

Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **msss.gouv.qc.ca** section Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Bibliothèque et Archives Canada, 2024

ISBN : 978-2-550-94910-7 (PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

RÉDACTION DU CONTENU

Direction des travaux

Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint, Direction générale des services aux aînés et aux proches aidants (DGAPA)

Nathalie Tremblay, directrice, Direction des services aux aînés et aux proches aidants (DSAPA)

Coordination et rédaction

Charlène Joyal, conseillère, DSAPA

Recherche documentaire

Aline Bolduc, coordonnatrice du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ)

Marie-Marthe Gagnon, bibliothécaire médicale, Bibliothèque du CIUSSS de la Capitale-Nationale

PARTENAIRES CONSULTÉS

Membres du conseil exécutif du RUSHGQ

CISSS du Bas-Saint-Laurent

CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

CIUSSS de la Capitale-Nationale

CIUSSS de l’Estrie-CHUS

CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal

CIUSSS du Centre-Sud-de l’Île-de-Montréal

CISSS de l’Outaouais

CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue

CISSS de Chaudière-Appalaches

CISSS des Laurentides

CISSS de la Montérégie-Centre

CISSS de la Montérégie-Est

CISSS de la Montérégie-Ouest

RÉVISION LINGUISTIQUE

Grazuela Ramassamy

RÉVISION ET MISE EN PAGE

Charlène Joyal, conseillère, DSAPA

REMERCIEMENTS

Comme les travaux se sont tenus sur plusieurs années en raison de la pandémie de COVID-19, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du présent document, et plus spécifiquement, Nathalie Rosebush, sous-ministre adjointe, DGAPA (jusqu’en janvier 2023), Vincent Defoy, directeur, Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressource intermédiaire et de type familial (DSAPARITF) (jusqu’en novembre 2021) et Marie-Eve Dumas, conseillère à la DSAPARITF (jusqu’en janvier 2020).

MEMBRES DU COMITÉ D’EXPERTS

Médecins

D^{re} Patricia Ayoub, CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal

D^{re} Lucie Boucher, CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

D^r Michel Dugas, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

D^r Guy Lacombe, CIUSSS de l’Estrie-CHUS

RUSHGQ

D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, présidente

Aline Bolduc, coordonnatrice

Établissements de santé et de services sociaux

Annie Audet, CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue

Catherine Genest, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Cathy Bérubé, CISSS de la Gaspésie

Chantal Kroon, CISSS de Chaudière-Appalaches

Hélène Lacroix, CISSS de la Montérégie-Est

Isabelle D’Argy, CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Maryse Janelle, CISSS des Laurentides

MSSS

Karine Labarre, conseillère, Direction des soins et services infirmiers (DSSI)

Johanne Roy, conseillère, DSSI

Nathalie Labrecque, directrice, Direction des services hospitaliers

Marie-France Simard, équipe soutien, transformation, accès, terrain (STAT), Direction générale adjointe des services spécialisés, de la pertinence clinique et de la biologie médicale

Kristina Milette, coordonnatrice NSA, Direction de la coordination ministérielle

Andrée-Ann Aubut, conseillère, Direction des services d’urgence

AVANT-PROPOS

Dans les années 1980, le gouvernement du Québec anticipait déjà la croissance de l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées de 65 ans en raison des projections démographiques. Conscient que la clientèle gériatrique aurait des besoins de soins et de services de plus en plus complexes et spécifiques, en fonction de son état de santé, de sa fragilité et de son incapacité progressive, il a publié en 1986 un document rassemblant des éléments de réflexion et d'orientation sur le service de courte durée gériatrique visant à définir un modèle pour des unités de courte durée gériatriques (UCDG), lieux où sont offerts les soins et services globaux et spécifiques à la clientèle gériatrique lors d'une hospitalisation [1]. En réponse à une préoccupation sur l'efficacité et l'efficience des services offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier, le modèle, mis de l'avant par ses orientations, définissait notamment les objectifs du service, les critères d'admission, les résultats attendus ainsi que l'organisation des services, afin que les ressources puissent satisfaire adéquatement les besoins de ces aînés.

Depuis la diffusion de ces orientations, le portrait démographique du Québec et la structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont grandement changé. L'adoption récente du projet de loi 15 et la mise en place de Santé Québec en sont un exemple. Les connaissances sur les besoins des personnes âgées et les pratiques en gérontologie et en gériatrie ont également évolué. Dans ce contexte, il importe d'avoir des balises claires, harmonisées et à jour pour encadrer cette offre de services complémentaire et essentielle, afin d'assurer une réponse optimale aux besoins de cette population et une utilisation efficiente des ressources spécialisées.

Dans le but de réaliser ce travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un comité d'experts ayant une expérience en UCDG ainsi que des connaissances sur les différents modèles d'organisation et les meilleures pratiques. Ce comité a été constitué pour alimenter la réflexion à ce sujet et proposer au MSSS une organisation des services répondant aux besoins spécifiques des personnes âgées ayant recours à cette offre de service au sein du continuum de soins et de services. Le présent document expose le résultat des réflexions du comité d'experts ainsi que ses recommandations.

Précisons la démarche et le processus suivi pour élaborer cette refonte et pour définir les paramètres d'organisation des services des UCDG. Les principales étapes réalisées pour cet exercice sont les suivantes :

1. Mandat conféré à la Direction des services aux aînés et aux proches aidants (DSAPA) au regard de la refonte des orientations ministérielles pour les UCDG et de la formulation des recommandations appropriées en vue d'accroître l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience de ce secteur d'activité.
2. Mise sur pied en janvier 2018 d'un comité d'experts composé de représentants des principales organisations détenant des champs d'expertise variés et complémentaires (gestionnaires et professionnels), afin de soutenir la DSAPA dans l'élaboration des

nouvelles orientations pour les UCDG. Le comité avait pour mandat de faire état des récents écrits et données probantes sur le sujet, de déterminer les raisons d'être et les fonctions de l'UCDG dans le continuum de soins et de services aux personnes âgées et de proposer les principes directeurs et les composantes essentielles de l'UCDG. Pour ce faire, les experts ont procédé comme suit :

- a. Mise en place d'une démarche itérative, en utilisant comme base de travail les recommandations *du Rapport des consultations sur la mission, la clientèle ainsi que la planification et l'organisation du congé du programme UCDG*, un document produit par le Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) en 2016 [2].
 - b. Recherche documentaire sur l'UCDG réalisée à l'été 2018, afin d'appuyer les orientations sur des données probantes. Des stratégies de recherche combinant mots-clés et vocabulaires contrôlés ont été élaborées pour divers aspects en lien avec l'UCDG, puis lancées dans les deux bases de données biomédicales retenues (Embase et Medline)¹. D'autres documents ont aussi été relevés dans la littérature grise, portant à 206 le nombre total de documents repérés. Un processus rigoureux de sélection a été effectué afin de cibler les plus pertinents. Finalement, 44 articles ont fait l'objet d'une lecture plus approfondie par des membres du comité et des fiches de lecture ont été produites pour chacun. Depuis 2018, une seule méta-analyse a été publiée en 2022 [3] sur l'efficacité des *Acute geriatric unit care* et celle-ci incluait 10 études publiées entre 1985 et 2017 et seulement une étude publiée en 2020.
 - c. Consensus sur des paramètres d'organisation à privilégier et à intégrer au sein des orientations ministérielles.
3. Validation des orientations préliminaires par des établissements du RSSS, par les différentes directions ministérielles impliquées ainsi que par le comité exécutif du RUSHGQ.
 4. Présentation des orientations ministérielles concernant les UCDG.

¹ À titre d'exemple, vous trouverez à l'annexe 1 la stratégie de recherche utilisée pour Medline.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. PORTRAIT DE LA GÉRIATRIE HOSPITALIÈRE	3
1.1. L'UCDG au sein du continuum de soins et de services aux aînés.....	3
1.2. Données sur la clientèle aînée hospitalière et en UCDG.....	4
1.3. L'importance de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier .	5
2. PRINCIPES DIRECTEURS.....	7
3. OBJECTIFS DES ORIENTATIONS	8
4. CARACTÉRISTIQUES D'UNE UCDG.....	8
4.1. Mission et objectifs en UCDG	8
4.2. Usagers admissibles.....	10
4.3. Parcours de l'utilisateur et organisation des services	11
4.3.1 Admission	11
4.3.2 Évaluation et intervention.....	14
4.3.3 Suivi du séjour	20
4.3.4 Transition et orientation au congé.....	20
4.4. Équipe interdisciplinaire	22
4.4.1 Les connaissances et compétences requises pour travailler à l'UCDG.....	24
4.5. Environnement physique et équipements.....	25
5. GOUVERNANCE DES UCDG	26
5.1 Principes qui orientent la gouvernance	26
5.2 Gestion clinico-administrative	27
6. ACCESSIBILITÉ AUX SOINS, AUX SERVICES ET À L'EXPERTISE DE L'UCDG.....	28
6.1 Vigie provinciale	29
6.2 Flexibilité dans la structure organisationnelle	29
6.3 Hiérarchisation des services	30
6.4 Trajectoires et corridors des services bien établis	31
6.5 Modalités de consultation innovantes.....	32
7. CONDITIONS POUR UN FONCTIONNEMENT OPTIMAL DES UCDG	32
8. INDICATEURS.....	33
CONCLUSION	35
GLOSSAIRE.....	36

RÉFÉRENCES 38

ANNEXE 1 - Stratégie de recherche utilisée pour Medline 42

ANNEXE 2 - Rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec 43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Indicateurs à suivre en UCDG et fréquence proposée	34
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Continuum de soins et services aux aînés.....	3
Figure 2. Paliers d'interventions cliniques de l'AAPA.....	6
Figure 3. Hiérarchisation des UCDG selon les lieux de dispensation des soins et des services	31

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
BCM	Bilan comparatif des médicaments
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
DM	Direction médicale (anciennement la direction des services professionnels)
DSI	Direction des soins infirmiers
DSIE	Demande de services interétablissements
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSQ	Dossier santé Québec
DSS	Direction des services sociaux
ÉGG	Évaluation gériatrique globale
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
GMF	Groupe de médecine familiale
GMF-U	Groupe de médecine familiale universitaire
I-CLSC	Intégration CLSC : système d'information sur la clientèle et les services des CISSS et CIUSSS – mission CLSC
MDA MA	Maisons des aînés et maisons alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
OEMC	Outil d'évaluation multIClientèle
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
POR	Pratique organisationnelle requise
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial

RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
RUSHGQ	Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
RTS	Réseau territorial de services
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SSPPCC	Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

INTRODUCTION

Le Québec est vieillissant et la population québécoise continuera de s'accroître au cours des prochaines années. En 2021, la province comptait 1,75 million de personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les projections démographiques, ce groupe connaîtra la plus forte croissance au sein de la population pour atteindre 2,8 millions en 2066, ce qui représentera 27 % de la population québécoise. Au sein des personnes âgées, le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans augmentera de 76 %, alors que celui des 85 ans et plus augmentera de 244 % [4].

La majorité des personnes âgées vivent relativement en bonne santé et plus longtemps, ce qui témoigne du succès du système de santé, notamment en ce qui a trait à la prévention et à la promotion de la santé. Toutefois, plus l'âge augmente et plus les risques de vivre avec des maladies chroniques, des limitations fonctionnelles et des incapacités et de présenter un ou plusieurs syndromes gériatriques augmentent. Le nombre et la gravité de ces conditions tendent également à s'accroître avec l'avancement en âge.

Devant ce constat, on peut s'attendre à une augmentation de l'utilisation des services de santé et de services sociaux au Québec par les personnes âgées et à un besoin accru de soins et de services gériatriques spécialisés. Il est donc essentiel de continuer les travaux amorcés depuis plusieurs années sur l'intégration des services pour cette clientèle. Pour y arriver, il faut s'assurer que le RSSS est doté d'un continuum complet de soins et de services aux aînés, efficient et dans lequel la mission et l'offre de services de chacun des secteurs d'activité sont bien définies, y compris les services hospitaliers.

En effet, on constate une augmentation de l'utilisation des services hospitaliers au Québec par cette clientèle. Depuis les trois dernières années, les personnes âgées de 75 ans et plus constituent en moyenne 65 % des usagers sur civière. De ce pourcentage, près de 50 % sont ensuite hospitalisées. Aussi, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 37 % des séjours d'hospitalisation en soins physiques et psychiatriques au Québec en 2011-2012, on constate en 2022-2023 qu'elles constituent 44 % des séjours [5, 6].

Afin de diminuer la pression sur les services hospitaliers, mais également pour les utiliser à bon escient, des travaux sont réalisés en aval et en amont par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Pensons au projet du « gériatre répondant » en soutien aux équipes de première ligne, à l'intensification des soins et des services à domicile, à l'optimisation du rôle des services préhospitaliers d'urgence pour renforcer la première ligne ou à l'utilisation de la télésanté permettant les consultations virtuelles en centres d'hébergement et de soins de longue durée pour éviter des transferts à l'urgence. Différents types de services gériatriques spécialisés sont également existants, comme les cliniques externes spécialisées, les équipes ambulatoires de gériatrie, l'hôpital de jour, les soins postaigus, etc.

Plusieurs actions sont également réalisées en milieu hospitalier afin d'assurer une offre de soins et de services adaptée aux personnes âgées qui nécessitent d'y avoir recours. On peut penser à

l'émergence d'unités d'hospitalisation brèves en gériatrie et aux équipes mobiles intrahospitalières de consultation gériatrique, en soutien dans les différentes unités de soins. Certaines initiatives sont tirées ou inspirées du [Cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#) [7] publié en 2011 par le MSSS, qui est toujours d'actualité et dont l'application des différents principes énoncés est essentielle pour optimiser l'épisode de soins aigus des personnes âgées et éviter les effets délétères du séjour hospitalier, notamment le délirium et le syndrome d'immobilisation.

