



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

## **Les cliniques externes spécialisées de gériatrie : recommandations sur la dotation en ressources humaines**

**Sous-comité sur les ressources humaines du RUSHGQ**

**4 mars 2020**

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2020  
Dépôt légal : 2020  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives du Canada

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

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions du personnel infirmier et nutritionniste sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Autrement, le genre masculin est majoritairement utilisé pour les mêmes raisons.

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

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

## Réviseurs externes :

Marie-Christine Blondin	Gériatre, service de gériatrie, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Frédéric Duong	Gériatre, service de gériatrie, Hôpital Cité-de-la-Santé, CISSS de Laval
Mélanie Hains	Gériatre, service de gériatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Jacques Morin	Gériatre, service de gériatrie, Hôpital de l'enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale Nationale
Lucie Boucher	Gériatre, Cheffe du service de gériatrie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

## Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

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

## Remerciements :

Le sous-comité de travail remercie tous les gériatres qui ont participé à l'enquête québécoise sur les cliniques externes de gériatrie.

### NOTE IMPORTANTE

**Les ratios d'effectifs proposés dans le présent document doivent être utilisés à titre indicatif, ils expriment l'opinion des experts consultés.**

## LEXIQUE

AMGQ	Association des médecins gériatres du Québec
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AVD	Activité de la vie domestique
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>
CER	Comité d'éthique à la recherche
CGA	<i>Comprehensive Geriatric Assessment</i>
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
ECR	Essai clinique contrôlé randomisé
nECR	Essai clinique contrôlé non randomisé
EGG	Évaluation gériatrique globale (traduction de CGA)
EMCG	Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie
ETC	Équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures par semaine)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
USLD	Unité de soins de longue durée
RUISSS	Réseau universitaire intégré en santé et 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
SSR	Soins de suite et de réadaptation

## PRÉAMBULE

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique constituée en 2010 dans les suites d'une recherche évaluative portant sur la qualité des soins dans le programme des Unités de courte durée gériatrique (UCDG). En 2019, 80 % des 59 établissements de santé qui comportent un programme UCDG en sont membres. Le RUSHGQ regroupe à ce jour plus de 850 cliniciens et gestionnaires cliniques. Un site internet ([www.rushgq.org](http://www.rushgq.org)) permet aux membres d'avoir accès à une documentation pertinente en gériatrie et d'échanger par l'entremise d'un forum de discussion.

L'objectif principal du regroupement est de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers gériatriques tels que : équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie (EMCG), cliniques externes, hôpitaux de jour, etc. Cette contribution se fait au moyen de partage et de transfert de connaissances visant à optimiser les compétences cliniques des professionnels y exerçant et du fonctionnement organisationnel. Le RUSHGQ contribue à sa façon au maintien de hauts standards de qualité dans ces programmes ou services, milieux d'expertise qui accueillent des patients âgés aux situations cliniques complexes.

# SOMMAIRE

La gériatrie est une surspécialité de la médecine interne reconnue par le Collège des Médecins du Québec, depuis 1987. Le continuum de soins et services offerts aux aînés se consolide toujours davantage en un modèle de réseau intégré. Afin de mieux apprécier les progrès accomplis à ce jour, il est pertinent de décrire les missions et les effectifs en ressources humaines de chaque programme ou service qui compose ce continuum. Le RUSHGQ a déjà produit deux rapports distincts contenant, d'une part, ses recommandations sur les effectifs professionnels des UCDG [1] et d'autre part, ceux des équipes mobiles intra-hospitalières de consultation en gériatrie (EMCG) [2]. Le présent rapport traite maintenant des cliniques externes de gériatrie les plus répandues. Elles sont opérées avec un gériatre et se situent en centre ambulatoire de Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) des établissements de santé. Ce rapport vise à établir la dotation en professionnels et personnel administratif nécessaire au travail du gériatre pour assurer le bon fonctionnement de ces cliniques.

Les cliniques externes de gériatrie sont des services permettant d'assurer le suivi sur un mode ambulatoire des aînés qui ont des problématiques de santé complexes [3]. Au Québec, en 2015, on retrouvait 28 cliniques générales de gériatrie, 20 de cognition<sup>1</sup> et 4 d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie [4].

Par prévoyance, dans un contexte d'accroissement accéléré du nombre des aînés, le RUSHGQ et l'un de ses partenaires, l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ), ont décidé de s'allier pour mieux décrire ces cliniques afin de contribuer à faciliter leur mise en place et leur bon fonctionnement. Un sous-comité de travail a été formé et s'est donné le mandat suivant :

## Mandat

Formuler des recommandations sur les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement des cliniques externes générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition afin d'améliorer l'offre de services aux aînés.

## Moyens

- 1) Élaborer, à l'aide d'une recension des écrits, un recueil descriptif des meilleures pratiques dans ces services ;
- 2) Effectuer auprès des gériatres une enquête sur les ressources humaines nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de ces services sur l'ensemble du territoire de desserte québécois.

## Recommandations

---

<sup>1</sup> Le terme «cognition» est préféré à «mémoire» car plus englobant même si les deux appellations existent.

En se basant sur les informations recueillies dans les écrits et l'enquête auprès des gériatres québécois, les recommandations suivantes ont été formulées :

Recommandations générales:

- Un cadre de référence provincial devrait être produit par le MSSS afin de positionner les cliniques externes générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition comme faisant partie *intégrante* du continuum de soins et services aux aînés et d'harmoniser la mission, la clientèle-cible et les effectifs humains de ces cliniques sur le territoire québécois.
- Chaque établissement de santé devrait disposer de ces trois cliniques afin de répondre aux besoins de la population âgée de 65 ans et plus qu'il dessert.

Recommandations spécifiques pour chacune des cliniques externes de gériatrie analysées:

1) Clinique externe générale de gériatrie

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission	Émettre un avis d'expert pour les situations complexes gériatriques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation médicale spécialisée par un gériatre</li> <li>- Élaboration de diagnostics, d'investigations et de recommandations thérapeutiques adaptées</li> <li>- Estimation du potentiel de récupération et/ou du pronostic</li> <li>- Avis sur l'orientation du milieu de vie le plus approprié et arrimage avec les ressources SAPA en communauté.</li> <li>- À l'occasion, repérage de la clientèle à même de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale spécialisée (ex. en clinique interprofessionnelle, voire en UCDG) ou d'une implication du SAD. Cette évaluation se veut en soutien au médecin de famille et autres professionnels impliqués auprès de l'aîné dans la communauté.</li> </ul>
Clientèle-cible	Personne habituellement âgée de 75 ans et plus, mais minimalement de 65 ans, présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique, dont l'état de santé se détériore ou est instable mais qui <i>a priori</i> ne nécessite pas une hospitalisation à court terme.
Composition* : Ressources <b>minimales</b> pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	Équipe de base : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre : 1,0 ETC</li> <li>- Infirmière : 1,0 à 2,0 ETC</li> </ul> Devraient être accessibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiothérapeute : 0,5 ETC</li> <li>- Ergothérapeute : 0,5 ETC</li> </ul> Agent administratif : 1,0 ETC

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.

## 2) Clinique externe interprofessionnelle de gériatrie

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission	<p>Émettre un avis interprofessionnel pour les situations complexes gériatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation par une équipe interprofessionnelle spécialisée en gériatrie sous la responsabilité d'un gériatre</li> <li>- Élaboration de diagnostics, d'investigations et de recommandations thérapeutiques adaptées</li> <li>- Estimation du potentiel de récupération et/ou du pronostic</li> <li>- Avis sur l'orientation du milieu de vie le plus approprié et arrimage avec les ressources SAPA en communauté</li> </ul> <p>Cette évaluation se veut en soutien au médecin de famille et autres professionnels impliqués auprès de l'ainé dans la communauté.</p>
Clientèle-cible	<p>Personne habituellement âgée de 75 ans et plus, mais minimalement de 65 ans, présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique, dont l'état de santé se détériore ou est instable mais qui <i>a priori</i> ne nécessite pas une hospitalisation. Une évaluation interprofessionnelle est requise.</p>
Composition* : Ressources minimales pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	<p>Équipe de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre : 1,5 ETC</li> <li>- Infirmière : 1,5 à 2,0 ETC</li> <li>- Physiothérapeute : 1,0 ETC</li> <li>- Ergothérapeute : 1,0 à 1,5 ETC</li> <li>- Nutritionniste : 0,5 ETC</li> <li>- Pharmacien : 0,5 ETC</li> <li>- Travailleur social : 0,3 à 1,5 ETC</li> <li>- Neuropsychologue : 0,3 à 2,0 ETC</li> </ul> <p>Agent administratif : 1,0 à 2,0 ETC selon le volume de consultations et de professionnels travaillant à la clinique</p>

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globalisée standardisée.

### 3) Clinique de cognition

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les médecins et les équipes de première ligne au niveau du diagnostic et du traitement des troubles neurocognitifs (TNC) liés au vieillissement dans le cadre du Plan Alzheimer.</li> <li>- Procéder à l'évaluation diagnostique des TNC liés au vieillissement pour des cas complexes.</li> <li>- Assurer un suivi conjoint avec les médecins de première ligne pour les cas plus complexes.</li> <li>- Offrir de la formation continue aux intervenants de la 1re ligne et aux partenaires de la 2<sup>e</sup> ligne.</li> <li>- Enseigner aux futurs diplômés.</li> <li>- Participer à des protocoles de recherche accrédités par les comités d'éthique à la recherche (CER).</li> </ul>
Clientèle-cible [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas complexes de personnes qui présentent des TNC dont la condition nécessite une expertise spécialisée ou pour lesquels le médecin de première ligne demande une précision diagnostique : présentation atypique de la maladie, TNC incertain ou au stade précoce, tableau clinique de TNC majeur chez des personnes plus jeunes ou dépistage génétique indiqué.</li> <li>- Problèmes pour lesquels le médecin de première ligne a besoin de soutien au sujet du diagnostic et de la gestion thérapeutique.</li> <li>- L'utilisateur ou sa famille désirent participer à des recherches cliniques.</li> </ul>
Composition* : Ressources minimales pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	<p>Équipe de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre** : 1,0 ETC</li> <li>- Infirmière : 2,0 ETC</li> <li>- Neuropsychologue : 0,5 à 1,0 ETC</li> </ul> <p>Devraient être accessibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeute : 0,5 ETC</li> <li>- Travailleur social : 0,5 ETC</li> <li>- Orthophoniste : 0,3 ETC</li> </ul> <p>Agent administratif : 1,0 ETC</p>

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.

