



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

**Enquête auprès des responsables des Unités de courte
durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources
professionnelles :
ratios actuels et niveau de satisfaction**

Sous-comité sur les ressources humaines en UCDG

Mai 2013

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2013

Dépôt légal : 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN : 978-2-923740-21-8 (papier)

ISBN : 978-2-923740-22-5 (pdf)

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

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

Michel Dugas,	Gériatre, chef du service de gériatrie du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), responsable du sous-comité sur les ressources humaines
Marie-Jeanne Kergoat,	Gériatre, chef du département de médecine spécialisée de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présidente du comité exécutif du RUSHGQ
Joël Paradis,	Coordonnateur du Programme Évaluation-Intervention-Orientation, CSSS La Pommeraie, Cowansville (durant l'année 2012)
Gaétan Prévost,	Directeur clientèle - Médecine et personnes âgées en perte d'autonomie, CHU de Québec (durant l'année 2012)
Nicole Provost,	Chef de programme des services gériatriques hospitaliers, CSSS St-Jérôme
Lise Rocheleau,	Coordonnatrice clinico-administrative RSIPA, CSSS du Sud de Lanaudière

Collaborateurs :

Daniel Racine,	Médecin de famille, Chef du service de gériatrie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
Michèle Morin,	Gériatre, Université Laval, Québec

Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

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

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmier(ère) sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.

SOMMAIRE

Le sous-comité de travail portant sur les ressources humaines dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG) du RUSHGQ a réalisé une enquête auprès des responsables de ces unités pour connaître le nombre et le statut d'emploi des professionnels œuvrant dans les UCDG québécoises. Par la même occasion, il a sondé leur opinion sur l'adéquation des effectifs permettant d'offrir des soins appropriés à la clientèle du programme. Des informations sur la clientèle, le volume d'admission, la durée moyenne de séjour et l'environnement physique ont également été recueillies. Les médecins responsables des UCDG ont été interrogés de façon plus spécifique sur les activités médicales.

Les données ont été analysées en fonction de la taille, du profil de soins et de l'affiliation universitaire des UCDG. De plus, les ratios actuels ont été comparés à ceux disponibles en 2002-2003.

De façon générale, les résultats démontrent que c'est principalement la composition du personnel infirmier qui a connu le plus grand changement au cours dix dernières années. On observe peu de différence en fonction des caractéristiques des UCDG lorsque les ratios de professionnels sont exprimés sur une base commune de 15 lits. Par contre, les UCDG de plus grande dimension, soit plus de 20 lits, ou à plus grand volume d'activité, apparaissent désavantagées quant aux effectifs de la plupart des professionnels de leur équipe de base.

Pour être en mesure d'opérer leur programme de façon plus optimale, les responsables des UCDG ont exprimé le souhait d'obtenir une augmentation modeste des ratios de professionnels œuvrant dans les UCDG, et ce, peu importe la taille ou le type d'UCDG. Cela est principalement justifié par 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 accrus pour le maintien de l'autonomie fonctionnelle.

Le nombre, la composition et l'organisation des effectifs médicaux sont très variables entre les UCDG. Pour la première fois, des points de repère ont été établis pour la planification du temps consacré aux soins directs aux patients et à la couverture des gardes.

Finalement, à partir des données recueillies, le sous-comité propose des ratios de professionnels appropriés au programme d'UCDG.

TABLES DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	9
MISE EN CONTEXTE	10
MÉTHODOLOGIE	12
Collecte des données	12
Taux de participation	12
Analyses	12
RÉSULTATS	14
Environnement physique et clientèle	14
Volume annuel d'admission et durée moyenne de séjour.....	14
Ressources humaines : effectifs et adéquation	15
<i>Médecin traitant</i>	15
<i>Personnel soignant infirmier et d'assistance</i>	16
<i>Physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien, infirmière de liaison</i>	16
<i>Autres professionnels de la santé</i>	17
Fonctionnement des ressources médicales (médecin traitant)	17
<i>Composition</i>	17
<i>Rotation</i>	17
<i>Mode de rémunération</i>	17
<i>Couverture de la garde</i>	18
Comparaison des effectifs totaux disponibles entre 2002-2003 et 2011-2012	18
CONCLUSIONS	19
RECOMMANDATION DE RATIOS D'EFFECTIFS APPROPRIÉS EN UCDG	22
TABLEAUX	23
Tableau 1. Liste et caractéristiques des UCDG	24
Tableau 2. Organisation du travail des médecins traitants en fonction de certaines caractéristiques des UCDG.....	26
Tableau 3. Effectif actuel et qui serait jugé approprié pour les médecins traitants, physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux en fonction de certaines caractéristiques des UCDG.....	27

Tableau 4. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de jour en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	28
Tableau 5. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de soir en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	29
Tableau 6. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de nuit en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	30
Tableau 7. Effectif total infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant les trois quarts de travail en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	31
Tableau 8. Comparaison de l'effectif actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de jour pour les UCDG ayant plus et moins de 30 lits.....	32
Tableau 10. Effectif actuel et jugé approprié pour les nutritionnistes, pharmaciens et infirmières de liaison en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	34
Tableau 11. Description de la disponibilité actuelle et de celle qui serait souhaitée pour les professionnels de la santé qui agissent à titre de consultant dans les UCDG	35
Tableau 12. Organisation de la couverture de la garde médicale en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	36
Tableau 13. Comparaison de l'effectif disponible en 2002-2003 et en 2011-2012 durant le quart de travail de jour	37
Tableau 14. Comparaison de l'effectif disponible en 2002-2003 et en 2011-2012 durant les quarts de travail de soir et de nuit	38
ANNEXES	39
Annexe 1. Résumé des recommandations sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels faisant partie de l'équipe de base	40
Annexe 2. Résumé des recommandations sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels agissant à titre de consultant	41

PRÉAMBULE

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique qui a été officialisée en 2010. En 2013, 75 %¹ des 63 établissements de santé où l'on retrouve un programme d'UCDG en font partie. Le RUSHGQ regroupe à ce jour plus de 400 cliniciens et gestionnaires. Un site internet (www.rushgq.org) permet aux membres d'avoir accès à une documentation pertinente en gériatrie et d'échanger par l'entremise d'un forum de discussion.

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

Au regard d'une évaluation d'un élément structurel, le comité exécutif a constitué en 2011 un sous-comité de travail chargé de se pencher sur les ressources humaines dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG). Les objectifs suivants ont guidé la réflexion des membres :

Objectif principal

Effectuer une compilation à jour du nombre et du type de professionnels travaillant dans les UCDG québécoises et sonder l'opinion des responsables de ces unités sur l'adéquation de ces effectifs pour rencontrer les besoins de la clientèle.

Objectifs spécifiques

- 1) Établir des données de référence sur les ratios de personnel disponibles et appropriés en UCDG en fonction de certaines caractéristiques organisationnelles;
- 2) Fournir des informations détaillées sur la composition et l'organisation des effectifs médicaux en UCDG.

¹ Les 14 UCDG non-membres du RUSHGQ sont majoritairement des unités de petite taille (≤ 10 lits) situées en région plus périphériques (ex. : Saguenay-Lac-St-Jean, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Abitibi-Témiscamingue).

MISE EN CONTEXTE

Le Québec connaît un accroissement très significatif du nombre de personnes âgées qui consultent à l'urgence des centres hospitaliers et qui sont par la suite admises au sein de diverses unités. En 2002-2003, parmi l'ensemble des hospitalisations en soins de courte durée des personnes âgées de 65 ans et plus, 9 % avaient été admis dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG) [1]. Ces unités ont été constituées suite aux travaux menés aux États-Unis et en Angleterre démontrant la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées vulnérables lors d'une hospitalisation. Ce programme de soins hospitaliers aigus a été instauré au Québec à la fin des années '70. Les UCDG ont comme mission d'évaluer, de traiter et de sauvegarder l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans un contexte hospitalier de courte durée par une approche globale et interprofessionnelle.

L'équipe interprofessionnelle est formée d'un médecin doté d'une formation spécialisée en gériatrie ou d'une formation générale avec implication majeure en soins aux personnes âgées et d'une diversité de soignants : infirmière chef, infirmière certifiée, infirmière auxiliaire et préposés aux bénéficiaires. À ces professionnels plus traditionnels aux unités hospitalières de soins se joignent : physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social et nutritionniste. Plusieurs UCDG bénéficient également dans leur équipe de base d'un pharmacien clinique et d'une infirmière de liaison [1]. De plus, certains autres cliniciens, de par des besoins grandissant de la clientèle, sont devenus pour les UCDG plus que des consultants occasionnels, c'est le cas du neuropsychologue et du psychiatre [2].

Dans le but d'augmenter la qualité des soins en milieu hospitalier, les gestionnaires des soins et services de santé de plusieurs pays se sont penchés dans les 10 dernières années sur les types de ressources que devraient comporter les unités offrant des soins aigus, mais peu d'informations sont disponibles sur les ratios appropriés, spécifiques aux soins spécialisés de gériatrie [3-7]. De plus, peu d'études rigoureuses ont été réalisées concernant la relation entre les ratios de professionnels et de meilleurs résultats de soins de santé dans les unités hospitalières de courte durée assimilables aux UCDG québécoises [8, 9].