En complément à ce cadre, le MSSS a publié en 2022 un outil clinique spécifique aux services d'urgence pour répondre aux besoins du personnel et entreprendre les changements nécessaires afin de les guider dans la prestation de soins plus sécuritaires et performants pour les personnes âgées, soit le [Cadre de référence : Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée](#) [8].

Les unités de courte durée gériatrique font également partie de cette offre de soins et de services en centres hospitaliers, spécifiquement pour la population âgée qui requiert une hospitalisation et des soins aigus spécialisés en gériatrie. C'est de ces unités qu'il est question dans ces nouvelles orientations ministérielles, qui s'inscrivent en cohérence avec les différents chantiers menés par le MSSS pour les personnes âgées et les personnes proches aidantes. Ces orientations précisent les attentes du MSSS envers Santé Québec et les établissements de santé et de services sociaux en matière d'organisation de soins et de services pour les UCDG.

1. PORTRAIT DE LA GÉRIATRIE HOSPITALIÈRE

Cette section vise à situer les UCDG au sein du continuum de soins et de services aux aînés, à présenter quelques données sur la clientèle gériatrique en centre hospitalier (CH) au Québec et à rappeler l'importance de l'application rigoureuse d'une approche adaptée à la personne aînée lorsque celle-ci séjourne en milieu hospitalier.

1.1. L'UCDG au sein du continuum de soins et de services aux aînés

Le continuum de soins et de services aux aînés représente les différents types de soins et de services offerts en fonction du cheminement des personnes âgées et des transitions vécues entre un mode de vie autonome et des soins de longue durée et de fin de vie. La figure 1 illustre de façon sommaire ce continuum complexe.

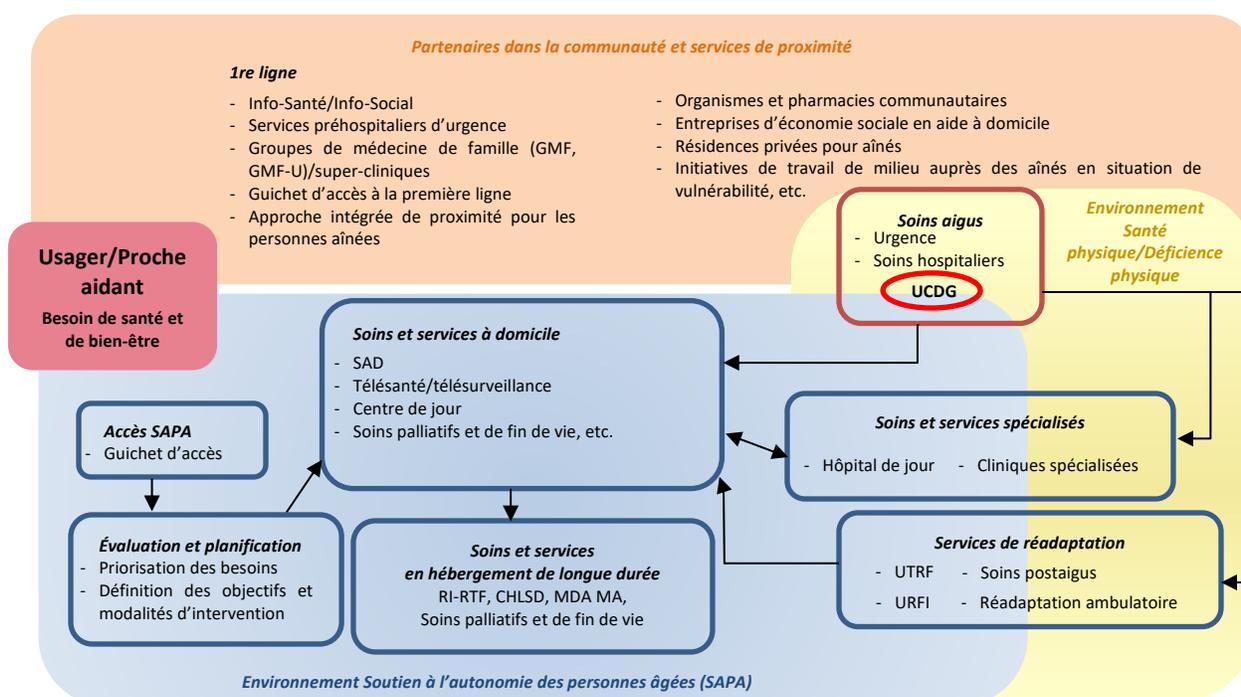


Figure 1. Continuum de soins et de services aux aînés² [9]

On y retrouve l'environnement des partenaires dans la communauté et des services de proximité faisant partie du réseau local ou territorial de services, celui du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ainsi que l'environnement de la Santé physique/Déficiences physiques. Les soins et services spécialisés ainsi que les services de réadaptation s'inscrivent à la fois dans l'environnement du SAPA et celui de la Santé physique/Déficiences physiques. L'UCDG fait partie des soins aigus qui relèvent de l'environnement de Santé physique/Déficiences physiques et celui du

² Adapté de l'outil de travail élaboré par l'INESSS (2018) dans le cadre du projet *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés – Perspectives pour l'évolution de la mesure*.

SAPA, en tant qu'unité de soins hospitalière spécialisée pour la clientèle gériatrique. L'UCDG constitue une **unité hospitalière de soins aigus** au même titre que les unités de cardiologie, de pneumologie, de chirurgie ou de traumatologie et offre **une expertise en soins gériatriques**. Une personne âgée y a donc recours lorsqu'une situation aiguë de santé survient, qu'une hospitalisation est nécessaire et que l'expertise gériatrique est requise.

Le rôle d'une UCDG dans un CH est crucial et son efficacité est largement démontrée dans la littérature à travers les divers modèles d'unités de gériatrie de courte durée³ [8, 10-15]. Par une réponse experte aux besoins des personnes âgées à risque élevé de déclin fonctionnel, l'UCDG permet notamment une réduction du nombre de chutes et de déliriums durant le séjour hospitalier, un déclin fonctionnel moindre à la sortie du CH, une durée moyenne de séjour plus courte, un plus grand nombre de retours à domicile durables et sécuritaires au congé de l'hôpital et une réduction du nombre d'orientations vers les établissements de soins de longue durée à la sortie du CH [8, 10-15]. En effet, après une intervention pertinente, juste et globale sur les facteurs qui ont mené à l'hospitalisation et après avoir stabilisé la condition clinique tout en ayant maximisé la capacité fonctionnelle des usagers, elle permet une orientation adéquate et au bon moment vers les ressources appropriées. L'orientation peut concerner le recours en soins et services spécialisés à l'externe, aux services de réadaptation, aux soins et services à domicile ou à l'hébergement, en fonction des besoins de l'utilisateur. Une étude comparant les soins aigus offerts dans une UCDG relativement aux soins médicaux aigus conventionnels, conclut que les usagers en UCDG étaient également moins susceptibles de présenter une baisse de la qualité de vie liée à la santé après trois mois [16].

1.2. Données sur la clientèle âgée hospitalière et en UCDG

La personne âgée présente des caractéristiques qui lui sont propres et qui contribuent à augmenter des risques induits par un séjour en milieu hospitalier (iatrogénie). Dans les services d'urgence depuis les 3 dernières années, les personnes âgées de 75 ans et plus constituent en moyenne 64 % des patients sur civière au département des urgences au Québec. De ce pourcentage, près de 50 % sont ensuite hospitalisées⁴.

En ce qui concerne les hospitalisations en 2022-2023⁵, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient le tiers (33,6%) des hospitalisations de la clientèle adulte au Québec, alors qu'en 2012-2013, elles n'en constituaient qu'environ le quart (26,5%). Du nombre total de personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées, 7,8% ont visité les services de gériatrie au cours de leur séjour.

³ Les revues systématiques ou méta-analyses portent sur différentes unités de gériatrie en soins de courte durée. Cela peut comprendre les *Acute care for elders (ACE) units*, les *Geriatric Assessment Units (GAU)* et les *Geriatric Evaluation and Management Units (GEMU)*.

⁴ Données tirées du profil provincial des patients de 75 ans et plus à la période 13 de 2023-2024 émis par la Direction des services d'urgence du MSSS à partir des données de la banque de données commune des urgences (BDCU).

⁵ Données extraites de la banque de données MED-ECHO le 21 février 2024 par la Direction générale adjointe de l'information, de la performance et de l'évaluation du MSSS.

En ce qui a trait à la durée du séjour hospitalier⁵, la durée moyenne d'une hospitalisation en soins physiques et psychiatriques de courte durée des personnes âgées de 75 ans et plus s'avère deux fois plus longue que pour la clientèle adulte (12,3 jours contre 6,1 jours). En comparant la durée moyenne de séjour (DMS) totale des personnes âgées de 75 ans et plus ayant visité la gériatrie⁶ en cours de séjour à celles qui ne l'ont pas fait, on constate que leur DMS est 2,7 fois plus élevée (30,9 jours contre 11,26 jours). Pour ce qui est de la DMS spécifique des personnes âgées de 75 ans et plus en gériatrie, elle est de 25,1 jours comparativement à 10,3 jours dans tout autre service confondu.

Bien qu'il s'avère difficile de quantifier la « lourdeur » de la clientèle, les consultations tenues pour la rédaction des présentes orientations font état d'une complexification de la clientèle admise avec les années. En effet, selon les cliniciens et les gestionnaires interrogés, la clientèle présente davantage de comorbidités, d'atteintes fonctionnelles et cognitives importantes ainsi que des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces conditions requièrent du temps et des ressources pour assurer la dispensation de soins sécuritaires à la clientèle, tout en répondant de manière adéquate à ses besoins et à ceux de ses proches.

1.3. L'importance de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

L'hospitalisation constitue un facteur de risque de déclin des capacités fonctionnelles des personnes âgées et cela a largement été démontré depuis plusieurs années. En 2011, le MSSS a publié le *Cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* [4], qui visait justement à sensibiliser et à outiller les professionnels, le personnel et les gestionnaires des CH au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, afin de le prévenir ou de l'atténuer. Ce cadre mettait de l'avant un changement de paradigme favorisant une approche centrée sur les besoins particuliers des personnes âgées et la prévention du déclin fonctionnel dans l'ensemble des soins et services offerts en milieu hospitalier.

Les notions stipulées dans le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) demeurent toujours d'actualité en 2024 et l'application des différents principes et interventions qui y sont stipulés est d'autant plus importante après avoir constaté les effets dévastateurs du déconditionnement sur les personnes âgées durant la pandémie de COVID-19.

L'AAPA repose notamment sur un algorithme de soins cliniques à trois paliers d'interventions qui visent à prévenir les deux grands syndromes gériatriques que sont le délirium et le syndrome d'immobilisation, le tout représenté à la figure 2.

⁶ Les données relatives au service de gériatrie dans la banque de données MED-ECHO ne sont pas nécessairement précises du fait que certains milieux n'utilisent pas le code 89 associé au service de gériatrie pour identifier les usagers, mais plutôt le code associé à d'autres services comme celui de la médecine.

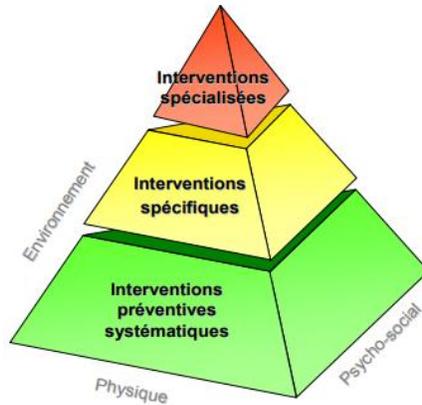


Figure 2. Paliers d'interventions cliniques de l'AAPA⁷

➔ **1^{er} palier (en vert) : les interventions préventives systématiques**

Ces interventions s'adressent à toute personne âgée de 75 ans et plus se présentant à l'hôpital ou admise dans une unité de soins et s'appliquent durant toute la durée de son séjour. Elles font référence, par exemple, aux activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que boire, marcher, manger, s'orienter dans le temps et dans l'espace, etc. Les interventions doivent tenir compte de la fragilité des personnes âgées. Tous les intervenants sont appelés à intervenir à ce stade, en collaboration avec les équipes de soins infirmiers qui sont au cœur de ces interventions.

➔ **2^e palier (en jaune) : les interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce**

Ces interventions s'appliquent d'emblée à la personne âgée présentant des facteurs de risque modérés à sévères de déclin fonctionnel, en plus des mesures du premier palier. Elles doivent également être amorcées lorsque l'évaluation des interventions du premier palier d'intervention démontre que l'état de la personne se détériore, malgré l'application des interventions préventives systématiques. À ce stade, en plus de l'équipe de soins infirmiers, la contribution précoce d'une équipe interdisciplinaire permet d'évaluer et d'intervenir avec justesse sur les diverses dimensions qui affectent l'autonomie et la récupération fonctionnelle de la personne.

➔ **3^e palier (en rouge) : les interventions spécialisées de traitement**

Lorsque les interventions au premier et au deuxième palier ne sont pas suffisantes pour que l'état de la personne âgée s'améliore, on passera au troisième palier avec des interventions spécialisées de traitement. À ce moment, en plus de l'équipe de soins infirmiers et de l'équipe interdisciplinaire, une infirmière clinicienne formée pour intervenir en situation gériatrique complexe viendra soutenir l'équipe et pourra à son tour faire appel à une équipe interdisciplinaire spécialisée en gériatrie et gériatrie clinique.

Le milieu hospitalier se veut un milieu hostile pour les personnes âgées et celles-ci se retrouvent trop souvent rapidement aux paliers jaune et rouge, avec un risque élevé de déclin fonctionnel ou un déclin fonctionnel, faute d'application précoce des interventions au palier vert.