\*\*D'autres catégories de médecins (neurologue, psychiatre, médecin de famille avec formation spécifique) exercent en clinique de cognition, mais notre document se centre sur les autres professionnels non-médecins. \*ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

## Conclusion

Ce document constitue une première étape pour soutenir l'organisation de certaines cliniques externes de gériatrie permettant la consolidation de la dimension ambulatoire spécialisée du continuum des soins et services aux aînés. Il sera transmis aux instances ministérielles et à l'AMGQ dans le but d'appuyer la rédaction d'un cadre de référence provincial pour ces cliniques.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>MISE EN CONTEXTE</b> .....	<b>11</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>12</b>
<b>Revue de la littérature</b> .....	<b>12</b>
<i>Écrits portant sur la structure, les processus et les résultats des cliniques externes de gériatrie</i> .....	12
<b>Enquêtes auprès des gériatres québécois</b> .....	<b>12</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>13</b>
<b>Revue de la littérature</b> .....	13
<i>Articles scientifiques</i> .....	13
<i>Littérature grise</i> .....	15
<b>Enquêtes auprès des gériatres québécois</b> .....	16
<i>Taux de participation</i> .....	16
<i>Ressources professionnelles pour un bon fonctionnement des cliniques générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition</i> .....	16
<i>Soutien administratif requis pour le bon fonctionnement d'une clinique externe de gériatrie (tout type)</i> .....	19
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>19</b>
<b>FORCES ET LIMITES</b> .....	<b>23</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>23</b>
<b>TABLEAUX</b> .....	<b>24</b>
<b>Tableau 1. Structure, processus et résultats des cliniques externes de gériatrie étudiées dans les articles scientifiques, par ordre chronologique</b> .....	24
<b>Tableau 2. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique externe générale de gériatrie, selon les gériatres</b> .....	34
<b>Tableau 3. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie, selon les gériatres</b> .....	35
<b>Tableau 4. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique de cognition, selon les gériatres</b> .....	36
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>37</b>

## MISE EN CONTEXTE

Depuis 1987, la gériatrie est une spécialité reconnue au Québec. Depuis cette reconnaissance, le continuum de soins et services offerts aux aînés se développent et s'organisent en un réseau intégré. Pour ce faire, il est important de décrire les missions et les effectifs en ressources humaines de chaque programme ou service qui compose ce continuum. Le RUSHGQ a produit des rapports de recommandations distincts concernant les effectifs professionnels des UCDG [1] et ceux des équipes mobiles intra-hospitalières de consultation en gériatrie (EMCG) au service des urgences et sur les unités de soins [6].

Le présent rapport vise à établir la dotation en professionnels et personnel administratif nécessaire au travail du gériatre pour assurer le bon fonctionnement des cliniques externes de gériatrie les plus répandues. Elles sont opérées avec un gériatre et se situent en centre ambulatoire de CHSGS des établissements de santé. Ce rapport vise à établir la dotation en professionnels et personnel administratif nécessaire au travail du gériatre pour assurer le bon fonctionnement de ces cliniques.

Au Québec, en 2015, on retrouvait au Québec 28 cliniques externes générales de gériatrie, 20 de cognition et 4 d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie [4]. Afin de garantir le continuum des soins et services aux aînés, les cliniques externes générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition apparaissent comme des services incontournables à développer dans nos établissements de santé afin de garantir des soins adaptés au plus grand nombre de personnes âgées vulnérables. Avec l'accroissement accéléré du nombre d'aînés dans la population, ceux âgés de 75 ans et plus représentent actuellement 7,9 % de la population québécoise totale et comptent pour 25 % des hospitalisations en soins physiques et psychiatriques de courte durée au Québec [7, 8].

Le RUSHGQ et l'un de ses partenaires, l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ), ont décidé de s'allier pour mieux décrire **les cliniques externes de gériatrie les plus répandues** afin de faciliter leur mise en place et leur bon fonctionnement. En 2017-2018, un sous-comité de travail a été formé et s'est donné le mandat suivant :

### Mandat

Formuler des recommandations sur les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement des cliniques externes générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition afin d'améliorer l'offre de services aux aînés.

### Moyens

- 1) Élaborer, à l'aide d'une recension des écrits, un recueil descriptif concernant les meilleures pratiques dans ces services ;
- 2) Effectuer auprès des gériatres québécois une enquête sur les ressources humaines requises pour assurer le bon fonctionnement de ces services sur l'ensemble du territoire de desserte québécois.

# MÉTHODOLOGIE

## Revue de la littérature

### *Écrits portant sur la structure, les processus et les résultats des cliniques externes de gériatrie*

La recherche des écrits scientifiques et de la littérature grise a été réalisée en avril 2019. Il n'apparaissait pas pertinent de recenser la littérature scientifique concernant les cliniques de cognition car les paramètres organisationnels ont déjà été rédigés en 2014 par le MSSS dans le cadre du déploiement de l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs [5]. Par contre, nous avons pris en compte la littérature grise internationale sur ces cliniques afin de rechercher des informations plus précises sur les ratios d'effectifs. Les bases de données PubMed, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CADTH<sup>2</sup>, TRIP<sup>3</sup>, OAlster<sup>4</sup>, OpenGrey<sup>5</sup> et Google Scholar<sup>6</sup> ont été interrogées afin d'identifier la littérature portant sur les cliniques externes interprofessionnelles de gériatrie en utilisant les mots-clés suivants : «Outpatient geriatric clinic», «Outpatient geriatric assessment clinic», «Specialized geriatric outpatient clinic», «Eldercare geriatric outpatient clinic», «Elder care ambulatory clinic», «Cliniques ambulatoires gériatriques», « unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique », «Clinique externe gériatrie».

## Enquêtes auprès des gériatres québécois

Un processus de consultation, de type Delphi, a été élaboré dans le but de recueillir sur un mode individuel l'opinion des gériatres actifs et membres de l'AMGQ sur les ressources humaines requises pour permettre un bon fonctionnement des cliniques externes ciblées pour un volume de 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations et 20 suivis, par semaine. Cela prend environ 90 à 120 minutes au médecin pour une évaluation complète donc 2 évaluations par demi-journée et 5 jours travaillés (4x5 = 20). Quand il y a des suivis, le temps consacré à la consultation est plus court par individu.

Les ressources professionnelles évaluées étaient : gériatre, infirmière clinicienne, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, pharmacien, neuropsychologue, orthophoniste. Les gériatres devaient aussi indiquer, le cas échéant, si les professionnels doivent faire partie des trois catégories suivantes :

- Membre de l'équipe de base
- Devrait être accessible au besoin
- À consulter au besoin si la ressource est disponible

---

<sup>2</sup> Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health : <https://www.cadth.ca/>

<sup>3</sup> <https://www.tripdatabase.com/>

<sup>4</sup> <https://www.oclc.org/support/services/oaister/OAlster.en.html>

<sup>5</sup> <http://www.opengrey.eu/>

<sup>6</sup> <https://scholar.google.ca/>

On demandait également aux gériatres de se prononcer sur le temps jugé optimal à consacrer en minutes, par patient, aux tâches reliées à une consultation (avant, pendant et après) pour chacun des professionnels concernés.

Préalablement au sondage, il a été établi par le sous-comité de travail que le consensus sur les ratios d'effectifs serait atteint lorsque 70 % et plus des répondants sont d'accord avec une proposition. En concordance avec la méthode Delphi, trois tours de consultation ont été effectués pour les items qui n'ont pas atteint le consensus, respectivement au printemps 2018, puis au printemps et à l'automne 2019. Lorsque le consensus n'était toujours pas atteint au 3<sup>ème</sup> tour, c'est l'intervalle des ratios qui est présenté dans les résultats finaux. Les commentaires des répondants sont rapportés lorsque fournis.

Finalement, au dernier tour de consultation, deux questions supplémentaires ont été ajoutées :

- 1) Selon vous, quel est le nombre d'équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures/semaine) requis pour un agent administratif permettant d'assurer le bon fonctionnement d'une clinique externe de gériatrie selon le ratio de 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations et 20 suivis par semaine ?
- 2) À votre avis, est-ce qu'il serait pertinent d'ajouter une infirmière auxiliaire ou un préposé aux bénéficiaires (PAB) en clinique externe générale de gériatrie en sus des ressources infirmières?

## RÉSULTATS

### Revue de la littérature

#### *Articles scientifiques*

Tout d'abord, il est important de rappeler que l'évaluation gériatrique globale standardisée (EGG, en anglais «Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)») est un processus reconnu d'évaluation diagnostique et de traitement multidimensionnel (médical, fonctionnel, psychologique et social) dans le but de maximiser la santé globale de l'aîné [9]. L'EGG peut être appliquée dans les différents services ou programmes gériatriques, tant intra hospitaliers qu'en ambulatoire. Depuis 30 ans, un nombre élevé d'essais cliniques contrôlés randomisés, de méta-analyses et de revues systématiques ont évalué l'impact de ces différents programmes sur divers résultats de soins (ex. : capacités fonctionnelles, utilisation des services de santé, perception de l'état de santé, satisfaction face aux soins reçus, mortalité) [10-13]. Le contexte de soins (hôpital, communauté, ambulatoire, soins de longue durée) semble influencer le niveau d'application de l'EGG.

