



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

Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie au Québec : état des connaissances et recommandations

Sous-comité sur les ressources humaines du RUSHGQ

29 janvier 2019

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2019

Dépôt légal : 2019

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 que l'utilisation soit à des fins non-commerciales.

Membres du sous-comité de travail sur les ressources humaines :

Marie-Pierre Fortin	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale (responsable du sous-comité de travail sur EMCG et membre du comité exécutif du RUSHGQ)
Marie-Jeanne Kergoat	Gériatre, chef du département de gériatrie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, chef du service de médecine spécialisée de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présidente du comité exécutif du RUSHGQ
Christian Cloutier	Coordonnateur des services post aigus et spécialisés gériatriques, CIUSSS de l'Estrie-CHUS et membre du comité exécutif du RUSHGQ

Réviseurs externes:

Marie-Christine Blondin	Gériatre, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Mieke Deschodt	Infirmière, PhD, Département <i>Chronic Disease, Metabolism and Ageing</i> , KU Leuven — Université de Leuven, Belgique ; Département <i>Public Health, Institute of Nursing Science</i> , Université de Basel, Suisse
Frédéric Duong	Gériatre, Hôpital Cité-de-la-Santé, CISSS de Laval
Mélanie Hains	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Guy Lacombe	Gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Cyrile Launay	Gériatre, service de gériatrie, CHU Vaudois de Lausanne, Suisse
Virginie Mireault	Chef administratif UCDG, Hôpital Honoré-Mercier, CISSS Montérégie-Est
Dr Jacques Morin	Gériatre, Hôpital de l'enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale Nationale

Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

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

Soutien à la revue de la littérature et à la rédaction :

Myriam Bérubé	Étudiante en physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, boursière programme de recherche PREMIER sous la supervision de Dre Marie-Jeanne Kergoat
---------------	---

Autres membres du comité exécutif du RUSHGQ ayant révisé le document:

Judith Latour	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
Lucille Dufresne	Médecin de famille, Centre hospitalier régional de Lanaudière, CISSS de Lanaudière
Stéphanie Caron	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec – Université Laval
José A. Morais	Gériatre, Directeur, Division of Geriatric Medicine McGill University, Centre Universitaire de Santé McGill
T.T. Minh Vu	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
Élise Levinoff	Gériatre, Division of Geriatric Medicine McGill University, Hôpital Général Juif, Représentante de la Société québécoise de gériatrie (au moment de la rédaction du document)
Marie-Ève Dubois	Chef de soins et service 7e Sud de l'hôpital du Haut-Richelieu, Direction des soins infirmiers, CISSS de la Montérégie-Centre
Bruno Brassard	Chef de programme services gériatriques hospitaliers et gériatrie externe, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides
Chantal Laquerre	Médecin de famille, UCDG de l'Hôpital de Hull, CISSS de l'Outaouais
Julie St-Amant	Chef de l'unité 2A URFI-GA, ECGT, Services d'ergothérapie et de physiothérapie, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel, CISSS de la Montérégie-Est

Le sous-comité de travail remercie tous les gériatres ainsi que les gestionnaires des services gériatriques hospitaliers qui ont participé à l'enquête québécoise sur les EMCG. Cette consultation n'a pas la prétention d'être exhaustive et le sous-comité invite les organisations à lui faire part des informations qui n'ont pas été répertoriées dans cette première version.

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.

PRÉAMBULE

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique qui a été officialisée en 2010. En 2018, 81 % des 59 établissements de santé qui comportent un programme d'unité de courte durée gériatrique (UCDG) en sont membres. Le RUSHGQ regroupe à ce jour plus de 850 cliniciens et gestionnaires. Un site internet (www.rushgq.org) permet aux membres d'avoir accès à une documentation pertinente en gériatrie et d'échanger par l'entremise d'un forum de discussion.

L'objectif principal du regroupement est de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers gériatriques (équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie (EMCG), cliniques externes, hôpitaux de jour, etc.), par l'optimisation des compétences cliniques des professionnels y exerçant et du fonctionnement organisationnel. Il vise le maintien de hauts standards de qualité dans ces programmes ou services afin d'y traiter des patients aux situations cliniques complexes et d'agir comme milieu d'expertise.

SOMMAIRE

Un grand nombre de personnes âgées fragiles ou vulnérables sont admises à l'hôpital dans d'autres programmes que l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) lorsqu'elles présentent un problème de santé aigu spécifique à une autre spécialité. Les intervenants du département des urgences ou des unités de soins autres que l'UCDG doivent pouvoir bénéficier d'un avis spécialisé en gériatrie pour les assister dans la prise en charge et l'orientation de ces personnes âgées avec les partenaires du milieu extrahospitalier. L'**équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie (EMCG)** apparaît un service incontournable à établir dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour améliorer la prise en charge des patients vulnérables hospitalisés. Le RUSHGQ et l'un de ses partenaires, l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ), ont décidé de s'allier pour mieux comprendre ce service afin de faciliter sa mise en place en collaboration avec les gériatres œuvrant en milieu hospitalier. En 2017, un sous-comité de travail a été formé et s'est donné un mandat.

Mandat

Formuler des recommandations sur la composition et l'organisation optimales des EMCG¹ intervenant au département des urgences ou aux unités de soins des CHSGS et ce, afin d'améliorer l'offre de service en soins hospitaliers aux personnes âgées.

Moyens

- 1) Effectuer, à l'aide d'une recension des écrits, un recueil descriptif concernant les meilleures pratiques de ces équipes ;
- 2) Présenter les différents modèles internationaux d'EMCG et leur évolution ;
- 3) Effectuer auprès des gériatres et des gestionnaires des services gériatriques hospitaliers, une enquête sur le fonctionnement actuel et jugé optimal des EMCG au Québec.

Méthodologie

Une revue structurée des écrits scientifiques a été effectuée afin d'identifier les études originales internationales portant sur les éléments reliés à la structure, aux processus et aux résultats des EMCG intervenant exclusivement au département des urgences (EMCG-U), exclusivement aux unités de soins (EMCG-US) ou dans les deux secteurs (EMCG-M). La littérature grise a été scrutée afin d'identifier les différents modèles internationaux d'EMCG et leur évolution.

Les gestionnaires des services gériatriques, les gériatres en situation de responsabilité administrative ou les personnes contact des UCDG membres du RUSHGQ rattachés à 79 hôpitaux québécois ont été contactés afin de répondre à un questionnaire sur la composition et le fonctionnement actuel des

¹ Au Québec, les EMCG sont parfois dénommées ECGT (équipe de consultation gériatrique et thérapeutique) ou ECG (équipe de consultation gériatrique).

EMCG présentes dans leur installation. De plus, une invitation a été lancée auprès des membres du RUSHGQ, via la messagerie du site internet du RUHSGQ, pour le partage d'informations sur des cadres de référence locaux ou procédures détenues sur les EMCG. Concernant le fonctionnement optimal des EMCG, les gestionnaires des services gériatriques des 79 hôpitaux et tous les gériatres actifs membres de l'AMGQ ont été sollicités pour obtenir leur opinion à ce sujet.

En se basant sur la revue des écrits et les résultats de l'enquête sur le fonctionnement actuel et optimal des EMCG québécoises, des recommandations générales et spécifiques adaptées au contexte québécois ont été élaborées par le sous-comité de travail. Des réviseurs externes ont été consultés afin de d'assurer de la clarté et de la pertinence du présent rapport.

Principaux résultats

- La recension des écrits a permis de recueillir les principaux éléments de structure, d'intervention et d'impact associés à 25 EMCG (12 EMCG-US, 9 EMCG-M et 4 non-spécifiées) lors de projets de recherche menés aux États-Unis, en France, en Belgique, au Royaume-Uni, au Canada, aux Pays-Bas, en Allemagne et à Taiwan:
 - Structure : 92 % des 25 EMCG sont composées de professionnels issus d'au moins 3 disciplines de la santé. Le plus couramment, il s'agit d'une infirmière spécialisée en gériatrie, d'un médecin et d'un travailleur social. La composition est variable selon les champs d'action et les besoins du centre hospitalier.
 - Intervention :
 - Critère de référence : ≥ 75 ans. Critères d'exclusion : durée de séjour < 48 heures, hébergement en soins de longue durée, être en phase terminale d'une maladie.
 - Dépistage : 32 % des EMCG effectuent un dépistage structuré avec outil de repérage, le plus souvent à l'aide d'une grille de critères maison. La sélection des patients est majoritairement basée sur des discussions avec les équipes primaires², des tournées, des consultations ou la revue des dossiers.
 - Évaluation du patient : l'évaluation initiale est le plus souvent effectuée par l'infirmière ou le médecin selon les 4 grands domaines de l'évaluation gériatrique globale (médical, fonctionnel, psychologique et social).
 - Type et communication des recommandations : elles sont généralement écrites et portent sur les soins optimaux à offrir à la personne âgée selon ses besoins biopsychosociaux, sa prise en charge fonctionnelle, et son orientation au congé. Le transfert des recommandations aux intervenants de la 1^{ière} ligne est effectué par 25% des EMCG.
 - Suivi intra-hospitalier : 60 % des EMCG effectuent un suivi pour vérifier l'implantation des recommandations ou faire une réévaluation.
 - Réunions : 32 % des EMCG se rencontrent quotidiennement pour discuter des nouvelles demandes de consultation, du suivi des patients déjà évalués et de la

² On entend par «équipe primaire», les professionnels de l'unité hospitalière où le patient est admis.

gestion des cas complexes. Une équipe intervenant au département des urgences participe aux rencontres quotidiennes du département afin de commencer rapidement le dépistage et être disponible pour les questions des professionnels.

- Éducation : 48 % des EMCG ont un rôle informel ou formel d'éducation auprès des équipes primaires, du patient ou des proches.
- Volume d'activité : il varie entre 100 à 500 consultations par année.
- Impact des EMCG par rapport à un groupe contrôle:
 - Durée de séjour : réduction de 1,1 à 2,5 jours ou pas d'impact significatif.
 - Taux de réadmission à l'hôpital : pas d'impact significatif.
 - Taux de mortalité/survie : diminution significative de la mortalité intra-hospitalière, mais pas d'impact significatif à 3, 6 et 24 mois suivant le congé.
 - Capacité fonctionnelle : augmentation ou pas d'impact significatif.
 - Hébergement en soins de longue durée : pas d'impact significatif.
 - Utilisation des services de santé : pas d'impact significatif.
 - Coût total du séjour à l'hôpital : diminution de 14 à 33 %.
- Concernant l'évolution et les caractéristiques actuelles des EMCG dans d'autres pays :
 - France : Ce service est disponible. En 2011, 216 EMCG ont été dénombrées. Leur mission et leur fonctionnement sont encadrés par un décret national portant sur l'ensemble des soins gériatriques. Elles doivent être au minimum composées d'un gériatre, d'une infirmière et d'un travailleur social formés pour des interventions en gériatrie. Les autres professionnels impliqués, accessibles au besoin sont : psychologue, ergothérapeute et nutritionniste.
 - Belgique : Un Arrêt Royal spécifie que chaque hôpital de soins aigus doit structurer les soins gériatriques en incluant 5 composantes, dont la consultation de liaison interne gériatrique (ou EMCG) auprès des patients âgés de 75 ans et plus. Tout hôpital de soins aigus qui possède un service de gériatrie agréé (en plus d'un service de chirurgie et d'un service de médecine interne) reçoit un financement destiné à opérationnaliser une consultation de liaison interne gériatrique. Ce budget garantit un minimum de 2 équivalents temps complet (ETC) avec un maximum de 6 ETC de professionnels, en plus du gériatre. Le nombre d'ETC dépend du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus admises à l'hôpital. Les membres réguliers sont généralement un gériatre, une infirmière spécialisée en gériatrie et un ergothérapeute. Malgré les efforts pour combler les pénuries aux EMCG en place, le pays semble se diriger vers un service de co-traitance i.e. une prise en charge partagée entre les équipes primaires et l'EMCG plutôt que d'en rester à des EMCG strictement consultatives.
 - États-Unis : Implantation ponctuelle depuis les années '80 en complémentarité aux *Geriatric Evaluation and Management Unit* (GEMU) et aux *ACE (Acute Care for Elders) units*. Une expansion nationale ne semble pas envisagée.
 - Pays-Bas : Ce service est disponible, mais il n'est pas soutenu par un cadre de référence ou par un décret officiel sur son fonctionnement. Toutefois, le statut de Senior Friendly Hospital (Équivalent québécois de CHSGS adapté aux personnes âgées) que convoitent les hôpitaux, exige qu'une EMCG soit présente

dans l'établissement de soins. On recommande qu'elle soit composée au minimum d'un gériatre et d'une infirmière spécialisée en gériatrie et que le service soit disponible 24h par jour, 7 jours par semaine.

- Royaume-Uni : Pas d'EMCG telle que définie dans le présent rapport. Depuis octobre 2013, un service similaire à l'EMCG a été implanté, soit le *Older Persons Assessment and Liaison* (OPAL). Il est composé d'une infirmière spécialisée en gériatrie, d'un physiothérapeute spécialisé en gériatrie et d'un gériatre à demi-temps. L'infirmière et le physiothérapeute repèrent toutes les personnes âgées de 70 ans et plus à risque dans les 24 premières heures de leur admission à l'aide d'un outil d'évaluation gériatrique globale leur permettant d'identifier les personnes à risque modéré ou élevé d'évènements de santé défavorables ou de séjour prolongé. Sa mission est de diriger les bons patients, au bon endroit, au bon moment. La clientèle cible est celle qui retourne à domicile et le rôle de liaison y est important. L'OPAL peut également offrir des consultations au patient lorsqu'il est admis à une unité de soins non-gériatrique.
 - Australie : un service comparable aux OPAL, incluant un volet de liaison plus important, est disponible. Ces équipes ont été le sujet d'un cadre de référence (en version de travail), mais l'ampleur de leur implantation n'est pas précisée.
 - D'après une étude récente effectuée dans 8 pays européens, on dénombre des EMCG dans 54,5 % des hôpitaux de soins généraux aigus (n=178). En ordre décroissant, ce pourcentage est de : Belgique (100%), Irlande (72,7%), Danemark (59,1%), République de Malte (33,3%), Islande (25%), Estonie (23,1%), Grèce (4,3%) et Slovénie (0%). Le principal élément qui semble influencer le statut de mise en œuvre des programmes de soins pour les personnes âgées est la présence d'un cadre ou d'une législation nationale imposant ou encourageant la mise en œuvre de ces programmes de soins et supportant les ressources professionnelles requises.
 - La revue de la littérature grise n'a pas permis d'identifier de documentation canadienne portant sur la recension ou le fonctionnement des EMCG hors Québec.
- Le sondage auprès des hôpitaux québécois a montré que dans 12 des 38 CHSGS ayant répondu au sondage, on retrouve des services d'au moins une EMCG. Des informations ont été récoltées pour 15 EMCG, dont 6 intervenant exclusivement au département des urgences (EMCG-U), 8 exclusivement aux unités de soins (EMCG-US) et une dans ces deux secteurs (EMCG-M). De façon générale, ces EMCG se composent d'une infirmière et d'un médecin (8/15 EMCG), d'un médecin, d'une infirmière et d'un ou plusieurs autres professionnels (travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute ou pharmacien dans 5/15 EMCG) ou d'une infirmière et d'un travailleur social (2/15 EMCG). Le niveau de satisfaction quant à l'efficacité du travail de l'équipe est le plus souvent qualifié de modéré. Parmi les éléments à améliorer, il a été fait mention du manque de personnel disponible et formé, d'une insuffisance d'interdisciplinarité dans la composition de l'équipe et d'une méconnaissance du service par les autres services hospitaliers.

- Concernant le fonctionnement optimal des EMCG-U, les professions qui ont été jugées pertinentes quant à leur présence ou leur accessibilité sont : gériatre ou médecin de famille œuvrant en gériatrie, infirmière et travailleur social.
- Concernant le fonctionnement optimal des EMCG-US, les professions qui ont été jugées pertinentes quant à leur présence sont un gériatre ou médecin de famille œuvrant en gériatrie et une infirmière formée en gériatrie. Ils doivent être étroitement soutenus par d'autres professionnels avec expertise en soins aux personnes âgées, accessibles que sont : travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste et pharmacien.

Recommandations

Trois recommandations générales ont été formulées:

- Un cadre de référence provincial devrait être produit par le MSSS afin d'harmoniser l'appellation et positionner ce service gériatrique hospitalier, qui est complémentaire au programme UCDG et aux hôpitaux de jour.
- Chaque CHSGS devrait disposer d'une EMCG, intervenant au département des urgences et aux unités de soins. Les établissements de grande taille, à haut débit, nécessiteront l'apport de deux équipes distinctes pour couvrir ces deux secteurs.
- Le fonctionnement de l'EMCG en co-management avec les équipes primaires facilite l'application des recommandations, et devrait être présent tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas l'évidence d'une excellente implantation par l'organisation hospitalière de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier».

En se basant sur la revue des écrits, les cadres de référence locaux et les résultats de l'enquête sur le fonctionnement actuel et optimal des EMCG québécoises, des recommandations spécifiques au contexte québécois sont formulées pour les éléments suivants :

Éléments	Recommandations spécifiques
Pré-requis	L'implantation de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» est un pré-requis au bon fonctionnement d'une EMCG.
Mission	Émettre un avis d'expert pour les situations complexes gériatriques de patients hospitalisés en dehors d'une unité spécialisée de gériatrie : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluations médicale et interprofessionnelle spécialisées - Recommandations diagnostiques/thérapeutiques adaptées - Détermination du potentiel de récupération et/ou du pronostic - Avis sur l'orientation au congé - Repérage de la clientèle à même de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale spécialisée en UCDG Cette évaluation se veut en soutien et collaboration à l'équipe primaire afin d'améliorer les soins aux patients âgés dans la philosophie d'une approche adaptée.
Clientèle-cible	Personne âgée de 75 ans et plus présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique.

Éléments	Recommandations spécifiques
<p>Composition *</p> <p>*L'infirmière et le travailleur social (ainsi que les autres professionnels dédiés s'il y a lieu) de l'EMCG doivent détenir une formation ou de l'expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - EMCG-U : un gériatre ou un médecin de famille en soins aux personnes âgées (1 ETC), une infirmière spécialisée en gériatrie (1 ETC) et un travailleur social (0,5 ETC). Cette équipe devrait pouvoir compter sur une évaluation des transferts et de la mobilité par un physiothérapeute. On estime que cette équipe pourrait évaluer et assurer le suivi de 15 patients. - EMCG-US : un gériatre ou un médecin de famille en soins aux personnes âgées (1 ETC) et une infirmière spécialisée en gériatrie (1 ETC). Il est réaliste de penser que cette équipe pourrait prendre en charge le suivi d'une cohorte de 15 patients. Selon la nature des consultations et les recommandations de l'équipe en découlant, les autres ressources professionnelles requises (travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste et pharmacien) devraient être accessibles par du personnel dédié ou par l'intégration du ou des professionnel(s) concerné(s) aux unités de soins primaires.
<p>Rôles et responsabilités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gériatre : Évaluation médicale gériatrique spécialisée complète pour les cas complexes. Opinion diagnostique, traitement, pronostic et orientation au congé. - Médecin de famille en soins aux personnes âgées: Dans plusieurs milieux, ces médecins sont la référence pour évaluer les patients gériatriques. Depuis quelques années un programme de formation supplémentaire en soins aux personnes âgées est offert par les départements universitaires de médecine familiale et d'urgence, assorti d'une certification par le Collège des médecins de famille du Canada. À leur niveau, leur rôle est similaire à celui du gériatre. Ils devraient pouvoir bénéficier de l'assistance d'un gériatre, au besoin pour les cas complexes (sur place ou par téléphone). - Infirmière spécialisée en gériatrie : Précisions sur la situation psychosociale du patient, son état fonctionnel pré-morbide et son réseau social. Dépistage des syndromes gériatriques via des outils standardisés (delirium, trouble cognitif, risque de chute, dysphagie, dépression, etc.). Coordination des évaluations interprofessionnelles et de l'application des recommandations dans le suivi des patients identifiés comme étant à haut risque. Liaison avec la première ligne et les programmes de soins post aigus pour s'assurer de la mise en place des recommandations au congé. - Travailleur social : Évaluation psychosociale du patient, de son réseau social, de la sécurité de son milieu de vie. Planification et organisation du congé avec les services communautaires et institutionnels. Collaboration aux évaluations de l'aptitude lorsqu'indiqué. - Physiothérapeute : Évaluation de la mobilité, du risque de chute et modalités des transferts et déplacements. Initiation d'un processus de réadaptation au besoin. Recommandations pour assurer la mobilité fonctionnelle et sécuritaire et minimiser le risque de chute. - Nutritionniste : Évaluation de l'état nutritionnel du patient, recommandations nutritionnelles et la gestion des repas.