⁷ Tiré du *Cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (MSSS, 2011), p. 45.

Pour cette raison, il importe de rappeler que **l’AAPA doit impérativement être implantée dans tous les CH** de la province, puisqu’elle contribue à optimiser l’autonomie fonctionnelle des personnes âgées et à améliorer leur séjour hospitalier.

Comme l’UCDG est l’unité hospitalière spécialisée détenant le plus haut niveau d’expertise professionnelle en soins à la personne âgée, elle se situe au troisième palier clinique de l’AAPA. **Elle constitue un modèle d’application de l’AAPA et doit agir comme unité de référence pour l’ensemble du milieu hospitalier.**

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs constituent les fondements de l’organisation de services projetés. Ils donnent aux établissements les balises qui permettent d’orienter les décisions organisationnelles en vue de se conformer aux présentes orientations ministérielles. Ainsi, les principes directeurs retenus sont les suivants :

Accessibilité et continuité des soins et services

- Assurer l’accès à l’offre de services de l’UCDG dans toutes les régions du Québec pour toute personne âgée qui la requiert;
- Assurer une fluidité et une agilité dans le parcours de soins et services par l’implication précoce et concertée des acteurs du système de santé et de services sociaux et de la communauté.

Partenariat et collaboration interprofessionnelle

- Intégrer une approche de partenariat reposant sur une relation de confiance et fondée sur la complémentarité des savoirs respectifs de l’usager, de ses proches et des acteurs du système de santé et de services sociaux et de la communauté;
- Travailler selon les principes de la collaboration interprofessionnelle en vue d’atteindre des résultats de soins optimaux pour l’usager.

Expertise et modèle de rôle

- Avoir recours à une main-d’œuvre qualifiée et détenant des compétences en gériatrie;
- Incarner la culture de soins gériatriques et être un modèle de rôle irréprochable dans l’application des principes de l’AAPA;
- Assurer l’enseignement de la gériatrie auprès des étudiants et des stagiaires.

3. OBJECTIFS DES ORIENTATIONS

Le présent document énonce les orientations ministérielles visant à optimiser l'organisation des soins et services dans les UCDG du Québec. Il fait état de balises claires et harmonisées pour encadrer cette offre de services essentielle afin d'y recourir de façon optimale. Il rassemble les informations pertinentes pour bien camper :

- La mission et le rôle spécifique de l'UCDG au sein du continuum de soins et services aux personnes âgées;
- Le profil des usagers admissibles;
- Les éléments incontournables à mettre en œuvre en lien avec :
 - L'organisation des soins et services;
 - La collaboration interprofessionnelle;
 - L'environnement physique;
 - L'accessibilité aux soins et services.

Ces orientations s'adressent à Santé Québec, qui a pour mandat de coordonner les services de santé et de services sociaux offerts par l'entremise des établissements, et visent principalement les directions et les gestionnaires responsables des UCDG, l'ensemble du personnel travaillant dans les UCDG ainsi que l'ensemble des acteurs intra et extrahospitaliers agissant comme partenaires en amont ou en aval de l'hospitalisation en UCDG. Les établissements de santé et de services sociaux sont tenus d'orienter les activités entourant l'accès à leur UCDG et leur fonctionnement selon les présentes orientations ministérielles, en tenant compte de leurs réalités organisationnelles et territoriales.

4. CARACTÉRISTIQUES D'UNE UCDG

Les orientations émises doivent permettre d'offrir une réponse optimale aux besoins des personnes âgées qui requièrent l'intensité des soins et l'expertise que l'on retrouve à l'UCDG, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois. Pour ce faire, il importe d'avoir une vision commune de ce qu'est une UCDG, de la clientèle qui peut en bénéficier et de l'organisation des soins et de services qui y sont offerts, afin d'assurer une équité d'accès et une utilisation à bon escient de cette offre de services spécialisés.

4.1. Mission et objectifs en UCDG

L'UCDG est une unité hospitalière spécialisée en soins à la personne âgée. Elle s'adresse principalement à des personnes âgées de 75 ans et plus présentant une instabilité de l'état de santé qui s'accompagne de besoins complexes.

Elle a pour mission **l'évaluation clinique globale des personnes âgées fragilisées** et la **mise en place d'interventions interdisciplinaires** afin d'optimiser leurs capacités fonctionnelles dans un contexte d'instabilité médicale et fonctionnelle.

Les évaluations et les interventions qui y sont effectuées visent à comprendre la nature des problèmes, à **en évaluer la réversibilité** (pronostic vital, fonctionnel, social) et à apporter les interventions nécessaires permettant à la personne de **recouvrer de façon optimale son état de santé et son autonomie** fonctionnelle et d'envisager prioritairement un **retour à domicile** (dans le milieu de vie antérieur). Elles sont réalisées en interdisciplinarité et en collaboration étroite avec l'utilisateur, ses proches et les services de santé et sociaux de la communauté, notamment avec le soutien à domicile, le médecin de famille et le pharmacien communautaire.

Étant donné sa mission, l'UCDG se doit d'être un modèle pour les autres unités et pour l'ensemble des professionnels sur les façons d'intervenir auprès des personnes âgées et de leurs proches, dans tout secteur de soins hospitaliers. Elle se doit également d'être exemplaire par son aménagement physique qui favorise le maintien ou la récupération de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées ainsi que l'application de l'AAPA, malgré des limites architecturales.

L'UCDG constitue également une unité d'enseignement et de diffusion de connaissances pour la formation en soins gériatriques des professionnels de la santé. Dans les établissements de santé et de services sociaux qui ont une mission universitaire, elle se veut aussi un milieu de recherche pour le développement et l'application d'approches innovantes et de nouvelles technologies. Son environnement physique doit donc être adapté pour y intégrer les étudiants et les stagiaires de toute discipline.

OBJECTIFS EN UCDG

- Poser un diagnostic sur l'altération de l'état de santé qui a mené à l'hospitalisation (notion de décompensation aiguë) et analyser l'impact sur les plans physique, cognitif, fonctionnel et social de la personne âgée fragilisée admise;
- Planifier précocement le congé hospitalier, en partenariat avec les autres composantes du continuum de soins aux aînés, pour viser prioritairement le retour à domicile;
- Déterminer et mettre en œuvre, en partenariat avec la personne âgée et ses proches, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Restaurer et préserver l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée admise en tenant compte du contexte de soins aigus et de courte durée en CH;
- Soutenir les proches dans l'adaptation à la condition de la personne âgée.

4.2. Usagers admissibles

L'admission à l'UCDG est réservée aux personnes âgées dont la condition justifie une hospitalisation et dont le profil correspond à celui décrit dans l'encadré ci-dessous. Ce principe doit être observé au même titre que pour les autres unités spécialisées d'un CH, compte tenu du contexte démographique et du fait que les intervenants des UCDG constituent des ressources rares en matière d'expertise. La littérature nous indique d'ailleurs qu'en resserrant les critères d'admission à l'UCDG, on contribue à en optimiser le fonctionnement et à mieux utiliser les ressources [14, 15].

CARACTÉRISTIQUES DE L'USAGER ADMISSIBLE

- Être âgé de 75 ans et plus;
- Présenter une condition médicale aiguë ou un ou plusieurs syndromes gériatriques qui s'ajoutent à un état de santé compromis par un déclin cognitif ou fonctionnel lié à des multimorbidités;
- Être polymédicamenté (prise de 10 médicaments et plus) et fragilisé;
- Avoir besoin de l'évaluation et de l'intervention d'une équipe interdisciplinaire détenant une expertise en soins à la personne âgée;
- Présenter un potentiel de récupération [17, 18] qui permet d'envisager prioritairement un retour à domicile.

Les personnes admises à l'UCDG présentent donc une situation clinique complexe réunissant une ou plusieurs problématiques pour lesquelles des diagnostics doivent être établis. Elles sont souvent fragilisées et polymédicamentées.

Sans répondre à tous ces critères, certains usagers peuvent toutefois présenter des conditions particulières requérant l'expertise gériatrique. Leur admission est laissée au jugement clinique du médecin ou du membre de l'équipe responsable de l'admission à l'UCDG. Par exemple :

- Les personnes âgées de 65 à 74 ans ayant un profil clinique similaire à celui décrit ci-dessus;
- Les usagers qui nécessitent des soins de réadaptation ou de convalescence et chez qui l'on détecte un syndrome gériatrique devant être préalablement évalué et géré.

Dans plusieurs milieux, on constate que des usagers qui ne nécessitent pas l'expertise et l'intensité de soins offerts à l'UCDG y occupent des lits. Cette situation contribue à retarder l'admission de personnes âgées fragilisées qui pourraient grandement bénéficier de l'expertise présente à l'UCDG et pour qui chaque délai supplémentaire compromet la réversibilité et la récupération fonctionnelles.

Ainsi, il convient de préciser que certains usagers ne **bénéficieront pas de l'admission** à l'UCDG et qu'ils devraient, par conséquent, être orientés vers le service approprié. Par exemple, ceux dont le **seul motif** d'admission est :

- La gestion d'un SCPD, dont la cause n'est pas associée à une condition de santé aiguë ou une condition instable devant être traitée à l'UCDG;
- Une décompensation d'un problème psychiatrique, d'une déficience intellectuelle ou d'un problème d'abus de substances déjà connus et sans syndrome gériatrique associé;
- Une condition de santé aiguë simple chez un résident de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou de maison des aînés (MDA);
- Le besoin de soins palliatifs et de fin de vie;
- Une attente pour l'hébergement de longue durée, une convalescence ou des soins postaigus.

Afin d'assurer le recours optimal à l'UCDG pour la clientèle qui le requiert, il importe de communiquer les critères d'admissibilité de l'UCDG à l'ensemble des partenaires intra et extrahospitaliers et de les respecter. La connaissance de ces critères permettra d'envisager différentes solutions pour orienter les usagers non admissibles vers les services les plus appropriés et répondre adéquatement à leurs besoins. Exceptionnellement, il pourrait être requis de faire preuve d'une certaine flexibilité sur l'admissibilité, afin de soutenir les efforts communs d'amélioration de la fluidité intrahospitalière.

4.3. Parcours de l'utilisateur et organisation des services

Lorsqu'il est établi qu'un usager est éligible pour bénéficier des services de l'UCDG, son parcours comportera trois grandes étapes : **l'admission; l'évaluation, l'intervention et la transition; l'orientation au congé**. Pour chacune de ces étapes, des éléments structurants incontournables doivent être mis en place afin d'optimiser le parcours. Les interventions réalisées doivent toutes avoir comme visée de permettre à l'utilisateur de regagner son autonomie fonctionnelle et son état de santé antérieur.

4.3.1 Admission

➤ Éviter les transitions sans valeur ajoutée pour l'utilisateur

Chaque milieu détermine le mode privilégié d'admission à l'UCDG en fonction notamment des ressources dont il dispose ou de différents paramètres liés à l'organisation de ses services. Toutefois, le mode d'admission doit permettre un parcours optimal pour l'utilisateur en tentant de limiter le plus possible les transferts entre les différents milieux de soins (intra ou interétablissements). Il est nécessaire de s'assurer d'éliminer toute transition sans valeur ajoutée pour l'utilisateur, sachant qu'elle peut avoir des effets délétères sur la santé des usagers déjà fragilisés.

À l'heure actuelle, selon les milieux, les usagers admis à l'UCDG viennent soit de l'urgence, soit d'une autre unité hospitalière (admission par transfert) et parfois directement de la communauté

(admission élective). Considérant que les admissions directes à l'UCDG sont associées à une durée de séjour moins élevée et à une probabilité plus faible de soins post-aigus au congé comparativement aux admissions à partir du service d'urgence [19], les admissions électives devraient être encouragées.

Néanmoins, sans égard au lieu de provenance des usagers, une attention particulière doit être portée afin d'admettre ceux qui sont les plus susceptibles de bénéficier de l'expertise gériatrique de l'équipe interdisciplinaire présente à l'UCDG, c'est-à-dire ceux qui correspondent au profil de l'utilisateur admissible (voir la section 4.2).

Des mécanismes doivent aussi être en place pour s'assurer que les usagers déjà hospitalisés d'une autre unité qui requièrent un transfert en UCDG puissent bénéficier des interventions spécialisées en gériatrie si l'admission n'est pas possible au moment de la demande. Par exemple, la mise à contribution d'une équipe ambulatoire intrahospitalière de consultation gériatrique ou celle d'une infirmière clinicienne en gériatrie ayant facilement accès au gériatre ou d'un suivi conjoint par le gériatre, font partie des options à considérer.

➤ Désigner le ou les intervenants responsables de l'admissibilité

Des intervenants possédant l'expertise et l'autorité nécessaires (ex. : gériatre, médecin traitant de l'UCDG, infirmière clinicienne dédiée ou infirmière dans une fonction d'assistante) doivent être spécifiquement désignés pour déterminer l'admissibilité d'un usager à l'UCDG. Ce rôle demande d'avoir une bonne capacité de priorisation dans un contexte de pression hospitalière. En effet, bien que des efforts doivent être mis sur la fluidité hospitalière et le désengorgement des services d'urgence, il faut également travailler à éviter un passage à l'urgence pour les usagers de la communauté nécessitant une hospitalisation à l'UCDG. Ainsi, le ou les intervenants responsables de l'admissibilité doivent être en mesure de bien prioriser les admissions par transferts et les admissions électives en fonction des besoins des usagers, mais également des besoins organisationnels.

➤ Établir un partenariat avec l'utilisateur et ses proches dès l'admission

Le partenariat entre l'utilisateur, ses proches, les acteurs du système de santé et des services sociaux et les partenaires communautaires, contribue notamment à ce que l'expérience vécue par l'utilisateur et ses proches respecte les attentes de l'utilisateur, ses besoins, son projet de vie et qu'elle favorise son autodétermination⁸. Pour établir un partenariat optimal, chacun doit faire preuve de transparence, reconnaître les savoirs respectifs et s'assurer que toutes les informations essentielles pour une prise de décision libre et éclairée sont transmises et bien comprises de part et d'autre. La présence des proches doit aussi être encouragée en tout temps durant le séjour.

