INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

AOÛT 2024

Réponse rapide - sans recommandation

Description des services gériatriques spécialisés et de leurs composantes organisationnelles et cliniques, au Canada (hors Québec) et à l'international

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Québec

Description des services gériatriques spécialisés et de leurs composantes organisationnelles et cliniques, au Canada (hors Québec) et à l'international

Rédaction
Annik Moreau
Sybille Saury

Coordination scientifique
Marilyn Fortin

Direction
Marie-Claude Sirois
Anne Chamberland

La présente réponse rapide a été préparée par une équipe multidisciplinaire de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales
Annik Moreau, Ph. D.
Sybille Saury, M. Sc.

Coordonnatrice scientifique
Marilyn Fortin, Ph. D.

Adjointe à la direction
Anne Chamberland, B.A., M.S.S.

Directrice
Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. Éd., M. Sc. adm.

Repérage de l'information scientifique
Karine Bélanger, M.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif
Julie Dionne

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-98506-8 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Description des services gériatriques spécialisés et de leurs composantes organisationnelles et cliniques, au Canada (hors Québec) et à l'international. Réponse rapide rédigée par Annik Moreau et Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS; 2024. 41 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Responsabilité

L’INESSS assume l’entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document au moment de sa publication. Suivant l’évolution de la situation, les conclusions de cette réponse rapide pourraient être appelées à changer.

TABLE DES MATIÈRES

OFFRES DE SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS I
CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [AOÛT 2024] I
SIGLES ET ACRONYMES III
GLOSSAIRE IV
INTRODUCTION 1
1 MÉTHODOLOGIE 3
1.1 Questions d'évaluation 3
1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique 3
1.3 Critères de sélection des documents 4
1.4 Extraction et analyse des données 5
1.5 Mise à jour ou retrait 6
2 RÉSULTATS 7
2.1 Description des documents retenus et du rapport 7
2.2 Description des services gériatriques spécialisés et de modèles de soins et services intégrés 7
2.2.1 SGS en unités de soins de courte durée 8
2.2.2 SGS en cliniques externes 10
2.2.3 SGS en équipes ambulatoires 12
2.2.4 Autres SGS 13
2.2.5 Les SGS au sein de structures de soins et services intégrés 16
2.3 Principales composantes organisationnelles et cliniques des services gériatriques spécialisés et des modèles de soins et services intégrés 18
2.3.1 Collaborations et partenariats 19
2.3.2 Multidisciplinarité, interdisciplinarité et expertise gériatrique 19
2.3.3 Partage des bonnes pratiques 20
2.3.4 Utilisation d'une évaluation multidimensionnelle 20
2.3.5 Modalités de prestation flexibles 20
2.3.6 Soins et services centrés sur les usagers et les PPA 21
CONCLUSION 22
RÉFÉRENCES 25
ANNEXE A 30
Stratégie de repérage de l'information scientifique 30
ANNEXE B 38
Sélection des documents 38
ANNEXE C 39
Tableaux de résultats 39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études 4
Tableau A-1 Bases de données bibliographiques 30
Tableau A-2 Autres sources consultées 36
Tableau C-1 Services gériatriques spécialisés répertoriés 39
Tableau C-2 Description des services gériatriques spécialisés 41

LISTE DES FIGURES

Figure B-1 Diagramme de flux de type PRISMA 38

OFFRES DE SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

Contexte

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'objectif est de réaliser une recension sommaire des données disponibles ailleurs au Canada et à l'international sur les services gériatriques spécialisés (SGS) et leurs composantes organisationnelles et cliniques afin d'en informer les décideurs publics, les gestionnaires et les professionnels de la santé et des services sociaux.

Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur les processus habituels de réalisation des états de connaissances de l'INESSS. Ainsi, certaines des étapes régulières peuvent avoir été omises ou restreintes afin de répondre aux besoins urgents tout en maintenant une approche méthodologique rigoureuse et transparente. Dans les circonstances, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier ou retirer cette réponse rapide.

CONSTATS DE L'INESSS À CE JOUR [AOÛT 2024]

En se basant sur la documentation scientifique disponible et ses incertitudes, et tenant compte de l'adaptation de la démarche habituelle, l'INESSS émet les constats suivants :

- Les services gériatriques spécialisés ailleurs au Canada et à l'international :
  - incluent une variété de soins et services (p. ex. les unités de soins de courte durée, les cliniques externes, les services gériatriques spécialisés de transition) qui s'adressent aux personnes aînées présentant un profil gériatrique complexe et couvrent une diversité de problématiques médicales, physiques, psychiatriques et psychosociales;
  - peuvent offrir des services de consultation auprès des intervenants de la première ligne afin de les soutenir dans les situations complexes;
  - sont offerts par des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires comprenant généralement un gériatre.
- Les principales composantes organisationnelles et cliniques caractérisant les services gériatriques spécialisés relevés dans la littérature, ailleurs au Canada et à l'international, concernent :
  - la coordination des soins et services;
  - les collaborations et partenariats à l'intérieur des organisations, entre celles-ci et avec les autres secteurs;
  - la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et l'expertise gériatrique dans les équipes de soins et services;

- le partage des bonnes pratiques afin de favoriser un langage commun et l'intégration des services;
- l'utilisation d'une évaluation multidimensionnelle, telle l'évaluation gériatrique globale;
- l'offre de modalités de prestation flexibles afin de s'adapter aux besoins des personnes aînées;
- les soins et services centrés sur les usagers et les personnes proches aidantes dans la planification et la prestation des soins et services.

- Les services gériatriques spécialisés peuvent s'inscrire à l'intérieur de structures de soins et services intégrés, lesquels sont basés sur une approche globale, qui considère les besoins multidimensionnels des personnes aînées afin de leur offrir des services qui soient adaptés, et ce, dans l'ensemble du continuum des soins et services.

SIGLES ET ACRONYMES

ACE	*Acute Care of the Elderly*
AFU	*Acute Frailty Unit*
AHS	Alberta Health Services
BGS	British Geriatrics Society
CGA	*Comprehensive geriatric assessment*
EGG	Évaluation gériatrique globale (traduction de CGA)
HAS	Haute Autorité de Santé
HQO	Health Quality Ontario
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTSS	Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PIPOH	Population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) et le milieu et le contexte clinique où s'appliquent les interventions (*health care setting*)
PPA	Personne proche aidante
PGLO	Provincial Geriatric Leadership Ontario
RGPO	Regional Geriatric Programs of Ontario
RSGS	Regional Specialized Geriatric Services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUSHGQ	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SGS	Services gériatriques spécialisés
SHA	Saskatchewan Health Autority
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

GLOSSAIRE

Accessibilité des soins et services

> « L'accessibilité réfère à la facilité d'entrer dans le système en raison de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, structurelles et organisationnelles. Elle se reporte à l'adéquation entre les caractéristiques des ressources et des services d'une organisation de santé et de services sociaux et les besoins de la population et des usagers pour fournir les soins et les services, à l'endroit et au moment opportun » [MSSS, 2023a, p. 40].

Cliniques externes de gériatrie

> « Il existe des cliniques externes de gériatrie de deuxième et troisième ligne. [En deuxième ligne, elles dispensent des services de] consultation d'un médecin omnipraticien avec expertise en soins aux personnes âgées avec ou sans équipe interprofessionnelle, offerte sur une base externe, auprès de personnes âgées présentant un profil gériatrique » [RUSHGQ, 2023, p. 37].

Cliniques externes surspécialisées de gériatrie

> « Cliniques externes de gériatrie thématiques qui se distinguent en deuxième (psychogériatrie, mémoire) ou troisième ligne (psychogériatrie, mémoire, continence, douleur chronique, dysphagie, oncogériatrie, troubles de l'équilibre/chutes) par la complexité du cas et le niveau de spécialisation du médecin consultant » [RUSHGQ, 2023, p. 37].

Coordination

> Elle réfère à « la capacité de mettre en lien de manière synchronisée les personnes et les services afin d'accomplir un ensemble de tâches, d'assurer une offre de services cohérente centrée sur l'usager tout au long de la trajectoire » [MSSS, 2023a, p. 44].

Domicile

> « Le domicile est considéré comme le lieu de vie choisi par l'usager, sans recours aux mécanismes d'accès d'un établissement, c'est-à-dire l'endroit où il réside de façon temporaire ou permanente, que ce soit une maison, une chambre, un appartement, un HLM [habitation à loyer modique], une coopérative d'habitation ou une RPA » [MSSS, 2021, p. 72].

Évaluation gériatrique globale (*Comprehensive geriatric assessment*)

> L'évaluation gériatrique globale, aussi appelée évaluation gériatrique complète ou standardisée, « est un processus diagnostique et thérapeutique pluridimensionnel et pluridisciplinaire réalisé afin d'identifier les problèmes médicaux, de santé mentale et fonctionnels des personnes âgées ayant des facteurs de fragilité de manière à ce qu'un programme de traitement coordonné et intégré ainsi qu'un suivi puissent être développés » (traduction de Cochrane, dans RUSHGQ [2019]).

Équipe ambulatoire de gériatrie

> « Équipe interdisciplinaire [de deuxième ligne] qui intervient dans le milieu de vie de personnes âgées présentant un profil gériatrique. Ces équipes dispensent des services d'évaluation-orientation, font des recommandations aux référents et assument un suivi si nécessaire » [RUSHGQ, 2023, p. 37].

Équipe ambulatoire de psychogériatrie

> « Équipe interdisciplinaire [de deuxième ligne] qui intervient en soutien aux équipes de 1re ligne en milieu de vie auprès des personnes âgées qui présentent des problèmes de santé mentale le plus souvent liés au vieillissement et/ou des symptômes comportementaux et psychologiques d'une démence (SCPD) » [RUSHGQ, 2023, p. 37].

Fragilité

> « La fragilité est associée à un état médical individuel observé à partir d'un cumul d'indicateurs affectant le fonctionnement de plusieurs organes et systèmes dont les causes multidimensionnelles (physique, psychologique, sociale et environnementale) sont interreliées. Elle se manifeste par une capacité diminuée à composer avec des facteurs de stress interne ou externe » [MSSS, 2024, p. 3].

Hôpital de jour en gériatrie

> « Équipe interdisciplinaire [de deuxième ligne] qui dispense en externe des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation à des personnes âgées présentant un profil gériatrique » [RUSHGQ, 2023, p. 37].

Interdisciplinarité

> « Modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes » [Archambault dans Payette, 2001].

Intervenant

> « Un intervenant est un terme générique qui désigne l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci » [MSSS, 2023a, p. 47].

Multidisciplinarité

> Processus amenant une juxtaposition des disciplines qui est additif, mais non intégratif. Les perspectives disciplinaires ne sont pas changées, mais contrastées. Pour aborder un problème commun, les membres des équipes multidisciplinaires travaillent de façon cohérente, en parallèle ou séquentiellement et selon leur discipline respective [Choi et Pak, 2006].

Partenariat entre les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

> « Le partenariat est une approche qui repose sur la relation entre les usagers, les membres de leur entourage et les acteurs du RSSS. Cette relation mise sur la coconstruction, la complémentarité et le partage des savoirs respectifs ainsi que sur la façon avec laquelle les divers partenaires travaillent ensemble. Plus précisément, la relation favorise le développement d'un lien de confiance et la reconnaissance de la valeur et de l'importance des savoirs de chacun, y compris le savoir expérientiel des usagers et des membres de leur entourage. Cela signifie qu'à partir de la mise en commun de ces savoirs se développe une compréhension partagée d'une situation ou d'une problématique; par la suite, les partenaires, les usagers et les membres de leur entourage étant considérés comme tels au même titre que les intervenants et les professionnels ou autres acteurs, définissent ensemble les actions et les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux différents besoins » [MSSS, 2023a, p. 48].

Services de première ligne

> « Les services de première ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières » [MSSS, 2004, p. 6].

Services de deuxième ligne

> « Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne, ces derniers sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées, en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers » [MSSS, 2004, p. 6].

Services de troisième ligne

> « Le troisième niveau d'accès regroupe les services de troisième ligne, ces derniers sont, habituellement, des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares » [MSSS, 2004, p. 6].

Services gériatriques spécialisés

Ils sont couramment désignés en tant que services de deuxième ou troisième ligne. Ils permettent de répondre à des problématiques sociales et de santé complexes. Bien que les technologies et expertises au sein de ces services soient spécialisées, elles sont répandues. Ces services sont organisés à l'échelle régionale et offerts au niveau local ou régional [MSSS, 2004].

Transition

« Une transition désigne classiquement un déplacement physique de la personne usagère intra ou inter établissement, un transfert ou un partage de responsabilités entre les professionnels et intervenants (p. ex. changement d'infirmier à l'hôpital), ou encore un changement du niveau d'aide requise en fonction de l'évolution des besoins en soins et en services de l'usager ou de ses PPA, sans égard au milieu de vie (p. ex. ajout de services offerts par un organisme communautaire). » [INESSS, 2024, p. 1].

Trajectoire de soins et services

« La trajectoire de soins et services est une portion du parcours d'un regroupement d'usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/accompagnement et de soutien en fin de vie. Les étapes de la trajectoire nécessitent une coordination en interdisciplinarité par les usagers, les intervenants, les professionnels et les partenaires sur le territoire de desserte » [MSSS, 2023a, p. 52].