Éléments	Recommandations spécifiques
	<p>- Ergothérapeute : Évaluation fonctionnelle (incluant l'impact des troubles neurocognitifs) du patient. Avis sur les besoins et les services requis pour pallier aux difficultés fonctionnelles, dont les aides techniques.</p> <p>- Pharmacien : Révision de l'histoire pharmacologique du patient. Recommandations pour un ajustement sécuritaire et adapté des médicaments.</p>
Processus de la consultation	<p>a) Critères de référence :</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 75 ans et plus OU ≥ 70 ans et présenter des syndromes gériatriques de nature complexe; - Présenter des alertes de niveau spécialisé aux signes AINÉES; - Avoir été ciblé au dépistage par un outil validé comme présentant un risque modéré ou sévère de déclin fonctionnel ou d'issues de santé préjudiciables; - Présenter des conditions médicales complexes ou syndromes gériatriques se présentant avec au moins l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delirium ou atteinte cognitive de cause indéterminée ou compliquée de troubles de comportement; ▪ Troubles de la marche et chutes; ▪ Polymédication excessive ou inappropriée; ▪ Déconditionnement ou syndrome d'immobilisation récent. - Présenter toute autre situation complexe pour laquelle l'avis d'un gériatre ou médecin de famille œuvrant en gériatrie est souhaité. <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une durée de séjour estimée inférieure à 48 heures; • Être en phase terminale d'une maladie. <p>b) Critères de priorisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Présenter une condition médicale complexe et delirium; 2 : Présenter un syndrome d'immobilisation, de chute ou polymédication excessive ou inappropriée (niveau d'alerte encore plus élevé si cumul de syndromes); 3 : Être en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive récente d'étiologie non précisée. <p>c) Évaluation :</p> <p>L'évaluation initiale est faite par l'infirmière ou le médecin. Ils décideront ensuite si d'autres types de professionnel doivent être impliqués.</p> <p>d) Outils cliniques :</p>

Éléments	Recommandations spécifiques
	<p>Pour tous les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation gériatrique globale standardisée de la personne âgée (4 domaines : médical, fonctionnel, psychologique et social) • Plan d'intervention interprofessionnel • Bilan comparatif des médicaments (Pratique organisationnelle requise (POR) - Agrément Canada) • Rapport au dossier indiquant une communication faite de vive-voix <p>Au besoin, avec clientèle cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tests de dépistage cognitifs (ex : MMSE, MoCA, Test de l'horloge, 5 Mots de Dubois, BREF, NPI, etc.) • Échelle de statut fonctionnel (ex : Lawton, Katz, SMAF, etc.) • Tests de mobilité/ équilibre (ex : Timed Up and Go, vitesse de marche, Berg, etc.) • Échelle de dépistage nutritionnel (ex : MNA) • Échelle de dépistage delirium (ex : CAM, RADAR, etc.) • Échelle de dépression gériatrique (ex : GDS, MADRS, PHQ, etc.) <p>Initiation des interventions Après le repérage ou une demande de consultation, l'intervenant de l'EMCG (infirmière ou médecin ou travailleur social au département des urgences) effectue l'évaluation du patient.</p>
Rencontres et réunions	<p><u>Rencontre interprofessionnelle</u> : Utilisée pour discuter de cas complexes à une fréquence déterminée par l'équipe, habituellement hebdomadaire pour une analyse formelle. Elle inclut tous les membres de l'EMCG intervenant auprès du patient dont le dossier est discuté. Si l'intervention est menée en collaboration avec les professionnels de l'unité de soins, un intervenant pivot devrait y participer. Au besoin, on demande l'implication de : infirmière de liaison, pivot, gestionnaire de cas. Un ordre du jour clair devrait être élaboré. Un animateur est identifié afin de s'assurer que les points sont suivis, que le tour de parole est respecté et qu'une note synthèse est rédigée.</p> <p><u>Réunions sur les unités de soins ou à l'urgence</u> : Préférentiellement chaque jour ouvrable, l'EMCG se réunit pour discuter brièvement des patients à évaluer (dépistage positif), procédures courantes et des conclusions des patients déjà pris en charge.</p> <p>Au besoin, un membre de l'EMCG est invité aux réunions des équipes primaires pour débiter le dépistage et la collecte d'information. De plus, cette personne est disponible pour répondre aux questions.</p>
Transmission des recommandations	<p>Plan d'intervention interprofessionnel : Il contient les recommandations principales découlant de l'évaluation médicale et professionnelle spécialisée</p>

Éléments	Recommandations spécifiques
et suivi	<p>gériatrique. Ce plan est produit lors de la réunion interprofessionnelle et est révisé périodiquement. Il est facilement accessible dans le dossier du patient.</p> <p>Formulation des recommandations : les recommandations sont limitées en nombre, ciblées et pertinentes, rédigées par ordre de priorité et suivent un processus chronologique</p> <p>Communication orale et écrite : Une feuille facilement repérable dans le dossier papier, ou un onglet dans le dossier électronique, indique clairement l'implication de l'EMCG. L'intégralité des recommandations se retrouve dans ces sections dédiées. De plus, les recommandations sont transmises de façon verbale à l'équipe soignante afin de maximiser le potentiel de transfert de connaissances et d'apprentissage. L'EMCG se rend ainsi disponible pour répondre aux questions.</p> <p>Suivi intra-hospitalier : Un suivi régulier est fait pour vérifier l'implantation des recommandations, et ce, pendant la totalité de la durée de séjour. Une consultation du dossier ou une conversation avec l'infirmière de l'équipe primaire peut suffire si la collaboration est efficace, mais parfois une réévaluation peut s'avérer nécessaire.</p> <p>Suivi au congé : Si des recommandations s'appliquent toujours au-delà de l'hospitalisation, un membre de l'EMCG et le professionnel de liaison de l'équipe primaire s'assure de la transmission des recommandations au professionnel (ex. médecin de famille) ou à la ressource (ex. professionnel SAD) qui est responsable du relais.</p>
Indicateurs de résultats	<p>Processus clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai de demande de consultation à l'EMCG lors de l'hospitalisation - Délai de réponse par l'EMCG - Taux d'application des recommandations en intrahospitalier ou à la salle d'urgence - Respect des critères de référence et de priorisation - Implication des professionnels des équipes primaires à la suite des recommandations (souhaité vs réalisé) <p>Administratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations par trimestre - Satisfaction des patients / de l'équipe soignante - Durée du séjour - Taux de réadmission à l'hôpital à 1 mois du congé - Orientation au congé
Éducation des équipes primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion des meilleures pratiques en gériatrie • Travail collaboratif

Éléments	Recommandations spécifiques
Direction	Sous une même direction, idéalement SAPA mais à tout le moins, sous la même qui est responsable du programme UCDG

Forces et limites

Ce document rapporte, à notre connaissance, des informations inédites sur le fonctionnement actuel et jugé optimal du service qu'est l'EMCG dans le contexte québécois.

Notre collecte des données comporte toutefois certaines limites. La moitié des hôpitaux sollicités n'ont pas répondu au sondage sur l'existence d'une EMCG dans leurs services. L'inventaire est donc incomplet, mais nous estimons que notre échantillon a permis de décrire globalement le fonctionnement actuel des EMCG au Québec. Les données recueillies sur le fonctionnement optimal des EMCG reposent sur des opinions et non sur une démarche structurée tel que la méthode Delphi³. De plus, les répondants n'ont pas été spécifiquement questionnés sur l'appartenance des professionnels autres que le médecin et l'infirmière attribués à l'EMCG-US, i.e. l'implication des professionnels des unités primaires versus des professionnels d'une entité spécialisée.

Conclusion

La recension des écrits rapporte que l'EMCG est un service reconnu et implanté dans plusieurs pays et qu'il est préférable de se questionner sur la qualité de son implantation plutôt que sur la pertinence de son bien-fondé. Les données recueillies au Québec indiquent que l'EMCG y est encore peu répandue et que sa composition et son fonctionnement sont hétérogènes parmi les établissements de santé qui l'ont mis en place.

Notre sous-comité de travail, composé de cliniciens et de gestionnaires du réseau hospitalier, a émis des recommandations générales et spécifiques sur ce service quant à son fonctionnement optimal au département des urgences ou aux unités de soins. Ce document sera transmis aux instances ministérielles et à l'AMGQ dans le but d'appuyer la rédaction d'un cadre de référence provincial sur l'EMCG. L'EMCG constitue un maillon indissociable du continuum de soins à la personne âgée. Au RUSHGQ, nous prévoyons poursuivre nos travaux sur le mode de fonctionnement optimal de cette équipe incluant le partage des tâches entre les professionnels.

³ La méthode Delphi vise à recueillir, par l'entremise d'un questionnaire ouvert, l'avis justifié d'un panel d'experts sur un domaine. La procédure, basée sur la rétroaction, évite la confrontation des experts et préserve leur anonymat. Les résultats d'un premier questionnaire sont communiqués à chaque expert et sont accompagnés d'une synthèse des tendances générales et particulières, des avis et des justifications. Dès lors chacun est invité à réagir et à répondre à un deuxième questionnaire élaboré en fonction des premiers avis recueillis, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une convergence aussi forte que possible des réponses.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	5
SOMMAIRE	6
LEXIQUE	18
MISE EN CONTEXTE	19
MÉTHODOLOGIE	20
Revue de la littérature	20
<i>Écrits scientifiques portant sur la structure, les processus et les résultats des EMCG</i>	20
<i>Littérature grise portant sur les modèles internationaux d'EMCG et leur évolution</i>	21
Enquête sur les EMCG auprès des hôpitaux québécois	22
<i>Élaboration du questionnaire</i>	22
<i>Collecte des données</i>	23
<i>Analyse</i>	23
Fonctionnement actuel	23
Fonctionnement optimal.....	23
RÉSULTATS	24
Revue de la littérature	24
<i>Structure, processus et résultats associés aux EMCG</i>	24
Structure.....	24
Processus.....	25
Critères de référence.....	25
Dépistage.....	25
Évaluation du patient	26
Type et communication des recommandations	26
Suivi intra-hospitalier	27
Réunions	27
Éducation.....	27
Résultats.....	27
Volume d'activité.....	27
Durée de séjour	27
Taux de réadmission à l'hôpital.....	28
Capacité fonctionnelle.....	28
Hébergement en établissement de soins de longue durée.....	28
Utilisation des services de santé	28
Coût total du séjour à l'hôpital.....	28
<i>Modèles internationaux d'EMCG et leur évolution</i>	29
France.....	29

Belgique.....	30
États-Unis	31
Pays-Bas	31
Royaume-Uni.....	32
Australie	33
Enquête auprès des hôpitaux québécois.....	34
<i>Fonctionnement actuel</i>	34
EMCG intervenant exclusivement au département des urgences (EMCG-U).....	34
EMCG intervenant exclusivement aux unités de soins (EMCG-US).....	36
EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins (EMCG-M)	37
<i>Fonctionnement optimal</i>	38
<i>Cadres de référence locaux</i>	39
FORCES ET LIMITES.....	41
RECOMMANDATIONS.....	41
CONCLUSION.....	46
TABLEAUX	48
Tableau 1. Structure et fonctionnement des 25 EMCG répertoriées dans les études scientifiques	48
Tableau 2. Description du fonctionnement actuel des EMCG répertoriées auprès des hôpitaux québécois en fonction de leur profil.....	55
Tableau 3. Ressources jugées optimales pour la gestion de 15 patients selon les répondants à l'enquête québécoise pour les EMCG-U et EMCG-US.....	61
ANNEXES.....	62
Annexe 1. Stratégie de recherche pour identifier les études scientifiques réalisées entre 2014 et 2018 sur les EMCG.....	63
Annexe 2. Organigramme de sélection des articles scientifiques publiés entre 2014 et 2018 sur les EMCG.....	65
Annexe 3. Définitions des six types d'intervention intra-hospitalières répertoriées par le groupe de travail sur les équipes mobiles de gériatrie en France.....	65
Annexe 4. Disponibilité des EMCG dans les 38 hôpitaux québécois ayant participé à l'enquête	67
RÉFÉRENCES	68

LEXIQUE

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
AMGQ	Association des médecins gériatres du Québec
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BREF	Batterie rapide d'efficacité frontale
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CGA	<i>Comprehensive Geriatric Assessment</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multiprofessionnels
DSP	Direction des services professionnels
ECR	Étude contrôlée randomisée
nECR	Étude contrôlée non randomisée
ECIG	Équipe de consultation interdisciplinaire de gériatrie
ECGT	Équipe de consultation gériatrique et thérapeutique
EGG	Évaluation gériatrique globale (traduction de CGA)
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMCG	Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie
EMCG-U	EMCG intervenant exclusivement au département des urgences
EMCG-US	EMCG intervenant exclusivement aux unités de soins
EMCG-M	EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins
EMG	Équipes mobiles de gériatrie
ETC	Équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures par semaine)
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HELP	<i>Hospital Elder Life Program</i>
ISAR	<i>Identification of Seniors At Risk</i> (questionnaire de dépistage)
MADRS	<i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
MMSE	<i>Mini Mental Status Examination</i> (échelle de statut mental)
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
NICHE	<i>Nurses Improving Care for Healthsystem Elders</i>
NPI	<i>Neuropsychiatric Inventory</i> (Inventaire neuropsychiatrique)
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
RADAR	Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
RUSHGQ	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TRST	<i>Triage Risk Screening Tool</i>

MISE EN CONTEXTE

Avec le vieillissement de la population, les personnes âgées de 75 ans et plus comptent pour 25 % des hospitalisations en soins physiques et psychiatriques de courte durée au Québec malgré le fait qu'elles ne représentent que 7,9 % de la population totale [1, 2]. Les personnes âgées, même les plus en forme, sont plus vulnérables que les personnes d'âge moyen. Cependant, lors d'une admission pour une pathologie aiguë à l'hôpital, elles reçoivent rarement une prise en charge spécialisée qui intègre leur vulnérabilité et la prise en charge de leurs pathologies chroniques. C'est dans le but de recevoir des soins individualisés qu'une procédure systématique de dépistage et d'interventions nommée «Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» (AAPA) a été développée, également pour prévenir sinon atténuer un déclin fonctionnel lors d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation chez cette population [3].

Par ailleurs, la quasi-totalité des CHSGS du Québec intègre une Unité de courte durée gériatrique (UCDG), programme de soins hospitaliers spécialisés en gériatrie. Au Québec, annuellement, environ 15 000 personnes âgées de 75 ans et plus en bénéficient, ce qui représente environ 8 % des hospitalisations dans ce groupe d'âge [4]. Dans la filière hospitalière des soins et services aux personnes âgées, les personnes admises en UCDG sont généralement âgées de 75 ans et plus, présentent une condition médicale aiguë ou une aggravation d'une condition pathologique connue qui s'ajoute à un état de dépendance (limitations fonctionnelles ou cognitives) liées à des multimorbidités. La présentation clinique atypique de ces affections, sous forme de syndromes gériatriques, ne dirige pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise, entrave le diagnostic et retarde le traitement. De plus, ces personnes sont souvent polymédicamentées et présentent des problèmes sociaux surajoutés [5].

Un grand nombre de personnes âgées fragiles ou vulnérables qui partagent ces mêmes caractéristiques sont admises en CHSGS à l'extérieur des UCDG lorsqu'elles présentent un problème de santé aigu spécifique à une autre spécialité. L'apport de l'expertise gériatrique doit donc s'étendre de façon transversale aux différents services ou structures de soins hospitaliers non désignés gériatriques. Ainsi, les intervenants du département des urgences ou des unités de soins autres que l'UCDG doivent pouvoir bénéficier de moyens de repérages des patients vulnérables et le cas échéant d'un avis spécialisé en gériatrie pour les assister dans la prise en charge et l'orientation de ces personnes âgées avec les partenaires du milieu extrahospitalier.

Au Québec, en 2015, on recensait au moins une Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie (EMCG)⁴ au département des urgences ou sur les unités de soins dans 55 CHSGS [6]. Ce service se retrouve également dans plusieurs pays européens, puisque ces pays ont été touchés plus précocement que nous par le vieillissement de leur population et ont ajusté leurs dispositifs de prise en charge des personnes âgées : Belgique [7-9], France [10-22], Allemagne [23], Pays-Bas [24], Royaume-Uni [25, 26]. Il est aussi documenté dans d'autres pays dont Taiwan [27-32] et les États-Unis [33-55]. La

⁴ Ces équipes sont aussi nommées « Équipe de consultation gériatrique et thérapeutique (ECGT)» ou «Équipe de consultation interdisciplinaire de gériatrie (ECIG)» dans certains établissements de santé.

mission générale des EMCG est d'offrir des évaluations globales gériatriques aux patients hospitalisés dans les différents services non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical. Leur rôle est alors, suite à une évaluation interprofessionnelle adaptée sur le plan physique, cognitif, fonctionnel et psychiatrique, d'établir son potentiel de réadaptation ou son pronostic, d'émettre des recommandations pour compléter le plan de traitement, de collaborer à la mise en place du PII, de contribuer à la planification du congé, d'orienter le patient, etc. [19].

L'EMCG apparaît un service incontournable à développer dans nos CHSGS afin de garantir des soins adaptés au plus grand nombre de personnes âgées vulnérables. Ces équipes ont un rôle important à jouer au département des urgences ainsi que sur les unités de soins en support aux équipes primaires. Avec le vieillissement de la population, il est primordial, de faciliter la mise en place de ce service dans les hôpitaux québécois. Le RUSHGQ et l'un de ses partenaires, l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) a décidé de s'allier pour mieux établir ce service : sa mission, sa structure, son fonctionnement, ses indicateurs de résultats afin de faciliter sa mise en place dans nos CHSGS. En 2017, un sous-comité de travail a été formé et s'est donné le mandat suivant :

Mandat

Formuler des recommandations sur la composition et l'organisation optimales des EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins et ce, afin d'améliorer l'offre de service de soins hospitaliers aux personnes âgées.

Moyens

- 1) Effectuer, à l'aide d'une recension des écrits, un recueil descriptif concernant les meilleures pratiques de ces équipes, notamment pour leur structure, leurs processus et leurs résultats;
- 2) Présenter les différents modèles internationaux d'EMCG et leur évolution ;
- 3) Effectuer auprès des gériatres et des gestionnaires des services gériatriques hospitaliers une enquête sur le fonctionnement actuel et optimal des EMCG au Québec.

MÉTHODOLOGIE

Revue de la littérature

Écrits scientifiques portant sur la structure, les processus et les résultats des EMCG

Une revue systématique des études scientifiques internationales originales sur la composition et l'opérationnalisation des EMCG a fait l'objet d'une section du rapport du *Belgian HealthCare Knowledge Center* publié en 2014 [8] et d'un article scientifique en 2016 [9]. Les études retenues dans ce document ont été publiées en anglais ou en français avant le 22 avril 2014. Les critères d'inclusion et d'exclusion des études étaient les suivants:

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Patients ≥ 65 ans hospitalisés ailleurs que dans une unité intrahospitalière de gériatrie, incluant les soins intensifs.	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation en mode ambulatoire ou clinique externe (y compris l'hôpital de jour) • EMCG qui intervient seulement au département des urgences sans suivi intrahospitalier (i.e. congé au domicile après la consultation) ou seulement pour donner de la formation continue à l'équipe de l'urgence
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du <i>Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)</i>⁵ • Utilisation d'une approche interprofessionnelle (i.e. au moins deux disciplines font partie de l'EMCG) 	<ul style="list-style-type: none"> • EMCG spécifique à une problématique (ex. : équipe de consultation psychogériatrique) • L'EMCG a un pouvoir d'action ou de prescription direct sans l'accord de l'équipe primaire • Soins de cogestion (<i>co-management</i>) i.e. l'EMCG partage la responsabilité de la gestion des soins et des résultats cliniques avec l'équipe primaire
Résultat	Description d'au moins un des aspects suivants de l'EMCG : composition, opérationnalisation, financement, méthodes utilisées pour évaluer les soins offerts	
Type d'études	<ul style="list-style-type: none"> • Étude expérimentale (ECR, nECR) • Étude pré-post implantation • Étude descriptive 	<ul style="list-style-type: none"> • Articles de revue (<i>review article</i>) • Résumés publiés et actes de conférences • Éditoriaux et lettres à l'éditeur • Articles dont le texte intégral n'est pas disponible

ECR : étude contrôlée randomisée; nECR : étude contrôlée non randomisée

Cette revue systématique a permis d'identifier 46 articles originaux portant sur l'évaluation de 25 EMCG différentes. En effet, les articles rapportant des données complémentaires sur le fonctionnement d'une même EMCG ont été regroupés afin d'effectuer une analyse globale des résultats. Considérant ce travail de grande qualité et avec l'accord de l'auteur principal du rapport (communication personnelle avec Mme Mieke Deschodt, infirmière, PhD), il a été jugé que seule une mise à jour de cette revue systématique serait nécessaire pour compléter la recherche d'études scientifiques internationales originales publiées sur l'évaluation des EMCG entre 2014 et 2018.

La stratégie de recherche utilisée pour la mise à jour de cette revue systématique est détaillée aux annexes 1 et 2. Elle a été réalisée entre le 13 et le 25 mai 2018 en utilisant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que ceux mentionnés ci-haut. Les bases de données Ovid MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PubMed et *Cochrane Database of Systematic Reviews* ont été consultées. Quelques 413 écrits potentiels ont été identifiés après avoir supprimé les doublons (n = 86). À la lecture du titre et du résumé, 370 publications ont été éliminées, laissant ainsi 43 manuscrits à lire. Parmi ceux-ci, 2 études reliées aux EMCG déjà identifiées ont été ajoutées aux 46 études qui avaient été repérées antérieurement dans le rapport du *Belgian HealthCare Knowledge Center* [8]. Au final, 48 études originales portant sur 25 EMCG différentes ont été retenues dans le présent rapport. Le tableau 1 présente une synthèse des éléments reliés à la structure, aux processus et aux résultats de chacune de ces EMCG, en fonction du type d'études (étude contrôlée randomisée (ECR), étude contrôlée non randomisée (nECR), étude pré-post intervention et étude descriptive).

Littérature grise portant sur les modèles internationaux d'EMCG et leur évolution

⁵ L'évaluation gériatrique globale (EGG) est un processus de diagnostic multidimensionnel et interprofessionnel comportant 4 principaux domaines (médical, fonctionnel, psychologique et social) visant à déterminer les capacités physiques, psychologiques et fonctionnelles d'une personne âgée fragile afin de développer un plan coordonné et intégré pour le traitement et le suivi à long terme (<https://www.cgakit.com/cga>).

Les bases de données CADTH⁶, TRIP⁷, OAlster⁸, OpenGrey⁹ et Google Scholar¹⁰ ont été interrogées afin d'identifier la littérature grise internationale portant sur la composition et le fonctionnement des EMCG au niveau international en utilisant les mots-clés suivants : "*Inpatient geriatric consultation team*", "*Geriatric liaison team*", "*Geriatric consultation team*", "*Geriatric interdisciplinary team*", "*Mobile geriatric unit*", "*Geriatric assessment team*" et "*Multidisciplinary geriatric consultation team*". Lorsque les résultats dépassaient 50 publications, la vérification de la pertinence des documents arrêtaient lorsque plus de 30 publications consécutives ne présentaient aucun intérêt avec le présent rapport. Cette stratégie de recherche a permis d'identifier 5 documents pertinents.

Enquête sur les EMCG auprès des hôpitaux québécois

Élaboration du questionnaire

Un questionnaire comportant 3 parties a été élaboré dans le but de recueillir des informations sur le fonctionnement actuel et optimal des EMCG au Québec:

- La section A visait à recueillir les informations générales sur les répondants et l'installation : nombre total de lits dans l'hôpital (soins aigus, incluant les lits en psychiatrie), nombre de lits du programme UCDG (s'il y a lieu), situation de débordement pour l'UCDG (oui ou non; si oui, nombre moyen de lits par semaine), nombre de gériatre à l'hôpital (en ETC) et le nombre de médecin de famille à l'UCDG (en ETC).
- La section B visait à recueillir les informations sur le fonctionnement actuel de chaque EMCG en place effectuant des consultations en gériatrie au département des urgences et/ou aux unités de soins: la direction administrative de rattachement; le niveau d'autonomie décisionnelle de l'équipe; les processus et outils de repérage/dépistage utilisés; les critères de références et de priorisation utilisés; le nombre de consultation réalisé en 2016-2017; la composition professionnelle en ETC pour 20 nouvelles consultations par semaine¹¹; le temps moyen consacré (en minutes) par profession aux tâches reliées à une consultation (préparation¹²,

⁶ Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health : <https://www.cadth.ca/>

⁷ <https://www.tripdatabase.com/>

⁸ <https://www.oclc.org/support/services/oaister/OAlster.en.html>

⁹ <http://www.opengrey.eu/>

¹⁰ <https://scholar.google.ca/>

¹¹ Ce nombre de 20 consultations avait été choisi de façon arbitraire par le sous-comité pour la collecte des données. La majorité des répondants nous ont signalé que la gestion de 15 patients en tout temps est une charge de travail plus réaliste, ce qui a été pris en compte dans les analyses et les recommandations. Compte tenu de la prévalence élevée des patients de plus de 75 ans dans les différentes régions du Québec, les EMCG doivent être disponibles pour répondre aux demandes de consultations par les équipes de soins hospitaliers autres que les UCDG. En moyenne, on estime qu'il est nécessaire d'avoir un ratio d'un gériatre par 10000 personnes âgées et que ces géiâtres doivent travailler avec une équipe interdisciplinaire pour une prise en charge gériatrique optimale des patients dans les différents milieux de soins et services.

¹² Préparation des consultations par la communication avec les personnes impliquées (réfèrent, patient, proches, intervenants communautaires).

pendant¹³ et suivi¹⁴) pour chaque type d'EMCG; le niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé et très élevé); éléments qui fonctionnent bien et ceux à améliorer.