Concernant les cliniques externes interprofessionnelles de gériatrie, seize études originales ont été recensées concernant leur efficacité par rapport à un suivi usuel dans une clinique générale (c.f. tableau 1). Ces études ont toutes été réalisées aux États-Unis entre 1987 et 2004. L'âge moyen des patients était

autour de 75 ans. Le recrutement se faisait dans la communauté (n=11 études) [14-24] ou lors d'une hospitalisation (n=5 études) [25-29].

Dans toutes les cliniques externes étudiées, la composition de l'équipe de base était constituée de **gériatre, d'infirmière spécialisée en gériatrie et de travailleur social** (c.f. tableau 1). Les autres professionnels étaient sollicités au besoin : gérontopsychiatre, psychologue, pharmacien, physiothérapeute et nutritionniste. Les ratios en ETC n'étaient toutefois pas fournis.

La clientèle-cible était les personnes âgées, généralement de 65 ans et plus, qualifiées de fragiles et à risque de détérioration de leur santé ou de réhospitalisation (changements du statut fonctionnel, statut émotionnel, syndrome gériatrique (ex. incontinence, chutes, etc.) (c.f. tableau 1).

Certains effets significatifs ont été observés 12 à 24 mois post-intervention (c.f. tableau 1), avec une variabilité entre les études:

- Dépistage plus élevé des TNC, de la dépression et de l'incontinence [21]
- Meilleur score de santé mentale [26] ou diminution de l'anxiété [21]
- Meilleur score aux AVD [29]
- Meilleure continuité dans les soins [17, 22]
- Maintien des capacités fonctionnelles [18, 20]
- Satisfaction élevée des soins reçus [16, 17, 19, 21, 22]
- Augmentation :
  - o de la santé perçue [27-29]
  - o des activités sociales [27, 28]
  - o de la satisfaction de la vie [27, 28]
  - o du bien-être général [27, 28]
- Diminution :
  - o du nombre de médicaments [27, 28]
  - o du risque d'effets indésirables graves reliés à la médication [25]
  - o du nombre de conditions cliniques où on a omis de prescrire un médicament approprié [25]
  - o du fardeau des proches aidants : diminution du temps consacré à aider l'aîné aux AVQ, moins de demande d'aide formelle [14], diminution du stress [21]
  - o des consultations à l'urgence (après 24 mois) [16, 23]
  - o des consultations médicales (après 24 mois) [23]
  - o des consultations en chirurgie (après 24 mois) [23]
  - o des durées de séjour lors d'une hospitalisation (après 24 mois) [23]

Selon les auteurs [18, 20], la variation des résultats pourraient être attribuée à certains biais, soient : les participants étaient parfois en trop bonne santé (surtout ceux recrutés par questionnaire postal dans la communauté), le groupe contrôle a reçu des soins usuels meilleurs que d'habitude (biais de contamination) ou l'adhérence des participants aux recommandations était variable. Par ailleurs, des facteurs favorisant l'efficacité des cliniques externes interprofessionnelles en gériatrie ont été proposés :

1) cibler les bons patients i.e. à risque de déclin fonctionnel [15, 17, 20, 28]; 2) maintenir une équipe interprofessionnelle formée et stable; 3) s'assurer de l'adhérence des patients aux recommandations des professionnels de la clinique et 4) suivre le patient pendant 3 mois à 2 ans [22].

Concernant le taux de mortalité et les coûts liés à l'utilisation des services de santé 12 à 24 mois suivant la prise en charge, il n'y avait généralement pas de différence significative entre les patients traités en clinique externe de gériatrie et ceux du groupe contrôle (soins usuels dans la communauté) (c.f. tableau 1 et résultats d'une méta-analyse [12]).

### *Littérature grise*

Concernant les caractéristiques des cliniques externes de gériatrie recensées dans la littérature grise, on retrouve les informations suivantes :

En France, une filière gériatrique (l'équivalent au continuum SAPA) pour un territoire donné doit comporter les services suivants [30]:

- Court séjour gériatrique hospitalier (noyau dur de la filière)
- Équipe mobile intra hospitalière de gériatrie (unités de soins et salle d'urgence)
- Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques
- Unités de soins de longue durée (USLD).

Une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, qui peut être comparée à une clinique externe, devrait être composée au minimum de [30]:

- 1 ETC gériatre
- 1,5 ETC infirmière
- 0,5 ETC aide-soignant
- Temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire.

La clinique de consultation mémoire, lorsqu'elle existe, est intégrée à l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Pour une liste active de 200 à 400 patients par an, on recommande les effectifs suivants [31]:

- 0,5 ETC de gériatre ou neurologue, avec la possibilité de faire appel à un psychiatre ;
- 1 ETC psychologue ou orthophoniste formés à la psychométrie, aux modalités de réadaptation et au soutien des patients et des aidants ;
- Temps de secrétariat chargée de l'accueil, et du recueil de l'activité.

En Belgique, on retrouve les services de consultations gériatriques ambulatoires unidisciplinaires effectuées par des gériatres qui s'adressent en principe à des patients référés par leur médecin généraliste [32]. L'objectif de ces consultations est de formuler des conseils gériatriques ou pratiquer des interventions qui ne requièrent pas une approche multidisciplinaire. On retrouve également des cliniques spécialisées mémoire (environ 12 à travers la Belgique). Ces cliniques s'adressent aux patients chez qui un diagnostic de démence débutante a été posé. Ils sont référés par un médecin et l'élaboration

d'un plan d'intervention interprofessionnel est requis. Le personnel des cliniques mémoire comprend au moins [33]:

- Un médecin spécialiste (gériatre, neurologue ou psychiatre)
- Un neuropsychologue
- Un ergothérapeute
- Un travailleur social
- Une secrétaire

En Ontario, on retrouve des *Geriatric Outpatient Clinics* dirigées par des gériatres qui travaillent avec d'autres professionnels (<https://www.rgptoronto.ca/services/>), mais des informations précises n'ont pas été trouvées quant au type ou au nombre de professionnels impliqués.

Au Québec, l'équipe d'une clinique de cognition doit comporter minimalement les professions suivantes sans ratios d'effectifs précis [5]:

- Médecin qui a reçu la formation pour diagnostiquer et traiter les troubles cognitifs, particulièrement la maladie d'Alzheimer et les autres démences : médecin de famille, neurologue, gériatre, psychiatre ou gérontopsychiatre;
- Infirmière;
- Neuropsychologue;
- Personnel en soutien administratif.

En 2012, un guide de planification immobilière a été produit sur l'unité de clinique externe par la Direction de l'expertise et de la normalisation du MSSS. On y présente les performances techniques attendues concernant la conception et l'organisation spatiale d'une clinique externe.

Selon les écrits consultés, on constate que les cliniques externes de gériatrie ciblées sont efficaces en termes de résultats de soins et font partie, depuis des décennies, du continuum de soins et services offerts aux personnes âgées au Québec comme c'est le cas également dans d'autres systèmes de santé.

## **Enquêtes auprès des gériatres québécois**

### *Taux de participation*

Au moment du premier tour de consultation, l'AMGQ était composée de 92 médecins. De ce nombre, 8 ont été retirés de la liste étant donné que leurs activités sont hors clinique (recherche, gestionnaire, etc.) ou qu'ils pratiquent depuis moins de 6 mois. Parmi les 84 gériatres consultés, 44 (52,4%) ont participé au premier sondage, 37 (44%) au deuxième et 28 (33,3%) au troisième.

### *Ressources professionnelles pour un bon fonctionnement des cliniques générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition*

Les tableaux 2 à 4 présentent les effectifs requis en ETC (1 ETC = 35 heures de travail / semaine) selon les gériatres pour un bon fonctionnement de chacune des 3 cliniques externes de gériatrie étudiées pour un volume de 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations et 20 suivis par semaine ainsi que le temps consacré à une consultation (avant, pendant, après) par les professionnels concernés.

### Clinique externe générale de gériatrie (c.f. tableau 2)

Équipe de base :

- Gériatre (1,0 ETC; 120 minutes par consultation)
- Infirmière clinicienne (1,0 à 2,0 ETC; 120 minutes par consultation)

Concernant l’infirmière clinicienne, on considère que sa présence est obligatoire dans l’équipe. Un ratio de 2,0 ETC est requis si elle effectue une évaluation sommaire sur le plan social et fonctionnel ainsi que la liaison avec la première ligne, les proches aidants et les organismes impliqués. Les tâches cléricales devraient être effectuées le plus possible par un agent administratif pour permettre à l’infirmière de se concentrer sur les tâches cliniques.

Devraient être accessibles au besoin:

- Physiothérapeute (0,5 ETC; 75 minutes par consultation)
- Ergothérapeute (0,5 ETC; 100 minutes par consultation)
- Travailleur social (0 ETC; 180 minutes par consultation) : le seuil de consensus de 70% n’a pas été atteint pour ce professionnel. La variation de ratio s’explique par le fait que dans certains milieux les travailleurs sociaux du soutien à domicile qui suivent déjà le patient sont invités à participer et/ou sont contactés par l’infirmière. Si un professionnel du soutien à domicile ne peut s’impliquer dans le suivi des patients qui consultent à la clinique, l’ajout d’un travailleur social dans la composition de l’équipe de base de la clinique devrait être considéré (jusqu’à 1 ETC).
- Nutritionniste (0,5 ETC; 65 minutes par consultation)
- Neuropsychologue (0,5 ETC; 285 minutes par consultation)

À consulter au besoin si la ressource est disponible :

- Pharmacien (0,2 à 1 ETC; 60 minutes par consultation)
- Orthophoniste (0,25 ETC; 180 minutes par consultation)

Pour les ratios d’effectifs de nutritionniste, de neuropsychologue, de pharmacien et d’orthophoniste, le consensus n’a pas été atteint (< 70% des répondants) car pour certains répondants ces ressources devraient être uniquement sur consultation.