INTRODUCTION

L'augmentation de l'espérance de vie dans les pays industrialisés donne lieu à une croissance constante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. Au Québec, elles représentent 20 % de la population et 75 % d'entre elles composent avec au moins une maladie chronique telle que l'asthme, l'hypertension, le diabète, etc. [Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2023; Institut national de santé publique du Québec (INPSQ), 2009]. Bien que la majorité de ces personnes déclarent n'avoir aucune incapacité découlant de leur maladie, l'augmentation de la prévalence des personnes vivant avec des maladies chroniques, des incapacités ou des troubles cognitifs amène une hausse des demandes dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), laquelle requiert une adaptation des offres de soins et services afin qu'elles soient en adéquation avec les besoins des personnes [ISQ, 2023; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2017].

Configuration des soins et services au Québec

Au Québec, la configuration des programmes-services inclut deux catégories de services, soit ceux répondant à des besoins de l'ensemble de la population (santé publique, services généraux) et ceux répondant à des problématiques particulières (p. ex. perte d'autonomie liée au vieillissement, jeunes en difficulté, santé mentale). Ce n'est pas le type de « client » (p. ex. personnes aînées, jeunes) qui détermine quel programme sera attribué à l'usager, mais bien les besoins liés à une problématique [MSSS, 2004]. Les programmes-services sont constitués de services de première, deuxième et troisième lignes.

Les services de première ligne comprennent ceux destinés à répondre aux besoins de l'ensemble de la population et ceux découlant de problématiques spécifiques. Il s'agit de services de proximité, qui sont accessibles dans un établissement et offerts au niveau local [MSSS, 2004][1].

Les services de deuxième ligne sont spécialisés et destinés à répondre à des problématiques biopsychosociales complexes en s'appuyant sur des technologies et expertises pointues. Ces services sont généralement accessibles par une référence, afin de soutenir les intervenants des services de première ligne, que ce soit directement auprès des usagers ou sous forme de consultation pour les intervenants [MSSS, 2004].

Les services de troisième ligne sont surspécialisés et destinés à répondre à des problématiques biopsychosociales très complexes en s'appuyant sur des technologies et expertises avancées et rares. Ces services sont généralement accessibles par une référence et offerts régionalement et rarement au niveau local [MSSS, 2004]. Ces services incluent par exemple les unités de soins palliatifs gériatriques, les unités

[1] Ils incluent notamment les services de soutien à domicile (p. ex. les soins infirmiers et d'hygiène, des services de réadaptation ou psychosociaux et les services aux personnes proches aidantes) afin de favoriser le maintien des capacités des personnes et de faire en sorte qu'elles puissent continuer de vivre à leur domicile [MSSS, 2023b; 2003].

neurocomportementales et les services gériatriques situés dans un centre universitaire [RUSHGQ, 2023].

Services gériatriques spécialisés (SGS)

Les SGS sont offerts au niveau local ou régional et incluent notamment les unités de courte durée gériatrique (UCDG), les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), les équipes de consultation gériatrique et psychogériatrique en milieu hospitalier, les équipes ambulatoires de gériatrie et de psychogériatrie, les cliniques externes et les hôpitaux de jour [Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2023; 2020; MSSS, 2004]. D'après l'inventaire des SGS réalisé par le RUSHGQ en 2023, les offres de services diffèrent entre les régions du Québec, particulièrement lorsqu'il est question des services issus de la deuxième ligne (spécialisés). Par ailleurs, en réponse aux besoins croissants des personnes aînées, des initiatives ont émergé dans certaines régions du Québec, tels les « pôles gériatriques[2] » [Gouvernement du Québec, 2024]. Cependant, les appellations des différents SGS varient d'une région à l'autre, ce qui complexifie la possibilité de déterminer si les offres de services sont comparables sur l'ensemble du territoire québécois et d'en assurer le suivi [RUSHGQ, 2023].

Contexte de la demande

Dans ce contexte, le MSSS souhaite connaître les principales composantes organisationnelles et cliniques des SGS afin d'offrir des services répondant aux besoins des personnes aînées dans l'ensemble des régions du Québec.

[2] Les pôles gériatriques rassemblent différents soins et services gériatriques dans un même lieu pour les personnes aînées présentant des besoins complexes. Les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire, un médecin de famille et un gériatre [Gouvernement du Québec, 2024; RUSHGQ, 2023].

1 MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette réponse rapide, une revue de la portée (*scoping review* − qui s'apparente à une revue exploratoire de la littérature) des données issues de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée. Il s'agit d'une méthode de synthèse de la littérature sur un sujet spécifique, laquelle permet d'identifier des caractéristiques liées à un concept ou des lacunes en vue de travaux futurs et de déterminer la pertinence de réaliser une revue rapide ou systématique [Munn *et al.*, 2022].

1.1 Questions d'évaluation

L'organisation des services gériatriques spécialisés constitue l'objet d'évaluation dans le cadre de ce projet. Les travaux réalisés portent sur les questions suivantes :

1. Quels sont les services gériatriques spécialisés relevés dans la littérature canadienne (hors Québec) et à l'international?
2. Quelles sont les principales composantes (organisationnelles et cliniques) de ces offres de services?

1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique

La stratégie de repérage a été établie par une conseillère en information scientifique, en collaboration avec l'équipe de projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, PsycInfo et CINAHL Complete ont été interrogées en mai 2024 en tenant compte des concepts suivants : personnes aînées, gériatrie, soins intermédiaires et soins spécialisés. Dans le contexte de cette réponse rapide, les résultats ont été limités aux documents publiés de 2019 à 2024, en anglais ou en français et portant sur les pays suivants : Canada (hors Québec), Australie, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et les pays scandinaves (Suède, Norvège, Danemark et Finlande). La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées se trouvent à l'annexe A.

Pour la littérature grise, les sites Web des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé et des services sociaux, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec ont été consultés (p. ex. Australie, France ou Pays-Bas) (voir l'annexe A). Une recherche complémentaire a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google afin de répertorier les documents non publiés dans les sites Web cités plus haut.

1.3 Critères de sélection des documents

La sélection de la littérature a été effectuée par une personne de l'équipe de projet et validée par une seconde, en fonction des critères PIPOH[3] (voir le tableau 1). La première étape a consisté à identifier les documents pertinents en se basant sur le titre et le résumé des documents repérés. Puis, la sélection finale a été effectuée à la lecture des documents complets. Les documents inclus ont été regroupés selon la ou les questions d'évaluation auxquelles ils contribuaient à répondre. Les professionnelles se sont consultées en cas de doute et une liste des documents exclus et des raisons justifiant leur exclusion a été dressée. Pour plus de détails sur la sélection des documents et les raisons de leur exclusion, le diagramme de flux est présenté à l'annexe B.

Les publications retenues ont porté sur les services et soins offerts aux personnes âgées de 60 ans et plus, en soutien aux services de première ligne. Afin de respecter l'échéancier ciblé et en raison du volume important de la littérature sur le sujet, seules les revues de la littérature, les guides de pratiques ou autres types de rapports d'organisations savantes et d'évaluation des technologies en santé et services sociaux (incluant des considérations organisationnelles et cliniques) ont été retenus.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population d'intérêt	▪ Personnes âgées de 60 ans et plus, présentant : – des problèmes de santé complexes (p. ex. trouble neurocognitif, perte d'autonomie et réadaptation incertaine) – une fragilité ou un syndrome gériatrique dont l'état est instable ou se détériore – un besoin d'évaluation gériatrique	▪ Personnes de moins de 60 ans
Interventions	▪ Offre de services ou programmes spécialisés en gériatrie	▪ Offre de services de 1re et 3e lignes ▪ Offre de services exclusivement en CHSLD
Professionnels	▪ Tout intervenant en santé et services sociaux impliqué dans les services gériatriques spécialisés (p. ex. omnipraticiens, gériatres, neuropsychologues, pharmaciens, personnel infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, travailleurs sociaux, autres intervenants)	Aucun intervenant
Paramètres d'intérêts (*outcomes*)	▪ Paramètres de l'organisation des soins et services gériatriques spécialisés, notamment : – les composantes organisationnelles et cliniques des services	▪ Autres paramètres (p. ex. dimension financière) ▪ Les pratiques et outils cliniques exclusivement*

[3] PIPOH : population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) et le milieu et le contexte clinique où s'appliquent les interventions (*health care setting*).

Éléments	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Contexte/milieu d'utilisation de l'intervention	▪ Services gériatriques spécialisés (services de deuxième ligne, en soutien aux services de première ligne), dont les suivants : – unité de courte durée gériatrique (UCDG) – unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – équipe ambulatoire de gériatrie ou de psychogériatrie – certaines cliniques externes de gériatrie – hôpital de jour en gériatrie	▪ Autres services tels que les suivants : – services de promotion/prévention ou de repérage – services de première ligne – services de troisième ligne – équipe ambulatoire hospitalière – services qui ne sont pas gériatriques
Pays	▪ Pays ciblés faisant partie de l'OCDE : – Canada (hors Québec) – Australie – France – Nouvelle-Zélande – Pays-Bas – Royaume-Uni – Pays scandinaves	Autres pays
Type de publication	Revues de la littérature, guides de bonnes pratiques, lignes directrices	Autres types de littérature (p. ex. études primaires, lettre d'opinion)
Dates de publication	Janvier 2019 - mai 2024	Avant 2019
Langues	Français ou anglais	Autre langue

*Dans le cadre de ce projet, les composantes cliniques incluent les expertises cliniques et les approches qui peuvent sous-tendre les services. Ainsi, les outils ou recommandations liés aux interventions offertes aux usagers ne sont pas traités.

1.4 Extraction et analyse des données

Les données issues de la littérature scientifique et grise ont été extraites à l'aide du logiciel Nvivo12 et d'une grille d'extraction spécifique au projet. Des thèmes liés à la description des services (p. ex. admissibilité, modalités et lieux) et aux composantes cliniques et organisationnelles (p. ex. coordination, collaborations et partenariats, soins et services intégrés) ont été utilisés pour extraire et traiter les données. L'extraction de l'information a été réalisée par deux professionnelles scientifiques. Les résultats ont été résumés sous forme de synthèse narrative analytique. Cette synthèse permet de dégager les principaux constats ainsi que les similitudes et les divergences entre les différentes données recensées.

1.5 Mise à jour ou retrait

L’évaluation de la pertinence de mettre à jour cette réponse rapide ou d’en faire un état des connaissances en remplacement de la présente réponse rapide, selon les standards de l’INESSS, sera faite au cours des mois suivant la date de publication de la présente version.

La pertinence du retrait de la réponse rapide sera évaluée en l’absence de mise à jour pour des raisons justifiant que les constats qui y sont rapportés sont inutiles. Il peut, par exemple, s’agir de changements contextuels, de l’émergence de nouvelles interventions ou technologies.

2 RÉSULTATS

Dans le cadre de ce document, les SGS font référence aux services de deuxième ligne décrits dans le glossaire et en introduction. Ces services sont offerts au sein d'établissements du RSSS, tels les centres de réadaptation, les hôpitaux de jour, les cliniques externes [MSSS, 2023a; RUSHGQ, 2023].

2.1 Description des documents retenus et du rapport

Au total, 45 documents décrivant les SGS et leurs balises organisationnelles ou cliniques ont été retenus, soit 19 articles scientifiques et 26 documents publiés par des sociétés savantes et organisations gouvernementales ailleurs au Canada et à l'international.

Les résultats présentés dans cette section sont subdivisés en deux parties :

- la section 2.2 présente une description des SGS ailleurs au Canada et à l'international et des modèles de soins et services dans lesquels ils s'inscrivent;
- la section 2.3 décrit les principales composantes organisationnelles et cliniques des SGS et des modèles de soins et services intégrés ailleurs au Canada et à l'international.

Les principaux résultats de chacune de ces sections sont synthétisés dans la discussion. De plus, quelques éléments liés à l'implantation des principales composantes organisationnelles et cliniques sont discutés.

2.2 Description des services gériatriques spécialisés et de modèles de soins et services intégrés

Différents SGS sont disponibles et de nombreuses appellations et définitions sont utilisées pour les désigner et les caractériser. Les analyses ont permis de relier la littérature consultée[4] aux descriptions de SGS faites par le RUSHGQ [2023], lequel constitue un inventaire des SGS au Québec. Aux fins des analyses et de la présentation des résultats, les SGS répertoriés dans la littérature ont été répartis en quatre catégories :

- les unités de soins de courte durée;
- les cliniques externes;
- les équipes ambulatoires;
- les autres SGS (p. ex. certains services de consultation et services ambulatoires offerts en milieu hospitalier, les hôpitaux à domicile).

[4] Bien que les catégories soient basées sur les SGS décrits par le RUSHGQ [2023], la configuration des systèmes sociosanitaires dans les autres territoires et les divergences de définitions des SGS peuvent limiter la transférabilité des résultats au contexte québécois.

Les différents SGS répertoriés et organisés par catégorie (tableau C-1)[5] et la description des SGS par catégorie (tableau C-2) sont présentés à l'annexe C.

2.2.1 SGS en unités de soins de courte durée

Cette catégorie inclut les services offerts dans des installations telles que des unités de courte durée gériatrique ou des unités de réadaptation (pour plus de détails sur les services inclus, voir le tableau C-2 à l'annexe C).