- La section C visait à recueillir les informations sur les effectifs qui seraient jugés optimaux pour les deux types d'équipe de consultation (EMCG-U et EMCG-US): la composition en ETC et le temps moyen consacré (en minutes) par profession aux tâches reliées à une consultation (préparation, pendant et suivi).

Collecte des données

Les hôpitaux québécois où l'on retrouvait une EMCG (n = 55) [6] ainsi que ceux où l'on retrouve un gériatre actif ou une UCDG ont été ciblés pour la collecte des données [4]. Au total, 79 hôpitaux ont été contactés. La sollicitation de participation à notre enquête s'est faite à deux niveaux : 1) questionnaire complet (sections A, B et C) auprès des 79 hôpitaux concernés via les personnes contact du RUSHGQ (44,6 %), la direction SAPA (22,9 %) ou les gériatres en situation de responsabilité (32,5%); 2) section C du questionnaire auprès de tous les autres gériatres actifs membres de l'AMGQ. La collecte des données s'est échelonnée du 1er mars au 18 juin 2018. Les gériatres pouvaient se regrouper pour répondre aux questions sur le fonctionnement optimal (partie C) des EMCG.

De plus, une invitation a été lancée en juin 2018 auprès des membres du RUSHGQ, via la messagerie du site internet du RUHSGQ, pour le partage des cadres de référence locaux ou procédure sur les EMCG.

Analyse

Fonctionnement actuel

Les caractéristiques recueillies sur les EMCG (c.f. section B ci-haut) ont été analysées en les regroupant selon 3 profils : EMCG-U, EMCG-US ou EMCG-M.

Fonctionnement optimal

L'analyse a été effectuée en utilisant les réponses sur une base individuelle. Si des gériatres ont répondu en se regroupant, leur réponse a été multipliée par le nombre de personnes.

La pertinence de chaque profession dans la composition des 3 profils d'EMCG a été déterminée à partir de la question portant sur le nombre d'ETC jugé optimal par les répondants pour 20 nouvelles consultations par semaine. À cet égard, plusieurs répondants ont mentionné que les ratios rapportés pour les EMCG-U et US correspondent plutôt à la gestion de 15 patients (au lieu de 20), qu'il serait irréaliste de suivre 20 patients en tout temps avec les ratios proposés. Si la réponse était « 0 », « ne s'applique pas » ou laissée vide, il a été considéré que le ou les répondant(s) ne jugeait(ent) pas pertinent que cette profession fasse partie de la composition de l'équipe concernée. Par contre, si la réponse était un ETC ≥ 0 ou « accès au besoin », il a été considéré que cette profession devrait être

¹³ Collaboration lors de la visite du patient pour l'évaluation médicale.

¹⁴ Suivi post-consultation pour l'application des recommandations (pourra être téléphonique).

accessible. Par la suite, pour chaque profil d'équipe, le pourcentage de répondants qui ont indiqué que la ressource devrait être accessible a été calculé pour chaque profession. Les critères suivants ont été retenus concernant les professions à inclure sur une base régulière dans les 3 profils d'EMCG :

- ≥ 70 % des répondants: pertinent
- 50 à 69 % des répondants: incertain
- ≤ 49 % des répondants: non pertinent

Pour les professions qui ont obtenu un pourcentage ≥ 70 %, la moyenne, la médiane et l'écart-type du nombre d'ETC jugé optimal pour la gestion de 15 patients ainsi que le temps jugé optimal à consacrer en minutes, par patient, aux tâches reliées à une consultation (préparation, pendant et suivi) ont été calculés.

RÉSULTATS

Revue de la littérature

Structure, processus et résultats associés aux EMCG

Les paragraphes suivants et le tableau 1 présentent une synthèse des éléments de structure, de processus et les résultats évalués chez les 25 EMCG répertoriées : 12 EMCG-U [23, 24, 26, 34, 39, 41, 43, 47-51, 53, 55-57], 9 EMCG-M [9-13, 17, 18, 21, 22, 25, 33, 35-38, 42, 54, 58, 59], et 4 non spécifiées [27-32, 40, 44, 52]. Il est à noter qu'aucune de ces études ne s'est penchée sur l'impact d'avoir des EMCG intervenant séparément au département des urgences et aux unités de soins.

Structure

On constate que 92% des 25 EMCG incluent des professionnels d'au moins 3 disciplines de la santé, avec un nombre total d'ETC variant de 2,5 à 5 [10-13, 17, 18, 21-26, 33, 35-60].

Les professions régulièrement mentionnées ainsi que leur fréquence d'apparition dans les 25 équipes sont les suivantes:

- L'infirmière est identifiée comme un membre d'office dans 100% des cas [9-13, 17, 21-48, 50-55, 57-59];
 - 19 des 25 équipes (76%) exigent que l'infirmière ait reçu une formation spécifique en gériatrie pour occuper le poste au sein de l'EMCG (APN, CNS ou GNP) [11-13, 17, 21, 22, 24-39, 41-48, 50-55];
- Le médecin est quant à lui identifié comme un membre d'office dans 92% des équipes [9-13, 17, 21-24, 26-39, 41-54, 57-59];
 - 16 EMCG incluent des gériatres [10, 12, 13, 18, 23, 24, 26-32, 34, 39, 41-43, 45, 46, 49-51, 53, 56-60]; 3 incluent des médecins de famille avec une formation supplémentaire en gériatrie [33, 35-38, 47, 48, 52]; 1 inclut un spécialiste en médecine interne [40]; 3

inclus des médecins dont la formation spécialisée n'est pas mentionnée [11, 17, 21, 22, 44, 54].

- Le travailleur social est identifié comme membre d'office dans 64% des cas [10-13, 17, 21-23, 25, 33, 35-38, 40-46, 49-54, 58-60] ;
- L'ergothérapeute est un membre d'office dans 32% des cas [3, 10, 12, 13, 26, 43, 52, 57-60];
- Le physiothérapeute est aussi un membre d'office dans 32% des cas [24, 26, 43, 52, 54, 57-60];
- Le nutritionniste est aussi considéré comme un membre d'office dans 25% des cas [24, 43, 44, 52, 54, 58, 59];
- Le pharmacien était rarement cité et semble être majoritairement une ressource disponible sur appel ou au besoin [33, 44, 47, 48, 52-54];
- De même, les autres professions étaient peu nommées et rarement comme membre principal de l'équipe (accompagnateur pastoral [55, 58-62], coordonnateur des soins [33, 35-38, 47, 48, 53, 55], orthophoniste [9, 55]).

Au final, la composition est variable selon les champs d'action et les besoins du centre [7, 8, 63], allant d'un binôme gériatre-infirmière (spécialisée en gériatrie) (pour 5 équipes : [27-32, 34, 39, 47, 48, 53]), à une équipe interprofessionnelle rejoignant plus de 4 professions (7 équipes : [43, 44, 52, 54, 55, 58-62]). La composition la plus courante est retrouvée dans 7 équipes, soit : médecin, infirmière et travailleur social [11, 17, 21-23, 35-38, 40-42, 45, 46, 49-51, 64].

Processus

Critères de référence

Dix-sept équipes imposaient un minimum d'âge pour accéder à leurs services [10, 23, 24, 26-40, 43-51, 54, 55, 58-60], le plus souvent 75 ans. Le milieu de vie du patient était un critère pour 4 équipes qui ne prenaient pas en charge les personnes hébergées en soins de longue durée [24, 27-32, 42, 45, 46, 55, 56]. Parmi les autres critères mentionnés, on retrouve une durée de séjour estimée minimale (n=4 équipes), que ce soit 48h ou 8 jours [23, 24, 49-51, 55, 56], ainsi qu'être en phase terminale d'une maladie (n= 7 équipes) [24, 27-32, 40, 42, 44-46, 55, 56, 60, 62].

Dépistage

Un processus formel et structuré avec outil de repérage pour dépister les patients à risque de déclin fonctionnel et éligibles pour l'intervention de l'EMCG était clairement mentionné pour 32% des 25 équipes étudiées [23, 24, 26, 33, 40, 42, 45, 46, 49-51, 58-60, 62]. Dans la majorité des hôpitaux avec un cadre réglementé, c'était un membre de l'EMCG qui effectuait les questionnaires, les examens ou complétait les listes de critères de dépistage pour tous les patients d'un certain âge (>70 ans, >75 ans) [23, 24, 26, 40, 49-51, 58, 59]. Pour une autre équipe, le dépistage était plutôt effectué par les infirmières des unités de soins [60, 62]. Une des formalités à respecter pour le dépistage était souvent l'imposition d'un maximum de temps pour débiter le processus. Ce dernier variait entre 24 heures et 96 heures suivant l'admission du patient [24, 26, 42, 49-51, 58, 59]. Deux EMCG utilisaient un outil standardisé de détection (*Identification of Seniors At Risk-Hospitalised Patients (ISAR-HP)* [24] ou

Geriatric Risk Profile [60, 62]) alors que les autres avaient plutôt opté pour une grille de critères maison.

Pour les autres hôpitaux sans processus formel, les EMCG sélectionnaient leurs patients suite à des discussions avec les équipes primaires des unités, des tournées, des demandes de consultation ou la revue des dossiers [10-13, 17, 21, 22, 25, 41, 52, 53, 57]. Les patients les plus susceptibles d'être référés étaient les cas complexes d'un point de vue social et médical [20].

Peu d'instruments prédictifs du déclin fonctionnel ont été validés par des études et encore moins d'outils ont été évalués spécifiquement pour la référence à des EMCG [65, 66]. Dans la littérature, le *Triage Risk Screening Tool (TRST)* a été étudié pour évaluer sa capacité à détecter les patients nécessitant l'intervention d'une EMCG [14, 20]. Sa spécificité serait toutefois insuffisante pour être utilisé seul au département des urgences, alors que les résultats semblent plus prometteurs pour les unités de soins. Ainsi, le TRST est utilisé comme assistant à la prise de décision aux urgences [7], mais est indissociable du jugement clinique. Il est fait mention que des études de plus grande envergure seraient nécessaires pour valider les outils utilisés pour justifier une consultation gériatrique, comme le ISAR et le TRST [8, 63].

Évaluation du patient

Sur les 25 EMCG, 18 spécifiaient quelles professions étaient responsables de faire l'évaluation initiale [10-13, 17, 21, 22, 24, 27-39, 41, 42, 44-53, 55, 58-60, 62]. Les deux professions les plus fréquemment mentionnées étaient le médecin, pour 9 équipes, et l'infirmière, pour 12 équipes. De plus, 5 équipes considéraient que chaque profession devait faire sa part dans l'évaluation initiale du patient [41, 44, 47, 48, 52, 58, 59]. Pour 58% des procédures rapportées, les 4 grands domaines du *Comprehensive Geriatric Assessment* (médical, fonctionnel, psychologique et social) étaient évalués [10-13, 17, 21-23, 25, 27-40, 42, 44-46, 52, 54, 60, 62], bien que parfois assez brièvement et sans outils standardisés [10, 12, 13, 23, 25, 27-40, 42, 44-46, 52, 54].

Type et communication des recommandations

Les recommandations de l'EMCG portent sur les soins optimaux à offrir aux patients gériatriques selon leurs besoins biopsychosociaux, la prise en charge fonctionnelle (dont la réadaptation lorsqu'indiquée) et l'orientation au congé [15, 17, 53]. Le transfert des recommandations à l'équipe primaire prenait plusieurs formes :

- Écrit (ajouté au dossier du patient) et discuté à 36% [12, 13, 33-39, 43, 49-51, 53, 57, 60, 62];
- Écrit seulement à 29% [10, 23, 40, 42, 44-46, 54, 55];
- Courriel électronique à 17% [11-13, 17, 21, 22, 42, 45, 46, 54].

De plus, le transfert des recommandations au médecin de première ligne était effectué par seulement 24% des 25 équipes étudiées [11-13, 17, 21-24, 39, 53, 56]. Finalement, 40% des équipes disent être impliquées dans l'implantation des recommandations, bien que l'étendue de cette implication ne soit pas connue [23, 26-32, 39, 41, 42, 45, 46, 49-51, 53, 55, 57].

Suivi intra-hospitalier

Environ 60% des 25 EMCG étudiées [11, 17, 21, 22, 27-33, 35-43, 45, 46, 49-54, 57-60, 62] ont déclaré faire un suivi, que ce soit pour évaluer l'implantation des recommandations ou faire une réévaluation.

Réunions

Huit des 25 EMCG rapportent se rencontrer quotidiennement. Les sujets discutés lors de ces réunions sont les nouvelles demandes d'évaluation, le suivi des patients déjà évalués ainsi que la gestion des cas particulièrement complexes [11, 17, 21, 22, 26, 42, 44-46, 52, 55, 57-59]. Quelques équipes invitaient des membres de l'équipe primaire à assister aux réunions, quoique cette pratique semble beaucoup plus rare [41, 43, 44, 47, 48].

Une EMCG intervenant exclusivement aux urgences rapporte également participer aux réunions quotidiennes du département afin de commencer leur dépistage et d'être disponible pour les différentes questions des professionnels [18].

Éducation

Un rôle formel ou informel d'éducation était mentionné pour 12 des 25 EMCG [12, 13, 25, 26, 33-39, 41, 47-51, 53, 55, 60, 62]. Parfois, cette éducation était à l'intention des équipes primaires, parfois pour le patient et ses proches [8, 16].

Résultats

Volume d'activité

Pour les 19 EMCG présentant des données à ce sujet, le nombre de consultation par année variait grandement:

- De 25 à 100 consultations/an : 3 équipes : [23, 27-33, 35-38]
- De 100 à 500 consultations/an : 11 équipes [11, 17, 21, 22, 34, 39, 42, 43, 45-53, 57-59]
- De 500 à 1000 consultations/an : 2 équipes [10, 18, 40]
- Plus de 1000 consultations/an : 3 équipes [12, 13, 25, 26]

La moyenne de tous ces volumes d'activité est d'environ 566 consultations par année. Ces grandes variations peuvent être expliquées par les différences de composition et de ratios des équipes ou encore du milieu d'intervention (taille de l'hôpital, etc.).

Durée de séjour

Des données étaient disponibles concernant cette variable pour 6 équipes. Comparativement à un groupe contrôle, le temps d'hospitalisation était significativement réduit grâce à l'intervention d'une EMCG (diminution de 1,1 à 2,5 jours par patient [26, 54, 55]) ou était comparable [53, 57, 61].

Taux de réadmission à l'hôpital

Selon les données recueillies, pour sept équipes, il n'y aurait aucun impact sur le taux de réadmission à l'hôpital [11, 17, 21-24, 27-32, 43, 55, 56, 61]. Une réduction de la moitié des réadmissions (0,6 par patient pour le groupe contrôle versus 0,3 par patient pour le groupe ayant reçu les services d'une EMCG) a été observée dans une seule étude [54].

[61]

Au total, 11 EMCG ont été évaluées par rapport à leur effet sur le taux de survie ou de mortalité. De ces équipes, six n'auraient fait aucune différence sur la mortalité à 3, 6 et 24 mois [11, 17, 21-23, 27-33, 35-38, 42, 45, 46, 57, 61]. Dans les quatre autres, la mortalité en milieu intra-hospitalier [34] et à 4-6 mois après le congé [54, 56, 58, 59] a diminué de façon significative.

Capacité fonctionnelle

Huit EMCG ont vu leur effet sur la capacité fonctionnelle être mesuré. Ainsi, trois ont démontré une amélioration fonctionnelle chez leurs patients, que ce soit à la marche, aux AVQ ou une diminution du déclin fonctionnel [27-32, 47, 48, 54]. Dans les quatre autres, aucun changement significatif n'a été observé suite à l'intervention d'une EMCG [24, 42, 45, 46, 49-51, 56, 57].

Hébergement en établissement de soins de longue durée

Quatre équipes ont été étudiées concernant le taux de transfert en établissement de soins de longue durée ou d'institutionnalisation. Les études ont conclu qu'aucune de ces trois EMCG n'apporte un changement à 12 mois sur ce marqueur d'efficacité [23, 24, 27-32, 56, 61]. Une cinquième a cependant démontré qu'elle diminuait le temps d'attente pour une place dans un établissement de soins longue durée pour les patients hospitalisés [40].

Utilisation des services de santé

Par utilisation des services de santé, on parle de la consommation de différents services suite au congé de l'hôpital. Par exemple, les visites chez le médecin ou à l'urgence, le nombre d'heures de services à domicile, le besoin de soins infirmiers ou de travail social et le nombre de jours dans un établissement de transition ou de résidence offrant n'importe quel niveau de soins. Aucune différence n'aurait été constatée quant à l'utilisation des services de santé au congé suite à l'intervention d'une EMCG [49-51, 57]. Cependant, une EMCG a été associée à une diminution du nombre d'hospitalisations à 3 et 12 mois chez les patients qui avaient été orientés en soins de longue durée [58, 59].

Coût total du séjour à l'hôpital

Les deux études s'étant penchées sur le coût total du séjour à l'hôpital des patients avec ou sans intervention d'une EMCG ont conclu que ce type de service diminuait les dépenses de 14 % [53] et 33 % [55].

Au final, on constate que les effets des EMCG sont variables sur les résultats de soins étudiés. Cependant, il faut considérer que la méthode d'évaluation, soit l'évaluation globale gériatrique, a fait ses preuves [67]. Ce qui amène les auteurs Steenpass et al. (2012) [21] à conclure qu'il serait préférable de se questionner sur la qualité de l'implantation des équipes plutôt que sur la pertinence de leur existence. De plus, plusieurs acteurs des systèmes de santé rapportent un sentiment subjectif d'augmentation de la qualité des soins. En effet, 81% d'un échantillon de gestionnaire des services gériatriques belges (n=49) pensent que la présence des EMCG au département des urgences est un atout dans la gestion des cas gériatriques [7]. De plus, les résultats des questionnaires distribués aux membres des équipes soignantes présentent de bons taux de satisfaction (jusqu'à 96%) et ceux-ci rapportent offrir de meilleurs services aux patients gériatriques grâce aux EMCG [10, 18, 53, 55].

Modèles internationaux d'EMCG et leur évolution

France

En 2002, un premier décret national a été émis en France concernant la filière de soins gériatrique¹⁵, dans le but d'améliorer les soins aux personnes âgées [68]. Un deuxième décret a été publié en 2003, celui-ci ayant comme principal objectif de formuler des recommandations opérationnelles pour l'organisation de la prise en charge des aînés au département des urgences en complémentarité avec les services de santé dans la communauté [69]. Finalement, une révision de décret a été déposée en 2007 pour décrire tous les services devant être inclus dans une filière gériatrique : unité de court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie (EMG), un service de consultation externe, un hôpital de jour ainsi qu'un centre de réadaptation [70].

C'est ainsi que, en 2011, lors du dernier sondage national, 216 EMG ont été dénombrées en France [19]. Celles-ci avaient comme mandat de collaborer et de donner un avis d'expert aux professionnels de la santé n'étant pas spécialisés en gériatrie ou traitant des patients âgés dans une unité autre que celle de gériatrie [70]. De plus, d'après le décret, elles peuvent intervenir à l'urgence, aux unités hospitalières médicales et chirurgicales, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)¹⁶. Ces équipes devraient être constituées d'au moins **un ETC gériatre, un ETC infirmière et d'un ETC travailleur social**, tous deux formés pour des interventions en gériatrie. **Les autres professionnels qui devraient être accessibles au besoin sont : psychologue, ergothérapeute et nutritionniste.** Dans les faits, un gériatre est souvent disponible à temps partiel, travaillant également à l'unité de court séjour gériatrique [70].

¹⁵ Une filière de soins est la trajectoire de soins empruntée par le patient. Une filière gériatrique est une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques.

¹⁶ En France, un Centre local d'information et de coordination (CLIC) gérontologique est un lieu d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage. La circulaire du 18 mai 2001 précise que le CLIC est conçu comme un dispositif de proximité dédié en priorité aux usagers. Il assure un accueil personnalisé gratuit et confidentiel quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière.

De plus, il était recommandé que la demande d'évaluation soit posée le plus rapidement possible par l'équipe soignante, pour identifier les risques de déclin fonctionnel et le prévenir [70]. Également, il était recommandé qu'une EMG intervenant à l'urgence soit impliquée entre autres dans les décisions d'admission au court séjour gériatrique (en 2012, 55,5% des EMCG intervenaient aux urgences [19]).

De plus, une seconde partie du mandat était d'uniformiser les interventions des EMG [20]. On définit 3 différents types d'intervention au service des urgences ou sur les unités de soins :

- L'évaluation gériatrique standardisée dite « non-longue » ;
- La consultation d'évaluation gériatrique intra-hospitalière ;
- La consultation gériatrique de liaison ;
- La consultation de suivi ;

Chacune de ces actions sont expliquées selon leur contexte, leur objectif et les procédures standards à réaliser (annexe 3).

Plusieurs écrits portant sur l'analyse des EMCG françaises suggèrent le maintien de ces équipes en milieu hospitalier [15, 16, 19-21].

Belgique

Le service apparenté aux EMCG québécoises est la consultation de liaison interne gériatrique. L'équipe a pour mission de fournir une expertise gériatrique pluridisciplinaire pour tous les patients de plus de 75 ans admis à l'hôpital. En 2010, un sondage a été envoyé à 61 hôpitaux belges comprenant en tout 63 EMCG pour évaluer l'implantation et la performance des équipes [71]. Les équipes avaient entre autres la possibilité de souligner les faiblesses actuelles du système. Parmi celles fréquemment mentionnées, on retrouve le nombre insuffisant de gériatres et de professionnels spécialisés en gériatrie, l'absence de dépistage systématique dans les hôpitaux, le manque d'engagement des départements d'urgence, le faible taux de suivi des recommandations ainsi que l'absence de suivi par l'EMCG.

Ainsi, en janvier 2014, la Belgique a revu son Arrêt Royal traitant des services aigus de gériatrie, pour y inclure entre autres un passage sur le dépistage systématique. Ainsi, **tout patient de plus de 75 ans admis à l'hôpital doit être évalué à l'aide d'un outil validé et doit par la suite être référé à une équipe multidisciplinaire de liaison interne s'il a été classé à risque de déclin fonctionnel**. Cet Arrêt Royal spécifie également que chaque hôpital belge de soins aigus doit structurer ses soins gériatriques avec ces cinq composantes : le service aigu de gériatrie, la consultation de liaison interne gériatrique, la fonction de liaison gériatrique externe, les consultations gériatriques ambulatoires et les hôpitaux de jour gériatriques [8].