Toutefois, certains groupes de travail composés de professionnels de la santé provenant de divers pays ont très récemment proposé leur vision des soins et services gériatriques, incluant des ratios optimaux de professionnels (annexes 1 et 2). Ainsi, le Royal College of Physicians of Ireland édicte qu'une unité spécialisée de gériatrie de 20 lits, dont le séjour moyen des patients est de 18 jours, devrait disposer de l'effectif suivant: physiothérapeute [2 Équivalent Temps Complet (ETC)], ergothérapeute (2 ETC), travailleur social (1 ETC), nutritionniste (1 ETC), infirmière clinicienne (1 ETC), orthophoniste (1 ETC), podiatre (0,2 ETC) [10]. On mentionne que l'expertise d'un pharmacien est requise, mais on ne lui attribue pas de ratio précis.

Pour leur part, un groupe de travail australien composé de diverses catégories de professionnels (gériatre, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.), suggère qu'une unité académique spécialisée de gériatrie de 20 lits devrait disposer de l'effectif suivant : gériatre consultant (1,4 ETC), 3 résidents junior ou /2 résidents senior et 2 résidents junior, infirmière chef ou assistante en soins infirmiers (1 ETC), physiothérapeute (2,5 ETC), ergothérapeute (2,4), travailleur social (2,4),

nutritionniste (1 ETC), pharmacien (1 ETC), kinésologue (1,0 ETC), psychologue (0,4 ETC), neuropsychologue (0,4 ETC), podiatre (0,4 ETC), et orthophoniste (0,4) [11-13]. La durée moyenne de séjour des patients n'est pas mentionnée, non plus que le nombre d'infirmière, infirmière-auxiliaire ou préposé.

Concernant les soins infirmiers (infirmières et infirmières auxiliaires), des ratios infirmière-patients minimaux prescrits par la loi ont été mis en œuvre dans les unités de médecine ou chirurgie de l'État de Californie [5, 14, 15] et dans deux États de l'Australie [12, 16]. Ils sont respectivement de : un ratio infirmière/patients de 1 :5 [14]; un ratio infirmière/patients pour une unité, soit 5 infirmières pour 20 patients [16]; ou 5,0 heures de soins infirmiers par jour-patient (HSJP) [12]. Le Royal College of Nursing de Londres soutient que les soins infirmiers aux personnes âgées vulnérables constituent plus qu'une série de tâches à effectuer. Cela exige tout à la fois des compétences et du temps, par exemple, on calcule trente minutes ou plus pour aider une personne qui a des difficultés à avaler afin qu'elle puisse prendre son repas en toute sécurité ou encore, on doit prévoir du temps pour établir une communication avec une personne qui présente un trouble cognitif. En conséquence, cette organisation recommande que les ratios totaux de personnel infirmier soient d'au moins 8 ETC pour 28 patients, dont l'effectif soit composé à 50 % et plus d'infirmières certifiées [17]. Concernant les ratios de préposés aux bénéficiaires, aucune recommandation précise n'a été trouvée dans la littérature.

Au niveau québécois, en 2001, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux s'est penché sur les besoins globaux de main d'œuvre qui seront nécessaires dans le réseau de la santé pour faire face, entre autres, aux soins et services requis par la population vieillissante [18-29]. Toutefois, les données spécifiques sur les effectifs médicaux et paramédicaux recommandés dans les UCDG, identifiées dans le cadre de référence ministériel du programme, remontent à 1986 [30]. Nous retrouvons des suggestions dans certains travaux de recherche ou colloques de formation plus récents [1, 2, 31, 32]. Ces ratios sont résumés aux annexes 1 et 2. Cependant, il faut considérer que le but premier de ces travaux n'était pas d'établir des ratios adéquats de ressources professionnelles. Les suggestions traduisent davantage le sentiment partagé d'un problème grandissant d'accessibilité pour la clientèle et une surcharge de travail pour les professionnels. Ces ratios proposés n'ont pas été formellement validés. De plus, depuis leur publication, le contexte de soins québécois et le profil clinique des patients admis en UCDG ont grandement évolué.

Une perception au sein du comité exécutif du RUSHGQ d'une insuffisance de ressources, couplée à une disparité entre les milieux, a conduit celui-ci à établir un sous-comité ayant pour mandat de mener une enquête sur le sujet à l'échelle provinciale. Le sous-comité a consulté les équipes UCDG afin d'obtenir un portrait exact des effectifs actuels et de recueillir leurs impressions quant à la justesse de ceux-ci. L'enquête a été faite auprès des membres du RUSHGQ, lequel rassemble la majorité des établissements ayant un programme d'UCDG.

MÉTHODOLOGIE

Collecte des données

Les données ont été récoltées par l'entremise de deux questionnaires. Le premier comportait 7 questions manuscrites et portait sur les items suivants : les effectifs disponibles, les effectifs qui seraient jugés appropriés, le volume d'admission, la durée moyenne de séjour et les situations de débordement à l'UCDG. Il a été soumis au représentant (médecin responsable, infirmière-chef, gestionnaire ou infirmière clinicienne) du regroupement dans chacun des 48 établissements membres du RUSHGQ en septembre 2012. À cette personne incombait la responsabilité de répondre au questionnaire en consultant au besoin son équipe. La collecte des données s'est déroulée entre les mois d'août 2011 et octobre 2012.

Le deuxième questionnaire était destiné aux médecins responsables des UCDG. Dans chaque UCDG, le médecin responsable ou le représentant du regroupement a été directement contacté. Le questionnaire comportait 22 questions portant sur la composition, le nombre et le fonctionnement de l'équipe médicale. Il a été effectué au moyen de la plateforme internet SurveyMonkey® et s'est déroulé entre les mois d'août et octobre 2012.

Taux de participation

Au total, 46 responsables d'UCDG (96 % des UCDG membres du RUSHGQ) ont répondu au premier questionnaire et les médecins responsables de 30 UCDG ont répondu au deuxième (tableau 1). La représentativité générale des UCDG en nombre est de 73 % pour le premier questionnaire et de 48 % pour le deuxième. Toutes les régions sociosanitaires où l'on retrouve des UCDG sont représentées dans l'enquête ainsi que les trois types de profils cliniques (soins aigus/évaluation, réadaptation et mixte). Trois UCDG ne sont pas situées dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, mais dans des structures de soins gériatriques (tableau 1).

Analyses

Les 46 UCDG ayant participé à l'étude ont été catégorisées selon leur taille, leur profil de soins et leur affiliation universitaire (tableau 1).

Pour ce qui est de la taille, le nombre de lits (au permis) par UCDG se chiffre en moyenne à 19 et varie entre 2 et 44 lits. On compte 8 UCDG dotées de 30 lits ou plus.

- ≤ 9 lits : 17 % (8 UCDG)
- 10 -15 lits : 20 % (9 UCDG)
- 16-20 lits : 33 % (15 UCDG)
- ≥ 21 lits : 30 % (14 UCDG)

Des travaux menés sur les UCDG du Québec ont démontré que les UCDG se répartissent selon trois principaux profil de soins [1]:

- UCDG de type réadaptation : la majorité des patients sont admis par transfert et les soins offerts sont axés sur la réadaptation intensive;
- UCDG de type soins aigus/évaluation: la majorité des patients sont admis par l'urgence et les soins offerts sont axés sur les soins aigus et l'évaluation;
- UCDG de type mixte : les soins offerts portent autant sur les soins de réadaptation que sur les soins aigus et l'évaluation.

Dans la présente analyse, un critère relatif au volume d'admission a été ajouté afin de préciser encore davantage le profil de soins :

Type de soins	Volume d'admission (admissions / lit)
Soins aigus/évaluation	≥ 20
Mixte	10 - 20
Réadaptation	≤ 10

Les UCDG se répartissent ainsi : 28 % sont de type réadaptation, 22 % de type soins aigus/évaluation et 50 % de type mixte.

Quant à la vocation universitaire, 25 UCDG (54,3 %) sont situées dans un établissement affilié et remplissent cette mission.

Des analyses statistiques descriptives (ANOVA, Kruskal-Wallis, tests de comparaisons multiples, chi-carré) ont été effectuées sur les données pour déterminer la présence de différences significatives en fonction de la taille, du profil de soins et de l'affiliation universitaire des UCDG. Le niveau de signification a été fixé à 0,05. Les différences entre les effectifs moyens totaux disponibles et jugés appropriés pour chaque catégorie de professionnels de la santé ont été testées en utilisant des tests de t pairés. Les différences significatives sont rapportées à la section résultats et l'ensemble des ratios qui ont été calculés par 15 lits sont présentés dans les tableaux 2 à 12.

Les effectifs moyens totaux disponibles en 2011-2012 pour chaque catégorie de professionnels de l'équipe de base des UCDG ont été comparés aux effectifs de 2002-2003 colligés lors de l'«Étude sur la qualité des soins et des services gériatriques par le cas traceur des chutes» récoltées par Kergoat et coll. [2]. Les données de 2002-2003 et 2011-2012 étaient respectivement accessibles pour 36 et 42 UCDG dans le cas des professionnels des soins infirmiers et les autres professionnels. Il faut noter que les effectifs pour les professionnels des soins infirmiers et les médecins étaient mesurés en nombre de personnes en 2002-2003, tandis qu'ils ont été rapportés en équivalent temps complet (ETC) en 2011-2012. Ces ratios sont généralement comparables aux ETC mais peuvent être légèrement plus élevés. Pour chaque catégorie de professionnels, les différences entre les effectifs moyens totaux disponibles en 2002-2003 et 2011-2012 ont été testées en utilisant des tests de t pairés.