2.2.1.1 Visées et services offerts en unités de soins de courte durée

Les unités de soins de courte durée visent à maintenir ou à favoriser l'autonomie, la capacité fonctionnelle et un retour à domicile [Alberta Health Services (AHS), s.d.-a; Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités (MTSS), 2024; Knight *et al.*, 2023; Kay, 2019; van Balen *et al.*, 2019]. D'autres options d'hébergement, en dehors du retour au domicile, peuvent être recommandées lorsque cela est requis [AHS, s.d.-a]. Les activités de ces unités de soins sont souvent axées sur la réadaptation [AHS, s.d.-a; MTSS, 2024; Kay, 2019].

Les principaux services répertoriés au sein des unités de soins de courte durée sont :

- l'évaluation [Kay, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- le diagnostic [AHS, s.d.-a; Kay, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- le traitement [Kay, 2019];
- la révision des traitements pharmacologiques [AHS, s.d.-a; Kay, 2019].

2.2.1.2 Composition des équipes

Les unités de soins de courte durée sont majoritairement composées d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires[6] [AHS, s.d.-a; Knight *et al.*, 2023; Buttery, 2020; RUSHGQ, 2020; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019]. La plupart de celles-ci incluent :

- les gériatres, d'autres médecins formés en gériatrie (dont des omnipraticiens) ou des psychiatres spécialisés en gériatrie [AHS, s.d.-a; Knight *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2020; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- les membres du personnel infirmier [AHS, s.d.-a; Knight *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2020; van Balen *et al.*, 2019];
- les diététistes [AHS, s.d.-a; Buttery, 2020; RUSHGQ, 2020; van Balen *et al.*, 2019];

[5] Les références scientifiques ayant contribué aux analyses sont indiquées pour chaque catégorie.

[6] Les auteurs font mention d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Puisqu'il n'a pas été possible d'approfondir le contexte de l'utilisation de ces termes (p. ex. le fonctionnement de l'équipe), ces derniers sont donc rapportés tels que mentionnés dans les documents par les auteurs.

- les travailleurs sociaux ou assistants sociaux [AHS, s.d.-a; RUSHGQ, 2020; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- les ergothérapeutes [AHS, s.d.-a; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- les physiothérapeutes [AHS, s.d.-a; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- les psychologues [RUSHGQ, 2020; Conroy *et al.*, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- les pharmaciens [AHS, s.d.-a];
- les orthophonistes [AHS, s.d.-a];
- les podologues [RUSHGQ, 2020].

2.2.1.3 Admissibilité

Les soins de courte durée sont offerts aux personnes âgées de 65 ans et plus [AHS, s.d.-c; Conroy *et al.*, 2019], ou à celles âgées de 60 ans et plus lorsqu'elles vivent avec un trouble mental ou une démence [Cations *et al.*, 2023]. Ils couvrent une variété de problématiques et les services sont offerts aux personnes aînées présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- des problématiques médicales complexes ou des comorbidités [AHS, s.d.-a; British Geriatrics Society (BGS), s.d.; Morrison *et al.*, 2023; Horgan *et al.*, 2020; Kay, 2019];
- une maladie aiguë ayant engendré une hospitalisation et qui requiert une évaluation et un traitement personnalisé [AHS, s.d.-c; Kay, 2019];
- des problématiques biopsychosociales ou une fragilité compromettant le maintien à domicile [AHS, s.d.-c; Buttery, 2020];
- une condition aiguë ou l'exacerbation d'une maladie chronique nécessitant des soins dans les prochaines 48 heures [Knight *et al.*, 2023];
- un trouble mental [Cations *et al.*, 2023];
- une confusion, un déclin cognitif ou un délirium, avec un potentiel de réadaptation [van Balen *et al.*, 2019].

2.2.1.4 Lieux et modalités

Les services des unités de soins de courte durée sont majoritairement offerts dans des centres hospitaliers [AHS, s.d.-a; s.d.-b; Cations *et al.*, 2023; Gaugler *et al.*, 2023; Knight *et al.*, 2023; Buttery, 2020; Conroy *et al.*, 2020; Conroy *et al.*, 2019] et des établissements de santé à proximité du domicile [MTSS, 2024; Kay, 2019].

Enfin, selon les documents précisant la durée des services, ceux-ci sont à court terme, puisqu'ils s'échelonnent sur une durée maximale de 14 à 90 jours [Knight *et al.*, 2023; Buttery, 2020; Kay, 2019].

Les SGS en unités de soins de courte durée :

- visent à maintenir ou favoriser l'autonomie des personnes aînées et un retour à domicile;
- incluent une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire, qui comprend généralement un gériatre ou un médecin détenant une expertise en gériatrie;
- abordent une variété de problématiques médicales, physiques et psychosociales;
- sont généralement offerts dans des centres hospitaliers et d'une durée limitée.

2.2.2 SGS en cliniques externes

Dans la littérature retenue, les cliniques externes peuvent être regroupées en deux catégories, soit les cliniques externes gériatriques offrant une gamme large de services [AHS, s.d.-b; Kay, 2019] et les cliniques externes gériatriques visant une clientèle avec une problématique de santé particulière ou pointue (p. ex. psychiatrie, démence, cardiologie, ostéoporose, maladie de Parkinson) [Buttery, 2020; Kay, 2019]. Les services inclus sont présentés dans le tableau C-2 à l'annexe C.

2.2.2.1 Visées et services offerts en cliniques externes gériatriques

Les cliniques externes offrent généralement des services centrés sur l'évaluation et le soutien à l'intervention (qu'ils soient d'ordre médical, pharmacologique, psychologique, etc.) pour les usagers présentant une complexité clinique (p. ex. fragilité associée aux maladies chroniques, au déclin fonctionnel, au délirium et aux chutes), dont l'apparition d'un nouveau trouble (p. ex. la démence) [AHS, s.d.-b; Kay, 2019]. Elles peuvent également offrir des services de réadaptation, par exemple pour les usagers en attente d'une chirurgie cardiaque, dans le but de prévenir la dégradation de l'état de santé de la personne [Buttery, 2020].

Les principaux services répertoriés sont :

- l'évaluation diagnostique [AHS, s.d.-b; Gaugler *et al.*, 2023; Buttery, 2020; Kay, 2019; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019a];
- l'élaboration d'un plan de soins avancés [Gaugler *et al.*, 2023; NICE, 2019a];
- la prise en charge des problématiques de santé [AHS, s.d.-b; Kay, 2019];
- le soutien des usagers et des personnes proches aidantes (PPA) [Kay, 2019];
- l'éducation au sujet des syndromes gériatriques, du déclin fonctionnel, des troubles cognitifs ou des chutes auprès des personnes aînées, des PPA et des intervenants [AHS, s.d.-b];

- le développement d'approches pour la prise en charge de la mémoire et de la démence, pour lesquelles la direction médicale est réalisée par des spécialistes, tels les gériatres [Kay, 2019].

2.2.2.2 Composition des équipes

Les cliniques externes sont majoritairement composées d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires[7] [AHS, s.d.-b; Buttery, 2020; Kay, 2019]. Elles peuvent inclure :

- des omnipraticiens [AHS, s.d.-b; NICE, 2019a], des psychiatres, des gériatres ou des neurologues [NICE, 2019a];
- des membres du personnel infirmier [AHS, s.d.-b; Kay, 2019; NICE, 2019a];
- des intervenants en santé mentale [Kay, 2019];
- des des préposés aux bénéficiaires [AHS, s.d.-b];
- des travailleurs sociaux [AHS, s.d.-b].

La direction médicale peut être offerte par un médecin spécialiste (p. ex. gériatre ou gérontopsychiatre) [Kay, 2019] ou par un coordonnateur clinique [Buttery, 2020].

De plus, les intervenants qui offrent des soins et des services adaptés en lien avec une problématique plus particulière (p. ex. psychiatrie, cardiologie) devraient être formés en gériatrie [Buttery, 2020].

2.2.2.3 Admissibilité

Les SGS en cliniques externes sont généralement offerts aux personnes aînées [Gaugler *et al.*, 2023; Buttery, 2020] ou plus spécifiquement âgées de 60 ans et plus [AHS, s.d.-c; AHS, s.d.-b; Cations *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2023] pouvant présenter :

- une problématique de santé physique spécifique (p. ex. maladie cardiaque, ostéoporose, maladie de Parkinson) ou une fragilité [AHS, s.d.-b; Buttery, 2020; Kay, 2019];
- des troubles cognitifs [Cations *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2023; Kay, 2019], une démence [Cations *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2023; 2020; Kay, 2019; 2019] ou une suspicion de démence, après une investigation quant aux causes réversibles du déclin cognitif [NICE, 2019a];
- des comportements liés à un trouble mental [Cations *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2023; Kay, 2019] ou un trouble mental grave (p. ex. troubles de l'humeur ou psychose) [RUSHGQ, 2020; NICE, 2019a];

[7] Les auteurs font mention d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Puisqu'il n'a pas été possible d'approfondir le contexte de l'utilisation de ces termes (p. ex. le fonctionnement de l'équipe), ces derniers sont donc rapportés tels que mentionnés dans les documents par les auteurs.

- un besoin de soins et services à la suite d'une période d'hébergement, de soins et de services récente (que ce soit court terme, de longue durée ou de réapdatation) [Gaugler *et al.*, 2023].

2.2.2.4 Lieux et modalités

Les SGS en cliniques externes sont principalement offerts dans leurs propres locaux ou peuvent être intégrés dans les locaux d'une autre clinique externe [Kay, 2019]. Une partie des services peut être mobile et offerte dans une autre clinique externe, dans les services de première ligne et même dans le milieu de vie de la personne [Kay, 2019; NICE, 2019a].

Les SGS en cliniques externes gériatriques :

- visent l'évaluation et la prise en charge des usagers présentant une situation de complexité gériatrique (c'est-à-dire une ou plusieurs problématiques complexes de santé physique ou psychiatrique, y compris la démence);
- sont dispensés par des intervenants organisés en équipe interdisciplinaire, laquelle inclut généralement un professionnel médical (p. ex. un omnipraticien, un psychiatre, un gériatre ou un neurologue);
- sont généralement offerts dans leurs propres locaux. De plus, certains services peuvent être dispensés dans une autre clinique externe, dans les services de première ligne ou au domicile de la personne.

2.2.3 SGS en équipes ambulatoires

D'après la littérature retenue, les SGS dispensés par des équipes ambulatoires sont offerts directement auprès des personnes aînées dans leur milieu de vie ou en soutien aux intervenants de la première ligne [Kay, 2019]. Les services inclus sont présentés dans le tableau C-2 à l'annexe C.

2.2.3.1 Visées et services offerts en équipes ambulatoires

Les équipes ambulatoires visent le maintien à domicile des usagers à haut risque d'hospitalisation et collaborent avec les services de première ligne [Kay, 2019].

Les principaux services répertoriés sont l'évaluation, la prise en charge, le soutien à la prise en charge par les services de première ligne et à la navigation dans les services (coordination et accompagnement dans l'accès aux différents services) [Kay, 2019].

2.2.3.2 Composition des équipes

Les équipes ambulatoires sont interdisciplinaires et peuvent inclure des intervenants en santé mentale, des travailleurs de milieu[8] (*outreach workers*), des membres du personnel infirmier en psychogériatrie et des neuropsychologues [Kay, 2019].

2.2.3.3 Admissibilité

Les SGS dispensés en équipes ambulatoires s'adressent aux personnes aînées avec des problématiques de santé complexes, dont celles ayant des troubles psychiatriques ou une démence, n'étant pas en mesure de se rendre à des rendez-vous en cliniques externes [Kay, 2019].

2.2.3.4 Lieux et modalités

Les SGS en équipes ambulatoires sont majoritairement offerts pour quelques visites d'évaluation et un peu de suivi si nécessaire, pour une période à court terme et dispensés à domicile [Kay, 2019].

Les SGS dispensés par les équipes ambulatoires :

- visent à maintenir à domicile des usagers à risque d'hospitalisation et à éviter celle-ci;
- sont dispensés directement aux usagers qui ont des profils complexes et qui ne peuvent pas se déplacer vers des cliniques externes ou sont en soutien aux intervenants de première ligne;
- sont dispensés par des équipes interdisciplinaires;
- sont à court terme (quelques visites) et dispensés au domicile des usagers.

2.2.4 Autres SGS

D'autres SGS ont émergé dans le cadre des analyses. Étant donné leur hétérogénéité, ils sont présentés dans la catégorie « Autres ». Cette dernière inclut une variété de services, dont les services de consultation en gériatrie, les programmes de transition, les hôpitaux à domicile, les hôpitaux de jour, certains services en milieu hospitalier et les SGS virtuels (pour plus de détails, voir le tableau C-2 à l'annexe C). Dans cette section, les visées et services offerts par chacun des SGS seront décrits. Quant aux données liées à la composition des équipes, à l'admissibilité et aux lieux et modalités, elles ont été

[8] Un travailleur de milieu peut aller à la rencontre de personnes en situation de vulnérabilité ou à risque de le devenir. Il est en mesure de repérer les situations de vulnérabilité, de faire de la sensibilisation et de l'accompagnement dans les démarches afin de s'assurer que les personnes reçoivent les services requis [MSSS, 2024].

analysées de façon transversale et sont présentées sous forme de synthèse narrative.

2.2.4.1 Visées et services offerts dans les autres SGS

Certains SGS offrent des **services de consultations** spécifiques en gériatrie, qui se caractérisent par la formulation de conseils ou de recommandations dans les situations complexes et par de la formation pour soutenir les intervenants au sein d'établissements de santé et d'organismes communautaires dans l'évaluation, le traitement et le suivi des personnes aînées [Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), 2024; Morrison *et al.*, 2023; RUSHGQ, 2020; Kay, 2019]. Parfois, ces équipes peuvent aussi offrir des consultations cliniques directement aux usagers [SFGG, 2024; Kay, 2019].