Tout hôpital de soins aigus qui possède un service de gériatrie agréé (en plus d'un service de chirurgie et d'un service de médecine interne) reçoit un financement destiné à opérationnaliser une consultation de liaison interne gériatrique (EMCG). Ce budget garantit un minimum de 2 équivalents temps complet (ETC) avec un maximum de 6 ETC, en plus du gériatre. **Le nombre d'ETC dépend du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus admises à l'hôpital. Habituellement, un gériatre à**

temps partiel, une infirmière spécialisée en gériatrie et un ergothérapeute en sont les membres réguliers. Les activités de l'équipe sont décrites en 5 catégories :

- Première évaluation du profil gériatrique pour tous les patients jugés à risque de déclin fonctionnel;
- Évaluation gériatrique multidisciplinaire pour ceux dont le profil gériatrique est confirmé ;
- Recommandations pour l'équipe primaire de l'unité ;
- Recommandations pour le médecin généraliste au congé de l'hôpital ;
- Sensibilisation, éducation et diffusion des savoirs gériatriques. [8]

Malgré les efforts pour combler les pénuries des EMCG en place, la Belgique semble se diriger vers un service de co-traitance (*co-management*) plutôt que d'en rester à des équipes strictement consultatives [72, 73]. Le modèle de *co-management* est un système qui encourage la prise en charge partagée entre l'équipe primaire et l'EMCG. Ce faisant, les deux équipes ont un pouvoir décisionnel et travaillent ensemble pour traiter les conditions du patient et prévenir les pathologies associées [8].

États-Unis

Les EMCG ont été implantées ponctuellement dans les années 80'aux États-Unis comme modèle complémentaire aux GEMU (*Geriatric evaluation and management units*) ou aux ACE units¹⁷, qui sont des unités fermées dont l'efficacité est démontrée mais qui sont coûteuses [8]. D'autres approches ont aussi été développées pour améliorer la qualité des soins offerts à toutes les personnes âgées hospitalisées, soit le NICHE¹⁸ et le HELP¹⁹, mais leur description détaillée dépasse les objectifs du présent rapport. Selon l'analyse de Deschodt et coll., une expansion nationale des EMCG ne semble pas être envisagée aux États-Unis [8]. La grande demande en soins gériatriques et le financement hétérogène des différents établissements entraînent une grande diversité des services gériatriques hospitaliers offerts aux États-Unis.

Pays-Bas

L'Association pour la pratique gériatrique néerlandaise, soit le NVKG (*Netherlands Vereniging voor Klinische Geriatrie*) a publié en 2013 quelques documents visant à améliorer la mise en place de l'évaluation gériatrique globale (EGG). Ces écrits étant en néerlandais, les originaux n'ont pas pu être consultés. Cependant, Deschodt et coll. rapporte certaines portions intéressantes pour le présent rapport [8]. Notamment, ces guides proposent trois méthodes pour implanter l'EGG par l'équipe mobile de consultation gériatrique :

¹⁷ Ces unités de soins diffèrent des Geriatric Assessment Unit (GAU) et Geriatric Evaluation and Management Unit (GEMU). Les unités ACE fournissent des soins dès l'admission à l'hôpital i.e. début de la maladie aiguë (d'où la plupart des patients sont admis directement du département des urgences), tandis que les GAU et GEMU fournissent généralement des soins aux patients stabilisés médicalement. Les GAU et GEMU qui admettent les patients dès l'urgence sont fonctionnellement similaires aux unités ACE malgré leur nomenclature

¹⁸ Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): «nursing education and consultation program designed to improve geriatric care in healthcare organizations» (<https://nicheprogram.org/>)

¹⁹ The Hospital Elder Life Program (HELP): «comprehensive patient-care program that provides optimal care for older persons in the hospital» (<https://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/goals-of-help/>)

- Une consultation clinique gériatrique : normalement utilisée pour répondre à une question spécifique, ce n'est pas systématiquement une intervention dans les règles de l'EGG.
- Une co-traitance (*co-management*) gériatrique : a pour objectif de permettre une EGG complète et d'émettre des recommandations et de promouvoir l'implantation de ces conseils.
- Une co-traitance (*co-management*) structurale : Quand une équipe gériatrique collabore régulièrement avec les unités de médecine pour une population claire et définie. Normalement appliquée pour les fractures de hanche chez les plus de 70 ans.

Ainsi, le *co-management* gériatrique dont il est question dans les guides néerlandais ressemble à la définition des EMCG utilisée dans le présent rapport tandis que le *co-management* structural correspond au modèle de *co-management* utilisé aux États-Unis ou en Belgique [8].

Les guides de bonnes pratiques nationaux indiquent **qu'au moins une EMCG devrait être disponible dans chaque hôpital** et que les procédures pour demander son implication auprès d'un patient devraient être claires. Cependant, à notre connaissance, aucune loi ou décret gouvernemental n'existe concernant cette pratique, contrairement à la France et la Belgique [68-70]. Cela entraîne une certaine variation dans les recommandations puisque plusieurs associations ont émis leurs propres lignes de conduite :

- Dépistage des patients admis à l'hôpital : patients de plus de 65 ans ou 70 ans, certains promeuvent l'utilisation d'outils standardisés.
- Évaluation générale initiale devant inclure : collecte des données, anamnèse ciblant les problèmes somatiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux.
- Évaluation poussée : selon les problèmes repérés à l'évaluation initiale.
- Suivi des recommandations : L'équipe devrait s'assurer que ses recommandations sont suivies et bien implantées. Elle devrait également s'assurer que de nouveaux problèmes ne sont pas apparus. Finalement, elle devrait fournir les informations écrites concernant l'évaluation et les recommandations au congé de l'hôpital pour que le médecin de première ligne y ait accès.

Pour la composition, les recommandations varient selon le type d'équipe. Pour l'équipe experte en gériatrie, il est recommandé d'avoir un médecin généraliste et un gériatre, au minimum. Pour l'équipe de *co-management*, il est fait mention **d'un gériatre et d'une infirmière spécialisée en gériatrie**. Les guides conseillent cependant l'ajout, si possible, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute, d'un nutritionniste, d'un travailleur social et d'un psychologue. Ils conseillent également de bien définir la répartition des rôles entre le médecin traitant et le gériatre, même si les deux devraient avoir la responsabilité du cas.

De plus, il est conseillé de prévoir des rencontres d'équipe sur une base régulière en plus d'assigner des membres de l'EMCG pour assister aux réunions des unités non gériatriques. Finalement, cette ressource devrait être disponible en permanence, i.e. 24h par jour, 7 jours semaines [8].

Royaume-Uni

À notre connaissance, le Royaume–Uni ne possède pas d’EMCG tel que défini dans ce guide. Cependant, depuis octobre 2013, une structure similaire a été implantée dans le système de santé britannique : le OPAL (*Older Persons Assessment and Liaison*) [64, 74, 75]. Ce service est dispensé sous forme d’équipes mobiles multidisciplinaires dédiées à des évaluations adaptées aux personnes âgées, tout comme l’EMCG. Leur mission, cependant, varie légèrement. Elle consiste à diriger les bons patients, au bon endroit, au bon moment [75]. En effet, l’un de leurs objectifs principaux est de permettre l’admission la plus rapide possible à l’unité jugée la plus adéquate ou de donner accès aux services communautaires les plus appropriés. Ce faisant, l’OPAL peut effectuer du dépistage dans le département des urgences et rediriger rapidement les patients dans l’unité de gériatrie ou à la maison. De plus, un troisième choix s’offre à eux : offrir un service de consultation au patient alors qu’il sera admis dans une unité non-gériatrique. C’est ce dernier point qui assimile ce système à celui des EMCG [64, 74, 75]. L’OPAL est généralement composé **d’une infirmière spécialisée en gériatrie, d’un physiothérapeute spécialisé en gériatrie et d’un gériatre** à demi-temps. L’infirmière et le physiothérapeute repèrent toutes les personnes âgées de 70 ans et plus à risque dans les 24 premières heures de leur admission à l’aide d’un outil d’évaluation gériatrique globale leur permettant d’identifier les personnes à risque modéré ou élevé d’évènements de santé défavorables ou de séjour prolongé [75].

Ce processus diffère en quelques points des EMCG décrites dans le présent guide. Notamment, un accent semble être mis sur le retour à domicile. Ainsi, l’un des critères d’inclusion est d’être assez bien médicalement pour être géré à la maison ou dans un centre de réadaptation au congé [64]. De plus, la procédure de suivi à domicile semble occuper une place centrale dans la description des tâches de ces équipes OPAL [64, 74, 75]. Au final, ces équipes semblent avoir un rôle de liaison autant, ou sinon plus important que le rôle de consultation, qui est central dans les EMCG.

D’après les études et rapports, ce type d’équipe semble efficient en réduisant les coûts, la durée du séjour et les admissions à partir des urgences. Dans la littérature, il est également fait mention du programme TREAT (*Triage and Rapid Elderly Assessment Team*). Comme le nom le mentionne, cette équipe a pour mission d’évaluer les personnes âgées visitant le département des urgences et de donner leur opinion sur la nécessité d’une hospitalisation. Ce programme englobe également un système de soutien à domicile une fois le congé donné. Selon l’étude, ce système réduirait les admissions inutiles et diminuerait la durée de séjour des admissions gériatriques ayant été évaluées par le TREAT [76]. Il n’est pas fait mention de l’ampleur de l’implantation de ce programme au Royaume-Uni.

Australie

Ce pays présente des EMCG similaires aux OPAL du Royaume-Uni. Les mêmes trois grandes missions peuvent être recensées : fournir des consultations aux patients sur les unités de soins, préparer les admissions des patients vers l’unité de gériatrie et faire la liaison avec les services communautaires [77]. Ces équipes ont été le sujet d’un guide visant à uniformiser les pratiques en vigueur dans le pays, mais l’ampleur de leur implantation n’est pas précisée [77].

Finalement, une étude récente a effectué dans huit pays européens un inventaire des divers programmes de soins gériatriques basés sur l'évaluation gériatrique globale (EGG), par exemple les unités de soins aigus gériatriques, les EMCG et les équipes de consultation en gériatrie travaillant en *co-management* [78]: Belgique, Danemark, Estonie, Grèce, Islande, Irlande, République de Malte et la Slovénie. Le taux de participation des hôpitaux de soins généraux aigus à l'inventaire était en moyenne de 50%, variant de 27% en Grèce à 100% au Danemark. On retrouve des EMCG dans 54,5 % de l'ensemble des hôpitaux participants (n=178) dans les huit pays. En ordre décroissant, ce taux est de : Belgique (100%), Irlande (72,7%), Danemark (59,1%), République de Malte (33,3%), Islande (25%), Estonie (23,1%), Grèce (4,3%) et Slovénie (0%). **Le principal élément qui semble influencer le statut de mise en œuvre des programmes de soins pour les personnes âgées est la présence d'un cadre ou d'une législation nationale imposant ou encourageant la mise en œuvre de ces programmes de soins et les ressources professionnelles requises.**

La revue de la littérature grise n'a pas permis d'identifier de document canadien portant sur la recension ou le fonctionnement des EMCG hors Québec.

Enquête auprès des hôpitaux québécois

Fonctionnement actuel

Au total, au moins un représentant de 38 des 79 CHSGS (48,1 %) ont répondu à la section B du sondage portant sur le fonctionnement actuel des EMCG (annexe 4). Dans 12 de ces 38 CHSGS (31,6 %), on retrouve au total 15 EMCG. Le tableau 2 présente les caractéristiques de ces EMCG en fonction de leur profil. Considérant le petit nombre d'équipes dans chacun des profils, leur composition en ETC et le nombre total de temps consacré aux différentes étapes de la consultation par profession sont présentés à titre indicatif.

EMCG intervenant exclusivement au département des urgences (EMCG-U)

Six équipes interviennent exclusivement au département des urgences. Ces équipes sont situées dans des hôpitaux ayant un nombre total de lits au permis de soins aigus et psychiatriques variant entre 250 à 770 lits. La moitié dispose d'un programme UCDG (n lits au permis : 18 à 32) qui présentent régulièrement des situations de débordement (en moyenne 7 à 43 lits par semaine). Le nombre de gériatres associé à chaque hôpital varie entre 1 à 8 ETC, tandis que le nombre de médecins de famille varie de 0 à 3,5 ETC.

Trois des six EMCG-U comportent un médecin et une infirmière, 1 ETC pour chacun. Une équipe est composée d'une infirmière et d'un travailleur social, 1 ETC pour chacun. Dans les 2 autres EMCG-U, on retrouve en plus du médecin et de l'infirmière, les services d'un physiothérapeute (0,5 ou 0,6 ETC), d'un ergothérapeute (0,4 ou 0,5 ETC) et d'un travailleur social (0,3 ou 0,8 ETC). Une de ces deux équipes dispose aussi d'un pharmacien (0,7 ETC). Le volume d'activité annuel varie grandement, allant de 588 à 1274 consultations. Les cliniciens qui les composent relèvent de directions différentes (DSI, DSM, SAPA, DAMU, Département de médecine). L'autonomie clinique est variable pour ces EMCG.

Dépistage

Quatre des six EMCG utilisent des outils de dépistage standardisés ou non, par exemple :

- PRISMA-7, mais aucun suivi systématique car un nombre trop élevé de patient à risque
- Détérioration de l'état général dans Medurge
- CAM (*Confusion Assessment Method*)
- Examen clinique du risque de chute
- MMSE (*Mini-Mental Status Examination*)
- Échelle de dépression gériatrique

Critères de référence

Au niveau des critères de référence, quatre des six EMCG ont seulement un critère d'âge minimum, soit 65, 70 ou 75 ans et plus. Les deux autres EMCG incluent des syndromes gériatriques ou situation complexe:

- Chutes ;
- Chutes avec fracture non-chirurgicale ;
- État de confusion ;
- Polypharmacie ;
- Évaluation de troubles cognitifs ;
- SCPD ;
- Profil gériatrique ;
- Situation de maintien à domicile compromis;
- Épuisement des proches aidants.

Critères de priorisation

Ces EMCG ne semblent pas avoir de critères de priorisation bien établis outre le congé prévu ou plusieurs visites au département des urgences. Une seule équipe mentionne que 40% des consultations doivent être complétées moins de 2 heures après un dépistage positif.

Temps moyen d'évaluation

Le temps requis à l'infirmière pour compléter une évaluation varie 90 et 180 minutes. Ce temps comprend la préparation du cas, la consultation et le suivi. Pour les autres professionnels, l'information n'était généralement pas disponible.

Niveau de satisfaction

Le niveau de satisfaction des répondants des EMCG-U est le plus souvent modéré. Les principaux éléments d'insatisfaction rapportés sont : le manque d'interdisciplinarité, la pression pour répondre rapidement (≤ 2 heures) et le manque d'effectifs professionnels dédiés.

EMCG intervenant exclusivement aux unités de soins (EMCG-US)

On retrouve 8 EMCG-US dans 9 hôpitaux dont le nombre total de lits de soins aigus et psychiatriques varie entre 213 à 770 lits. Six de ces hôpitaux disposent d'un programme UCDG, où le nombre de lits au permis varie de 8 à 40. Deux de ces UCDG font état de situation de débordement hors UCDG (en moyenne 7 à 22 lits par semaine). Un seul établissement ne bénéficie pas des services d'un gériatre, alors que les autres ont un nombre d'ETC variant de 0,8 à 8.

Le volume d'activité est très variable tout comme la dotation en professionnels consacrée à l'équipe. Alors qu'une des équipes réalise 178 consultations par année, une autre atteint 1800 mais respectivement, l'une avec 1,2 ETC et l'autre 8 ETC. La présence de l'infirmière est un point commun pour les 8 équipes, sans exception. Elle forme un binôme avec le médecin dans 4 EMCG, tandis que dans une autre, c'est plutôt avec le travailleur social qu'elle intervient. Les 3 autres EMCG comportent trois professions, soit une infirmière, un médecin et un physiothérapeute ou un pharmacien.

Les cliniciens des 8 EMCG relèvent de directions différentes (DSI, DSM, SAPA, DAMU, département de médecine). Cinq EMCG sont autonomes pour leurs recommandations cliniques, tandis que pour les trois autres, les recommandations doivent être acceptées par le médecin traitant.

Voici un résumé du processus de dépistage, des critères de référence et des critères de priorisation pour les 8 EMCG:

Dépistage	Critères de référence	Critères de priorisation
<ul style="list-style-type: none"> - Non : 4/8 - Dépistage selon les principes de l'AAPA : 1/8 - Seulement à l'unité de chirurgie : 1/8 - Oui sans précision : 1/8 - Programme PACE à l'unité d'orthopédie/trauma pour les ≥ 85 ans + ≥ 75 ans avec fracture de hanche : 1/8 	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge minimum seulement (≥ 65 ans) : 3/8 - Situations gériatriques complexes : 5/8 <ul style="list-style-type: none"> • Delirium • Atteintes cognitives ou comportementales • Troubles de démarche et chutes • Démence • Polypathologie • Polypharmacie • Perte d'autonomie • Perte de mobilité • Évaluation du potentiel de récupération • Évaluation de l'aptitude <p>Critère d'exclusion (1/8): opinion sur une relocalisation pour une pathologie terminale ou irréversible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome gériatrique actif ou âge (du plus vieux au plus jeune) ou chirurgie majeure: 3/8 - Requêtes officielles au gériatre : 2/8 - Réponses à toutes les requêtes ≤ 48h : 1/8 - Aucun critère : 1/8 - Pas de réponse : 1/8

Temps moyen d'évaluation

Pour ce qui est du temps total requis pour une prise en charge complète, c'est-à-dire la préparation, la consultation et le suivi, sept répondants ont pu faire une estimation pour l'infirmière. Ce temps est en moyenne de 162,5 minutes et varie de 55 minutes à 300 minutes. Une seule estimation a été récoltée

pour le physiothérapeute (120 minutes) et pour le travailleur social (105 minutes). Pour le pharmacien, deux répondants ont mentionné une durée de 120 minutes.

Niveau de satisfaction

Finalement, le niveau de satisfaction est jugé faible-moderé (2/8 EMCG), moderé (3/8 EMCG) ou moderé-élevé (2/8 EMCG) par les répondants. Parmi les éléments à améliorer, ils ont mentionné entre autres: le manque de personnel disponible et formé, le manque d'interdisciplinarité dans la composition de l'équipe et la méconnaissance du service par les autres services hospitaliers.

EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins (EMCG-M)

Une seule équipe intervenant dans les deux secteurs a été répertoriée. Cette équipe évolue dans un établissement de 487 lits où il y a 30 lits UCDG sous la direction SAPA ainsi que la DSP. On retrouve 1 ETC gériatre et 3 médecins de familles travaillant à l'UCDG. L'EMCG est composée de 2 médecins (2,0 ETC) et d'une infirmière (1,0 ETC). Dans la dernière année, le gériatre a fait un total de 596 consultations, soit 362 aux urgences et 234 aux unités de soins. Il y a également eu 160 suivis, dont 72 au département des urgences et 88 aux unités de soins.

Cette équipe effectue du dépistage dans les deux milieux. Celui-ci n'est pas encadré par un outil précis. Le repérage est fait par plusieurs personnes : l'infirmière de l'équipe de consultation en gériatrie, l'intervenant réseau, l'infirmière de gestion des lits et les travailleurs sociaux de tout l'hôpital.

En termes de critères de référence, le patient doit avoir 65 ans et plus ou avoir un profil gériatrique et présenter une pathologie en lien avec le vieillissement, comme les syndromes gériatriques. L'EMCG n'accepte pas les références lorsque le seul objectif de celui-ci est de l'aide à la relocalisation pour une pathologie terminale ou irréversible.

Voici les critères de priorisation appliqués par cette équipe:

1. Conditions médicales complexes
2. Syndrome d'immobilisation et chutes
3. Perte d'autonomie d'étiologie imprécise
4. Évaluation cognitive

Cette équipe engendre un niveau de satisfaction faible, en grande partie car il n'y a pas assez de professions dans l'équipe, c'est-à-dire qu'il manque d'interdisciplinarité.

Autres équipes de consultation en gériatrie

Depuis 2015, on retrouve une équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) composée de 3 infirmières spécialisées en gériatrie²⁰, elle aussi sous la direction SAPA.

²⁰ https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide_mentorat_msss_2014.pdf

Son approche novatrice se concrétise par des activités qui combinent du conseil, du mentorat clinique et des interventions cliniques de 2^{ième} ligne, ce qui est différent du fonctionnement habituel de l'EMCG (binôme médecin-infirmière auquel s'ajoute ou non d'autres professionnels). L'équipe de mentorat du CEVQ offrent un service de consultation aux équipes de 1^{ière} ligne ainsi qu'au département des urgences et des unités de soins dans 3 hôpitaux du CHU de Québec (CHUL, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital St-François d'Assise) concernant l'évaluation et l'intervention en situation gériatrique complexe. Elles travaillent avec les équipes interdisciplinaires dans les unités de soins et les médecins traitants ou consultants selon le cas. L'équipe de mentorat est principalement demandée par les équipes soignantes. Elles se réfèrent aux autres professionnels et médecins lorsque la situation requiert d'autres évaluations complémentaires. Elles peuvent recommander aux médecins traitant des consultations avec les gériatres. Le repérage et le dépistage sont faits par les équipes qui demandent les consultations. Par contre, lors de leurs consultations, ces infirmières procèdent à des dépistages et des évaluations requises par la condition physique et mentale du patient. Les consultations sont majoritairement en contexte de SCPD. Les critères de référence pour ces infirmières sont : Interventions en situation de soins gériatriques complexes tels que SCPD, changement de comportement, chutes multiples, détérioration de l'état mental (delirium), etc.

Fonctionnement optimal

Au total, 49 répondants (44 gériatres et 5 chefs de services gériatriques) ont fourni leur opinion sur la composition optimale de l'EMCG-U et 52 répondants (46 gériatres et 6 chefs de services gériatriques) pour l'EMCG-US (tableau 3). Quant au temps optimal consacré aux tâches de consultation par les professionnels autres que le médecin, 32 répondants au total (30 gériatres et 2 chef de services gériatriques) ont donné leur opinion pour l'EMCG-U et 36 répondants (33 gériatres et 3 chefs de services gériatriques) pour l'EMCG-US (tableau 3).

EMCG intervenant au département des urgences

Les professions qui ont été jugées pertinentes (≥ 70 % répondants) quant à leur présence ou leur accessibilité dans la composition d'une EMCG-U sont : gériatre ou médecin de famille en soins aux personnes âgées (85,7%), infirmière (93,9%) et travailleur social (89,8%) (tableau 3). En terme d'ETC permettant la gestion de 15 patients, les répondants ont estimé qu'il faudrait en moyenne 0,98 ETC pour le gériatre (médiane = 1 ETC), 1,05 ETC pour l'infirmière (médiane = 1 ETC) et 0,78 ETC pour le travailleur social (médiane = 0,5 ETC) (tableau 3).

Par ailleurs, le temps optimal par patient pour chaque consultation au département des urgences (préparation, évaluation, suivi) a été estimé à 98,6 minutes (médiane= 97,5) pour chaque patient vu par l'infirmière et 100,9 minutes (médiane = 120,0) pour le travailleur social.

