	Nombre d'UCDG participantes					Univer- sitaire	Non Univer- sitaire
	Total	≤ 9 lits	10-15 lits	16-20 lits	≥ 21 lits		
Médecin	18	3	4	4	7	13	5
Professionnel de la physiothérapie	32	9	9	6	8	13	19
Ergothérapeute	26	6	7	6	7	13	13
Nutritionniste	19	5	3	6	5	11	8
Pharmacien	9	1	2	1	5	5	4
Travailleur social	13	0	3	6	4	7	6
Infirmière	24	4	7	6	7	9	15
Nombre total d'UCDG membres du RUSHGQ	51	12	13	10	16	26	25

Tableau 3. Caractéristiques des répondants

Professionnel	Nombre moyen d'heures travaillées à l'UCDG par semaine	Nombre d'années d'expérience	≥ 20 heures /semaine à l'UCDG	≥ 5 ans d'expérience en gériatrie
	Moyenne ± écart-type (min. – max.)		%	%
Médecin (n=26) ¹	27 ± 17 (2 -55)	12 ± 8 (0 – 32)	65	73
Infirmière (n=34) ²	34 ± 10 (4 – 55)	7 ± 5 (1 – 22)	88	59
Professionnel de la physiothérapie (n=42) ³	26 ± 11 (0 – 35)	13 ± 8 (0 – 27)	76	81
Ergothérapeute (n=28) ⁴	28 ± 9 (5 – 35)	10 ± 7 (0 – 25)	86	68
Travailleur social (n=14) ⁵	27 ± 13 (0 – 40)	7 ± 5 (0 – 15)	79	79
Nutritionniste (n=21) ⁶	19 ± 15 (3 – 56)	8 ± 7 (0 – 20)	53	57
Pharmacien (n=10) ⁷	16 ± 10 (0 – 30)	6 ± 4 (1 – 12)	50	50

¹ provenant de 20 UCDG différentes

² 18 infirmières cliniciennes, 15 infirmières et 1 infirmière auxiliaire provenant de 24 UCDG différentes

³ 35 physiothérapeutes et 7 thérapeutes en réadaptation physique provenant de 32 UCDG différentes

⁴ provenant de 27 UCDG différentes

⁵ provenant de 13 UCDG différentes

⁶ provenant de 19 UCDG différentes

⁷ provenant de 9 UCDG différentes

Tableau 4. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les médecins

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systématiquement	Ne connais pas
• Niveau d'intervention désiré par le patient	0	3,8	96,2	0
• Mini-Mental State Examination (MMSE ou test de Folstein)	3,8	3,8	92,3	0
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	7,7	34,6	57,7	0
• Critères de Beers 2012	30,8	11,5	46,2	11,5
• Échelle de Berg	50,0	7,7	42,3	0
• Timed Up and Go (TUG)	46,2	15,4	34,6	3,8
• Échelle du statut mental modifiée (3MS)	30,8	34,6	30,8	3,8
• Échelle de dépression gériatrique 15 items (GDS-15)	26,9	42,3	26,9	3,8
• Test des 3 mots	26,9	50,0	19,2	3,8
• Confusion Assessment Method (CAM)	46,2	26,9	15,4	11,5
• Vitesse de marche sur 10 mètres	65,4	15,4	15,4	3,8
• Index de Barthel	53,8	11,5	11,5	23,1
• Test d'endurance de marche (2 ou 6 minutes)	65,4	19,2	11,5	3,8
• Questionnaire OARS ¹	61,5	3,8	7,7	26,9
• Outils STOPP et START ²	53,8	15,4	7,7	23,1
• Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)	76,9	3,8	3,8	15,4
• Questionnaire McGill sur la douleur	61,5	3,8	3,8	30,8
• Questionnaire CAGE (alcoolisme) ³	73,1	19,2	3,8	3,8
• Medication Appropriateness Index (MAI)	61,5	7,7	3,8	26,9
• Échelle d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (DAD)	65,4	11,5	0	23,1
• Neuropsychiatric Inventory (NPI)	73,1	11,5	0	15,4
• Échelle de dépression gériatrique 30 items (GDS-30)	69,2	23,1	0	7,7
• Échelle d'évaluation psychopathologique étendue MADRS - échelle de dépression Montgomery Åsberg	65,4	0	0	34,6

¹ OARS : Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment

² STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription; START : Screening Tool to Alert doctors to right Treatment

³ CAGE : Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener

Tableau 5. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les médecins

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
Mini-Mental State Examination (2MS ou test de Folstein) ou 3MS	9	6	1	2		17
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	2	4	1	1	2	10
Niveau d'intervention désiré par le patient	7	1		1		9
Échelle de Berg		3	4		2	9
Confusion Assessment Method (CAM)	1		1	2	1	5
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	2		2			4
Timed Up and Go		1	1	1	1	4
Outils STOPP/START ¹	1	1		1		3
PECPA-2R ²	1	1	1			3
Échelle de dépression gériatrique		1	2			3
Échelle d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (DAD)		1			1	2
Vitesse de marche			1	1		2
Index de Barthel			1	1		2
Questionnaire OARS ³				1	1	2
Test de l'horloge	1					1
Échelle de Reisberg		1				1
Indépendant Living Scale (ILS)		1				1
Critères de Beers 2012				1		1
Test du champ visuel utile (UFOV) ⁴ si conduite				1		1
Total	29	21	15	13	8	

¹ STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription; START : Screening Tool to Alert doctors to right Treatment

² Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 - révisée

³ OARS : Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment

⁴ UFOV : Useful Field of View

Tableau 6. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les infirmières

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systéma- tiquement	Ne connais pas
Échelle d'évaluation de la douleur PQRST ¹	11,8	11,8	76,5	0
Échelle de Braden	8,8	11,8	73,5	5,9
Signes AINÉES ²	23,5	11,8	58,8	5,9
Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)	35,3	11,8	52,9	0
Échelle MORSE ³	41,2	11,8	20,6	26,5
Confusion Assessment Method (CAM)	52,9	2,9	11,8	32,4
Mini-Mental State Examination (MMSE ou test de Folstein)	64,7	17,6	8,8	8,8
Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield	50,0	2,9	5,9	41,2
Échelle de dépression gériatrique - 30 items (GDS-30)	55,9	2,9	5,9	35,3
Échelle de Barthel (AVQ)	50,0	2,9	2,9	44,1
Questionnaire OARS ⁴	52,9	0	2,9	44,1
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	70,6	2,9	2,9	23,5
Questionnaire McGill sur la douleur	55,9	0	2,9	41,2
Échelle de dépression gériatrique - 4 items (GDS-4)	52,9	8,8	2,9	35,3
Échelle de dépression gériatrique -15 items (GDS-15)	55,9	5,9	2,9	35,3
Test d'équilibre et de marche de Tinetti	50,0	0	0	50,0
Échelle de mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)	55,9	0	0	44,1
PECPA-2R ⁵	76,5	5,9	0	17,6
Outil STRATIFY ⁶	44,1	0	0	55,9
MNA ⁷ - version abrégée	61,8	2,9	0	35,3
MNA - version longue	58,8	2,9	0	38,2
Échelle de Zarit ⁸	47,1	0	0	52,9

¹ PQRST : provoquée/palliée; qualité/quantité; région; signes/symptômes; temps

² AINÉES : A, autonomie fonctionnelle; I, intégrité de la peau; N, nutrition et hydratation; É, élimination; E, état cognitif; S, sommeil

³ Échelle MORSE : Morse Fall Scale

⁴ OARS : Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment

⁵ Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée version 2 - révisée

⁶ STRATIFY : St-Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients

⁷ MNA : Mini Nutritional Assessment

⁸ Évaluation du fardeau des aidants

Tableau 7. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les infirmières

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
	Nombre de répondants (n total=34)					
• Signes AINÉES ¹	16	5	3		1	25
• Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)	4	9	1	1		15
• Échelle de Braden	3	3	4	3	1	14
• Échelle de MORSE ²	3	3	1	1	2	10
• PECPA-2R ³	3	2	1	1	2	9
• Échelle de la douleur PQRST ⁴	1		4	2	1	8
• Mini-Mental State Examination (MMSE ou test de Folstein)	1	3	1	3		8
• Confusion Assessment Method (CAM)	1	3				4
• MNA ⁵			3	1		4
• Échelle de Berg		1		2		3
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)			1	1		2
• Échelle de Zarit ⁶		1				1
• Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield			1			1
• Timed Up and Go				1		1
• Échelle PACSLAC-F ⁷				1		1
• Échelle de Norton ⁸					1	1
• Questionnaire McGill sur la douleur					1	1
• Échelle de dépression gériatrique					1	1
Total	34	30	20	17	10	

¹ AINÉES : A, autonomie fonctionnelle; I, intégrité de la peau; N, nutrition et hydratation; É, élimination; E, état cognitif; S, sommeil

² Échelle MORSE : Morse Fall Scale

³ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 -révisée

⁴ PQRST : provoquée/palliée; qualité/quantité; région; signes/symptômes; temps

⁵ MNA : Mini Nutritional Assessment

⁶ Évaluation du fardeau des aidants

⁷ PACSLAC-F : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

⁸ Évaluation du risque d'escarres

Tableau 8. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les professionnels de la physiothérapie

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systématiquement	Ne connais pas
• Échelle de Berg	0	7,1	92,9	0
• Timed Up and Go	4,8	21,4	73,8	0
• Vitesse de marche sur 10 mètres	21,4	9,5	69,0	0
• Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®)	38,1	26,2	35,7	0
• Test de marche de 6 minutes	50,0	21,4	26,2	2,4
• Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) -transfert/marche	57,1	14,3	26,2	2,4
• Goniométrie	26,2	47,6	26,2	0
• Échelle de Borg	47,6	21,4	23,8	7,1
• Test «Five Times Sit-to-stand (FTSST)»	54,8	31,0	14,3	0
• Grille d'évaluation de la sécurité à la marche (GEM)	69,0	16,7	11,9	2,4
• Vitesse de marche sur 5 mètres	76,2	14,3	9,5	0
• Timed Up and Go - double tâche	52,4	31,0	9,5	7,1
• Test «Stop walking/ while talking»	45,2	21,4	9,5	23,8
• Test «Chair stand Test»	81,0	7,1	7,1	4,8
• Profil de mobilité fonctionnelle en physiothérapie (PMFP)	54,8	4,8	4,8	35,7
• Test «Foam and dome»	66,7	23,8	4,8	4,8
• Test «Four Square Step Test»	61,9	26,2	4,8	7,1
• Test de marche de 2 minutes	69,0	23,8	2,4	4,8
• Test de marche de 12 minutes	92,9	0	2,4	4,8
• Test «Clinical Test of Sensory Interaction and Balance (CTSIB)»	52,4	16,7	2,4	28,6
• Test «Fonctional Reach test»	76,2	11,9	2,4	9,5
• Test «Nudge push»	66,7	0	2,4	31,0
• Fullerton Advanced Balance scale (FAB)	59,5	2,4	2,4	35,7
• Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index WOMAC	71,4	0	2,4	26,2
• Test «2 minutes step in place»	66,7	0	2,4	31,0
• The Clinical Outcome Variables scale (C.O.V.S.)	61,9	2,4	0	35,7
• Test d'équilibre et de marche de Tinetti	83,3	14,3	0	2,4