⁸ Selon le Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux (MSSS, 2018), l'approche repose sur la relation entre les usagers, leurs proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux et mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, ainsi que sur la façon avec laquelle les divers partenaires travaillent ensemble.

Les intervenants de l'UCDG doivent :

- Expliquer à l'utilisateur et à ses proches leurs rôles respectifs au sein de l'équipe;
- Les tenir informés des résultats obtenus aux différentes évaluations et de l'efficacité du plan de traitement;
- Les informer sur le rôle attendu de leur part, soit que l'utilisateur et ses proches expriment leurs attentes et leurs besoins et qu'ils deviennent des partenaires actifs durant le séjour;
- Les éduquer et les encourager à participer à certaines activités de soins, en fonction de leur volonté et de leurs capacités, par exemple à l'alimentation, à la mobilité, à l'autoadministration des médicaments, aux auto-soins;
- Les informer des différents soins et de services offerts dans la communauté, le plus tôt possible afin de préparer le congé.

➤ Déterminer les objectifs de soins

Le processus de formulation des objectifs de soins implique une discussion sur une base volontaire entre l'utilisateur (ou son représentant légal) et l'équipe soignante. Dans l'avis de l'INESSS (2024) sur l'expression des volontés au regard des objectifs de soins de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire, il est mentionné que *« cet échange permet d'explorer les valeurs et le projet de vie de l'utilisateur, d'évaluer et de clarifier sa compréhension de son état de santé, de partager des informations sur le pronostic et d'examiner les soins cliniquement indiqués. »* Il sert également à *« orienter les interventions, autant de façon immédiate qu'en prévision de détériorations futures de l'état de santé de l'utilisateur, et à repérer les personnes ayant des besoins de soins palliatifs et de fin de vie. »* L'exercice permet aussi *« de développer ou de renforcer le lien de confiance, ainsi que d'améliorer l'expérience de l'utilisateur et de ses proches. [20] »*

En début de séjour à l'UCDG, il est important de vérifier si le processus de formulation des objectifs de soins a été réalisé et documenté avant l'admission (ex. : à l'urgence, par l'équipe du SAD, par le médecin de famille, etc.) et de déterminer s'il est requis de procéder à la discussion ou de la réviser, le cas échéant. Cet échange peut être repris à tout moment au cours du séjour, selon l'évolution de la situation de l'utilisateur. La documentation de la discussion et des décisions formulées permet à l'équipe de planifier les soins à prodiguer en prévision de détériorations futures de l'état de santé de l'utilisateur, en cohérence avec ses volontés.

➤ Planifier le congé dès l'admission

Les évaluations initiales effectuées en début de séjour à l'UCDG par les médecins, les infirmières ainsi que les professionnels de l'équipe interdisciplinaire permettent de déterminer précocement chez chacun des usagers les facteurs de risques de déclin fonctionnel, les facteurs de vulnérabilité et de protection, les enjeux potentiels au congé, les besoins de soins et de services ainsi que le profil d'autonomie requis pour un retour à domicile sécuritaire et durable. Cela permet d'amorcer

le suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC)⁹ dès l'admission à l'UCDG et d'établir un plan individualisé pour chaque usager, afin que le congé ait lieu aussitôt que les soins de courte durée ne sont plus requis, tout en veillant à la prestation de services adéquats par la suite [21]. L'application des principes du SSPPCC contribue à réduire la durée du séjour hospitalier et les réadmissions non planifiées, à éviter les niveaux de soins alternatifs (NSA), à favoriser l'orientation au bon endroit au congé, en plus d'augmenter la satisfaction des patients et des professionnels de la santé. Elle vise aussi à améliorer la coordination des services à la suite du départ de l'usager de l'hôpital [22].

BONNES PRATIQUES À L'ADMISSION

- Favoriser les admissions électives pour éviter un passage par le service d'urgence;
- Identifier les usagers qui requièrent l'offre de services de l'UCDG par des intervenants possédant l'expertise et l'autorité nécessaires (ex. : gériatre, médecin traitant de l'UCDG, infirmière clinicienne dédiée);
- Établir rapidement un partenariat avec l'usager et ses proches, les intervenants du soutien à domicile (SAD) et les partenaires de la communauté;
- Recueillir l'information pertinente antérieure à l'hospitalisation;
- Déterminer les objectifs de soins désirés par l'usager ou son représentant légal, en cas d'incapacité de l'usager;
- Commencer le SSPPCC dès l'admission, en partenariat avec l'usager et ses proches, l'équipe interdisciplinaire de l'UCDG, les intervenants du SAD et les partenaires de la communauté;
- Planifier les interventions et la surveillance clinique requises avec les services du SAD et les partenaires de la communauté pour assurer une transition harmonieuse et sécuritaire vers le domicile ou une autre ressource.

4.3.2 Évaluation et intervention

La complexité des besoins des personnes âgées admises à l'UCDG nécessite l'évaluation et l'intervention de plusieurs professionnels détenant des expertises différentes, mais hautement complémentaires. À l'UCDG, l'emphasis est mise sur l'évaluation gériatrique globale (EGG) [23] et les interventions interdisciplinaires. L'accès direct au plateau technique est requis pour procéder à l'évaluation de l'usager et accélère le processus diagnostique et la gestion des interventions et des traitements.

⁹ Référez au document *Balises opérationnelles – trajectoire fluidité : suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés* (SSPPCC) émis par le MSSS en décembre 2023.

Ainsi, la réadaptation ou la récupération qui s'effectue durant cette période diagnostique et de traitement vise principalement à restaurer et à maintenir l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur durant son séjour par des **objectifs à court terme**.

➤ Réaliser l'évaluation initiale

L'évaluation initiale consiste à recueillir dès l'admission toutes les données pertinentes concernant la situation de santé de l'utilisateur et de son écosystème, afin de dresser un portrait global de la situation unique vécue par la personne. Elle permet de détecter des facteurs de risques et des problèmes de santé, de préciser le degré de gravité ou l'urgence de la situation, d'établir les priorités et les conditions d'intervention, d'initier des interventions et d'assurer le suivi requis.

Afin d'obtenir un portrait des indicateurs de déclin fonctionnel des usagers, le cadre de référence de l'AAPA [7] propose les signes AINÉES, un outil développé tant pour l'évaluation initiale (détermination de facteurs de risque de déclin fonctionnel) que pour le suivi quotidien (surveillance).

L'acronyme AINÉES signifie :

A	Autonomie et mobilité
I	Intégrité de la peau
N	Nutrition/hydratation
É	Élimination
E	État cognitif et comportement
S	Sommeil

L'utilisation des signes AINÉES est un incontournable pour l'évaluation et le suivi des usagers à l'UCDG.

L'évaluation comparative des signes AINÉES habituels chez un usager avant son hospitalisation et chez ceux à l'admission permet de constater des écarts sur lesquels il est possible d'intervenir durant l'hospitalisation. La détérioration d'un de ces aspects en cours de séjour génère des « alertes AINÉES » indiquant des complications et un déclin fonctionnel amorcé. La détection précoce de ces complications en installation permet à l'équipe d'intervenir rapidement et d'en éviter la pleine constitution. C'est pourquoi la réévaluation quotidienne des signes AINÉES en cours de séjour est également de mise.

Les évaluations disciplinaires sont individualisées selon les besoins de chaque usager et doivent tenir compte des évaluations préalables réalisées dans le continuum, pour une mise à jour le cas échéant. Pour ce faire, des contacts doivent rapidement être établis, notamment avec l'équipe du SAD, afin d'obtenir les informations utiles concernant le profil clinique et psychosocial des usagers

et les évaluations pertinentes réalisées antérieurement à l'hospitalisation. Les proches sont également une source importante de riches informations, puisqu'ils connaissent bien l'histoire de vie de l'utilisateur et sa condition préalable à l'hospitalisation. Consulter les différentes sources d'information disponibles permet d'éviter des doublons et des réévaluations professionnelles non nécessaires qui risquent de prolonger le séjour.

Pour ce qui est des balises relatives au délai de réalisation, les évaluations initiales médicale et infirmière doivent être complétées dans les 24 premières heures suivant l'admission de l'utilisateur.

Les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire doivent commencer leurs évaluations respectives au moment opportun et généralement dans les 24 heures suivant la requête.

Si l'évaluation d'autres spécialistes ou professionnels que celle des membres de l'équipe de l'UCDG est requise, elle devrait également être réalisée de façon diligente, généralement dans les 24 à 48 heures suivant la requête, afin d'éviter le plus possible les délais.

➤ Procéder à l'évaluation gériatrique globale

L'évaluation gériatrique globale (ÉGG) est un **processus de diagnostic interdisciplinaire et multidimensionnel** utilisé pour détecter les problèmes médicaux (syndromes gériatriques), fonctionnels, psychologiques et sociaux d'une personne âgée fragilisée, ainsi qu'à répertorier ses ressources et à évaluer ses besoins, dans le but de planifier ou d'assurer des soins infirmiers, médicaux, psychosociaux et de réadaptation [23, 24].

Selon le manuel de référence *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* [25] et le *Précis pratique de gériatrie Arcand Hébert* [26], les éléments de l'ÉGG sont :

1. Évaluation physique et psychique
 - a. Histoire médicale incluant la médication et les habitudes de vie,
 - b. Examen physique,
 - c. Comorbidités, dont déficience visuelle, déficience auditive, malnutrition/perte de poids, incontinence urinaire, problème dentaire, trouble de l'équilibre et de la marche, chute, polymédication,
 - d. Évaluation cognitive,
 - e. Évaluation de l'état émotionnel;
2. Évaluation fonctionnelle
 - a. Évaluation du statut fonctionnel (AVD, AVQ);
3. Évaluation psychosociale
 - a. Évaluation des ressources familiales et sociales,
 - b. Évaluation des ressources matérielles,

- c. Évaluation des conditions environnementales,
- d. Spiritualité;
4. Directives médicales anticipées;
5. Mesures préventives du maintien de l'état de santé.

L'UCDG est l'un des secteurs d'activités privilégiés où se réalise l'ÉGG. Pour ce faire, chacun des professionnels réalise son évaluation disciplinaire qui touche différents éléments de l'ÉGG, puis partage ses constats en équipe interdisciplinaire, dans le but d'en arriver à une compréhension commune, multidimensionnelle et globale de la personne. Une fois l'ÉGG réalisée, une rencontre avec l'utilisateur et ses proches est requise dans le but de leur transmettre les résultats d'évaluation et de solliciter leur participation à l'élaboration du PII.

L'efficacité de l'ÉGG est largement démontrée dans la littérature. Une revue systématique d'essais randomisés ayant comparé l'évaluation gériatrique globale à des soins habituels dans un service général de médecine a permis de constater que l'accès à l'ÉGG pour les usagers âgés réduit le taux de mortalité et augmente les chances de vivre à domicile [26]. En outre, les usagers ayant eu accès à l'ÉGG seraient moins susceptibles de vivre en institution ou de connaître une détérioration de leur état et seraient plus susceptibles de connaître une amélioration de leur cognition [24].

BONNES PRATIQUES POUR L'ÉVALUATION

- Dès l'admission, il est requis de rechercher les informations et les résultats des évaluations antérieures pertinentes à la situation clinique auprès de la première ligne (médecin de famille, GMF, SAD, etc.), en vue d'assurer la continuité des soins et des services, aux bénéfices de l'utilisateur;
- Les évaluations initiales médicale et infirmière doivent être complétées dans les 24 premières heures suivant l'admission de l'utilisateur;
- Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire doivent commencer leur évaluation au moment opportun et généralement dans les 24 heures suivant la requête;
- Les évaluations disciplinaires sont réalisées en continu tout au long de l'épisode de soins. Elles permettent de déterminer les besoins de chaque usager et les risques de détérioration, et d'ajuster précocement les interventions. Elles doivent tenir compte des évaluations préalablement réalisées dans le continuum, pour une mise à jour le cas échéant;
- Si l'évaluation d'autres spécialistes ou professionnels que celle des membres de l'équipe de l'UCDG est requise, elle devrait également être réalisée de façon diligente, généralement dans les 24 à 48 heures suivant la requête, afin d'éviter le plus possible les délais.

➤ Déterminer un plan d'intervention

À la lumière des évaluations respectives des professionnels, chacun d'eux établit son plan d'intervention (PI) disciplinaire qui inclut les besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services à lui fournir, en fonction de son propre champ d'exercice. Les infirmières ont aussi la responsabilité de déterminer le plan thérapeutique infirmier (PTI) qui met en lumière les constats de leur évaluation ainsi que les directives infirmières qui permettent d'assurer le suivi clinique de l'utilisateur. Ces plans contribuent à garantir le suivi et la surveillance requise tout au long de l'épisode de soins et doivent être révisés en fonction des résultats obtenus et de l'évolution globale de l'utilisateur.

➤ Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire

Un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) doit être élaboré lorsque plusieurs intervenants fournissent des soins et services à l'utilisateur et que la **complexité de la situation de santé et psychosociale** de la personne **requiert la concertation** des professionnels impliqués [27] afin de travailler sur un ou des objectifs communs.

Il doit se faire en partenariat avec l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et ses proches et être ajusté en cours de traitement selon l'évolution de la condition de l'utilisateur. Les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'UCDG travaillent donc en concertation avec l'utilisateur et ses proches, afin d'élaborer et d'actualiser ensemble le PII, en tenant compte des différentes évaluations et des éléments de l'ÉGG.