EMCG intervenant aux unités de soins

Les professions qui ont été jugées pertinentes (≥ 70 % répondants) quant à leur présence ou leur accessibilité dans la composition d'une EMCG-US sont: gériatre ou médecin de famille en soins aux personnes âgées (100 %), infirmière (100 %), travailleur social (82,7 %), physiothérapeute (82,7 %),

ergothérapeute (80,8%), nutritionniste (78,8%), pharmacien 76,9%). La participation d'un neuropsychologue et d'un orthophoniste serait plutôt sur demande. Le nombre d'ETC jugé optimal pour la gestion de 15 patients par profession est en moyenne :

- Gériatre ou médecin de famille en soins aux personnes âgées : 1,13 ETC (médiane 1,0)
- Infirmière : 1,21 ETC (médiane 1,0)
- Physiothérapeute : 1,04 ETC (médiane 1,0)
- Ergothérapeute : 1,06 ETC (médiane 1,0)
- Travailleur social : 0,92 ETC (médiane 1,0)
- Nutritionniste : 0,65 ETC (médiane 0,5)
- Pharmacien : 0,64 ETC (médiane 0,5)

Finalement, chaque profession a vu son temps d'intervention optimal estimé pour une consultation avec un patient aux unités de soins. Voici les résultats en moyenne :

- Ergothérapeute : 116,4 minutes (médiane 120)
- Infirmière : 112,8 minutes (médiane 120)
- Travailleur social : 112,6 minutes (médiane 120)
- Nutritionniste : 95,0 minutes (médiane 113)
- Physiothérapeute : 89,0 minutes (médiane 85)
- Pharmacien : 72,9 minutes (médiane 75)

Cadres de référence locaux

Quatre cadres de référence québécois ou procédures ont pu être analysés [79-82]. Ceux-ci concernent des équipes aux compositions variées :

- 1 Infirmière clinicienne en gériatrie et 2 médecins consultants en gériatrie [79];
- 5 Infirmières spécialisées en gériatrie et 6 gériatres (temps partiel) [80];
- 1 Infirmière de liaison et un travailleur social (n'est plus en fonction actuellement) [82];
- Composition non disponible car projet en développement [81].

Leur mission consiste, en règle générale, à apporter un soutien aux équipes primaires lors de situations gériatriques complexes, notamment en évaluant, en proposant un plan de traitement et en assistant à la planification de congé [79-81]. De plus, l'équipe intervenant aux urgences a pour mission de réduire le temps passé sur civière, d'assurer un continuum de soins et d'envisager des alternatives à l'hospitalisation [82].

Les motifs de référence varient d'une équipe à l'autre, bien que les termes « conditions médicales complexes » et « syndromes gériatriques » sont les plus fréquents. Il s'agit alors le plus souvent du delirium (ou atteinte cognitive de cause indéterminée ou compliquée de troubles du comportement), des troubles de la marche et chutes ainsi que la polymédication. Les autres motifs mentionnés sont :

- évaluation préopératoire du risque gériatrique;
- besoin d'une déclaration en soins prolongés;
- besoin d'une évaluation de l'aptitude à consentir aux soins;

- évaluation du potentiel de réadaptation ou de réversibilité d'une perte d'autonomie;
- pertinence de soins spécialisés gériatriques.

En termes de critères d'exclusion, deux cadres en faisaient mention [81, 82]:

- patients en provenance d'un CHSLD ou d'une ressource d'hébergement public;
- patients admis en gériatrie ou dans une unité de soins critiques;
- patients hospitalisés en psychiatrie, soins intensifs, soins palliatifs, oncologie et ceux admis de façon élective.

Deux documents présentaient des critères de priorisation précis :

Critères	Rang de l'hôpital 1 [79]	Rang de l'hôpital 2 [80]
Condition médicale complexe	1	1
Syndrome d'immobilisation et de chute	2	2
Perte d'autonomie d'étiologie inconnue	3	4
Évaluation cognitive	4	5
Réadaptation fonctionnelle	---	3

Une seule équipe s'octroyait formellement un rôle de liaison, que ce soit pour le retour à domicile et le soutien à domicile ou avec l'équipe traitant de l'unité d'hospitalisation suite à une consultation à l'urgence [82].

Deux cadres définissaient les types d'interventions menées pas les équipes [79, 80] :

- l'évaluation spécialisée sommaire (environ 20 minutes) : inclut l'observation du patient, la collecte d'information sur la capacité fonctionnelle actuelle ainsi que la consultation du dossier;
- l'évaluation spécialisée détaillée (environ 60 minutes) : inclut l'histoire antérieure, les signes AINÉES, l'examen des fonctions mentales et les renseignements sur l'environnement physique et social.

Deux cadres spécifient le processus pour avoir accès à d'autres services professionnels [79, 80]. Il faut d'abord vérifier qu'aucun professionnel du type requis ne soit pas déjà impliqué auprès du patient. Ensuite, il faut que l'infirmière discute avec l'équipe primaire et le médecin de l'EMCG avant de poursuivre avec une requête officielle.

Les rencontres interprofessionnelles visent particulièrement les soins des patients avec des problèmes de santé ou des situations psychosociales complexes. Elles auraient lieu une fois par semaine et réuniraient les membres de l'EMCG impliqués dans le dossier discuté et les professionnels de l'unité de soins primaire impliqués. L'infirmière de l'EMCG est généralement la personne désignée pour l'animation [79, 80]. Les rencontres statutaires, quant à elles, ont lieu quotidiennement ou au minimum 2 fois par semaine, selon les besoins et contraintes de l'horaire [79, 80].

Les indicateurs d'évaluation du processus de consultation suivants ont été recensés [79, 80]:

- temps nécessaire pour effectuer les étapes de la consultation;
- nombre total de demandes et par profession;
- types de clientèle;
- disponibilité du personnel;
- degré de satisfaction de l'équipe soignante.

Finalement, on retrouve une description des rôles des membres de l'équipe (gériatre, infirmière cliniciennes spécialisées en gériatrie, autres professionnels) et des équipes primaires dans deux cadres de références [79, 80].

FORCES ET LIMITES

Ce rapport rapporte, à notre connaissance, des informations inédites sur le fonctionnement actuel et jugé optimal du service qu'est l'EMCG dans le contexte québécois.

Notre collecte des données comporte toutefois certaines limites. La moitié des hôpitaux sollicités n'ont pas répondu au sondage sur l'existence d'une EMCG dans leurs services. L'inventaire est donc incomplet, mais nous estimons que notre échantillon a permis de décrire globalement le fonctionnement actuel des EMCG au Québec. Les données recueillies sur le fonctionnement optimal des EMCG reposent sur des opinions et non sur une démarche structurée tel que la méthode Delphi²¹. De plus, les répondants n'ont pas été spécifiquement questionnés sur l'appartenance des professionnels autres que le médecin et l'infirmière attribués à l'EMCG-US, i.e. l'implication des professionnels des unités primaires versus des professionnels d'une entité spécialisée.

RECOMMANDATIONS

La progression du vieillissement démographique entraîne une affluence toujours plus grande des personnes âgées vers les hôpitaux pour répondre à leurs besoins de soins de santé aigus et complexes. L'expertise en gériatrie ne peut rester cantonnée au programme spécialisé qu'est l'UCDG, puisque c'est l'hôpital dans son ensemble qui est concerné par cette transition épidémiologique. Afin de répondre à ce défi sanitaire, le déploiement des EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins est indispensable.

²¹ La méthode Delphi vise à recueillir, par l'entremise d'un questionnaire ouvert, l'avis justifié d'un panel d'experts sur un domaine. La procédure, basée sur la rétroaction, évite la confrontation des experts et préserve leur anonymat. Les résultats d'un premier questionnaire sont communiqués à chaque expert et sont accompagnés d'une synthèse des tendances générales et particulières, des avis et des justifications. Dès lors chacun est invité à réagir et à répondre à un deuxième questionnaire élaboré en fonction des premiers avis recueillis, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'une convergence aussi forte que possible des réponses.

Nous émettons deux recommandations générales :

- Un cadre de référence provincial devrait être rédigé par le MSSS pour positionner ce service gériatrique hospitalier, qui est complémentaire au programme UCDG et aux hôpitaux de jour.
- Chaque hôpital de soins généraux et spécialisés devrait disposer d'une EMCG, intervenant au département des urgences et aux unités de soins. Les établissements de grande taille, à haut débit, nécessiteront l'apport de deux équipes distinctes pour couvrir ces deux secteurs.
- Le fonctionnement de l'EMCG en co-management avec les équipes primaires facilitera l'application des recommandations, mais n'est pas essentiel si la reconnaissance du rôle et de l'expertise de l'EMCG est soutenue par des organisations hospitalières qui adoptent au quotidien les principes de l'Approche adaptée à la personne âgée.

En se basant sur la revue de la littérature internationale, les cadres de référence locaux et les résultats de l'enquête sur le fonctionnement actuel et optimal des EMCG québécoises, des recommandations spécifiques au contexte québécois sont formulées sur les éléments suivants :

Éléments	Recommandations spécifiques
Pré-requis	L'implantation de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» est un pré-requis au bon fonctionnement d'une EMCG.
Mission	Émettre un avis d'expert pour les situations complexes gériatriques de patients hospitalisés en dehors d'une unité spécialisée de gériatrie : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluations médicale et interprofessionnelle spécialisées - Recommandations diagnostiques/thérapeutiques adaptées - Détermination du potentiel de récupération et/ou du pronostic - Avis sur l'orientation au congé - Repérage de la clientèle à même de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale spécialisée en UCDG <p>Cette évaluation se veut en soutien et collaboration à l'équipe primaire afin d'améliorer les soins aux patients âgés dans la philosophie d'une approche adaptée.</p>
Clientèle-cible	Personne âgée de 75 ans et plus présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique.
Composition * *L'infirmière et le travailleur social (ainsi que les autres professionnels dédiés s'il y a lieu) de l'EMCG doivent détenir une formation ou de l'expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale	<ul style="list-style-type: none"> - EMCG-U : un gériatre ou un médecin de famille en soins aux personnes âgées (1 ETC), une infirmière spécialisée en gériatrie (1 ETC) et un travailleur social (0,5 ETC). Cette équipe devrait pouvoir compter sur une évaluation des transferts et de la mobilité par un physiothérapeute. On estime que cette équipe pourrait évaluer et assurer le suivi de 15 patients. - EMCG-US : un gériatre ou un médecin de famille en soins aux personnes âgées (1 ETC) et une infirmière spécialisée en gériatrie (1 ETC). Il est réaliste de penser que cette équipe pourrait prendre en charge le suivi d'une cohorte de 15 patients. Selon la nature des consultations et les recommandations de l'équipe en découlant, les autres ressources professionnelles requises (travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste et pharmacien) devraient être accessibles

Éléments	Recommandations spécifiques
standardisée.	par du personnel dédié ou par l'intégration du ou des professionnel(s) concerné(s) aux unités de soins primaires.
Rôles et responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> - Géronte : Évaluation médicale gériatrique spécialisée complète pour les cas complexes. Opinion diagnostique, traitement, pronostic et orientation au congé. - Médecin de famille en soins aux personnes âgées: Dans plusieurs milieux, ces médecins sont la référence pour évaluer les patients gériatriques. Depuis quelques années un programme de formation supplémentaire en soins aux personnes âgées est offert par les départements universitaires de médecine familiale et d'urgence, assorti d'une certification par le Collège des médecins de famille du Canada. À leur niveau, leur rôle est similaire à celui du gériatre. Ils devraient pouvoir bénéficier de l'assistance d'un gériatre, au besoin pour les cas complexes (sur place ou par téléphone). - Infirmière spécialisée en gériatrie : Précisions sur la situation psychosociale du patient, son état fonctionnel pré-morbide et son réseau social. Dépistage des syndromes gériatriques via des outils standardisés (delirium, trouble cognitif, risque de chute, dysphagie, dépression, etc.). Coordination des évaluations interprofessionnelles et de l'application des recommandations dans le suivi des patients identifiés comme étant à haut risque. Liaison avec la première ligne et les programmes de soins post aigus pour s'assurer de la mise en place des recommandations au congé. - Travailleur social : Évaluation psychosociale du patient, de son réseau social, de la sécurité de son milieu de vie. Planification et organisation du congé avec les services communautaires et institutionnels. Collaboration aux évaluations de l'aptitude lorsqu'indiqué. - Physiothérapeute : Évaluation de la mobilité, du risque de chute et modalités des transferts et déplacements. Initiation d'un processus de réadaptation au besoin. Recommandations pour assurer la mobilité fonctionnelle et sécuritaire et minimiser le risque de chute. - Nutritionniste : Évaluation de l'état nutritionnel du patient, recommandations nutritionnelles et la gestion des repas. - Ergothérapeute : Évaluation fonctionnelle (incluant l'impact des troubles neurocognitifs) du patient. Avis sur les besoins et les services requis pour pallier aux difficultés fonctionnelles, dont les aides techniques. - Pharmacien : Révision de l'histoire pharmacologique du patient. Recommandations pour un ajustement sécuritaire et adapté des médicaments.
Processus de la consultation	<p>e) Critères de référence :</p> <p>Inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 75 ans et plus OU ≥ 70 ans et présenter des syndromes gériatriques de nature complexe; - Présenter des alertes de niveau spécialisé aux signes AINÉES;

Éléments	Recommandations spécifiques
	<p>- Avoir été ciblé au dépistage par un outil validé comme présentant un risque modéré ou sévère de déclin fonctionnel ou d'issues de santé préjudiciables;</p> <p>- Présenter des conditions médicales complexes ou syndromes gériatriques se présentant avec au moins l'un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Delirium ou atteinte cognitive de cause indéterminée ou compliquée de troubles de comportement; ▪ Troubles de la marche et chutes; ▪ Polymédication excessive ou inappropriée; ▪ Déconditionnement ou syndrome d'immobilisation récent. <p>- Présenter toute autre situation complexe pour laquelle l'avis d'un gériatre ou médecin de famille œuvrant en gériatrie est souhaité.</p> <p>Exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une durée de séjour estimée inférieure à 48 heures; • Être en phase terminale d'une maladie. <p>f) Critères de priorisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Présenter une condition médicale complexe et delirium; 2 : Présenter un syndrome d'immobilisation, de chute ou polymédication excessive ou inappropriée (niveau d'alerte encore plus élevé si cumul de syndromes); 3 : Être en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive récente d'étiologie non précisée. <p>g) Évaluation :</p> <p>L'évaluation initiale est faite par l'infirmière ou le médecin. Ils décideront ensuite si d'autres types de professionnel doivent être impliqués.</p> <p>h) Outils cliniques :</p> <p>Pour tous les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation gériatrique globale standardisée de la personne âgée (4 domaines : médical, fonctionnel, psychologique et social) • Plan d'intervention interprofessionnel • Bilan comparatif des médicaments (Pratique organisationnelle requise (POR) - Agrément Canada) • Rapport au dossier indiquant une communication faite de vive-voix <p>Au besoin, avec clientèle cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tests de dépistage cognitifs (ex : MMSE, MoCA, Test de l'horloge, 5 Mots de Dubois, BREF, NPI, etc.) • Échelle de statut fonctionnel (ex : Lawton, Katz, SMAF, etc.)

Éléments	Recommandations spécifiques
	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de mobilité/ équilibre (ex : Timed Up and Go, vitesse de marche, Berg, etc.) • Échelle de dépistage nutritionnel (ex : MNA) • Échelle de dépistage delirium (ex : CAM, RADAR, etc.) • Échelle de dépression gériatrique (ex : GDS, MADRS, PHQ, etc.) <p>Initiation des interventions Après le repérage ou une demande de consultation, l'intervenant de l'EMCG (infirmière ou médecin ou travailleur social au département des urgences) effectue l'évaluation du patient.</p>
Rencontres et réunions	<p><u>Rencontre interprofessionnelle</u> : Utilisée pour discuter de cas complexes à une fréquence déterminée par l'équipe, habituellement hebdomadaire pour une analyse formelle. Elle inclut tous les membres de l'EMCG intervenant auprès du patient dont le dossier est discuté. Si l'intervention est menée en collaboration avec les professionnels de l'unité de soins, un intervenant pivot devrait y participer. Au besoin, on demande l'implication de : infirmière de liaison, pivot, gestionnaire de cas. Un ordre du jour clair devrait être élaboré. Un animateur est identifié afin de s'assurer que les points sont suivis, que le tour de parole est respecté et qu'une note synthèse est rédigée.</p> <p><u>Réunions sur les unités de soins ou à l'urgence</u> : Préférentiellement chaque jour ouvrable, l'EMCG se réunit pour discuter brièvement des patients à évaluer (dépistage positif), procédures courantes et des conclusions des patients déjà pris en charge.</p> <p>Au besoin, un membre de l'EMCG est invité aux réunions des équipes primaires pour débiter le dépistage et la collecte d'information. De plus, cette personne est disponible pour répondre aux questions.</p>
Transmission des recommandations et suivi	<p>Plan d'intervention interprofessionnel : Il contient les recommandations principales découlant de l'évaluation médicale et professionnelle spécialisée gériatrique. Ce plan est produit lors de la réunion interprofessionnelle et est révisé périodiquement. Il est facilement accessible dans le dossier du patient.</p> <p>Formulation des recommandations : les recommandations sont limitées en nombre, ciblées et pertinentes, rédigées par ordre de priorité et suivent un processus chronologique</p> <p>Communication orale et écrite : Une feuille facilement repérable dans le dossier papier, ou un onglet dans le dossier électronique, indique clairement l'implication de l'EMCG. L'intégralité des recommandations se retrouve dans ces sections dédiées. De plus, les recommandations sont transmises de façon verbale à l'équipe soignante afin de maximiser le potentiel de transfert de connaissances et d'apprentissage. L'EMCG se rend ainsi disponible pour</p>

Éléments	Recommandations spécifiques
	<p>répondre aux questions.</p> <p>Suivi intra-hospitalier : Un suivi régulier est fait pour vérifier l'implantation des recommandations, et ce, pendant la totalité de la durée de séjour. Une consultation du dossier ou une conversation avec l'infirmière de l'équipe primaire peut suffire si la collaboration est efficace, mais parfois une réévaluation peut s'avérer nécessaire.</p> <p>Suivi au congé : Si des recommandations s'appliquent toujours au-delà de l'hospitalisation, un membre de l'EMCG et le professionnel de liaison de l'équipe primaire s'assure de la transmission des recommandations au professionnel (ex. médecin de famille) ou à la ressource (ex. professionnel SAD) qui est responsable du relais.</p>
Indicateurs de résultats	<p>Processus clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai de demande de consultation à l'EMCG lors de l'hospitalisation - Délai de réponse par l'EMCG - Taux d'application des recommandations en intrahospitalier ou à la salle d'urgence - Respect des critères de référence et de priorisation - Implication des professionnels des équipes primaires à la suite des recommandations (souhaité vs réalisé) <p>Administratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations par trimestre - Satisfaction des patients / de l'équipe soignante - Durée du séjour - Taux de réadmission à l'hôpital à 1 mois du congé - Orientation au congé
Éducation des équipes primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion des meilleures pratiques en gériatrie • Travail collaboratif
Direction	Sous une même direction, idéalement SAPA mais à tout le moins, sous la même qui est responsable du programme UCDG

CONCLUSION

La recension des écrits amène à conclure que l'EMCG est un service reconnu et implanté dans plusieurs pays et qu'il est préférable de se questionner sur la qualité de son implantation plutôt que sur la pertinence de son bien-fondé. Les données recueillies au Québec indiquent que l'EMCG y est encore peu répandue et que sa composition et son fonctionnement sont hétérogènes parmi les établissements de santé qui l'ont mis en place.

Notre sous-comité de travail, composé de cliniciens et de gestionnaires du réseau hospitalier, a émis des recommandations générales et spécifiques sur ce service quant à son fonctionnement optimal au département des urgences ou aux unités de soins. Ce document sera transmis aux instances ministérielles et à l'AMGQ dans le but d'appuyer la rédaction d'un cadre de référence provincial sur l'EMCG. L'EMCG constitue un maillon indissociable du continuum de soins à la personne âgée. Au RUSHGQ, nous prévoyons poursuivre nos travaux sur le mode de fonctionnement optimal de cette équipe incluant le partage des tâches entre les professionnels.

Tableaux

Tableau 1. Structure et fonctionnement des 25 EMCG répertoriées dans les études scientifiques

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultations par année	Lieux d'intervention et critères d'inclusion/exclusion à l'étude	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra-hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Buurman et al. (2010, 2016) [24, 56] Noord-Holland, Amsterdam & Flevoland, Almere, Pays Bas ECR multicentrique	Gér. (1 personne) Inf.* (2 personnes) Physio Nut	n.d.	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 65 ans, admission non-élective, durée estimée du séjour ≥48heures, sans maladie en phase terminale, <u>Exclusion</u> : transfert à d'autres unités de l'hôpital, admission à partir d'autres hôpitaux ou hébergement en soins longue durée	<u>Dépistage</u> : Par une infirmière, ≤ 48 heures après l'admission : <ul style="list-style-type: none"> Général : patient ≥ 2 sur l'ISAR-HP : besoin d'aide régulière pour les AVD, utilisation d'une aide technique à la marche, aide pour voyager, éducation après l'âge de 14 ans Très malade ou présence de trouble cognitif : delirium, malnutrition, fonction pour les AVD, mobilité. Risque de chute <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Communication de l'évaluation et des recommandations aux soignants l'équipe de gériatrie de première ligne. Élaborer le suivi en externe suite au congé (service de consultation gériatrique externe)	- Katz Index of ADL à 6 mois: pas de différence significative - Taux de survie à 1 et 6 mois : ↑ - Taux de réadmission à 6 mois : pas de différence significative - Transfert en hébergement de soins de longue durée : pas de différence significative
Deschodt et al.(2012); Deschodt et al (2011); Deschodt et al. (2016); Braes et al (2009) [9, 60-62] Lueven, Belgique ECR monocentrique	Gér. (1 personne, 1 ETC incluant UCDG) Inf. (3 personnes, 1,3 ETC) Ergo (1 personne, 0,5 ETC) Physio (1 personne, 1 ETC incluant UCDG) TS (1 personne, 0,25 ETC)	≈ 359	<u>Unités</u> : médecine, cardiologie, chirurgie, oncologie, urgence, soins intensifs, etc. <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans <u>Exclusion</u> : phase terminale	<u>Dépistage</u> : Unités non-gériatrique, ≤ 48 heures après l'admission par infirmière des unités non-gériatriques à l'aide du <i>Geriatric Risk Profile</i> ; si score ≥ 2 et demande de consultation de l'EMCG, pré-évaluation (30 minutes) par infirmière de l'EMCG (Katz index, test de l'horloge, CAM, Échelle de dépression gériatrique 5 items, MNA, Norton Scale, douleur, fatigue) et discussion des résultats avec le gériatre de l'EMCG <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués <u>Fréquence</u> : 2x/sem.	<u>Suivi</u> : visite dans les 72 heures après les recommandations. <u>Collaboration</u> : Rapport de l'EMCG dans le dossier électronique du patient et le dossier des soins infirmiers; discussion des recommandations avec l'infirmière, la chef d'unité, le travailleur social et le médecin traitant; participation à la rencontre d'équipe de l'unité non-gériatrique au besoin; référence au besoin à l'hôpital de jour, cliniques externes de gériatrie	Chez 171 patients ayant subi une chirurgie après une fracture de la hanche (GI n=94; GC n=77) : <ul style="list-style-type: none"> 56,8% d'adhésion complète aux recommandations ↓ significative du nombre de patients avec delirium (CAM + MMSE 12 items) pas d'impact significatif sur la sévérité (<i>Delirium index</i>) et la durée du delirium. Durée de séjour : pas de différence significative Autonomie fonctionnelle : tendance à être meilleure chez sous-groupe avec démence Réadmission à l'hôpital (6 semaines, 4 mois et 12 mois après le congé): pas de différence significative Hébergement de longue durée (6 semaines, 4 mois et 12 mois après le congé): pas de différence significative Taux de survie (6 semaines, 4 mois et 12 mois après le congé) : pas de différence significative