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systéma- tiquement	Ne connais pas
• Échelle Activities specific Balance Confidence scale (ABC)	61,9	11,9	0	26,2
• Échelle «Bed rise difficulty scale»	69,0	2,4	0	28,6
• Test «Walkie-talkie»	57,1	9,5	0	33,3
• Balance Evaluation Systems Test (BESTest)	71,4	0	0	28,6
• Test «Sit and reach»	71,4	0	0	28,6
• Test «Back scratch»	66,7	0	0	33,3

Tableau 9. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les professionnels de la physiothérapie

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
	Nombre de répondants (n total=42)					
• Échelle de Berg	27	8	2		1	38
• Timed Up and Go	6	21	6	3	1	37
• Vitesse de marche (5 ou 10 mètres)	2	7	14	8	1	32
• Test «Five Times Sit-to-stand (FTSST)» ou Test «Chair Stand Test»		2	4	9	3	17
• Test de marche de 2 ou 6 minutes		1	3	5	3	12
• Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®)	1		3	2	5	11
• Grille GEM ¹	1	2		2	1	6
• Profil de mobilité fonctionnelle en physiothérapie (PMFP)	1		1			2
• Goniométrie			1		1	2
• Test d'équilibre et de marche de Tinetti				1	1	2
• Timed Up and Go en double tâche ²				1	1	2
• Échelle de Borg			1			1
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) -transfert/marche	1					1
• Test «Functional reach test»			1			1
• Échelle «Bed rise difficulty scale»				1		1
• Test «Walkie-talkie»					1	1
• The Clinical Outcome Variables scale (C.O.V.S.)			1			1
Total	41	41	37	32	19	

¹ Grille d'évaluation de la sécurité à la marche

² Inclut le TUG manuel ou cognitif

Tableau 10. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les ergothérapeutes

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systématiquement	Ne connais pas
• PECPA-2R ¹	3,6	32,1	64,3	0
• Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®)	39,3	28,6	32,1	0
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	10,7	64,3	25,0	0
• Échelle du statut mental modifiée (3MS)	57,1	17,9	25,0	0
• Motor Free Visual Perception Test (MVPT)	21,4	64,3	14,3	0
• Test des cloches	10,7	75,0	14,3	0
• TRAIL A + B (test des tracés)	14,3	71,4	14,3	0
• Test «9 - Holes»	71,4	17,9	10,7	0
• Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	82,1	7,1	10,7	0
• Independent Living Scales (ILS)	60,7	14,3	10,7	14,3
• Grooved Purdue Pegboard Test	75,0	7,1	7,1	10,7
• Cognitive Assessment Scale for the Elderly (CASE)	64,3	14,3	3,6	17,9
• Cognitive Competency Test (CCT)	53,6	7,1	3,6	35,7
• Évaluation du mécanisme oral périphérique (MOP)	50,0	10,7	0	39,3
• Test évaluant la performance des membres supérieurs des personnes âgées (TEMPA)	85,7	7,1	0	7,1
• Force de préhension avec un autre dynamomètre	82,1	14,3	0	3,6
• Batterie Rapide d'Efficiéce Frontale (BREF)	42,9	39,3	0	17,9
• Évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (IFD ou DAD scale)	75,0	0	0	25,0
• Loewenstein occupational therapy cognitive assessment (LOTCA)	64,3	0	0	35,7
• Perceive recall Plan perform (PRPP)	75,0	3,6	0	21,4

¹ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 - révisée

Tableau 11. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les ergothérapeutes

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	4	3	1	4		12
• PECPA-2R ¹	5	2	3			10
• Mini-Mental State Examination (2MS ou test de Folstein) ou 3MS	3	3	1			7
• Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®) / Purdue pegboard test			1	2	3	6
• Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	3	2				5
• TRAIL A + B (test des tracés)			3	1	1	5
• Test des cloches			2	1	1	4
• Perceive recall Plan perform (PRPP)	2		1			3
• Profil des AVQ	1	1		1		3
• Independant Living Scale (ILS)	1	2				3
• Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières (EMAF)		1	1	1		3
• Test «9 - Holes»			1	1	1	3
• Évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (IFD)	1	1				2
• Profil des AVD		2				2
• Motor Free Visual Perception Test (MVPT)		1	1			2
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	1					1
• Timed Up and Go	1					1
• Test de l'horloge		1				1
• Cognitive Competency Test (CCT)		1				1
• Section du Kels (santé et sécurité, transport et téléphone)			1			1
• Test de Charron			1			1

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
• Batterie Rapide d'Efficienc Frontale (BREF)				1		1
• Pincemètre				1		1
• Test «Box and block»				1		1
• Échelle de Berg		1				1
Total	25	21	17	14	6	

¹ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 - révisée

Tableau 12. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les travailleurs sociaux

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systématiquement	Ne connais pas
% de répondants (n=14)				
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)-social	14,2	7,1	78,6	0
• Échelle de Zarit ¹	50	0	0	50

¹ Évaluation du fardeau des aidants

Tableau 13. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les travailleurs sociaux

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)-social	6	2				8
• Échelle de Berg	2					2
• Test de Folstein	1	1				2
• PECPA-2R ¹		1	1			2
• Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)	1					1
• RSIPA (évaluation complète) ²	1					1
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)			1			1
• Grille Odiva ³				1		1
• Échelle de Zarit ⁴					1	1
• Évaluation «maison»	2	1				3
Total	13	5	2	1	1	

¹ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 - révisée

² Réseau de soins intégrés pour personnes âgées

³ Outil de dépistage et d'intervention auprès des victimes aînées

⁴ Évaluation du fardeau des aidants

Tableau 14. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les nutritionnistes