Un PII complet comprend :

- Le projet de vie de l'utilisateur (ou ses attentes ou ses objectifs à court terme);
- Ses besoins et ses problèmes de santé ou psychosociaux;
- Les objectifs spécifiques et les modalités d'intervention convenus avec lui (interventions relevant à la fois des intervenants et de l'utilisateur et de ses proches);
- La répartition des tâches entre les membres de l'équipe, y compris l'utilisateur et ses proches.

Il est fortement recommandé d'impliquer l'intervenant du soutien à domicile (SAD) intrahospitalier ou l'intervenant pivot du SAD qui suit l'utilisateur dans l'élaboration et la révision du PII, pour un meilleur arrimage des soins et des services. Son implication, qu'elle soit en présentiel ou à distance, permet d'obtenir de l'information pertinente sur la situation habituelle de l'utilisateur, le cas échéant, et de déterminer les conditions et actions requises pour planifier un congé sécuritaire et convenable pour l'utilisateur et ses proches.

La rencontre interprofessionnelle est le moment par excellence pour mettre en commun les résultats des évaluations disciplinaires des professionnels de l'UCDG et les volontés de l'utilisateur, pour ensuite déterminer les objectifs communs et les interventions à insérer au PII. Tenue périodiquement, elle permet également de présenter l'évolution de la condition clinique de l'utilisateur et les résultats obtenus en lien avec les objectifs établis en équipe.

Le RUSHGQ a mené des travaux au sujet de la rencontre interprofessionnelle et du plan d'intervention interdisciplinaire dans les UCDG du Québec et a publié un rapport en 2019 [28] à cet effet. À l'issue de ces travaux, quatre recommandations ont été formulées :

1. Que chaque usager admis en UCDG bénéficie d'une rencontre interprofessionnelle qui mène à l'élaboration d'un PII. Des rencontres subséquentes sont planifiées selon les objectifs déterminés.
2. Que la rencontre interprofessionnelle soit structurée à l'aide d'un PII standardisé et idéalement informatisé. Le contenu du PII devrait être concis et couvrir les éléments de l'ÉGG.
3. Que chaque UCDG dispose d'une procédure écrite sur le fonctionnement de la rencontre interprofessionnelle et sur l'utilisation du PII. Ce document est présenté lors de l'accueil de tout nouveau professionnel, incluant les médecins.
4. Que le PII individualisé soit accessible et suivi sur tous les quarts de travail.

Tel que cité dans le rapport :

[...] Les travaux du RUSHGQ ont d'ailleurs permis de recenser 16 modèles de PII utilisés dans les UCDG de la province, dont 7 modèles informatisés. Selon les utilisateurs, ces derniers auraient permis de mieux structurer la rencontre interprofessionnelle et de réaliser des PII dans une réelle interdisciplinarité.

Des travaux demeurent nécessaires pour arriver à un PII optimal et harmonisé dans toutes les UCDG du Québec. Néanmoins, le MSSS accueille favorablement les recommandations émises dans ce rapport et certains des résultats présentés peuvent inspirer les milieux dans l'optimisation du fonctionnement des rencontres interprofessionnelles ainsi que l'utilisation et le contenu du PII.

BONNES PRATIQUES POUR L'INTERVENTION

- Chaque usager devrait faire l'objet d'une discussion interprofessionnelle minimalement une fois par semaine;
- Chaque UCDG s'assure d'avoir une procédure pour le fonctionnement de la rencontre interprofessionnelle et la rédaction du PII;
- La présence de l'usager et de ses proches lors de l'élaboration du PII est encouragée lorsque possible;
- Le PII doit inclure les considérations de l'usager et de ses proches qui tiennent compte de l'expression de leurs besoins et de leurs volontés. Cette discussion a lieu au moins une fois au cours du séjour ou lors d'une modification significative de l'état clinique de l'usager;
- Le PII doit couvrir les éléments de l'ÉGG et des évaluations disciplinaires;
- Chaque intervenant a la responsabilité de porter les volontés de l'usager à la rencontre interprofessionnelle, en plus de faire état de l'évolution de la condition clinique de l'usager et des résultats obtenus en lien avec les objectifs établis.

4.3.3 Suivi du séjour

Comme mentionné, la DMS dans les services de gériatrie hospitalière au Québec en 2022-2023 était de 25,1 jours. Puisqu'il s'agit d'un séjour relativement long, la réalisation d'activités reliées au SSPPCC pour chacun des usagers prend toute son importance, afin de prévenir ou de résoudre tout enjeu qui pourrait prolonger l'hospitalisation.

En concomitance avec le suivi de la réalisation du PII, l'équipe de l'UCDG doit converger vers un but commun en cohérence avec la date cible de congé prédéterminée ou une DMS attendue. Pour ce faire, elle doit travailler étroitement avec l'équipe du SSPPCC, notamment l'infirmière dans une fonction de gestion de cas, dont le rôle est de coordonner la gestion des requêtes cliniques et de mettre en commun l'ensemble des interventions en cours, afin d'assurer l'évolution de l'épisode de soins vers un congé. L'intervenant du soutien à domicile (SAD) intrahospitalier ou l'intervenant pivot du SAD doit également être impliqué. Pour faciliter ces arrimages et le partage d'informations pertinentes en lien avec les usagers, des rencontres de collaboration interdisciplinaire doivent être mises en place. Selon le degré de complexité de chaque situation, la rencontre pourra prendre la forme d'un caucus quotidien ou d'une rencontre interdisciplinaire.

Bien que tous les efforts soient mis pour favoriser le retour à domicile et éviter que les usagers basculent vers un NSA en cours de séjour hospitalier, il arrive que des personnes âgées occupent les lits d'UCDG, alors qu'elles ne le requièrent plus et qu'elles sont en attente d'un autre service. Ceci constitue une réponse sous-optimale à leurs besoins et nuit à une saine gestion des ressources du système de santé. Pour éviter ces situations, les principes du SSPPCC doivent être appliqués, notamment le suivi systématique quotidien et la pleine utilisation des options de remplacement à l'hospitalisation (ex. : intensification des services à domicile, soins postaigus, hôpitaux de jour, cliniques gériatriques, etc.) aussitôt que l'utilisateur n'a plus besoin des services hospitaliers.

BONNES PRATIQUES POUR LE SUIVI DE SÉJOUR

Dès l'admission, appliquer les principes du SSPPCC :

- Établir une date cible de congé;
- Assurer une réponse aux requêtes professionnelles au moment opportun;
- Participer au suivi systématique quotidien;
- Partager l'information pertinente en lien avec les usagers avec l'équipe SSPPCC et l'intervenant SAD intrahospitalier ou l'intervenant pivot SAD de l'utilisateur;
- Utiliser pleinement les alternatives à l'hospitalisation aussitôt que l'utilisateur ne requiert plus les services hospitaliers pour éviter les NSA.

4.3.4 Transition et orientation au congé

Le retour de l'utilisateur à son domicile ou l'orientation de l'utilisateur vers une autre ressource répondant mieux à ses besoins doit s'effectuer de manière fluide et sans rupture. Pour ce faire, l'équipe de l'UCDG doit convenir des besoins de chaque usager et les intervenants de la communauté sont

responsables de se positionner sur l'orientation au congé et d'organiser les soins et les services requis à la sortie du CH. À cette étape, la transmission de l'information et le soutien relationnel à l'utilisateur et à ses proches constituent les éléments cruciaux de la coordination et de la continuité des soins et des services.

➤ **Établir un processus de transmission et de partage de l'information**

Afin d'assurer un transfert d'information optimal, certaines pratiques doivent être mises en place, afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins lors du congé de l'utilisateur l'UCDG. La continuité informationnelle à l'UCDG est d'ailleurs associée à une diminution des visites à l'urgence, des réadmissions à l'hôpital et de la mortalité [14]. La continuité informationnelle doit respecter les règles associées au consentement de l'utilisateur et à celles de la confidentialité liée aux obligations légales du transfert d'information.

D'ailleurs, le transfert de l'information aux points de transition des soins est une pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada. Cette POR vise à améliorer l'efficacité et la coordination de la communication entre les personnes qui offrent des soins et des services à un usager donné, afin de les rendre les plus sécuritaires possibles. Pour ce faire, l'information pertinente aux soins offerts à l'utilisateur doit être précise, en fonction de la nature de la transition, et communiquée en temps opportun [29]. Des outils de consignation et des stratégies de communication doivent être utilisés pour standardiser le transfert d'information.

Ainsi, au congé de l'utilisateur, un résumé ou un sommaire d'hospitalisation, qui inclut notamment les interventions réalisées et les recommandations, doit obligatoirement être transmis à son médecin de famille. De la même manière, le bilan comparatif des médicaments (BCM) doit être remis à l'utilisateur et acheminé à sa pharmacie communautaire et aux prestataires de soins extrahospitaliers, si requis. Le BCM sert à rédiger les ordonnances de départ et dresse une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son départ.

L'implication d'une infirmière dans une fonction de gestion de cas et la disponibilité en présentiel ou à distance d'un intervenant SAD intrahospitalier ou de l'intervenant pivot SAD attribué à l'utilisateur sont facilitantes pour assurer la fluidité des communications et le partage d'informations bidirectionnel entre le milieu hospitalier et les ressources externes. La mise en place de canaux de communication fonctionnels, d'outils de communication avec la première ligne (ex. : DSIE), de modalités de suivi (ex. : relance téléphonique après le départ) ainsi que l'accès à divers systèmes d'information et bases de données (ex. : RSIPA, I-CLSC, DSQ, etc.) permet d'optimiser la continuité des soins et facilite la gestion des risques à la sortie, en plus de prévenir les réadmissions.

➤ **Accompagner l'utilisateur et ses proches**

Les usagers et leurs proches ont besoin d'information pour se préparer aux transitions et améliorer le processus de départ. Il importe de s'assurer de la bonne compréhension quant aux médicaments prescrits, aux services disponibles ou à venir (SAD, soutien psychosocial, répit, prescription d'exercices physiques, transport adapté, etc.), à la reprise des activités, aux signes et symptômes

de la détérioration de l'état de santé à surveiller. Il importe également de leur transmettre les coordonnées des intervenants à rejoindre et d'informer sur la procédure à suivre pour avoir accès à un médecin pour ceux qui n'en ont pas.

Pour faciliter la transmission d'informations, il est recommandé de remettre des documents écrits, en plus d'un échange verbal, en considérant le niveau de littératie de chacun. Il importe également de tenir compte des obstacles potentiels à la communication, tels que les problèmes auditifs ou cognitifs, ainsi que les connaissances de base de l'utilisateur et de ses proches [21].

BONNES PRATIQUES POUR LA TRANSITION ET L'ORIENTATION AU CONGÉ

- Une trajectoire de collaboration avec les partenaires de la communauté (ex. : médecin de famille, pharmacien communautaire, SAD, etc.) est établie, promue et appliquée afin de faciliter l'accès aux évaluations antérieures de l'utilisateur, s'il y a lieu, et la transmission des résultats des évaluations et des interventions réalisées à l'UCDG;
- Un outil (ex. : résumé ou sommaire d'hospitalisation) de transmission de l'information avec le médecin de famille, l'équipe du SAD et les autres ressources de la communauté si requis est déterminé;
- La transmission de l'information pertinente devrait se faire avant le congé lorsque des soins et des services sont requis dans les 24 h (ex. : soins et services du SAD, préparation des médicaments par la pharmacie) et dans un délai maximal de 24 à 48 h après le congé pour l'information qui ne requiert pas une attention rapide;
- Les usagers et leurs proches sont informés et reçoivent un enseignement continu, afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées et gérer de façon le plus autonome possible leurs propres soins à la sortie.

4.4. Équipe interdisciplinaire

Les professionnels dédiés à l'UCDG ont des rôles complémentaires dans l'évaluation et la détermination du plan d'intervention interdisciplinaire des usagers admis à l'UCDG qui présentent des problématiques complexes, le tout dans le but de stabiliser leur condition de santé, de préserver leur autonomie fonctionnelle ou de les aider à retrouver leur niveau d'autonomie antérieure. Ils conjuguent leurs différentes disciplines et développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins des usagers, de leurs proches et de la communauté [30].

Les membres de l'équipe interdisciplinaire travaillant à l'UCDG ont pour mandat :

- D'évaluer l'utilisateur et de contribuer à l'ÉGG;
- De participer à la planification du congé dès l'admission;
- De déterminer un plan d'intervention (PI) propre à leur discipline et un plan thérapeutique infirmier (PTI) dans le cas des infirmières;

- De convenir d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII), en partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
- De mettre en place des soins et des services requis par la condition de santé de l'utilisateur ainsi que la surveillance clinique associée;
- D'amorcer le traitement requis par l'utilisateur en fonction du PII;
- D'assurer la continuité des soins et des services avec les partenaires concernés lors de la transition de l'utilisateur vers le domicile ou vers une autre ressource.

À l'UCDG, il importe de retrouver une équipe interdisciplinaire dont les membres sont en **nombre suffisant** pour pouvoir répondre adéquatement à sa mission et aux besoins spécifiques et complexes des usagers.

En 2013, un rapport du RUSHGQ sur les ressources humaines requises en UCDG [31] relatait ceci :

Les responsables des UCDG constatent un alourdissement de la clientèle qui requiert des soins complexes et une surveillance accrue. Ceci est en lien avec une prévalence plus élevée de maladies neurodégénératives qui s'accompagnent de troubles psychocomportementaux, et de polyopathologies nécessitant des ajustements plus fréquents des thérapies et des soins d'assistance accrues pour le maintien de l'autonomie.

Ce constat étant toujours d'actualité, la répartition des effectifs¹⁰ doit tenir compte du niveau de complexité des soins et des services à prodiguer à la clientèle, du temps requis pour effectuer les soins de bases, de l'investigation diagnostique, des rencontres interdisciplinaires, ainsi que de la configuration des lieux physiques.