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra- hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Kircher et al. (2007)[23] Allemagne (5 hôpitaux) ECR multicentrique	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)	≈ 50	<u>Unités</u> : médecine, psychiatrie <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 65 ans, durée estimée du séjour ≥ 8 jours	<u>Dépistage</u> : Par le médecin de l'équipe EMCG. Déficit fonctionnel, problèmes sociaux <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués <u>Fréquence</u> : ≥1x/sem.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Visite au domicile par l'infirmière et le TS. Communication de l'évaluation de l'EMCG et des recommandations. Un seul suivi téléphonique du TS au patient.	- Taux de réadmission à 12 mois : pas de différence significative - Taux d'hébergement en soins longue durée à 12 mois : pas de différence significative - Taux de survie à 12 mois : pas de différence significative
Borok et al. (1994) Reuben et al. (1995, 1996)[42, 45, 46] Californie, 6 hôpitaux du Souther California Kaiser Permanente Health Maintenance Organisation, États- Unis ECR multicentrique	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) TS (n.d.)	≈ 446	<u>Unités</u> : médecine, urgence? <u>Inclusion</u> : Âge ≥65 ans <u>Exclusion</u> : admis aux soins intensifs ou en cardiologie, en chirurgie, maladie en phase terminale, vit en résidence de soins longue durée	<u>Dépistage</u> : 24-72 heures après l'admission Étape 1 : révision de la liste d'admission (non détaillée) Étape 2 : ≥ 1 de ces critères : âge ≥ 80 ans, AVC, immobilité, déficit aux AVDs, incontinence, confusion ou démence, repos au lit prolongé, chutes dans les 3 derniers mois, dépression, problème social, réadmission ≤ 3 mois, nouvelle fracture. <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : S'assure de l'implantation des recommandations. Réévaluation au besoin. <u>Collaboration</u> : Un suivi téléphonique du TS de l'EMCG. Collaboration pour la planification du congé.	- Taux de survie à 12 mois : pas de différence significative - Fonction à 3 et 12 mois : pas de différence significative - État de santé à 3 et 12 mois : pas de différence significative - Chaque ECG émet en moyenne 4,8 recommandations/patient.
Hogan et al. (1987, 1990) ¹ [58, 59] Halifax, N.-É., Canada ECR monocentrique + nECR	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) Ergo (n.d.) Physio (n.d.) TS (n.d.) Nut (n.d.) Accompagna- teur pastoral (n.d.)	≈ 158 - 171	<u>Unités</u> : médecine, urgence ? <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans et admis à l'unité de soins via urgence <u>Exclusion</u> : Admission aux soins intensifs, implication de l'équipe de consultation d'AVC, refus du patient ou du md traitant	<u>Dépistage</u> : Par une infirmière, ≤48heures après l'admission. <i>Hogan et al. (1987)</i> : ≥ 1 des critères suivants : confusion, mobilité compromise, chutes sans association à une perte de conscience, incontinence urinaire, polypharmacie, admission à une résidence de soins de longue durée, réadmission ≤ 3mois. <i>Hogan et al. (1990)</i> : Dépistage à l'aide d'un outil maison de classification des patients : éligibles si catégories 3-5 (7 catégories au total évaluant la mobilité, AVD, incontinence urinaire et fécale, état mental) <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Tournées des patients <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Par les membres de l'EMCG, quotidiennement <u>Collaboration</u> : Non	- Taux de survie à 4-6 mois : ↑ - Indice de Barthel à 1 an : ↑ - État mental au congé : ↑ - Recours aux soins institutionnels (hôpital, CHSLD): ↓ - Nombre de médicaments prescrits au congé : ↓ - Conclusion : Bénéfices augmentés pour les patients, surtout ceux ayant leur congé vers une résidence de soins longue durée. Importance d'offrir un traitement spécifique et un suivi après le congé.

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra-hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Shyu et al. (2005, 2008, 2010, 2013a, 2013b), Tseng et al. (2012) [27-32] Taipei, Keelung, Taiwan ECR monocentrique	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.)	≈ 50	<u>Unités</u> : n.d. <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 60 ans, admis pour une première fracture de hanche unilatérale, reçoit une arthroplastie ou une fixation interne, a une amplitude de mouvement complète, indice de Barthel préfracture >70, habitant le nord de la Taiwan, MMSE ≥ 10, <u>Exclusion</u> : vit en résidence de soins longue durée, maladie en phase terminale	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	n.d.	<u>Suivi</u> : Par l'infirmière au premier jour post-op. <u>Collaboration</u> : Coordination et surveillance du suivi externe post-congé. Rappels téléphoniques pour les visites à la clinique externe d'orthopédie	Chez les aînés avec une fracture de hanche, résultats sur 1 an : - L'évaluation adaptée et les soins sous-aigus ont montré de meilleurs résultats que les soins réguliers : amélioration de la fonction physique, la santé générale et la santé mentale surtout à 6 et 12 mois. - L'approche adaptée était meilleure que l'approche interprofessionnelle et les soins réguliers pour : la capacité aux AVQ, la diminution du risque de dépression et de malnutrition. - L'intervention multidisciplinaire était meilleure que les soins réguliers pour les résultats suivants : augmentation de la flexion de hanche, diminution de la douleur, capacité aux AVQ, capacité à la marche, diminution des chutes et des symptômes dépressifs et meilleur SF-36 physique. - L'intervention n'a pas changé significativement: les taux de réadmission, de mortalité ou d'institutionnalisation et le score du SF-36 portion mentale.
Winograd et al. (1987, 1988, 1993) ² [49-51] Californie, San Francisco, États-Unis Étude descriptive + ECR mono centrique	Gér. (3-4 personnes) Inf.* (1 personne) TS (1 personne) Nut (sur demande)	≈ 180	<u>Unités</u> : médecine et Chx <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 65 ans & admis à l'unité de l'étude. <u>Exclusion</u> : durée estimée du séjour ≤96heures, résidence permanente à ≥2heures de l'hôpital, décédé avant le triage, femme, hospitalisé aux soins intensifs.	<u>Dépistage</u> : Par une discussion avec le coordonnateur du projet et l'équipe EMCG (si nécessaire), ≤ 96 heures après l'admission. ≥ 1 des critères suivants : déficit aux AVD, incontinence, confusion, maladie chronique et invalidante, immobilité, malnutrition, chutes, dépression, problèmes familiaux/socio-économiques, troubles de sensibilité, AVC, repos au lit prolongé, contention, plaies de pression, polypharmacie <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients	<u>Suivi</u> : Par le médecin : tournées quotidiennes et tournées d'enseignement 3x/sem. <u>Collaboration</u> : Non.	- Des 35 patients supposés aller en résidence avec soins, 18 ont pu être dirigés vers des facilités avec moins d'encadrement suite à l'intervention de l'EMCG. La résistance de l'équipe primaire était une barrière majeure dans l'étude de 1987. - Étude de 1993 : Aucune différence entre le GC et le GI pour la capacité fonctionnelle, l'indépendance aux AVQ, le MMSE, le <i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> et l'utilisation des services, après l'intervention et à 1 an post-intervention. Cependant, les auteurs pensent que leur étude n'est pas concluante et que plus de recherche est nécessaire.

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra-hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Allen et al. (1986), Becker et al. (1987), Cohen et al. (1992), Saltz et al. (1988), McVey et al. (1989)[33, 35-38] Caroline du Nord, Durham, États-Unis ECR mono centrique + étude descriptive avec un sous-échantillon de la cohorte ECR	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) TS (n.d.) Disponibles sur demande : Coordonnateur des soins	≈ 93	<u>Unités</u> : médecine, Chx, urgence? <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans, admis à l'unité de l'étude	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués <u>Fréquence</u> : 2x/sem.	<u>Suivi</u> : Tournée des patients 3x/sem. Communication informelle avec l'équipe primaire quotidiennement <u>Collaboration</u> : Non.	Évaluation du suivi des recommandations émises par l'EMCG : - GC : mise en place indépendante par l'équipe primaire de 27,1% des recommandations qui auraient été émises par l'EMCG. - GI : Compliance de 71,7% aux recommandations. Compliance plus élevée pour les recommandations concernant les chutes (95,0%) et le congé (93,9- 94,3%). - L'intervention d'une EMCG n'a pas réduit le nombre ou changé le type de complications survenues suite à l'hospitalisation, en partie car l'intensité des soins et la population hétérogène ne permettaient pas d'avoir un bon effet. - Aurait tendance à améliorer la capacité aux AVQ au moment du congé, mais résultat non- statistiquement significatif. - Aucun changement significatif sur le taux de survie à 2 ans ou le type d'habitation à 6 mois.
Arbaje et al. (2010)[39] Maryland, Baltimore nECR monocentrique	Gér. (1 personne) Inf.* (1 personne) Disponibles sur demande : Physio, TS	≈ 216 - 260	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 70 ans, admis à l'unité de l'étude	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	n.d.	<u>Suivi</u> : Par l'infirmière <u>Collaboration</u> : Communication de l'évaluation de l'EMCG et des recommandations. Un seul suivi téléphonique auprès du patient ou de son aidant naturel.	Aucun résultat statistiquement significatif. Plus d'études sont nécessaires.
Thomas et al. (1993)[54] Mississippi, Hattiesburg, États-Unis ECR monocentrique	Gér. (1personne) Inf.* (2 personnes) Physio (1 personne) TS (1 personne) Pharm (1 personne) Nut (n.d.)	n.d.	<u>Unités</u> : autres que SI <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 70 ans, admis à l'unité de l'étude <u>Exclusion</u> : admission aux soins intensifs, hémodialyse rénale, maladie en phase terminale, résidence > 50 milles de l'endroit de l'étude	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	n.d.	<u>Suivi</u> : Évaluation du suivi des recommandations <u>Collaboration</u> : Non	- Taux de mortalité à 6 mois : ↓ (GC = 21% et GI = 6%) - Taux de mortalité à 1 an : ↓ (GC= 20% et GI = 10%) - Durée de séjour : ↓ (GC = 10,1 jours et GI = 9,0) - Taux de réadmission : ↓ (GC = 0,6 et GI = 0,3) - Capacité aux AVQ : ↑ (GC = 7% et GI = 22%)

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra- hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Tucker et al. (2006)[55] Georgia, Atlanta, États- Unis nECR monocentrique	Inf.* (n.d.) Disponibilité inconnue : Ergo, Physio, Pharm, Nut, Orthophoniste, Spécialiste des plaies, Accompagnate ur pastoral, Coordonnateur aux soins	n.d.	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 70 ans, admis à l'unité de l'étude avec un diagnostic médical, durée estimée du séjour ≥48 heures. Avec assurance Medicare <u>Exclusion</u> : maladie en phase terminale, vit en résidence de soins longue durée	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Tournée des patients. Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués. <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Un suivi téléphonique du TS de l'EMCG. Visite à domicile (si congé à domicile seulement) par le TS de l'EMCG.	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant l'étude, les participants n'ont pas eu de complications iatrogéniques et ont eu peu, voire pas de déclin fonctionnel. - Taux de chute : pas de différence significative - Durée du séjour : ↓ (diminué de 1,22 jours) - Coût du séjour à l'hôpital : ↓ (diminué de 33%) - Taux de réadmission à 30 jours : pas de différence significative - Ces changements appliqués sur 1 an permettraient d'économiser 636,059\$ et d'ajouter 326 lits. - Il y a eu une augmentation des références au service de réadaptation et nutrition. - Les médecins des unités soignantes ont dit que le programme aidait leurs patients et qu'ils souhaitaient voir ce programme prendre de l'expansion. - Les sondages aux patients et à la famille indiquaient une satisfaction de 90% face au programme.
Inouye et al. (1993a, 1993b)[47, 48] Connecticut, New Haven, États-Unis Étude descriptive + nECR monocentrique	Gér. (2 personnes) Inf.* (1 personne) 6 Disponibles sur demandel : Ergo, Physio, TS, Pharm, Nut, coordonnateur des soins	244	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 70 ans, admis à l'unité de l'étude	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Tournée des patients avec l'infirmière EMCG + infirmière de l'équipe primaire. (Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients et support et éducation de l'infirmière EMCG) <u>Fréquence</u> : 2x/sem.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Non	<ul style="list-style-type: none"> - Le «Yale Geriatric Care program» a permis de réduire le déclin fonctionnel, passant de 64% à 41%. Le groupe intervention a reçu plus d'interventions pour maximiser la fonction. - Ces effets auraient été obtenus sans augmenter le coût quotidien des soins.
Gayton et al. (1987)[57] Montréal, Qc, Canada nECR monocentrique	Gér. (2 personnes) Inf. (1 personne) Ergo (1 personne) Physio (1 personne)	≈ 116	<u>Unités</u> : médecine <u>Exclusion</u> : transferts à partir d'autres unités de l'hôpital (incluant les SI), admissions électives, patients admis pour des raisons sociales	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Contact informel entre l'EMCG et l'équipe primaire, demande de l'équipe primaire, tournée hebdomadaire des patients.	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Par l'ergo, le Physio et le TS <u>Collaboration</u> : Non	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation à l'admission, après 2 semaines, 4 semaines, 3 mois et 6 mois : - Taux de survie : pas de différence significative - Durée du séjour : pas de différence significative - Niveau fonctionnel : pas de différence significative - Utilisation des services au congé : pas de différence significative - Taux de survie : légère tendance à être meilleur dans le GI, mais ce constat n'est pas appuyé par un résultat statistiquement significatif.

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra- hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Campion et al. (1983)[43] Massachusetts, États-Unis nECR monocentrique	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) Ergo (n.d.) Physio (n.d.) TS (n.d.) Nut (n.d.) Géronto- psychiatre (n.d.) Orthophoniste (n.d.)	≈ 184	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans & admis à l'unité de l'étude	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Après l'évaluation initiale. Avec l'inf. de l'équipe primaire et le TS.	<u>Suivi</u> : Oui, aucun détail donné. <u>Collaboration</u> : Non	- L'intervention des EMCG augmente l'utilisation des services de réadaptation sans prolonger la durée de séjour. - Taux de réadmission : pas de différence significative
Barker et al. (1985)[40] New York, New York, États-Unis Étude pré-post intervention	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS. (n.d.)	≈ 732	<u>Inclusion</u> : Âge ≥70 ans, admis à l'unité de l'étude <u>Exclusion</u> : maladie en phase terminale ou chirurgie électorive	<u>Dépistage</u> : Par un membre de l'équipe EMCG ≥ 2 des critères : vit seul, âge ≥ 80 ans, revenu faible, trouble cognitif, déficience physique significative <u>Autre</u> : Non	n.d.	<u>Suivi</u> : S'assure de l'implantation des recommandations <u>Collaboration</u> : Non	- Temps d'attente à l'hôpital en pour un placement dans un établissement de soins longue durée : ↓. - Le taux moyen mensuel de personnes âgées en attente d'un placement dans les services hospitaliers a diminué de 21%.
Bloch et al (2007)[10], Natali et al. (2015) [18] Paris, Île-de-France, France Étude descriptive	Gér. (1,5 ETC) Inf. (0,5 ETC) Ergo (0,5 ETC) TS (1,0 ETC) TOTAL : 3,5 ETC	≈ 900	<u>Unités</u> : médecine, Chx, urgence, SI	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande de l'équipe primaire, présence aux réunions quotidiennes de l'urgence, par le médecin de l'EMCG	n.d.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Récolte de données pour l'évaluation.	Suite à un questionnaire à l'équipe de l'urgence : - Satisfaction face à la collaboration. - Prise en charge plus rapide et plus simple des personnes âgées aux urgences. - Amélioration de l'orientation et des rapports avec les familles. - Diminution de la charge de travail des médecins à l'urgence. - Besoin de nouveaux moyens de communication.
Cudennec et al. (2006, 2007)[12, 13] Paris, Île-de-France, France Étude descriptive	Gér. (1,0 ETC) Inf.* (1,0 ETC) Ergo (0,5 ETC) TS (0,5 ETC) TOTAL : 3,0 ETC Secrétaire (0,5)	≈ 960-1080	<u>Unités</u> : médecine, Chx, urgence, SI	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande de l'équipe primaire	n.d.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Communication de l'évaluation de l'EMCG et des recommandations. Demande de consultation externe.	L'activité de l'équipe s'oriente vers la proposition de conseils, recommandations et formations.

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude	Structure et processus						Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra-hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Couturier (2008, 2009), Morin (2012), Steenpass (2012)[11, 17, 21, 22] Grenoble, Rhône-Alpes, France Étude descriptive	Gér. (1,5 ETC) Inf.*(n.d.) TS (n.d.) Secrétaire (n.d.) TOTAL : 4,0 ETC	≈ 453	<u>Unités</u> : médecine, Chx, urgence	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande de l'équipe primaire; sélection par le gériatre et l'infirmière de l'EMCG	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : À la demande de l'équipe primaire <u>Collaboration</u> : Communication de l'évaluation de l'EMCG et des recommandations. Coordination et liaison par le TS.	- L'évaluation gériatrique est un bon complément aux évaluations de neuro-psychiatrie et de mémoire, notamment pour émettre des conseils sur l'orientation au congé. - Nombre moyen de recommandations : 7/patient, avec un taux de suivi à 78%. - Mortalité à 3 mois : pas de différence significative - Taux de réadmission à 3 mois pas de différence significative - Chaque équipe est très différente par sa composition et son fonctionnement, donc évaluation de l'efficacité difficile.
Clift et al. (2012)[25] South East, Southampton, Royaume-Uni Étude descriptive	Inf. (n.d.)* TS (n.d.) Thérapeutes non-spécifiés (n.d.) TOTAL : 5,0 ETC	≈ 2860-3900	<u>Unités</u> : médecine, chx, urgence?	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande de l'équipe primaire	n.d.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Demande d'une évaluation adaptée au service externe de consultation pour chutes.	n.d.
Harvey et al. (2009)[26] London, London, Royaume-Uni Étude descriptive	Gér. (0,5 ETC) Inf.* (1,0 ETC) Ergo (0,5 ETC) Physio (0,5 ETC) TOTAL : 2,5 ETC	≈ 1800-2040	<u>Unités</u> : médecine <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans & admis à l'unité de l'étude	<u>Dépistage</u> : Par toute l'équipe, ≤ 48 heures après l'admission (sauf les fins de semaine) : Instrument maison, items : raison d'admission, histoire de réadmission, chutes, polypharmacie, démence/delirium/dépression, ulcères de pression, douleur chronique, problèmes sociaux, déficit de mobilité, dépendance fonctionnelle, incontinence urinaire, constipation/ incontinence fécale, alimentation déficiente, besoins sociaux non comblés, déficit visuel ou auditif. <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués + décision pour les cas de dépistage ambigu <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Non	Temps d'hospitalisation total moyen : ↓. Réduit de 13 jours à 10,5 jours sur l'unité de soins.
Blumenfield et al. (1982)[41] New York, New York, États-Unis Étude descriptive	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) TS (n.d.)	n.d.	<u>Unités</u> : médecine	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande de l'équipe primaire. Révision des dossiers, tournée des patients, aider l'équipe primaire dans l'identification (par l'EMCG).	<u>Contenu</u> : Tournée des chambres pour discuter l'évaluation des nouveaux patients. Discuter des cas complexes/ dilemmes éthiques avec l'équipe primaire. <u>Fréquence</u> : 1x/sem.	<u>Suivi</u> : S'assure de l'implantation des recommandations. Réévaluation au besoin. <u>Collaboration</u> : Non	n.d.

Auteur principal / Année de publication / Lieu de l'étude / Type d'étude			Structure et processus				Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Nombre de consultation par année	Lieu d'intervention	Détection des patients à risque	Réunions d'équipe	Suivi intra-hospitalier et collaboration avec les intervenants de première ligne	
Dellasega et al. (2001) [44] Pennsylvanie, Allentown, États-Unis Étude descriptive	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) TS (n.d.) Pharm (n.d.) Nut (n.d.)	n.d.	<u>Inclusion</u> : Âge ≥ 75 ans, admis à l'unité de l'étude pour une condition aiguë, retour à la maison envisagé, au moins une incapacité aux AVQ. <u>Exclusion</u> : maladie en phase terminale	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients avec le médecin de l'équipe primaire. Pendant le suivi et avec le médecin de l'équipe primaire. <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Non <u>Collaboration</u> : Non	n.d.
Fallon et al. (2006)[34] Ohio, Akron et Cleveland, États-Unis Étude descriptive	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.)	≈ 114	<u>Unités</u> : Chx, SI <u>Inclusion</u> : Âge ≥ 65 ans, admis à l'unité de l'étude <u>Exclusion</u> : grands brûlés	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Non	n.d.	<u>Collaboration</u> : Non <u>Suivi</u> : Non	- Spécifique à la traumatologie. - Les recommandations étaient suivies à 91%. - Taux de mortalité intra-hospitalier : ↓.
Miracle et al. (1992)[52] Kentucky, Louisville, États-Unis Étude descriptive	Gér. (n.d.) Inf.* (n.d.) Ergo (n.d.) Physio (n.d.) TS (n.d.) Pharm (n.d.) Nut (n.d.)	≈ 119	<u>Unités</u> : n.d.	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Demande du médecin traitant de l'étage	<u>Contenu</u> : Discussions sur l'évaluation des nouveaux patients + suivi des patients déjà évalués. Contacts informels pour discuter des cas complexes <u>Fréquence</u> : 5x/sem.	<u>Suivi</u> : Par l'infirmière : Évalue la réponse aux recommandations, réévaluation. <u>Collaboration</u> : Suivi téléphonique post-congé (6 mois)	Le suivi a montré que 77,4% étaient encore à domicile à 6 mois et que 55% avaient amélioré leur statut fonctionnel. 16% avaient un statut fonctionnel diminué.
Sennour et al. (2009)[53] Indiana, Indianapolis, États-Unis Étude descriptive	Gér. (0,65 ETC) Inf.* (1 ETC) 4 Disponibles sur demande : Physio, TS, Pharm, Coordonnateur des soins	≈ 385	<u>Unités</u> : médecine et chx ?	<u>Dépistage</u> : Non <u>Autre</u> : Réunions quotidiennes pour identifier les patients à risque de déclin fonctionnel par EMCG et le médecin de l'équipe primaire. Identification en dehors des réunions par l'EMCG; Demande de l'équipe primaire.	n.d.	<u>Suivi</u> : Quotidien (non détaillé) <u>Collaboration</u> : Communication de l'évaluation de l'EMCG et des recommandations	- Tous les répondants du questionnaire de satisfaction ont dit que l'EMCG les aidait à offrir de meilleurs soins ; 96% ont dit que le service était excellent. - Durée de séjour : → ou ↓. - Coût de l'hospitalisation pour l'hôpital : → ou ↓ (14%).

n.d. : Information non disponible, ECR : Essai contrôlé randomisé, nECR : Étude contrôle non-randomisée. ? = type de disponibilité pas clairement indiqué, ETC = Équivalent temps-complet, CTU = Équipe primaire

Gér. = gériatre ; Inf. = infirmière ; Ergo = ergothérapeute ; Physio = physiothérapeute ; Pharm = pharmacien ; Psycho = psychologue ; TS = Travailleur social ; Nut. = Nutritionniste

* = Infirmière doit avoir une formation spécialisée en gériatrie, GI = Groupe intervention ; GC = Groupe contrôle ; AVQ = Activités de la vie quotidienne

U : Département des urgences ; SI : Soins intensifs ; Chx : Chirurgie

¹ L'ergothérapeute, le travailleur social, le nutritionniste et accompagnateur pastoral ont été ajoutés à l'équipe dans Hogan et al. (1990)

² L'infirmière a été ajoutée à l'équipe dans Winograd et al. (1988)

³ Rapport de l'information brute obtenue dans les études et estimés de la charge de travail par année (écrit en italique si la donnée n'était pas reportée telle que dans l'étude)

Ce tableau est une traduction et une adaptation des tableaux 13, 14 et 15 de la référence : Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C et al: Comprehensive geriatric care in hospitals: the role of inpatient geriatric consultation teams, vol. Report 245. Brussels: Belgian: Health Services Research (HSR) Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015. Droit d'auteur © 2015 Traduction et adaptation avec la permission de l'auteure principale et le Belgian HealthCare Knowledge Center.