Des SGS **de transition** ont également été relevés dans les documents retenus. Ceux-ci se situent à l'interface des soins offerts en centres hospitaliers ou en institution et des services à domicile. Ils sont principalement utilisés lorsque l'état de santé se détériore ou lors d'une transition (p. ex. de l'hôpital vers le domicile) et visent à faciliter cette dernière en assurant la continuité des soins et services, en prévenant le déclin des capacités fonctionnelles et en favorisant l'autonomie et le rétablissement. Ces services peuvent notamment inclure des soins post-aigus, des services en centres de soins et des services de réadaptation offerts à domicile ou près de celui-ci [Gaugler *et al.*, 2023; McGilton *et al.*, 2021; Sezgin *et al.*, 2020].

Les **hôpitaux à domicile** offrent des soins de niveau hospitalier à domicile [BGS, 2021] afin de maintenir et de restaurer le fonctionnement de la personne [Knight *et al.*, 2023]. Ces SGS peuvent remplacer complètement le milieu hospitalier en offrant des soins aigus ou partiellement, en permettant un retour à domicile plus précoce à la suite d'une hospitalisation [Chen *et al.*, 2024].

Les **hôpitaux de jour** offrent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation aux personnes vivant à leur domicile, mais qui requièrent plus que les services offerts dans une clinique externe. Ils visent à promouvoir le rétablissement fonctionnel, à réduire le fardeau de la maladie ou du handicap et à améliorer la qualité de vie [Kay, 2019].

Des SGS sont aussi offerts directement auprès des personnes aînées **au sein de centres hospitaliers**, afin d'éviter les événements indésirables pouvant découler de l'hospitalisation (p. ex. long séjour, réadmission). Les services consistent à procéder à une évaluation multidimensionnelle auprès de la personne aînée et des PPA et permettent d'assurer une prise en charge et une planification de la sortie adaptées aux besoins des personnes aînées [Conroy *et al.*, 2019].

Les **SGS virtuels** se caractérisent par une offre de soins et services à domicile qui utilise la technologie numérique pour planifier et offrir les soins et les services à distance. Ces SGS peuvent optimiser le soutien médical, fonctionnel ou psychosocial afin de réduire le risque de détérioration de la situation ou d'admission en milieu hospitalier. Différents modèles existent, dans lesquels les soins et services peuvent être offerts au domicile, par téléphone, en ligne ou dans une clinique (dans laquelle les rencontres se déroulent en personne ou par téléphone). Ces SGS peuvent aussi inclure de la télésurveillance [Westby *et al.*, 2024; British Geriatrics Society (BGS), 2021; Murphy *et al.*, 2020].

2.2.4.2 Composition des équipes dans les autres SGS

Les SGS présentés ci-dessus sont dotés d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires[9]. Bien que la composition des équipes varie en fonction de la nature des services offerts, la plupart de celles-ci incluent un gériatre ou un médecin, des membres du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des pharmaciens [AHS, s.d.-a; Chen *et al.*, 2024; SFGG, 2024; Westby *et al.*, 2024; McGilton *et al.*, 2021; Sezgin *et al.*, 2020; Hogeveen, 2019]. Parmi les autres intervenants pouvant être impliqués, il y a les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les préposés aux bénéficiaires, les diététistes, les orthophonistes, les inhalothérapeutes et les récréologues [AHS, s.d.-a; Chen *et al.*, 2024; SFGG, 2024; Westby *et al.*, 2024; McGilton *et al.*, 2021; Hogeveen, 2019].

2.2.4.3 Admissibilité aux autres SGS

Étant donné la variabilité des services inclus dans cette catégorie, différents critères sont établis pour offrir des SGS aux personnes aînées, en fonction de leurs objectifs. Selon les documents retenus, les SGS sont offerts aux personnes aînées suivantes : celles âgées de 65 ans et plus [Chen *et al.*, 2024; McGilton *et al.*, 2021; Conroy *et al.*, 2019] ou celles de 60 ans et plus vivant à domicile avec une problématique de santé mentale [Kay, 2019]; celles présentant des problématiques médicales complexes, des comorbidités, des maladies chroniques ou une fragilité [AHS, s.d.-a; BGS, s.d.; SFGG, 2024; Westby *et al.*, 2024; Morrison *et al.*, 2023; BGS, 2021; Haute Autorité de Santé (HAS), 2020; Sezgin *et al.*, 2020; Hogeveen, 2019; Kay, 2019]; celles ayant vécu une période dans un milieu d'hébergement ou de soins [Gaugler *et al.*, 2023]; celles présentant une condition médicale aiguë mais stable et pour laquelle la présence continue d'un intervenant n'est pas requise [Chen *et al.*, 2024]; celles nécessitant des soins spécialisés et une période de rétablissement ou de réadaptation [Sezgin *et al.*, 2020]; celles n'étant pas en mesure de retourner à domicile à la suite d'une hospitalisation en raison d'un déconditionnement ou d'un manque de soutien dans la communauté et à risque d'avoir un congé tardif de l'hôpital [McGilton *et al.*, 2021].

Selon les services dispensés, d'autres éléments peuvent être considérés, tels que l'état du domicile (p. ex. pour les hospitalisations à domicile), la présence de soutien [Chen *et al.*, 2024], etc.

2.2.4.4 Lieux et modalités de prestation des autres SGS

Les modalités des offres de services inclus dans cette catégorie sont variables. Ainsi, selon la nature des services, ceux-ci peuvent être offerts à domicile, en centre hospitalier, dans un centre de réadaptation, etc. [AHS, s.d.-a; BGS, s.d.; Chen *et al.*, 2024; SFGG, 2024; Gaugler *et al.*, 2023; Knight *et al.*, 2023; BGS, 2021; Conroy *et al.*, 2020; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020].

[9] Les auteurs font mention d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Puisqu'il n'a pas été possible d'approfondir le contexte de l'utilisation de ces termes (p. ex. le fonctionnement de l'équipe), ces derniers sont donc rapportés tels que mentionnés dans les documents par les auteurs.

Malgré la diversité des SGS décrits, la durée de ceux-ci est généralement limitée [McGilton *et al.*, 2021; Sezgin *et al.*, 2020], avec une durée maximale de quelques jours ou semaines [Chen *et al.*, 2024; Knight *et al.*, 2023]. Selon les documents retenus, seule la durée des SGS virtuels peut s'étaler jusqu'à trois à sept mois [Westby *et al.*, 2024].

Les autres SGS :

- couvrent une variété de services (p. ex. SGS de transition, hôpitaux à domicile) offerts directement aux personnes aînées ou sont en soutien aux intervenants des services de première ligne;
- ont généralement une équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire qui inclut un gériatre ou un médecin, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux;
- sont généralement offerts pour une durée limitée de quelques semaines.

2.2.5 Les SGS au sein de structures de soins et services intégrés

L'analyse des documents a fait émerger des descriptions de modèles organisationnels dans lesquels peuvent s'inscrire les SGS. Ils sont décrits comme étant des structures de services s'appuyant sur une approche globale et une gamme de services afin de répondre adéquatement aux multiples besoins des personnes aînées et à la complexité de leur situation, par une intégration des différents soins et services [SHA, s.d. ; Kay *et al.*, 2022; Buttery, 2020; Everink *et al.*, 2020; Horgan *et al.*, 2020; Kay, 2019; Wang *et al.*, 2019; NICE, 2018; 2017]. Concrètement, ces structures de services aspirent à ce que les personnes puissent aller d'un service à un autre, selon la complexité et l'évolution des besoins [Wang *et al.*, 2019; NICE, 2017]. Les documents retenus traitaient majoritairement des modèles de l'Ontario [Kay *et al.*, 2022; Horgan *et al.*, 2020; Kay, 2019] et du Royaume-Uni [NICE, 2019a; 2019b; Wang *et al.*, 2019; NICE, 2018; 2017]. Les autres modèles abordés étaient ceux des États-Unis et de certains pays européens [Buttery, 2020; Everink *et al.*, 2020].

En Ontario, le Provincial Geriatric Leadership Ontario (PGLO) est un réseau provincial qui planifie, conçoit et offre les SGS et les services de santé mentale destinés aux personnes aînées. L'orientation du PGLO a été établie par le ministère de la Santé ontarien. Les SGS sont coordonnés au niveau régional par le Regional Geriatric Programs of Ontario (RGPO) ou le Regional Specialized Geriatric Services (RSGS). Les infrastructures régionales collaborent avec des partenaires organisationnels locaux afin de coordonner et offrir les SGS [PGLO, 2024; Kay *et al.*, 2022]. Les SGS sont offerts à travers l'ensemble du continuum des soins et services au sein des établissements, comme les hôpitaux et les organismes communautaires, ou au domicile [Horgan *et al.*, 2020]. Quant au modèle du Royaume-Uni, il a été développé dans le cadre d'un plan du National Health Service en 2001. Ce modèle repose notamment sur la promotion de

l'autonomie et le transfert des soins et services en dehors des milieux hospitaliers afin d'éviter les hospitalisations ou les hébergements qui ne sont pas requis. Pour ce faire, des services à domicile, de réadaptation, de crise et des lits sont disponibles [Wang *et al.*, 2019; Social Care Institute for Excellence (SCIE), 2017][10].

D'après l'ensemble des documents retenus (lesquels englobent non seulement les SGS de l'Ontario et du Royaume-Uni, mais également ceux des États-Unis et de certains pays européens), les caractéristiques des personnes aînées admissibles aux SGS dans le cadre de ces modèles sont les mêmes que celles présentées précédemment (voir la section 2.2. Description des services gériatriques spécialisés), puisque les modèles incluent des SGS permettant de répondre aux besoins des personnes composant avec différentes problématiques d'ordre médical, physique, psychologique ou psychosocial [Kay *et al.*, 2022; Buttery, 2020; Everink *et al.*, 2020; Horgan *et al.*, 2020; Kay, 2019; NICE, 2018; 2017].

Dans le cadre des modèles de soins et services intégrés, afin d'assurer un accès coordonné aux SGS, celui-ci devrait se faire par un seul point d'entrée centralisé [Kay *et al.*, 2022; NICE, 2018]. D'après la littérature retenue, les références pour l'accès aux SGS se font généralement par des intervenants en santé et services sociaux [Kay *et al.*, 2022; Buttery, 2020; Everink *et al.*, 2020; NICE, 2017]. Tout comme les SGS décrits précédemment, ceux à l'intérieur des modèles de soins et services intégrés reposent sur des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires[11], lesquelles sont en mesure d'évaluer, de diagnostiquer, de traiter et de soutenir les personnes aînées composant avec des problématiques complexes [Kay et *al.*, 2022; Buttery, 2020; Horgan *et al.*, 2020; Kay, 2019; Wang *et al.*, 2019; NICE, 2017].

Les modèles de soins et services intégrés :

- s'appuient sur une approche globale et une gamme de ressources afin d'offrir des services qui soient adaptés aux besoins des personnes aînées dans l'ensemble du continuum des soins et services.

[10] L'information issue des documents retenus n'était pas suffisante pour nous permettre de décrire les modèles des États-Unis et des pays européens.

[11] Les auteurs font mention d'équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires. Puisqu'il n'a pas été possible d'approfondir le contexte de l'utilisation de ces termes (p. ex. le fonctionnement de l'équipe), ces derniers sont donc rapportés tels que mentionnés dans les documents par les auteurs.

2.3 Principales composantes organisationnelles et cliniques des services gériatriques spécialisés et des modèles de soins et services intégrés

Dans cette section seront présentées succinctement les principales composantes organisationnelles et cliniques trouvées de façon transversale dans les SGS et modèles de soins et services intégrés décrits précédemment. Les documents retenus font ressortir sept composantes principales au sein des SGS :

- soins et services **coordonnés** [Chen *et al.*, 2024; Westby *et al.*, 2024; Briggs *et al.*, 2022; Sezgin *et al.*, 2020];
- **collaborations et partenariats** entre les intervenants et entre les organisations [Health Quality Ontario (HQO), s.d. ; Chen *et al.*, 2024; Hayes *et al.*, 2023; BGS, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020; Kay, 2019; Wang *et al.*, 2019; NICE, 2017];
- **multidisciplinarité, interdisciplinarité et expertise gériatrique** [Westby *et al.*, 2024; Kay *et al.*, 2022; McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020; Kay, 2019; NICE, 2019b; 2019a; van Balen *et al.*, 2019; NICE, 2017];
- partage des **bonnes pratiques** [BGS, 2021];
- utilisation d'une **évaluation multidimensionnelle**, dont l'évaluation gériatiruqe globale (EGG) [McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2020; Hogeveen, 2019; NICE, 2019a; van Balen *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2019];
- **modalités de prestation flexibles**, incluant des services à domicile [Sezgin *et al.*, 2020; Kay, 2019; van Balen *et al.*, 2019];
- soins et services **centrés sur les usagers et les PPA** [HQO, s.d. ; Chen *et al.*, 2024; Morrison *et al.*, 2023; BGS, 2021; McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020; NICE, 2019a; 2017].