Concernant la présence d’une infirmière auxiliaire, 50 % des répondants (n=28) considèrent qu’il serait pertinent d’ajouter cette ressource. Les tâches qui pourraient lui être attribuées sont : accueil, préparation du patient, signes vitaux, mesure du poids, dépistage d’orthostatisme, tests cognitifs, récolter la liste des médicaments, prise de sang). L’infirmière clinicienne pourrait se consacrer à l’évaluation, l’enseignement et le suivi. Il faudrait cependant un volume de patients suffisants ou partager cette ressource entre deux cliniques.

Pour ce qui est de l'ajout d'un préposé aux bénéficiaires, 64,3% des répondants (n=28) considèrent qu'il ne serait généralement pas pertinent d'ajouter cette ressource. Les gériatres considèrent que cette ressource est plus utile sur les unités de soins hospitalières.

#### Clinique externe interprofessionnelle de gériatrie (c.f. tableau 3)

Équipe de base :

- Gériatre (1,5 ETC; 150 minutes par consultation)
- Infirmière (1,5 à 2,0 ETC; 120 minutes par consultation)
- Physiothérapeute (1,0 ETC; 100 minutes par consultation)
- Ergothérapeute (1,0 à 1,5 ETC; 180 minutes par consultation)
- Travailleur social (0,3 à 1,0 ETC ; 105 minutes par consultation) : le seuil du consensus de 70% n'a pas été atteint pour ce professionnel. La variation de ratio s'explique par le fait que dans certains milieux les travailleurs sociaux du soutien à domicile qui suivent déjà le patient sont invités à participer et/ou sont contactés par l'infirmière. Si un professionnel du soutien à domicile ne peut s'impliquer dans le suivi des patients qui consultent à la clinique, l'ajout d'un travailleur social dans la composition de l'équipe de base de la clinique devrait être considéré (jusqu'à 1 ETC).
- Nutritionniste (0,5 ETC; 120 minutes par consultation)
- Pharmacien (0,5 ETC; 95 minutes par consultation)
- Neuropsychologue (0,3 à 2,0 ETC; 180 minutes par consultation)
- Orthophoniste (0,3 à 1,0 ETC; minutes par consultation : non-disponible)

Pour les effectifs d'orthophoniste, le consensus n'a pas été atteint (< 70% des répondants) car pour certains répondants cette ressource devrait être uniquement sur consultation.

Concernant le neuropsychologue, on mentionne dans les commentaires que sa présence dans l'équipe est particulièrement requise s'il n'existe pas de clinique de cognition dans le milieu.

#### Clinique externe de cognition (c.f. tableau 4)

Équipe de base :

- Gériatre (1,0 ETC; 120 minutes par consultation)
- Infirmière clinicienne (2,0 ETC; 120 minutes par consultation)
- Neuropsychologue (0,5 à 1,0 ETC; 203 minutes par consultation)

Devraient être accessibles au besoin:

- Ergothérapeute (0,5 ETC; 158 minutes par consultation)
- Travailleur social (0,5 ETC; 180 minutes par consultation). Le seuil du consensus de 70% n'a pas été atteint pour ce professionnel. La variation de ratio s'explique par le fait que dans certains milieux les travailleurs sociaux du soutien à domicile qui suivent déjà le patient sont invités à participer et/ou sont contactés par l'infirmière. Si un professionnel du soutien à domicile ne peut s'impliquer dans le suivi des patients qui consultent à la clinique, l'ajout d'un

travailleur social dans la composition de l'équipe de base de la clinique devrait être considéré (jusqu'à 0,5 ETC).

- Orthophoniste (0,3 ETC; 120 minutes par consultation)

À consulter au besoin si la ressource est disponible :

- Pharmacien (0,25 à 0,5 ETC; 120 minutes par consultation)
- Nutritionniste (0,2 ETC; 60 minutes par consultation)
- Physiothérapeute (0,2 ETC; 75 minutes par consultation)

Pour les effectifs de pharmacien, de nutritionniste et de physiothérapeute, le consensus n'a pas été atteint (< 70% des répondants) car pour certains répondants ces ressources devraient être uniquement sur consultation.

### *Soutien administratif requis pour le bon fonctionnement des trois types de cliniques externes de gériatrie analysées*

Pour un volume de 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations et 20 suivis par semaine, 57,1% les répondants considèrent que 1,0 ETC pour un agent administratif serait requis, tandis 21,4 % pensent que 2,0 ETC serait requis, surtout s'il s'agit d'une clinique interprofessionnelle où il faut coordonner les horaires de tous les professionnels. Les tâches de l'agent administratif seraient de donner et confirmer les rendez-vous, prendre les appels et les diriger au bon intervenant, faire parvenir les requêtes d'investigations demandées, faxer les rapports aux référents, faxer les prescriptions à la pharmacie, monter les dossiers.

## RECOMMANDATIONS

En se basant sur les informations recueillies dans les écrits et l'enquête auprès des gériatres québécois, les recommandations suivantes ont été formulées :

### Recommandations générales :

- Un cadre de référence provincial devrait être produit par le MSSS afin de positionner les cliniques externes générales de gériatrie, d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie et de cognition comme faisant partie *intégrante* du continuum de soins et services aux aînés et d'harmoniser la mission, la clientèle-cible et les effectifs humains de ces cliniques sur le territoire québécois.
- Chaque établissement de santé devrait disposer de ces trois cliniques afin de répondre aux besoins de la population âgée de 65 ans et plus qu'il dessert.

### Recommandations spécifiques :

## 1) Clinique externe générale de gériatrie

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission	<p>Émettre un avis d'expert pour les situations complexes gériatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation médicale spécialisée par un gériatre</li> <li>- Élaboration de diagnostics, d'investigations et de recommandations thérapeutiques adaptées</li> <li>- Estimation du potentiel de récupération et/ou du pronostic</li> <li>- Avis sur l'orientation du milieu de vie le plus approprié et arrimage avec les ressources SAPA en communauté.</li> <li>- À l'occasion, repérage de la clientèle à même de bénéficier d'une évaluation gériatrique globale spécialisée (ex. en clinique interprofessionnelle, voire en UCDG) ou d'une implication du SAD.</li> </ul> <p>Cette évaluation se veut en soutien au médecin de famille et autres professionnels impliqués auprès de l'aîné dans la communauté.</p>
Clientèle-cible	<p>Personne habituellement âgée de 75 ans et plus, mais minimalement de 65 ans, présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique, dont l'état de santé se détériore ou est instable mais qui <i>a priori</i> ne nécessite pas une hospitalisation à court terme.</p>
Composition* : Ressources <b>minimales</b> pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	<p>Équipe de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre : 1,0 ETC</li> <li>- Infirmière : 1,0 à 2,0 ETC</li> </ul> <p>Devraient être accessibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiothérapeute : 0,5 ETC</li> <li>- Ergothérapeute : 0,5 ETC</li> </ul> <p>Agent administratif : 1,0 ETC</p>

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.

## 2) Clinique externe interprofessionnelle de gériatrie

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission	<p>Émettre un avis interprofessionnel pour les situations complexes gériatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation par une équipe interprofessionnelle spécialisée en gériatrie sous la responsabilité d'un gériatre</li> <li>- Élaboration de diagnostics, d'investigations et de recommandations thérapeutiques adaptées</li> <li>- Estimation du potentiel de récupération et/ou du pronostic</li> <li>- Avis sur l'orientation du milieu de vie le plus approprié et arrimage avec les ressources SAPA en communauté</li> </ul> <p>Cette évaluation se veut en soutien au médecin de famille et autres professionnels impliqués auprès de l'ainé dans la communauté.</p>
Clientèle-cible	<p>Personne habituellement âgée de 75 ans et plus, mais minimalement de 65 ans, présentant une condition médicale complexe et un syndrome gériatrique, dont l'état de santé se détériore ou est instable mais qui <i>a priori</i> ne nécessite pas une hospitalisation. Une évaluation interprofessionnelle est requise.</p>
Composition* : Ressources minimales pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	<p>Équipe de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre : 1,5 ETC</li> <li>- Infirmière : 1,5 à 2,0 ETC</li> <li>- Physiothérapeute : 1,0 ETC</li> <li>- Ergothérapeute : 1,0 à 1,5 ETC</li> <li>- Nutritionniste : 0,5 ETC</li> <li>- Pharmacien : 0,5 ETC</li> <li>- Travailleur social : 0,3 à 1,5 ETC</li> <li>- Neuropsychologue : 0,3 à 2,0 ETC</li> </ul> <p>Agent administratif : 1,0 à 2,0 ETC selon le volume de consultations et de professionnels travaillant à la clinique</p>

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.