Tableau 2. Description du fonctionnement actuel des EMCG répertoriées auprès des hôpitaux québécois en fonction de leur profil

Installations	Éléments organisationnels reliés à l'hôpital et l'UCDG					Éléments organisationnels reliés aux EMCG							
	Lits hôpital ¹ (n)	Lits UCDG (n)	Débordement de hors UCDG (lits /sem.)	Gériatre (n ETC)	Médecin famille à l'UCDG (n ETC)	Volume de consultations effectuées par l'équipe 2016-2017 (n)	Composition (n ETC)	Direction de laquelle relève l'équipe et niveau autonomie clinique	Dépistage (outils utilisés)	Critères de référence	Critères de priorisation	Temps consacré pour la préparation, durant et après une consultation (minutes) ²	Niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé) et pourquoi
EMCG intervenant exclusivement au département des urgences (EMCG-U)													
CHUM	770	18	22	8	0	1274	Gér. : 1,0 Inf. : 1,0	Md: DAMU Inf. : DSI Autonomie : recommandations doivent être acceptée par le médecin traitant	Non	> 65 ans	Non	Inf. : 90	Faible -modéré : peu d'interdisciplinarité, pression pour répondre ≤ 2 heures
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	549	28	43	1	3	588	Md : 1,0 Inf. : 1,0	Direction : SAPA Autonomie : totale	Non	> 75 ans, à moins d'exception	Non, jugement du médecin affecté aux consultations	n.d.	Modéré : Pas d'effectifs matériels. Pas d'effectifs professionnels dédiés, mais les ressources professionnelles à l'urgence et unités de soins sont adéquates
Hôpital général Juif	637	32	7 à 17	4,5	3,5	841	Md : 1,0 Inf. : 1,0	Direction : Département de médecine Autonomie : totale	Oui	Chutes, chutes avec fractures non-opératifs, état de confusion, polypharmacie, évaluation troubles cognitifs, SCPD, profil gériatrique, épuisement des proches aidants	Critère du MSSS : 40 % des consultations doivent être complétées ≤ 2 heures	Inf. : 110	Modéré
Hôpital général de Montréal	250	0	---	3,6	0,8	Gériatre : 315 Inf. liaison en gériatrie : 761	Gér. : 0,8 Inf. : 1,0 Physio : 0,6 TS : 0,8 Ergo : 0,4	Direction : 5 services différents Autonomie : partagée	Patient avec plainte principale de chute, confusion, "détérioration d'état général" selon Medurge; PRISMA 7 à l'inscription mais aucun suivi systématique	Pour gériatre : 65 ans et plus ; Pour l'infirmière : 70 ans et plus.	Congé prévu, plusieurs visites	Inf: 180 Physio: n.d. Ergo: n.d. TS : 120	Modéré-élevé
Site Glen	350	0	---	3,1	0	Gériatre : 465 Inf. liaison en gériatrie : 670	Gér. : 0,8 Inf. : 1,0 Physio : 0,5 TS : 0,3 Ergo : 0,5 Pharm : 0,65	Direction : 6 services différents Autonomie : partagée	PRISMA 7 à l'inscription mais aucun suivi systématique "trop nombreux à risque"	Pour gériatre : 65 ans et plus ; Pour l'infirmière : 70 ans et plus.	Congé prévu, plusieurs visites, par consultation uniprofessionnelle	Inf: 180 Pharm: 120 Physio: n.d. Ergo: n.d. TS: n.d.	Modéré-élevé : inf. pas dédiée pour cas avec profil gériatrique i.e. obliger de traiter les cas pour O ₂ à domicile, Ivabx, injections,

Installations	Éléments organisationnels reliés à l'hôpital et l'UCDG					Éléments organisationnels reliés aux EMCG							
	Lits hôpital ¹ (n)	Lits UCDG (n)	Débordement de hors UCDG (lits /sem.)	Gérialtre (n ETC)	Médecin famille à l'UCDG (n ETC)	Volume de consultations effectuées par l'équipe 2016-2017 (n)	Composition (n ETC)	Direction de laquelle relève l'équipe et niveau autonomie clinique	Dépistage (outils utilisés)	Critères de référence	Critères de priorisation	Temps consacré pour la préparation, durant et après une consultation (minutes) ²	Niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé) et pourquoi
Hôpital St-Sacrement	255	0	0	1 ETC (mais ne travaille pas avec EGA)	0	Non disponible	Inf : 1 TS : 1	Direction SAPA pour infirmière et DSM pour TS	- Examen clinique du risque de chutes - CAM - Fluence verbale - MMSE - Échelle dépression gériatrique - Test d'évaluation du delirium et des troubles cognitifs	- 75 et + à profil gériatrique - Chute - Perte d'autonomie - Maintien à domicile compromis	- Selon départ	Inf: 100 TS : non disponible	pansements, soins palliatifs Pas de réponse
EMCG intervenant exclusivement aux unités de soins (EMCG-US)													
IUGS et CHUS [80]	600	53 : 13 au CHUS et 40 à IUGS	0	8	0	1800	Gér. : 3,0 Inf. : 4,0 Physio : 1,0	Direction : SAPA Autonomie : totale + gestion de personnel et programmation par infirmière gestionnaire et gérialtre co-gestionnaire	Oui, plus ou moins coordonné, principes AAPA	Conditions médicales complexes: - Delirium ou atteintes cognitives de cause indéterminée ou compliquée de troubles du comportement (errance, agitation, ...) - Trouble de démarche et chutes - Problèmes ostéo-articulaires - Maladie de Parkinson - AVC - Démence - Polypathologie - Polymédication - Toute autre condition médicale complexe pour laquelle l'avis d'un gérialtre est souhaité • Évaluation du potentiel de réversibilité d'une perte d'autonomie liée à une maladie ou une intervention chirurgicale et de la pertinence de recourir à certains services gériatriques spécialisés (UCDG, URFI) ; • Évaluation de l'aptitude à consentir aux soins lors des situations litigieuses. NB : Sont exclues les personnes chez qui le seul motif de référence	1) Conditions médicales complexes (ex. : delirium) 2) Syndrome immobilisation et chute 3) Réadaptation fonctionnelle /Potentiel de réadaptation. 4) Perte d'autonomie d'étiologie imprécise 5) Évaluation cognitive	Inf : 180 Physio : 120	Modéré : non remplacement d'absence, interventions parfois limités par manque de personnel

Installations	Éléments organisationnels reliés à l'hôpital et l'UCDG					Éléments organisationnels reliés aux EMCG							
	Lits hôpital ¹ (n)	Lits UCDG (n)	Débordement de hors UCDG (lits /sem.)	Gériatre (n ETC)	Médecin famille à l'UCDG (n ETC)	Volume de consultations effectuées par l'équipe 2016-2017 (n)	Composition (n ETC)	Direction de laquelle relève l'équipe et niveau autonomie clinique	Dépistage (outils utilisés)	Critères de référence	Critères de priorisation	Temps consacré pour la préparation, durant et après une consultation (minutes) ²	Niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé) et pourquoi
CHUM	770	18	22	8	0	893	Gér. : 2,0 Inf. : 1,0	Md : DAMU Inf. : DSI Autres : DSM Autonomie : recommandations doivent être acceptées par le médecin traitant	Non	est une relocalisation pour des pathologies irréversibles ou terminales. > 65 ans	Non	Inf: 90	Faible-modéré : pas d'interdisciplinarité, communication interprofessionnel le plus difficile
Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur	283	8	Voir note ³	2	2	1000	Md : 0,6 gériatre Médecin de famille : ETC n.d. Inf. : 0,2	Direction : département de médecine spécialisée (gériatre) Autonomie : totale	Bien implanté sur l'étage de chirurgie, déploiement à venir en médecine	En chirurgie et en oncologie: • Tout patient de 80 ans et plus (idéalement 75 ans) devant subir ou post-op d'une chirurgie majeure ou orthopédique (Hanche/genou) ou chez qui on envisage une chimiothérapie • Polypharmacie à revoir • Perte d'autonomie pré ou post intervention • Trouble de mobilité (autre secondaire à arthrose pré-PTH ou PTG) • Troubles cognitifs pré ou post intervention (delirium/démence) • Fragilité apparente à l'évaluation pré intervention • Évaluation de l'aptitude • Opinion sur la pertinence ou le niveau d'intervention selon le potentiel ou pronostic gériatrique • Évaluation du potentiel de récupération en situation complexe • toute autre situation ou question selon le jugement clinique de l'équipe de référence	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie majeure Chimiothérapie imminente Par âge, du plus vieux au plus jeune Par degrés de fragilité Syndrome gériatrique actif 	Incapable de répondre	Modéré : manque d'infirmière en gériatrie, beaucoup de consultations annulées car non pertinentes ou mal dirigées
Centre hospitalier régional de	374	20	0	0,8	2,5	178	Gér. : 0,2 Inf. : 1,0	Direction : SAPA – SAG (service	Non	Support à la clientèle gériatrique hospitalisée sur les unités de soins	Consultation demandée au gériatre	Inf: 120 minutes	Faible-modéré : Il s'agit d'un tandem et non

Installations	Éléments organisationnels reliés à l'hôpital et l'UCDG					Éléments organisationnels reliés aux EMCG							
	Lits hôpital ¹ (n)	Lits UCDG (n)	Débordement de hors UCDG (lits /sem.)	Gériatre (n ETC)	Médecin famille à l'UCDG (n ETC)	Volume de consultations effectuées par l'équipe 2016-2017 (n)	Composition (n ETC)	Direction de laquelle relève l'équipe et niveau autonomie clinique	Dépistage (outils utilisés)	Critères de référence	Critères de priorisation	Temps consacré pour la préparation, durant et après une consultation (minutes) ²	Niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé) et pourquoi
Lanaudière								ambulatoire de gériatrie) Autonomie : totale		aigus présentant une situation complexe nécessitant une intervention spécialisée ou demandant une intensité accrue d'interventions spécifiques			d'une équipe, pas assez de disponibilité médicale et infirmière, ce qui ne permet pas d'avoir une présence soutenue, entre autres à l'urgence
Hôpital Honoré-Mercier	213	10	0	0	0,6	277	Inf. : 1,0 TS : 1,0	Directions : SAPA (inf.), DSM (TS) Autonomie : équipe conseil (évaluations et recommandations)	Non	≥ 65 ans ou qui présente un profil gériatrique complexe, présente des incapacités affectant autonomie et condition médicale instable, présente un potentiel de récupération à court – moyen terme et un besoin d'intervention interprofessionnelle	Toutes les demandes sont prises en charge avec un délai de maximum 48h	Inf : 95 TS : 105	Modéré : Les rôles sont à revoir, les services de l'EMCG sont parfois sous-utilisés et méconnus de certains intervenants
Hôpital général Juif	637	32	7 à 17	4,5	3,5	566	Gér. : 1,0 Inf. : 1,0	Direction : Département de médecine Autonomie : totale	Oui	Évaluation de l'état cognitif, delirium, chutes	Pas de réponse	Inf: 55	Pas de réponse
Hôpital général de Montréal	250	0	---	3,6	0,8	Gériatre : 208	Gér.: 0,8 Inf. : 0,8 Pharm. : 1,0	Direction : 3 services différents Autonomie : partagée avec services traitants, rencontres interprofessionnelles animée par inf.	Oui Programme PACE: dépiste tous les patients ≥ 85 ans en orthopédie/trauma. Patients ≥ 75 ans avec fracture de hanche.	≥ 65 ans	Consultation officielle a préséance sur les autres cas dépistés (programme PACE / ≥ 75 ans avec fracture de hanche); cas de delirium / agitation	Inf: 300 Pharm: 120	Modéré-élevé : temps variable pour temps consacré; selon durée de l'admission, fluctuations d'état de la santé, changement de disposition; infirmière couvre en clinique 1/2 journée par semaine + temps préparatoire/suivi en clinique et pour dossiers non vu par équipe après congé de l'urgence
Site Glen	350	0	---	3,1	0	Gériatre : 245	Gér.: 0,8 Inf. : 0,6 Pharm. : 0,65 (partagé avec	Direction : 3 services différents. Autonomie : partagée avec services	Non	≥ 65 ans	Agitation/ delirium; demande de consultation pour les cas de delirium avant planification de congé;	Inf: 300 Pharm: 120	Modéré-élevé : temps variable pour temps consacré; selon durée de l'admission,

Installations	Éléments organisationnels reliés à l'hôpital et l'UCDG					Éléments organisationnels reliés aux EMCG							
	Lits hôpital ¹ (n)	Lits UCDG (n)	Débordement de hors UCDG (lits /sem.)	Gériatre (n ETC)	Médecin famille à l'UCDG (n ETC)	Volume de consultations effectuées par l'équipe 2016-2017 (n)	Composition (n ETC)	Direction de laquelle relève l'équipe et niveau autonomie clinique	Dépistage (outils utilisés)	Critères de référence	Critères de priorisation	Temps consacré pour la préparation, durant et après une consultation (minutes) ²	Niveau de satisfaction (nul, faible, modéré, élevé) et pourquoi
							urgence)	traitants, rencontres interprofessionnelles animée par md et inf.			Pour inf. : congé prévu		fluctuations d'état de la santé, changement de disposition
EMCG intervenant au département des urgences et aux unités de soins (EMCG-M)													
Hôpital Cité de la Santé	487	30	0	1	3	Pour le gériatre : U : 362 consultations + 72 suivis US : 234 consultations + 88 suivis Autres professionnels : non disponible	Md : 2,0 Inf. : 1,0	Directions : DSP (md), DPSAPA (équipes de soins) Autonomie : totale	Oui, pas d'outil spécifique. Plusieurs personnes font du repérage pour identifier les personnes âgées à risque de déclin fonctionnel au département des urgences et aux unités de soins: infirmière de l'équipe de consultation en gériatrie, intervenant réseau, infirmière de gestion des lits, travailleurs sociaux de tout l'hôpital.	≥65 ans OU profil gériatrique, présentant une pathologie en lien avec le vieillissement : Syndromes gériatriques : delirium, SCPD, trouble neurocognitif majeur, Troubles de marche et de chutes, incontinence, déconditionnement, immobilisation, complications du parkinsonisme, polymédication, condition médicale complexe. Exclusion : le seul motif de référence est une relocalisation pour des pathologies irréversibles ou terminales.	1. Conditions médicales complexes. 2. Syndrome d'immobilisation et chutes 3. Perte d'autonomie d'étiologie imprécise 4. Évaluation cognitive	U : Inf : 45 US : Inf : 120	Faible : Absence d'une équipe interprofessionnel le complète, besoin de plus de postes pour ajouter, par exemple, ergo et physio.

ETC = Équivalent temps-complet, UCDG: unité de courte durée gériatrique; URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive; Gér. = gériatre; Inf. = infirmière; Ergo = ergothérapeute; Physio = physiothérapeute; Pharm = pharmacien; Psycho = psychologue ; TS = Travailleur social; Nut. = Nutritionniste; U : Département des urgences; US : unités de soins non gériatriques; SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées; DSI : direction des soins infirmiers; DAMU : direction des affaires médicales et universitaires; DSM : direction des services multidisciplinaires; SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence; PRISMA-7 : outil de repérage qui permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux; CAM : outil de repérage du delirium (*Confusion Assessment Method*);MMSE : *Mini-Mental State Examination test*; AAPA : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier; AVC : accident vasculaire cérébral; PTH : prothèse totale de la hanche; PTG : prothèse totale du genou.

¹ Nombre total de lits de soins aigus, incluant les lits en psychiatrie. ² Temps consacré aux tâches suivantes : préparation des consultations par la communication avec les personnes impliquées (réfèrent, patient, proches, intervenants communautaires); collaboration lors de la visite du patient pour l'évaluation médicale; suivi post-consultation pour l'application des recommandations (pourra être téléphonique). ³ Les lits d'UCDG sont utilisés pour les cas complexes. Il y a des équipes interprofessionnelles dans toutes les unités de soins. Le médecin traitant s'occupe des soins courants en collaboration avec un gériatre ou un médecin de famille dédié à la gériatrie.

Tableau 3. Ressources jugées optimales pour la gestion de 15 patients selon les répondants à l'enquête québécoise pour les EMCG-U et EMCG-US

Professions	EMCG-U			EMCG-US		
	% répondants qui ont indiqué que la ressource devrait être accessible dans l'EMCG* (n=49 répondants)	Effectifs en ETC (n= 42 à 46 répondants)	Temps consacré à la consultation en minutes par patient ¹ (n= 17 à 32 répondants)	% répondants qui ont indiqué que la ressource devrait être accessible dans l'EMCG* (n=52 répondants)	Effectifs en ETC (n=38 à 52 répondants)	Temps consacré à la consultation en minutes par patient ³ (n= 12 à 36 répondants)
		Moyenne ± écart-type (médiane)			Moyenne ± écart-type (médiane)	
Gériatre ou médecin de famille en soins aux personnes âgées	85,7	0,98 ± 0,14 (1,0)	---	100	1,13 ± 0,38 (1,0)	---
Infirmière	93,9	1,05 ± 0,48 (1,0)	98,6 ± 27,0 (97,5)	100	1,21 ± 0,61 (1,0)	112,8 ± 45,6 (120,0)
Travailleur social	89,8	0,78 ± 0,42 (0,5)	100,9 ± 35,9 (120,0)	82,7	0,92 ± 0,42 (1,0)	112,6 ± 36,1 (120,0)
Physiothérapeute	69,4	---	---	82,7	1,04 ± 0,50 (1,0)	89,0 ± 41,2 (85,0)
Nutritionniste	≤ 49 %	---	---	78,8	0,65 ± 0,29 (0,5)	95,0 ± 33,3 (112,5)
Ergothérapeute	≤ 49 %	---	---	80,8	1,06 ± 0,52 (1,0)	116,4 ± 50,0 (120,0)
Pharmacien	61,2	---	---	76,9	0,64 ± 0,29 (0,5)	72,9 ± 19,7 (75,0)
Neuropsychologue	≤ 49 %	---	---	57,7	---	---
Orthophoniste	≤ 49 %	---	---	55,8	---	---

*pertinent (≥ 70 % des répondants); incertain (50 -69 % des répondants); non-pertinent (0-49 % des répondants)

¹ Temps total consacré aux tâches suivantes : préparation des consultations par la communication avec les personnes impliquées (réfèrent, patient, proches, intervenants communautaires), collaboration lors de la visite du patient pour l'évaluation médicale, suivi post-consultation pour l'application des recommandations (pourra être téléphonique).

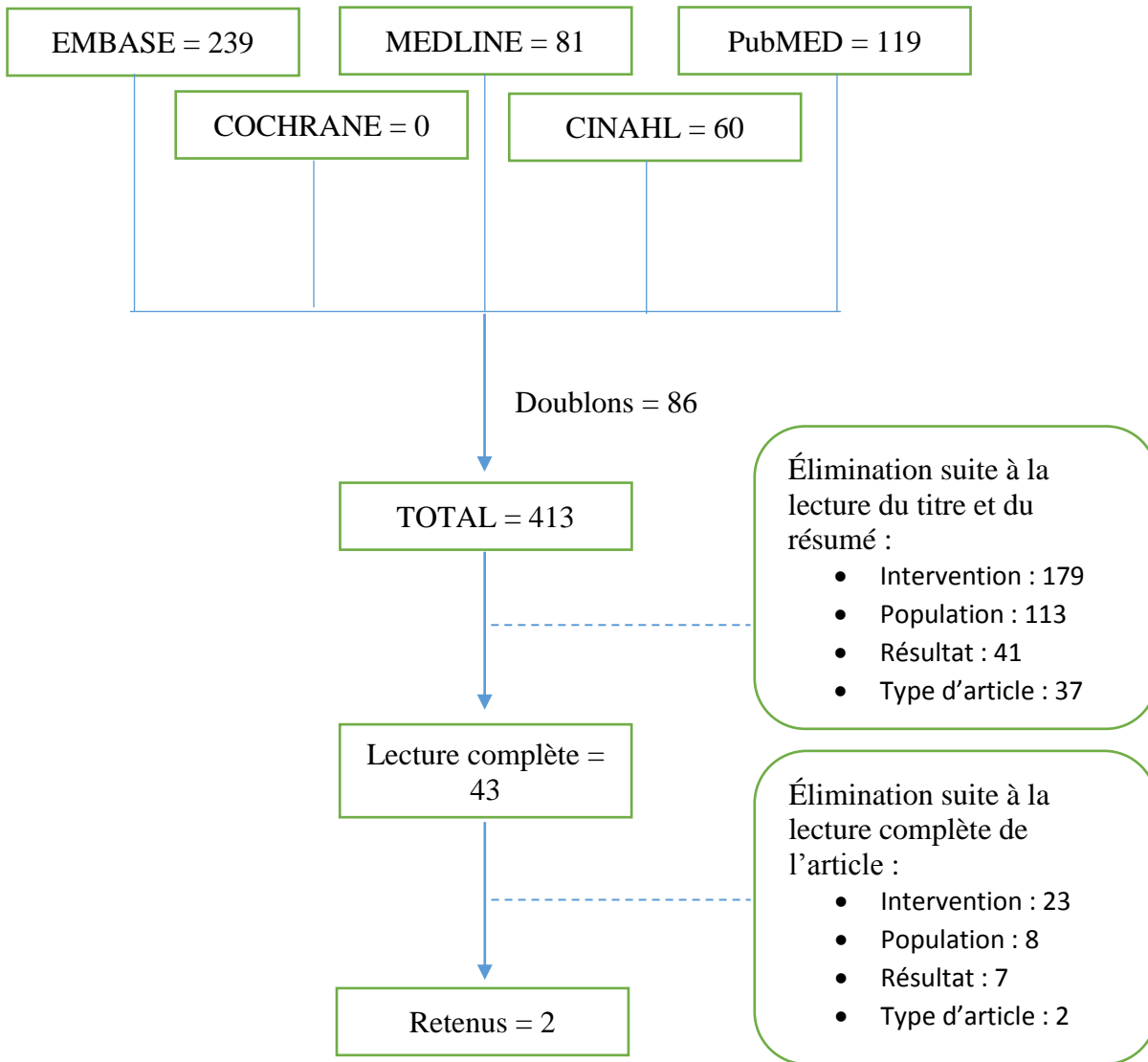
ANNEXES

Annexe 1. Stratégie de recherche pour identifier les études scientifiques réalisées entre 2014 et 2018 sur les EMCG