RÉSULTATS

Les quatre premières sous-sections présentent les informations colligées sur le fonctionnement et les effectifs des UCDG durant l'année administrative 2011-2012, tandis que la dernière sous-section porte sur l'évolution des effectifs entre 2002-2003 et 2011-2012.

Environnement physique et clientèle

Les lits du programme sont partagés avec un autre service dans la moitié des établissements ($n=46$) (tableau 1). Les programmes de médecine ou médecine-chirurgie (50 % des cas), les soins palliatifs ou d'attente hébergement/transition (35 % des cas) sont les programmes qui cohabitent le plus souvent. Dans quelques UCDG, le partage se fait avec le programme de réadaptation fonctionnelle intensive (2 UCDG), autres soins médicaux spécialisés (1 UCDG) ou multiclientèle (3 UCDG).

Par ailleurs, les médecins responsables ($n=30$) ont répondu à une question portant sur la prévalence approximative de leur clientèle présentant des troubles psychocomportementaux associés aux démences, ils sont en moyenne de 34 ± 20 %.

Volume annuel d'admission et durée moyenne de séjour

Le volume annuel moyen d'admission dans les UCDG ($n=46$) est de 13 ± 5 admissions (médiane : 12) par lit et varie entre 5 et 24. Les UCDG de type réadaptation ont le volume d'admission le plus bas (9 ± 2 ; min.: 5; max.: 12) comparativement aux UCDG de type mixte (13 ± 3 ; min.: 7; max.: 16) ou de type soins aigus/évaluation (19 ± 5 ; min.: 8; max.: 24) ($P < 0,01$). Lorsque l'on compare le volume d'admission en fonction de la taille des UCDG ou de leur affiliation universitaire, il n'y a pas de différence significative.

La durée moyenne de séjour est de 26 ± 9 jours (médiane : 24) et varie entre 10 et 48. Elle est significativement ($P < 0,05$) plus élevée dans les UCDG de type réadaptation (36 ± 8) comparativement aux UCDG de type mixte (23 ± 6) ou de type soins aigus/évaluation (18 ± 5).

Les situations régulières de débordement ont été rapportées dans 37 % des UCDG (parfois vs rarement/jamais dans respectivement 22 % et 40 % des cas). Elles sont plus fréquentes dans les UCDG universitaires (50 %) en comparaison aux UCDG non-universitaires (24 %). Par UCDG, cette situation touche environ 10 patients par semaine et dans la moitié des cas, ces patients sont répartis sur d'autres unités tandis que les autres cohabitent avec le programme que partage l'UCDG.

Ressources humaines : effectifs et adéquation

Médecin traitant

Les médecins responsables des UCDG ($n=30$) ont été interrogés sur le temps consacré par les médecins du programme (à l'exclusion de la garde) pour accomplir les **tâches reliées directement aux soins des patients**², et pour les **autres activités** effectuées parallèlement à leur assignation à l'UCDG mais reliées au service de gériatrie hospitalier. Les autres activités rapportées par les répondants comprennent:

- Consultation intrahospitalière (urgence et autres unités)
- Suivis conjoints des patients des autres spécialités
- Clinique externe de gériatrie
- Comités de préparation ou activités de formation visant le personnel infirmier, médical et paramédical du centre hospitalier
- Comités clinico administratifs hospitaliers, régionaux ou universitaires
- Représentation à la cour à titre d'expert

Dans 27 % des UCDG ($n=30$), les médecins traitants consacrent tout leur temps alloué aux soins directs aux patients lorsqu'ils sont assignés à l'UCDG (tableau 2). Cela signifie que la majorité des médecins effectue d'autres activités durant cette période, le plus souvent dans une proportion de 15 à 20 % de leur temps, mais cela peut varier de 10 à 50 % selon les UCDG et selon les individus. Ces activités soulignent que plusieurs médecins travaillent à temps partiel au sein du service de gériatrie, la majorité de ces médecins étant des médecins de famille (ex. temps partagé avec le bureau privé, CHSLD, ou CSSS).

Les répondants mentionnent qu'en moyenne, un équivalent temps complet (ETC) pour les soins directs aux patients correspond **actuellement** à 31 heures de travail par semaine **lorsque rapporté à 15 lits** (tableau 2). Ce résultat est plus bas dans les UCDG disposant de 16 lits et plus (16-20 lits : 20 heures; \geq 21 lits : 27 heures) comparativement aux UCDG de petite dimension (41 heures). Il en est de même pour les UCDG à vocation universitaire (27 heures) comparativement aux UCDG non-universitaire (37 heures). Une sous analyse a montré que pour les six UCDG qui sont situées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et où les médecins traitants sont tous ou majoritairement des gériatres, le nombre d'heures actuellement travaillées par 15 lits est en moyenne de 30 heures. Quelque 67 % de ces six UCDG vivent régulièrement une situation de débordement, comparativement à 33 % des autres UCDG.

Les médecins responsables ($n=30$) considèrent que le nombre d'heures **approprié** par semaine qui devrait être attribué au médecin traitant pour assurer la couverture médicale de 15 patients est de 40 heures, et ce, peu importe les caractéristiques des UCDG (tableau 2).

² évaluation, investigation, traitement, préparation du congé, réunion interprofessionnelle, rencontres de famille, formulaires à compléter, téléphones, échanges quotidiens avec les professionnels et gestion liée à l'occupation des lits et des admissions-congés, rédaction du résumé d'hospitalisation ou feuille sommaire, enseignement non dissociable des activités cliniques, etc.

En termes d'ETC ($n=46$ UCDG) (tableau 3), la couverture médicale durant le jour à l'UCDG est actuellement, en moyenne, de 1,2 ETC par 15 lits. Ce ratio ne varie pas en fonction des catégories d'UCDG. Une augmentation de 0,2 ETC est souhaitée par les répondants, soit un ratio de 1,4 ETC par 15 lits (tableau 3). Pour ces dernières données, il s'agit de toutes les tâches confondues (soins directs aux patients et autres activités reliées au service de gériatrie).

Personnel soignant infirmier et d'assistance

Les effectifs disponibles et jugés appropriés ont été obtenus séparément pour les infirmières-chef, assistantes en soins infirmiers (ASI), infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires (PAB) durant les quarts de travail de jour (tableau 4), de soir (tableau 5), de nuit (tableau 6). Bien que la plupart des 46 UCDG possèdent ces cinq catégories de personnel soignant, la proportion de chacun varie entre les UCDG et les quarts de travail. Les effectifs combinés par UCDG pour les infirmières en soins directs aux patients (infirmière et infirmière auxiliaire) et les effectifs infirmiers totaux (assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire et PAB) ont été calculés durant les trois quarts de travail (tableau 7). Le ratio infirmière-chef est en moyenne de 0,6 ETP pour 15 lits et ne varie pas selon les divers types d'UCDG (tableau 4). Concernant les autres ressources actuelles en soins infirmiers, pour 15 lits et par quart de travail, on retrouve en moyenne l'effectif suivant :

<u>Jour</u>	<u>Soir</u>	<u>Nuit</u>
ASI : 0,7	ASI : 0,6	ASI : 0,6
Infirmière : 1,7	Infirmière : 1,2	Infirmière : 1,0
Infirmière auxiliaire : 1,6	Infirmière auxiliaire : 1,2	Infirmière auxiliaire : 0,9
PAB : 1,5	PAB : 1,1	PAB : 0,9

Comparativement aux UCDG non-universitaires, par 15 lits, celles situées en milieu universitaire ont un ratio moins élevé d'ASI durant le quart de travail de jour (0,5 vs 0,9; $P \leq 0,01$) (tableau 4) et le quart de travail de soir (0,5 vs 0,7; $P \leq 0,05$) (tableau 5) ainsi qu'un ratio plus élevé d'infirmières durant le quart de travail de jour (2,0 vs 1,4; $P \leq 0,01$) (tableau 4). Il est également observé que les UCDG de 30 lits et plus disposent de ratios d'infirmière-chef et d'ASI moins élevés durant le quart de travail de jour (tableau 8), et d'ASI de soir et de nuit (tableau 9) que les UCDG de plus petite dimension.

De façon générale, les responsables des UCDG souhaitent une augmentation des ratios des effectifs actuellement disponibles pour les infirmières durant le quart de travail de jour (0,2 ETC, $P \leq 0,001$) (tableau 4) et de soir (0,1 ETC, $P \leq 0,001$) (tableau 5) ainsi que pour les PAB durant les trois quarts de travail (jour : 0,2 ETC, $P < 0,01$; soir et nuit : 0,1 ETC, $P \leq 0,01$) (tableaux 4 à 6).

Physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien, infirmière de liaison

Dans l'ensemble des UCDG ($n=46$), en plus des médecins et du personnel infirmier, on retrouve toujours dans l'équipe de professionnels, des physiothérapeutes ou thérapeutes en réadaptation physique ainsi que des ergothérapeutes. Par contre, certaines UCDG ne disposent pas des services dédiés d'une infirmière de liaison (26 UCDG) ou d'un pharmacien (15 UCDG), et plus rarement, d'un

travailleur social (2 UCDG) ou d'un nutritionniste (1 UCDG). Des ratios significativement plus bas pour les physiothérapeutes et ergothérapeutes sont observés dans les UCDG de 30 lits et plus (tableau 8) comparativement aux UCDG de plus petite dimension. De façon générale, les effectifs moyens disponibles par 15 lits pour chaque catégorie de professionnels sont les suivants (tableaux 3 et 10):

Physiothérapeute : 1,0	Ergothérapeute : 0,9
Travailleur social : 0,9	Nutritionniste : 0,4
Pharmacien : 0,5	Infirmière de liaison : 0,6

Pour tous ces professionnels, à l'exception de l'infirmière de liaison, il est souhaité une augmentation de 0,1 à 0,2 ETC par 15 lits (tableaux 3 et 10).

Autres professionnels de la santé

Le tableau 11 présente les effectifs actuels et ceux qui seraient souhaités pour les professionnels de la santé qui agissent à titre de consultant dans les UCDG. On constate que les gériopsychiatres, psychiatres, neuropsychologues et orthophonistes sont actuellement des consultants réguliers dans un grand nombre d'UCDG, participation que l'on souhaiterait voir se généraliser à l'ensemble des UCDG.

Fonctionnement des ressources médicales (médecin traitant)

Tel que mentionné dans la méthodologie de l'enquête, les données rapportées dans les sections suivantes, à l'exclusion de la spécialité des médecins, ont été obtenues pour 30 des 46 UCDG.

Composition

Concernant la composition des équipes médicales en UCDG ($n=46$), les médecins traitants sont composés exclusivement de médecins de famille dans 31 UCDG (67 %), exclusivement de gériatres dans 7 UCDG (15 %) ou regroupent ces deux spécialités dans 8 UCDG (17 %) (tableau 2). Dans quelques UCDG, on retrouve un fonctionnement en co-traitance entre des médecins attirés à l'UCDG et les médecins de famille qui hospitalisent leurs patients. Le médecin attiré à l'UCDG effectue alors certaines tâches (recommandations à l'équipe, participation aux réunions interprofessionnelles, interventions ponctuelles), mais n'est pas responsable de tous les patients.

Rotation

Dans la plupart des UCDG, les médecins traitants travaillent durant 3 semaines consécutives ou plus à l'UCDG ($n= 9$ UCDG) ou ne font pas de rotation ($n= 10$ UCDG) (tableau 2). Dans les autres UCDG ($n=11$) où l'on effectue des rotations à une fréquence plus rapprochée, huit ont un profil de soins de type mixte (réadaptation et soins aigus/évaluation).

Mode de rémunération

Dans 60 % des UCDG ($n=30$), tous les médecins traitants sont payés sous un mode de rémunération autre que la rémunération à l'acte, soit taux horaire, honoraire fixe ou par vacation (tableau 2). Dans 23 % des cas (7 UCDG), le mode de rémunération est mixte (semaine: tarif horaire; garde la fin de semaine: à l'acte) tandis que dans 17 % des cas (5 UCDG), le mode de rémunération varie entre les médecins d'une même UCDG (rémunération mixte, honoraires fixes, taux horaire, à l'acte, à vacation).

Couverture de la garde

Les gardes sont effectuées exclusivement par les médecins traitants de l'UCDG ou du service de gériatrie dans 67 % des UCDG durant la semaine, et dans 57 % des UCDG la fin de semaine (tableau 12). Ce fonctionnement est plus fréquent dans les UCDG universitaires, qui offrent principalement des soins aigus/évaluation et qui sont aussi de plus grande dimension (≥ 15 lits) (tableau 12). Durant la semaine, la couverture des gardes de soir et de nuit se fait en disponibilité à partir du domicile dans la presque totalité des UCDG. La fin de semaine, dans environ la moitié des UCDG, la couverture des gardes jour-soir-nuit se fait en disponibilité à partir du domicile. Dans l'autre moitié des UCDG, le médecin de garde se rend à l'hôpital le jour et demeure en disponibilité à partir du domicile pour le soir et la nuit. Dans les milieux universitaires, durant la semaine, un premier appel est fait à un résident dans 62 % des cas et dans 55 % des cas durant la fin de semaine.

Les médecins rattachés aux UCDG font en moyenne 142 heures de garde par mois (tableau 12). De grands écarts sont toutefois observés entre les UCDG selon leur taille, leur profil de soins et leur affiliation universitaire. Environ 60 % des médecins responsables des UCDG considèrent que les gardes devraient être prises en compte dans le plan des effectifs médicaux (tableau 12). Les médecins travaillant dans les UCDG de petite taille sont nettement plus nombreux à considérer que ce n'est pas nécessaire (80 %).

Comparaison des effectifs totaux disponibles entre 2002-2003 et 2011-2012

Concernant le personnel soignant, on observe durant les quarts de travail de jour (tableau 13) et de soir (tableau 14) que les effectifs moyens d'infirmières par 15 lits sont moins élevés en 2011-2012 qu'en 2002-2003, tandis que ceux des infirmières auxiliaires ont augmenté. On retrouve présentement 85 % des UCDG où les infirmières auxiliaires sont présentes comparativement à 48 % en 2002-2003. Toutefois, en moyenne, la somme des effectifs de ces deux catégories de professionnels n'est pas différente entre les deux périodes à l'étude. Comparativement à 2002-2003, les effectifs moyens de préposés aux bénéficiaires ont augmenté en 2011-2012 durant les quarts de travail de jour (tableau 13) et de soir (tableau 14). Les effectifs totaux moyens de personnel soignant (infirmière-chef, assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) par UCDG sont plus élevés par 15 lits en 2011-2012 qu'en 2002-2003, et ce durant les trois quarts de travail (tableaux 13 et 14).

Concernant les médecins traitants, on observe une diminution des effectifs dans les 10 dernières années (tableau 13). Il faut rappeler que les écarts observés entre les deux périodes pour les ratios de médecin traitant et du personnel soignant sont moins précis dû au fait que les unités de mesure utilisées variaient (nombre de personne versus ETC) lors des deux collectes de données.

Pour ce qui est des autres catégories de professionnels (tableau 13), soient les infirmières de liaison, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et les pharmaciens, les effectifs sont demeurés comparables.

CONCLUSIONS

En cette période d'austérité économique à laquelle n'échappe aucun système de santé, pour maintenir les acquis d'un réseau universel à tous les citoyens, nous sommes tenus de collaborer à la rationalisation des ressources en optimisant les processus de soins et le fonctionnement des équipes UCDG. Néanmoins, les ratios des autres pays suggèrent des quotas plus élevés que les nôtres. De plus, la majorité des responsables des UCDG s'entendent pour reconnaître que le problème d'accessibilité est grandissant et que la surcharge de travail se fait de plus en plus sentir sur la main-d'œuvre.

Le présent travail a permis de recenser les effectifs professionnels actuellement disponibles dans nos UCDG et de solliciter l'avis des responsables de ces unités sur les effectifs qu'ils jugeraient appropriés pour assurer le bon fonctionnement du programme, prenant en compte les besoins de leur clientèle et leur contexte organisationnel. Une limite à ce travail est que les responsables n'ont pas été interrogés sur la stabilité de leur personnel, le partage de tâches ou la fluctuation des besoins de la clientèle qui peuvent avoir une influence sur la structure de leurs effectifs.

L'analyse des informations recueillies amène le sous-comité à émettre les conclusions suivantes :

- Les UCDG évaluent et traitent une clientèle qui s'est alourdie, c'est-à-dire qui requiert des soins de santé complexes en lien avec les conséquences du très grand âge, de leurs nombreuses comorbidités chroniques et aiguës, des pertes fonctionnelles associées au vieillissement et aux maladies, et des symptômes psychocomportementaux attribuables aux démences et/aux delirium. En effet, la proportion des patients avec comorbidités s'accroît avec l'âge ; si entre 65-79 ans, on retrouve deux conditions significatives ou plus chez 49 %, ceci grimpe à 59% après 80 ans [33]. Selon la récente enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement [34], 7 % des personnes de 15 à 64 ans ont une incapacité qualifiée de modérée et grave, tandis que ce taux se situe respectivement à 26 % chez les 65 ans et plus et 59 % chez les 85 ans et plus.
- Concrètement, les équipes fournissent des soins aigus courants en réajustant constamment leurs tâches auprès d'une clientèle qui nécessite de plus en plus de soins d'assistance physique et de surveillance. Bien que les autres services hospitaliers doivent également composer avec une clientèle vieillissante, ces derniers sont moins bien outillés (formation, compétences spécifiques, mission, environnement, etc.) pour prendre en charge ce type de patients et font appel au service de gériatrie. Ceci entraîne des situations quasi constantes de débordement, particulièrement dans les UCDG des CHU.