L'équipe de base de l'UCDG doit être composée minimalement, mais non exclusivement, des intervenants suivants :

- | | |
|---|------------------------------|
| • Médecin traitant; | • Infirmière auxiliaire; |
| • Chef d'unité de soins; | • Préposé aux bénéficiaires; |
| • Infirmière dans une fonction d'assistante; | • Pharmacien; |
| • Infirmière dans une fonction de gestion de cas; | • Physiothérapeute; |
| • Infirmière clinicienne; | • Ergothérapeute; |
| • Infirmière; | • Diététiste-nutritionniste; |
| | • Travailleur social. |

¹⁰ Le RUSHGQ (2013) propose des recommandations de ratios d'effectifs appropriés en UCDG dans son rapport *Enquête auprès des responsables des UCDG sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction*, p. 22.

Si certains de ces intervenants autres que l'équipe de soins infirmiers ne peuvent faire partie de l'équipe régulière de base, un processus doit être mis en place pour faciliter le recours à ces ressources au moment opportun, en fonction des besoins des usagers. Il en est de même pour les autres professionnels qui s'ajouteront au besoin à l'équipe de base (ex. : neuropsychologue, orthophoniste, etc.).

Par ailleurs, la présence de personnel de soutien opérationnel en quantité suffisante selon les besoins de l'unité doit également être assurée, afin d'optimiser l'utilisation des ressources responsables des soins et des services directs aux usagers.

4.4.1 Les connaissances et compétences requises pour travailler à l'UCDG

Pour travailler à l'UCDG, les professionnels, quel que soit leur champ d'exercice, doivent :

- Posséder de solides **connaissances et des compétences spécialisées en soins aux personnes âgées**, du fait de leur formation ou de leur expérience clinique;
- Avoir une compréhension approfondie des problèmes de santé spécifiques et des besoins particuliers des personnes âgées;
- Avoir des connaissances approfondies sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux liés au processus de vieillissement.

Voici un aperçu non exhaustif des différentes thématiques visées :

- Fragilité;
- Perte d'autonomie fonctionnelle;
- Troubles de la marche et de l'équilibre, chute;
- Plaies de pression;
- Incontinence urinaire et fécale;
- Dénutrition, déshydratation, dysphagie;
- Délirium;
- Trouble neurocognitif majeur;
- SCPD;
- Dépression, anxiété;
- Polymédication, médication non appropriée;
- Trouble du sommeil;
- Douleur chronique;
- Déficit sensoriel.

5 COMPÉTENCES CLÉS POUR TRAVAILLER À L'UCDG

- Connaissance approfondie de la santé des personnes âgées, notamment le vieillissement normal et le vieillissement pathologique;
- Communication efficace avec les usagers âgés et leurs proches;
- Évaluation globale et prise en charge holistique des usagers âgés;
- Confort avec la gestion des situations complexes chez les personnes âgées;
- Utilisation judicieuse de l'ensemble des ressources du réseau de soins gériatriques.

4.5. Environnement physique et équipements

L'aménagement physique de l'UCDG doit tenir compte des limitations et incapacités fréquemment rencontrées chez les personnes âgées qui y séjournent. Il doit être sécuritaire et conçu pour assurer la préservation ou la récupération optimale de l'autonomie fonctionnelle des personnes admises. Le fait d'adapter l'environnement physique et de fournir des équipements appropriés permet de :

- Promouvoir l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans un milieu de soins sécuritaire et stimulant, tout en préservant leur dignité;
- Compenser les difficultés ou incapacités sensorielles, cognitives, motrices et affectives de la personne âgée;
- Favoriser le maintien des fonctions cognitives.

Les interventions, les stratégies et les normes concernant un **aménagement physique adapté** aux personnes âgées stipulées dans le cadre de référence de l'AAPA¹¹ doivent être appliquées à l'UCDG.

Des laboratoires d'évaluation fonctionnelle reproduisant les pièces d'un domicile, telles une cuisinette et une salle de bain du type résidentiel, devraient être aménagés à même l'unité ou à proximité de l'unité ou être facilement accessibles. Ceci permettrait le dépistage d'incapacités qui pourraient être approfondies à l'externe par la suite.

Les installations du service de réadaptation devraient également se trouver à proximité de l'UCDG. Les professionnels de réadaptation travaillant à l'UCDG doivent aussi être présents sur l'unité ou à proximité pour favoriser l'intégration et la généralisation des apprentissages à l'UCDG avec une potentialisation en interdisciplinarité.

Des données recensées dans la littérature nous indiquent que les facteurs environnementaux se répercutent sur le bien-être des usagers, favorisant notamment le maintien de l'autonomie, le sommeil, l'apport nutritionnel et la réduction des comportements perturbateurs [30]. Par exemple, l'accès à des espaces sécuritaires pour déambuler facilite la marche et les déplacements et permet de préserver et d'optimiser l'autonomie fonctionnelle des usagers, ce qui est directement lié à la mission de l'UCDG. De plus, l'aménagement d'espaces communs, comme une salle de séjour doté d'un décor apaisant avec la présence de repères spatiaux et temporels ainsi qu'un environnement qui évite la surstimulation (bruits, lumière intense) ou la sous-stimulation, peut contribuer à diminuer l'errance et les manifestations que sont à même de présenter les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM), comme certains SCPD. Une cuisinette constitue un aménagement qui favorise la marche, les déplacements et différentes activités permettant de maintenir ou de recouvrer l'autonomie fonctionnelle. Il est intéressant d'y

¹¹ Voir le tableau à l'annexe D du *Cadre de référence de l'AAPA*, p.124 à 131.

retrouver un micro-ondes et un lavabo que les usagers peuvent utiliser. Une salle permettant les stratégies occupationnelles est également souhaitable.

L'unité doit être sécurisée pour les usagers vivant avec un TNCM, notamment ceux qui présentent un comportement d'errance. Il est préférable que les moyens d'assurer leur sécurité soient discrets, afin de ne pas brimer la liberté des autres usagers.

Par exemple, il est pertinent d'utiliser un système de bracelets anti-fugue pour les usagers qui le requièrent, au lieu de verrouiller automatiquement les portes de l'unité. Des stratégies de camouflage des ascenseurs peuvent aussi aider à sécuriser les lieux en les rendant moins visibles.

L'aménagement de l'UCDG devrait également inclure un espace pour accueillir en tout temps les proches des usagers hospitalisés. Leur présence constitue une valeur ajoutée pour l'équipe et leur accompagnement contribue à diminuer le stress et l'anxiété que peut vivre l'utilisateur durant son hospitalisation.

L'adaptation de l'environnement et l'achat d'équipements ou de matériel doivent se faire dans le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections. Lors d'applications de mesures d'isolement en contexte d'éclosion, il importe de bien évaluer la situation afin de trouver un équilibre entre la protection des usagers pour limiter la propagation et l'ajustement de l'environnement et des pratiques pour diminuer les SCPD et prévenir le déconditionnement des usagers.

5. GOUVERNANCE DES UCDG

Une saine gouvernance permet de bien positionner un service au sein du continuum de soins et de services aux personnes âgées. Cette section présente les principes qui orientent la gouvernance des UCDG et la gestion optimale de ce service de soins aigus spécialisés.

5.1 Principes qui orientent la gouvernance

Bien que les modèles d'organisation des UCDG diffèrent, certains principes orientent la gouvernance des UCDG :

- Dans les établissements publics territoriaux (anciennement les CISSS et les CIUSSS), les orientations des UCDG ainsi que leur suivi sont de la compétence des directions du programme-services SAPA, qui ont la responsabilité de l'intégration des soins et des services offerts aux personnes âgées au sein du RSSS.
- Dans les établissements publics autre que territoriaux (anciennement les établissements non fusionnés), les soins et services aux personnes âgées sont gérés par d'autres directions qui doivent assurer le déploiement des orientations émises et des meilleures pratiques gériatriques au sein de leur établissement. Néanmoins, des collaborations étroites doivent

être établies avec la direction du programme-services SAPA de l'établissement public territorial de leur territoire, afin d'assurer une cohérence d'actions pour la population âgée qui transige dans les différents établissements.

- Selon les différents modèles d'organisation, des collaborations étroites et des mécanismes de coordination doivent être en place entre les différentes directions, notamment celles du programme-services SAPA, du programme-services santé physique, des soins infirmiers (DSI), des services multidisciplinaires (DSM), des services sociaux (DSS) et médicale (DM), afin d'optimiser l'épisode hospitalier, de diminuer les DMS et de faciliter les retours à domicile les plus complexes.
- Au sein de chacun des établissements, une cogestion étroite doit être établie entre la direction responsable de l'UCDG et le chef de département ou le chef de service médical qui a l'UCDG sous sa gouverne. Au niveau local, il doit également y avoir une cogestion entre le gestionnaire de l'UCDG et le médecin responsable de l'UCDG.
- Le médecin responsable de l'UCDG doit développer des liens étroits avec les services médicaux de proximité dans la communauté et les services intrahospitaliers, afin que l'UCDG joue pleinement de sa mission et qu'on y admette la clientèle qui requiert les soins et services spécialisés qui y sont offerts.

5.2 Cogestion clinico-administrative

La cogestion clinico-administrative désigne un mode de gestion où les responsabilités sont partagées entre les corps médical et administratif. Son objectif est la mise à contribution des expertises cliniques et administratives en vue de prendre des décisions stratégiques éclairées et orientées vers les patients. Ce modèle de gestion devrait être appliqué dans toutes les UCDG du Québec, puisqu'il s'agit d'un moyen d'atteindre les objectifs de qualité et d'accessibilité des soins pour le patient, de gestion de proximité et d'optimisation des ressources.

Pour actualiser ce mode de gestion, le gestionnaire de l'UCDG et le médecin responsable de l'UCDG, en collaboration avec différentes directions (ex. : DSI, DSM, DSS, DM, etc.) réalisent ensemble différentes activités pour assurer une saine gestion du service, en fonction de leur expertise respective. Pour ce faire, il s'agit de bien délimiter l'étendue de la zone commune de responsabilités qui constitue la zone de cogestion et de coresponsabilité. Voici certaines responsabilités qui méritent d'être considérées en cogestion :

- La planification, la coordination et le contrôle des programmes et des activités ayant trait aux soins infirmiers et aux professionnels, afin d'assurer aux usagers de l'unité des soins et des services de qualité optimale en fonction de leurs besoins;
- La planification et la coordination en cogestion médico-clinico-administrative des activités interdisciplinaires et de soutien dans le but d'optimiser l'accessibilité et la continuité des soins et des services, selon les besoins spécifiques des clientèles;
- Le suivi de la gestion des risques, les suivis de qualité et des indicateurs de résultats et le respect des normes d'agrément;

- L'adaptation de l'environnement de l'unité pour répondre aux besoins des usagers et de leurs proches, pour assurer la prestation sécuritaire des soins et des services et pour assurer le bien-être des employés;
- La planification des effectifs et le développement des compétences de membres de l'équipe pour qu'ils détiennent ou acquièrent des compétences spécifiques en gériatrie, avec une offre de formation continue en gériatrie, et qu'ils assurent des pratiques exemplaires en ce qui concerne l'AAPA;
- L'offre d'un plan d'intégration et de formations spécifiques lors de l'arrivée de tout nouveau personnel dans l'équipe soignante et dans l'équipe interdisciplinaire;
- La coordination de la présence de stagiaires dans l'unité;
- La collaboration avec les prestataires de soins et de services en externe.

6. ACCESSIBILITÉ AUX SOINS, AUX SERVICES ET À L'EXPERTISE DE L'UCDG

Bien que la croissance démographique de la population âgée augmente considérablement les besoins en services de type UCDG au Québec, on constate une diminution du nombre d'UCDG au Québec. En effet, selon les données recensées par le RUSHGQ [32], le nombre d'UCDG est passé de 61 en 2015 à 55 en 2023.

Alors que la pertinence des UCDG est généralement reconnue en centres urbains où le bassin de clientèle est suffisant, cela semble être moins le cas dans les régions éloignées ou dans les localités plus rurales, en périphérie des grands centres, où la faible densité de population rend moins viable cliniquement et économiquement le fonctionnement d'une UCDG. Pourtant, ce sont dans ces milieux que se vit le vieillissement démographique le plus accéléré et où la défavorisation sociale et matérielle crée les plus grandes inégalités de santé.

On constate aussi que dans certains territoires, il s'avère difficile de mettre en place une UCDG (lits regroupés) ou d'y retrouver une équipe interdisciplinaire spécialisée de base, en raison notamment des ressources humaines disponibles, de l'organisation des services en place ou des lits disponibles au sein des différentes installations.

Malgré ces limites, les personnes âgées qui nécessitent l'expertise que l'on retrouve en UCDG doivent pouvoir obtenir les soins et services dont ils ont besoin, et ce, peu importe leur situation géographique ou le contexte organisationnel de l'établissement qui leur assure les soins et services.

Dans le but de garantir l'accessibilité, l'équité et la qualité des soins et des services spécialisés offerts à l'UCDG, cinq éléments sont incontournables :

1. Une vigie provinciale;
2. Une flexibilité dans la structure organisationnelle;
3. Une hiérarchisation des services;
4. Des trajectoires et des corridors de services bien établis;
5. Des modalités de consultation innovantes.

6.1 Vigie provinciale

Selon la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, le MSSS a pour responsabilités de déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être, de donner des directives relatives à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau. Il est également responsable de demander une reddition de comptes à Santé Québec, puis d'apprécier la performance du RSSS et d'évaluer les résultats.

Pour sa part, Santé Québec a pour mission d'offrir les services de santé et les services sociaux par l'entremise des établissements ainsi que de réguler et de coordonner l'ensemble des activités du RSSS pour en assurer la performance et la satisfaction des usagers. Il a aussi comme responsabilités l'application des orientations ministérielles et la mise à disposition des ressources nécessaires pour y arriver.