Base de données	Concept 1 – Équipe de consultation	Concept 2 – Gériatrie	Concept 3 – Milieux d'intervention	Limites
MEDLINE (Ovid)	Referral and consultation/ Patient Care Team/ Patient Care management/ Mobile Health Units/ OU Geriatric* and (team* or unit or units) and (consultation or liaison or inpatient* or mobile or assessment* or interdisciplinary or multidisciplinary).m_titl.	Geriatrics/ Geriatric Assessment/ Geriatric nursing/	Hospitalization/ Hospitals/ Emergency medical services/ Ambulatory Care/ Emergency Service, Hospital/ Inpatients/ Health Services for the Aged/	Date de publication après 2014 Humains Langues : Anglais, Français Ages: 80 and overs: 80+ years, 65+ years
PubMed	Referral and consultation/ Patient Care Team/ Patient Care management/ Mobile Health Units/ OU Geriatric* and (team* or unit or units) and (consultation or liaison or inpatient* or mobile or assessment* or interdisciplinary or multidisciplinary).m_titl.	Geriatrics/ Geriatric Assessment/ Geriatric nursing/	Hospitalization/ Emergency medical services/ Ambulatory Care/ Inpatients/ Health Services for the Aged/ Acute disease/therapy	Date de publication après 2014 Humains Langues : Anglais, Français Ages: 80 and overs: 80+ years, 65+ years
Embase	Patient Referral/ Patient Care/ Team Work/ Consultation/ OU Geriatric* and (team* or unit or units) and (consultation or liaison or inpatient* or mobile or assessment* or interdisciplinary or multidisciplinary).m_titl.	Geriatrics/ Geriatric Assessment/ Geriatric nursing/ Geriatric care/ Geriatric patient/ Geriatrician/ "geriatric*".m_titl.	Hospitalization/ Hospital/ Hospital readmission/ Hospital discharge/ Hospital patient/ Emergency health service/ Ambulatory Care/ Emergency Service, Hospital/ Health Services for the Aged/ Acute disease/di, dm, th [Diagnosis, Disease Management, Therapy]	Date de publication après 2014 Humains Langues : Anglais, Français Ages: 80 and overs: 80+ years, 65+ years
CINAHL	"Referral and consultation"/ "Multidisciplinary care team"/ "Mobile Health Units"/ OU	Geriatrics/ Exp Geriatric Assessment/ Gerontologic nursing/ Gerontologic care/	Hospitalization/ Hospital/ Readmission/ Emergency medical services/ Ambulatory Care/ Inpatient/	Date de publication après 2014 Humains Langues : Anglais, Français

Base de données	Concept 1 – Équipe de consultation	Concept 2 – Gériatrie	Concept 3 – Milieux d'intervention	Limites
	Geriatric* and (team* or unit or units) and (consultation or liaison or inpatient* or mobile or assessment* or interdisciplinary or multidisciplinary).m_titl.	Geriatrician/ "geriatric*".m_titl.	Health Services for the Aged/	Ages: 80 and overs: 80+ years, 65+ years
COCHRANE	Langage naturel : "Inpatient geriatric consultation team" "Geriatric liaison team" "Geriatric consultation team" "Geriatric interdisciplinary team" "Mobile geriatric unit" "Geriatric assessment team" "Multidisciplinary geriatric consultation team"			Date de publication après 2014 Humains Langues : Anglais, Français Ages: 80 and overs: 80+ years, 65+ years

Annexe 2. Organigramme de sélection des articles scientifiques publiés entre 2014 et 2018 sur les EMCG



Annexe 3. Définitions des six types d'intervention intra-hospitalières répertoriées par le groupe de travail sur les équipes mobiles de gériatrie en France

« Des interventions intra-hospitalières ont été définies, dont :

- **L'évaluation gériatrique standardisée dite "longue"** durant 150 minutes en moyenne, impliquant plusieurs professionnels dans l'équipe ; elle est le plus souvent réalisée en service de spécialités ou au sein des unités d'hospitalisation de courte durée des urgences ;
- **La consultation d'évaluation gériatrique intrahospitalière** : ce type d'expertise est souvent proposé au département des urgences, la procédure diagnostique et de soins est moins exhaustive, la durée moyenne est d'environ une heure, l'évaluation est souvent réalisée par le binôme médecin – infirmière avec l'objectif de proposer une évaluation gériatrique rapide et synthétique avec une aide à l'orientation ;
- **La consultation gériatrique de liaison** : ce type de consultation implique un seul intervenant, il s'agit d'une consultation courte qui peut être réalisée au lit du patient ou par téléphone ; il peut s'agir d'une consultation médicale à but diagnostique ou thérapeutique, d'un avis paramédical (infirmière, ergothérapeute...), ou d'une aide à l'orientation (assistante sociale) ;
- **La consultation de suivi** dans le but d'évaluer le suivi des recommandations de l'EMG dans les unités ou après le retour à domicile du patient (suivi téléphonique et coordination avec le réseau gérontologique).

L'ensemble des modalités d'intervention a été validé par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ainsi que par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Le projet est maintenant de les utiliser pour évaluer l'activité des EMG en région. » [20]

Annexe 4. Disponibilité des EMCG dans les 38 hôpitaux québécois ayant participé à l'enquête

Région	Hôpitaux	Présence EMCG (U, US ou M)
1	Hôpital régional de Rimouski	Non
2	Hôpital d'Alma	Non
	Hôtel-Dieu de Roberval	Non
	Centre de service Dolbeau	Non
	Hôpital de Jonquière	Non
	Hôpital de Chicoutimi	Non
3	CHUL (CHU de Québec)	Non
	Hôpital St-François d'Assise (CHU de Québec)	Non
	Hôpital St-Sacrement (CHU de Québec)	Oui (U)
4	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	Non
	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Non
	Hôpital de Louiseville (Maskinongé)	Non
	Pavillon Sainte-Marie (CHRTR)	Non
5	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Oui (US)
	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	Oui (US)
6	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Non
	Hôpital Général Juif de Montréal	Oui (U, US)
	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Non
	Hôpital Notre-Dame	Non
	CHUM	Oui (U, US)
	Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci	Non
	Hôpital Général de Montréal (CUSM)	Oui (U, US)
	Site Glen (CUSM)	Oui (U, US)
	Centre hospitalier St-Mary	Non
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Oui (U)
9	Hôpital de Sept-Îles	Non
	Hôpital Le Royer	Non
11	Hôpital de Chandler	Non
	Hôtel-Dieu de Gaspé	Non
12	Hôtel-Dieu de Lévis	Non
13	Cité-de-la-Santé	Oui (M)
14	Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	Oui (US)
	Centre hospitalier régional de Lanaudière	Oui (US)
15	Hôpital de St-Jérôme	Non
16	Hôpital Honoré-Mercier	Oui (US)
	Hôpital Pierre-Boucher	Non
	Hôpital Charles Le Moyne	Non
	Hôpital du Haut-Richelieu	Non

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la santé et des services sociaux: **S04-Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe. Ensemble du Québec**: Banque de données MED-ÉCHO. Régie de l'assurance maladie du Québec.; 2017, http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2016-2017/S04_Sommaire_departs_et_jours_d-hospitalisation_Age_et_sexe.pdf [consulté le 14-06-2018].
2. Institut de la statistique Québec: **Estimation de la population du Québec par groupe d'âge et sexe, au 1er juillet, 2001 à 2017**. Québec (Québec, Canada): Institut de la statistique Québec; 2017, <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html> [consulté le 2 octobre 2018].
3. 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.
4. Comité du RUIS de l'Université de Montréal sur le vieillissement: **Mise à jour de l'inventaire des Unités de courte durée gériatriques au Québec et impact du mode d'admission au programme sur certains indicateurs de performance**. Montréal (Québec, Canada): RUIS de l'Université de Montréal; 2018.
5. Kergoat M, Latour J, Bolduc A: **Rapport des consultations sur la mission, la clientèle ainsi que la planification et l'organisation du congé du programme UCDG**. Montréal (Québec): Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2016, www.rushgq.org (document accessible gratuitement sur l'accès invité).
6. Kergoat MJ, Latour J, Provost N, Fortin MP, Champagne G, St-Amant J, Vu TTM, Morais J, Forget C, Thibault J *et al*: **Inventaire des services gériatriques spécialisés au Québec**. Montréal (Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015, www.rushgq.org (document accessible gratuitement sur l'accès invité).
7. Devriendt E, De Brauwer I, Vandersaenen L, Heeren P, Conroy S, Boland B, Flamaing J, Sabbe M, Milisen K: **Geriatric support in the emergency department: a national survey in Belgium**. *BMC Geriatrics* 2017, **17**(1).
8. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C *et al*: **Comprehensive geriatric care in hospitals: the role of inpatient geriatric consultation teams**, vol. Report 245. Brussels: Belgian: Health Services Research (HSR) Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015.
9. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Van den Heede K, Flamaing J, Boland B, Milisen K: **Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review**. *International journal of nursing studies* 2016, **55**:98-114.
10. Bloch F, Bayle C, Nathalie S, Der Sahakian G, Pasquet C, Rivals P, Rigaud PA: **[Experience of a emergency mobile geriatric team]**. *Soins Gerontologie* 2007(64):29-31.

11. Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, Morin T, Gromier A, Sala C, Lô-Strauss B: **Functioning of mobile geriatric units or a professional interdisciplinary pattern: experience of Grenoble University Hospital.** *Année Gériatol* 2008, **1**(1):e8-e16.
12. Cudennec T, Bauer T, Moulias S, Muller F, Lortat Jacob A, Teillet L: **[Geriatric intervention team in an academic orthopedic surgery department: activity at the Ambroise-Pare Hospital in Boulogne, France].** *Revue de chirurgie orthopedique et reparatrice de l'appareil moteur* 2006, **92**(8):813-817.
13. Cudennec T, Galiano O: **[Sensitizing specialty services to geriatric care via the mobile geriatric teams].** *Soins Gerontologie* 2007(64):22-24.
14. Duc S, Fernandez C, Moheb B, Dang VM, Bloch F, Floccia M, Videau MN, Tournier Louvel S, Ducastaing L, Couturier P *et al*: **[Triage risk screening tool (TRST) in screening elderly patients requiring the intervention of a mobile geriatric team: results of a pilot study].** *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* 2015, **13**(1):55-62.
15. Garnier V, Corte-Franco G, Couturier P: **Contribution à l'amélioration des pratiques en EMG : les recommandations et leur suivi.** *La revue de Gériatrie* 2012, **37**(9).
16. Laquet B, Gromier A, Couturier P: **Amélioration des pratiques de soins aux urgences par les EMG.** *La revue de Gériatrie* 2012, **37**(9).
17. Morin T, Laniece I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P: **[Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team].** *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* 2012, **10**(3):285-293.
18. Natali JP, Schwald N, Bach F, Bourgozin G, Chiffroy D, Bloch F: **[Benefit of a geriatric mobile team in the emergency departments: a ten-year review].** *Soins Gerontologie* 2015(116):22-24.
19. Salles N: **Enquête nationale sur les pratiques des Équipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG.** *La revue de Gériatrie* 2012, **37**(9).
20. Salles N: **The locations of mobile geriatric teams in France. [French].** *Soins* 2015, **Gerontologie**.(116):12-14.
21. Steenpass V, Amiard S, Garnier V, Deschasse G, Lanièce I, Couturier P: **Les équipes mobiles de gériatrie servent-elles à quelque chose ? Données de la métaanalyse Cochrane et expérience du CHU de Grenoble.** *La Revue de gériatrie* 2012, **37**(9).
22. Couturier P, Fachler-Buatois S, Tranchant L, Morin T, Millet C, Lanièce I: **Rôle de l'unité mobile de gérontologie dans l'identification et l'orientation des patients avec troubles cognitifs.** *Ann Gériatol* 2009, **2**(1):27-33.
23. Kircher TT, Wormstall H, Muller PH, Schwarzler F, Buchkremer G, Wild K, Hahn JM, Meisner C: **A randomised trial of a geriatric evaluation and management consultation services in frail hospitalised patients.** *Age and ageing* 2007, **36**(1):36-42.
24. Buurman BM, Parlevliet JL, van Deelen BA, de Haan RJ, de Rooij SE: **A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge.** *BMC health services research* 2010, **10**:296.
25. Clift EL: **Innovative ED older persons' care: a report on an initiative developed in Southampton Hospital ED.** *Int Emerg Nurs* 2012, **20**(4):201-206.
26. Harvey P, Wilson D: **The role of the specialist nurse in an acute assessment and liaison service.** *Nurs Older People* 2009, **21**(10):24-28.

27. Shyu YI, Liang J, Tseng MY, Li HJ, Wu CC, Cheng HS, Chou SW, Chen CY, Yang CT: **Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: a randomised controlled trial.** *International journal of nursing studies* 2013, **50**(8):1013-1024.
28. Shyu YI, Liang J, Tseng MY, Li HJ, Wu CC, Cheng HS, Yang CT, Chou SW, Chen CY: **Comprehensive care improves health outcomes among elderly Taiwanese patients with hip fracture.** *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2013, **68**(2):188-197.
29. Shyu YI, Liang J, Wu CC, Su JY, Cheng HS, Chou SW, Chen MC, Yang CT: **Interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese: benefits last for 1 year.** *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2008, **63**(1):92-97.
30. Shyu YI, Liang J, Wu CC, Su JY, Cheng HS, Chou SW, Chen MC, Yang CT, Tseng MY: **Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese.** *J Am Geriatr Soc* 2010, **58**(6):1081-1089.
31. Shyu YI, Liang J, Wu CC, Su JY, Cheng HS, Chou SW, Yang CT: **A pilot investigation of the short-term effects of an interdisciplinary intervention program on elderly patients with hip fracture in Taiwan.** *J Am Geriatr Soc* 2005, **53**(5):811-818.
32. Tseng MY, Shyu YI, Liang J: **Functional recovery of older hip-fracture patients after interdisciplinary intervention follows three distinct trajectories.** *The Gerontologist* 2012, **52**(6):833-842.
33. Allen CM, Becker PM, McVey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ: **A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations.** *JAMA* 1986, **255**(19):2617-2621.
34. Fallon WF, Jr., Rader E, Zyzanski S, Mancuso C, Martin B, Breedlove L, DeGolia P, Allen K, Campbell J: **Geriatric outcomes are improved by a geriatric trauma consultation service.** *J Trauma* 2006, **61**(5):1040-1046.
35. Becker PM, McVey LJ, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ: **Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team.** *JAMA* 1987, **257**(17):2313-2317.
36. McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ: **Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial.** *Ann Intern Med* 1989, **110**.
37. Saltz CC, McVey LJ, Becker PM, Feussner JR, Cohen HJ: **Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization.** *The Gerontologist* 1988, **28**(3):344-350.
38. Cohen HJ, Saltz CC, Samsa G, McVey L, Davis D, Feussner JR: **Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team.** *J Am Geriatr Soc* 1992, **40**(12):1231-1235.
39. Arbaje AI, Maron DD, Yu Q, Wendel VI, Tanner E, Boulton C, Eubank KJ, Durso SC: **The geriatric floating interdisciplinary transition team.** *J Am Geriatr Soc* 2010, **58**(2):364-370.
40. Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG: **Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients.** *J Am Geriatr Soc* 1985, **33**(6):422-428.
41. Blumenfeld S, Morris J, Sherman FT: **The geriatric team in the acute care hospital: an educational and consultation modality.** *J Am Geriatr Soc* 1982, **30**(10):660-664.

42. Borok GM, Reuben DB, Zendle LJ, Ershoff DH, Wolde-Tsadik G, Rubenstein LZ, Ambrosini VL, Fishman LK, Beck JC: **Rationale and design of a multi-center randomized trial of comprehensive geriatric assessment consultation for hospitalized patients in an HMO.** *J Am Geriatr Soc* 1994, **42**(5):536-544.
43. Champion EW, Jette A, Berkman B: **An interdisciplinary geriatric consultation service: a controlled trial.** *J Am Geriatr Soc* 1983, **31**(12):792-796.
44. Dellasega C, Salerno F, Lacko L, Waaser T: **The impact of a geriatric assessment team on patient problems and outcomes.** *Medsurg Nursing* 2001, **10**(4).
45. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, Liu Y, Rubenstein LZ, Beck JC: **A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients.** *N Engl J Med* 1995, **332**(20):1345-1350.
46. Reuben DB, Fishman LK, McNabney M, Wolde-Tsadik G: **Looking inside the black box of comprehensive geriatric assessment: a classification system for problems, recommendations, and implementation strategies.** *J Am Geriatr Soc* 1996, **44**(7):835-838.
47. Inouye SK, Acampora D, Miller RL, Fulmer T, Hurst LD, Cooney LM, Jr.: **The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients.** *J Am Geriatr Soc* 1993, **41**(12):1345-1352.
48. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM, Jr., Tinetti ME: **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):1353-1360.
49. Winograd CH: **Inpatient geriatric consultation.** *Clin Geriatr Med* 1987, **3**(1):193-202.
50. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V: **Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation.** *J Am Geriatr Soc* 1988, **36**(12):1113-1119.
51. Winograd CH, Gerety MB, Lai NA: **A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research.** *Arch Intern Med* 1993, **153**(17):2017-2023.
52. Miracle K: **The role of the geriatric consultation team in an acute care hospital.** *Perspectives* 1992, **16**(2):2-5.
53. Sennour Y, Counsell SR, Jones J, Weiner M: **Development and implementation of a proactive geriatrics consultation model in collaboration with hospitalists.** *J Am Geriatr Soc* 2009, **57**(11):2139-2145.
54. Thomas DR, Brahan R, Haywood BP: **Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality.** *J Am Geriatr Soc* 1993, **41**(2):101-104.
55. Tucker D, Bechtel G, Quartana C, Badger N, Werner D, Ford I, Connelly L: **The OASIS program: redesigning hospital care for older adults.** *Geriatr Nurs* 2006, **27**(2):112-117.
56. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BA, Moll van Charante EP, de Haan RJ, de Rooij SE: **Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial.** *JAMA internal medicine* 2016, **176**(3):302-309.
57. Gayton D, Wood-Dauphinee S, de Lorimer M, Tousignant P, Hanley J: **Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital.** *J Am Geriatr Soc* 1987, **35**(8):726-736.
58. Hogan DB, Fox RA: **A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital.** *Age and ageing* 1990, **19**(2):107-113.
59. Hogan DB, Fox RA, Badley BW, Mann OE: **Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital.** *CMAJ* 1987, **136**(7):713-717.

60. Braes T, Flamaing J, Pelemans W, Milisen K: **Geriatrics on the run: rationale, implementation, and preliminary findings of a Belgian internal liaison team.** *Acta clinica Belgica* 2009, **64**(5):384-392.
61. Deschodt M, Braes T, Broos P, Sermon A, Boonen S, Flamaing J, Milisen K: **Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalization, and readmission rate in older adults with hip fracture: a controlled trial.** *J Am Geriatr Soc* 2011, **59**(7):1299-1308.
62. Deschodt M, Braes T, Flamaing J, Detroyer E, Broos P, Haentjens P, Boonen S, Milisen K: **Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation.** *J Am Geriatr Soc* 2012, **60**(4):733-739.
63. Armand S: **Collaboration in the prevention of frailty.** [French]. *Revue de l'infirmiere* 2017, **66**(236):21-22.
64. Allen S, Bartlett T, Ventham J, McCubbin C, Williams A: **Benefits of an older persons' assessment and liaison team in acute admissions areas of a general hospital.** *Pragmatic and observational research* 2010, **1**:1-6.
65. De Saint-Hubert M, Schoevaerds D, Cornette P, D'Hoore W, Boland B, Swine C: **Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: a systematic review of screening tools.** *The journal of nutrition, health & aging* 2010, **14**(5):394-399.
66. Bakker FC, Olde Rikkert MG: **Hospital Care for Frail Elderly Adults: From Specialized Geriatric Units to Hospital-Wide Interventions.** *Interdiscip Top Gerontol Geriatr* 2015, **41**:95-106.
67. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I *et al*: **Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital.** *The Cochrane database of systematic reviews* 2017, **9**:Cd006211.
68. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé: **Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique;** 2002, <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm> [consulté le 2 octobre 2018].
69. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins: **Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences;** 2003, <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm> [consulté le 2 octobre 2018].
70. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, Bureau de l'organisation régionale des soins et populations spécifiques (O2): **Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques;** 2007, <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm> [consulté le 2 octobre 2018].
71. Deschodt M, Flamaing J, Rock G, Boland B, Boonen S, Milisen K: **Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals: a national survey study.** *International journal of nursing studies* 2012, **49**(7):842-849.
72. Van Grootven B, Flamaing J, Dierckx de Casterle B, Dubois C, Fagard K, Herregods MC, Hornikx M, Laenen A, Meuris B, Rex S *et al*: **Effectiveness of in-hospital geriatric co-management: a systematic review and meta-analysis.** *Age and ageing* 2017, **46**(6):903-910.

73. Van Grootven B, McNicoll L, Mendelson DA, Friedman SM, Fagard K, Milisen K, Flamaing J, Deschodt M: **Quality indicators for in-hospital geriatric co-management programmes: a systematic literature review and international Delphi study.** *BMJ open* 2018, **8**(3):e020617.
74. Monitor: **Moving healthcare closer to home - case studies: Improving acute pathways.** London (United Kingdom): Monitor; 2015, <https://www.gov.uk/guidance/moving-healthcare-closer-to-home> [consulté le 2 octobre 2018].
75. Harari D, Martin FC, Buttery A, O'Neill S, Hopper A: **The older persons' assessment and liaison team 'OPAL': evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients.** *Age and ageing* 2007, **36**(6):670-675.
76. Wright PN, Tan G, Iliffe S, Lee D: **The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges.** *Age and ageing* 2014, **43**(1):116-121.
77. Bottrill P, Heuzenroeder L, Hewton C, Lorimier C, Mosel P, Neideck S, Philcox R, Resili K, To T, Yu S: **Level 6 Area Geriatric Service - Geriatric Consultation Liaison Team - MODEL OF CARE.** Adelaide, South Australia: Statewide Older People Clinical Network; 2013, <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a9fe7b804e5a9463887bfcfefb3fa04f/Geriatric+Consultation+Liaison+Team+Model+of+Care.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-a9fe7b804e5a9463887bfcfefb3fa04f-lztcT2I> [consulté le 2 octobre 2018].
78. Deschodt M, Boland B, Lund CM, Saks K, Velonaki VS, Samuelsson O, Kennely S, Vassallo MA, Veninsek G, Flamaing J: **Implementation of geriatric care models in Europe (imAGE.eu): a cross-sectional survey in eight countries.** In: *European Geriatric Medicine.* European Geriatric Medicine Society; 2018.
79. Gagnon A, Simard I, Monté M, Larouche I, Mallette I, Thibodeau M-E, Félix R, Rondeau C, Bédard C, Duong F *et al*: **Cadre de référence: Équipe de consultation interdisciplinaire en gériatrie (ECIG).** Laval (Québec, Canada): DPSAPA, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CISSS de Laval; 2017.
80. Neveu J, Lacombe G, Richard C: **Équipes de consultation en gériatrie - Programmation.** Sherbrooke (Québec, Canada): Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; 2013.
81. Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec: **Cadre de référence : Équipe de consultation gériatrique (ÉCG) - Document de travail.**
82. Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme: **ÉQUIPE ECGT À L'URGENCE.** 2012.