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systé- matiquement	Ne connais pas
• Indice de masse corporelle (IMC)	0	0	100	0
• Relevé alimentaire d'une journée-type	4,8	4,8	90,5	0
• Métabolisme de base	9,5	19	71,4	0
• Apports nutritionnels de référence (ANREF) - Santé Canada	9,5	38,1	52,4	0
• Questionnaire de fréquence de consommation	23,8	28,6	47,6	0
• Relevé alimentaire de 24 heures	33,3	28,6	38,1	0
• Grille des apports alimentaires	52,4	0	33,3	14,3
• Journal alimentaire	38,1	28,6	28,6	4,8
• Questionnaire DETERMINE ¹	61,9	0	9,5	28,6
• Plis cutanés avec un adipomètre	95,2	0	4,8	0
• Circonférence brachiale	95,2	0	4,8	0
• Mini Nutritional Assessment (MNA) - version abrégée	81	14,3	4,8	0
• Mini Nutritional Assessment (MNA) - version longue	95,3	0	4,8	0
• Dépistage nutritionnel des aînés (DNA)	76,2	4,8	4,8	14,3
• Seniors in the Community Risk Evaluation and Nutrition (SCREEN) - version complète	71,4	0	0	28,6
• Seniors in the Community Risk Evaluation and Nutrition (SCREEN) - version abrégée	71,4	0	0	28,6
• Questionnaire Blackburn, Poitras, Ruel	61,9	0	0	38,1
• Subjective Global Assessment	81	9,5	0	9,5
• Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)	66,7	0	0	33,3
• Geriatric Nutritional Risk Index	71,4	4,8	0	23,8
• Formule de Chumlea pour estimer la taille selon la hauteur talon-genou	76,2	9,5	0	14,3

¹ Disease, Eating Poorly, Tooth Loss/Mouth Pain, Economic Hardship, Reduced Social Contact, Multiple Medicines, Involuntary Weight Loss/Gain, Needs Assistance in Self- Care, Elder Years Above Age 80

Tableau 15. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les nutritionnistes

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
• Mini Nutritional Assessment (MNA) - version abrégée	9	4				13
• Indice de masse corporelle	4	2	2			8
• Bilan des apports alimentaires per hospitalisation / journal alimentaire	2	1	1		1	5
• Relevé des habitudes alimentaires	1	1	4	1	3	10
• Historique et suivi du poids		1	1	1	1	4
• Évaluation subjective globale		2	1			3
• Métabolisme de base			1	1	1	3
• Dépistage nutritionnel des aînés (DNA)	1	1				2
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)	1				1	2
• Bilan nutritionnel biochimique hebdomadaire		1	1			2
• Évaluation des besoins (énergétiques, protéiques, etc.)			1	1		2
• Seniors in the Community Risk Evaluation and Nutrition (SCREEN) - version abrégée	1	1				2
• Indice du risque nutritionnel (IRN)			1	1		2
• Apports nutritionnels de référence (ANREF) - Santé Canada				2		2
• Échelle de Braden		1				1
• Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)			1			1
• Plis cutanés avec un adipomètre				1		1
Total	19	15	14	8	7	

Tableau 16. Fréquence d'utilisation des outils cliniques standardisés par les pharmaciens

Nom de l'outil	Jamais /rarement	À l'occasion	La plupart du temps/systéma- tiquement	Ne connais pas	% de répondants (n=10)				
• Bilan comparatif des médicaments	0	10	90	0					
• Section médicaments dans UpToDate®	0	20	80	0					
• Prologiciel Vigilance®	0	40	60	0					
• Critères de Beers 2012	30	30	40	0					
• Outils STOPP and START ¹	50	10	40	0					
• Site InterMED-Rx ²	80	0	20	0					
• Logiciel «Système d'information de pharmacie» (SyPhaC)	70	0	20	10					
• Improved Prescribing in the Elderly Tool (IPET)	80	0	0	20					
• Medication Appropriateness Index (MAI)	80	10	0	10					
• Indicateurs de qualité ACOVE pour la médication	80	0	0	20					

¹ STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription; START : Screening Tool to Alert doctors to right Treatment

² Analyse des interactions médicamenteuses reliées aux CYP450s

Tableau 17. Outils cliniques standardisés qui devraient être appliqués systématiquement ou la plupart du temps par les pharmaciens

Nom de l'outil	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Choix 4	Choix 5	Total
• Vigilance®/Uptodate®		4	3	1	2	10
• Bilan comparatif des médicaments	7		1		1	9
• Critères de Beers 2012	1	4	2	1		8
• Outils STOPP and START ¹	1	1	2	2		6
• Échelle «maison» ²	1		1			2
• Medication Appropriateness Index (MAI)		1				1
• Drug interaction				1		1
• Site Intermed-Rx				1		1
• Improved prescribing in the elderly tool (IPET)					1	1
Total	10	10	9	6	4	

¹ STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription; START : Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment

² Par exemple, TOP 5 anticholinergiques

Tableau 18. Autres outils utilisés par les professionnels

Médecins
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), Mini Nutritional Assessment, échelle de Braden, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC-F), Échelle de Reisberg, Échelle de Hoehn & Yahr, Frontal assessment battery, Échelle non-verbale de douleur, Mini-COG, Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (PECPA-2R), nombre d'animaux à quatre pattes en 1 minute, Cognitive competency Test (CCT).
Infirmières
Évaluation DOLOPLUS-2 (échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale)
Professionnels de la physiothérapie
Time-stand test 10 répétitions, Test «Freezing of gait», Ashworth modifié, bilan musculaire manuel (sur 5), Échelle visuelle analogue de la douleur
Ergothérapeutes
Mini-Mental Status Examination (MMSE), Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières (ÉMAF), Test de Charron, Section du Kels (Kolhman evaluation of living skills), Cancel simple et double, Ontario Society occupational therapy (O.S.O.T), Chedoke membre supérieur, CAHAI, Bilan sensitivo-moteur, Échelle d'auto-évaluation de la dépression, Kitchen Task Test, Échelle de dépression gériatrique, Rivermead behavioral memory test (RBMT), United Parkinson Disease Rating scale (UPDRS) version 3, Évaluation fonctionnelle par mise en situation (AVQ et AVD), Test de l'horloge, Échelle de Braden, Box and Block, Grille d'évaluation de la sécurité des personnes souffrant de démence et vivant à domicile (GES), Inventaire de comportement frontal, test de Folstein, Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), Purdue pegboard, Mesure indépendance fonctionnelle (MIF)
Travailleurs sociaux
Outil évaluation multi clientèle (OEMC), Référence interétablissement : DSIE.
Nutritionnistes
Recommandations Ostéoporose Canada, Mesure du poids hebdomadaire, Paramètres biochimiques, Histoire pondérale, Indice de risque nutritionnel (IRN), Outils AGIR (relevé des apports quotidiens par les PAB).
Pharmaciens
Drug interaction facts, E-CPS (Association des pharmaciens du Canada), M-Cal (calcul de clairance de créatinine), Lexicomp® (Ipod Touch), Lexidrug®, Micromedex®, IA-ADAPT (Improving Antipsychotic Appropriateness in Dementia Patients).

Tableau 19. Compilation des outils cliniques standardisés auxquels se réfèrent les professionnels dans leur pratique

Nom de l'outil	Nombre de répondants							Total
	MD	INF	PHYSIO	ERGO	NUT	TS	PHARM	
• Mini-Mental State Examination (MMSE) ou test de Folstein ou 2MS ou 3MS	10	20	23	5	8	5	4	75
• Échelle de Berg	17	10		23	2	6	3	61
• PECPA-2R ¹	9	20	20		3	5	3	60
• Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	6	16	14	3	3	3	1	46
• Timed Up and Go	11	4		18		1	1	35
• Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) / MAF (version «maison» du SMAF)	3	5	10	5	4	4		31
• Échelle de Braden	1		3	6	7	2		19
• Vitesse de marche /test d'endurance de marche (2 ou 6 minutes)	12	1		1				14
• Échelle de MORSE /dépistage du risque de chutes ²		2	5	2		1		10
• Échelle de dépression gériatrique	1	4	1					6
• Échelle de douleur visuelle		1		1		1	2	5
• Mini Nutritional Assessment	1	2				1		4
• Independant living scale / Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)		1		2		1		4
• Batterie Rapide d'Efficienc Frontale (BREF)			1	2	1			4
• Independant Living Scale (ILS)	2	1	1					4
• Dynamomètre hydraulique de préhension (JAMAR®)	1		1	1				3
• Questionnaire RSIPA ³		1				1		2
• Test d'équilibre et de marche de Tinetti		2						2
• Confusion Assessment Method (CAM)	1			1				2
• Index de Barthel	2							2

MD, Médecin; INF, infirmière; PHYSIO, professionnel de la physiothérapie; ERGO, ergothérapeute; NUT : nutritionniste; TS, travailleur social; PHARM, pharmacien.

¹ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée version 2 - révisée

² Échelle MORSE : Morse Fall Scale

³ Réseau de soins intégrés des personnes âgées

ANNEXES

Annexe 1. Outils cliniques standardisés proposés dans la recension des écrits scientifiques et gris pour certains domaines de l'évaluation gériatrique globale

Éléments de l'évaluation gériatrique globale	Consensus d'experts	
	Dorevitch et coll. (2004) [2]	Sansoni et coll. (2010) [3]
Clientèle-cible	Hôpital	Personnes âgées fragiles en général
1) Médical		
▪ Évaluation des symptômes		
▪ Douleur	- Verbal Descriptor Scale / Verbal Rating Scale - Visual Analog Scale - Faces Pain Scale / Pictorial Pain Scales - Numeric Rating Scale	- Short Brief Pain Inventory - Abbey Pain Tool or Residents Verbal Brief Pain Inventory
▪ Histoire médicale	- Cumulative Index Rating Scale	
▪ Revue des systèmes		
▪ Vision et audition	- Centre for Eye Research Australia Vision Screening Test - Clinical Scale to Detect Hearing Loss - Whisper Test	
▪ Continence		- Revised Urinary Incontinence Scale - Revised Faecal Incontinence Scale
▪ Révision de la médication		
▪ Tabagisme		
▪ Consommation d'alcool		
▪ État nutritionnel	- Mini Nutritional Assessment - BodyMass Index	
▪ Intégrité de la peau	- Norton Scale - Waterlow Risk Assessment Scale - Braden Scale	
▪ Dentition	- Dental Screening Tool - Brief Oral Health Statement Assessment	Oral Assessment Tool
▪ Immunisation		
▪ Niveau d'intervention désiré par le patient		
2) Capacités fonctionnelles		
• Activités de la vie quotidienne	- Modified Barthel Index - Functional Independence Measure - Katz Activities of Daily Living	- Barthel Index with Collin scoring - OARS-IADL
• Activités de la vie domestique	- Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living	
• Équilibre	- Berg Balance Scale - Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment	
• Mobilité	- Timed Up and Go - 6 Minute Walk Test	
3) État cognitif		

Éléments de l'évaluation gériatrique globale	Consensus d'experts	
	Dorevitch et coll. (2004) [2]	Sansoni et coll. (2010) [3]
	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Mental State Examination (MMSE) - Abbreviated Mental Test (AMTS) - Short Confusion Assessment Method (CAM) - Clock Drawing Test - Delirium Rating Scale 	<ul style="list-style-type: none"> - Mini-Mental State Examination (MMSE) - IQCODE (pur patients avec démence) - Rowland Universal Dementia Assessment Scale
4) État psychologique		
	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatric Depression Scale - Short Zung Interview-Assisted Depression Scale - Cornell score for Depression in Dementia - Beck Anxiety Index 	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatric Depression Scale (15 items)
5) Aspects sociaux		
<ul style="list-style-type: none"> • Milieu de vie (logement, services, etc.) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Aide formelle (CLSC) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Aide informelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Duke Social Support Index - Caregiver Strain Index 	
<ul style="list-style-type: none"> • Situation financière 		

Annexe 2. Questionnaire de collecte de données

Exemple – sondage aux médecins

Le présent sondage d'adresse aux **médecins traitants*** des UCDG.