Afin d'assurer une vigie optimale et une équité interrégionale dans les services d'UCDG de la province, Santé Québec se doit d'avoir un portrait de la situation globale des UCDG au sein du continuum de soins et de services aux personnes âgées. Il lui revient également la responsabilité d'analyser toutes demandes relatives à l'ajout ou au retrait de lits d'UCDG dans les différents établissements du Québec ou de modifications dans les modalités de l'offre de services, puis de prendre position en fonction des orientations ministérielles et des besoins des personnes âgées dans les différents territoires du Québec.

Les rôles et les responsabilités spécifiques du MSSS et de Santé Québec dans le cadre de ces orientations sont spécifiés à l'annexe 2.

6.2 Flexibilité dans la structure organisationnelle

Les établissements de santé et de services sociaux sont responsables d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes. Pour ce faire, ils déterminent leur propre organisation de services en fonction des orientations ministérielles, des besoins de la population qu'ils servent et des ressources professionnelles, matérielles et financières qu'ils ont à leur disposition.

Les UCDG peuvent différer dans leurs structures organisationnelles, mais elles se doivent d’être constituées de façon à **respecter leur mission première** et à répondre aux besoins des usagers présentant les caractéristiques détaillées dans les présentes orientations.

Ainsi, qu’elles prennent la forme d’unités fermées de 15 à 30 lits ou plus, ou bien qu’elles soient constituées de quelques lits au sein d’une unité avec une vocation compatible (ex. : une unité de médecine générale), les modalités et les bonnes pratiques à mettre en place doivent s’y déployer.

Comme les UCDG sont des unités de soins aigus gériatriques et que le recours au plateau technique hospitalier est habituellement nécessaire pour préciser, entre autres, les diagnostics, elles devraient se retrouver au sein d’un CH, tout comme les autres unités spécialisées (ex. : cardiologie, pneumologie, neurologie, etc.). Cependant, certains établissements ont modulé leur organisation de services et ont opté pour le déplacement de leur UCDG à l’extérieur du CH. Ce modèle est à l’image des Instituts universitaires de gériatrie de Montréal et de Sherbrooke, qui intègrent les UCDG au sein d’installations où différentes missions ou différents types de services sont regroupés.

Pour qu’un tel modèle extrahospitalier respecte la mission de l’UCDG et assure la réponse attendue aux usagers qui s’y retrouvent, des arrimages très étroits avec le CH sont nécessaires. En effet, des corridors de services doivent être mis en place pour assurer l’accès au plateau technique hospitalier au moment opportun ainsi que la sécurité des usagers en cas d’instabilité clinique. À ce jour, le modèle d’organisation de services extrahospitaliers ou de « pôle gériatrique » n’a pas été évalué et aucune balise spécifique n’a été établie.

6.3 Hiérarchisation des services

Afin de s’assurer que les usagers reçoivent des soins et des services de même niveau d’expertise, peu importe où ils se retrouvent en province, les médecins qui travaillent dans des UCDG à vocation locale ou de proximité, souvent des médecins de famille, doivent pouvoir facilement consulter un collègue détenant une certification additionnelle en soins à la personne âgée ou un gériatre en cas de besoin. Pour ce faire, les UCDG ayant une mission suprarégionale ou universitaire sont encouragées à nommer un **médecin de référence** qui peut assumer un rôle de soutien auprès des collègues d’autres UCDG. Ce médecin de référence peut également occuper la fonction de « gériatre répondant », comme stipulé dans le projet du MSSS (voir la section 6.4).

Il en va de même pour les équipes de soins infirmiers et les autres professionnels de l’équipe interdisciplinaires, localisés dans des installations à vocation locale ou de proximité. Les UCDG ayant une mission suprarégionale ou universitaire sont encouragées à nommer des **intervenants de référence** qui peuvent assumer un rôle de soutien auprès de leurs collègues d’autres UCDG.

La hiérarchisation des UCDG selon les lieux de dispensation des soins et des services est présentée à la figure 3.



Figure 3. Hiérarchisation des UCDG selon les lieux de dispensation des soins et des services

6.4 Trajectoires et corridors des services bien établis

En vue de faciliter l'accès aux soins et aux services offerts à l'UCDG, des corridors de services permanents doivent être établis et respectés tant pour l'admission à l'UCDG que pour le congé. Dans la section qui concerne l'admission, il a notamment été question d'encourager les admissions électives pour éviter aux personnes âgées de transiger par le service d'urgence, lorsque le besoin d'hospitalisation en UCDG est sans équivoque.

Le projet de « gériatre répondant » en développement au Québec devient une avenue à envisager pour collaborer au processus d'admissions électives. En effet, le « gériatre répondant » qui recevra des demandes de consultations de la part de médecins omnipraticiens, d'infirmières praticiennes spécialisées, de collègues travaillant au sein de cliniques offrant des services aux personnes âgées, des équipes de soins et de services de proximité (première ligne), du SAD et des milieux d'hébergement, et qui jugera nécessaire une hospitalisation à l'UCDG pourra effectuer les arrimages nécessaires pour faciliter l'admission élective des usagers qui le requièrent. L'offre de services de « gériatre répondant » n'empêchera pas les communications directes entre les médecins travaillant dans la communauté et ceux travaillant à l'UCDG pour l'analyse de potentielles admissions électives, mais elle facilitera l'accès à des soins spécialisés en gériatrie et la gestion de certaines situations aiguës directement dans la communauté, sans avoir nécessairement recours au milieu hospitalier, et permettra de mieux réguler l'utilisation de l'UCDG.

Des trajectoires doivent également être établies pour faciliter le congé de l'UCDG, que ce soit au sein même d'un établissement ou entre établissements de santé et des services sociaux. Pensons notamment aux liens à établir avec le SAD, l'UTRF, les soins postaigus, etc.

Enfin, pour assurer une utilisation efficiente des lits de l'UCDG, la mission de chacun des services du continuum de soins et de services aux aînés d'un territoire donné ainsi que les trajectoires pour y accéder doivent être bien connues de tous, tant par les acteurs de la première ligne dans la communauté que par les prestataires de services gériatriques spécialisés eux-mêmes, afin de travailler ensemble :

- En amont des services hospitaliers, pour éviter le recours à l'hospitalisation;
- Pendant le séjour hospitalier, pour orienter l'utilisateur vers le bon service intrahospitalier et dans la communauté au congé de l'hôpital;
- En aval des services hospitaliers, pour favoriser un maintien à domicile sécuritaire et durable.

6.5 Modalités de consultation innovantes

Avec une proportion croissante de personnes âgées et la réalité géographique du Québec, la télésanté représente une solution innovante pour faciliter l'accès aux soins et aux services de type UCDG. Cette modalité peut être utilisée par les équipes des installations à vocation locale ou de proximité et en région éloignée pour leur permettre de communiquer plus facilement avec les équipes situées dans des installations à mission suprarégionale ou universitaire, afin d'obtenir du soutien et des conseils.

La téléconsultation s'avère également une option intéressante pour les usagers qui consultent au sein d'un établissement où il n'y a pas de gériatre disponible, afin d'y avoir facilement recours si requis.

7. CONDITIONS POUR UN FONCTIONNEMENT OPTIMAL DES UCDG

Pour que ces orientations puissent s'actualiser partout au Québec, les membres du comité d'experts émettent les recommandations suivantes concernant des éléments clés qui devraient être mis en place ou considérés :

- ✓ Une AAPA déployée et rigoureusement appliquée partout dans le CH, notamment les interventions des deux premiers paliers, c'est-à-dire les interventions préventives systématiques et les interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce.

- ✓ La diffusion et le respect des critères d'admission à l'UCDG.
- ✓ Une définition claire et consensuelle des autres offres de services au sein du continuum de soins et de services à la personne âgée, comme les équipes mobiles intrahospitalières de consultation gériatrique, les soins postaigus, etc.
- ✓ Des actions pour recourir aux différentes options de remplacement à l'urgence et à l'hospitalisation lorsqu'il y a possibilité de soins extrahospitaliers.
- ✓ La mise en place de moyens de communication fluides et efficaces permettant le partage bilatéral d'informations pertinentes en temps opportun pour améliorer la continuité des soins entre les ressources de la communauté et l'UCDG, et ce, tant en amont qu'en aval de l'UCDG.
- ✓ Un programme d'intégration spécifique à l'UCDG pour le nouveau personnel et la mise en place de mesure de soutien et de mentorat clinique.
- ✓ Une offre de formation continue en soins à la personne âgée, notamment les formations du MSSS sur l'AAPA pour différents publics cibles, mais également d'autres formations en soins aux aînés disponibles sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.
- ✓ L'actualisation d'une gouvernance telle que précisée dans ces orientations ministérielles.
- ✓ Un soutien à l'implantation des orientations ministérielles pour les UCDG par Santé Québec, incluant un plan de communication pour les directions concernées (directions programmes-services, directions cliniques et directions de soutien) et les intervenants de l'ensemble des établissements.

8. INDICATEURS

Chaque UCDG devra suivre des indicateurs leur permettant de mesurer le respect des attentes précisées dans les présentes orientations. Le suivi de données est essentiel non seulement pour améliorer la performance du service, mais également pour engager chacune des parties prenantes dans l'atteinte des objectifs. Leur suivi périodique permettra d'actualiser un processus d'amélioration continue des soins et des services offerts dans ces unités, en plus de brosser un portrait global de la situation des UCDG au Québec. Pour ce faire, quatre catégories d'indicateurs sont privilégiées. Le tableau qui suit présente ces catégories ainsi que la fréquence de mesure proposée.

Tableau 1. Indicateurs à suivre à l'UCDG et fréquence proposée

Catégories d'indicateurs	Par période ou mensuellement	Annuellement
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'admissions* • Provenance à l'admission* • Âge moyen des patients* • Milieu de vie à l'admission des patients* • Motif de référence ou raison d'admission* • Délai d'admission (nombre de jours entre l'admission à l'hôpital et l'admission en UCDG) 	
Processus	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des ressources (lourdeur de la clientèle)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente pour les professionnels • Prestation de services par les professionnels (heures/semaine/type de professionnel) • Ratios de ressources professionnelles par lit
Résultat	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation au congé* • Taux de retour dans le milieu de vie d'origine • Comparaison du statut fonctionnel (AVQ et AVD) à l'admission et au congé • Taux de plaie de pression • Taux d'accident et d'incident (médication, chute, etc.) • Taux d'utilisation de contention physique et chimique • Taux d'utilisation des soins de surveillance continue 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de délirium • Taux de mortalité • Taux de réadmission non planifiée à l'hôpital en dedans de 30 et 90 jours* • Satisfaction des patients et des proches aidants*
Fluidité	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation* • Équivalent – lits occupés en NSA* • Durée moyenne de séjour totale (en jours)* • Durée moyenne de séjour à l'UCDG (en jours)* • Jours-présence 	

* Indicateurs faciles à mesurer et qui permettent le suivi de l'application des orientations.

CONCLUSION

À la lumière des projections démographiques et des données relatives à l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées au Québec, la nécessité de continuer les efforts communs pour améliorer le continuum de soins et de services offerts aux aînés est plus que nécessaire. L'avancement en âge vient avec un risque accru de vivre avec des maladies chroniques, des limitations fonctionnelles et des incapacités et de présenter un ou plusieurs syndromes gériatriques et par le fait même, une utilisation plus importante des services de santé et de services sociaux au Québec et un besoin accru de soins et de services gériatriques spécialisés.

Les présentes orientations visent à encadrer l'organisation des soins et des services en UCDG et à en assurer une utilisation efficiente. Elles offrent des balises claires et harmonisées pour assurer leur mise en œuvre par Santé Québec et les établissements de santé et de services sociaux. Elles réitèrent l'importance de la mission de l'UCDG tout en tenant compte des différentes réalités organisationnelles et territoriales. Elles sont également en cohérence avec les différents chantiers ministériels visant l'amélioration des soins et des services aux personnes âgées.

En complémentarité avec les autres services gériatriques spécialisés, l'UCDG doit également contribuer à améliorer la santé de la population âgée. Elle offre une expérience de soins et de services empreinte de rigueur et d'expertise pour les personnes âgées présentant un profil de besoins complexes et une instabilité de leur état de santé. La présence de l'équipe interdisciplinaire à l'UCDG permet de conjuguer les savoir-faire afin de mettre en œuvre les meilleures interventions pour restaurer et préserver de manière optimale l'autonomie des personnes qui bénéficient des services de l'unité.

Avec une écoute attentive aux préoccupations des personnes proches aidantes dans l'adaptation à la condition de la personne âgée et l'ensemble des acteurs intra et extrahospitaliers agissant comme partenaires en amont ou en aval de l'hospitalisation à l'UCDG, nous espérons que ces orientations seront utilisées comme outil d'amélioration continue des soins et des services offerts aux personnes âgées hospitalisées.

GLOSSAIRE

Discussion interprofessionnelle

Échange de propos entre deux ou plusieurs professionnels de différentes disciplines pour échanger de l'information ou examiner une question à propos d'un usager.

Plan d'intervention

Outil utilisé par le professionnel qui permet de colliger les besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services à lui fournir. Il est réalisé avec la participation active de l'utilisateur et de ses proches et avec un seul intervenant.

Plan d'intervention interdisciplinaire

Outil de coordination de services qui réfère aux interventions planifiées de façon concertée par les membres de l'équipe interdisciplinaire, en collaboration avec l'utilisateur et ses proches, en vue de répondre aux besoins de l'utilisateur au cours d'un épisode de soins. Il est élaboré à partir d'une évaluation interdisciplinaire où sont pris en compte les plans d'intervention de chaque intervenant. Il vise à déceler les problèmes ou besoins prioritaires de l'utilisateur et de ses proches, à déterminer les objectifs communs poursuivis ainsi que les moyens ou interventions à mettre en place pour les atteindre, le tout en concordance avec le projet de vie et volonté de l'utilisateur.