Soins et services coordonnés

Les SGS doivent être coordonnés [Chen et al., 2024; Westby et al., 2024; Briggs et al., 2022; Kay et al., 2022; Sezgin et al., 2020], que ce soit à l'intérieur même de l'équipe [Chen et al., 2024; Westby et al., 2024] ou avec les autres services et organisations [Sezgin et al., 2020]. La coordination permet de déterminer le service le plus approprié aux besoins des usagers, d'assurer un accès aux soins et services en temps opportun et leur continuité, ainsi que d'éviter de répéter les évaluations [Westby et al., 2024; Kay et al., 2022]. La coordination des soins et services peut être soutenue par une EGG [Briggs et al., 2022].

La coordination des SGS implique différents éléments, dont les mécanismes entourant l'accessibilité aux services [Briggs et al., 2022]. D'après les documents retenus, l'accès aux SGS devrait se faire par un seul point de contact [Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2023; Kay et al., 2022; Sezgin et al., 2020; NICE, 2018]. Dans la majorité des systèmes de santé, l'accessibilité aux SGS repose sur une référence

d'intervenants issus de différents services tels que les urgences, les unités d'évaluation, les services de première ligne, etc. [Chen *et al.*, 2024; Hogeveen, 2019]. Parfois, les personnes aînées et les PPA peuvent les solliciter directement [Hogeveen, 2019]. Le traitement des références peut être fait par un intervenant désigné, un gestionnaire de cas ou une équipe [AHS, s.d.-c; SIGN, 2023; Kay *et al.*, 2022]. Pour assurer une meilleure accessibilité aux SGS, une bonne collaboration avec les référents est requise, laquelle implique des stratégies de documentation et de communication claires [Murphy et al., 2020].

Des auteurs ont également relevé que le partage et la gestion appropriés des informations sont des éléments à considérer dans la coordination des soins et services, lesquels permettent d'éviter la duplication des efforts et le travail « en silo » [Westby et al., 2024; BGS, 2021]. Pour ce faire, l'utilisation de documents en format électronique (tels que les dossiers médicaux, des documents de référence, des plans d'intervention) et des procédures de partage des dossiers peuvent être mises en place [HAS, 2020; Murphy *et al.*, 2020]. Le droit à la confidentialité des usagers doit toujours être respecté [NICE, 2021]. Enfin, un auteur mentionne qu'idéalement il devrait y avoir un seul dossier médical électronique auquel les prestataires des soins et services pourraient accéder et contribuer [Morrison et al., 2023].

2.3.1 Collaborations et partenariats

Les collaborations et les partenariats (entre collègues, organisations ou différents secteurs de la santé et des services sociaux) font partie des composantes organisationnelles et cliniques relevées le plus fréquemment dans les documents retenus [Health Quality Ontario (HQO), s.d. ; Chen *et al.*, 2024; Hayes *et al.*, 2023; BGS, 2021; Sezgin *et al.*, 2020; Kay, 2019; Wang *et al.*, 2019]. Leur présence permet de diminuer le risque de fragmentation des connaissances sur la situation de l'usager et d'assurer une meilleure intégration des soins et services [Hayes *et al.*, 2023]. Par exemple, les équipes peuvent être représentées non seulement par les différentes disciplines en santé et services sociaux, mais également par leurs différents secteurs (soins de première ligne, soins spécialisés, services offerts par le milieu hospitalier ou communautaire) [Kay *et al.*, 2022; Horgan *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2019], ce qui peut favoriser la résolution des problématiques en allant au-delà des approches spécifiques à chaque discipline ou secteur [Horgan *et al.*, 2020].

2.3.2 Multidisciplinarité, interdisciplinarité et expertise gériatrique

Alors que, dans les descriptions des SGS, il est ressorti que la majorité de ceux-ci avaient une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire, cet aspect apparaît également comme une composante organisationnelle et clinique essentielle dans leur mise en œuvre [Westby *et al.*, 2024; Kay *et al.*, 2022; McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020; Kay, 2019; NICE, 2019a; 2019b; van Balen *et al.*, 2019; NICE, 2017]. De telles équipes permettent d'intégrer les services de santé et les services sociaux dans un même lieu et d'adapter ces services selon l'évolution des besoins des personnes

aînées [HQO, s.d. ; McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020]. De plus, des auteurs soulignent l'importance que l'équipe inclue un gériatre, un médecin ou un autre intervenant formé en gériatrie [Westby *et al.*, 2024; Horgan *et al.*, 2020; van Balen *et al.*, 2019]. Le rôle des intervenants avec cette expertise dans l'équipe peut prendre différentes formes, que ce soit le soutien direct aux usagers ou l'offre de formation aux autres intervenants [Horgan *et al.*, 2020]. Enfin, notons que quelques documents mentionnent que l'équipe multidisciplinaire devrait avoir un intervenant (p. ex. personnel infirmier, travailleur social) qui occupe le rôle de coordonnateur afin d'assurer la continuité des soins et services [Westby *et al.*, 2024; NICE, 2022; 2016].

2.3.3 Partage des bonnes pratiques

Bien qu'elle ait été relevée moins fréquemment dans les documents retenus, la composante du partage des bonnes pratiques a aussi été mentionnée. Celle-ci permet aux différents domaines et régions de se soutenir, d'apprendre les uns des autres, de s'approprier un langage commun et d'éviter la duplication et la fragmentation des services [BGS, 2021; Horgan *et al.*, 2020].

2.3.4 Utilisation d'une évaluation multidimensionnelle

La réalisation d'une évaluation multidimensionnelle, dont l'EGG, est une composante organisationnelle et clinique centrale dans les SGS [SFGG, 2024; Briggs *et al.*, 2022; McGilton *et al.*, 2021; Conroy *et al.*, 2019; Hogeveen, 2019; Kay, 2019; van Balen *et al.*, 2019], laquelle représente, selon certains auteurs, un standard reconnu pour la prise en charge des personnes aînées composant avec de multiples problématiques et des comorbidités [McGilton *et al.*, 2021]. Il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle et interdisciplinaire des problèmes biopsychosociaux, qui permet d'élaborer un plan de soins et de services afin d'adapter la prise en charge des personnes aînées [SFGG, 2024; Briggs *et al.*, 2022; Horgan *et al.*, 2020; Hogeveen, 2019; Wang *et al.*, 2019].

2.3.5 Modalités de prestation flexibles

Deux documents indiquent que les SGS devraient reposer sur des modèles de prestation flexibles et inclure le domicile, afin de s'adapter aux besoins des personnes aînées [Sezgin *et al.*, 2020; van Balen *et al.*, 2019]. Dans cette optique, il est proposé que des intervenants assurent le suivi des personnes dans les organisations et au domicile, afin de favoriser la continuité des soins et services [van Balen *et al.*, 2019]. Par exemple, des intervenants peuvent assurer le suivi des personnes depuis l'hôpital jusqu'à un lit dans une maison de soins ou directement à leur domicile [NICE, 2017].

2.3.6 Soins et services centrés sur les usagers et les PPA

Les SGS doivent être centrés sur la personne, ce qui implique que ses besoins, préférences, différences et objectifs soient considérés et inclus dans la planification des soins et services. L'actualisation des objectifs doit se réaliser à travers une prise de décision partagée avec la personne et les PPA, s'il y a lieu [HQO, s.d. ; Chen *et al.*, 2024; Morrison *et al.*, 2023; BGS, 2021; McGilton *et al.*, 2021; Horgan *et al.*, 2020; Sezgin *et al.*, 2020; NICE, 2019a; 2019b; 2017; 2016]. Cela suppose que les organisations s'assurent que des procédures sont en place afin d'impliquer les personnes aînées et les PPA dans l'élaboration d'un plan de soins et services et que celui-ci est accepté et signé par toutes les parties [NICE, 2018; 2016].

CONCLUSION

Résumé des résultats principaux

Les résultats issus de la littérature font ressortir que les services gériatriques spécialisés (SGS) ailleurs au Canada et à l'international :

- incluent une variété de soins et services offerts directement auprès des usagers (p. ex. réadaptation, consultations, hospitalisations à domicile) et qu'ils peuvent également être en soutien aux intervenants de la première ligne dans les situations complexes;
- sont offerts par des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires, lesquelles incluent généralement un gériatre;
- s'adressent aux personnes aînées présentant un profil gériatrique complexe et couvrent une variété de problématiques médicales, physiques, psychiatriques et psychosociales.

Afin d'assurer une offre de SGS,1) la coordination des soins et services, 2) les collaborations et les partenariats, 3) la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et l'expertise gériatrique, 4) le partage des bonnes pratiques, 5) l'utilisation d'une évaluation multidimensionnelle, 6) les modalités de prestation flexibles et 7) les soins et services centrés sur les usagers et les PPA sont les principales composantes organisationnelles et cliniques relevées dans la littérature.

De plus, l'analyse des documents retenus a permis de faire émerger des données qui indiquent que les SGS peuvent s'inscrire à l'intérieur de modèles de soins et services intégrés. Ceux-ci sont basés sur une approche globale, qui considère les besoins biopsychosociaux des personnes aînées afin de leur offrir des services qui soient adaptés, et ce, dans l'ensemble du continuum des soins et services [Horgan *et al.*, 2020]. Ces modèles concordent avec les orientations ministérielles en santé et services sociaux au Québec, qui visent l'intégration et la continuité des services et reposent sur certaines composantes organisationnelles et cliniques abordées dans cette réponse rapide (p. ex. collaboration intersectorielle, partenariat avec les usagers, soins et services centrés sur la personne) [MSSS, 2024; 2023a; 2023b]. Cela implique que les soins et services requis par des personnes aînées vivant avec des besoins complexes ne peuvent être conçus uniquement comme une trajectoire linéaire, mais plutôt comme un éventail de services en mesure de répondre à l'ensemble de leurs besoins, et ce, selon l'évolution de leur situation [MSSS, 2024].

Potentiel de travaux futurs

La description et les composantes organisationnelles et cliniques des autres SGS, qui concernent une diversité de services, sont présentées de façon transversale. Dans le cadre de travaux futurs, ceux-ci pourraient être étudiés de façon distincte afin d'identifier leurs composantes organisationnelles et cliniques spécifiques.

Les modèles de soins et services peuvent présenter divers degrés d'intégration des composantes organisationnelles et cliniques, selon le niveau de coordination et de partenariat à l'intérieur même des organisations de santé et de services sociaux et entre celles-ci [Horgan *et al.*, 2022; Horgan *et al.*, 2020]. Cet aspect n'a pas été abordé dans le cadre de ce projet, mais gagnerait à être approfondi dans le cadre de travaux futurs.

Bien qu'il n'ait pas été envisagé dans le cadre de ce projet d'aborder les aspects liés à l'implantation des composantes organisationnelles et cliniques, les écrits retenus ont tout de même permis de dégager que certaines composantes abordées (p. ex. partenariats, soins et services centrés sur la personne) peuvent être utilisées pour guider l'implantation et le suivi des SGS intégrés [Horgan *et al.*, 2022; Kay *et al.*, 2022]. Par exemple, les organisations en santé et services sociaux peuvent travailler en collaboration avec leurs partenaires afin de planifier et de mettre en œuvre des stratégies opérationnelles qui favoriseront des pratiques intégrées [Horgan *et al.*, 2022]. De plus, il ressort de cela que la formation et l'accompagnement des différentes organisations (en santé et services sociaux, communautaires, etc.) sont requis afin de renforcer leurs capacités à mettre en œuvre des modèles de soins et services intégrés pour les personnes aînées [Horgan *et al.*, 2022; McGilton *et al.*, 2021]. Ces éléments pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs afin de déterminer les composantes organisationnelles et cliniques propres au RSSS du Québec susceptibles de contribuer à l'adaptation des SGS, d'assurer leur suivi ainsi que leur qualité et d'évaluer leur opérationnalisation.

Enfin, les travaux rapportent des résultats sommaires qui ne permettent pas d'évaluer l'efficacité des services ou de faire des recommandations, lesquels pourraient également donner lieu à des travaux ultérieurement.

Limites de la réponse rapide

Puisque les travaux s'inscrivent dans le cadre d'une méthodologie de réponse rapide, la portée de l'exploration et l'analyse des données sont limitées. Par exemple, il n'a pas été possible d'effectuer une recherche exhaustive de l'ensemble des SGS offerts dans les provinces canadiennes et pays couverts par ce projet. De plus, bien que les analyses réalisées aient permis de relier les SGS à la description des SGS du RUSHGQ [2023], celles-ci n'ont pas permis de décrire de manière assez fine les différents services répertoriés (p. ex. les différentes unités de soins de courte durée) ailleurs au Canada et à l'international, ce qui fait en sorte que la transférabilité des résultats au contexte québécois demeure limitée.

Par ailleurs, la configuration des systèmes sociosanitaires dans les autres territoires peut différer de celle du Québec. Cela peut entraîner des divergences dans la définition des SGS destinés aux personnes aînées, dans la distinction des services de deuxième et troisième lignes, et donc limiter l'applicabilité des résultats issus de ces travaux au Québec. D'ailleurs, notons qu'au Québec certains services peuvent être simultanément identifiés comme relevant de la deuxième ligne ou de la troisième ligne, selon le prestataire. De plus, les paramètres du projet n'ont pas donné matière à documenter les contextes sociopolitiques dans lesquels les SGS et les modèles de soins et services intégrés s'inscrivent, ainsi que les entités qui en assurent le leadership aux différents

niveaux (national, régional, local). Les infrastructures des systèmes de santé étant en interaction, les orientations prises à chacun des niveaux entraînent des répercussions sur les services, sur la façon dont les pratiques sont mises en œuvre et sur les expériences de soins et services des usagers [Horgan *et al.*, 2022]. Ainsi, les présents travaux n'ont pas conduit à clarifier les entités responsables d'assurer la qualité des SGS.