Le sous-comité du RUSHGQ sur les outils cliniques et administratifs souhaite: 1) déterminer votre fréquence personnelle d'utilisation des échelles cliniques standardisées dans votre pratique à l'UCDG; 2) obtenir votre opinion personnelle sur celles qui DEVRAIENT être appliquées systématiquement ou la plupart du temps **par les médecins*** auprès des patients admis à l'UCDG pour assurer une bonne qualité d'évaluation et d'intervention.

Le sondage comporte 7 questions et devrait nécessiter environ 10 minutes pour y répondre.

Questionnaire aux professionnels

1. Nom de votre établissement :
2. Quelle est votre fonction (si plusieurs possibilités)?
3. Dans la dernière année, combien d'heures par semaine travailliez-vous à l'UCDG ?
4. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous à l'UCDG ou dans un autre programme gériatrique hospitalier (si vous travaillez à temps partiel, veuillez estimer le nombre d'année à temps plein) ?
5. Veuillez indiquer votre fréquence PERSONNELLE d'utilisation, dans la dernière année, de chacune des échelles standardisées suivantes dans l'ensemble de votre pratique à l'UCDG :
6. Veuillez énumérer les échelles effectuées par les autres professionnels de la santé auxquelles vous vous référez de façon systématique ou la plupart du temps dans votre pratique à l'UCDG (dans la dernière année) :
7. Selon vous, quelles sont les échelles standardisées qui devraient être appliquées systématiquement ou la plupart du temps auprès des patients pour assurer une bonne qualité d'évaluation et d'intervention par **les médecins*** lors d'une hospitalisation en UCDG (par ordre de priorité) ?

**termes modifiés dans le sondage selon la catégorie professionnelle concernée*

Annexe 3. Liste des établissements ayant participé au sondage et nombre de répondants par catégorie professionnelle

Région	Établissement	Univ.	MD	PHYSIO	ERGO	NUT	TS	INF	PHARM
1	CSSS de la Matapédia	Oui	0	2	1	1	0	1	NSP
1	CSSS Rimouski-Neigette	Non	2	2	1	0	1	2	1
1	CSSS de Rivière-du-loup	Non	0	1	0	0	0	1	0
2	CSSS Domaine-du-Roy	Non	0	1	1	1	1	1	1
2	CSSS Lac-St-Jean-Est	Oui	1	1	1	0	0	0	0
2	CSSS Jonquière	Non	0	0	1	1	0	1	NSP
3	CHUL (CHU de Québec)	Oui	2	1	1	1	1	1	1
3	Hôpital St-François d'Assise (CHU de Québec)	Oui	0	1	1	0	1	1	0
3	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	Oui	1	1	1	1	1	1	1
3	CSSS de Charlevoix	Non	0	1	0	1	0	0	0
3	Hôpital de l'Enfant-Jésus	Oui	1	1	1	1	0	1	NSP
4	CSSS de l'Énergie	Non	0	2	1	0	0	1	1
4	CSSS de Trois-Rivières	Oui	0	3	1	1	1	0	NSP
4	CSSS de Maskinongé	Non	1	2	1	0	0	1	0
4	CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	Non	0	1	1	0	1	1	0
5	CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Oui	1	1	1	1	1	1	1
5	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Oui	0	1	1	1	0	0	0
6	Hôpital du Sacré-Cœur	Oui	1	1	1	0	0	0	NSP
6	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Oui	1	2	0	0	0	0	0
6	Hôpital Notre-Dame (CHUM)	Oui	1	0	0	1	1	0	NSP
6	Hôpital St-Luc (CHUM)	Oui	2	0	0	0	0	0	0
6	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	Oui	1	4	2	1	0	0	NSP
6	Hôpital Royal-Victoria (CUSM)	Oui	2	0	0	0	0	0	0
6	CSSS du Sud-Ouest – Verdun	Oui	0	1	0	2	0	0	0
6	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Oui	0	0	0	1	0	1	1
7	CSSS de Gatineau	Non	1	1	1	0	0	4	NSP
7	CSSS les Eskers de l'Abitibi	Non	0	1	1	0	NSP	2	NSP
11	CSSS Haute-Gaspésie	Non	0	0	1	1	0	1	0
12	CSSS de Montmagny-L'Islet	Non	1	1	1	1	0	0	0

Région	Établissement	Univ.	MD	PHYSIO	ERGO	NUT	TS	INF	PHARM
12	CSSS Alphonse-Desjardins	Oui	0	0	1	0	1	0	0
13	CSSS de Laval	Oui	3	0	0	0	0	1	2
14	CSSS du Sud de Lanaudière	Non	0	1	0	0	0	0	0
14	CSSS du Nord de Lanaudière	Oui	2	0	1	NSP	0	1	0
15	CSSS St-Jérôme	Non	0	1	2	2	1	1	NSP
15	CSSS Antoine-Labelle	Non	0	1	0	0	0	0	1
16	CSSS Richelieu-Yamaska	Non	0	1	1	1	1	0	0
16	CSSS La Pommeraie	Non	0	1	0	0	0	0	0
16	CSSS Haute-Yamaska	Non	1	1	1	1	2	6	NSP
16	CSSS Pierre-Boucher	Non	0	0	0	0	0	1	0
16	CSSS du Haut-St-Laurent	Non	0	1	0	0	0	1	0
16	CSSS du Suroît	Non	0	1	0	0	0	1	NSP
16	CSSS Pierre-de-Saurel	Non	0	1	0	0	0	0	0
16	CSSS Champlain-Charles-Lemoyne ¹	Oui	1	0	0	0	0	0	0
	Total		26	42	28	21	14	34	10

Univ. : affiliation universitaire; MD, Médecin; INF, infirmière; PHYSIO, professionnel de la physiothérapie; ERGO, ergothérapeute; NUT : nutritionniste; TS, travailleur social; PHARM, pharmacien; NSP, ne s'applique pas car catégorie professionnelle non-dédiée.