- Pour la plupart des UCDG, il n’y a pas de politique institutionnelle qui protège spécifiquement leur mission. Ainsi, d’une part, certaines UCDG ne bénéficient pas d’une exclusivité de programmation, devant partager leur installation physique et leurs ressources professionnelles avec d’autres clientèles aux caractéristiques et besoins divergeants. D’autre part, leur mission de soins aigus et d’évaluation est compromise par un problème d’accessibilité à une gamme étendue de services gériatriques sur le territoire, tel que la réadaptation intensive, les soins palliatifs et l’hébergement. Ainsi, à la fin des traitements actifs, les patients ne sont pas transférés ailleurs dans ou hors du CHSGS. Selon un rapport récent de l’Institut canadien d’information sur la santé [35], chaque jour, au Canada, plus de 5 200 lits en soins de courte durée sont occupés par des patients qui attendent un transfert vers d’autres types de soins, comme ceux de réadaptation ou d’hébergement, en partie de par la complexité des soins requis (ex. dialyse, soins de ventilation, etc.) mais le plus souvent par manque de ressources disponibles. Près de 85 % d’entre eux ont 65 ans ou plus, et 35 % ont plus de 85 ans.

Des changements importants sont actuellement en cours dans les établissements de santé du Québec à la suite de l’obligation donnée aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) d’implanter l’Approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier [36]. Les divers services hospitaliers seront, dans les prochaines années, plus compétents pour prendre soins de manière préventive des clientèles vulnérables, ce qui, on l’espère, permettra aux UCDG de jouer leur rôle de programme spécialisé de gériatrie axé sur les soins aigus et l’évaluation d’une clientèle ayant un potentiel de récupération

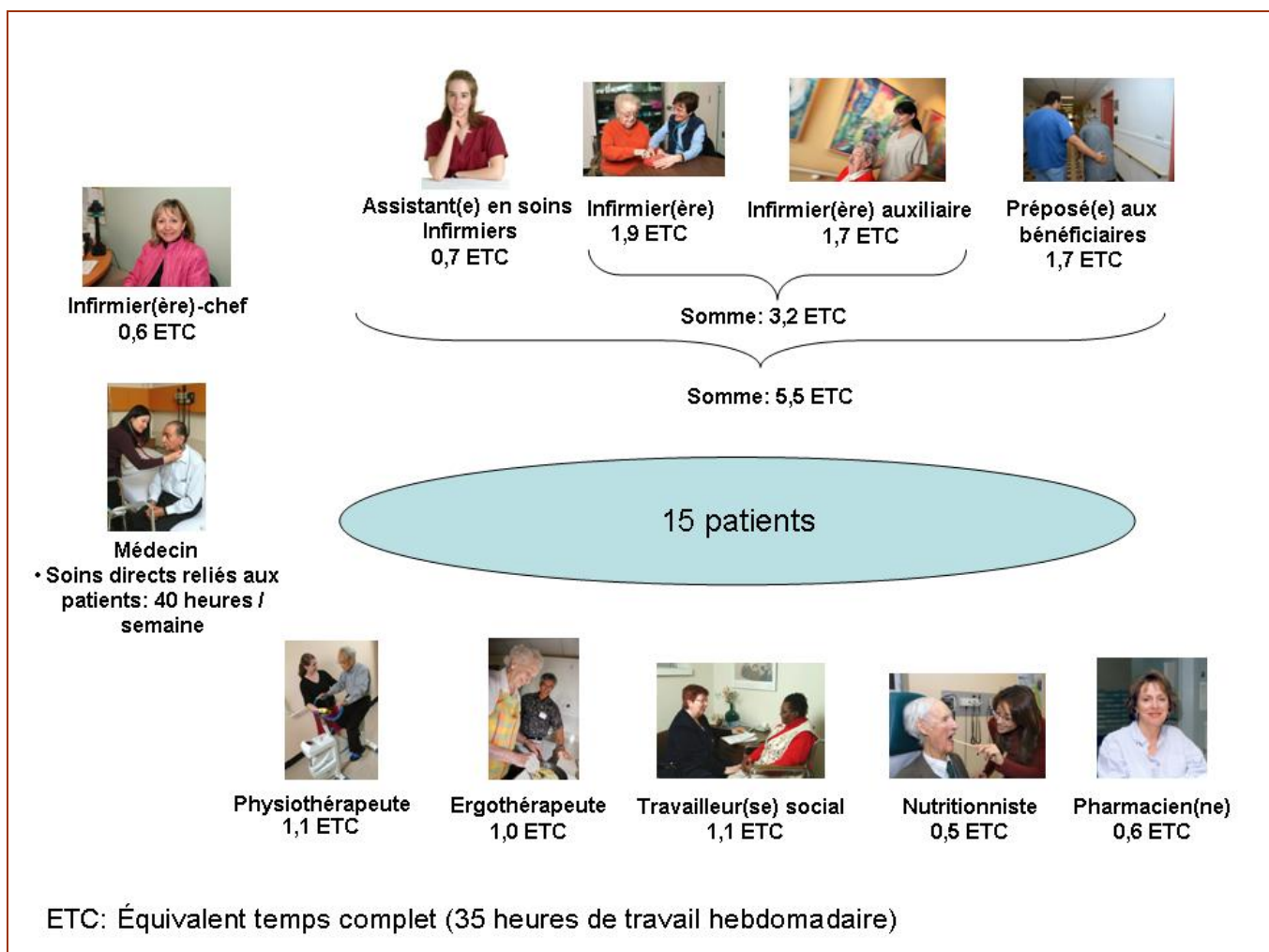
- Le personnel infirmier constitue actuellement la plus grande part des ressources professionnelles en UCDG. Sa composition s’est modifiée depuis les dix dernières années. On retrouve moins d’infirmières certifiées et plus d’infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Le changement dans le ratio infirmière/infirmière auxiliaire est lié à des facteurs multiples, dont, l’augmentation des besoins d’assistance de la clientèle, l’émergence d’un bassin plus grand d’infirmières-auxiliaires, la restructuration des rôles des soignants et la pénurie relative d’infirmières. L’augmentation des ratios de préposés aux bénéficiaires est très encourageante, considérant entre autres leur rôle essentiel dans la mobilisation des patients, laquelle est associée à une diminution du risque de déclin fonctionnel durant l’épisode de soins. Il ressort toutefois de cette transformation une diminution du niveau de qualification global de la structure soignante des UCDG. L’impact de cette modification structurelle sur la qualité des soins rendus et des résultats cliniques pour les patients devra faire l’objet d’une évaluation formelle.
- Bien que les UCDG se distinguent sur plusieurs aspects (taille, profil de soins, affiliation universitaire, contexte géographique, composition de l’équipe médicale, etc.), on observe peu de différence parmi les ratios de professionnels de la santé lorsque ceux-ci sont exprimés sur un numérateur commun (15 lits). Par contre, les ratios actuels de la plupart des professionnels de l’équipe de base utilisés par les administrations hospitalières ont pour effet de sous doter les UCDG à plus grand volume d’activité. À notre avis, cet état de fait fragilise les ressources de ces

UCDG et ne permet pas d'accéder au niveau de qualité requis pour des soins appropriés, sécuritaires et adaptés.

- De façon générale, les responsables des UCDG sont très parcimonieux et proposent une légère augmentation des ratios d'effectifs médicaux et paramédicaux des équipes de base. Comparativement aux ratios recensés dans la littérature internationale (cf. mise en contexte et annexes 1 et 2), les ratios de professionnels observés et souhaités en 2011-2012 dans les UCDG québécoises sont généralement plus bas lorsqu'exprimés pour 15 patients. Toutefois, d'autres variables telles que la durée de séjour visée et la définition détaillée des tâches de chaque catégorie de professionnels seraient nécessaires pour assurer une comparaison stricte du rendement entre les programmes de courte durée gériatrique. En se fondant sur leur expérience clinique et les échanges qu'ils ont eus avec les membres du RUSHGQ, les membres du sous-comité considèrent que les ratios souhaités par les responsables sont justifiés et réalistes.
- Les responsables des UCDG souhaitent accéder à certains experts tels que gérontopsychiatre, neuropsychologue et orthophoniste. Pour répondre aux besoins plus complexes de la clientèle, il est nécessaire d'avoir une équipe multiprofessionnelle suffisante tant dans sa composition qu'en terme de nombre.
- Le nombre, la composition et l'organisation des effectifs médicaux varient entre les UCDG. Pour la première fois, des points de repère ont été établis pour la planification du temps **consacré aux soins directs aux patients** et à **la couverture des gardes reliée spécifiquement à l'UCDG**. À l'heure actuelle, le système d'allocation des PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) est plutôt rigide. En effet, il ne permet pas le fractionnement, ainsi un médecin travaillant à demi-temps est comptabilisé comme un équivalent à temps complet. De plus, il ne tient pas compte des absences pour maladie, congé parental, vacances et perfectionnement ou autres situations, pourtant prises en considération pour les autres groupes professionnels (ex. : planification d'une réserve de 25% à 40 % des effectifs professionnels en soins infirmiers en sus des effectifs de fonctionnement).
- Finalement, le présent travail met en évidence l'urgent besoin au niveau national, voire international, de disposer de données de comparaison permettant de mettre en relation les caractéristiques cliniques des patients, les résultats de santé, les caractéristiques organisationnelles et environnementales des milieux et celles de la main d'œuvre disponible (catégories, compétences, nombre) afin d'assurer une meilleure planification des effectifs requis pour assurer des soins de qualité aux personnes âgées à travers tout le réseau. Les ratios recommandés devraient permettre une souplesse dans leur application afin que les gestionnaires d'unités puissent atteindre la meilleure qualité de soins possible tout en étant efficaces et qu'ils puissent s'adapter aux besoins cliniques fluctuant des patients âgés et assurer le bien-être des professionnels.