Enfin, les travaux n'ont pas analysé la littérature québécoise de façon spécifique afin de la comparer aux écrits canadiens et internationaux et n'incluaient pas de consultations de parties prenantes et de relecture par des experts. De plus, aucune recension des pratiques au Québec ni aucune contextualisation de l'applicabilité des constats n'ont été réalisées. Cela fait en sorte que les résultats présentés ne sont pas contextualisés par rapport à la situation québécoise.

RÉFÉRENCES

Alberta Health Services (AHS). Geriatric Assessment and Rehabilitation Unit [site Web]. Alberta, CA : s.d.-a. Disponible à : https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=3757 (consulté le 23 mai 2024).

Alberta Health Services (AHS). Specialized Geriatric Services [site Web]. Alberta, CA : s.d.-b. Disponible à : https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=1025456 (consulté le 23 mai 2024).

Alberta Health Services (AHS). Acute Care of the Elderly [site Web]. Alberta, CA : s.d.-c. Disponible à : https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=3680&facilityId=3312 (consulté le 17 juin 2024).

Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. Cochrane Database Syst Rev 2022;5:CD012705.

British Geriatrics Society (BGS). Right time, right place: Urgent community-based care for older people. London, UK : 2021. Disponible à : https://www.bgs.org.uk/policy-and-media/%E2%80%98right-time-right-place-urgent-community-based-care-for-older-people-%E2%80%93-new-bgs.

British Geriatrics Society (BGS). Community Geriatrics [site Web]. London, UK : s.d. Disponible à : https://www.bgs.org.uk/community-geriatrics (consulté le 23 mai 2024).

Buttery AK. Cardiac Rehabilitation for Frail Older People. Adv Exp Med Biol 2020;1216:131-47.

Cations M, Wilton-Harding B, Laver KE, Brodaty H, Low LF, Collins N, et al. Psychiatric service delivery for older people in hospital and residential aged care: An updated systematic review. Aust N Z J Psychiatry 2023;57(6):811-33.

Chen H, Ignatowicz A, Skrybant M, Lasserson D. An integrated understanding of the impact of hospital at home: a mixed-methods study to articulate and test a programme theory. BMC Health Serv Res 2024;24(1):163.

Choi BC et Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. Clin Invest Med 2006;29(6):351-64.

Conroy SP, Bardsley M, Smith P, Neuburger J, Keeble E, Arora S, et al. Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study. NIHR Journals Library 2019;04:04.

Conroy T, Heuzenroeder L, Feo R. In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. Int J Qual Health Care 2020;32(7):414-30.

Everink IHJ, van Haastregt JCM, Kempen G, Schols J. Building Consensus on an Integrated Care Pathway in Geriatric Rehabilitation: A Modified Delphi Study Among Professional Experts. J Appl Gerontol 2020;39(4):423-34.

Gaugler JE, Zmora R, Peterson CM, Mitchell LL, Jutkowitz E, Duval S. What interventions keep older people out of nursing homes? A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society 2023;71(11):3609-21.

Gouvernement du Québec. Inauguration du pôle gériatrique à Longueuil [site Web]. 2024. Disponible à : https://www.santemonteregie.qc.ca/est/nouvelles/inauguration-du-pole-geriatrique-longueuil#:~:text=Le%20p%C3%B4le%20g%C3%A9riatrique%20accueille%20des,besoin%20d'%C3%A9valuation%20g%C3%A9riatrique%20pr%C3%A9op%C3%A9ratoire. (consulté le 2024-05-22).

Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. 2020. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3200362/fr/parcours-de-reeducation-readaptation-des-patients-apres-la-phase-initiale-de-l-avc.

Hayes C, Fitzgerald C, O'Shaughnessy I, Condon B, Leahy A, O'Connor M, et al. Exploring stakeholders' experiences of comprehensive geriatric assessment in the community and out-patient settings: a qualitative evidence synthesis. BMC Prim Care 2023;24(1):274.

Health Quality Ontario (HQO). Advancing Integrated Care Cross-sector perspectives from Ontario's health system. s.d.

Hogeveen S. Specialized Geriatric Services Use by Older Home Care Clients. Ontario, CA : 2019.

Horgan S, Kay K, Morrison A. Designing integrated care for older adults living with complex and chronic health needs: a scoping review. Provincial Geriatrics Leadership Office 2020.

Horgan S, Prorok J, Morrison A. Performance implementation & measurement framework: informing the integration of care for older persons and care partners living with complex health & social care requirements in ontario. Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO); 2022. Disponible à : https://rgps.on.ca/resources/.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Portrait des personnes aînées au Québec,. 2023. Disponible à : https://statistique.quebec.ca/.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition : Rapport en soutien au guide de pratique. 2024. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TNCM_GN.pdf (consulté le 2024-06-28).

Institut national de santé publique du Québec (INPSQ). Estimation de l'espérance de vie optimale au tournant du XXIe siècle. 2009. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/989_esperancevieoptimale.pdf (consulté le 2024-05-21).

Kay K. Planning for health services for older adults living with frailty: Asset mapping of specialized geriatric services (SGS) in Ontario. Ontario, CA : Regional Geriatric Programs of Ontario (RGPO); 2019. Disponible à : https://rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2019/11/Planning-for-Health-Services-for-Older-Adults-Living-with-Frailty-SGS-Asset-Mapping-Report-FINAL.pdf.

Kay K, Morrison A, Sidhu S, Mahamud N. Coordinated Access to Specialized Geriatric Services: A Review of Evidence and Current Practice. Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO),; 2022. Disponible à : https://geriatricsontario.ca/wp-content/uploads/2022/02/Coordinated-Access-Final-Report-Version-March-22-2022.pdf.

Knight T, Kamwa V, Atkin C, Green C, Ragunathan J, Lasserson D, Sapey E. Acute care models for older people living with frailty: a systematic review and taxonomy. BMC geriatr 2023;23(1):809.

McGilton KS, Vellani S, Krassikova A, Robertson S, Irwin C, Cumal A, et al. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. BMC geriatr 2021;21(1):210.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile. 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien. 2004.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le système de santé et de services sociaux au Québec. En bref 2017.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : des milieux de vie qui nous ressemblent. 2021. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence. 2023a. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientation en soutien à domicile Actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix ». 2023b. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003560/.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche intégrée de proximité pour les personnes aînées Cadre de référence. 2024. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003681/.

Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités (MTSS). Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) [site Web]. 2024. Disponible à : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr.

Morrison AD, Ehsan S, Schwartz RE, Webster SD, Puxty JAH. Transforming Care for Older Adults Living with Complex Health Conditions in Ontario Post-Covid: Conference Proceedings and Recommendations. Can Geriatr J 2023;26(4):478-85.

Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McLnerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. JBI Evid Synth 2022;20(4):950-2.

Murphy RP, Dennehy KA, Costello MM, Murphy EP, Judge CS, O'Donnell MJ, Canavan MD. Virtual geriatric clinics and the COVID-19 catalyst: a rapid review. Age Ageing 2020;49(6):907-14.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social care for older people with multiple long-term conditions Quality Standard. 2016. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/qs132.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intermediate care including reablement NICE guideline. 2017. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/ng74.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intermediate care including reablement Quality standard. 2018. Disponible à : www.nice.org.uk/guidance/qs173.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia Quality standard. 2019a. Disponible à : www.nice.org.uk/guidance/qs184.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). People's experience using adult social care services Quality standard 2019b. Disponible à : www.nice.org.uk/guidance/qs182.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Patient experience in adult NHS services : improving the experience of care for people using adult NHS services. Clinical guideline. 2021. Disponible à : www.nice.org.uk/guidance/cg138.

Payette M. Interdisciplinarité : clarification des concepts. Interactions 2001;5(1):19-34.

Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO). Find Your Local Specialized Geriatric Service [site Web]. 2024. Disponible à : https://geriatricsontario.ca/regional-programs/#:~:text=Provincial%20Geriatrics%20Leadership%20Ontario,-Search%20for%3A&text=PGLO%20represents%20and%20convenes%20a,Specialized%20Geriatric%20Services%20(SGS).

Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). Rencontre interprofessionnelle et plan d'intervention interporifessionnel dans les Unités de courte durée gériatriques du Québec : État des connaissances et recommandations 2019. Disponible à : https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_RUSHGQ_inter_PII_UCDG_dec2019.pdf.

Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). Les cliniques externes spécialisées de gériatrie : recommandations sur la dotation en ressources humaines. 2020. Disponible à : https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_RUSHGQ_cliniques_externes_4mars2020.pdf.

Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). Inventaire 2023 des services gériatriques spécialisés au Québec. 2023. Disponible à : https://rushgq.org/wp-content/uploads/2023/07/RUSHGQ_Inventaire_services_geriatriques_version_preliminaire_20juin2023_FINAL_corr.pdf.

Saskatchewan Health Autority (SHA). Specialized Geriatric Services [site Web]. Saskatchewan, CA : s.d. . Disponible à : https://www.saskhealthauthority.ca/your-health/conditions-diseases-services/specialized-geriatric-services (consulté le 23 mai 2024).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland : 2023. Disponible à : http://www.sign.ac.uk.

Sezgin D, O'Caoimh R, O'Donovan MR, Salem MA, Kennelly S, Samaniego LL, et al. Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care: an international Delphi study. Aging Clin Exp Res 2020;32(11):2399-410.

Social Care Institute for Excellence (SCIE). Intermediate care guide [site Web]. 2017. Disponible à : https://www.scie.org.uk/integrated-care/intermediate-care-reablement/intermediate-care-guide/#:~:text=Intermediate%20care%20services%20are%20provided,after%20a%20stay%20in%20hospital.

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG). Articulation interdisciplinaire entre les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et la réanimation : le point avec le Dr Claire Patry [site Web]. Paris, FR 2024 :. Disponible à : https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/articulation-interdisciplinaire-entre-les-equipes-mobiles-de-geriatrie-emg-et-la-reanimation-le- (consulté le 28 mai 2024).

van Balen R, Gordon AL, Schols J, Drewes YM, Achterberg WP. What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus. Eur Geriatr Med 2019;10(6):977-87.

Wang YC, Chou MY, Liang CK, Peng LN, Chen LK, Loh CH. Post-Acute Care as a Key Component in a Healthcare System for Older Adults. Ann 2019;23(2):54-62.

Westby M, Ijaz S, Savovic J, McLeod H, Dawson S, Welsh T, et al. Virtual wards for people with frailty: what works, for whom, how and why-a rapid realist review. Age Ageing 2024;53(3):01.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid) **Segment :** ALL 1946 to May 28, 2024 **Date du repérage :** 29 mai 2024 **Limites :** 2019- ; anglais, français	
#	**Requêtes**
1	exp *Aged/ OR *Geriatric Nursing/ OR *Geriatrics/
2	(((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR individual* OR m?n OR patient* OR people OR person* OR population OR wom?n)) OR ag?ing OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR old* age OR centenarian* OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senium OR very old).ti,bt,kf
3	1 OR 2
4	(((acute OR intermedia* OR outpatient* OR out patient* OR rehab* OR (second* ADJ (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific?) ADJ2 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR day care).ti,bt,ab,kf
5	"Continuity of Patient Care"/ OR "Delivery of Health Care"/ OR "Delivery of Health Care, Integrated"/ OR Health Planning/ OR Health Services Accessibility/
6	((care OR healthcare OR health care OR service*) ADJ3 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model? OR organi?ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector* OR (clinical ADJ2 component*))).ti,bt,ab,kf
7	5 OR 6
8	exp Australia/ OR exp Canada/ OR exp France/ OR Netherlands/ OR "Scandinavian and Nordic Countries"/ OR Denmark/ OR Finland/ OR exp Norway/ OR Sweden/ OR exp United Kingdom/
9	(canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*).ti,bt,ab,kf,in
10	(australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*).ti,bt,ab,kf,in
11	(france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*).ti,bt,ab,kf,in
12	(netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*).ti,bt,ab,kf,in
13	(united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*).ti,bt,ab,kf,in
14	(scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*).ti,bt,ab,kf,in

15	(finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*).ti,bt,ab,kf,in
16	(norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*).ti,bt,ab,kf,in
17	(sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*).ti,bt,ab,kf,in
18	OR/8-17
19	3 AND 4 AND 7 AND 18
20	19 NOT (comment OR congress OR editorial OR letter).pt

Embase (Ovid)
Segment : 1974 to 2024 May 28
Date du repérage : 29 mai 2024
Limites : 2019- ; anglais, français

#	Requêtes
1	*Aged/ OR *Elderly Care/ OR *Frail Elderly/ OR *Geriatric Nursing/ OR *Geriatrics/ OR *Very Elderly/
2	(((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR individual* OR m?n OR patient* OR people OR person* OR population OR wom?n)) OR ag?ing OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR old* age OR centenarian* OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senium OR very old).ti,bt,kf
3	1 OR 2
4	(((acute OR intermedia* OR outpatient* OR out patient* OR rehab* OR (second* ADJ (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific?) ADJ2 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR day care).ti,bt,ab,kf
5	Health Care Access/ OR Health Care Delivery/ OR Health Care Planning/ OR Integrated Health Care System/
6	(((care OR healthcare OR health care OR service*) ADJ3 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model? OR organi?ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector*)) OR (clinical ADJ2 component*)).ti,bt,ab,kf
7	5 OR 6
8	exp Australia/ OR exp Canada/ OR exp France/ OR Netherlands/ OR Scandinavia/ OR Denmark/ OR exp Finland/ OR exp Norway/ OR Sweden/ OR exp United Kingdom/
9	(canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*).ti,bt,ab,kf,in
10	(australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*).ti,bt,ab,kf,in
11	(france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*).ti,bt,ab,kf,in
12	(netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*).ti,bt,ab,kf,in
13	(united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR

	glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*).ti,bt,ab,kf,in
14	(scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*).ti,bt,ab,kf,in
15	(finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*).ti,bt,ab,kf,in
16	(norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*).ti,bt,ab,kf,in
17	(sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*).ti,bt,ab,kf,in
18	OR/8-17
19	3 AND 4 AND 7 AND 18
20	19 NOT (chapter or conference or conference abstract or conference paper or "conference review" or editorial or letter).pt.