¹ Le CSSS Champlain-Charles-Lemoyne ne faisait pas partie du RUSHGQ durant la collecte des données, mais le répondant est un gériatre et tous les gériatres sont inscrits au RUSHGQ.

Annexe 4. Commentaires fournis par les répondants sur la systématization d'outils cliniques standardisés en UCDG

Médecins :

- Je n'en vois aucune qui doive OBLIGATOIREMENT être administrée par le médecin. La passation peut être partagée entre les membres de l'équipe ayant la compétence (formés pour le faire), mais l'interprétation doit nécessairement appartenir au médecin, à mon sens.
- Aucune échelle ne s'applique à TOUS les patients, il faut individualiser selon les problèmes présentés.
- La tâche est partagée selon plusieurs facteurs : le cas, les ressources, et la présence de stagiaires (médecine ou autres). Donc, un MMSE et MOCA sont toujours faits, mais le professionnel qui le complète peut varier.
- Ne pas oublier l'évaluation globale du patient, les échelles ne sont que des outils au service du patient et des professionnels. Il faut se garder une réserve quant à vouloir tout standardiser et rendre obligatoire.

Infirmières :

- SMAF, PRIORITAIRE afin de bien connaître la personne.

Professionnels de la physiothérapie :

- Rien de systématique, trop variable
- Notre clientèle n'est plus celle pour lesquelles les UCDG ont été créées. Nous avons de plus en plus de patients qui ont des atteintes cognitives sévères et des troubles de comportement, donc pour la plupart de ceux-ci, les tests sont difficiles à réaliser.
- Il y a des tests que je ne peux appliquer car je n'ai pas le matériel ou l'espace nécessaire. De plus, mes patients sont de plus en plus atteints dans leur autonomie soit par atteinte cognitive et/ou physique très avancée, ce qui limite beaucoup mes évaluations.
- La pression de voir plusieurs patients par jour en prévision d'un congé hâtif limite énormément notre temps d'évaluation depuis les dernières années!!
- Aucune, cela dépend de l'état médical du patient, de son potentiel de réadaptation. On doit s'adapter au patient.
- Choix 1 : PFMP; choix 2 : Échelle de Berg; choix 3 : Timed Up and Go; choix 4 : vitesse de marche confortable et rapide sur 10 m; choix 5 : 30 sec chair stand test; choix 6: test de marche de 6 minutes; choix 7: JAMAR. Avec ces 7 tests, on s'assure de couvrir tous les aspects essentiels de

notre évaluation en physio et d'avoir un portrait valide et fidèle des personnes âgées. De plus, il existe des normes pour plusieurs de ces tests, ce qui permet la comparaison avec des patients "normaux". Ces tests permettraient de suivre un patient dans tout le continuum de soins car ils peuvent être facilement complétés dans tous les milieux (dont le domicile) et permettraient de suivre une personne sur plusieurs années après un épisode de soins.

Ergothérapeutes :

- Il faut considérer que certains tests ne s'appliquent pas à toutes les personnes en raison de plusieurs facteurs (âge, scolarité, atteintes etc.).
- Je trouve difficile de répondre à la question numéro 6, car selon la raison de l'évaluation requise en ergothérapie les outils utilisés peuvent changer.
- Je constate que j'utilise très peu d'échelles standardisées d'emblée, j'utilise beaucoup (sans doute trop) d'évaluation «maison» pour l'évaluation en lien avec la dysphagie, les plaies, etc. J'ai du mal à voir dans quelle mesure certaines échelles devraient être appliquées systématiquement, compte tenu de la grande variété de la clientèle. L'observation à la tâche avec le système PRPP est pour moi l'échelle standardisée la plus souvent utilisée.
- Question 4 et 6: Il n'y a aucune échelle qui devrait être systématiquement utilisée mais à minima une évaluation fonctionnelle par observation devrait être effectuée.
- L'orientation des évaluations est fortement influencée par la raison ayant mené à l'hospitalisation, par la présence ou non de troubles cognitifs, de même que par la présence ou non du soutien de l'environnement. Ainsi, certaines évaluations ne sont pas "systématiques" (ex.: dépistage conduite auto; gestion budget) parce que la personne n'effectuait déjà plus cette tâche.
- Les mises en situation pour évaluer les capacités fonctionnelles doivent également être systématiquement appliquées auprès de la clientèle.
- À déterminer selon les besoins de la clientèle et de la disponibilité et familiarité du personnel avec les outils.
- L'évaluation AMPS, profil des AVQ, PRPP, etc. sont très pertinentes mais aussi très coûteux en coût, énergie et temps pour des intervenants en région.
- Question 6 : peu d'échelles à utiliser systématiquement selon moi, car il faut toujours y aller en fonction de la demande de référence et des problématiques prioritaires (exemple, la conduite auto ne sera pas évaluée si la personne ne conduit plus, la dimension cognitive ne sera pas documentée spécifiquement si non nécessaire).