RECOMMANDATION DE RATIOS D'EFFECTIFS APPROPRIÉS EN UCDG

Pour assurer la prestation de soins **durant la semaine et le quart de travail de jour**, en se basant sur les ratios moyens proposés par les équipes UCDG et une **durée moyenne de séjour de 26 jours**, le sous-comité propose par 15 lits, les ratios de professionnels de l'**équipe de base** illustrés dans l'encadré ci-bas. Ces ratios doivent être utilisés comme un guide, ils devront être ajustés en fonction du contexte particulier à chaque UCDG et l'évolution des caractéristiques cliniques de la clientèle hospitalisée. Il en est de même pour les autres professionnels (infirmière de liaison, infirmière clinicienne, neuropsychologue, orthophoniste, etc.) qui s'ajouteront au besoin à l'équipe de base.



Note : Selon la convention collective 2011-2015 de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la semaine régulière de travail des postes en soins infirmiers peut-être de 35, 36,25 ou 37,5 heures par semaine (http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/cc_fiq-cpnss_20-mars-2011-au-31-mars-2015_fra.pdf).

Tableaux

Tableau 1. Liste et caractéristiques des UCDG

Classement	Lits UCDG	Adm./an	DMS	Univer-sitaire	Équipe médicale	UCDG partagée	Type de service	Lits service
Soins aigus/évaluation (n=10)								
Centre hospitalier de l'Université Laval *	44	700	18	Oui	Gér. excl.	Non		
CSSS Sud-O-Verdun	42	760	12	Oui	Md fam. excl.	Oui	Médecine	62
Hôp. de l'Enfant-Jésus*	38	843	27	Oui	Gér. excl.	Non		
Hôp. St-Mary	22	430	21	Oui	Mixte (G/O)	Non		
CSSS de St-Jérôme*	18	440	14	Non	Md fam. excl.	Non		
Hôp. St-Luc, Centre hospitalier de l'Université de Montréal*	16	280	23	Oui	Gér. excl.	Non		
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec*	14	268	17	Oui	Mixte (G/O)	Oui	Médecine, chirurgie, soins palliatifs, attente d'hébergement	28
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*	10	200	20	Oui	Gér. excl.	Oui	Soins médicaux spécialisés	161
CSSS de Beauce*	10	235	16	Oui	Md fam. excl.	Non		
CSSS de la Pommeraie*	9	220	15	Non	Md fam. excl.	Non		
Mixte (n=23)								
CSSS Laval*	30	375	25	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôp. du Sacré-Cœur de Montréal*	30	475	18	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôp. Jean-Talon*	25	363	26	Non	Md fam. excl.	Non		
Hôp. Maisonneuve-Rosemont*	25	240	39	Oui	Md fam. excl.	Non		
CSSS Arthabaska et de l'Érable*	24	318	23	Oui	Mixte (G/O)	Oui	Soins palliatifs	29
CSSS Jardins-Roussillons	21	328	25	Non	Md fam. excl.	Oui	Soins palliatifs, attente d'hébergement	36
CSSS du Nord de Lanaudière*	20	312	23	Oui	Md fam. excl.	Oui	Médecine et attente évaluation/orientation	34
CSSS Pierre-Boucher	20	200	10	Non	Md fam. excl.	Non		
Hôtel-Dieu de Lévis*	20	260	19	Oui	Mixte (G/O)	Non		
Hôp. Notre-Dame (CHUM)*	20	250	25	Oui	Mixte (G/O)	Non		
Hôp. Royal-Victoria (CUSM)*	20	200	33	Oui	Gér. excl.	Oui	Attente évaluation/orientation	25
CSSS Drummond	18	255	25	Oui	Md fam. excl.	Non		
CSSS du Suroît	16	243	22	Non	Md fam. excl.	Non		
CSSS de Jonquière	16	115	23	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	64
CSSS Rimouski-Neigette*	15	185	24	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	31

Classement	Lits UCDG	Adm./an	DMS	Univer-sitaire	Équipe médicale	UCDG partagée	Type de service	Lits service
CSSS de Gatineau*	15	167	27	Non	Md fam. excl.	Non		
CSSS de l'Énergie	15	112	27	Non	Mixte (G/O)	Oui	Réadaptation fonctionnelle intensive	27
CSSS Sud Lanaudière*	12	145	14	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	58
CSSS du Haut-St-Laurent*	10	105	14	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine et chirurgie	38
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	10	150	22	Non	Md fam. excl.	Non		
CSSS Rivière-du-loup*	8	97	22	Non	Md fam. excl.	Oui	Réadaptation fonctionnelle intensive et médecine	20
CSSS Montmagny-l'Islet*	6	95	21	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine, chirurgie de tout l'hôpital	71
CSSS Haute-Gaspésie	4	55	23	Non	Md fam. excl.	Oui	Psychiatrie, multicientèle (chirurgie, médecine, pédiatrie)	26
Réadaptation (n=13)								
CSSS-Institut universitaire de Sherbrooke * †	40	350	30	Oui	Gér. excl.	Non		
Hôp. Général Juif de Montréal	32	300	40	Oui	Mixte (G/O)	Non		
Hôp. St-François d'Assise*	31	233	31	Oui	Md fam. excl.	Non		
Institut universitaire de gériatrie de Montréal †	28	140	46	Oui	Md fam. excl.	Non		
CSSS de Trois-Rivières*	19	224	38	Oui	Mixte (G/O)	Oui	Répit et soins palliatifs	22
CSSS Domaine-du-Roy	18	174	40	Non	Md fam. excl.	Non		
CSSS Richelieu-Yamaska*	18	188	32	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	33
Hôp. Général de Montréal ‡	18	120	48	Oui	Gér. excl.	Oui	Médecine	22
CSSS Haute-Yamaska	16	195	31	Non	Md fam. excl.	Oui	Attente hébergement	28
Hôp. Notre-Dame-de-la-Merci* †	8	45	46	Oui	Md fam. excl.	Oui	Gériatrie à l'exclusion de l'hébergement	30
CSSS de la Matapédia	7	68	24	Oui	Md fam. excl.	Oui	Médecine	37
CSSS Charlevoix*	7	63	38	Non	Md fam. excl.	Oui	Tout l'hôpital	101
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	2	12	29	Non	Md fam. excl.	Oui	Réadaptation fonctionnelle intensive	14

Adm., nombre d'admissions rapporté par les responsables; DMS, durée moyenne de séjour rapportée par les responsables; Gér. excl., gériatre exclusivement; Md fam. excl., médecin de famille exclusivement; Mixte (G/O), gériatre(s) et médecin(s) de famille.

* UCDG pour lesquelles le médecin responsable a répondu au questionnaire no. 2. Le CSSS Pierre-de-Saurel a participé au questionnaire no.2 mais pas au questionnaire no.1.

† Ces UCDG ne sont pas situées dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, mais dans des structures de soins gériatriques.

‡ Cette UCDG a été fermée en décembre 2012.

Tableau 2. Organisation du travail des médecins traitants en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Organisation du travail	Caractéristiques des UCDG									
	Taille (nombre de lits)				Profil de soins			Universitaire		Total
	≤ 9 (n=5)	10-15 (n=8)	16-20 (n=8)	≥ 21 (n=9)	Soins aigus/éva- luation (n=8)	Mixte (n=15)	Réadap- tation (n=7)	Oui (n=18)	Non (n=12)	(n=30)
Nombre d'heures consacrées par les médecins aux soins directs aux patients /15 lits (par UCDG, moy. ± écart-type)										
Actuel	41 ± 10	42 ± 5	27 ± 5 ¹	20 ± 6 ²	36 ± 14	30 ± 9	26 ± 12	27 ± 10	37 ± 11 ³	31 ± 11
Approprié	43 ± 7	41 ± 5	38 ± 7	39 ± 7	39 ± 9	40 ± 4	41 ± 8	40 ± 7	40 ± 6	40 ± 6
UCDG où les médecins consacrent tout leur temps aux soins directs aux patients (n UCDG)	3	1	2	2	1	3	4	2	6	8
Mode de rémunération (n UCDG)⁴										
UCDG où tous les médecins sont rémunérés selon un taux horaire/honoraires fixes/vacation/rémunération mixte	5	6	6	8	7	12	6	15	10	25
UCDG où il n'y a pas d'uniformité dans les modes de rémunération	0	2	2	1	1	3	1	3	2	5
Composition de l'équipe médicale (n UCDG)^{4,5}										
UCDG avec médecins de famille excl.	8	6	9	8	4	18	9	11	20	31
UCDG avec gériatres excl.	0	1	3	3	4	1	2	7	0	7
UCDG avec les 2 spécialités	0	2	3	3	2	4	2	7	1	8
Rotation (n UCDG)⁴										
UCDG où il n'y a pas de rotation	3	4	1	2	0	6	4	3	7	10
UCDG où il y a une rotation ≥ 3 semaines	0	2	3	4	6	1	2	8	1	9
UCDG où il y a une rotation < 3 semaines	2	2	4	3	2	8	1	7	4	11

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Significativement différent des UCDG ayant ≤ 9 lits (P < 0,01) et 10-15 lits (P < 0,01).