Potentiel de récupération

Capacité d'un usager à faire des gains fonctionnels en fonction de sa condition médicale, de ses capacités physiques et cognitives, de ses attentes et de son niveau de motivation et de coopération.¹²

Rencontre interprofessionnelle (ou rencontre interdisciplinaire)

Moment d'échanges périodiques où les différents professionnels de l'équipe se réunissent pour discuter des usagers dont la situation est complexe, afin de concerter leurs actions à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. C'est le moment privilégié pour la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire.

Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés

Le SSPPCC consiste notamment à s'assurer que l'ensemble des étapes de la trajectoire hospitalière sont réalisées en temps opportun et par les bons intervenants, afin de faire cheminer le séjour vers un congé. Pour ce faire, il est nécessaire que les usagers vulnérables soient repérés dès la salle d'urgence et que des actions d'arrimage avec les bons acteurs/paliers soient enclenchées. Il importe que les rôles et responsabilités des acteurs intra et extrahospitaliers soient définis et que leur communication soit fluide et efficace. Le SSPPCC implique également un suivi étroit des indicateurs de fluidité tels que les durées de séjour. La pertinence des soins et des services est au

¹² La définition de potentiel de récupération ne fait pas consensus dans la littérature.

cœur du SSPPCC, de même que la volonté d'assurer une transition de soins optimale vers la communauté dans une perspective de saine gestion de risques.

Syndrome gériatrique

Ensemble de symptômes soit observés uniquement chez les personnes âgées soit dont la fréquence augmente avec l'âge. Les origines sont multiples incluant les effets du vieillissement et il débouche fréquemment sur une perte d'autonomie fonctionnelle dont la prise en charge requiert une approche globale et une intervention multidisciplinaire. Chaque élément de syndrome gériatrique accroît la vulnérabilité des personnes âgées à d'autres problèmes. Voici quelques exemples de symptômes regroupés sous la désignation de syndromes gériatriques : trouble de la marche, chutes, syndrome d'immobilisation, polymédication, perte de poids, incontinence urinaire, troubles cognitifs, delirium.

RÉFÉRENCES

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Courte durée gériatrique : Éléments de réflexion et d'orientations*, Québec, Gouvernement du Québec, 1986, 57 p.
2. KERGOAT, Marie-Jeanne, Judith LATOUR et Aline BOLDUC. *Rapport des consultations sur la mission, la clientèle ainsi que la planification et l'organisation du congé du programme UCDG*, [En ligne], Montréal, Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2016, 86 p. [https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_consultations_RUSHGQ_programme_UCDG_FINAL_14mars2016.pdf].
3. O'SHAUGHNESSY, Íde, et collab. « Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalized older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis », *Age and Ageing*, vol. 51, n° 4, 2022, p. 1-11. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9053463/pdf/afac081.pdf>.
4. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec*, [Fichier PDF], Québec, L'Institut, 269 p. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf>].
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *MED-ÉCHO – Rapport S04 – Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe pour l'ensemble du Québec – 2011-2012*, [Fichier PDF], Régie de l'assurance maladie du Québec, 2012, 3 p. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2011-2012/S04_Sommaire_departs_et_jours_dhospitalisation_Age_et_sexe_2011-2012.pdf].
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *MED-ÉCHO – Rapport S04 – Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe pour l'ensemble du Québec – 2022-2023*, [Fichier PDF], Régie de l'assurance maladie du Québec, 2023, 3 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2022-2023/rapports-statistiques/S04-sommaire-departs-jours-hospitalisation-age-sexe.pdf>].
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2011, 205 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>].
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence : Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2022, 104 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf>].
9. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). *État des connaissances. Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure*, rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Candas, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond, [Fichier PDF], INESSS, 2019, 170 p. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf].

10. FOX, Mary T., et collab. « Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 60, n° 12, 2012, p. 2237-2245. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557720/pdf/jgs0060-2237.pdf>.
11. LAI, Leo, et WONG, Roger YM. « Leading best practice: Acute care for elders units (ACE)—Evidence and keys to successful operation », *Canadian Geriatrics Society Journal of Continuing Medical Education Journal*, vol 7, n° 1, 2017. Également disponible en ligne : <https://static1.squarespace.com/static/63599251a953f80dd1922762/t/636bcbad923e4f4135903197/1668008878347/ACUTE+CARE+FOR+ELDERS+UNITS+EVIDENCE+AND+KEYS+TO+SUCCESSION.pdf>.
12. ST. JOHN, Phil. « Geriatric assessment units (GAUs): optimizing evidence-based inpatient care in the modern hospital », *Canadian Geriatrics Society Journal of Continuing Medical Education Journal*, vol 6, n° 1, 2016. Également disponible en ligne : <https://static1.squarespace.com/static/63599251a953f80dd1922762/t/636bba840d891f6b546da79a/1668004485245/Geriatric+Assessment+Units+%28GAUs%29+-+Optimizing+Evidence-Based.pdf>.
13. VAN CRAEN, Katlenn, et collab. « The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: A systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 58, n° 1, 2012, p. 83-92.
14. KERGOAT, Marie-Jeanne, et collab. « Quality-of-care processes in geriatric assessment units: Principles, practice, and outcomes », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol 13, n° 5, 2012, p. 459-463.
15. KERGOAT, Marie-Jeanne, et collab. « Predictors of quality-of-care processes in geriatric assessment units: toward a better organizational framework », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol 13, n° 8, 2012, p. 739-743.
16. EKERSTAD, Niklas, et collab. « Acute care of severely frail elderly patients in a CGA-unit is associated with less functional decline than conventional acute care ». *Clinical Interventions In Aging*, vol 8, n° 12, 2017, p. 1239-1249.
17. BRADLEY, Gemma, Katherine BAKER et Catherine BAILEY. « Exploring how occupational therapists and physiotherapists evaluate rehabilitation potential of older people in acute care », *British Journal of Occupational Therapy*, vol 85, n° 3, 2022, p. 199-207. Également disponible en ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/03080226211011386>.
18. COWLEY, Alison, et collab. « Rehabilitation potential in older people living with frailty: a systematic mapping review », *BMC Geriatrics*, vol 21, n° 533, 2021, 13 p. Également disponible en ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8496021/pdf/12877_2021_Article_2498.pdf.
19. NAOURI, Diane, et collab. « The effect of direct admission to acute geriatric units compared to admission after an emergency department visit on length of stay, postacute care transfers and ED return visits », *BMC Geriatrics*, vol 22, n° 555, 2022, p. 10. Également disponible en ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9254499/pdf/12877_2022_Article_3241.pdf.

20. INESSS. *Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire*, avis rédigé par Stéphanie Côté et Sylvie Lamy, [Fichier PDF], INESSS, 2024, 66 p.
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Objectifs_soins_Avis.pdf].
21. SHANG, Mélanie, Pascale CHOQUETTE et Marie-Claude GÉLINAS. *Planification du congé des personnes âgées de 75 ans et plus ou présentant un profil gériatrique en milieu hospitalier. Guide de pratique clinique*. Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 2018.
22. GONCALVES-BRADLEY, Daniela C., et collab. « Discharge planning from hospital », *Cochrane Database of Systematic Review*, vol. 2, 2022, 113 p. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8867723/pdf/CD000313.pdf>.
23. ELLIS, Graham, et collab. « Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital », *Cochrane Database of Systematic Review*, vol. 9, 2017, 97 p. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484374/pdf/CD006211.pdf>.
24. ELLIS, Graham, et collab. « Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials », *The BMJ*, vol. 343, 2011, 10 p. Également disponible en ligne : <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6553.full.pdf>.
25. REUBEN, David B., Ryan J. UYAN et Valerie S. WONG. « Principles of Geriatric Assessment » (chap. 8), dans HALTER, Jeffrey B. et autres. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 8^e éd., McGraw Hill / Medical, 13 juin 2022, 1824 p.
26. LACOMBE, Guy. « L'évaluation clinique » (chap. 4), dans LUSSIER, David et Fadi MASSOUD. *Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert*, 4^e éd., Montréal, EDISEM, 16 juin 2022, p. 55-70.
27. DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D'URGENCE. *Guide de supervision clinique : Activité d'apprentissage interprofessionnelle en stage clinique en partenariat avec la personne âgée et son proche aidant : Élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire*, [En ligne], Montréal, Université de Montréal, 2019, 22 p.
[https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/Guide_AIS_PII_2019.pdf]
28. KERGOAT, Marie-Jeanne, et collab. *Rencontre interprofessionnelle et plan d'intervention interprofessionnel dans les Unités de courte durée gériatriques du Québec : État des connaissances et recommandations*, [En ligne], Montréal, RUSHGQ, 2019, 65 p.
[https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_RUSHGQ_inter_PII_UCDG_dec2019.pdf].
29. AGRÉMENT CANADA. *Pratiques organisationnelles requises. Livret 2021*. [En ligne], Ontario, Agrément Canada, 2021, 85 p.
[https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/documents/medecins/livret_sur_les_por_2021.pdf].
30. D'AMOUR, Danielle, et OANDASAN, Ivy F. « Interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Suppl 1, 2005, p. 8-20. Également disponible en ligne : https://www.researchgate.net/publication/7664589_Interprofessional_practice_and_interprofessional_education_An_emerging_concept#fullTextFileContent

31. RUSHGQ. *Enquête auprès des responsables des unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction*, [En ligne], Montréal, RUSHGQ, 2013, 44 p. [https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/Document_RUSHGQ_ratios_ressources_UCDG_31mai2013_FINAL.pdf].
32. RUSHGQ. *Inventaire 2023 des services gériatriques spécialisés au Québec*, [En ligne], Montréal, RUSHGQ, 2023, 50 p. [https://rushgq.org/wp-content/uploads/2023/07/RUSHGQ_Inventaire_services_geriatriques_version_preliminaire_20juin2023_FINAL_corr.pdf].

ANNEXE 1 - Stratégie de recherche utilisée pour Medline

1. ((geriatric or elderl* or frail or senior* or elders or elders or ((old or older or aged) adj1 (age or aged or adult or adults or people* patient or patients))) adj3 (Inpatient or evaluat* or acute or specialized or (short adj2 (stay or term or care))) adj2 (unit or units or hospital* or team or teams or comprehensive)).ti,ab.
 2. ((GEM or AGU or GEMU or GARP or GAU or AGIS or ACE or MACE) not (ACE adj inhibitor*)) not (Major adj2 (cardiovascular or cardiac)).ti,ab.
 3. (*Health Services for the Aged/ma, mt, og, st, sd, td, ut [Manpower, Methods, Organization & Administration, Standards, Supply & Distribution, Trends, Utilization]
 4. Rehabilitation centers/
 5. Aged/
 6. exp geriatric assessment/
 7. ((short OR acute) adj2 (stay or term or care)).ti,ab
 8. 1 OR 2 OR 3 OR (4 AND 5) OR (6 AND 7)
 9. "health care facilities, manpower, and services"/
 10. health manpower/
 11. health personnel/
 12. Patient Care Team/
 13. exp paramedical personnel/
 14. patient care planning/
 15. (((Interdisciplinary or inter-disciplinary or multidisciplinary or multi-disciplinary or member* or interprofessionnal or collaborative) adj2 (team* or management or approach*)) or ((Team or team-based or age-sensitive or age) adj3 (approach* or management or care)) or ((Physical or occupational) adj2 therap*) or Psychology OR psychologist* or Nutrition* or Allied health or Medical staff or workflow or Social work*).ti,ab.
 16. 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15
 17. nursing homes/
 18. Homes for the Aged/
 19. House calls/
 20. Terminal Care/
 21. exp dementia/
 22. (dement* or End-of-Life or end of life).).ti,ab
 23. long term care/
 24. (editorial* or commentary or congress* or conference* or letter*).pt,fx.
 25. 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 23
 26. 8 AND 16 NOT (25 OR 24)
- LIMIT to ((english or french) and yr="2000 -Current")

ANNEXE 2 - Rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec

	MSSS	Santé Québec
Gouvernance	Élaboration des orientations ministérielles pour les UCDG	Mise en œuvre et application des orientations ministérielles pour les UCDG
Requis populationnels	Projection et détermination en fonction des besoins populationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de l'écart entre le réel et le requis ▪ Soutien opérationnel visant la diminution de ces écarts
Données/cibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détermination des indicateurs et des cibles, en fonction du tableau des indicateurs proposé dans les orientations ministérielles ▪ Suivi des données stratégiques sur la performance des UCDG via le Tableau de bord ministériel : Activités hospitalières - soins de gériatrie active 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des données opérationnelles ▪ Responsabilité des collectes de données (ex. : SI-Infogestion, MED-ECHO, RQSUCH, etc.) ▪ Vigie des indicateurs
Meilleures pratiques	Référence aux meilleures pratiques dans les orientations ministérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des mesures/projets à mettre en œuvre pour favoriser l'accès et l'utilisation optimale des UCDG, en respect des orientations ministérielles ▪ Implantation des mesures/projets
Financement	Déploiement du financement axé sur le patient et budget hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répartition des budgets par projet/établissement ▪ Réception des demandes de financement du RSSS
Reddition de comptes	Détermination des paramètres de la reddition de comptes	Réalisation de la reddition de comptes au MSSS selon les paramètres déterminés
Soutien et suivi auprès des établissements	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'une structure de coordination permettant de soutenir les établissements dans l'application des orientations ministérielles ▪ Soutien opérationnel adapté aux enjeux : <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité et sécurisation des lits d'UCDG - Accès et de fluidité dans l'épisode de soins à l'UCDG - Développement des compétences du personnel - etc.