PsycInfo (Ovid)
Segment : 1806 to May Week 4 2024
Date du repérage : 29 mai 2024
Limites : 2019-

#	Requêtes
1	*Geriatric Patients/ OR *Geriatrics/ OR *Gerontology OR *Older Adulthood/
2	(((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR individual* OR m?n OR patient* OR people OR person* OR population OR wom?n)) OR ag?ing OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR old* age OR centenarian* OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senium OR very old).ti,id
3	1 OR 2
4	(((acute OR intermedia* OR outpatient* OR out patient* OR rehab* OR (second* ADJ (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific?) ADJ2 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR day care).ti,ab,id
5	"Continuum of Care"/ OR Health Care Access/ OR Health Care Delivery/ OR Integrated Services/
6	(((care OR healthcare OR health care OR service*) ADJ3 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model? OR organi?ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector*)) OR (clinical ADJ2 component*)).ti,ab,id
7	5 OR 6
8	(canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*).ti,ab,id,in
9	(australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*).ti,ab,id,in
10	(france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*).ti,ab,id,in
11	(netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north Brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR Rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*).ti,ab,id,in
12	(united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry*

	OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*).ti,ab,id,in
13	(scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*).ti,ab,id,in
14	(finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*).ti,ab,id,in
15	(norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*).ti,ab,id,in
16	(sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*).ti,ab,id,in
17	OR/7-16
18	3 AND 4 AND 7 AND 17
19	18 NOT (authored book or book or dissertation abstract or edited book or encyclopedia).pt.

CINAHL Complete (EBSCO) **Date du repérage :** 29 mai 2024 **Limites :** 2019- ; anglais, français	
#	**Requêtes**
S1	MM (Aged OR "Aged, 80 and Over" OR Centenarians OR "Frail Elderly" OR Geriatrics OR "Gerontologic Care" OR Gerontologic Nursing" OR Nonagenarians OR Octogenarians)
S2	TI (((aged OR old OR older OR oldest) N1 (adult* OR individual* OR m#n OR patient* OR people OR person* OR population OR wom#n)) OR ag#ing OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR "old* age" OR centenarian* OR nonagenarian* OR octogenarian* OR "oldest old" OR senium OR very old)
S3	S1 OR S2
S4	TI (((acute OR intermedia* OR outpatient* OR "out patient*" OR rehab* OR (second* N0 (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific#) N1 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR "day care") OR AB (((acute OR intermedia* OR outpatient* OR "out patient*" OR rehab* OR (second* N0 (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific#) N1 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR "day care") OR SU (((acute OR intermedia* OR outpatient* OR "out patient*" OR rehab* OR (second* N0 (level OR line)) OR secondary OR special* OR specific#) N1 (care OR clinic* OR service* OR team* OR unit*)) OR "day care")
S5	MH ("Continuity of Patient Care+" OR "Health Care Delivery" OR "Delivery of Health Care, Integrated" OR "Health and Welfare Planning" OR "Health Services Accessibility")
S6	TI (((care OR healthcare OR health care OR service*) N2 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model# OR organi#ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector*)) OR (clinical N1 component*)) OR AB (((care OR healthcare OR health care OR service*) N2 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model# OR organi#ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector*)) OR (clinical N1 component*)) OR SU (((care OR healthcare OR health care OR service*) N2 (access* OR continuity OR continuum* OR delivery OR implement* OR integrat* OR model# OR organi#ation* OR plan OR planning OR plans OR trajector*)) OR (clinical N1 component*))
S7	S5 OR S6
S8	MH (Australia+ OR Canada+ OR France OR Netherlands OR Scandinavia+ OR "United Kingdom+" OR "Great Britain")
S9	TI (canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*) OR AB (canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*) OR SU (canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR

	fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*) OR AF (canada* OR canadian*OR alberta* OR calgary* OR edmonton* OR british columbia* OR vancouver* OR victoria* OR manitoba* OR winnipeg* OR new brunswick* OR fredericton* OR moncton* OR newfoundland* OR new foundland* OR labrador* OR st john* OR saint john* OR northwest territory* OR yellowknife* OR nova scotia* OR halifax* OR dalhousie* OR nunavut* OR igaluit* OR ontario* OR ontarian* OR toronto* OR ottawa OR hamilton OR queen's OR mcmaster* OR kingston* OR sudbury* OR prince edward island* OR charlottetown* OR quebec* OR montreal* OR mcgill* OR laval* OR sherbrooke* OR nunavik* OR kuujjuaq OR inukjuak* OR puvirnituq* OR saskatchewan* OR saskatoon* OR yukon* OR whitehorse*)
S10	TI (australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*) OR AB (australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*) OR SU (australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*) OR AF (australia* OR new south wales* OR sydney* OR newcastle* OR wollongong* OR queensland* OR brisbane* OR gold coast* OR sunshine coast* OR cairns* OR townsville* OR adelaide* OR mount gambier* OR whyalla* OR perth* OR mandurah* OR bunbury* OR tasmania* OR hobart* OR lauceston* OR devonport* OR victoria OR melbourne* OR geelong* OR ballarat* OR bendigo*)
S11	TI (france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*) OR AB (france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*) OR SU (france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*) OR AF (france* OR auverge* OR rhone* OR alpes* OR lyon* OR bourgogne* OR dijon* OR brittany* OR bretagne* OR rennes* OR loire* OR orleans* OR corsica* OR corse* OR ajaccio* OR strasbourg* OR lille* OR paris* OR rouen* OR normandy OR normandie* OR aquitaine* OR bordeaux* OR occitanie* OR toulouse* OR nantes* OR provence* OR "cote d'azur" OR marseille*)
S12	TI (netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*) OR AB (netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR Groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*) OR SU (netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*) OR AF (netherlands* OR drenthe* OR flevoland* OR lelystad* OR almere* OR friesland* OR leeuwarden* OR drachten* OR gelderland* OR arnhem* OR nijmegen* OR apeldoorn* OR groningen* OR limburg* OR masstricht* OR heerlen* OR north brabant* OR eindhoven* OR tilburg* OR breda* OR holland* OR

	haarlem* OR amsterdam* OR overijssel* OR zwolle* OR enschede* OR deventer* OR the hague* OR rotterdam* OR leiden* OR utrecht* OR amersfoort* OR zeeland* OR middelburg* OR terneuzen*)
S13	TI (united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*) OR AB (united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*) OR SU (united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*) OR AF (united kingdom OR UK OR great britain* OR guernsey* OR england* OR birmingham* OR bradford* OR brighton* OR bristol* OR cambridge* OR camden* OR chelsea* OR coventry* OR derby* OR durham* OR exeter* OR ipswich* OR kensington* OR leeds* OR leicester* OR liverpool* OR london* OR manchester* OR midlands OR newcastle* OR norwich* OR nottingham* OR oxford* OR plymouth* OR portsmouth* OR salford* OR sheffield* OR southampton* OR sunderland* OR yorkshire* OR ireland* OR belfast* OR derry* OR londonberry* OR lisburn* OR newry* OR scotland* OR aberdeen* OR dundee* OR edinburg* OR glasgow* OR inverness* OR stirling* OR wales* OR bangor* OR cardiff* OR newport* OR swansea*)
S14	TI (scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*) OR AB (scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*) OR SU (scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*) OR AF (scandinavia* OR denmark* OR aalborg OR aarhus* OR copenhagen* OR esbjerg* OR odense*)
S15	TI (finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*) OR AB (finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*) OR SU (finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*) OR AF (finland* OR espoo* OR helsinki* OR jyvaskyla* OR lahti OR oulu* OR tampere* OR turku* OR vantaa*)
S16	TI (norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*) OR AB (norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*) OR SU (norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*) OR AF (norway OR bergen* OR drammen* OR fredrikstad* OR kristiansand* OR oslo* OR stavanger* OR tromso* OR trondheim*)
S17	TI (sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*) OR AB (sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*) OR SU (sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*) OR AF (sweden* OR goteborg* OR gothenburg* OR helsingborg* OR linkoping* OR malmo* OR orebro* OR stockholm* OR uppsala* OR vasteras*)
S18	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S3 AND S4 AND S7 AND S18

Tableau A-2 Autres sources consultées

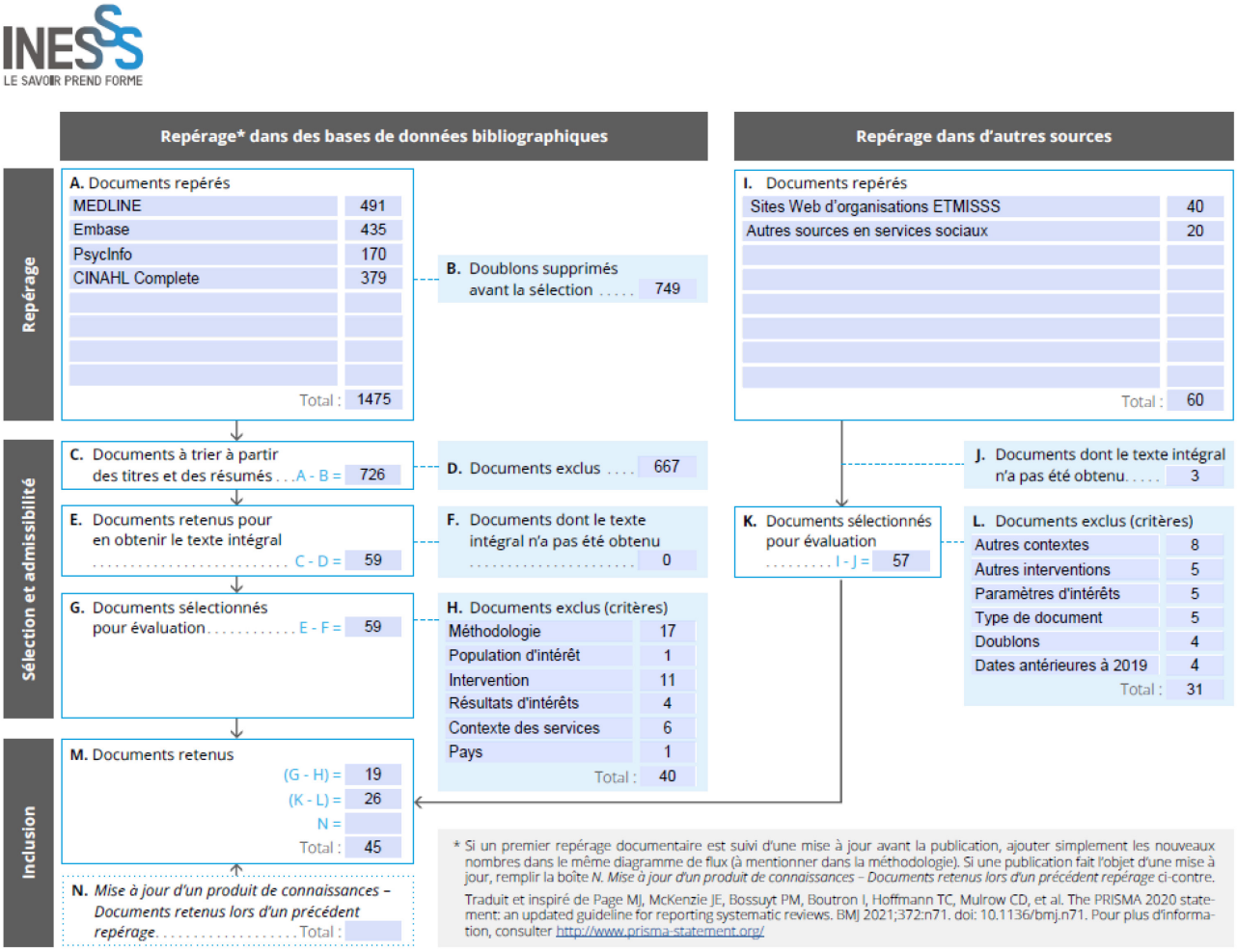
Sites Web d'organisations ETMISSS Date de consultation : 3 juin 2024	
Sources	**Résultats**
Accelerating Change Transformation Team (ACTT, Alberta)	0
Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (ACMTS/CADTH)	1
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, États-Unis)	0
Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA, Autriche)	0
BCGuidelines.ca (Colombie-Britannique)	0
Bibliothèque Zotero des rapports d'ETMISSS publiés au Québec	2
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE, Belgique)	1
Guidelines International Network (GIN)	0
Haute Autorité de Santé (HAS, France)	6
Health Quality Ontario (HQO)	2
Health Technology Wales (Pays de Galles)	0
Institute of Health Economics (IHE, Alberta)	0
International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	9
Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO)	1
National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Royaume-Uni)	9
Santécom (bibliothèque virtuelle)	7
Scottish Health Technologies Group (SHTG, Écosse)	0
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, Écosse)	2
Autres sources en services sociaux Dates de consultation : 27 mai 2024; 3 juin 2024	
Sources	**Résultats**
Age UK network (AGEUK, Royaume-Unis)	0
Aging Life Care Association (ALCA, États-Unis)	1
Alberta Health Services (AHS, Alberta)	3
Alberta Association on Gerontology (AAG, Alberta)	0
American Health care association (AHCA, États-Unis)	0
American Society on Aging (ASA, États-Unis)	0
Association médicale canadienne (AMC, Canada)	0
Aston Research Center for Healthy Ageing (ARCHA, Royaume-Uni)	1
Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine (ANZSGM, Australie)	0
Australian Government / Department of Health and Ageing / Medical Services Advisory Committee (MSAC, Australie)	0
British Columbia Psychogeriatric Asssociation (BCPGA, Colombie-Britanique)	0
British Geriatrics Society (BGS, Royaume-Uni)	0
British Society of Gerontology - The study of ageing (BGS, Royaume-Uni)	0
Cairn	0
Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews	1
Canadian Association for Retired Persons (advocacy group) (CARP, Canada)	0
Canadian Gerontological Nursing Association (CNGA, Canada)	0