² Significativement différent des UCDG ayant ≤ 9 lits (P < 0,001) et 10-15 lits (P < 0,001).

³ Significativement différent des UCDG universitaires (P < 0,001).

⁴ Analyses statistiques non-applicables car plusieurs sous-catégories ont un nombre inférieur à 5.

⁵ n total = 46 UCDG.

Tableau 3. Effectif actuel et qui serait jugé approprié pour les médecins traitants, physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Médecin traitant ¹		Physiothérapeute ²		Ergothérapeute		Travailleur social	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
Taille (nombre de lits)	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
4 à 9 (n=8)	1,4 (1,4)	1,8 (1,7)	1,2 (1,3)	1,6 (1,3) ³	1,1 (1,2)	1,2 (1,3)	1,2 (1,3)	1,3 (1,3)
10 à 15 (n=9)	1,2 (1,1)	1,3 (1,3)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)	0,9 (1,0)	1,0 (1,0)	0,9 (1,0)	1,1 (1,1)
16 à 20 (n=15)	1,0 (0,9)	1,4 (1,1)	1,1 (0,9)	1,2 (0,9)	0,9 (0,8)	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	1,1 (1,1)
21 à 40 (n=14)	1,2 (1,2)	1,4 (1,2)	0,7 (0,6)	0,8 (0,9)	0,7 (0,7)	0,8 (0,9)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)
Type de clientèle								
Soins aigus/évaluation (n=10)	1,1 (1,0)	1,1 (1,0)	1,0 (1,0)	1,3 (1,0)	0,9 (1,0)	1,1 (1,1)	1,0 (1,0)	1,2 (1,1)
Mixte (n=23)	1,3 (1,2)	1,7 (1,5)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)	0,9 (0,8)	0,9 (0,8)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)
Réadaptation (n=13)	1,0 (0,9)	1,3 (1,0)	1,0 (0,8)	1,2 (1,0)	0,8 (0,8)	1,0 (0,9)	0,9 (0,9)	1,1 (1,0)
Affiliation universitaire								
Universitaire (n=25)	1,2 (1,0)	1,3 (1,1)	1,0 (0,8)	1,2 (1,0)	0,8 (0,8)	1,0 (0,9)	0,9 (0,9)	1,1 (1,0)
Non-universitaire (n=21)	1,2 (1,1)	1,6 (1,6)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)	0,9 (0,8)	0,9 (0,8)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)
TOTAL	1,2 (1,1)	1,4 (1,3) **	1,0 (0,9)	1,1 (1,0) **	0,9 (0,8)	1,0 (1,0) *	0,9 (0,9)	1,1 (1,1) ***
n UCDG	43	43	46	45	46	45	44	44

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : * P < 0,05 ** P < 0,01 *** P < 0,01

¹ Correspond au nombre de médecin traitant rattaché à l'UCDG.

² Inclut les thérapeutes en réadaptation physique.

³ Significativement différent (P ≤ 0,05) de la catégorie ≥ 21 lits.

Tableau 4. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de jour en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Inf.-chef		ASI		Infirmière		Infirmière auxiliaire		PAB	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
Taille (nombre de lits)	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)									
4 à 9 (n=8)	0,5 (0,5)	0,2 ¹	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,9 (1,9)	1,9 (1,9)	2,3 (1,9)	2,6 (2,4)	2,3 (2,2)	2,3 (2,2)
10 à 15 (n=9)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,8 (0,6)	0,8 (0,6)	1,8 (1,5)	1,9 (1,6)	1,4 (1,5)	1,4 (1,5)	1,7 (1,6)	1,8 (1,7)
16 à 20 (n=15)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	1,6 (1,4)	1,7 (1,7)	1,6 (1,7)	1,7 (1,7)	1,4 (1,5)	1,6 (1,7)
21 à 40 (n=14)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5) ²	1,8 (1,5)	1,9 (1,5)	1,3 (1,2)	1,5 (1,3)	1,3 (1,5)	1,5 (1,7)
Type de clientèle ³										
Soins aigus/évaluation (n=10)	0,5 (0,4)	0,5 (0,4)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	2,0 (1,7)	2,0 (1,6)	1,4 (1,6)	1,5 (1,6)	1,5 (1,6)	1,8 (1,7)
Mixte (n=23)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,6 (1,5)	1,8 (1,7)	1,6 (1,5)	1,6 (1,5)	1,6 (1,5)	1,7 (1,7)
Réadaptation (n=13)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,7 (0,5)	0,8 (0,6)	1,7 (1,5)	1,9 (1,5)	1,8 (1,5)	2,2 (2,0)	1,5 (1,4)	1,8 (1,9)
Affiliation universitaire										
Universitaire (n=25)	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,5)	2,0 (1,6)	2,1 (1,7)	1,4 (1,5)	1,6 (1,5)	1,5 (1,4)	1,8 (1,9)
Non-universitaire (n=21)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,9 (0,9) ⁴	0,9 (0,9) ⁵	1,4 (1,3) ⁶	1,6 (1,5) ⁷	1,8 (1,7)	1,9 (1,7)	1,6 (1,5)	1,7 (1,7)
TOTAL	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,7 (1,5)	1,9 (1,6)**	1,6 (1,5)	1,7 (1,5)	1,5 (1,5)	1,7 (1,7)***
n UCDG	35	35	40	40	41	42	40	37	42	45

Inf.-chef, infirmière-chef; ASI, assistante en soins infirmiers; PAB, préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : ** P < 0,01 *** P < 0,001

¹ Seulement une des deux UCDG ayant ≤ 9 lits et qui disposent d'une infirmière-chef a fourni le ratio jugé approprié.

² Significativement différent de la catégorie 16-20 lits (P ≤ 0,05).

³ Soins aigus/évaluation = UCDG qui offre principalement des soins de soins aigus et d'évaluation; Réadaptation = UCDG qui offre principalement des soins de réadaptation intensive; Mixte = UCDG qui offre soins incluant les deux catégories précédentes.

⁴ Significativement différent de la catégorie universitaire (P ≤ 0,01).

⁵ Significativement différent de la catégorie universitaire (P ≤ 0,05).

⁶ Significativement différent de la catégorie universitaire (P ≤ 0,01).

⁷ Significativement différent de la catégorie universitaire (P ≤ 0,05).

Tableau 5. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de soir en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	ASI		Infirmière		Infirmière auxiliaire		PAB	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
Taille (nombre de lits)								
4 à 9 (n=8)	0,8 (0,8)	0,9 (0,9)	1,3 (0,9)	1,3 (0,9)	1,8 (1,5)	1,9 (1,5)	1,8 (1,7) ²	1,8 (1,5)
10 à 15 (n=9)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,4 (1,5)	1,6 (1,5)	1,1 (1,1)	1,1 (1,1)	1,2 (1,1)	1,3 (1,1)
16 à 20 (n=15)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	1,1 (0,9)	1,2 (0,9)	1,1 (0,9)	1,1 (0,9)	0,9 (0,9)	1,1 (1,1)
21 à 40 (n=14)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	1,1 (0,8)	1,3 (1,2)	1,0 (0,9)	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	1,0 (0,9)
Type de clientèle ³								
Soins aigus/évaluation (n=10)	0,6 (0,5)	0,7 (0,5)	1,3 (1,4)	1,4 (1,4)	1,1 (1,0)	1,1 (1,1)	1,2 (1,0)	1,3 (1,2)
Mixte (n=23)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,3 (1,0)	1,3 (1,0)	1,1 (0,9)	1,1 (0,9)	1,1 (1,0)	1,1 (1,0)
Réadaptation (n=13)	0,6 (0,5)	0,7 (0,7)	1,0 (0,8)	1,2 (0,8)	1,4 (1,0)	1,5 (1,4)	1,1 (0,9)	1,3 (1,3)
Affiliation universitaire								
Universitaire (n=25)	0,5 (0,5) ⁴	0,5 (0,5) ⁴	1,3 (1,3)	1,4 (1,4)	1,2 (1,0)	1,2 (1,0)	1,1 (0,9)	1,3 (1,3)
Non-universitaire (n=21)	0,7 (0,8)	0,8 (0,8)	1,1 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,2 (0,9)	1,1 (1,0)	1,1 (1,0)
TOTAL	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,2 (1,0)	1,3 (1,2) **	1,2 (1,0)	1,2 (1,0)	1,1 (1,0)	1,2 (1,1) **
n UCDG	36	36	35	37	38	38	42	44

Inf.-chef, infirmière-chef; ASI, assistante en soins infirmiers; PAB, préposé aux bénéficiaires; N.D., non-disponible; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : ** P < 0,01

¹ Une seule UCDG dans cette sous-catégorie.

³ Au moins une différence significative entre les 4 catégories de taille (P ≤ 0,05), mais aucun test de comparaison multiple significatif à 0,05.

³ Soins aigus/évaluation = UCDG qui offre principalement des soins de santé aigus et d'évaluation; Réadaptation = UCDG qui offre principalement des soins de réadaptation intensive; Mixte = UCDG qui offre soins incluant les deux catégories précédentes.