- J'utilise les connaissances acquises par le AMPS mais je n'utilise plus les "cotes" par informatique depuis plusieurs années. Pour les AVQ, je suis en recherche évaluative pour objectiver, donc votre sondage arrive bien, ainsi que les réponses à la question 6.
- Je n'utilise pas de tests standardisés de façon systématique, surtout l'observation à la tâche et jugement clinique. Vous référez à plusieurs tests cognitifs alors que l'évaluation spécifique de cet aspect ne revient pas à l'ergo. J'utilise quand même quelques tests pour ajouter à l'évaluation fonctionnelle. Je suis à la recherche d'une évaluation standardisée pour la gestion financière.
- Question 6 : Je ne crois pas qu'une recette devrait être appliquée à toute la clientèle. Chaque évaluation devrait avoir un motif qui sous-tend la demande de service, et elle devrait considérer les habitudes de vie de chaque client. De plus, les échelles standardisées ne sont pas toujours représentatives du fonctionnement réel de la clientèle. En effet, elles ne tiennent pas compte de plusieurs facteurs personnels ou environnementaux qui ont une incidence positive ou négative sur les résultats. Par conséquent, je ne suis pas en faveur d'une utilisation systématique d'aucune échelle.
- Dépend de la clientèle. Beaucoup de tests ne s'appliquent pas à la mienne, la majorité de mes patients sont trop avancés dans leur démence pour pouvoir les appliquer.
- En ergothérapie, je crois qu'aucune échelle ne devrait être utilisée systématiquement puisque les patients de l'unité où je travaille (contexte hospitalier) ne nécessitent pas tous les mêmes évaluations.
- Pour la question 6, il n'y a pas d'échelle que j'utiliserais systématiquement en ergo car leur utilisation varie selon les déficits observés. Cependant, l'utilisation du SMAF, fait en équipe interprofessionnelle permet de suivre l'évolution du client.
- Je crois qu'aucune échelle ne devrait être systématiquement appliquée. Chaque cas nécessite une analyse qui permet de déterminer les outils nécessaires pour l'évaluation d'un patient. Tous les cas sont uniques. Un test de dépistage cognitif (Folstein ou MOCA) est souvent fait par les médecins et nous informe sur l'aspect cognitif a/n standard ce qui est bien. Toutefois, utiliser un outil de façon systématique peut diminuer sa validité avec le temps.

Travailleurs sociaux :

- L'évaluation du fonctionnement social permet de faire un bon portrait de la personne hospitalisée en UCDG

Nutritionnistes :

- La nutritionniste fait partie de l'équipe de base de l'UCDG et tous les patients sont systématiquement évalués. Nous avons tenté, il y a quelques années (2009), d'utiliser un outil de dépistage (DNA) pour ne faire une évaluation nutritionnelle que lorsque requis mais puisque plus de 95% des patients dépistés avaient un risque de dénutrition modéré ou sévère, nous avons cessé le dépistage et nous avons continué à évaluer systématiquement tout le monde. Je considère que les choix effectués à la question 6 sont tous des paramètres importants pour faire une évaluation nutritionnelle complète.
- En travaillant à temps partiel (2 jours/semaine) et avec le roulement de patients actuel, la mise en place d'un dépistage systématisé de problèmes nutritionnels n'est pas réaliste. C'est déjà compliqué d'avoir des échelles de Braden réalistes (au niveau de l'alimentation notamment), je ne vois pas comment on pourrait faire un MNA pour chaque patient, malheureusement...
- J'ai complété une recension des écrits scientifiques en mai 2011, révisée en mai 2012 sur l'évaluation de l'état nutritionnel chez la personne âgée qui a été remise à tous les médecins de l'UCDG et qui a contribué beaucoup à faire avancer les façons de faire dans notre UCDG.
- Les clients ciblés pour la gériatrie au CH, sont automatiquement référés en nutrition c'est pourquoi il n'y a pas de dépistage pour cette clientèle.
- Notre grille de dépistage est faite «maison». Le dépistage est toujours effectué par une nutritionniste lors d'admission.

Pharmaciens :

- Pour Beers, STOPP-START, MAI, je les utilise de façon plutôt automatique, ainsi, je ne regarde pas systématiquement chaque dossier en remplissant une grille à la recherche d'un médicament inapproprié. Par contre, ils sont intégrés dans ma pratique de tous les jours. Ma démarche et toutes mes interventions sont teintées par ces trois outils.

RÉFÉRENCES

1. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
2. Dorevitch M, Davis S, Andrews G: **A guide for assessing older in hospitals**. Melbourne, Victoria: Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Department of Human Services, Victorian Government 2004.
3. Sansoni J, Marosszeky N, Fleming G, Sansoni E: **Selecting Tools for ACAT Assessment: A report for the Aged Care Assessment Program (ACAP) Expert Clinical Reference Group**. Canberra (Australia): Centre for Health Service Development, University of Wollongong. Report for the Aged Care Assessment Program, Australian Government Department of Health and Ageing; 2010.
4. **Rehabilitation Measures Database**. <http://www.rehabmeasures.org/>.
5. Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV): **Banque d'instruments francophones de recherche sur le vieillissement**. http://www.rqrv.com/fr/banque_inst.php.
6. Mc Dowell I: **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition**. New York: Oxford University Press; 2006.
7. **Répertoire des outils d'évaluation en français pour la réadaptation**. Ottawa: Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques; 2004.
8. Finch E, Brooks D, Stratford PW, Mayo NE: **Physical Rehabilitation Outcomes Measures: A Guide to Enhanced Clinical Decision-Making**. Toronto: Canadian Physiotherapy Association; 2002.
9. Pilon M: **Évaluer la personne âgée par les professionnels de la physiothérapie**. Montréal: CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; 2013.