### 3) Clinique de cognition

Éléments	Recommandations spécifiques
Mission [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les médecins et les équipes de première ligne au niveau du diagnostic et du traitement des troubles neurocognitifs (TNC) liés au vieillissement dans le cadre du Plan Alzheimer.</li> <li>- Procéder à l'évaluation diagnostique des TNC liés au vieillissement pour des cas complexes.</li> <li>- Assurer un suivi conjoint avec les médecins de première ligne pour les cas plus complexes.</li> <li>- Offrir de la formation continue aux intervenants de la 1re ligne et aux partenaires de la 2<sup>e</sup> ligne.</li> <li>- Enseigner aux futurs diplômés.</li> <li>- Participer à des protocoles de recherche accrédités par les comités d'éthique à la recherche (CER).</li> </ul>
Clientèle-cible [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas complexes de personnes qui présentent des TNC dont la condition nécessite une expertise spécialisée ou pour lesquels le médecin de première ligne demande une précision diagnostique : présentation atypique de la maladie, TNC incertain ou au stade précoce, tableau clinique de TNC majeur chez des personnes plus jeunes ou dépistage génétique indiqué.</li> <li>- Problèmes pour lesquels le médecin de première ligne a besoin de soutien au sujet du diagnostic et de la gestion thérapeutique.</li> <li>- L'utilisateur ou sa famille désirent participer à des recherches cliniques.</li> </ul>
Composition* : Ressources minimales pour 20 nouvelles consultations OU 10 nouvelles consultations et 20 suivis / semaine	<p>Équipe de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre** : 1,0 ETC</li> <li>- Infirmière : 2,0 ETC</li> <li>- Neuropsychologue : 0,5 à 1,0 ETC</li> </ul> <p>Devraient être accessibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeute : 0,5 ETC</li> <li>- Travailleur social : 0,5 ETC</li> <li>- Orthophoniste : 0,3 ETC</li> </ul> <p>Agent administratif : 1,0 ETC</p>

ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

\*Les professionnels doivent détenir une formation ou une expertise reconnue en soins aux personnes âgées et doivent être familiers avec l'évaluation gériatrique globale standardisée.

\*\*D'autres catégories de médecins (neurologue, psychiatre, médecin de famille avec formation spécifique) exercent en clinique de cognition, mais notre document se centre sur les autres professionnels non-médecins. \*ETC : équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures de travail par semaine)

## FORCES ET LIMITES

Ce rapport rapporte des informations inédites sur les effectifs requis en ressources humaines pour un bon fonctionnement de 3 types de cliniques externes de gériatrie en contexte québécois. La méthodologie utilisée, de type Delphi, est une méthode reconnue de consensus formel pour l'élaboration de recommandations lorsque qu'il existe une hétérogénéité des connaissances issues de la littérature scientifique ou une divergence d'opinions sur un sujet [34]. Les principaux inconvénients de cette méthode sont la difficulté de généralisation des résultats (validité externe) liée aux biais de sélection potentiels des participants de même que de l'absence d'interactions entre les membres. Les recommandations émises doivent donc être utilisées à titre indicatif.

## CONCLUSION

Ce document constitue une première étape pour soutenir l'organisation de certaines cliniques externes de gériatrie permettant la consolidation de la dimension ambulatoire spécialisée du continuum des soins et services aux aînés. Il sera transmis aux instances ministérielles et à l'AMGQ dans le but d'appuyer la rédaction d'un cadre de référence provincial pour ces cliniques.

Par ailleurs, le RUSHGQ, envisage poursuivre des travaux sur le mode de fonctionnement optimal de ces services en proposant, entre autres, des descriptions de tâches reflétant l'expertise requise par les différents groupes professionnels concernés.

# Tableaux

**Tableau 1. Structure, processus et résultats des cliniques externes de gériatrie étudiées dans les articles scientifiques, par ordre chronologique**

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
<p>Schmader, K.E. et al. (2004) [25]</p> <p>ECR, plan factoriel 2 X 2 **</p> <p>11 Veterans Affairs hospitals, USA</p>	<p>Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)</p> <p>Autres professionnels au besoin</p> <p>Pharmaciens dans 6 cliniques externes sur 11</p>	<p>≥ 65 ans et plus hospitalisés dans une unité de médecine ou chirurgie et qui sont considérés fragiles</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vit en soins de longue durée</li> <li>- Maladie en phase terminale</li> <li>- TNC sévère</li> <li>- Ne parle pas anglais</li> <li>- Pas de téléphone</li> <li>- Pas capable de faire les visites de suivi</li> </ul>	<p>4 groupes de patients hospitalisés:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) unité de soins gériatrique (GEMU) et suivi usuel post-hospitalisation dans la communauté</li> <li>2) unité de soins gériatrique (GEMU) et suivi post-hospitalisation dans une clinique externe de gériatrie</li> <li>3) séjour dans une unité de soins standard et suivi post-hospitalisation dans une clinique externe de gériatrie</li> <li>4) séjour dans une unité de soins standard et suivi usuel post-hospitalisation dans la communauté</li> </ol> <p>Résultats primaires : effets indésirables reliés à la médication basés sur les signes, symptômes et tests de laboratoire</p> <p>Résultats secondaires : Gestion appropriée de la médication (nombre, surutilisation, sous-</p>	<p>Comparativement aux soins usuels dans la communauté, 12 mois post-hospitalisation :</p> <p><u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ↓ (35%) du risque d'effets indésirables graves reliés à la médication</li> <li>- ↓ du nombre de conditions cliniques où on a omis de prescrire un médicament approprié</li> </ul> <p>Limite de l'étude : méthodologie rétrospective - revue des dossiers médicaux et questionnaire aux patients pour évaluer les effets indésirables de la médication (sous-estimation)</p>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
			utilisation) : Medication Appropriateness Index et critères de Beers	
<p>Cohen, H.J. et al (2002) [26]</p> <p>11 Veterans Affairs Medical Center</p> <p>ECR multicentrique, design 2 X 2 pour évaluer les soins dans une unité de gériatrie et une clinique externe de gériatrie par rapport à des soins usuels. 4 groupes de patients hospitalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unité de soins gériatrique (GEMU) et soins usuels post-hospitalisation dans la communauté (n=348)</li> <li>- unité de soins gériatrique (GEMU) et soins post-hospitalisation en clinique externe de gériatrie (n=346)</li> <li>- Unité de soins usuels et soins post-hospitalisation en clinique externe de gériatrie (n=346)</li> <li>- Unité de soins usuels et soins usuels dans la communauté (n=348)</li> </ul>	<p>Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)</p>	<p>65 ans et plus hospitalisés en médecine ou chirurgie, durée de séjour ≥ 2 jours, fragile (i.e. au moins 2 critères suivants : incapacité dans au moins 2 AVQ, un AVC dans les 3 derniers mois, histoire de chutes, difficulté à marcher, malnutrition, TNC, dépression, plus d'une admission à l'hôpital dans les 3 derniers mois, alitement prolongé, incontinence). <u>Patients exclus</u> : soins de longue durée, recevant déjà des soins d'une clinique externe en gériatrie, admis dans une UCDG, TNC sévère, phase terminale d'une maladie, ne pouvant pas retourner à domicile.</p>	<p>GI (GEMU ou clinique externe de gériatrie) : évaluation initiale; élaboration du plan d'intervention; réalisation des interventions; réévaluation régulière; référence et coordination des soins avec les autres professionnels à l'extérieur de la clinique.</p> <p>GC (Soins usuels à l'hôpital et dans la communauté (primary care clinics)). Au moins une visite dans une clinique.</p>	<p>Comparativement aux soins usuels dans la communauté, 12 mois post-hospitalisation, <u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleurs scores de santé mentale, chez les patients, sans une augmentation des coûts de santé</li> </ul> <p><u>Pas d'impact significatif de l'intervention en clinique externe sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité</li> <li>• Statut fonctionnel (AVQ, AVD, <i>Physical Performace Test</i>)</li> <li>• Pas d'effet synergique GEMU + clinique externe de gériatrie</li> </ul> <p>Limites de l'étude : uniquement dans des hôpitaux de vétérans, la plupart sont des hommes; étude non à l'aveugle.</p>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
<p>Weuve, 2000</p> <p>Ramsey County, Minnesota, USA</p> <p>ECR monocentrique</p>	<p>3 équipes composées de :</p> <p>Gér. (0,25 ETC)</p> <p>Inf. (0,75 ETC)</p> <p>TS (0,75 ETC)</p> <p>Inf. spécialisée avec MSc (0,33 ETC)</p> <p>Agente administrative (1 ETC)</p> <p>Réceptionniste (0,6 ETC)</p>	<p>Dépistage des patients dans la communauté par un questionnaire postal (9 items) chez les 70 ans et plus pour identifier les plus à risque d'hospitalisation ou utilisation d'autres services de santé.</p>	<p>GI (n=36 proches aidants). Durée totale du suivi à la clinique externe = 12mois. La 1<sup>ière</sup> visite est au domicile par le TS pour évaluer les besoins psychosociaux, l'environnement physique et la médication. La 1<sup>ière</sup> visite à la clinique externe est avec l'inf. spécialisée pour l'histoire et un examen physique. À la 2<sup>ième</sup> visite, le médecin, le TS et l'inf. complètent leurs évaluations et proposent un plan d'intervention. Durant derniers 6 mois, les autres visites incluaient des traitements, des enseignements ou des référents à d'autres professionnels au besoin.</p> <p>GC (n= 52 proches aidants) : suivi usuel par leurs professionnels de la santé dans la communauté.</p> <p>Score du fardeau : 22 des 29 items du score de Zarit.</p>	<p>Comparativement au GC, <b>12 mois post-intervention, l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation moins importante du score du fardeau par les proches aidants (17 % vs 39%)</li> <li>- Diminution du temps consacré à aider l'aîné à s'habiller (0,55 heure /semaine)</li> <li>- Moins de proches aidants ont demandé de l'aide formelle (17%versus 42%)</li> </ul> <p><u>Pas d'impact significatif de l'intervention en clinique externe sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes dépressifs des proches aidants</li> <li>- Temps passé pour les autres tâches d'aide auprès de l'aîné</li> </ul> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponses auto-rapportées par les proches aidants</li> <li>- Nombre peu élevé de proches aidants</li> </ul>
<p>Burns R. et al (2000) [28]</p> <p>Burns R. et al (1995) [27]</p> <p>Veterans Affairs Medical Center, Memphis, Tennessee</p> <p>ECR monocentrique, non à l'aveugle</p>	<p>Md. (n.d.)</p> <p>Inf. (n.d.)</p> <p>TS (n.d.)</p> <p>Psy (n.d.)</p> <p>Pharm (n.d.)</p> <p>Travaille ensemble depuis 3 ans + formation au travail d'équipe</p>	<p>65 ans et plus après une hospitalisation en médecine, chirurgie ou neurologie; 95% d'hommes, Mesures après 12 et 24 mois.</p> <p>Critères d'inclusion, au moins 2 éléments suivants :</p>	<p>GI (n=60): évaluation initiale par toute l'équipe + suivi régulier par le professionnel le plus concerné (et consultation des autres au besoin) pour suivre les problèmes existants et faire de la prévention.</p> <p>GC (n=68) : soins usuels dans la communauté</p>	<p>Comparativement au GC, <b>12 mois post-intervention, l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné (1995):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑Santé perçue</li> <li>• ↓ Nb médicaments</li> <li>• ↑ Activités sociales</li> <li>• ↑Scores de l'outil <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression</i></li> <li>• ↑Satisfaction de la vie</li> </ul>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≥ 1 AVQ altéré</li> <li>- ≥ 2 maladies chroniques</li> <li>- ≥ 2 hospitalisations dans les 12 derniers mois</li> <li>- ≥ 6 médicaments</li> </ul> <p>Critères exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins de longue durée</li> <li>- Requiert une hospitalisation en UCDG</li> <li>- Phase terminale d'une maladie</li> <li>- TNC modéré ou sévère (MMSE &lt; 18)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ Bien-être général</li> </ul> <p><u>Pas d'impact significatif de l'intervention en clinique externe sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb. de visite à la clinique</li> <li>• AVD</li> <li>• AVQ</li> <li>• MMSE</li> <li>• Nb d'hospitalisations</li> <li>• Mortalité</li> </ul> <p>Comparativement aux soins usuels ambulatoires, <b>24 mois post-intervention</b>, <u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné (2000):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ Santé perçue</li> <li>• ↓ Nb. de visite à la clinique</li> <li>• AVD (maintien)</li> <li>• ↑ Activités sociales</li> <li>• ↑ Scores Center for Epidemiologic Studies-Depression :</li> <li>• ↑ Bien-être général</li> <li>• ↑ Satisfaction de la vie</li> <li>• ↑ MMSE</li> </ul> <p><u>Pas d'impact significatif de l'intervention en clinique externe sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVQ</li> <li>• Nb d'hospitalisations</li> <li>• Mortalité</li> </ul>
Reuben, D.B. et al (1999) [20] Keeler, E.. et al (1999) [18]	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)	Dépistage des patients de 65 ans et plus dans la communauté (sites	GI (n=176) : une évaluation par gériatre, TS, inf. et physiothérapeute (si indiqué) en	Comparativement aux soins usuels, 15 mois post-intervention (en excluant les

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
Californie, USA  ECR monocentrique, à l'aveugle	Professionnels au besoin : physiothérapeute	où les personnes âgées se réunissent). Questionnaire autoadministré, entrevue et tests physiques afin d'identifier les personnes à risque pour 4 problèmes gériatriques (dépression, incontinence urinaire, chutes, capacités fonctionnelles diminuées). Critères d'exclusion : ne parle pas anglais, pas de téléphone, pas de médecin de famille, MMSE < 24, incapable de compléter les questionnaires.	clinique externe et suivi auprès du médecin de famille (téléphone + lettre) pour l'application des recommandations + recommandations par écrit au patient + téléphone de suivi pour s'assurer que le patient fait le suivi avec son médecin de famille. Suivi à 3 mois et 15 mois pour savoir si les recommandations ont été appliquées. Tous les tests refaits à 15 mois.  GC (n=175) : soins usuels du médecin de famille	patients décédés), <u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien des capacités fonctionnelles</li> <li>• Nombre de jours d'inactivité physique dans le dernier mois : maintien dans le GI et ↑ dans le GC</li> <li>• Coûts : \$273/participant. Le groupe d'intervention a eu 3 visites de soins de plus que le groupe témoin au cours des 32 premières semaines suivant l'intervention, mais seulement 1,2 visite dans les 32 dernières semaines.</li> <li>• Coût total par année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY) : \$10 600</li> </ul> Les bénéfices étaient plus grands pour les personnes dont les capacités fonctionnelles étaient le plus atteintes au départ ( <i>baseline</i> )
Morishita, L. et al. (1998) [19]  Ramsey County, Minnesota, USA	3 équipes composées de : Gér. (0,25 ETC) Inf. (0,75 ETC) TS (0,75 ETC) Inf. spécialisée avec MSc (0,33 ETC) Agente administrative (1 ETC)	Questionnaire postal envoyé dans les 2 semaines après leur dernière visite à la clinique externe pour les patients du GI ou GC vivant en communauté. <i>Patient Satisfaction Questionnaire</i> (PSQ-18), 18 items, 7 sous-scores (satisfaction	GI (n=248) : évaluation psychosociale à la maison + tests de dépistage (malnutrition, mobilité, etc.), deux visites à la clinique externe de gériatrie, élaboration du plan d'intervention, réévaluation et suivi selon les besoins du patient. Les professionnels de la clinique fournissaient des recommandations de traitements pour les patients qui étaient	Comparativement aux soins usuels, <b>2 semaines post-intervention</b> , <u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</u> Satisfaction des patients <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un score total de satisfaction plus élevé (4,31 vs 3,96)</li> <li>- % plus élevé de satisfaction élevée (PSQ-18 = 4.50-5.00) (41.1% vs 19.6%)</li> <li>- % faible de satisfaction peu élevé (PSQ-18 &lt;3.33) (22.9% vs 44.2%)</li> </ul>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
	Réceptionniste (0,6 ETC)	générale, aspects techniques, relations interpersonnelles, communication, aspects financiers, temps avec le médecin, accessibilité)	hospitalisés et étaient activement impliqués dans la préparation du congé. GC (n=274) : soins usuels par leur médecin de famille	Satisfaction des médecins de famille : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins appropriés</li> <li>- Soins aidant pour les patients</li> <li>- Utiles pour eux dans la continuité des soins</li> </ul>
<p>Boult C. et al (1998) [15]</p> <p>HealthEast Bethesda Lutheran Hospital, a chronic care hospital in central St. Paul, Minnesota, USA</p> <p>Étude descriptive du développement d'une nouvelle clinique externe de gériatrie.</p>	<p>3 équipes composées de : Gér. (0,25 ETC) Inf. (0,75 ETC) TS (0,75 ETC) Inf. spécialisée avec MSc (0,33 ETC) Agente administrative (1 ETC) Réceptionniste (0,6 ETC)</p> <p>Tous les professionnels ont de l'expérience en gériatrie. Chaque équipe fait 1 journée de clinique par semaine pour les suivis en personne des patients; autres journées, téléphones, etc.</p>	<p>Recrutement des participants à l'étude dans la communauté par un questionnaire postal (9 items) chez les 70 ans et plus pour identifier les plus à risque d'hospitalisation ou utilisation d'autres services de santé.</p>	<p>GI (n=248) : évaluation psychosociale à la maison + tests de dépistage (malnutrition, mobilité, etc.), deux visites à la clinique externe de gériatrie, élaboration du plan d'intervention, réévaluation et suivi selon les besoins du patient. Les professionnels de la clinique fournissaient des recommandations de traitements pour les patients qui étaient hospitalisés et étaient activement impliqués dans la préparation du congé.</p>	<p>Si la clinique externe offre des services 5 jours par semaine, les effectifs suivants seraient requis pour suivre 200 patients actifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gériatre : 1 ETC</li> <li>- Inf. : 3 ETC</li> <li>- TS : 3 ETC</li> <li>- Inf. spécialisée en soins aux p.a.(MSc) : 1 ETC</li> <li>- 8 nouvelles consultations par semaine</li> <li>- 12 patients par jour (6 nouvelles consultations + 6 suivis)</li> </ul> <p>216 minutes de téléphone par semaine pour tous les professionnels</p>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
<p>Toseland, R.W. et al. (1997) [23]</p> <p>Veterans Affairs Medical Center, Albany, New York</p> <p>ECR monocentrique, pas à l'aveugle</p>	<p>Gér. (n.d.)            Inf. (n.d.)            TS (n.d.)</p>	<p>- 55 ans et plus, 10 visites ou plus à la clinique externe dans la dernière année, avec perte d'autonomie dans les AVQ et AVD</p> <p>Critères d'exclusion :            TNC sévère, hospitalisation en psychiatrie dans l'année précédente, avoir reçu des traitements par une équipe <u>interdisciplinaire</u> dans la dernière année</p>	<p>3 temps de mesures : 8,16 et 24 mois</p> <p>GI (n=80) : évaluation initiale; élaboration du plan d'intervention; réalisation des interventions; réévaluation régulière; référence et coordination des soins avec les autres professionnels à l'extérieur de la clinique. Les professionnels de la clinique fournissaient des recommandations de traitements pour les patients qui étaient hospitalisés et étaient activement impliqués dans la préparation du congé.</p> <p>GC (n=80) : soins usuels par le médecin de famille avec référence au besoin à d'autres professionnels</p>	<p>Comparativement aux soins usuels, <u>l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</u></p> <p>Utilisation des services de santé après 24 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ↓ des consultations à l'urgence</li> <li>- ↓ des consultations médicales</li> <li>- ↓ des consultations en chirurgie</li> <li>- ↓ des durées de séjour lorsqu'hospitalisé</li> </ul> <p>Coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coûts totaux plus élevés (34,8%) dans les 8 premiers mois, mais moins élevés (37,8%) dans les derniers 8 mois</li> <li>- ↓ coûts totaux soins hospitaliers après 16 et 24 mois</li> <li>- ↓ coûts totaux soins de longue durée après 16 et 24 mois</li> <li>- Après 24 mois, les coûts totaux étaient comparables entre les deux groupes</li> </ul> <p>Pas de différence significative après 24 mois sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'état de santé (SF-20)</li> <li>- les capacités fonctionnelles (FIM – 18 items)</li> <li>- la mortalité, mais tendance à un meilleur taux de survie chez les patients qui ne rapportaient pas de douleur</li> </ul>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
<p>Toseland R. et al (1996) [22] Engelhardt et coll. (1996) [17]</p> <p>Veterans Affairs Medical Center, Albany, New York</p> <p>ECR monocentrique, pas à l'aveugle</p>	<p>Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)</p>	<p>- 55 ans et plus et qui consultent la clinique externe plus que les autres durant les 12 derniers mois (≥ 10 visites) et qui répondent aux critères suivants :</p> <p>- ≥ 2 AVQ ou AVD altérés</p> <p>Critères exclusion :</p> <p>- TNC modéré ou sévère</p> <p>- Reçoit des soins dans une clinique d'oncologie ou rénale, en UCDG, hôpital de jour</p> <p>- Soins de longue durée</p> <p>- Phase terminale d'une maladie</p>	<p>GI (n=60; âge moyen 72 ans) : évaluation initiale; élaboration du plan d'intervention; réalisation des interventions; réévaluation régulière; référence et coordination des soins avec les autres professionnels à l'extérieur de la clinique. Les professionnels de la clinique fournissaient des recommandations de traitements pour les patients qui étaient hospitalisés et étaient activement impliqués dans la préparation du congé.</p> <p>GC (n=63; âge moyen 73 ans): soins dans la communauté (<i>primary care clinics</i>) par des médecins internistes et infirmières et au besoin des références à d'autres professionnels de la santé.</p>	<p>Comparativement aux soins usuels, <u>après 16 mois, l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ Satisfaction face aux services reçus</li> <li>• Meilleure continuité dans les soins</li> <li>• Coûts totaux des soins ↑ (GI plus malades que GC)</li> </ul> <p><u>Impacts non significatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité (mais diminué significativement en dedans de 8 mois)</li> <li>• Bien-être psychologique</li> </ul>
<p>Silverman et al. (1995) [21]</p> <p>Pennsylvanie, États-Unis</p> <p>ECR multicentrique (4 cliniques), pas à l'aveugle</p>	<p>Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)</p>	<p>Recrutement par référence après avoir eu recours à des services gériatriques, 65 ans et plus vivant dans la communauté, changements dans leur état de santé dans les derniers 6 mois (difficulté à marcher, chutes, incontinence, confusion, perte de conscience, perte de</p>	<p>GI (n=239) : évaluation gériatrique globale ; élaboration du plan d'intervention avec le patient et les proches.</p> <p>GC (n=203) : soins médicaux dans la communauté</p> <p>68 proches aidants au total : GI (n=42) et GC (n=26)</p>	<p>Comparativement aux soins usuels, <u>après 12 mois, l'intervention en clinique externe de gériatrie a entraîné :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage plus élevé des troubles neurocognitifs, de la dépression et de l'incontinence</li> <li>- Diminution du niveau d'anxiété chez les patients</li> <li>- Diminution du niveau de stress des proches aidants</li> <li>- Meilleure satisfaction envers le médecin</li> </ul>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
		vision ou d'audition, perte de poids, etc.)  Critères d'exclusion : en bonne santé, phase terminale, schizophrène, vit en soins de longue durée, participe à une autre étude		Pas de différence significative : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalité</li> <li>- Satisfaction globale des soins</li> <li>- Admission en soins de longue durée</li> <li>- Statut cognitif</li> <li>- Autonomie fonctionnelle</li> <li>- Utilisation des services de santé</li> </ul>
Boulton C. et al (1994) [16]  HealthEast Bethesda Lutheran Hospital, a chronic care hospital in central St. Paul, Minnesota, USA  nECR monocentrique, pas à l'aveugle	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.)  Autres professionnels sur consultation.	Recrutement en utilisant un questionnaire de 9 items postal des participants à l'étude dans la communauté chez les 65 ans et plus pour identifier les plus à risque d'hospitalisation dans les 4 prochaines années ou utilisation d'autres services de santé.  Suivi à la clinique pendant 3-4 mois (GI et GC)	GI (n=43) : évaluation par infirmière à la maison + tests de dépistage (malnutrition, mobilité, etc.). 1 <sup>ère</sup> visite à la clinique : évaluation psychosociale par TS, évaluation médicale et tests de laboratoire pertinents. Suivi par la suite au 2-3 semaines pendant 3-4 mois.  GC (n=111): soins usuels (pas de détails)	Comparativement aux soins usuels après un suivi post-intervention à 17 mois <u>Impacts significatifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité ↓ (GI : 2,9% vs GC : 19,2%)</li> <li>• Nombre de visites à l'urgence : ↓ (GI : 0,6 vs GC : 1 visite)</li> </ul> 81 % des participants ont dit que leur satisfaction envers le programme était excellente  <u>Impacts non significatifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation dans un milieu institutionnel</li> <li>• Nombre d'hospitalisations</li> </ul>
Rubin et al. (1993) [29]  Dallas, États-Unis  ECR monocentrique, pas à l'aveugle	Gér. (n.d.) Inf. (n.d.) TS (n.d.) Gérontopsychiatre (n.d.)	Patients de 70 ans et plus hospitalisés en médecine  Critères d'inclusion : à risque de réadmission,	GI (n=97) : évaluation gériatrique globale, élaboration d'un plan d'intervention, préparation des interventions au retour à domicile par l'équipe de la clinique externe. Une fois retournés à la	Comparativement aux soins usuels après un suivi post-intervention à 12 mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleurs scores aux AVD</li> <li>- Meilleure perception de l'état de santé</li> </ul>

Auteur principal /année de publication / lieu de l'étude / type d'étude	Structure et processus			Résultats
	Membres réguliers (n personnes ou ETC ou n.d.)	Clientèle cible	Intervention	
		peut être traité en externe	<p>maison, les patients étaient suivis à la clinique externe par la même équipe.</p> <p>GC (n=97) : suivi en ambulatoire par un médecin résident. Un travailleur social est disponible au besoin. PA d'accès à une consultation en gériatrie</p>	<p><u>Impacts non significatifs sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut cognitif</li> <li>- Scores aux AVQ</li> <li>- Satisfaction de la vie</li> <li>- Orientation en soins de longue durée</li> <li>- Mortalité</li> </ul>
<p>Williams et al. (1987) [35]</p> <p>New York, États-Unis</p> <p>ECR monocentrique, à l'aveugle</p>	<p>Gér. (n.d.)</p> <p>Inf. (n.d.)</p> <p>TS (n.d.)</p> <p>Gérontopsychiatre (n.d.)</p> <p>Nut (n.d.)</p>	<p>65 ans et plus vivant dans la communauté</p> <p>Critères d'inclusion : pas de visite médicale dans les 12 derniers mois, diminution des capacités fonctionnelles, état de santé instable, AVD altéré, 3 médicaments et plus, aimeraient avoir une 2<sup>ème</sup> opinion sur sa santé</p>	<p>GI (n=58) : pré-évaluation par téléphone. Lors de l'évaluation initiale, tous les participants sont évalués par le médecin, l'infirmière, le travailleur social et la nutritionniste, rencontre inter pour l'élaboration d'un plan d'intervention.</p> <p>GC (n=59) : évaluation gériatrique par un médecin interniste général (payé pour le faire). Consultation d'autres professionnels au besoin.</p>	<p>Comparativement aux soins usuels après un suivi post-intervention à 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de 25% des coûts totaux reliés à l'utilisation des soins hospitaliers ou de longue durée</li> </ul> <p><u>Impacts non significatifs sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des participants et de leurs proches face au processus d'évaluation</li> <li>- Autonomie fonctionnelle</li> <li>- État de santé</li> </ul>

\*\*Le plan factoriel est l'utilisation des mêmes patients pour effectuer simultanément deux comparaisons. La première comparaison est celle du traitement A à son placebo, et la seconde celle du traitement B à son placebo. Les patients de l'essai seront randomisés une première fois entre A et son placebo. Puis une seconde fois, sans tenir compte de la nature du premier traitement reçu, entre B et son placebo. Ces deux randomisations simultanées créent en fait quatre groupes de patient

n.d. : Information non disponible, ECR : Essai clinique contrôlé randomisé, nECR : Essai clinique contrôlé non-randomisé. ETC = Équivalent temps-complet, Gér. = gériatre ; Inf. = infirmière ; Ergo = ergothérapeute ; Physio = physiothérapeute ; Pharm = pharmacien ; Psycho = psychologue ; TS = Travailleur social ; Nut. = Nutritionniste, GI = Groupe intervention ; GC = Groupe contrôle ; AVQ = Activités de la vie quotidienne; AVD : activités de la vie domestique; GEMU : *Geriatric Evaluation and Management Unit*; TNC : trouble neurocognitif; UCDG : Unité de courte durée gériatrique; MMSE : *Mini-Mental State Evaluation*; QALY : *Quality Adjusted Life Year*

**Tableau 2. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique externe générale de gériatrie, selon les gériatres**

Composition	Effectifs pour 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations + 20 suivis /semaine			Temps consacré à la consultation (minutes par patient) <sup>1</sup>		
	Réponse la plus fréquente ETC	% de répondants	Étendue	Réponse la plus fréquente Minutes	% de répondants	Étendue
<b>Équipe de base</b>						
Gérialre	1,0	78,1	1,0 – 1,5	120	91,7	60 - 120
Infirmière	1,0-2,0	96,5	1,0 – 2,0	120	64,5	30 - 120
<b>Devraient être accessibles au besoin</b>						
Physiothérapeute	0,5	84,4	0,25 – 1,0	75	77,4	45 - 120
Ergothérapeute	0,5	81,3	0,25 – 2,0	100	71,0	60 - 240
Travailleur social	0	43,8	0 – 1,0	180	25,8	60 – 180
Nutritionniste	0,5	65,6	0 – 0,5	65	43,4	0 – 90
Neuropsychologue	0,5	46,9	0 – 0,5	285	58,1	0 - 300
<b>À consulter au besoin si ressource disponible</b>						
Pharmacien	Devrait être accessible (0,2 à 1 ETC)	43,8	0 – 1,0	60	13,3	60 - 75
Orthophoniste	Devrait être accessible (0,25 ETC)	25,0	0 – 0,25	180	26,7	0 - 180

<sup>1</sup> Temps jugé optimal à consacrer en minutes, par patient, aux tâches reliées à une consultation (avant, pendant et après) pour chacun des professionnels concernés.

**Tableau 3. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique d'évaluation interprofessionnelle de gériatrie, selon les gériatres**

Composition	Effectifs pour 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations + 20 suivis /semaine			Temps consacré à la consultation (minutes par patient) <sup>1</sup>		
	Réponse la plus fréquente ETC	% de répondants	Étendue	Réponse la plus fréquente Minutes	% de répondants	Étendue
<b>Équipe de base</b>						
Gérialre	1,5	100	---	150	100	---
Infirmière	1,5-2,0	89,3	1,0 – 3,0	120	94,4	60 - 120
Physiothérapeute	1,0	85,7	0,5 – 2,0	90	50,0	90 - 103
Ergothérapeute	1,0-1,5	71,4	0,5 – 2,0	180	50,0	120 - 180
Nutritionniste	0,5	100	---	120	88,9	60 - 120
Pharmacien	0,5	100	---	95	88,9	60-95
Travailleur social	0,3-1,0	67,9	0 – 1,0	105	50,0	0 - 105
Neuropsychologue	0,3-2,0	75,0	0 – 2,0	180	50,0	0 - 180
Orthophoniste	0,3-1,0	67,9	0 – 1,0	0	50,0	0 - 200

<sup>1</sup> Temps jugé optimal à consacrer en minutes, par patient, aux tâches reliées à une consultation (avant, pendant et après) pour chacun des professionnels concernés.

**Tableau 4. Effectifs professionnels requis pour assurer un bon fonctionnement d'une clinique de cognition, selon les gériatres**

Composition	Effectifs pour 20 nouvelles consultations ou 10 nouvelles consultations + 20 suivis /semaine			Temps consacré à la consultation (minutes par patient) <sup>1</sup>		
	Réponse la plus fréquente ETC	% de répondants	Étendue	Réponse la plus fréquente Minutes	% de répondants	Étendue
<b>Équipe de base</b>						
Géiatre	1,0	77,4	1,0 – 2,0	120	62,5	60 – 120
Infirmière	2,0	71,4	1,0 – 2,0	120	87,1	60 – 120
Neuropsychologue	0,5-1,0	82,1	0,2 – 2,0	203	61,3	180 - 300
<b>Devraient être accessibles au besoin</b>						
Ergothérapeute	0,5	80,6	0,5 – 1,0	158	64,5	105 - 158
Travailleur social	0,5	29,0	0 – 0,5	180	25,8	0 – 180
Orthophoniste	0,3	80,6	0 – 0,5	120	67,7	0 - 135
<b>À consulter au besoin si ressource disponible</b>						
Nutritionniste	Équipe de base – 0,2 ETC	3,2	---	60	3,2	---
Physiothérapeute	Équipe de base – 0,2 ETC	3,2	---	75	3,2	---
Pharmacien	Devrait être accessible au besoin – 0,25 à 0,5 ETC	32,3	---	120	3,2	---

<sup>1</sup> Temps jugé optimal à consacrer en minutes, par patient, aux tâches reliées à une consultation (avant, pendant et après) pour chacun des professionnels concernés.

## RÉFÉRENCES

1. Dugas M, Kergoat M-J, Provost N, Prévost G, Paradis J, Rocheleau L, Bolduc A: **Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction**. Montréal: Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2013.
2. Fortin MP, Kergoat MJ, Cloutier C, Bolduc A: **Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie au Québec : état des connaissances et recommandations**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2019.
3. Bouffard S: **Répertoire des guides de planification immobilière, Centres hospitaliers de soins de courte durée: Unité des cliniques externes**. Québec (Québec, Canada): Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec; 2012, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-610-02W.pdf> [consulté le 9 janvier 2020].
4. Kergoat MJ, Latour J, Provost N, Fortin MP, Champagne G, St-Amant J, Vu TTM, Morais J, Forget C, Thibault J *et al*: **Inventaire des services gériatriques spécialisés au Québec**. Montréal (Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
5. Azuelos E, Bacher Y, Bergman H, Bocti C, Bouchard RW, Boucher L, Chayer C, Chertkow H, Fortin MF, Gauthier S *et al*: **Clinique de mémoire: les paramètres organisationnels**. Québec (Québec, Canada): Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014.
6. Fortin MP, Kergoat MJ, Cloutier C: **Équipe mobile intra-hospitalière de consultation en gériatrie au Québec : état des connaissances et recommandations**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2019.
7. Ministère de la santé et des services sociaux: **S04-Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe. Ensemble du Québec**: Banque de données MED-ÉCHO. Régie de l'assurance maladie du Québec.; 2017, [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2016-2017/S04\\_Sommaire\\_departs\\_et\\_jours\\_d-hospitalisation\\_Age\\_et\\_sexe.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2016-2017/S04_Sommaire_departs_et_jours_d-hospitalisation_Age_et_sexe.pdf) [consulté le 14-06-2018].
8. Institut de la statistique Québec: **Estimation de la population du Québec par groupe d'âge et sexe, au 1er juillet, 2001 à 2017**. Québec (Québec, Canada): Institut de la statistique Québec; 2017, <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html> [consulté le 2 octobre 2018].
9. Rubenstein LZ: **An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components**. In: *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Edited by Rubenstein LZ, Bernabei R. New York, NY: Springer; 1995.
10. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, Mello AM, Logroscino G, Padovani A, Prete C *et al*: **Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions**. *J Am Med Dir Assoc* 2017, **18**(2):192 e191-192 e111.

11. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D: **Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital**. *Cochrane database of systematic reviews* 2011(7):CD006211.
12. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL: **The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis**. *Arch Gerontol Geriatr* 2004, **39**(3):245-254.
13. Stuck A, Siu A, Wieland G, Adams J, Rubenstein L: **Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials**. *Lancet* 1993, **342**(8878):1032-1036.
14. Weuve JL, Boult C, Morishita L: **The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden**. *Gerontologist* 2000, **40**(4):429-436.
15. Boult C, Boult L, Morishita L, Smith SL, Kane RL: **Outpatient geriatric evaluation and management**. *J Am Geriatr Soc* 1998, **46**(3):296-302.
16. Boult C, Boult L, Murphy C, Ebbitt B, Luptak M, Kane RL: **A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management**. *J Am Geriatr Soc* 1994, **42**(5):465-470.
17. Engelhardt JB, Toseland RW, O'Donnell JC, Richie JT, Jue D, Banks S: **The effectiveness and efficiency of outpatient geriatric evaluation and management**. *J Am Geriatr Soc* 1996, **44**(7):847-856.
18. Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB: **Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence**. *Med Care* 1999, **37**(12):1199-1206.
19. Morishita L, Boult C, Boult L, Smith S, Pacala JT: **Satisfaction with outpatient geriatric evaluation and management (GEM)**. *Gerontologist* 1998, **38**(3):303-308.
20. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC: **A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations**. *J Am Geriatr Soc* 1999, **47**(3):269-276.
21. Silverman M, Musa D, Martin DC, Lave JR, Adams J, Ricci EM: **Evaluation of outpatient geriatric assessment: a randomized multi-site trial**. *J Am Geriatr Soc* 1995, **43**(7):733-740.
22. Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Hendler SA, Richie JT, Jue D: **Outpatient geriatric evaluation and management. Results of a randomized trial**. *Med Care* 1996, **34**(6):624-640.
23. Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Richie J, Jue D, Banks SM: **Outpatient geriatric evaluation and management: is there an investment effect?** *Gerontologist* 1997, **37**(3):324-332.
24. Williams ME: **Outpatient geriatric evaluation**. *Clin Geriatr Med* 1987, **3**(1):175-183.
25. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, Francis SD, Branch LG, Lindblad CI, Artz M *et al*: **Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly**. *Am J Med* 2004, **116**(6):394-401.
26. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C *et al*: **A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management**. *N Engl J Med* 2002, **346**(12):905-912.
27. Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Cloar FT: **Impact of continued geriatric outpatient management on health outcomes of older veterans**. *Arch Intern Med* 1995, **155**(12):1313-1318.
28. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ: **Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes**. *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**(1):8-13.

29. Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, de Mola NL: **A randomized, controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management in a large public hospital.** *J Am Geriatr Soc* 1993, **41**(10):1023-1028.
30. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins S-ddlodsds, Bureau de l'organisation régionale des soins et populations spécifiques (O2),: **Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques;** 2007, <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm> [consulté le 18 décembre 2019].
31. Ministère des Solidarités et de la Santé: **Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007;** 2005, <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040037.htm> [consulté le 18 décembre 2019].
32. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C *et al*: **Comprehensive geriatric care in hospitals: the role of inpatient geriatric consultation teams**, vol. Report 245. Brussels: Belgian: Health Services Research (HSR) Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015.
33. Dumont C, Miceli A, Peeters A, Ventura M: **Clinique de la mémoire: une expérience belge.** *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2014, **14**:290-294.
34. de Bels F, Petitprez K: **Guide méthodologique - Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé.** Saint-Denis La Plaine Cedex (France): Haute Autorité de Santé; 2006.
35. Williams ME, Williams TF, Zimmer JG, Hall WJ, Podgorski CA: **How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial.** *J Am Geriatr Soc* 1987, **35**(12):1071-1078.