Canadian Home Care Association (CHCA, Canada)	0
Carers Canada (Cares Canada, Canada)	0
Center for Research on Ageing and Gender - University of Surrey (CRAG, Royaume-Uni)	0
Centre for Education and Research on Aging & Health (CERAH, Ontario)	0
Érudit	0
Institute for Ageing and Health- Newcastle University (Royaume-Unis)	0
International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG, International)	0
International Federation on Ageing (IFA, Ontario)	0
International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)	0
Irish Gerontological Society (IGS, Irlande)	1
Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing (MICRA, Royaume-Uni)	0
National Center on Elder Abuse (NCEA, États-Unis)	0
National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL, États-Unis)	0
National health services (NHS-UK, Royaume-Uni)	1
National Initiative for the Care of the Elderly (NICE (elderly), Canada)	0
National Institute on Aging (NIA, États-Unis)	1
Nova Scotia Center on Aging (NSCA, Nouvelle-Écosse)	0
Ontario Gerontology Association (OGA, Ontario)	0
Oxford Institute of Population Ageing (Royaume-Unis)	0
Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO, Ontario)	6
Regional Geriatric Program Toronto (RGP, Ontario)	1
Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements des aînés (RCPMTA, Canada)	0
Saskatchewan Health Authority (SHA, Saskatchewan)	1
Société Alzheimer Canada (Canada)	0
Société belge de gérontologie et de gériatrie (SBGG, Belgique)	1
Société des organisations des citoyens ainés de l'Ontario (OSSCO, Ontario)	0
Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG, France)	2
The American Geriatrics Society (AGS, États-Unis)	1
The Center for Research on Ageing at University of Southampton (CRA, Royaume-Uni)	0
The Institute of Gerontology, King's College, London (Royaume-Uni)	0
Moteurs de recherche Dates de consultations: 6 mai 2024 ; 23 mai 2024 ; 17 juin 2024 ; 3 juillet 2024	
Google	18
Google scholar	1

ANNEXE B

Sélection des documents

Figure B-1 Diagramme de flux de type PRISMA



ANNEXE C

Tableaux de résultats

Tableau C-1 Services gériatriques spécialisés répertoriés

Pays	Unité de soins de courte durée	Clinique externe	Équipe ambulatoire	Autres
Québec [RUSHGQ, 2023]	- Pôle gériatrique* - Unité de courte durée gériatrique - Unité de réadaptation fonctionnelle intensive	- Clinique externe de gériatrie† - Clinique externe de psychogériatrie† - Clinique externe de mémoire†	Équipe ambulatoire de gériatrie - Équipe ambulatoire de psychogériatrie	- Équipe de consultation gériatrique en milieu hospitalier - Équipe de consultation psychogériatrique en milieu hospitalier - Hôpital de jour en gériatrie
Canada (hors Québec)	- *Acute Care of the Elderly* (AL) [AHS, s.d.-c] - *Acute mental health services* (ON) [Kay, 2019] *Geriatric Assessment and Rehabilitation Unit* (AL) [AHS, s.d.-a] *Geriatric Assessment and Treatment Units* (ON) [Kay, 2019] *Geriatric Rehabilitation Units* (ON) [Kay, 2019]	- *Geriatric Outpatient Clinics* (ON) [Kay, 2019] - *Geriatric Psychiatry Outpatient Clinics* (ON) [Kay, 2019] - *Specialist Based Memory Clinic Models* (ON) [Kay, 2019]	- *Geriatric Outreach Teams* (ON) [Kay, 2019]	- *Geriatric Day Hospitals* (ON) [Kay, 2019] - *Geriatric Psychiatry outreach Teams* (ON) [Kay, 2019] - *Psychogeriatric Resources Consultants* (ON) [Kay, 2019] - *Shared Care Geriatric Mental health Programs* (ON) [Kay, 2019] - *Specialized Geriatric Services* (AL) (SA) [SHA, s.d. ; AHS, s.d.-b]
International	- *Acute Care for Elders* (ACE) [Conroy *et al.*, 2019] - *Acute care geriatric units* - *Acute Frailty units* (AFU) [Knight *et al.*, 2023] - *Acute geriatric ward* - *Cardiac rehabilitation* [Buttery, 2020] - *Geriatric rehabilitation* [van Balen et al., 2019] - *Specialty geriatrics care : in patient/unit* [Gaugler *et al.*, 2023] - Soins de suite et de réadaptation [MTSS, 2024; HAS, 2020]	- Cliniques spécialisées mémoire [RUSHGQ, 2020] - *Comprehensive geriatrics assessment/outpatient geriatric evaluation and management [Briggs et al., 2022*] - *Memory clinic* [NICE, 2019b] - *Outpatient programmes of cardiac rehabilitation [Buttery, 2020]* - *Preoperative cardiac rehabilitation in pre-operative assessment*		- *Community and out-patients settings [Hayes et al., 2023]* - *Community geriatrics [BGS, s.d.]* - *Community old age psychiatry service* [NICE, 2019a] - *Post-acute services* [Conroy *et al.*, 2019] - Consultation gériatrique ambulatoire unidisciplinaire [RUSHGQ, 2020] - *Discharge planning* - Équipes mobiles de gériatrie [SFGG, 2024] - *Hospital at home* [Chen *et al.*, 2024; BGS, 2021] - *Inpatient consultation and/or liaison psychiatric services* [Cations *et al.*, 2023]

Pays	Unité de soins de courte durée	Clinique externe	Équipe ambulatoire	Autres
		clinics[Buttery, 2020]		- *Transitional care programs/ interventions [McGilton et al., 2021; Sezgin et al., 2020]* - *Virtual wards [Westby et al., 2024; BGS, 2021; Murphy et al., 2020]*

Catégories basées sur l'inventaire des services gériatriques spécialisés au Québec du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (2023) et la littérature retenue.

ACE: *Acute Care of the Elderly ;* AFU: *Acute Frailty Unit;* CGA: *Comprehensive geriatric assessment ;* AL : Alberta ; ON : Ontario; SA : Saskatchewan

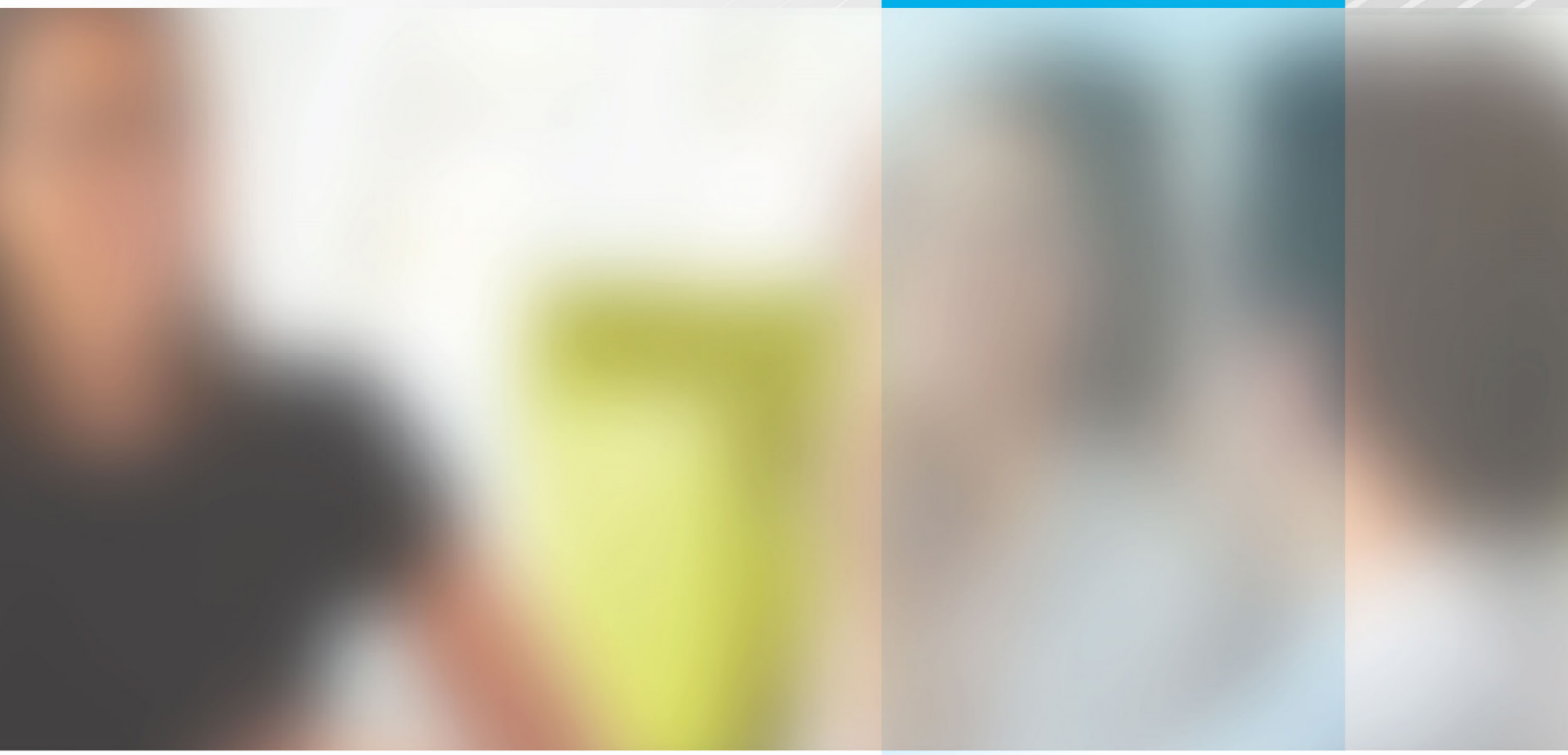
* Les pôles gériatriques rassemblent différents soins et services gériatriques dans un même lieu pour les personnes aînées présentant des besoins complexes. Les services sont offerts par une équipe interdisciplinaire, un médecin de famille et un gériatre [Gouvernement du Québec, 2024; RUSHGQ, 2023].

† Les cliniques externes peuvent être offrir des soins et services de deuxième ou troisième ligne, selon la complexité de la problématique et la spécialisation du médecin.

Tableau C-2 Description des services gériatriques spécialisés

	Unité de soins de courte durée	Clinique externe	Équipe ambulatoire	Autres
Visée et services offerts	Maintenir ou favoriser l'autonomie des personnes aînées et un retour à domicile	Évaluer et soutenir l'intervention (qu'elle soit d'ordre médicale, pharmacologique, psychologique, etc.) pour les usagers présentant une complexité clinique	Maintenir à domicile des usagers à risque et éviter l'hospitalisation	Offrent une variété de services
Composition des équipes	▪ Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire ▪ Incluant pour la plupart un gériatre ou un médecin détenant une expertise en gériatrie	▪ Équipe interdisciplinaire ▪ Incluant généralement un professionnel médical (p. ex. un omnipraticien, un psychiatre, un gériatre ou un neurologue)	▪ Équipe interdisciplinaire	▪ Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire ▪ Incluant un gériatre ou un médecin, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux
Admissibilité	▪ Variété de problématiques médicales, physiques et psychosociales	▪ Situation de complexité gériatrique (i.e. une ou plusieurs problématiques complexes de santé physique ou psychiatrique, incluant la démence)	▪ Directement aux personnes présentant des profils complexes et qui ne peuvent pas se déplacer vers des cliniques externes ▪ En soutien aux intervenants de première ligne	▪ Directement aux personnes aînées ou aux intervenants des services de première ligne afin de les soutenir
Lieux et modalités	▪ Généralement dans les centres hospitaliers ▪ Durée limitée	▪ Généralement dans leurs propres locaux mais certains services peuvent être dispensés dans une autre clinique externe, dans les services de première ligne ou au domicile	▪ Domicile des usagers ▪ À court terme pour quelques visites	▪ Durée limitée pouvant aller jusqu'à quelques semaines.

Descriptions basées sur le contenu des documents retenus, tels que rapportées par les auteurs.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec