

Service de l'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé (ETMIS)

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

INDICATEURS DE SUIVI DES INTERVENTIONS VISANT À FAVORISER L'AUTONOMIE ET LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES

Préparé par

Simon Deblois

Luigi Lepanto

Novembre 2014



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par le Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Simon Deblois, M.A., M. Sc.
Luigi Lepanto, M.D., M. Sc., FRCP (C)

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité du Service de l'ETMIS, s'adresser au :

Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS)
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique (DQEPPS)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
850, rue Saint-Denis
Pavillon S, bureau S05-322A
Montréal (Québec) H2X 0A9
Téléphone : (514) 890-8000, poste 36132
Télécopieur : (514) 412-7460
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 978-2-89528-095-8

Comment citer ce document :

« Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Indicateurs de suivi des interventions visant à favoriser l'autonomie et la mobilité des personnes âgées hospitalisées*. Préparé par Simon Deblois et Luigi Lepanto. Novembre 2014 ».

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
MISSION.....	5
REMERCIEMENTS	6
SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	7
EXECUTIVE SUMMARY	8
ACRONYMES.....	9
LEXIQUE	9
AVANT-PROPOS.....	10
1 INTRODUCTION.....	11
1.1 Le déclin fonctionnel lié aux complications gériatriques et iatrogènes.....	11
1.2 Modes d'intervention visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées.....	12
1.2.1 Contexte québécois.....	13
1.3 Outils de mesure créés dans le cadre de la mise en œuvre d'OPTIMAH et évaluation effectuée par l'équipe d'implantation.....	13
1.4 Questions de recherche.....	14
2 MÉTHODOLOGIE.....	14
2.1 Recherche documentaire.....	14
2.1.1 Sources consultées.....	14
2.1.2 Critères d'inclusion.....	14
3 RÉSULTATS.....	15
3.1 Sélection des études.....	15
3.2 Caractéristiques méthodologiques des études recensées.....	15
3.3 Présentation du schéma-synthèse réunissant les caractéristiques des cadres de référence de l'AAPA et d'OPTIMAH.....	16
3.3.1 Contexte et structure.....	18
3.3.2 Processus.....	18
3.4 Dépouillement des indicateurs de qualité des soins aux personnes âgées hospitalisées.....	20
3.5 Indicateurs pour lesquels il apparaît impératif de faire un suivi dans le cadre d'une approche de soins adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.....	20
3.6 Association aux composantes du schéma-synthèse des indicateurs propres à l'appréciation des états autonomie et mobilité, et indicateurs transversaux aux autres états de l'acronyme AINÉES.....	22
3.6.1 Indicateurs se rapportant à la structure du modèle.....	22
3.6.2 Indicateurs se rapportant aux processus.....	23
3.6.3 Indicateurs liés à l'appréciation des résultats associés aux interventions.....	24

4	DISCUSSION.....	25
4.1	Poursuite de la recension des écrits.....	25
4.2	Pertinence d'une évaluation d'implantation.....	26
4.3	Appréciation de la fonction physique et de l'état fonctionnel.....	26
4.4	Choix des indicateurs.....	27
5	CONCLUSION	27
5.1	Lacunes à combler dans l'état des connaissances.....	28
6	RECOMMANDATIONS.....	28
7	RÉFÉRENCES.....	28
	ANNEXE 1.....	39
	ANNEXE 2	42

LISTE DES FIGURES

	Figure 1 - Schéma-synthèse de l'AAPA et d'OPTIMAH.....	17
--	--	----

MISSION

Le Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie qui se fonde sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, il œuvre à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

En plus de s'associer aux médecins, pharmaciens, membres du personnel infirmier et professionnels du CHUM, le Service de l'ETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Le Service de l'ETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Il travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord, permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. Le Service de l'ETMIS propose des pistes de solutions, contribuant à accroître leur performance par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

REMERCIEMENTS

Le Service d'ETMIS souhaite remercier la D^{re} Annik Dupras, interniste-gériatre et coresponsable clinique du développement de l'approche interdisciplinaire OPTIMAH au CHUM, ainsi que M^{me} Claire Beaudin, adjointe partenariat et transition à la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles de l'établissement, pour leurs commentaires et leur précieuse collaboration à la validation du contenu de ce rapport. Enfin, elle désire remercier M^{me} Johanne Piché, conseillère en communication, qui en a effectué la révision linguistique.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Ce rapport a pour but de répertorier des indicateurs de qualité permettant le suivi de l'approche interprofessionnelle d'Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital (OPTIMAH) du CHUM, en conformité avec les objectifs de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier, du MSSS. Ces approches visent à prévenir le déclin fonctionnel lié aux complications évitables chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins aigus. Elles ont notamment pour objectif de surveiller quotidiennement les six aspects de la santé suivants : l'autonomie et la mobilité, l'intégrité de la peau, la nutrition et l'hydratation, l'élimination, l'état cognitif et le comportement, ainsi que le sommeil. Dans la présente recherche, les indicateurs permettant d'apprécier les interventions et les résultats visant l'autonomie et la mobilité ont été ciblés. Des indicateurs transversaux à chacun des six aspects précités ont également été étudiés. En outre, une analyse a été effectuée afin d'identifier les indicateurs jugés prioritaires à l'atteinte des objectifs de ces approches.

À cette fin, une recension de la littérature pertinente a été effectuée. Celui-ci révèle qu'il existe une littérature relativement abondante portant sur des indicateurs de qualité adaptés au suivi des interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées, de même que des indicateurs pertinents à chacun des six volets de ces approches. Ces indicateurs ont été associés aux composantes des cadres de référence d'OPTIMAH et de l'AAPA. La recension des écrits n'a pas permis d'identifier des indicateurs permettant d'apprécier certains résultats, notamment l'effet des interventions sur le soulagement des symptômes des patients, le repérage des comorbidités et la mesure de la fragilité. Une recherche ciblée pourrait être effectuée afin d'identifier et documenter ces indicateurs. Une approche inspirée de la méthode RAND pourrait être employée afin de choisir, parmi les indicateurs de qualité identifiés et documentés dans le cadre de ce projet, ceux que le CHUM souhaiterait retenir afin d'effectuer le suivi de l'AAPA et d'OPTIMAH, en tenant compte notamment de leur pertinence sur le plan clinique, de la faisabilité de leur implantation, de leur facilité d'utilisation et des priorités de gestion.

Le service d'ETMIS recommande la poursuite de la recension des écrits afin de répertorier des indicateurs de qualité utiles au suivi des cinq autres volets de ces approches de soins. Enfin, il y aurait lieu de favoriser une concertation régionale, puis suprarégionale, en vue de la poursuite de la recension des écrits, du choix et de l'implantation des indicateurs qui seront ultimement retenus afin d'effectuer le suivi de ces approches.

EXECUTIVE SUMMARY

The purpose of this report is to provide a list of quality indicators that will allow the ongoing assessment of the *OPTIMAH (Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital)* program, an interdisciplinary approach aimed at improving care for elderly patients admitted to hospital. This program conforms to the objectives set out in the Quebec Ministry of Health directive entitled *Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)*. These approaches aim to prevent the loss of functional autonomy caused by avoidable complications in elderly patients admitted to acute care hospitals. Six aspects of health are monitored daily: functional autonomy and mobility, skin breakdown, problems with eating or feeding, incontinence, confusion, and sleep disorders. In this report, those indicators aimed at assessing functional autonomy and mobility were targeted. Quality indicators assessing a combination of these aspects, including functional autonomy and mobility, were also studied. The indicators were analyzed, so as to identify those determined essential to attaining the objectives set out in the programs mentioned above.

There is a relatively abundant literature describing quality indicators adapted to interventions aimed at preventing the functional decline of elderly patients admitted to hospital, as well as indicators simultaneously assessing a combination of the 6 health issues listed above. These indicators have been incorporated in the framework that is at the basis of OPTIMAH and AAPA. The literature search did not identify indicators assessing certain results, such as the effect of the interventions on the relief of symptoms, the identification of comorbidities, and the measure of patient frailness. A more tailored literature search may help identify such indicators. In order to prioritize and select appropriate indicators for CHUM, an approach similar to the RAND method could be employed based on their clinical appropriateness, their ease of use, the feasibility of data collection, and management priorities.

It is recommended that quality indicators specific to the 5 other health issues listed above also be identified. In view of the perspective of the Ministry of Health directive, it would be useful to establish a regional or supra-regional collaboration to identify quality indicators that will allow the ongoing assessment of these programs.

ACRONYMES

AAPA :	Approche adaptée à la personne âgée
AVD :	Activités relatives à la vie domestique
AVQ :	Activités de base de la vie quotidienne
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
DSI-RC :	Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles
ETMIS :	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
HARP :	<i>Hospital Admission Risk Profile</i>
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISAR :	<i>Identification of Seniors At Risk</i>
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
OPTIMAH :	Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital
PRISMA :	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
SHERPA :	Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie

LEXIQUE

AVD :	Activités telles que préparer les repas, utiliser les transports, etc.
AVQ :	Activités associées aux soins personnels, telles que se laver, se déplacer, etc.

AVANT-PROPOS¹

Le Service d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) a été mandaté par la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC) pour :

- Identifier et documenter des indicateurs de qualité pertinents au suivi de l'approche interprofessionnelle d'Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital (OPTIMAH) du CHUM, en conformité avec les objectifs de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier, du MSSS.
- Identifier les indicateurs que le Service de l'ETMIS juge prioritaires ou essentiels pour l'atteinte des objectifs.

L'objectif de ce travail d'analyse est de guider la prise de décision des gestionnaires responsables de l'implantation d'OPTIMAH au CHUM quant au choix des indicateurs de qualité pertinents au suivi de ces approches, en tenant compte des objectifs, des enjeux et du plan stratégique de l'établissement.

Dans un premier temps, il a été convenu de cibler les indicateurs permettant l'appréciation des interventions se rapportant au volet autonomie et mobilité d'OPTIMAH et de l'AAPA et visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées. Il a aussi été résolu de proposer un cadre afin d'identifier et de documenter des indicateurs permettant d'apprécier les autres volets d'OPTIMAH et de l'AAPA.

Le présent rapport identifie les indicateurs permettant d'apprécier les interventions et les résultats visant l'autonomie et la mobilité, de même que des indicateurs transversaux à l'ensemble des volets d'OPTIMAH et de l'AAPA. Le travail pourra être poursuivi ultérieurement afin de documenter les indicateurs spécifiques aux autres volets de ces approches.

Cette étude répond notamment aux attentes définies dans le *Guide à l'intention des utilisateurs de l'outil de suivi de l'implantation des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, qui exige des établissements qui implantent l'AAPA d'identifier et de suivre des indicateurs afin d'apprécier la qualité de l'implantation de l'approche (MSSS, 2012).

¹ Certains éléments de ce rapport sont tirés et adaptés d'un document intitulé *Rapport d'évaluation de modes d'intervention en santé*. Projet : Indicateurs de qualité pour le suivi de l'approche Optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital (OPTIMAH) du CHUM et de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec --- Cibles d'intervention pour prévenir le déclin fonctionnel : Syndrome d'immobilisation --- mobilité et autonomie (« A de l'acronyme AINÉES », préparé par M^{me} Chantale Lessard, à titre de consultante pour le CHUM (juin 2013).

1 INTRODUCTION

1.1 Le déclin fonctionnel lié aux complications gériatriques et iatrogènes

L'hospitalisation peut entraîner une diminution de la mobilité et des niveaux d'activités (Kleinpell et autres, 2008). Selon la définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2007 : p. 150), la mobilité consiste « à se déplacer en changeant la position du corps ou d'emplacement ou à se transférer d'un endroit à un autre, à porter, déplacer ou manipuler des objets, à marcher, courir ou monter (des escaliers, par exemple), et à utiliser divers moyens de transport » (Traduction libre).

Le syndrome d'immobilisation consiste en une diminution de la capacité à effectuer des activités quotidiennes en raison d'une détérioration de la fonction motrice qui entraîne des changements caractéristiques dans la physiologie et la structure corporelle (Musso et Macías Núñez, 2008). Plus spécifiquement, les manifestations cliniques et les complications du syndrome d'immobilisation affectent différents organes et systèmes : la peau, l'appareil locomoteur, les systèmes cardiovasculaire, pulmonaire, endocrinien et métabolique, nerveux, urinaire et digestif (Morin et Leduc, 2004). Le syndrome d'immobilisation au cours de l'hospitalisation a pour conséquence, entre autres, une perte osseuse accélérée, une perte de masse musculaire et des réflexes posturaux entraînant un déconditionnement à la marche, des forces de pression et de cisaillement sur la peau entraînant des plaies, la déshydratation, la malnutrition, l'incontinence, la privation sensorielle, l'isolement et le délirium (Kleinpell et autres, 2008 ; Morin et Leduc, 2004 ; Pashikanti et Von Ah, 2012).

Le déclin fonctionnel peut se définir comme l'incapacité d'accomplir les activités de base de la vie quotidienne (AVQ) et les activités relatives à la vie domestique (AVD), pouvant être causée par la diminution du fonctionnement physique et/ou cognitive (AHMAC, 2004 ; Inouye et autres, 2000 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Vorhies et Riley, 1993).

Le déclin fonctionnel a été rapporté comme étant la principale complication de l'hospitalisation chez la personne âgée (AHMAC, 2004 ; Inouye et autres, 2000 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Vorhies et Riley, 1993). En effet, en raison du vieillissement des systèmes physiologiques, on observe chez les personnes âgées une diminution de leur capacité de réserve, ce qui les rend plus susceptibles au déconditionnement et aux complications associées à l'hospitalisation (AHMAC, 2004 ; Palmer, 2004). Pendant l'hospitalisation, les personnes âgées peuvent subir un déconditionnement (soit la réduction de la force et de l'endurance musculaire, de l'amplitude de mouvements, de l'équilibre et des capacités aérobiques) et/ou un déclin cognitif associé au délirium (AHMAC, 2004 ; Hirsch et autres, 1990 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Palmer, 2004 ; Pashikanti et Von Ah, 2012). Le déconditionnement et le déclin fonctionnel peuvent se produire dès le deuxième jour d'hospitalisation des patients âgés les plus à risque (Hirsch et autres, 1990). Qui plus est, la nature cumulative du déclin fonctionnel lié aux co-morbidités fréquentes associées au vieillissement et le déconditionnement imposé à une personne âgée à la suite d'un repos au lit ou d'une immobilisation peuvent entraîner les personnes âgées dans un état de déclin fonctionnel irréversible, ce qui a pour conséquence de nuire à leur indépendance et à leur qualité de vie future (AHMAC, 2004). Une représentation schématique des causes du déclin fonctionnel iatrogène figure à l'Annexe 1.

La mobilité et la capacité fonctionnelle sont associées aux niveaux de force, d'équilibre (y compris la démarche) et d'endurance de la personne âgée. Le maintien de la force, de l'équilibre et de l'endurance est donc essentiel afin de prévenir la perte d'autonomie et le déclin fonctionnel. La réalisation fréquente d'activités peut avoir une influence sur la capacité d'une personne âgée à maintenir sa mobilité, sa vigueur et sa capacité à prendre soin d'elle-même (AHMAC, 2004). La mobilisation précoce a été proposée comme une intervention infirmière efficace pour prévenir les complications liées à l'immobilité et promouvoir des résultats bénéfiques pour les patients âgés hospitalisés (Pashikanti et Von Ah, 2012). Le mouvement et la mobilité du patient doivent être maintenus par la prescription d'exercices passifs d'amplitude de mouvements et la marche, en fonction des capacités physiques de ce dernier (Lazarus et autres, 1991 ; Pashikanti et Von Ah, 2012). La mobilisation précoce devrait être entreprise dans les 24 heures suivant l'admission dans un établissement de soins aigus (Pashikanti et Von Ah, 2012).

Le déclin fonctionnel est associé à une durée de séjour prolongée, à un risque accru de mortalité, à un risque accru d'hébergement dans un établissement de soins de longue durée, à un taux de réadmission plus élevé, à une qualité de vie diminuée, à une utilisation des services sociaux et de santé ainsi qu'à des coûts plus élevés, tant pour le réseau de la santé que pour la société (AHMAC, 2004 ; Lafont et autres, 2011 ; Mahoney et autres, 1998 ; Morin et Leduc, 2004 ; Narain et autres, 1988 ; Inouye et autres, 2000 ; Palmer, 2004 ; Pashikanti et Von Ah, 2012). Pour cette raison, la prévention du déclin fonctionnel est un des objectifs principaux en soins à la personne âgée et un des indicateurs de résultat pertinent et essentiel pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention et des soins (Ikegami, 1995 ; Zelada et autres, 2009). D'autant plus que les patients accordent beaucoup de valeur à l'état fonctionnel et au bien-être (AHMAC, 2004). Palmer (2004) estime que l'indépendance dans la réalisation des activités de vie quotidienne serait un important prédicteur de la mortalité et contribueraient davantage au pronostic de congé de l'hôpital que les mesures combinées de comorbidité, de gravité, de stadification de la maladie et de groupes de diagnostics connexes.

Parmi les facteurs prédictifs d'un déclin fonctionnel, notons, entre autres, l'âge avancé en soi, le type et la gravité de la pathologie aiguë, le nombre élevé de co-morbidités, la polypharmacie, la déficience visuelle ou auditive, l'utilisation d'une aide à la mobilité (marchette, canne, béquille, fauteuil roulant, etc.), l'instabilité à la marche (signalée par le patient), le risque de chutes (survenue récente de chutes [dans les 12 derniers mois] ou répétées), l'hospitalisation ou une visite à l'urgence dans les 12 derniers mois, les troubles cognitifs, les symptômes dépressifs, la déshydratation ou malnutrition, le faible niveau d'indépendance dans les AVD, le faible niveau d'activités liées à la vie en société (vivre seul, visiter sa famille ou ses amis, etc.) et enfin, la dépendance fonctionnelle dans les AVQ (Lafont et autres, 2011 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Mahoney et autres, 1998 ; Morin et Leduc, 2004 ; Palmer, 2004).

1.2 Modes d'intervention visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées

Depuis le début des années 1980 au Québec, on assiste au développement et à la mise en œuvre de nombreuses interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées par l'intégration de l'évaluation gériatrique globale dans l'approche de soins (pour évaluer les personnes à risque, poser les diagnostics et élaborer un plan de soins adapté à leurs besoins) et la mise en place d'interventions adaptées de prévention des complications. Cette approche de soins gériatrique globale se fait dans le cadre d'unités spécialisées d'évaluation gériatrique, mais de plus en plus par l'implication d'équipes de consultation en gériatrie auprès des équipes de soins. (Becker et autres, 1987 ; Kay et autres, 1992 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Lafont et autres, 2011 ; Phibbs et autres, 2006). Même si de nombreux modèles d'interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées existent, il n'en demeure pas moins qu'ils partagent des objectifs et des résultats communs (McVey et autres, 1989 ; Rubenstein, 1986). Avec le vieillissement démographique et le virage ambulatoire, le taux d'occupation de lits de soins aigus par la population de 65 ans et plus s'approche de 50 % au CHUM². L'ensemble de l'établissement doit donc adapter ses soins aux particularités de la personne âgée pour prévenir les complications évitables menant au déclin fonctionnel.

Inouye et ses collaborateurs (1993a) ont écrit en faveur de la création de programmes d'interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées en centre hospitalier de soins aigus. Selon ces auteurs, ces programmes doivent assurer la détermination la plus rapide possible de tous les patients âgés à risque de déclin fonctionnel, ainsi qu'une application des interventions préventives et curatives appropriées aux besoins des patients. Qui plus est, ces programmes ne devraient pas hausser significativement les coûts hospitaliers. Et enfin, ces programmes devraient intégrer les soins adaptés aux besoins de la personne âgée aux soins médicaux et infirmiers courants dans l'ensemble des unités de soins, et rendre disponible une expertise gériatrique dans l'ensemble de l'établissement (Inouye et autres, 1993a). Plusieurs études rapportent que la mise en œuvre de tels programmes d'interventions, misant sur l'évaluation gériatrique globale, le travail interdisciplinaire, l'utilisation rationnelle des médicaments et des services diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que la planification précoce du congé, pourrait favoriser la réduction de

² Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Répartition des hospitalisations selon le service (au départ) et la catégorie d'âge - 2012-2013

l'incidence du déclin fonctionnel accompagné de retombées favorables sur la qualité de vie du patient âgé, et ce, sans entraîner une augmentation des coûts de soins de santé (Asplund et autres, 2000 ; Cohen et autres, 2002 ; Counsell et autres, 2000 ; Ellis et autres, 2011a, 2011b ; Landefeld et autres, 1995 ; Stuck et autres, 1993).

1.2.1 Contexte québécois

Au CHUM, la mise en œuvre de l'approche d'OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital (OPTIMAH), basée sur des données probantes, a débuté en 2007. Le but de l'approche OPTIMAH « est l'amélioration des soins de la clientèle âgée du CHUM par la prévention du déclin fonctionnel relié aux complications évitables d'une hospitalisation (délirium, déconditionnement, dénutrition et déshydratation, plaies de pression, incontinence fonctionnelle et réactions indésirables aux médicaments) » (Dupras et Lafrenière, 2011 : p. 9). L'implantation de cette approche dans certaines unités du CHUM a débuté en 2008 et se poursuit graduellement au sein de ses trois hôpitaux depuis l'automne 2010. Elle comporte plusieurs volets : mobilité, prévention de plaies, nutrition, pharmacovigilance, stimulation cognitive, etc. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche OPTIMAH que l'équipe du CHUM a appliqué le concept des signes AINÉES, inspiré de l'acronyme SPICES de Fulmer³.

A : Autonomie et mobilité

Î : Intégrité de la peau

N : Nutrition et hydratation

É : Élimination

E : État cognitif et comportement

S : Sommeil

Il s'agit des six aspects de la santé qui doivent être surveillés quotidiennement en soins aigus, puisqu'une détérioration y est indicative ou prédictive de complication et de déclin fonctionnel chez l'ainé à l'hôpital. L'utilisation de cet outil permet de déceler précocement la présence de conditions à risque de déclin fonctionnel au moment de l'admission en centre hospitalier ou l'établissement de telles conditions en cours d'hospitalisation, et de cibler précocement les interventions spécifiques ou les traitements dans les deux cas (Dupras et Lafrenière, 2011 ; MSSS, 2011).

Du côté du MSSS, le développement de l'AAPA en milieu hospitalier a été inspiré, entre autres, des travaux et de l'expérience de l'approche OPTIMAH. Le concept des signes AINÉES a été repris dans le cadre de référence de l'approche adaptée du MSSS (2011). L'implantation de cette approche dans l'ensemble des centres hospitaliers en soins aigus du Québec est en cours depuis 2012.

Un cadre de référence a été élaboré pour chacune des deux interventions. **Ces cadres de référence apparaissent à l'Annexe 1 de ce rapport.**

En outre, un schéma-synthèse réunissant les caractéristiques de ces deux cadres de référence a été élaboré afin d'associer les indicateurs déterminés à l'analyse de la littérature aux composantes et caractéristiques des approches. Ce schéma est présenté plus loin dans ce rapport.

1.3 Outils de mesure créés dans le cadre de la mise en œuvre d'OPTIMAH et évaluation effectuée par l'équipe d'implantation

Il convient de noter que certains outils d'évaluation ont été créés par le CHUM dans le cadre de l'implantation d'OPTIMAH. Sur le plan de l'autonomie et de la mobilité, une grille d'évaluation de l'aménagement physique pour optimiser l'autonomie des personnes âgées a été créée en 2010 (Voora et St-Germain, 2010). Un

³ Fulmer T. *How to try This: Fulmer spices*. *Am J Nurs* 2007; 107(10) : 40-48. Traduit et adapté avec la permission de l'auteure.

indicateur et des outils de mesure ont aussi été créés afin d'apprécier la proportion des patients levés pour leurs repas et les raisons médicales, ou les motifs invoqués par le patient expliquant qu'il prend un repas au lit.

En outre, des audits ont été effectués par le CHUM en collaboration avec l'équipe d'implantation d'OPTIMAH afin d'apprécier la mesure dans laquelle les interventions thérapeutiques programmées ont été effectuées, dans les milieux dans lesquels l'approche a été implantée. Ces audits ont permis d'observer une adaptation accrue des environnements cliniques aux besoins des personnes âgées, une réduction du repos au lit (repos dans le fauteuil, marche dans le corridor avec ou sans aide, notamment), une attention plus soutenue du personnel clinique envers les patients âgés les plus vulnérables et une meilleure compréhension de leur rôle dans la prévention du déclin fonctionnel.

La présente étude s'inscrit dans la volonté de systématiser le processus d'évaluation et de suivi amorcé par le CHUM en 2008, et d'y adjoindre des professionnels de l'évaluation n'ayant pas participé à l'implantation des interventions à proprement parler.

1.4 Questions de recherche

Ce rapport vise à répondre aux deux questions suivantes :

- Quels sont les indicateurs qui, à l'analyse de la littérature scientifique pertinente, pourraient être employés pour apprécier les effets associés à OPTIMAH et à l'AAPA en ce qui a trait à l'autonomie et la mobilité ?
- Comment ces indicateurs peuvent-ils être associés aux cadres de référence de l'AAPA et d'OPTIMAH ?

2 MÉTHODOLOGIE

Une recension des écrits puis une analyse ont été effectuées afin d'associer les indicateurs établis aux composantes des modèles d'intervention propres à OPTIMAH et à l'AAPA. Un schéma-synthèse a été élaboré à la suite de cette analyse ; il est présenté à la section 3.3.

La méthodologie propre à la recension des écrits est présentée dans cette section, de même que l'approche retenue, pour associer les indicateurs aux différentes composantes du schéma-synthèse réunissant les caractéristiques des cadres de référence de l'AAPA et d'OPTIMAH.

2.1 Recherche documentaire

2.1.1 Sources consultées

Les sources suivantes ont été consultées : Medline (PubMed), Collaboration Cochrane, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Google Scholar, bibliographies figurant à la fin des documents sélectionnés et inclus dans le présent rapport (recherche manuelle).

2.1.2 Critères d'inclusion

Types d'études recherchés

- Essai clinique comparatif, synthèse des connaissances (revue de la littérature, revue générale [overview] de la littérature, revue systématique avec ou sans méta-analyse, revue Cochrane), document portant sur des indicateurs de qualité des soins chez les personnes âgées (guides de pratique clinique, documents de développement professionnel continu, articles scientifiques, rapports ou sites Web d'organismes reconnus proposant des indicateurs de qualité des soins spécifiques aux aînés).
- Études publiées en anglais et en français.

- Études publiées de 1980 à mai 2013. Il a été choisi de faire remonter la recherche à 1980, car cette date correspond approximativement au début de la réflexion sur les modes d'intervention visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées.

Populations visées

- Personnes âgées hospitalisées de 75 ans et plus et de 65 à 74 ans vulnérables.

Caractéristiques des interventions visées

Programmes, modes (ou modèles) d'interventions ou activités cliniques visant à prévenir la perte de mobilité et/ou d'autonomie (dépendance dans les AVQ, AVD et/ou les activités liées à la vie en société) et/ou mettant l'accent sur le syndrome d'immobilisation pour cible d'intervention et/ou ayant pour objectif ultime la prévention du déclin fonctionnel.

Il a été jugé pertinent d'étendre la sélection des études à une diversité de modèles de soins aux personnes âgées, compte tenu que, bien qu'ils peuvent différer sur le plan des approches et structures, les nombreux modes d'interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées tendent à partager des objectifs programmatiques communs (McVey et autres, 1989 ; Rubenstein, 1986).

Résultats attendus

Maintien ou amélioration de l'autonomie à la mobilité et/ou de l'autonomie fonctionnelle chez les patients âgés hospitalisés.

3 RÉSULTATS

3.1 Sélection des études

La sélection des études incluses a été effectuée à l'aide d'un processus de triangulation, selon les trois étapes suivantes :

- La première étape a consisté en la sélection des essais cliniques comparatifs et aléatoires, l'extraction de leurs données et l'établissement d'indicateurs.
- La deuxième étape a consisté à la sélection des synthèses des connaissances et l'extraction de leurs données. Les indicateurs de qualité établis à cette seconde étape contribuent à valider ceux qui ont été établis à la première étape et leur confèrent davantage de robustesse.
- La troisième étape a consisté à la sélection de documents portant sur des indicateurs de qualité des soins chez les aînés et l'extraction de leurs données. Les indicateurs de qualité établis à cette troisième étape contribuent à une double validation de ceux qui avaient déjà été établis aux étapes précédentes, leur conférant davantage de robustesse et de pertinence.

La qualité méthodologique des documents sélectionnés n'a pas été appréciée.

3.2 Caractéristiques méthodologiques des études recensées

Trois principaux types d'études ont été recensés, soit des essais cliniques comparatifs, des synthèses des connaissances et des analyses d'indicateurs de qualité des soins aux aînés.

Un nombre significatif de documents a été sélectionné et dépouillé, dans le cadre de la revue de la littérature, soit 89 en tout. En tout, la liste d'indicateurs établis est fondée sur les données probantes de 59 comptes

rendus d'essais cliniques comparatifs, de 20 comptes rendus de synthèses des connaissances et de 10 comptes rendus de documents portant sur des indicateurs de qualité des soins chez les aînés.

3.3 Présentation du schéma-synthèse réunissant les caractéristiques des cadres de référence de l'AAPA et d'OPTIMAH

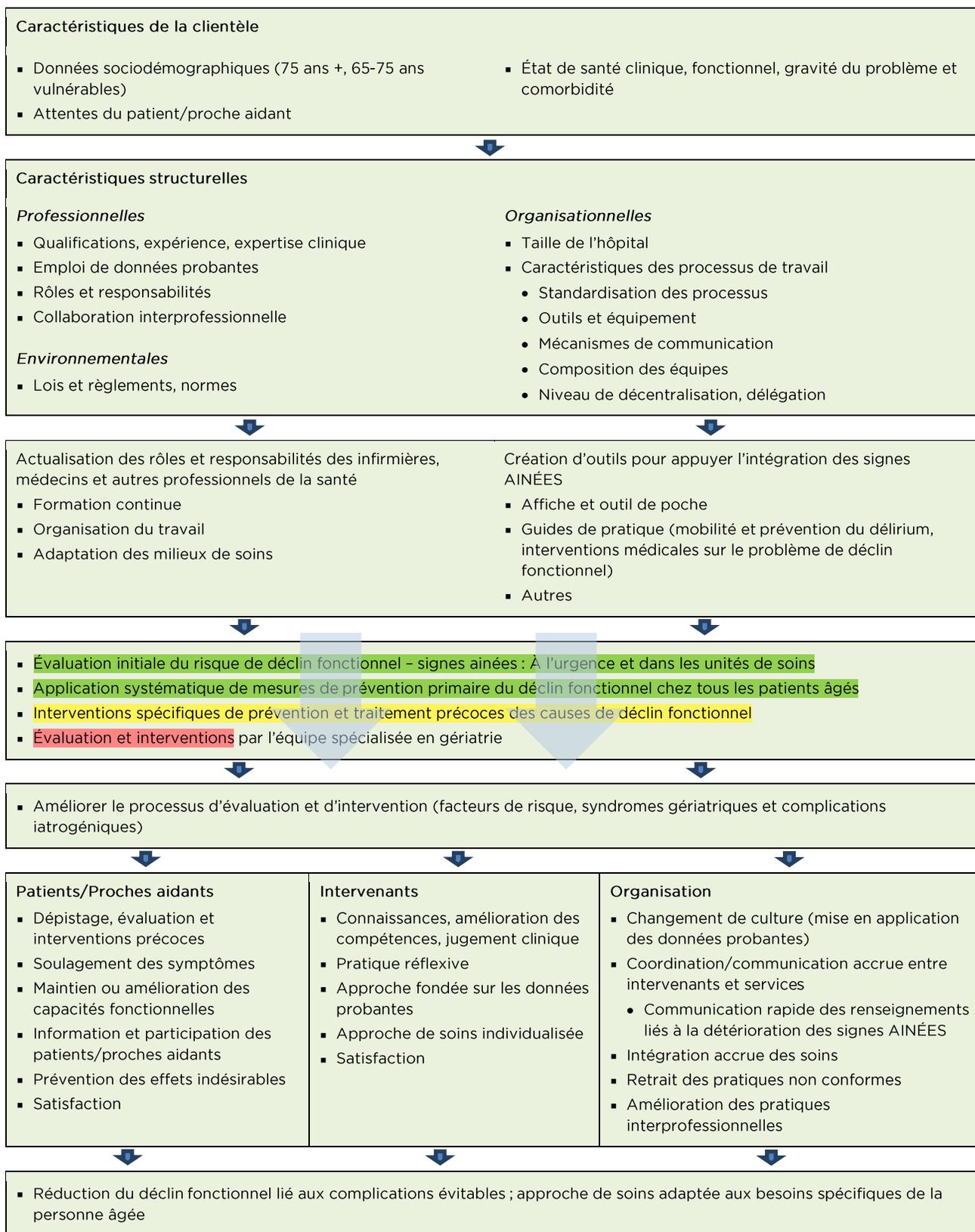
Tel qu'indiqué précédemment, un schéma-synthèse réunissant les caractéristiques des cadres de référence de l'AAPA et d'OPTIMAH a été élaboré. Il est présenté dans les sections qui suivent. Cette adaptation intègre également quelques observations suggérées par la D^{re} Annik Dupras, coresponsable de l'implantation de l'AAPA et d'OPTIMAH au CHUM, ainsi que par M^{me} Claire Beaudin, adjointe Partenariat et transition à la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles (DSI-RC).

Le cadre de référence de l'approche OPTIMAH met en relation les cibles de l'intervention et les indicateurs du déclin fonctionnel. Quant au cadre de référence de l'AAPA, il établit des relations entre les caractéristiques structurelles et celles de la clientèle, les processus et les résultats de l'intervention, selon une structure classique⁴.

L'organisation du schéma-synthèse est inspirée du cadre proposé par Champagne et autres pour modéliser les interventions de santé (Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011).

⁴ Le lecteur est invité à consulter le cadre de référence de l'approche AAPA en milieu hospitalier (MSSS, 2011), et la trousse d'implantation de l'approche OPTIMAH (Dupras et Lafrenière, 2011) pour obtenir plus de détails sur ces approches.

Figure 1 - Schéma-synthèse de l'AAPA et d'OPTIMAH



3.3.1 Contexte et structure

Le cadre de référence de l'AAPA réfère aux caractéristiques de la clientèle comme des « particularités de l'utilisateur pouvant influencer sa santé et l'utilisation des services de santé. Il s'agit, entre autres, des données sociodémographiques, de l'état de santé clinique et fonctionnel, de la gravité du problème de santé, des comorbidités et des attentes de la personne et de ses proches aidants » (MSSS, 2011 : p. 2). Quant aux caractéristiques structurelles, elles y sont décrites comme des « prérequis relativement stables pour la mise en place des bonnes pratiques : les composantes professionnelles, organisationnelles et environnementales de nos établissements de santé » (MSSS, 2011 : p. 2).

Il convient de noter que l'appréciation du contexte et de la structure d'une intervention, de même que de leur impact possible sur ses résultats relève d'une analyse d'implantation. Comme on le verra plus loin, la littérature recensée propose un nombre limité d'indicateurs permettant d'apprécier le contexte et la structure de l'intervention.

3.3.2 Processus

Le cadre de référence de l'AAPA spécifie que les processus de soins réfèrent aux « comportements normatifs issus initialement des sciences médicales, de l'éthique et des valeurs de la société. Plus spécifiquement, les normes proviennent des connaissances sur lesquelles s'appuient les interventions, de l'expertise clinique et des pratiques généralement acceptées dans le milieu. (MSSS, 2011 : p. 2) ».

La mise en œuvre de ces processus repose sur des activités de formation continue des membres du personnel, mais aussi sur une adaptation de l'organisation du travail au contexte de soins aux personnes âgées, de même qu'aux besoins de cette clientèle. Enfin, elle exige dans certains cas une adaptation des espaces physiques et de l'équipement de soins.

En outre, des outils tels que des affiches, outils de poche, fiches cliniques, aide-mémoire et guides de pratique liés à la fois à l'implantation de l'AAPA et d'OPTIMAH ont été élaborés à l'intention du personnel soignant.

Dans le cadre de l'implantation d'OPTIMAH, des outils de collecte de données ont également été créés pour appuyer l'évaluation initiale du risque de déclin fonctionnel, les mesures de prévention primaire du déclin fonctionnel, la détermination et le traitement précoce des causes de déclin fonctionnel.

Une évaluation d'implantation pourrait également contribuer à l'appréciation des processus, dans le cadre de la mise en œuvre de l'AAPA et d'OPTIMAH.

Formation continue des personnels

Une formation magistrale suivie d'un accompagnement comprenant une rétroaction sur le terrain est offerte au personnel des équipes de soins qui participent à OPTIMAH. De plus, des capsules vidéo sont offertes au personnel sur l'intranet du CHUM. Des activités de maintien de compétences sous diverses modalités sont également offertes.

Le cadre de référence de l'AAPA fait ressortir la nécessité d'une formation adéquate des différents membres du personnel soignant, tant la formation initiale, au chapitre des programmes d'enseignement, que la formation continue. Différentes activités de formation continue sont proposées (MSSS, 2011 : p. 75-85).

Évaluation initiale du risque de déclin fonctionnel et repérage des personnes âgées vulnérables

Tant l'AAPA qu'OPTIMAH prévoient une évaluation initiale du risque de déclin fonctionnel. Ainsi, l'AAPA implique que, au cours d'une visite à l'urgence ou d'une admission hospitalière, une personne âgée soit évaluée relativement au risque de déclin fonctionnel (MSSS, 2011 : p. 40). Le cadre de référence de l'AAPA cite

différents outils de dépistage ou repérage, dont ISAR, PRISMA-7, HARP et SHERPA, validés selon différents objectifs.

OPTIMAH propose une évaluation initiale et le suivi quotidien de six aspects de la santé marqueurs de déclin fonctionnel, réunis dans l'acronyme AINÉES. L'outil AINÉES a été conçu à la fois pour être utilisé dans la détermination initiale des facteurs de risque de déclin fonctionnel que pour le suivi quotidien des patients âgés hospitalisés.

La détermination dès l'admission des patients à risque de déclin fonctionnel et l'évaluation initiale des signes AINÉES habituels et actuels sont des composantes importantes d'OPTIMAH, permettant de dépister les personnes âgées vulnérables et ainsi, de déterminer les interventions spécifiques visant le maintien ou l'amélioration des capacités fonctionnelles. Cette évaluation initiale est réalisée à l'admission par le personnel infirmier.

Application systématique de mesures de prévention primaire du déclin fonctionnel

Le cadre de référence de l'AAPA précise que cette étape vise à « rassembler systématiquement les données pour mieux connaître la personne âgée du point de vue de sa condition de santé et de son état fonctionnel habituel et actuel » (MSSS, 2011 : p. 41). Deux types d'outils sont proposés pour le suivi des signes AINÉES, soit le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

L'application systématique de mesures de prévention primaire du déclin fonctionnel liées aux signes AINÉES dont OPTIMAH propose le suivi est au cœur de l'intervention. **À cet égard, l'implantation dans un milieu peut cibler les six signes AINÉES, ou seulement certains d'entre eux, selon le contexte de soins.**

Objectifs de production

Améliorer le processus d'évaluation et d'intervention (facteurs de risque, syndromes et complications gériatriques)

L'objectif de production d'OPTIMAH est d'améliorer le processus d'évaluation des patients âgés, tant par une évaluation initiale qui permet une appréciation adéquate des états de santé associés aux signes AINÉES, que par l'évaluation continue de ces derniers. En outre, il vise à améliorer le processus d'intervention en permettant la détermination et le traitement précoce des causes de déclin fonctionnel.

Inspiré, entre autres, d'OPTIMAH, celui de l'AAPA est semblable.

Objectifs / Résultats d'intervention

L'AAPA vise à agir à la fois sur les patients et les proches aidants, les intervenants et l'organisation. Ainsi, en ce qui a trait aux intervenants, l'intervention vise à leur permettre d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur jugement clinique. Elle vise également à promouvoir une pratique réflexive, appuyée par les preuves.

Elle poursuit également les objectifs suivants, sur le plan organisationnel : le changement de culture (pratique appuyée par les preuves), la coordination et la communication accrue entre les intervenants et services (en vue de la communication rapide des renseignements liés à la détérioration des signes AINÉES), et l'intégration accrue des soins.

Enfin, elle vise à améliorer les résultats de santé suivants chez les patients : soulagement des symptômes et participation accrue aux soins et autosoins, à accroître l'information et l'éducation thérapeutique, à protéger les patients à l'égard des effets indésirables des traitements, et à augmenter leur satisfaction à l'égard des soins.

Le cadre de référence d'OPTIMAH propose également d'agir sur les patients et les proches aidants (tenir compte des objectifs de la personne âgée, du soutien des proches aidants), des aspects organisationnels (aspects culturels, facteurs environnementaux). Cette approche vise à influencer la pratique des professionnels de la santé, notamment en réduisant la polypharmacie.

Objectif / Résultat ultime

Le résultat ultime poursuivi par la mise en œuvre de l'AAPA et OPTIMAH est la réduction du déclin fonctionnel lié aux complications évitables dont le délirium, la dénutrition, le syndrome d'immobilisation et les réactions indésirables aux médicaments.

L'hypothèse d'intervention stipule que l'application systématique de mesures de prévention du déclin fonctionnel, la détermination et le traitement précoce des marqueurs de déclin fonctionnel, et l'amélioration du processus d'évaluation et d'intervention par rapport aux facteurs de risque ainsi qu'aux syndromes gériatriques et complications iatrogéniques déterminées plus précocement entraîne plusieurs retombées positives, tant sur les patients et les proches aidants que les intervenants et l'organisation.

L'hypothèse causale stipule que cette intervention multifactorielle, agissant à la fois sur les patients et les proches aidants, les intervenants et l'organisation, entraîne une réduction du déclin fonctionnel lié aux complications iatrogéniques évitables.

Par conséquent, pour atteindre l'objectif ultime, il faut agir sur les patients et les proches aidants, les intervenants et l'organisation et ses processus de soins, de même que sur l'environnement de soins.

3.4 Dépouillement des indicateurs de qualité des soins aux personnes âgées hospitalisées

Plusieurs indicateurs de qualité des soins aux personnes âgées ont été établis. Dans les sections suivantes, ces indicateurs seront présentés en les associant aux composantes et caractéristiques des modes d'intervention qu'ils permettent d'apprécier.

Une attention particulière est portée aux indicateurs pour lesquels il apparaît impératif de faire un suivi dans le cadre d'une approche de soins aux personnes âgées.

L'ensemble des indicateurs pourraient éventuellement être classés (ou tabulés), au besoin, sous les dimensions de la qualité suivantes : sécurité, accessibilité, efficacité, continuité et soins centrés sur le patient.

Il convient de noter que la recension de la littérature n'a pas permis l'établissement de cibles à atteindre pour les indicateurs.

3.5 Indicateurs pour lesquels il apparaît impératif de faire un suivi dans le cadre d'une approche de soins adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Les études recensées soulignent l'importance de la réalisation d'une évaluation gériatrique globale à l'admission ainsi que sur une base régulière (voire quotidienne) tout au long de l'hospitalisation. Le clinicien ou la clinicienne devrait documenter les résultats au moment de l'admission ainsi que tout changement observé au cours des évaluations réalisées au quotidien (Krešević, 2008). Les déficits ou diminutions devraient être signalés à l'équipe interdisciplinaire pour la réalisation d'évaluations et d'interventions supplémentaires, ainsi que pour la prise en compte dans les plans de soins (Graf, 2006).

De plus, ces études mettent l'accent sur l'importance d'inclure dans l'évaluation gériatrique (tant à l'admission, au cours de l'hospitalisation qu'au congé) une appréciation des fonctions et états suivants, jugés comme étant essentiels et donc prioritaires, ainsi que les indicateurs et instruments de collecte appropriés à leur mesure :

- Fonction physique : mobilité (y compris transferts, marche, équilibre et démarche, force musculaire et/ou endurance, risque de chutes).
- État fonctionnel : autonomie (y compris les AVQ, les AVD et/ou les activités liées à la vie en société).
- État nutritionnel.
- Fonctions cognitive et comportementale : repérage du délirium (syndrome confusionnel) et de la démence.
- Fonction émotionnelle (humeur)/psychologique : symptômes dépressifs (ou dépression).
- Situation sociale (soutien).
- Lieu de résidence (à l'admission et au congé).
- Vue et audition.
- La présence de processus permettant d'apprécier ces fonctions et états peut être perçue comme un indicateur de qualité de soins.

L'appréciation des fonctions physique et fonctionnelle, cognitive et comportementale, émotionnelle / psychologique et de l'état nutritionnel devrait être réalisée à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital, dans le continuum de soins. La différence entre les résultats des évaluations à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation, soit aucun changement, une amélioration ou une détérioration. Le déclin fonctionnel représente la perte d'indépendance dans au moins une activité de base de la vie quotidienne entre l'admission et le congé (ou les résultats subséquents après le congé).

Les indicateurs de résultats acceptés à l'échelle mondiale pour évaluer les effets des modes d'interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées sont :

- État fonctionnel : déclin dans les AVQ, les AVD et/ou d'activités liées à la vie en société.
- État physique : perte de mobilité (marche, équilibre, force, endurance).
- Taux d'incontinence fonctionnelle.
- Taux de dépistage du délirium.
- Taux de réadaptation.
- Durée du séjour.
- Taux de réhospitalisation.
- Taux d'hébergement ou de changement de lieu de résidence.
- Mortalité.
- Utilisation des ressources de santé et coûts.
- Nombre de médicaments inappropriés prescrits, dont les psychotropes.
- Taux de plaies de pression.
- Taux de dénutrition acquis à l'hôpital.

3.6 Association aux composantes du schéma-synthèse des indicateurs propres à l'appréciation des états autonomie et mobilité, et indicateurs transversaux aux autres états de l'acronyme AINÉES

Un travail d'analyse a été effectué afin d'associer les indicateurs établis au cours de la revue de littérature aux différentes composantes du schéma-synthèse, réunissant les caractéristiques des cadres conceptuels AAPA et OPTIMAH.

Dans les sections suivantes, les indicateurs pertinents à l'appréciation des composantes du schéma sont présentés. Il sera d'abord question des indicateurs permettant d'apprécier la structure du modèle, puis de ceux qui concernent les processus, et enfin les résultats des interventions.

L'Annexe 2 présente une liste générale faisant état des critères et des instruments de collecte se rapportant à chacun des indicateurs pertinents, de même que les références bibliographiques relatives à chacune des composantes du schéma-synthèse.

Il convient de noter que les instruments de collecte propres à certains indicateurs n'ont pas été définis de façon précise dans les références citées, et demandent à être précisés.

L'objectif des indicateurs de structures est d'apprécier les mesures de soutien à l'intérieur de l'établissement, permettant aux cliniciens et cliniciennes de prévenir le déclin fonctionnel, tandis que celui des indicateurs de processus est d'évaluer les changements dans les pratiques qui mènent à l'amélioration des résultats quant au déclin fonctionnel. Enfin, l'objectif des indicateurs de résultats est d'évaluer l'effet de l'implantation des recommandations des modes d'interventions ciblées visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées, et l'effet sur leurs proches aidants et l'organisation (RNAO, 2005 ; p. 38).

3.6.1 Indicateurs se rapportant à la structure du modèle

Les éléments suivants sont perçus comme des indicateurs du succès de l'implantation d'une approche de soins aux personnes âgées :

- Environnement et équipement : modification de l'environnement et disponibilité de l'équipement afin de motiver la mobilité, prévenir les chutes, rendre l'environnement plus sécuritaire et plus adapté aux personnes âgées (AGS, BGS and AAOS, 2001 ; AHMAC 2004, 2007 ; Graf, 2006 ; Kleinpell et autres, 2008 ; Kresevic, 2008 ; Morin et Leduc, 2004, Parke et Friesen 2007).
- Financement : allocation des ressources nécessaires pour la mise en place d'interventions visant à prévenir la perte de mobilité et/ou d'autonomie dans les AVQ (Graf, 2006).
- Culture d'établissement : culture hospitalière à l'égard des soins adaptés aux personnes âgées (Kleinpell et autres, 2008).
- Haute direction et administration : appui au développement du programme (Kresevic, 2008 ; RNAO, 2005) et suivi des indicateurs.
- Évaluation fonctionnelle comme pratique d'établissement : intégration de l'évaluation fonctionnelle dans l'ensemble de l'établissement (Kresevic, 2008).

Il convient de noter que des outils de mesure ont été définis seulement pour les indicateurs se rapportant à la culture d'établissement, à l'environnement et à l'équipement. La littérature ne fournit pas d'outils de mesure pour les autres indicateurs et ne précise pas non plus de seuils ou de cibles à atteindre.

La recension des écrits a également permis d'établir des indicateurs de structure qui pourraient être utilisés dans le cadre d'une évaluation d'implantation comprenant un devis qualitatif. En voici la liste :

- Intégration aux programmes gériatriques existants (Bradley et autres, 2004).

- Équilibre entre la fidélité au programme et les circonstances spécifiques de l'hôpital (Bradley et autres, 2004).
- Documentation des résultats positifs du programme malgré les ressources limitées pour la collecte et l'analyse des données (Bradley et autres, 2004).
- Maintien de la dynamique de la mise en œuvre dans un contexte de délais irréalistes et de ressources limitées (Bradley et autres, 2004).
- Assurance d'un leadership clinique infirmier efficace (Bradley et autres, 2004, 2005, 2006a, 2006b).
- Assurance d'un leadership clinique médical efficace (Bradley et autres, 2006a ; Palmer et autres, 2003).
- Gain de l'appui interne malgré des exigences et des objectifs différents entre l'administration et le personnel clinique (Bradley et autres, 2004).
- Gain de l'appui de la haute direction (Bradley et autres, 2006a, 2006b ; Palmer et autres, 2003).
- Présence d'un haut gestionnaire « champion » du programme (Bradley et autres, 2006a, 2006b).
- Cohérence avec la mission de l'hôpital (Bradley et autres, 2006b).
- Coûts perçus du programme (Bradley et autres, 2006a, 2006b).
- Effectifs (Bradley et autres, 2006a).
- Approche interdisciplinaire au cours de la planification et du développement du programme (Palmer et autres, 2003).
- Assurance de la disponibilité de ressources humaines et financières adéquates (Bradley et autres, 2005).
- Adaptation possible du programme selon le contexte et les circonstances de l'hôpital (Bradley et autres, 2005).

3.6.2 Indicateurs se rapportant aux processus

La mise en œuvre d'une intervention en soins aux personnes âgées fondée sur les données probantes exige la mise en place d'une équipe interdisciplinaire, de processus de gestion de la douleur, d'objectifs de minimisation du repos au lit et d'autres processus et mécanismes permettant d'apprécier les états liés aux aspects AINÉES et les interventions qui en découlent. Ces processus apparaissent dans le tableau qui suit. Le moment où ils pourraient être appréciés, au cours du processus de soins, y est également indiqué. Le moment indiqué découle de l'analyse de la littérature pertinente.

PROCESSUS	MOMENT DE LA MESURE			
	Avant l'admission	Admission	Hospitalisation	Congé
Création d'une équipe interdisciplinaire		X	X	
Gestion de la douleur		X	X	X
Minimisation du repos au lit			X	
Utilisation rationnelle des contentions			X	
Favoriser l'acquisition d'une routine de vie			X	

Utilisation optimale de la médication		X	X	X
Planification du congé à l'hôpital		X	X	X
Appréciation des facteurs suivants :				
▪ État nutritionnel		X	X	X
▪ Présence de comorbidités		X		
▪ Appréciation de la gravité de la maladie causant l'hospitalisation		X		
▪ Fragilité		X		
▪ Pronostic gériatrique		X		
▪ Dépendance à l'alcool et à d'autres substances		X		
▪ Incontinence		X	X	X
▪ Plaies de pression		X	X	X
▪ Utilisation des ressources de santé avant l'admission	X			
▪ Autonomie	X	X	X	X
▪ État cognitif	X	X	X	X

Des instruments de mesure permettant d'apprécier les résultats associés à la mise en œuvre de ces processus ont été conçus pour plusieurs d'entre eux, comme mentionné au tableau de l'Annexe 2.

De plus, la recension des écrits a permis d'établir quelques indicateurs de processus qui pourraient être appréciés à l'aide d'un devis qualitatif :

- Formation du personnel professionnel (Palmer et autres, 2003).
- Modifications de l'environnement (Palmer et autres, 2003).
- Retour d'information à l'égard du programme au leadership médical et à l'administration (Palmer et autres, 2003).

3.6.3 Indicateurs liés à l'appréciation des résultats associés aux interventions

La recension des écrits a permis d'établir plusieurs indicateurs pouvant être employés afin d'apprécier les résultats associés aux interventions. Ceux-ci sont énumérés à l'Annexe 2, accompagnés des critères, instruments de collecte et références bibliographiques qui les appuient. Les principaux indicateurs permettant d'apprécier les effets sur les patients eux-mêmes, les proches aidants, les fournisseurs de soins, et l'organisation de santé sont brièvement énoncés dans cette section.

Résultats associés à l'appréciation des effets sur les patients

Tel qu'indiqué au point 3.5, la recension des écrits souligne l'importance d'effectuer une évaluation gériatrique complète à l'admission et sur une base régulière au cours de l'hospitalisation. Les composantes et variables essentielles à cette évaluation ont été évoquées au point 3.5. La recension des écrits a fourni quelques indicateurs, critères et instruments de collecte pouvant être employés à cette fin. Ceux-ci ont été colligés à l'Annexe 2 du présent rapport.

De plus, les indicateurs suivants peuvent être appréciés à certains moments du parcours de soins :

INDICATEUR	MOMENT DE LA MESURE				
	Avant l'admission	Admission	Hospitalisation	Congé	Après le congé
Qualité de vie liée à la santé	X	X			X
Évaluation subjective de l'état de santé	X	X		X	X
Satisfaction du patient à l'égard des soins			X	X	
Complications			X		

Résultats associés aux proches aidants

- Pression sur le proche aidant.
- État de santé du proche aidant (évaluation subjective).
- Satisfaction du proche aidant à l'égard des soins.

Résultats associés aux effets sur les professionnels de la santé

- Satisfaction des médecins à l'égard de la qualité des soins à la personne âgée dans les unités de soins.
- Satisfaction des infirmiers et infirmières à l'égard des soins à la personne âgée dans les unités de soins.
- Satisfaction des médecins, infirmiers et infirmières à l'égard de l'organisation des soins et de la disponibilité des outils, ou la présence des préalables pour offrir des soins adaptés à la personne âgée.

Résultats relatifs à l'organisation des soins de santé

- Durée de séjour.
- Taux de complications iatrogéniques ou gériatriques.
- Taux d'hébergement.
- Taux de contention.
- Taux de réhospitalisation par échec au congé.
- Coûts.

4 DISCUSSION

4.1 Poursuite de la recension des écrits

La recension des écrits a permis d'établir un grand nombre d'indicateurs pertinents au suivi d'interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins critiques.

Certains d'entre eux sont spécifiques au suivi des interventions regroupées sous le volet autonomie et mobilité d'OPTIMAH et de l'AAPA, tandis que d'autres sont transversaux aux six volets de ces approches.

Selon leurs caractéristiques, les indicateurs répertoriés ont été associés aux composantes du modèle logique d'intervention propre à OPTIMAH et à l'AAPA. À cet égard, peu d'indicateurs recensés permettent d'apprécier la structure du modèle. En outre, la recension des écrits n'a pas permis de documenter tous les processus associés à ces interventions. Une nouvelle recherche documentaire ciblée pourrait contribuer à établir des indicateurs permettant d'apprécier plus spécifiquement ces composantes du modèle.

La recension n'a pas non plus permis d'établir d'indicateurs afin d'apprécier certains résultats. À cet égard, une recension ciblée pourrait être effectuée afin d'établir et de documenter des indicateurs pour estimer : 1) l'effet des interventions sur le soulagement des symptômes des patients ; 2) le repérage des comorbidités ; 3) la mesure de la fragilité ; 4) l'effet d'une collaboration sur les résultats cliniques ; 5) la participation aux soins et aux autosoins des patients ; 6) la mesure dans laquelle les interventions protègent les patients et leurs proches aidants contre les effets indésirables ; 7) la compréhension de l'information transmise aux patients et à leurs proches aidants, et l'amélioration des résultats de santé. Une analyse similaire pourrait être effectuée afin d'établir et de documenter des indicateurs permettant d'apprécier l'effet des interventions éducatives réalisées dans le cadre de l'implantation d'OPTIMAH et de l'AAPA sur les connaissances acquises par les intervenants, l'amélioration de leurs compétences, leur jugement clinique et leur pratique.

4.2 Pertinence d'une évaluation d'implantation

Une évaluation d'implantation pourrait contribuer à mieux comprendre l'effet du contexte d'implantation sur les interventions et les résultats, les facteurs facilitants, ainsi que les barrières à leur implantation et l'effet de la structure sur les processus et les résultats. Certains indicateurs énoncés au point 3.6.1 pourraient être employés à cette fin.

De plus, une évaluation d'implantation pourrait contribuer à mieux comprendre la mesure dans laquelle les processus sont bien implantés, en déterminant, par exemple, à quelle fréquence l'évaluation initiale AINÉES est effectuée au cours du processus de soins, avec quel degré d'intensité les mesures de prévention primaire, d'identification et de traitement précoce sont appliquées.

4.3 Appréciation de la fonction physique et de l'état fonctionnel

Plusieurs instruments de collecte (mesures) existent pour évaluer la fonction physique et l'état fonctionnel, mais il n'y aurait toutefois aucun instrument de référence servant à mesurer l'état fonctionnel des personnes âgées hospitalisées. Le choix de l'instrument dépend du contexte et des objectifs (Graf, 2006). La gêne ou l'incapacité fonctionnelle des membres inférieurs est généralement évaluée au moyen d'instruments de collecte objectifs mesurant, entre autres choses, l'équilibre, la vitesse de marche, les éléments portant sur la mobilité des tests des AVQ ou encore, la capacité à se lever et à s'asseoir sur une chaise (Lafont et autres, 2011). Une idée générale de l'état fonctionnel peut également être déterminée en évaluant (à la suite de l'observation et de l'annotation au dossier) le niveau d'activités au cours de l'hospitalisation, tel que la fréquence de la marche dans le couloir (Kleinpell et autres, 2008). De même, il existe des instruments de mesures validés pour évaluer l'état fonctionnel (autonomie dans les AVQ ou les AVD), tels que le *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living* (Katz et autres, 1970) et le *Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale* (Lawton et Brody, 1969), pour ne nommer que ceux-là. Il peut même s'avérer intéressant d'utiliser des instruments de collecte pour évaluer la culture hospitalière à l'égard des soins aux personnes âgées (Kleinpell et autres, 2008), tels que le *Geriatric Institutional Assessment Profile* (Abraham et autres, 1999). Cet instrument a été conçu dans le but spécifique d'évaluer les connaissances, les attitudes et les perceptions du personnel hospitalier à l'égard des soins aux personnes âgées, ainsi que l'adéquation de l'environnement hospitalier aux besoins des personnes âgées hospitalisées (Abraham et autres, 1999 ; Kleinpell et autres, 2008).

À cet égard, les instruments de collecte choisis devraient être efficaces, faciles à administrer et à interpréter, et enfin, pratiques et adaptés aux objectifs de l'évaluation (Bakker et autres, 2011 ; Graf, 2006 ; Kresevic,

2008). Qui plus est, non seulement devraient-ils fournir des renseignements utiles aux cliniciens et cliniciennes mais encore, ils devraient être incorporés dans l'anamnèse systématique (au moment de l'admission au centre hospitalier) et dans les évaluations quotidiennes (Bakker et autres, 2011 ; Kresevic, 2008). Il serait également pertinent, suivant le contexte québécois, que les instruments de collecte choisis soient disponibles en anglais et en français, et que ces deux versions aient été validées. En ce sens, il serait primordial que le choix des instruments de collecte (mesures) soit réalisé par des cliniciens et des cliniciennes spécialisées en gériatrie, ainsi que par des experts de la mesurabilité, sans oublier la consultation des patients.

4.4 Choix des indicateurs

Un grand nombre d'indicateurs peuvent être employés pour apprécier la structure et les processus, de même que les résultats qui sont associés aux interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins critiques. Un choix d'indicateurs devra être effectué, en tenant compte notamment de leur pertinence sur le plan clinique, de la faisabilité de leur implantation, de leur facilité d'utilisation et de priorités de gestion.

À cet égard, une approche inspirée de la méthode RAND, qui a été employée par l'INESSS, notamment afin de définir des indicateurs à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne (INESSS, 2012), pourrait être utilisée dans le cadre de ce projet. Cette approche comporte trois étapes principales. La première consiste à effectuer une recension des écrits afin de déterminer la preuve scientifique à l'appui des indicateurs. Il s'agit de la démarche qui a été effectuée dans le cadre de la présente analyse. La seconde consiste à consulter les principaux utilisateurs des indicateurs, par exemple des représentants des patients, des professionnels de la santé et des gestionnaires engagés dans la prestation directe des soins. Enfin, la troisième consiste à consulter des experts sur l'opérationnalisation des indicateurs. Un comité d'expert pourrait être formé afin d'évaluer la mesurabilité et de guider les recommandations finales quant au choix des indicateurs à retenir, en tenant compte, notamment, des données recueillies aux deux étapes précédentes (INESSS, 2012).

Il convient de noter que cette approche a été utilisée en Ontario en vue de définir des indicateurs de déclin fonctionnel et de délirium, dans le cadre de l'implantation de la Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés (Wong et autres, 2012). Une démarche similaire pourrait être adoptée en vue de l'établissement d'indicateurs propres au monitoring de l'implantation d'OPTIMAH et de l'AAPA au CHUM, ou même dans d'autres établissements du Québec.

5 CONCLUSION

La recension des écrits présentée dans ce rapport témoigne du fait qu'il existe une littérature relativement abondante offrant des indicateurs permettant d'apprécier les structures et les processus, de même que les résultats associés aux interventions visant à favoriser l'autonomie et la mobilité, et à prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins critiques. Cette recension a aussi permis d'établir des indicateurs transversaux aux six volets de l'AAPA et d'OPTIMAH. Une sélection d'indicateurs devra être effectuée pour le suivi de l'implantation de l'AAPA et d'OPTIMAH dans l'établissement. Une méthodologie semblable à celle qui est décrite au point 4.4 de ce rapport pourrait être employée pour le choix des indicateurs. Une collaboration avec les autres CHU, CHA et instituts universitaires du réseau montréalais, de même que les autres hôpitaux universitaires du Québec, pourrait être pertinente dans ce dossier.

Une recherche complémentaire à caractère spécifique pourrait être effectuée afin de documenter des indicateurs pertinents à l'appréciation de certaines variables, tel que mentionné au point 4.1.

Il serait souhaitable d'effectuer une recension des écrits semblable à celle qui est présentée dans ce rapport, afin d'établir et de documenter des indicateurs pertinents à l'appréciation des autres volets de ces approches (représentés par les lettres suivant le A de l'acronyme AINÉES et décrits au point 1.2.1). Un choix pourrait

ensuite être effectué au nombre de ces indicateurs afin d'effectuer le suivi des interventions pertinentes à ces autres volets.

La pertinence d'employer les indicateurs et outils de mesure créés par le CHUM, dans le cadre de l'implantation d'OPTIMAH, pourrait être considérée par le comité d'experts qui serait appelé à consulter l'ensemble des données recueillies au cours de la recension des écrits et de la consultation des parties prenantes, afin de recommander des indicateurs de suivi, tel que suggéré au point 4.4.

5.1 Lacunes à combler dans l'état des connaissances

La recension des écrits a permis de découvrir les lacunes suivantes.

- Il existe peu de données portant sur la façon dont le contexte d'implantation influence les résultats associés aux interventions visant la prévention du déclin fonctionnel chez les personnes âgées en établissement de soins. De nouvelles études d'implantation pourraient contribuer à mieux comprendre les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de ce type d'intervention.
- Elle n'a pas permis de trouver d'études portant sur les mécanismes permettant de favoriser un engagement accru des patients âgés et de leurs proches aidants à l'égard des soins qui leurs sont offerts. De nouvelles études, pouvant faire appel à des méthodes de recherche variées (essais aléatoires en grappes, méthodes qualitatives) contribueraient à mieux guider la prise de décision quant aux façons les plus appropriées d'intervenir à cet égard.
- Elle a fait ressortir qu'il existe plusieurs outils de mesure pour apprécier les fonctions physique, cognitive et fonctionnelle, mais aucun ne peut être considéré comme étant l'instrument de référence. (Graf, 2006). Le choix de l'outil dépendra du contexte et des objectifs.

6 RECOMMANDATIONS

- Poursuivre le travail de recension des écrits en vue d'établir et de documenter des indicateurs propres aux autres volets de l'AAPA et d'OPTIMAH.
- Adopter un processus structuré en vue du choix des indicateurs comportant des consultations avec des patients et des professionnels, ainsi que la mise sur pied d'un comité consultatif sur l'opérationnalisation des indicateurs.
- Favoriser une concertation régionale, puis suprarégionale, en vue de la poursuite du travail de recension des écrits, du choix et de l'implantation des indicateurs qui seront ultimement retenus afin d'effectuer le suivi de ces approches.

7 RÉFÉRENCES

Bibliographie des comptes rendus des essais cliniques comparatifs et aléatoires, des synthèses des connaissances et des indicateurs de la qualité des soins chez les personnes âgées compris dans la revue de la littérature (tableau des indicateurs de qualité)

Articles scientifiques

- Ahmed et autres, 2012 Ahmed, N., Taylor, K., McDaniel, Y., Dyer, CB. *The role of an Acute Care for the Elderly unit in achieving hospital quality indicators while caring for frail hospitalized elders.* Population Health Management 2012;15(4);236-40.

- Allen et autres, 1986 Allen, CM., Becker, PM., McVey, LJ., Saltz, C., Feussner, JR., Cohen, HJ. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations. *Journal of the American Medical Association*, 1986; 255(19):2617-21.
- Applegate et autres, 1990 Applegate, WB., Miller, ST., Graney, MJ., Elam, JT., Burns, R., Akins, DE. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *New England Journal of Medicine*, 1990;322(22):1572-8.
- Asplund et autres, 2000 Asplund, K., Gustafson, Y., Jacobson, C., Bucht, G., Wahlin, A., Peterson, J., Blom, J-O., Ångquist, K-A. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48(11):1381-8.
- Barnes et autres, 2012 Barnes, DE., Palmer, RM., Kresevic, DM., Fortinsky, RH., Kowal, J., Chren, M-M., Landefeld, CS. *Acute Care for Elders Units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status.* *Health Affairs (Millwood)* 2012;31(6):1227-36.
- Barrick et autres, 1999 Barrick, C., Karuza, J., Levitt, J. *Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute care unit.* *American Journal of Medical Quality*, 1999;14(3):133-7.
- Becker et autres, 1987 Becker, PM., McVey, LJ., Saltz, CC., Feussner, JR., Cohen, HJ. *Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team.* *Journal of the American Medical Association*, 1987;257(17);2313-7.
- Boyer et autres, 1986 Boyer, N., Chuang, JL., Gipner, D. *An acute care geriatric unit.* *Nursing Management* 1986;17(5):22-25.
- Chang et autres, 2007 Chang, E., Hancock, K., Hickman, L., Glasson, J., Davidson, P. *Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care: a repeated measures (pre- and post-intervention) design.* *International Journal of Nursing Studies*, 2007;44(7);1079-92.
- Cohen et autres, 2002 Cohen, HJ., Feussner, JR., Weinberger, M., Carner, M., Hamdy, RC., Hsieh, F., Phibbs, C., Lavori, P.A. *Controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management.* *New England Journal of Medicine*, 2002;346(12): 905-12.
- Collard et autres, 1985 Collard, AF., Bachman, SS., Beatrice, DF. *Acute care delivery for the geriatric patient: an innovative approach.* *QRB Quality Review Bulletin*, 1985;11(6):180-5.
- Counsell et autres, 2000 Counsell, SR., Holder, CM., Liebenauer, LL., Palmer, RM., Fortinsky, RH., Kresevic, DM., Quinn, LM., Allen, KR., Covinsky, KE., Landefeld, CS. *Effects of a Multicomponent Intervention on Functional Outcomes and Process of Care in Hospitalized Older Patients: A Randomized Controlled Trial of Acute Care for Elders (ACE) in a Community Hospital.* *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000;48(12):1572-81.
- Courtney et autres, 2011 Courtney, MD., Edwards, HE., Chang, AM., Parker, AW., Finlayson, K., Hamilton, K. 2. *A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol.* *BMC Health Services Research*, 2011, Aug. 23;11:202.
- Covinsky et autres, 1997 Covinsky, KE., King, JT. Jr, Quinn, LM., Siddique, R., Palmer, R., Kresevic, DM., Fortinsky, RH., Kowal, J., Landefeld, CS. *Do Acute Care for Elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective.* *Journal of the American Geriatrics Society*, 1997;45(6):729-34.

- Dechamps et autres, 2010 Dechamps, A., Alban, R., Jen, J., Decamps, A., Traissac, T., Dehail, P. *Individualized Cognition-Action intervention to prevent behavioral disturbances and functional decline in institutionalized older adults: a randomized pilot trial. International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010;25(8):850-60.
- de Morton et autres, 2007b de Morton, NA., Keating, JL., Berlowitz, DJ., Jackson, B., Lim, WK. *Additional exercise does not change hospital or patient outcomes in older medical patients: a controlled clinical trial. Australian Journal of Physiotherapy*, 2007b;53(2):105-11.
- Fretwell et autres, 1990 Fretwell, MD., Raymond, PM., McGarvey, ST., Owens, N., Traines, M., Silliman, RA., Mor, V. *The Senior Care Study. A controlled trial of a consultative/unit-based geriatric assessment program in acute care. Journal of the American Geriatrics Society* 1990;38(10):1073-81.
- Gayton et autres,1987 Gayton, D., Wood-Dauphinee, S., de Lorimier, M., Tousignant, P., Hanley, J. *Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. Journal of the American Geriatrics Society*, 1987;35(8):726-36.
- Germain et autres, 1995 Germain, M., Knoeffel, F., Wieland, D., Rubenstein, LZ. *A geriatric assessment and intervention team for hospital inpatients awaiting transfer to a geriatric unit: a randomized trial. Aging Clinical and Experimental Research*, 1995;7(1):55-60.
- Glasson et autres, 2006 Glasson, J., Chang, E., Chenoweth, L., Hancock, K., Hall, T., Hill-Murray, F., Collier, L. *Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. Journal of Clinical Nursing* 2006;15(5): 588-98.
- Harris et autres,1991 Harris, RD., Henschke, PJ., Popplewell, PY., Radford, AJ., Bond, MJ., Turnbull, RJ., Hobbin, ER, Chalmers, JP., Tonkin, A., Stewart, AM., O'Brien, KP., Harris, MG., Champion, G., Andrews, GR. *A randomised study of outcomes in a defined group of acutely ill elderly patients managed in a geriatric assessment unit or a general medical unit. Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 1991;21(2):230-4.
- Hogan et Fox, 1990 Hogan, DB., Fox, RA. *A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. Age and Ageing*, 1990;19(2):107-13.
- Hogan et autres, 1987 Hogan, DB., Fox, RA., Badley, BWD., Mann, OE. *Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. Canadian Medical Association Journal*, 1987;136(7);713-7.
- Inouye et autres, 1993a Inouye, SK., Acampora, D., Miller, RI., Fulmer, T., Hurst, LD., Cooney, LM. Jr. *The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society*, 1993a;41 (12):1345-52.
- Inouye et autres, 1993b Inouye, SK., Wagner, DR., Acampora, D., Horwitz, RI., Cooney, LM. Jr., Tinetti, ME. *A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric Care Program. Journal of the American Geriatrics Society*, 1993b;41(12):1353-60.
- Jayadevappa et autres, 2006 Jayadevappa, R., Chhatre, S., Weiner, M., Raziano, DB. *Health resource utilization and medical care cost of Acute Care Elderly Unit patients. Value in Health*, 2006; 9(3):186-92.
- Jones et autres, 2006 Jones, C., Lowe, A., MacGregor, L., Tweddle, N., Brand, C., Tweddle, N., Russell, D. *A randomised controlled trial of an exercise intervention to reduce functional decline and health service utilisation in the hospitalised elderly. Australasian Journal on Ageing*, 2006;25(3):126-33.

- Kay et autres, 1992 Kay, G., MacTavish, M., Moffatt, C., Lau, G. *Development and evaluation of a geriatric assessment unit in a community hospital. Perspectives*, 1992;16(3):2-9.
- Killey et Watt, 2006 Killey, B., Watt, E. *The effect of extra walking on the mobility independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: a pilot study. Contemporary Nurse*, 2006;22(1):120-133.
- Kircher et autres, 2007 Kircher, TTJ., Wormstall, H., Müller, PH., Schwärzler, F., Buchkremer, G., Wild, K., Hahn, J-M., Meisner, C. *A randomised trial of a geriatric evaluation and management consultation services in frail hospitalised patients. Age and Ageing*, 2007;36(1):36-42.
- Landefeld et autres, 1995 Landefeld, CS., Palmer, RM., Kresevic, DM., Fortinsky, RH., Kowal, J. *A randomized trial of care in a hospital medical unit to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. New England Journal of Medicine*, 1995;332:1338-44.
- Landi et autres, 1997 Landi, F., Zuccalà, G., Bernabei, R., Cocchi, A., Manigrasso, L., Tafani, A., De Angelis, G., Carbonin, PU. *Physiotherapy and occupational therapy: a geriatric experience in the acute care hospital. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1997;76(1):38-42.
- McCusker et autres, 2001b McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., Poulin de Courval, L., Dendukuri, N., Belzile, E. *Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. Journal of the American Geriatrics Society*, 2001b;49:1272-81.
- McVey et autres, 1989 McVey, LJ., Becker, PM., Saltz, CC., Feussner, JR., Cohen, HJ. *Effect of geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. Annals of Internal Medicine*, 1989;110(1):79-84.
- Meissner et autres, 1989 Meissner, P., Andolsek, K., Mears, PA., Fletcher, B. *Maximizing the functional status of geriatric patients in an acute community hospital setting. Gerontologist*, 1989;29(4):524-8.
- Mudge et autres, 2008 Mudge, AM., Giebel, AJ., Cutler, AJ. *Exercising body and mind: an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. Journal of the American Geriatrics Society*, 2008;56(4):630-5.
- Naughton et autres, 1994 Naughton, BJ., Moran, MB., Feinglass, J., Falconer, J., Williams, ME. *Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society*, 1994;42(10):1045-9.
- Nikolaus et autres, 1999 Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., Schlierf. *A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. Age and Ageing*, 1999;28(6):543-50.
- Padula et autres, 2009 Padula, AC., Hughes, C., Baumhover, L. *Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. Journal of Nursing Care Quality*, 2009;24(4):325-331.
- Phibbs et autres, 2006 Phibbs, CS., Holty, J-EC., Goldstein, MK., Garber, AM., Wang, Y., Feussner, JR., Cohen, HJ. *The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs. Medical Care*, 2006;44(1):91-5.
- Reuben et autres, 1995 Reuben, DB., Borok, GM., Wolde-Tsadik, G., Ershoff, DH., Fishman, LK., Ambrosini, VL., Liu, Y., Rubenstein, LZ., Beck, JC. *A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. New England Journal of Medicine*, 1995;332(20):1345-50.

- Rubenstein et autres, 1995 Rubenstein, LZ., Josephson, KR., Harker, JO., Miller, DK., Wieland, D. *The Sepulveda GEU Study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs. Aging Clinical and Experimental Research*, 1995;7(3):212-7.
- Rubenstein et autres, 1984 Rubenstein, LZ., Josephson, KR., Wieland, GD., English, PA., Sayre, JA., Kane, RL. *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. New England Journal of Medicine*, 1984;311(26):1664-70.
- Saltvedt et autres, 2006 Saltvedt, I., Jordhøy, M., Opdahl, Mo E-S., Fayers, P., Kaasa, S., Sletvold, O. *Randomised trial of in-hospital geriatric intervention: impact on function and morale. Gerontology*, 2006;52(4):223-30.
- Saltvedt et autres, 2002 Saltvedt, I., Opdahl, Mo E-S, Fayers, P., Kaasa, S., Sletvold, O. *Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society*, 2002;50(5):792-8.
- Saltvedt et autres, 2004 Saltvedt, I., Saltnes, T., Opdahl, Mo E-S, Fayers, P., Kaasa, S., Sletvold, O. *Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. Aging Clinical and Experimental Research*, 2004;16(4):300-6.
- Saltvedt et autres, 2005 Saltvedt, I., Spigset, O., Ruths, S., Fayers, P., Kaasa, S., Sletvold, O. *Patterns of drug prescription in a geriatric evaluation and management unit as compared with the general medical wards: a randomised study. European Journal of Clinical Pharmacology*, 2005;61(12):921-8.
- Saltz et autres, 1988 Saltz, CC., McVey, LJ., Becker, PM., Feussner, JR., Cohen, HJ. *Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization. Gerontologist*, 1988;28(3);344-50.
- Siebens et autres, 2000 Siebens, H., Aronow, H., Edwards, D., Ghasemi, Z. *A randomized controlled trial of exercise to improve outcomes of acute hospitalization in older adults. Journal of the American Geriatrics Society*, 2000;48(12):1545-52.
- Slaets et autres, 1997 Slaets, JPJ., Kauffman, RH., Duivenvoorden, HJ., Pelemans, W., Schudel, WJ. *A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical patients. Psychosomatic Medicine*, 1997;59(6):585-91.
- Stenvall et autres, 2007 Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundström, M, Gustafson. Y. *Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. Journal of Rehabilitation Medicine*, 2007;39(3):232-8.
- Stewart et autres, 1999 Stewart, M., Suchak, N., Scheve, A., Popat-Thakkar, V., David, E., Laquinte, J., Gloth, FM 3rd. *The impact of a geriatrics evaluation and management unit compared to standard care in a community teaching hospital. Maryland Medical Journal*, 1999;48(2):62-7.
- Thomas et autres, 1993 Thomas, DR., Brahan, R., Haywood, BP. *Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. Journal of the American Geriatrics Society*, 1993;41(2):101-4.
- Turner et autres, 2001 Turner, JT., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., Barton, D. *Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. Journal of Gerontological Nursing*, 2001;27(3):8-18.

- Vidán et autres, 2005 Vidán, M., Serra, JA., Moreno, C., Riquelme, G., Ortiz, J. *Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: A randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society*, 2005;53(9):1476-82.
- White et autres, 1994 White, SJ., Powers, JS., Knight, JR., Harrell, D., Varnell, L., Vaughn, C., Brawner, D., Burger, C. *Effectiveness of an inpatient geriatric service in a university hospital. Journal of the Tennessee Medical Association*, 1994;87(10):425-8.
- Winograd et autres, 1993 Winograd, CH., Gerety, MB., Lai, NA. *A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. Archives of Internal Medicine*, 1993;153(17):2017-23.
- Wong et autres, 2006 Wong, RY., Chittock, DR., McLean, N., Wilbur, K. *Discharge outcomes of older medical in-patients in a specialized acute care for elders unit compared with non-specialized units. Canadian Journal of Geriatrics*, 2006;9(3):96-101.
- Zelada et autres, 2009 Zelada, MA., Salinas, R., Baztán, JJ. *Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009;48(1):35-9.

Synthèses des connaissances

(Revue de la littérature, revues générales de la littérature ; revues systématiques de la littérature, avec ou sans méta-analyse)

- Ahmed et Pearce, 2010 Ahmed, NN., Pearce, SE. *Acute care for the elderly: a literature review. Population Health Management*, 2010;13(4):219-25.
- Bakker et autres, 2011 Bakker, FC., Robben, SHM., Olde Rikkert, MGM. *Effects of hospital-wide interventions to improve care for frail older inpatients: a systematic review. BMJ Quality and Safety*, 2011;20(8):680-91. Epub 2011 Feb 25.
- Baztán et autres, 2009 Baztán, JJ., Suárez-García, FM., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L., Rodríguez-Artalejo, F. *Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. British Medical Journal*, 2009;338:b50. doi:10.1136/bmj.b50.
- Cameron et autres, 2010 Cameron, ID., Murray, GR., Gillespie, LD., Robertson, MC., Hill, KD., Cumming, RG., Kerse, N. *Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art.No.: CD005465. doi:10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- Campbell et autres, 2004 Campbell, SE., Seymour, DG., Primrose, WR., for the ACMEPlus project. *A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. Age and Ageing*, 2004;33(2):110-5.
- Coussement et autres, 2008 Coussement, J., De Paepe, L., Schwendimann, R., Denhaerynck, K., Dejaeger, E., Milisen, K. *Intervention for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society*, 2008;56(1):29-36.
- de Morton et autres, 2008 de Morton, NA., Berlowitz, DJ., Keating, JL. *A systematic review of mobility instruments and their measurement properties for older acute medical patients. Health and Quality of Life Outcomes*, 2008;6:44 doi:10.1186/1477-7525-6-44.

- de Morton et autres, 2007a de Morton, NA., Jones, CT., Keating, JL., Berlowitz, DJ., MacGregor, L., Lim, WK., Jackson, B., Brand, CA. *The effect of exercise on outcomes for hospitalised older acute medical patients: an individual patient data meta-analysis. Age and Ageing*, 2007a;36(2):219-22.
- de Morton et autres, 2007c de Morton, N., Keating, JL., Jeffs, K. *Exercise for acutely hospitalised older medical patients. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007c, Issue 1. Art. No.: CD005955. doi:10.1002/14651858.CD005955.pub2.
- de Morton et autres, 2007d de Morton, NA., Keating, JL., Jeffs, K. *The effect of exercise on outcomes for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments: a systematic review of randomized controlled trials. Clinical Rehabilitation*, 2007d;21(1):3-16.
- Ellis et autres, 2011a 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*, 2011a, Issue 7. Art. No.: CD006211. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub2.
- Ellis et autres, 2011b Ellis, G., Whitehead, MA., Robinson, D., O'Neill, D., Langhorne, P. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. British Medical Journal*, 2011b;343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553.
- Fox et autres, 2012 Fox, MT., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., Schraa, E. *Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society*, 2012;60(12):2237-45.
- Handoll et autres, 2011 Handoll, HHG., Sherrington, C., Mak, JCS. *Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Issue 3. Art. No.: CD001704. doi:10.1002/14651858.CD001704.pub4.
- Lafont et autres, 2011 Lafont, C., Gérard, S., Voisin, T., Pahor, M., Vellas, B. and the Members of I.A.G.G./A.M.P.A. Task Force. *Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2011;15(8):645-60.
- Oliver et autres, 2007 Oliver, D., Connelly, JB., Victor, CR., Shaw, FE., Whitehead, A., Genc, Y., Vanoli, A., Martin, FC., Gosney, MA. *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. British Medical Journal*, 2007;334(7584):82-5.
- Oliver et autres, 2000 Oliver, D., Hopper, A., Seed, P. *Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. Journal of the American Geriatrics Society*, 2000;48(12):1679-89.
- Pashikanti et Von Ah, 2012 Pashikanti, L., Von Ah, D. *Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population; an integrated review of the literature. Clinical Nurse Specialist CNS*, 2012;26(2):87-94.
- Rubenstein et autres, 1991 Rubenstein, LZ., Stuck, A., Siu, AL., Wieland, D. *Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. Journal of the Geriatrics Society*, 1991;39(9 Pt 2):8S-16S.
- Stuck et autres, 1993 Stuck, AE., Siu, AL., Wieland, GD., Adams, J., Rubenstein, LA. *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. The Lancet*, 1993;342(8878):1032-6.

Indicateurs de qualité des soins chez les personnes âgées

(Guides de pratique clinique, documents de développement professionnel continu, articles scientifiques, rapports ou sites Web d'organismes reconnus proposant des indicateurs de qualité des soins spécifiques aux aînés)

- AGS, BGS et AAOS, 2001* American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedics Surgeons Panel on Falls Prevention. *Guideline for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society*, 2001; 49 (5) : 664-72.
- (*American Geriatrics Society and British Geriatrics Society Panel on Falls in Older Persons. *Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society*, 2011;59(1):148-57. --- La mise à jour du guide de pratique clinique n'a pas été incluse dans le présent projet, puisqu'elle n'a pas retenu/inclus dans sa recension des données probantes portant, soit sur des programmes d'évaluation des risques de chutes, soit sur des programmes de prévention des chutes en milieu hospitalier).
- AHMAC, 2004** Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit, Melbourne Health. Commissioned on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) by the AHMAC Care of Older Australian Working Group. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. Melbourne, Victoria, Australia: Victorian Government Department of Human Services, on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC), November 2004.
- AHMAC, 2007** Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit, Melbourne Health. Previously commissioned on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) by the AHMAC Care of Older Australians Working Group. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: update 2007*. Melbourne, Victoria, Australia: Victorian Government Department of Human Services, on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC), August 2007.
- (**Seuls les renseignements/données portant sur l'indicateur *Mobility, vigour and self-care* ont été prises en considération et extraites pour la réalisation du présent projet).
- Graf, 2006 Graf, C. Continuing education. *Functional decline in hospitalized older adults. American Journal of Nursing*, 2006;106(1):58-67.
- Kleinpell et autres, 2008 Kleinpell, RM., Fletcher, K., Jennings, BM. *Reducing functional decline in hospitalized elderly*. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);2008:251Y265.
- Krešević, 2008 Krešević, DM. Assessment of function. In: Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2008 Jan. p. 23-40.
- Morin et Leduc, 2004 Morin, J., Leduc, Y. Formation continue. *Pour que l'hospitalisation ne soit pas une maladie! « Lève-toi et marche! » ou comment contrer la perte d'autonomie fonctionnelle au cours d'une hospitalisation. Le Médecin du Québec*, 2004;39(6): 89-94.

- Palmer, 2004 Palmer, RM. *Acute hospital care of the elderly: making a difference*. In: Society of Hospital Medicine. *Caring for the hospitalized elderly: Current best practice and new horizons. The Hospitalist: A Special Supplement* 2004:4-7.
- RNAO, 2005 Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline. Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Revised March 2005 (Revised 2011 supplement enclosed).
- Rice, 2003 Rice, KL. *Geriatric best practices in nursing: optimizing functional independence*. *Journal of Vascular Nursing*: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing 2003;21:151-2.

Bibliographie des articles et références additionnelles

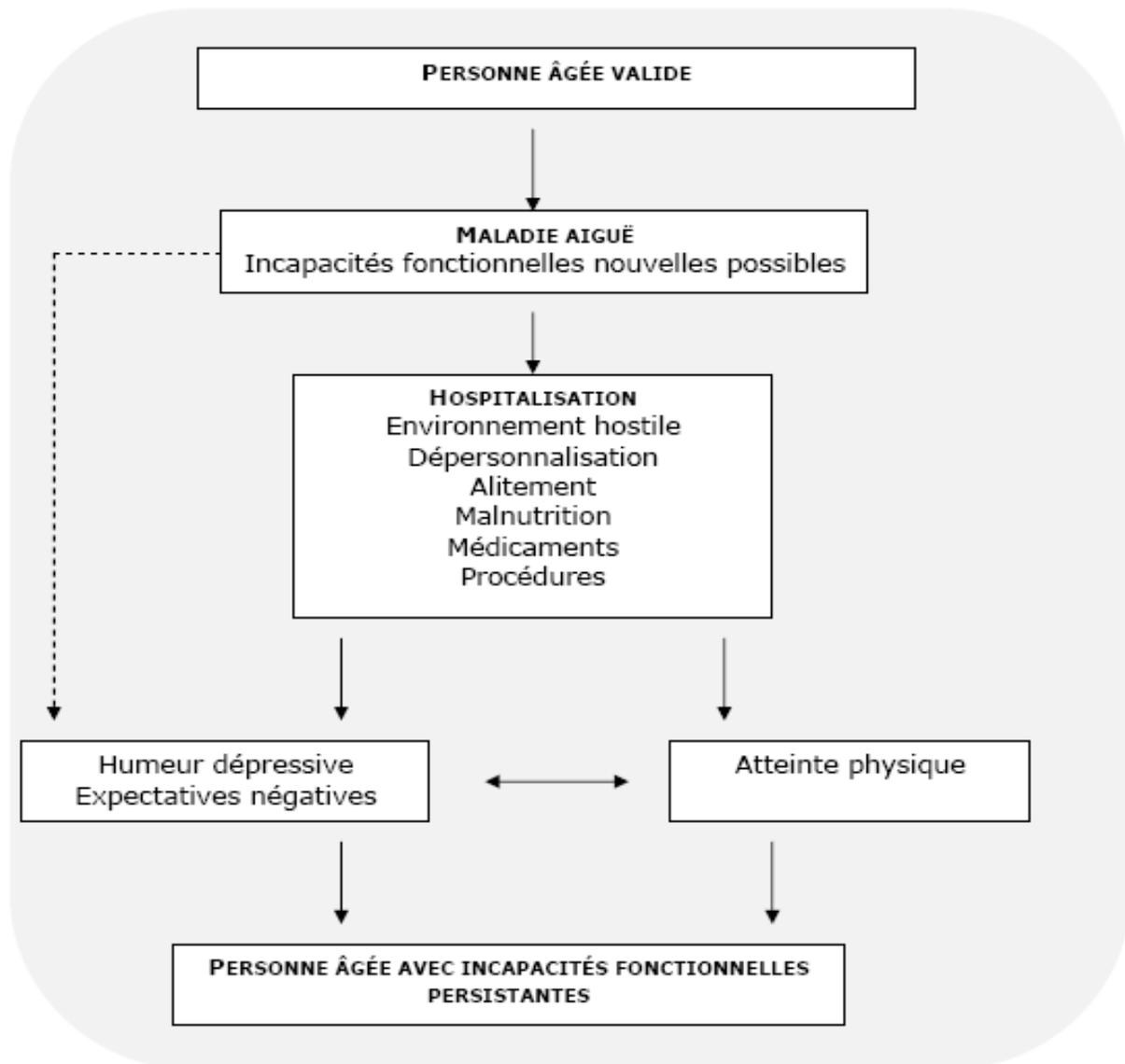
- Abraham et autres, 1999 Abraham, IL., Bottrell, MM., Dash, KR., Fulmer, TT., Mezey, MD., O'Donnell, L., et al. *Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: the Geriatric Institutional Assessment Profile*. *Nursing Clinics of North America*, 1999;34(1):237-55.
- Bédard et autres, 2013 Bédard, Suzanne K. et autres, autres. *Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique*. *Santé Publique* 2013; 25 (6) : 763-773.
- Bradley et autres, 2004 Bradley, EH., Schlesinger, M., Webster, TR., Baker, D., Inouye, SK. *Translating research into clinical practice: making change happen*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004;52(11):1875-82.
- Bradley et autres, 2006a Bradley, EH., Webster, TR., Schlesinger, M., Baker, D., Inouye, SK. *Patterns of diffusion of evidence-based clinical programmes: a case study of the Hospital Elder Life Program*. *Quality and Safety in Health Care*, 2006a;15(5):334-8.
- Bradley et autres, 2006 Bradley, EH., Webster, TR., Baker, D., Schlesinger, M., Inouye, SK. *After adoption: sustaining the innovation. A case study of disseminating the Hospital Elder Life Program*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005;53(9):1455-61.
- Bradley et autres, 2006b Bradley, EH., Webster, TR., Schlesinger, M., Baker, D., Inouye, SK. *The roles of senior management in improving hospital experiences for frail older adults*. *Journal of Healthcare Management*, 2006b;51(5):323-36.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011) *Modéliser les interventions* (chapitre 3). In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation : Concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2011.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011) *L'analyse de l'implantation*. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 237-273). Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2011.
- Côté et Pomey, 2013 Côté, B., Pomey, M-P. *Des indicateurs de qualité pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en première ligne: présentation d'un outil interactif développé par l'INESSS* (Présentation PowerPoint.). Montréal, Canada: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); Webinaire 29 janvier 2013. Accessible à : <http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Indicateurs-PPT-final-webinaire-290113.pdf>.

- Dupras et autres, 2011 Dupras, A., Lafrenière, S. *Approche interdisciplinaire d'optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital (OPTIMAH)*. Trousse d'implantation de l'approche OPTIMAH. Montréal, Canada: Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); 2011.
- Ellis et Langhorne, 2004 Ellis, G., Langhorne, P. *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. *British Medical Bulletin*, 2004;71(1):45-59.
- Hirsch et autres, 1990 Hirsch, CH., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., Winograd, CH. *The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1990;38(12):1296-303.
- INESSS, 2012 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*. Document technique d'accompagnement. Québec, Qc: INESSS; 2012.
- Ikegami, 1995 Ikegami, N. *Functional assessment and its place in health care*. *New England Journal of Medicine*, 1995;332(9):598-9.
- Inouye et autres, 2000 Inouye, SK., Bogardus, ST. Jr., Baker, DI., Leo-Summers, L., Cooney, LM. Jr. *The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients*. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000;48(12):1697-706.
- Katz et autres, 1970 Katz, S., Downs, TD., Cash, HR., Grotz, RC. *Progress in development of the index of ADL*. *Gerontologist*, 1970;10(1):20-30.
- Lawton et Brody, 1969 Lawton, MP., Brody, EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist*, 1969;9(3):179-86.
- Lazarus et autres, 1991 Lazarus, BA., Murphy, JB., Coletta, EM., McQuade, WH., Culpepper, L. *The provision of physical activity to hospitalized elderly patients*. *Archives of Internal Medicine* 1991;151(12):2452-6.
- Mahoney et autres, 1998 Mahoney, JE., Sager, MA., Jalaluddin, M. *New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance*. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 1998;53(4):M307-12.
- MSSS, 2011 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Cadre de référence. Québec, Canada : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec: 2011.
- Musso et Macías-Núñez, 2008 Musso, CG. et Macías-Núñez, JF. *Chapter 8 Renal handling of water and electrolytes in the old and old-old healthy aged*. Dans : JF. Macías Núñez, JS. Cameron, DG. Oreopoulos (dir.) *The aging kidney in health and disease*. New York, États-Unis : Springer Science+Business Media; 2008:141-54.
- Narain et autres, 1988 Narain, P., Rubenstein, LZ., Wieland, GD., Rosbrook, B., Strome, LS., Pietruszka, F., Morley, JE. *Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1988;36(9):775-83.
- Palmer et autres, 2003 Palmer, RM., Counsell, SR., Landefeld, SC. *Acute care for elders units. Practical considerations for optimizing health outcomes*. *Disease Management and Health Outcomes* 2003;11(8):507-17.

- Parke et Friesen, 2007 Parke, B., & Friesen, K. (2007). *Code plus : physical design components for an elder friendly hospital*. Surrey, BC : Fraser Health Authority; 2007. Accessible à : <http://www.fraserhealth.ca/media/CodePlus%20-20Physical%20Design%20Components%20for%20an%20Elder%20Friendly%20Hospital.pdf> (consulté 11 juin 2014).
- Rubenstein, 1986 Rubenstein, LZ. *Geriatric assessment programs in the United States: their growing role and impact*. Clinics in Geriatric Medicine 1986;2(1):99-112.
- Voorra et St-Germain, 2010 Voorra, K. et St-Germain, G. *Grille d'évaluation de l'aménagement physique pour optimiser l'autonomie des personnes âgées*. Montréal, Canada: Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); 2010.
- Vorhies et Riley, 2003 Vorhies, D., Riley, B. *Deconditioning*. Clinics in Geriatric Medicine 1993;9(4):745.
- OMS, 2007 Organisation mondiale de la Santé (OMS). *International classification of functioning, disability, and health: children and youth version: ICF-CY*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2007.
- Wong et autres, 2012 Wong, K., Tsang, A., Liu, B., Schwartz, R. *The Ontario Senior Friendly Hospital Strategy. Delirium and Functional Decline Indicators. A Report of the Senior Friendly Hospital Indicators Working Group*. Toronto, ON: Ontario Local Health Integration Networks: November 2012.

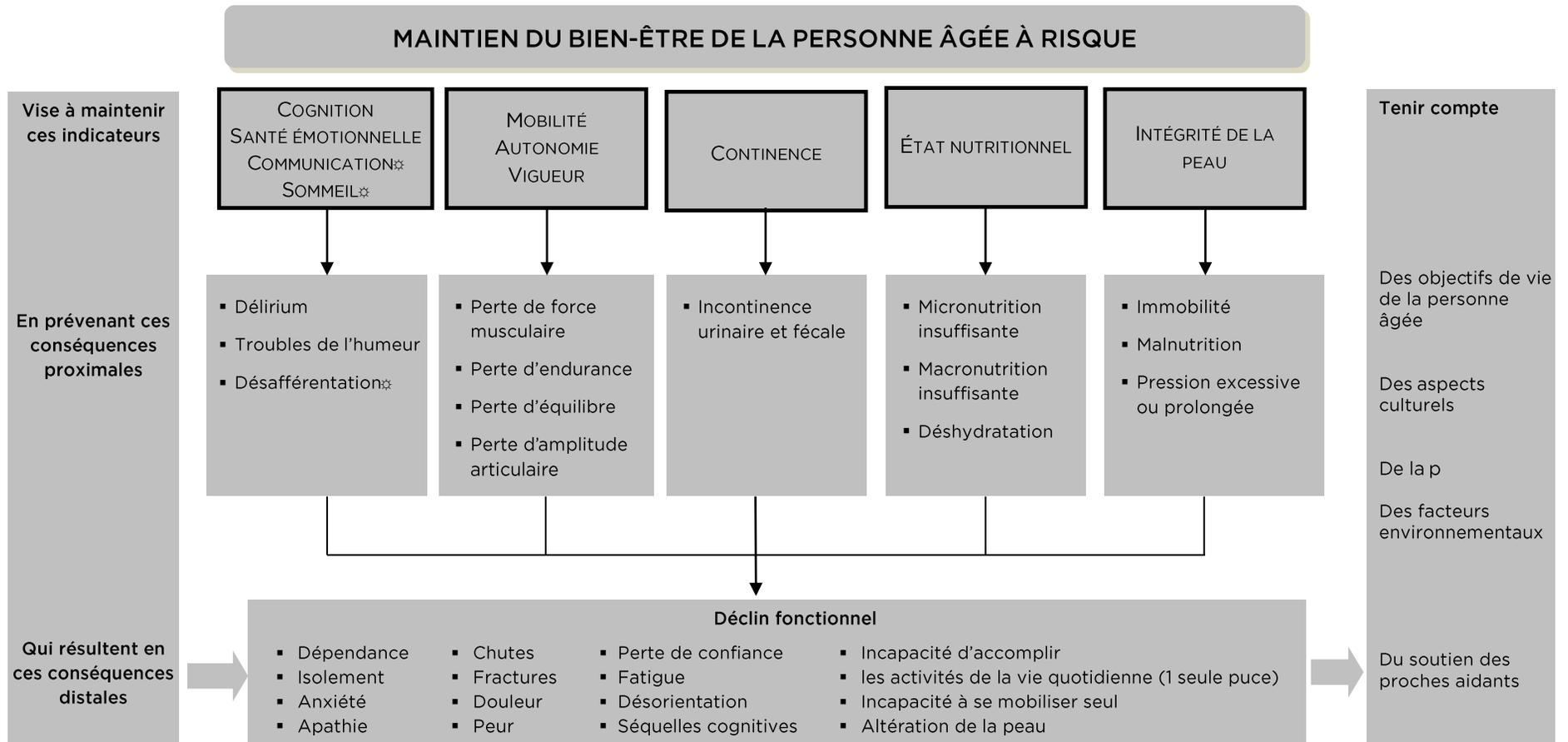
ANNEXE 1

Induction du déclin fonctionnel iatrogène



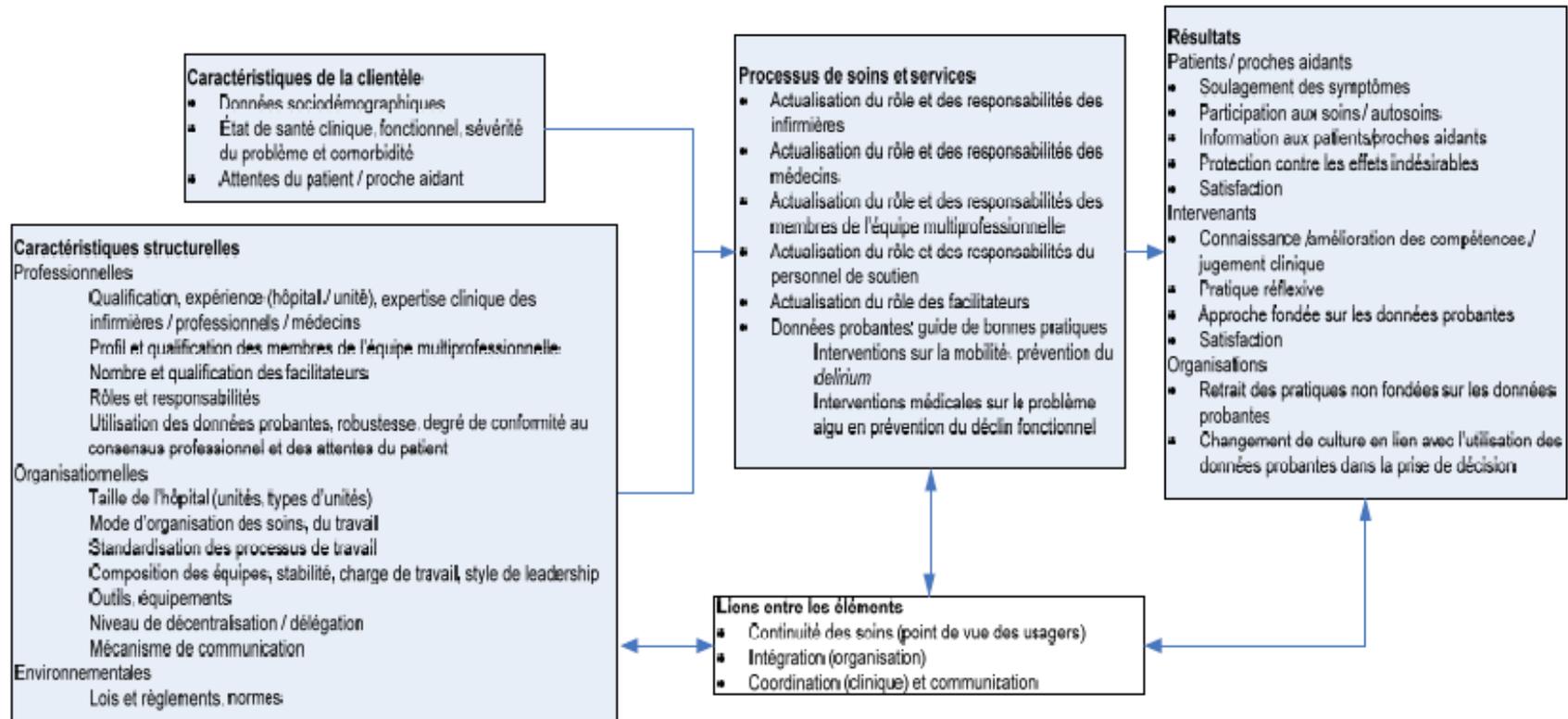
La source de cette représentation est le cadre de référence de l'AAPA en milieu hospitalier (MSSS, 2011: p.12). Elle est reproduite dans le présent document sans la permission des auteurs. Dans le cadre de référence, on peut y lire : « Source : Cette figure a été reproduite et traduite de l'anglais avec la permission de l'éditeur Elsevier Inc. à partir de l'article publié dans *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), Palmer, R. M., Counsell, S., & Landefeld, C. S., Clinical intervention trials : the ACE unit, 831-849, Copyright Elsevier (1998) ».

Cadre de référence de l'approche OPTIMAH du CHUM : cadre de référence pour la prévention du déclin fonctionnel



La source de la figure 2 est le cadre de référence de l'approche OPTIMAH (Dupras et Lafrenière, 2011: p.25). Elle est reproduite dans le présent document sans la permission des auteurs. Dans le cadre de référence, on peut lire : « Source : AHMAC, Australian dept. of Health (2004) *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care setting*. Traduction libre et adaptation par A. Dupras et S. Lafrenière (CHUM) avec l'autorisation du ministère australien de la Santé. Les termes suivis d'un * ont été ajoutés ».

Cadre de référence de l'AAPA en milieu hôpital du MSSS : qualité des soins et services



Sources :

- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor: Health Administration Press, 163 p.
- Donabedian, A. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring* (Vol. 3). Ann Arbor: Health Administration Press, 528 p.
- Hall, L. M., & O'Brien-Pallas, L. (2000). Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics*, 18(2), 79-87.
- Rycroft-Malone, J. (2004). Research implementation : evidence, context and facilitation : the PARISH framework. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds.), *Practice development in nursing* (p. 118-147). Oxford: Blackwell.

La source de cette représentation est le cadre de référence de l'AAPA en milieu hospitalier (AAPA, 2009 : p. 3). Elle est reproduite dans le présent document sans la permission des auteurs.

ANNEXE 2

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Structures							
Environnement	Environnement de soins aux personnes âgées		<i>Code plus : Physical design components for an Elder Friendly Hospital</i>	Modification de l'environnement afin de motiver la mobilité, prévenir les chutes, le rendre plus sécuritaire et plus adapté aux personnes âgées			AGS, BGS et AAOS, 2001; AHMAC 2004, 2007; Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Morin et Leduc, 2004, Parke et Friesen, 2007
Financement	Financement d'activités de soins aux personnes âgées		À préciser	Allocation des ressources nécessaires pour la mise en place des interventions pour prévenir la perte de mobilité et ou d'autonomie dans les AVQ			Graf, 2006
Culture hospitalière	Culture hospitalière à l'égard des soins aux personnes âgées		<i>Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP)</i>	Cet instrument a été conçu dans le but spécifique d'évaluer les connaissances, les attitudes et les perceptions du personnel hospitalier à l'égard des soins aux personnes âgées, ainsi que l'adéquation de l'environnement hospitalier aux besoins des personnes âgées hospitalisées (Abraham et autres, 1999; Kleinpell et autres, 2008)			Kleinpell et autres, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Haute direction et administration	Appui de la direction		À préciser				Kresevic, 2008; RNAO, 2005
Pratique hospitalière	Présence de mécanismes d'évaluation fonctionnelle			Intégration de l'évaluation fonctionnelle dans l'ensemble de l'hôpital			Kresevic, 2008
Processus							
Prioritaire							
Évaluation gériatrique	Mesure dans laquelle l'évaluation gériatrique est effectuée	Évaluation gériatrique du profil gériatrique à l'admission et régulièrement (voire quotidiennement) durant l'hospitalisation					Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Palmer, 2004
			<i>Hospital Admission Risk Profile</i>				Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008
			<i>Fulmer SPICES Assessment</i>				Kleinpell et autres, 2008
			<i>Functional Status Questionnaire</i>		Reuben et autres, 1995		
	Pourcentage des patients âgés ayant eu une évaluation complète des signes vitaux gériatriques (n/N, %)	Évaluation des signes vitaux gériatriques	Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		
	Pourcentage des patients âgés ayant eu une évaluation partielle des signes vitaux gériatriques (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		
	Pourcentage des patients âgés n'ayant pas eu d'évaluation des signes vitaux gériatriques (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		
	Pourcentage des patients âgés ayant une détérioration d'au moins un	Découverte de problèmes avec les signes vitaux	Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	des signes vitaux gériatriques (n/N, %)	gériatriques - général					
	Pourcentage des patients âgés ayant une détérioration de la mobilité (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques				
	Pourcentage des patients âgés ayant une détérioration dans les AVQ --- problème de l'état fonctionnel (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		
	Pourcentage des patients âgés ayant une détérioration d'un des autres signes vitaux gériatriques (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques	Le pourcentage est calculé séparément pour chacun des problèmes suivants relativement à un des signes vitaux gériatriques : vision, audition, état cognitif, sommeil, intégrité de la peau, état nutritionnel, apports nutritionnels, élimination, mobilité et/ou autonomie fonctionnelle, état émotionnel, etc.	Inouye et autres, 1993a; Turner et autres, 2001		
État fonctionnel	Pourcentage des patients âgés dont l'état fonctionnel a été évalué à l'admission et des objectifs d'interventions définis (n/N, %)	Clarification de l'état fonctionnel à l'admission et des objectifs d'interventions	Analyse des dossiers cliniques		Inouye et autres, 1993a		
Spécifiques à la prévention et l'appréciation du syndrome d'immobilisation – Mobilité et autonomie dans les AVQ							
Fonction physique - mobilité	Mesure dans laquelle l'évaluation de la mobilité est effectuée			Les évaluations de la fonction physique devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital	Hogan et autres, 1987	De Morton et autres, 2007c; Pashikanti et Von Ah, 2012; Rubenstein et autres, 1991	AHMAC, 2004, 2007; Palmer, 2004

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
				La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou détérioration			
		Marche (ou déambulation, y compris les déplacements, les transferts et la mobilité au lit, les transferts lit-fauteuil)	Observation directe ou analyse du dossier clinique		McVey et autres, 1989	Handoll et autres, 2011	Kreševic, 2008; Palmer, 2004
	Indépendance à la marche - Pourcentage de patients qui sont capables de marcher sans l'aide d'une autre personne et/ou sans l'utilisation d'une aide à la mobilité (n/N, %)		Observation directe ou analyse du dossier clinique	Le pourcentage peut être calculé séparément sans l'aide d'une autre personne ou sans l'utilisation d'une aide à la mobilité	Landefeld et autres, 1995; Wong et autres, 2006	de Morton et autres, 2007d	Palmer, 2004
	Dépendance à la marche - Pourcentage de patients qui utilisent une aide à la mobilité (n/N, %)		Observation directe ou analyse du dossier clinique	<p>Le pourcentage peut être calculé séparément pour chaque aide à la mobilité : marchette, canne, béquille, fauteuil roulant, etc.</p> <p>Le pourcentage peut être calculé pour les patients qui utilisent une aide à la mobilité à l'admission et/ou au congé</p> <p>Le pourcentage peut être calculé pour les patients qui reçoivent une nouvelle aide à la mobilité au cours de l'hospitalisation</p>	de Morton et autres, 2007b; Kircher et autres, 2007; Padula et autres, 2009; Rubenstein et autres, 1991; Stenvall. et autres, 2007; Turner et autres, 2011	Handoll et autres, 2011	AGS, BGS et AaOS, 2011; Kleinpell et autres, 2008; Morin et Leduc, 2004

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Indépendance à la marche		Item de la version suédoise du <i>Clinical Outcomes Variable Scales</i> (n/N, %)		Stenvall. et autres, 2007		
	Indépendance à la montée d'escaliers - Pourcentage de patients qui sont capables de monter des escaliers (n/N, %)		Observation directe ou analyse du dossier clinique		Rubenstein et autres, 1991		
	Distance marchée maximale		Observation directe	Distance maximale que le patient est capable de marcher de façon confortable, tel que décidé par lui-même	Killey et Watt, 2006		
	Performance physique et mobilité		<i>Timed Up and Go Test (TUG)</i>		de Morton et autres, 2007b; Jones et autres, 2006; Kircher et autres, 2007; Mudge et autres, 2008; Padula et autres, 2009	de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d	Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Palmer, 2004
			<i>Functional Ambulation Classification/Category (FAC)</i>		de Morton et autres, 2007b; Vidán et autres, 2005	de Morton et autres, 2007a, 2007c	
			<i>Stewart Aggregate Indexes</i>		Barnes et autres, 2012; Counsell et autres, 2000		
			<i>Elderly Mobility Scale (EMS)</i>			de Morton et autres, 2007c, 2007d, 2008	
			<i>Hierarchical Assessment of Balance and Mobility (HABAM)</i>			de Morton et autres, 2008	
			<i>2-minute Walk Test (2MWT)</i>				Kleinpell et autres, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
			<i>10-meter Walk Test</i>			de Morton et autres, 2007c,	
			<i>Walking Impairment Questionnaire</i>		Courney et autres, 2011		
			<i>Mobility Classification Tool</i>				Kleinpell et autres, 2008
			<i>Berg Balance Scale</i>		Dechamps et autres, 2010		AHMAC 2004, 2007; Morin et Leduc, 2004
			<i>Tinetti Gait and Balance Instrument</i>		Kircher et autres, 2007	Campbell et autres, 2004	Morin et Leduc, 2004
			<i>Functional Reach Test</i>			de Morton et autres, 2007c	
	Temps passé au lit, assis sur une chaise, debout et/ou à la marche durant l'hospitalisation	Activité du patient	Observation directe	Méthode de collecte : observation	Mudge et autres, 2008		
	Fréquence de la marche de couloir durant l'hospitalisation		Observation directe				Kleinpell et autres, 2008
	Incidence (ou taux) de chutes durant l'hospitalisation	Chute	Analyse des dossiers cliniques		Turner et autres, 2011		
	Évaluation du risque de chutes à l'admission	Risque de chutes	À préciser	Survenue de chutes récentes [dans les 12 derniers mois] ou répétées	Stenvall et autres, 2007	Padula et autres, 2009	AGS, BGS et AAOS, 2001; AHMAC, 2004, 2007; Ahmed et autres, 2002; RNAO, 2005; Rice, 2003
			<i>Morse Fall Scale</i>				RNAO, 2005
			<i>Hendrich II Fall Risk Model</i>				RNAO, 2005
			<i>STRATIFY Fall Risk Assessment Tool</i>				RNAO, 2005
			Surveillance de la mobilité	Assurer la surveillance de la marche et des transferts chez ceux			AHMAC, 2004, 2007

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
				déterminés à risque de chute			
			General Motor Function Assessment Scale			de Morton et autres, 2008	
			Physical Disability Index			de Morton et autres, 2008	
			National Health Survey Physical Ability Scale		Siebens et autres, 2000		
	Force musculaire					Handoll et autres, 2011	AHMAC, 2004, 2007; Kresevic, 2008
	Forces d'extension du genou, fléchisseurs de la hanche et muscles adducteurs du côté droit		Mesure à l'aide d'un dynamomètre		Dechamps et autres, 2010		
			Test de la capacité à se lever et à s'asseoir sur une chaise		Dechamps et autres, 2010		
	Force de préhension de la main		Mesure à l'aide d'un dynamomètre		Kircher et autres, 2007		
	Équilibre (y compris la démarche)					Handoll et autres, 2011	Palmer, 2004
	Exercice physique			Encourager les activités physiques routinières à l'hôpital --- marche, exercice d'amplitude des mouvements			Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Morin et Leduc, 2004; Palmer, 2004; Rice, 2007
			<i>Self-Efficacy for Exercise scale (SEE scale)</i>		Killey et Watt, 2006		
			<i>Center for Disease Control health Risk Appraisal - physical activity scale</i>		Siebens et autres, 2000		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
État fonctionnel - autonomie				<p>Les évaluations de l'état fonctionnel (ou du déclin) devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital</p> <p>La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou détérioration</p> <p>Le déclin fonctionnel représente la perte d'indépendance dans au moins une activité de base de la vie quotidienne (AVQ) entre l'admission et le congé (ou les résultats subséquents après le congé)</p>			
		Activités de base de la vie quotidienne (AVQ)		<p>AVQ avant l'occurrence de l'hospitalisation ou de la maladie - indépendance dans la réalisation des AVQ, ou encore le soutien ou l'assistance nécessaire dans la réalisation de ces activités</p> <p>Le déclin fonctionnel représente la perte d'indépendance dans au moins une activité de</p>	Applegate et autres, 1990; Collard et autres, 1985; Inouye et autres, 1993b	Ahmed et Pearce, 2010; Bakker et autres, 2011; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Lafont et autres, 2011; Stuck et autres, 1993	Kleinpell et autres, 2008; Morin et Leduc, 2004; Palmer, 2004

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
				base de la vie quotidienne entre l'admission et le congé (ou les résultats subséquents après le congé)			
			<i>Katz Index of Independence in activities of daily living (Katz ADL Index)</i>		Allen et autres, 1986; Barnes et autres, 2012; Becker et autres, 1987; Cohen et autres, 2002; Counsell et autres, 2000; Courtney et autres, 2011; Covinsky et autres, 1997; Dechamps et autres, 2010; Fretwell et autres, 1990; Inouye et autres, 1993a; Landefeld et autres, 19995; McVey et autres, 1989; Meissner et autres, 1989; Reuben et autres, 1995; Saltz et autres, 1988; Thomas et autres, 1993; Vidán et autres, 2005; White et autres, 1994; Zelada et autres, 2009	Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007d; Fox et autres, 2012	Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Rice, 2003
			<i>Modified ADLs index (Sheikh et autres, 1979)</i>		Harris et autres, 1991		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
			<i>Barthel Activities of Daily Living Index (BI)</i>		Asplund et autres, 2000; Chang et autres, 2007; de Morton et autres, 2007b; Gayton et autres, 1987; Glasson et autres, 2006; Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Nikolaus et autres, 1999; Killey et Watt, 2006; Kircher et autres, 2007; Nikolaus et autres, 1999; Saltvedt et autres, 2006	Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d; Fox et autres, 2012; Lafont et autres, 2011	
			<i>Modified Barthel Activities of Daily Living Index (mBI)</i>		Jones et autres, 2006; Mudge et autres, 2008; Padula et autres, 2009		
			Functional Independence Measure (FIM)		Jayadevappa et autres, 2006; Siebens et autres, 2000	de Morton et autres, 2007c; Lafont et autres, 2011	Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008
			<i>Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)</i>		Rubenstein et autres, 1995; Rubenstein et autres, 1984a; Winograd et autres, 1993		
			<i>Frail Elderly Functional Assessment (FEFA)</i>		Stewart et autres, 1999		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
			<i>Red Cross Functional Disability Scale (MDS)</i>			Campbell et autres, 2004	
		Activités de la vie domestique (AVD)		<p>AVD avant l'occurrence de l'hospitalisation ou de la maladie – indépendance dans la réalisation des AVD, ou encore le soutien ou l'assistance nécessaire dans la réalisation de ces activités</p> <p>De même, évaluation des AVD au congé et un, trois, six et/ou 12 mois après l'hospitalisation – indépendance dans la réalisation des AVD, ou encore le soutien ou l'assistance nécessaire dans la réalisation de ces activités</p>		Bakker et autres, 2011; Lafont et autres, 2011	Kleinpell et autres, 2008; Morin et Leduc, 2004; Palmer, 2004; Rice, 2003
			<i>Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale</i>		Barnes et autres, 2012; Counsell et autres, 2000; Courtney et autres, 2011; Covinsky et autres, 1997; Fretwell et autres, 1990; Kay et autres, 1992; Landefeld et autres, 1995; Meissner et autres, 1989; Nikolaus et autres, 1999; Rubenstein et autres, 1995; Rubenstein et autres, 1984a; Saltvedt et autres, 2006;	Campbell et autres, 2004	Graf, 2006; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					Siebens et autres, 2000; Winograd et autres, 1993		
			<i>Older American Resources and Services (OARS) IADL Questionnaire</i>		Allen et autres, 1986; Becker et autres, 1987; McCusker et autres, 2001b; Saltz et autres, 1988	Lafont et autres, 2011	Graf, 2006
		Activités de base de la vie quotidienne (AVQ) et activités de la vie domestique	<i>Staircase of ADL</i>	Instruments de collecte (mesures) mesurant les AVQ et les AVD	Stenvall et autres, 2007		
			<i>Older American Resources and Services (OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</i>	Instruments de collecte (mesures) mesurant les AVQ et les AVD	McCusker et autres, 2001b		
		Activités liées à la vie en société		Situation sociale avant l'occurrence de l'hospitalisation ou de la maladie - indépendance dans la réalisation des activités liées à la vie en société, ou encore le soutien ou l'assistance nécessaire dans la réalisation de ces activités	Asplund et autres, 2000 Inouye et autres, 1993b McVey et autres, 1989; Meissner et autres, 1989		Krešević, 2008
			MOS Social Support Survey		Courtney et autres, 2011		
			<i>Social Situation (SoS) (Nikolaus et autres, 1994)</i>	Tests mesurant les contacts sociaux, les activités sociales, les conditions de vie et la situation économique du patient	Kircher et autres, 2007; Nikolaus et autres, 1999		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
			Conditions de vie civile et familiale	État civil actuel (célibataire, conjoint de fait, marié, séparé, divorcé, veuf/veuve), nombre d'enfants, nombre d'enfants vivant à proximité, membres de la vie ou amis proches à proximité, présence d'un proche aidant, etc.	Applegate et autres, 1990; Asplund et autres, 2000; Saltz et autres, 1988		Palmer, 2004
Indicateurs transversaux							
Recommandations d'interventions ou plans de soins	Pourcentage des patients pour qui un plan de soins adapté a été fait	Élaboration de recommandations ou plans de soins en fonction des besoins du patient	Analyse des dossiers cliniques	Formulées par les médecins, infirmières ou autres professionnels de la santé	Inouye et autres, 1993a		
	Pourcentage des patients pour qui des recommandations ont été inscrites au plan de soins concernant un signe gériatrique atteint en particulier		Analyse des dossiers cliniques	Le pourcentage est calculé séparément pour chacun des signes vitaux gériatriques : vision, audition, intégrité de la peau, nutrition, élimination (incontinence), nutrition, problèmes de dentition ou difficultés d'élocution, mobilité et/ou autonomie fonctionnelle, confusion, état émotionnel, etc.	Inouye et autres, 1993a		
	Nombre de jours avant la première consultation avec un physiothérapeute chez les patients ayant un problème de mobilité décelé à l'arrivée		Analyse des dossiers cliniques		Gayton et autres, 1987;		
	Nombre de jours de traitements de physiothérapie reçus par le patient		Analyse des dossiers cliniques		Gayton et autres, 1987;		
	Durée du traitement journalier de physiothérapie reçus par le patient		Analyse des dossiers cliniques		Gayton et autres, 1987;		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Nombre de jours avant la première consultation avec un ergothérapeute chez patient chez qui une détérioration fonctionnelle ou une atteinte de l'intégrité cutanée ont été décelés		Analyse des dossiers cliniques		Gayton et autres, 1987		
	Nombre de jours de traitements d'ergothérapie reçus par le patient		Analyse des dossiers cliniques		Gayton et autres, 1987		
	Temps entre les recommandations qui ont été faites concernant une consultation avec un professionnel et le moment où elles ont effectivement été mises en œuvre	Mise en œuvre des recommandations concernant la consultation avec un professionnel	Analyse des dossiers cliniques		Counsell et autres, 2000		
Interdisciplinarité	Degré d'intégration aux concepts menant à une pratique clinique en interdisciplinarité		Questionnaire IPC65 créé par le CHUS	Preuve de pratiques interdisciplinaires; augmentation ou amélioration des processus de soins interdisciplinaires			Kresevic, 2008; Palmer, 2004 Bédard, 2013
Repos au lit				Objectif de minimisation du repos au lit			AHMAC, 2004, 2007; Kresevic, 2008; Morin et Leduc, 2004
	Pourcentage des patients âgés maintenus alités avec un ordre réel de repos au lit inscrit dans leur dossier (n/N, %)	Ordres de repos au lit	Analyse des dossiers cliniques		Barnes et autres, 2012 Counsell et autres, 2000		
	Temps entre l'ordre de repos au lit et un nouvel ordre d'activité	Initiation des activités à la suite d'un ordre de repos au lit	Analyse des dossiers cliniques		Counsell et autres, 2000		
Contentions		Utilisation de contentions			Ahmed et autres, 2002		Kresevic, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Pourcentage des patients âgés chez qui on utilise des contentions physiques (n/N, %)	Utilisation de contentions physiques	Analyse des dossiers cliniques		Barnes et autres, 2012 Counsell et autres, 2000		
	Nombre de jours pendant lesquels on a utilisé des contentions physiques sur le patient		Analyse des dossiers cliniques		Barnes et autres, 2012		
	Nombre de quarts de travail dans lesquels les contentions physiques sont utilisées		À préciser		Counsell et autres, 2000		
Routine de vie				Favoriser l'acquisition d'une routine de vie et l'indépendance dans les AVQ			AHMAC, 2004, 2007; Kleinpell et autres, 2008; Kresevic, 2008; Rice, 2007
Médication		Révision de la médication		L'objectif est l'utilisation optimale des médicaments ainsi que les médicaments prescrits appropriés L'ensemble des mesures portant sur la médication dont il est fait mention ci-après doivent être réalisées à l'admission et au congé		Rubenstein et autres, 1991	AGS, BGS et AAOS, 2001; AHMAC, 2004, 2007; Graf, 2006; RNAO, 2005; Rice, 2003
		Connaissance des patients quant aux médicaments qu'ils prennent	<i>Medication Regime Assessment Tool</i>	Changement dans les connaissances des patients quant aux médicaments qu'ils prennent entre l'admission et le congé	Chang et autres, 2007; Glasson et autres, 2006		
	Nombre de patients utilisant des médicaments à haut risque dans les premières 24 heures suivant l'admission	Utilisation ou prescription de médicaments inappropriés chez les personnes âgées	Analyse des dossiers cliniques (dossier pharmacie)		Counsell et autres, 2000		AHMAC, 2004, 2007

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Nombre de patients utilisant des médicaments à haut risque dans la journée avant le congé		Analyse des dossiers cliniques (dossier pharmacie)		Counsell et autres, 2000		AHMAC, 2004, 2007
	Pourcentage de patients prenant des médicaments potentiellement inappropriés tels que définis par les consensus d'experts		Analyse des dossiers cliniques (dossier pharmacie)	Évaluation du nombre de médicaments potentiellement inappropriés à l'admission et au congé	Kay et autres, 1992; Saltvedt et autres, 2005		AHMAC, 2004, 2007
	Nombre de médicaments prescrits que prend le patient sur une base régulière au moment de l'admission et nombre de médicaments prescrits que prend le patient sur une base régulière au moment du congé	Nombre de médicaments prescrits	Analyse des dossiers cliniques (bilan comparatif)	Nombre réduit de médicaments prescrits que prend le patient sur une base régulière au congé en comparaison à l'admission	Asplund et autres, 2000; Gayton et autres, 1987; Harris et autres, 1991; Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Kay et autres, 1992; McVey et autres, 1989; Mudge et autres, 2008; Nikolaus et autres, 1999; Rubenstein et autres, 1984; Saltvedt et autres, 2005; Saltz et autres, 1988; Stenvall et autres, 2007; Stewart et autres, 1999; White et autres, 1994; Wong et autres, 2006	Bakker et autres, 2011; Rubenstein et autres, 1991	
		Profils des pratiques de prescription à l'égard des psychotropes		Mise en œuvre d'autres solutions non pharmacologiques telles que : sevrage, relaxation, exercice, mesures	Saltvedt et autres, 2005		AHMAC, 2004, 2007; Kleinpell et autres, 2008; Morin et Leduc, 2004

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
				préventives des effets secondaires, etc.			
	Pourcentage (ou nombre total) total de patients prenant des psychotropes		Analyse des dossiers cliniques (dossier pharmacie)	Évaluation du nombre de patients prenant des psychotropes à l'admission et au congé	Saltvedt et autres, 2005		
	Pourcentage des patients prenant un type particulier de psychotropes		Analyse des dossiers cliniques (dossier pharmacie)	Le pourcentage est calculé séparément pour chacun des types de psychotropes : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs	Saltvedt et autres, 2005		Morin et Leduc, 2004
Fonctions cognitive et mentale – Délirium et démence				<p>Les évaluations des fonctions cognitive et mentale devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital</p> <p>La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou détérioration</p>	Hogan et autres, 1987; White et autres, 1994	Ellis et autres, 2011a, 2011b; Rubenstein et autres, 1991; Stuck et autres, 1993	Palmer, 2004
		État cognitif - confusion (délirium)	Confusion Assessment Method (CAM)		Asplund et autres, 2000; Inouye et autres, 1993a; Inouye et autres, 1993b; Mudge et autres, 2008	Campbell et autres, 2004	Rice, 2003

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
		État mental - démence	Mini-Mental State Examination (MMSE) – Mini-examen de l'état mental		Applegate et autres, 1990; Asplund et autres, 2000; Fretwell et autres, 1990; Harris et autres, 1991; Inouye et autres, 1993b; Kircher et autres, 2007; Landefeld et autres, 1995; Landi et autres, 1997; Mudge et autres, 2008; Nikolaus et autres, 1999; Saltvedt et autres, 2006; Slaets et autres, 1997; Stenvall et autres, 2007; Stewart et autres, 1999; Winograd et autres, 1993; Zelada et autres, 2009	Bakker et autres, 2011; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007c	Morin et Leduc, 2004; Palmer, 2004; Rice, 2003
			(Pheiffer) Short Portable Mental Status Questionnaire (PSPMSQ)		Allen et autres, 1986; Barnes et autres, 2012; Becker et autres, 1987; Counsell et autres, 2000; Gayton et autres, 1987; McVey et autres, 1989; Meissner et autres, 1989;	Bakker et autres, 2011; Campbell et autres, 2004	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					Saltz et autres, 1988		
			Abbreviated Mental Test Score (AMTS)		Jones et autres, 2006	Campbell et autres, 2004	
			Kah-Goldfarb Mental Status Questionnaire		Kay et autres, 1992; Rubenstein et autres, 1984		
			Medical Outcomes Study (Short-Form General Health Survey) - Mental Health Index		Reuben et autres, 1995		
			Short Mental Status Questionnaire		Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987		
			Kahn Scale Mental State			Campbell et autres, 2004	
			Modified Blessed Dementia Rating Scale (mBDRS)			Campbell et autres, 2004	
			Red Cross Hospital Mental Disability Scale (MDS)			Campbell et autres, 2004	
			Clock Drawing Test (CDT)				Palmer, 2004
			Digit span Test				Palmer, 2004
			Six-question Blessed Orientation- Memory- Concentration (BOMC)		McCusker et autres, 2001b		
		État mental - démence - (symptômes psychologiques et comportementaux)	Neuropsychiatric Inventory (NPI)		Dechamps et autres, 2010		
			Brief Psychiatric Rating Scale		Kircher et autres, 2007		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Fonction émotionnelle (humeur)/psychologique - symptômes dépressifs (dépression)				<p>Les évaluations de la fonction émotionnelle (humeur)/psychologique devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital</p> <p>La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou détérioration</p>	Rubensetein et autres, 1991		Palmer, 2004
	Pourcentage de patients ayant un diagnostic documenté de dépression ou prenant des antidépresseurs au moment de l'admission (n/N, %)		Analyse des dossiers cliniques		Stenvall et autres, 2007		Morin et Leduc, 2004
Fonction visuelle				Évaluation de la fonction visuelle à l'admission et au congé			AGS,BGS et AAOS, 2001
			Jaegar Eye Test			Campbell et autres, 2004	
			Examen physique de la fonction visuelle	Évaluation de la fonction visuelle comme étant normale ou présence d'une déficience légère, modérée ou grave	White et autres, 1994		
	Pourcentage de patients qui ont une fonction visuelle non déficiente (normale) avec l'utilisation d'une prothèse visuelle (n/N, %)				Kircher et autres, 2007		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Fonction auditive				Évaluation de la fonction auditive à l'admission et au congé	Stenvall et autres, 2007		
			Whisper Test			Campbell et autres, 2004	
			Examen physique de la fonction auditive	Évaluation de la fonction auditive comme étant normale ou présence d'une déficience légère, modérée ou grave	White et autres, 1994		
	Pourcentage de patients qui utilisent une prothèse auditive pour mieux entendre (n/N, %)		À préciser		Rubenstein et autres, 1984		
	Pourcentage de patients qui ont une fonction auditive non déficiente (normale) avec l'utilisation d'une prothèse auditive (n/N, %)		À préciser		Kircher et autres, 2007		
Fonction masticatoire	Pourcentage de patients qui utilisent une prothèse dentaire (n/N, %)		À préciser		Rubenstein et autres, 1984		
État nutritionnel				Recherche de la présence ou non de déshydratation et/ou de malnutrition			Kleinpell et autres, 2008; Palmer, 2004
			Prognostic Nutritional Index			Campbell et autres, 2004	
			Nutritional Status Score			Campbell et autres, 2004	
Présence de comorbidités	Proportion des patients ayant des comorbidités à l'admission		À préciser				
Gravité de la maladie causant l'hospitalisation	Raison de l'hospitalisation ou diagnostic primaire justifiant l'hospitalisation				Counsell et autres, 2000; Landi et autres, 1997; Mudge et autres, 2008;		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					Siebens et autres, 2000; Zelada et autres, 2009		
			Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II Score	Évaluation réalisée à l'admission	Applegate et autres, 1990; Barnes et autres, 2012; Counsell et autres, 2000; Covinsky et autres, 1997; de Morton et autres, 2007b; Inouye et autres, 1993b; Landefeld et autres, 1995; Naughton et autres, 1994; Wong et autres, 2006; Zelada et autres, 2009	Campbell et autres, 2004	
Fragilité			À préciser	Évaluation réalisée à l'admission	Stewart et autres, 1999		
Pronostic			Geriatric Prognostic Index (GPI)	Évaluation réalisée à l'admission	Wong et autres, 2006		
Incontinence	<p>Nb de patients présentant une incontinence <i>de novo</i> à l'hôpital</p> <p>Nb de patients incontinents <i>de novo</i> dont la cause a été évaluée</p> <p>Nb de patients incontinents <i>de novo</i> chez qui des interventions ont été mises en place pour prévenir l'incontinence</p>			Évaluation réalisée à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé	Inouye et autres, 1993b; Hogan et autres, 1987		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Plaies de pression	Incidence des plaies de pression			Évaluation réalisée à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé	Inouye et autres, 1993a, 1993b		
			Braden Scale				Rice, 2003
Résultats							
Résultats relatifs aux effets sur les patients âgés							
Qualité de vie	Qualité de vie liée à la santé					Handoll et autres, 2011	
			<i>12-item Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey Version 2.0 (SF-12v2)</i>		Courtney et autres, 2011		
			<i>Activity Measure for Post-Acute Care (AM-PAC) 'item bank' and computerized adaptive testing (CAT) assessment platform (AM-PAC-CAT)</i>		Dechamps et autres, 2010		
État de santé	État de santé (évaluation subjective)		<i>Medical Outcomes Study (MOS) 36-item Short Form Survey Instrument (SF-36)</i>	Évaluation réalisée au moment de l'admission et au congé	Cohen et autres, 2002; Siebens et autres, 2000	Bakker et autres, 2011	
		État de santé tel que perçu par le patient	Pourcentage de patients percevant leur état de santé comme étant : excellent, très bon, bon, moyen ou mauvais	Évaluation réalisée au moment de l'admission	Collard et autres, 1985; Counsell et autres, 2000; Jones et autres, 2006; Landefeld et autres, 1995; Reuben et autres, 1995		
		État de santé actuel en comparaison à l'année précédente	Pourcentage de patients percevant leur état de santé comme étant le même, mieux ou pire à l'année précédente	Évaluation réalisée au moment de l'admission	Counsell et autres, 2000		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
Satisfaction des patients	Satisfaction du patient à l'égard des soins				Counsell et autres, 2000; Courtney et autres, 2011; Meissner et autres, 1989	Ahmed et Pearce, 2010; de Morton et autres, 2007c	
Fonction physique	Fonction physique - Mobilité	Voir <i>Fonction physique - mobilité</i> à la section <i>Processus</i> (p. 40-44)	Voir <i>Fonction physique - mobilité</i> à la section <i>Processus</i> (p. 40-44)	Les évaluations de la fonction physique devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou détérioration	Hogan et autres, 1987	De Morton et autres, 2007c; Pashikanti et Von Ah, 2012; Rubenstein et autres, 1991	AHMAC, 2004, 2007; Palmer, 2004
État fonctionnel	État fonctionnel - Autonomie	Voir <i>Fonction physique - mobilité</i> à la section <i>Processus</i> (p.40-44)	Voir <i>Fonction physique - mobilité</i> à la section <i>Processus</i> (p. 40-44)	Les évaluations de l'état fonctionnel (ou du déclin) devraient être réalisées à l'admission, tout au long de l'hospitalisation et au congé. Des évaluations pourraient également être réalisées un, trois, six et/ou 12 mois après le congé de l'hôpital La différence entre les résultats à l'admission et ceux au congé représente le changement survenu durant l'hospitalisation = aucun changement, amélioration ou			

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
				détérioration Le déclin fonctionnel représente la perte d'indépendance dans au moins une activité de base de la vie quotidienne (AVQ) entre l'admission et le congé (ou les résultats subséquents après le congé)			
Complications	Présence de complications	Occurrence de complications durant l'hospitalisation	Incidence - Pourcentage de patients ayant souffert d'au moins une complication au cours de l'hospitalisation	Incidence - Le pourcentage est calculé séparément pour chacune des complications : contamination du sang, infection urinaire, pneumonie, embolie pulmonaire, hypotension orthostatique, etc.	Becker et autres, 1987; Collard et autres, 1985; Stenvall et autres, 2007	Ahmed et Pearce, 2010; Bakker et autres, 2011; de Morton et autres, 2007c	Morin et Leduc, 2004
			Pourcentage de patients n'ayant souffert d'aucune complication au cours de l'hospitalisation		Collard et autres, 1985	Bakker et autres, 2011	Morin et Leduc, 2004
		Occurrence de complications iatrogéniques et de (syndromes gériatriques) durant l'hospitalisation	Incidence - Pourcentage de patients ayant souffert d'au moins une complication iatrogénique ou syndrome gériatrique au cours de l'hospitalisation	Incidence - Le pourcentage est calculé séparément pour chacune des complications iatrogéniques : confusion (délirium,), déclin de l'état fonctionnel, dysphagie, syndrome d'immobilisation, plaies de pression, symptômes dépressifs, démence, etc.	Collard et autres, 1985; Jones et autres, 2006; Mudge et autres, 2008; Wong et autres, 2006	Ahmed et Pearce, 2010; de Morton et autres, 2007d; Fox et autres, 2012	Morin et Leduc, 2004
		Occurrences de chutes durant l'hospitalisation	Incidence - Pourcentage de patients ayant souffert		Collard et autres, 1985; de Morton et	Coussement et autres, 2008; de Morton et	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
			d'une chute au cours de l'hospitalisation		autres, 2007b; Jones et autres, 2006; Mudge et autres, 2008	autres, 2007, 2007c, 2007d; Fox et autres, 2012; Handoll et autres, 2011; Oliver et autres, 2007; Oliver et autres, 2000, Cameron et autres, 2010	
			Nombre de personnes âgées qui ont fait une chute			Cameron et autres, 2010; Coussement et autres, 2008; Oliver et autres, 2007	
			Nombre de personnes âgées qui ont fait plus d'une chute			Coussement et autres, 2008	
		Occurrence de complications chirurgicales durant l'hospitalisation	Incidence - Pourcentage de patients ayant souffert d'au moins une complication chirurgicale au cours de l'hospitalisation	Incidence - Le pourcentage est calculé séparément pour chacune des complications chirurgicales durant l'hospitalisation : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, thrombose veineuse, etc.	Vidán et autres, 2005	Handoll et autres, 2011	
		Occurrence de complications dues à la médication durant l'hospitalisation	Incidence - Pourcentage de patients ayant souffert d'au moins une complication due à la médication durant l'hospitalisation	Incidence - Le pourcentage est calculé séparément pour chacune des complications dues à la médication : effets secondaires, surdosage ou sous-dosage, réactions toxiques ou allergiques, interactions médicamenteuses, etc.	Becker et autres, 1987		
		Détérioration de l'état de santé nécessitant un			de Morton et autres, 2007b; Jones et	de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
		transfert aux soins intensifs			autres, 2006		
Mortalité (ou survie)	Mortalité (ou survie) au cours du processus de soins	Mortalité ou détérioration	Nombre de patients qui sont décédés ou dont l'état s'est détérioré à l'égard de leurs capacités fonctionnelles			Ellis et autres, 2011 a, 2011b	
		Mortalité des patients	Taux de mortalité des patients	Évaluation au congé et un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation Taux de mortalité des patients est calculé séparément pour la mortalité des patients survenue durant l'hospitalisation, ou encore un, trois, six ou 12 mois après le congé	Applegate et autres, 1990; Barnes et autres, 2012; Barrick et autres, 1999; Counsell et autres, 2000; de Morton et autres, 2007b; Fretwell et autres, 1990; Germain et autres, 1995; Hogan et Fox, 1990; Harris et autres, 1991; Hogan et autres, 1987; Inouye et autres, 1993b; Jones et autres, 2006; McCusker et autres, 2001b; Meissner et autres, 1989; Naughton et autres, 1994; Nikolaus et autres, 1999; Rubenstein et autres, 1984a; Saltvedt et autres, 2002; Saltvedt et autres, 2004; Siebens et	Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Fox et autres, 2012; Handoll et autres, 2011; Lafont et autres, 2011; Rubenstein et autres, 1991; Stuck et autres, 1993	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					autres, 2000; Thomas et autres, 1993; Vidán et autres, 2005; Winograd et autres, 1993; Wong et autres, 2006		
		Survie (quelques études rapportent plutôt les résultats en survie)	Taux de survie – pourcentage de patients âgées vivant	Évaluation peut être réalisée au congé et un, trois, six, neuf et/ou 12 mois après le congé	Asplund et autres, 2000; Cohen et autres, 2002; Gayton et autres, 1987; Germain et autres, 1995; Kircher et autres, 2007; Reuben et autres, 1995; Rubenstein et autres, 1995; Thomas et autres, 1993; Winograd et autres, 1993	Bakker et autres, 2011	
Durée de séjour	Durée de séjour à l'hôpital	Durée du séjour hospitalier	Nombre de jours totaux entre l'admission à l'hôpital et le congé		Ahmed et autres, 2012; Allen et autres, 1986; Applegate et autres, 1990; Asplund et autres, 2000; Barnes et autres, 2012; Barrick et autres, 1999; Becker et autres, 1987; Boyer et autres, 1986; Cohen et autres, 2002; Collard et	Ahmed et Pearce, 2010; Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Fox et autres, 2012; Lafont et autres, 2011; Pashikanti et Von Ah, 2012	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					autres, 1985; Counsell et autres, 2000; de Morton et autres, 2007b; Fretwell et autres, 1990; Gayton et autres, 1987; Germain et autres, 1995; Harris et autres, 1991; Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Inouye et autres, 2003; Jayadevappa et autres, 2006; Jones et autres, 2006; Kay et autres, 1992; Landefeld et autres, 1995; McVey et autres, 1989; Meissner et autres, 1989; Mudge et autres, 2008; Naughton et autres, 1994; Nikolaus et autres, 1999; Padula et autres, 2009; Phibbs et autres, 2006; Saltvedt et autres, 2006; Saltvedt et autres, 2002; Saltvedt et autres, 2004;		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					Saltz et autres, 1988; Siebens et autres, 2000; Slaets et autres, 1997; Stewart et autres, 1999; Thomas et autres, 1993; Turner et autres, 2001; Vidán et autres, 2005; White et autres, 1994; Winograd et autres, 1993; Wong et autres, 2006; Zelada et autres, 2009		
			Nombre de jours totaux admis à l'hôpital entre l'admission initiale et la fin de la période de suivi après le congé	Évaluation du nombre de jours totaux des séjour hospitaliers pour couvrir une période de un, trois, six ou 12 mois après l'hospitalisation initiale	Cohen et autres, 2002; Rubenstein et autres, 1984a; Slaets et autres, 1997; Turner et autres, 2001		
Effet de l'hospitalisation sur les conditions de résidence des patients âgés	<p>Pourcentage de patients ayant nécessité un hébergement à court terme (temporaire) dans un établissement de soins de longue durée au congé et/ou dans les trois, six et/ou 12 mois subséquents</p> <p>Pourcentage de patients ayant nécessité un nouvel hébergement permanent dans un établissement de soins de longue durée au congé et/ou dans les trois, six et/ou 12 mois subséquents</p>	Conditions de résidence	À préciser	Différence entre les conditions de résidence au moment de l'admission et celles au congé et/ou dans les mois subséquents permet de déterminer les nouveaux hébergements dans un établissement de soins de longue durée			

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Pourcentage de patients ayant nécessité un séjour en réadaptation ou convalescence au congé						
		Conditions de résidence au moment de l'admission	Pourcentage de patients résidant à domicile, en soins hospitaliers critiques, en centre de réhabilitation, établissement de soins de longue durée, etc. est calculé séparément pour chaque lieu de résidence possible		Allen et autres, 1986; Applegate et autres, 1990; Asplund et autres, 2000; Barnes et autres, 2012; Becker et autres, 1987; Collard et autres, 1985; Counsell et autres, 2000; de Morton et autres, 2007b; Fretwell et autres, 1990; Gayton et autres, 1987; Germain et autres, 1995; Harris et autres, 1991; Hogan et Fox, 1990; Inouye et autres, 1993a, 1993b; Jayadevappa et autres, 2006; Jones et autres, 2006; Kay et autres, 1992; Landi et autres, 1997; McVey et autres, 1989; Mudge et autres, 2008; Naughton et autres, 1994;	de Morton et autres, 2007a	Palmer, 2004

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					Nikolaus et autres, 1999; Padula et autres, 2009; Reuben et autres, 1995; Rubenstein et autres, 1984a; Saltvedt et autres, 2006; Saltvedt et autres, 2002; Saltvedt et autres, 2004; Saltz et autres, 1988; Siebens et autres, 2000; Slaets et autres, 1997; Stenvall et autres, 2007; Stewart et autres, 1999; Winograd et autres, 1993; Wong et autres, 2006		
		Conditions de résidence au moment du départ de l'hôpital	Pourcentage de patients résidant à domicile dans la communauté, en soins hospitaliers critiques, en centre de réhabilitation, en établissement de soins de longue durée etc. est calculé séparément pour chaque lieu de résidence possible	Évaluation au congé et un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation	Applegate et autres, 1990; Asplund et autres, 2000; Barnes et autres, 2012; Boyer et autres, 1986; Collard et autres, 1985; de Morton et autres, 2007b; Fretwell et autres, 1990; Gayton et autres, 1987; Germain et autres, 1995;	Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Fox et autres, 2012; Handoll et autres, 2011; Lafont et autres, 2011; Stuck et autres, 1993	Kleinpell et autres, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					<p>Harris et autres, 1991; Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Inouye et autres, 1993b; Jayadevappa et autres, 2006; Jones et al. 2006; Kay et autres, 1992; Kircher et autres, 2007; Landi et autres, 1997; Mahoney et autres, 1998; Meissner et autres, 1989; Mudge et autres, 2008; Naughton et autres, 1994; Nikolaus et autres, 1999; Rubenstein et autres, 1984a; Saltvedt et autres, 2004; Saltz et autres, 1988; Thomas et al., 1993; Vidán et autres, 2005; White et autres, 1994; Winograd et autres, 1993; Wong et autres, 2006; Wong et Miller, 1998</p>		

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	Pourcentage de patients, oui, non	Nouvel hébergement en établissement	À préciser	Évaluation au congé et un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation	Nikolaus et autres, 1999; Slaets et autres, 1997		
	Nombre de jours hébergés en établissement après le congé de l'hospitalisation initiale		À préciser	Évaluation au congé et un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation	Applegate et autres, 1990; Cohen et autres, 2002; Nikolaus et autres, 1999; Saltvedt et autres, 2004	Rubenstein et autres, 1991	
Réadmission	Taux de réadmission à l'hôpital	Réadmission en centre hospitalier à la suite du congé	Analyse des dossiers cliniques	Évaluation un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation	Ahmed et autres, 2012; Asplund et autres, 2000; Barnes et autres, 2012; Barrick et autres, 1999; Boyer et autres, 1986; Chang et autres, 2007; Collard et autres, 1985; Counsell et autres, 2000; Courtney et autres, 2011; Covinsky et autres, 1997; de Morton et autres, 2007b; Germain et autres, 1995; Harris et autres, 1991; Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Jayadevappa et autres, 2006; Kircher et autres,	Ahmed et Pearce, 2010; Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007a, 2007c, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Fox et autres, 2012; Handoll et autres, 2011; Lafont et autres, 2011; Rubenstein et autres, 1991; Stuck et autres, 1993	Kresevic, 2008

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					2007; Landefeld et autres, 1995; Meissner et autres, 1989; Mudge et autres, 2008; Nikolaus et autres, 1999; Saget et autres, 1996; Saltvedt et autres, 2004; Saltz et autres, 1988; Stenvall et autres, 2007; Thomas et autres, 1993; Turner et autres, 2001; Vidán et autres, 2005; White et autres, 1994; Wong et autres, 2006		
	Durée de séjour de la réadmission à l'hôpital		Analyse des dossiers cliniques		Applegate et autres, 1990; Barrick et autres, 1999; Nikolaus et autres, 1999; Phibbs et autres, 2006; Saltvedt et autres, 2004; Stenvall et autres, 2007		
	Nombre de jours entre le congé de l'hospitalisation initiale et la réadmission à l'hôpital		Analyse des dossiers cliniques		Courtney et autres, 2011		
Utilisation des ressources de santé et coût	Niveau et coûts d'utilisation des services de santé post-hospitalisation			Évaluation un, trois, six et/ou douze mois après l'hospitalisation			

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
		Visite non planifiée à l'urgence après le congé de l'hospitalisation initiale			Courtney et autres, 2011; Vidán et autres, 2005		
		Utilisation des services des cliniques externes			Asplund et autres, 2000; Cohen et autres, 2002; Gayton et autres, 1987; Kircher et autres, 2007; Nikolaus et autres, 1999; Thomas et autres, 1993	Bakker et autres, 2011	
		Utilisation des services de professionnels autres que médecins disponibles dans les cliniques (p.ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.)			Hogan et Fox, 1990; Hogan et autres, 1987; Inouye et autres, 1993b	Bakker et autres, 2011	
		Utilisation des services de première ligne, médecin de famille, infirmière spécialisée, etc.			Courtney et autres, 2011		
		Utilisation des services communautaires et soutien à domicile					
Résultats relatifs aux proches aidants des patients âgés (y compris la famille)							
Effet de l'intervention sur le proche aidant	Pression sur le proche aidant		<i>Caregiver Stain Index</i>		Covinsky, et autres, 1997		Rice, 2003

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
	État de santé du proche aidant (évaluation subjective)		<i>Medical Outcomes Study (MOS) 36-item Short Form Survey Instrument (SF-36)</i>		McCusker et autres, 2001b		
	Satisfaction du proche aidant à l'égard des soins				Counsell et autres, 2000; McCusker et autres, 2001b; Meissner et autres, 1989	Ahmed et Pearce, 2010	
Résultats relatifs aux effets sur les fournisseurs de soins (médecins, infirmières et infirmiers, etc.)							
Satisfaction des parties prenantes	Niveau de satisfaction des médecins à l'égard des soins à la personne âgée				Counsell et autres, 2000; Meissner et autres, 1989	Ahmed et Pearce, 2010	
	Niveau de satisfaction des infirmières et des infirmiers à l'égard des soins à la personne âgée				Counsell et autres, 2000	Ahmed et Pearce, 2010	
			<i>Caregiving Activities Scale (CAS)</i>		Chang et autres, 2007; Glasson et autres, 2006		
	Niveau de satisfaction des médecins, des infirmières et infirmiers à l'égard des soins à la personne âgée				Collard et autres, 1985; Hogan et autres, 1987		
Résultats relatifs aux effets sur l'organisation de santé							
Coûts	Coûts des interventions	Coûts associés aux soins du patient et encourus pendant l'hospitalisation			Asplund et autres, 2000; Barnes et autres, 2012; Boyer et autres, 1986; Cohen et autres, 2002; Collard et autres, 1985; Counsell et autres, 2000; Covinsky et	Ahmed et Pearce, 2010; Bakker et autres, 2011; Baztán et autres, 2009; Campbell et autres, 2004; de Morton et autres, 2007c, 2007d; Ellis et autres, 2011a, 2011b; Fox et	

COMPOSANTES ET VARIABLES	INDICATEURS	CRITÈRES (DIMENSIONS)	INSTRUMENTS DE COLLECTE (MESURES)	COMMENTAIRES	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		
					ESSAIS CLINIQUES COMPARATIFS	SYNTHÈSES DES CONNAISSANCES	INDICATEURS DE QUALITÉ DES SOINS AUX AÎNÉS
					autres, 1997; Fretwell et autres, 1990; Inouye et autres, 1993b; Jayadevappa et autres, 2006; Meissner et autres, 1989; Naughton et autres, 1994; Phibbs et autres, 2006; Stewart et autres, 1999; Turner et autres, 2001; White et autres, 1994	autres, 2012; Lafont et autres, 2011; Rubenstein et autres, 1991	
		Coûts totaux pour les soins et la prise en charge du patient	Coûts associés aux soins du patient et encourus pendant l'hospitalisation et coûts à la suite de l'utilisation des ressources du réseau de la santé après le congé et durant la période de suivi	Évaluation un, trois, six et/ou 12 mois après l'hospitalisation	Asplund et autres, 2000; Cohen et autres, 2002; Nikolaus et autres, 1999; Phibbs et autres, 2006; Rubenstein et autres, 1984a	Ahmed et Pearce, 2010	