⁴ Significativement différent (P ≤ 0,05) entre UCDG universitaires et non-universitaires.

Tableau 6. Effectif infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de nuit en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	ASI		Infirmière		Infirmière auxiliaire		PAB	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
Taille (nombre de lits)								
4 à 9 (n=8)	0,8 (0,7)	0,7 (0,6)	1,0 (0,9)	1,0 (0,9)	1,3 (0,8)	1,5 (0,9)	1,5 (0,7)	1,7 (1,4)
10 à 15 (n=9)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,3 (1,3)	1,2 (1,1)	1,1 (1,2)	1,1 (1,2)	1,1 (1,1)	1,2 (1,1) ¹
16 à 20 (n=15)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	1,0 (0,8)	1,0 (0,8)	0,7 (0,8)	0,8 (0,8)	0,8 (0,8)	0,9 (0,8)
21 à 40 (n=14)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,9 (0,8)	1,1 (1,2)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)
Type de clientèle ³								
Soins aigus/évaluation (n=10)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,2 (0,9)	1,2 (1,2)	0,8 (0,8)	0,8 (0,8)	0,8 (0,8)	0,9 (0,8)
Mixte (n=23)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,9 (0,9)	1,0 (0,9)	0,9 (0,6)	0,9 (0,6)	1,0 (0,9)	1,1 (0,8)
Réadaptation (n=13)	0,5 (0,6)	0,6 (0,6)	1,1 (1,0)	1,1 (1,1)	0,8 (0,8)	0,9 (0,8)	0,7 (0,6)	0,8 (0,7)
Affiliation universitaire								
Universitaire (n=25)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	1,1 (1,0)	1,1 (1,2)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,7 (0,6)	0,8 (0,7)
Non-universitaire (n=21)	0,7 (0,7)	0,7 (0,6)	0,9 (0,9)	1,0 (0,8)	1,1 (0,9)	1,1 (0,9)	1,0 (0,9)	1,1 (0,8)
TOTAL	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,0 (0,9)	1,1 (1,0)	0,9 (0,7)	0,9 (0,8)	0,9 (0,7)	1,0 (0,8) **
n UCDG	32	34	31	32	32	32	35	40

Inf.-chef, infirmière-chef; ASI, assistante en soins infirmiers; PAB, préposé aux bénéficiaires; N.D., non-disponible (donnée manquante); UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : ** P < 0,01

¹ Au moins une différence significative entre les 4 catégories de taille (P ≤ 0,05), mais aucun test de comparaison multiple significatif à 0,05 entre les sous-catégories prises deux à deux.

² Une seule UCDG dans cette sous-catégorie.

³ Soins aigus/évaluation = UCDG qui offre principalement des soins de santé aigus et d'évaluation; Réadaptation = UCDG qui offre principalement des soins de réadaptation intensive; Mixte = UCDG qui offre soins incluant les deux catégories précédentes.

Tableau 7. Effectif total infirmier actuel et qui serait jugé approprié durant les trois quarts de travail en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Effectif total ¹ Jour		Effectif total ¹ Soir		Effectif total ¹ Nuit	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
Taille (nombre de lits)	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)					
4 à 9 (n=8)	5,7 (5,7)	6,4 (6,6)	3,9 (3,4)	4,4 (3,8)	3,0 (2,5)	3,3 (2,5)
10 à 15 (n=9)	5,1 (5,3)	5,4 (5,9)	3,9 (3,5)	4,1 (3,5)	2,8 (3,0)	3,0 (3,0)
16 à 20 (n=15)	4,8 (4,8)	5,4 (5,1)	3,2 (3,4)	3,6 (3,8)	2,2 (2,0)	2,6 (2,5)
21 à 40 (n=14)	4,6 (4,7)	5,1 (5,4)	3,0 (3,0)	3,4 (3,3)	2,0 (1,9)	2,3 (2,2)
Type de clientèle ¹						
Soins aigus/évaluation (n=10)	4,9 (4,8)	5,5 (5,5)	3,7 (3,3)	4,1 (3,8)	2,8 (2,6)	2,9 (2,8)
Mixte (n=23)	5,0 (5,0)	5,2 (5,1)	3,5 (3,4)	3,7 (3,5)	2,4 (2,0)	2,7 (2,3)
Réadaptation (n=13)	5,0 (4,8)	5,9 (6,2)	3,0 (3,0)	3,7 (3,8)	2,2 (2,0)	2,6 (2,4)
Affiliation universitaire						
Universitaire (n=25)	5,0 (4,9)	5,5 (5,5)	3,3 (3,1)	3,6 (3,5)	2,4 (2,2)	2,6 (2,4)
Non-universitaire (n=21)	4,9 (4,8)	5,5 (5,4)	3,5 (3,4)	3,9 (3,8)	2,4 (2,1)	2,8 (2,5)
TOTAL	5,0 (4,9)	5,5 (5,5) ***	3,4 (3,3)	3,8 (3,5) ***	2,4 (2,1)	2,7 (2,5) ***
n UCDG	46	45	46	45	46	45

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : *** P ≤ 0,01

¹ Somme des effectifs en soins infirmiers: assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

² Soins aigus/évaluation = UCDG qui offre principalement des soins de santé aigus et d'évaluation; Réadaptation = UCDG qui offre principalement des soins de réadaptation intensive; Mixte = UCDG qui offre soins incluant les deux catégories précédentes.

Tableau 8. Comparaison de l'effectif actuel et qui serait jugé approprié durant le quart de travail de jour pour les UCDG ayant plus et moins de 30 lits

Professionnels	Actuel			Approprié		
	UCDG ≥ 30 lits (n=8)	UCDG ≤ 28 lits (n=38)	Total (n=46)	UCDG ≥ 30 lits (n=8)	UCDG ≤ 28 lits (n=38)	Total (n=46)
	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)					
Médecin	1,2 ± 0,6 (1,0)	1,2 ± 0,4 (1,1)	1,2 ± 0,4 (1,1)	1,3 ± 0,9 (1,0)	1,5 ± 0,7 (1,3)	1,4 ± 0,7 (1,3)
Inf. - chef	0,4 ± 0,1 (0,4)	0,6 ± 0,3 (0,6) ¹	0,6 ± 0,3 (0,5)	0,4 ± 0,1 (0,4)	0,6 ± 0,3 (0,5) ¹	0,6 ± 0,3 (0,5)
ASI	0,5 ± 0,1 (0,5)	0,8 ± 0,4 (0,6) ²	0,7 ± 0,4 (0,6)	0,5 ± 0,1 (0,5)	0,8 ± 0,4 (0,6) ³	0,7 ± 0,4 (0,6)
Infirmière	1,7 ± 0,6 (1,5)	1,7 ± 0,8 (1,5)	1,7 ± 0,7 (1,5)	2,0 ± 0,8 (1,8)	1,8 ± 0,8 (1,6)	1,9 ± 0,8 (1,6)
Infirmière auxiliaire	1,1 ± 0,5 (1,1)	1,7 ± 0,9 (1,6)	1,6 ± 0,8 (1,5)	1,3 ± 0,5 (1,4)	1,8 ± 0,9 (1,7) ²	1,7 ± 0,8 (1,5)
Inf. + inf. auxiliaires	2,8 ± 0,3 (2,9)	3,0 ± 0,8 (3,0)	2,9 ± 0,7 (3,0)	3,1 ± 0,6 (3,1)	3,2 ± 0,8 (3,0)	3,2 ± 0,7 (3,0)
PAB	1,5 ± 0,4 (1,6)	1,6 ± 0,7 (1,5)	1,5 ± 0,6 (1,5)	1,7 ± 0,5 (1,9)	1,7 ± 0,7 (1,7)	1,7 ± 0,6 (1,7)
Personnel infirmier total ⁴	4,7 ± 0,5 (4,8)	5,0 ± 1,2 (5,0)	5,0 ± 1,1 (4,9)	5,3 ± 0,9 (5,5)	5,5 ± 1,2 (5,4)	5,5 ± 1,2 (5,5)
Infirmière de liaison	0,5	0,6 ± 0,3 (0,7)	0,6 ± 0,3 (0,6)	0,5 ± 0,2 (0,5)	0,6 ± 0,2 (0,6)	0,6 ± 0,2 (0,6)
Physiothérapeute ⁵	0,6 ± 0,2 (0,5)	1,1 ± 0,5 (0,9) ²	1,0 ± 0,5 (0,9)	0,8 ± 0,2 (1,0)	1,2 ± 0,6 (1,0)	1,1 ± 0,6 (1,0)
Ergothérapeute	0,7 ± 0,2 (0,7)	0,9 ± 0,4 (0,9) ²	0,9 ± 0,4 (0,8)	0,9 ± 0,3 (1,0)	1,0 ± 0,4 (0,9)	1,0 ± 0,4 (1,0)
Travailleur social	0,9 ± 0,3 (0,9)	1,0 ± 0,4 (0,9)	0,9 ± 0,4 (0,9)	1,1 ± 0,4 (1,0)	1,1 ± 0,4 (1,1)	1,1 ± 0,4 (1,1)
Nutritionniste	0,3 ± 0,2 (0,3)	0,4 ± 0,2 (0,3)	0,4 ± 0,2 (0,3)	0,5 ± 0,2 (0,5)	0,5 ± 0,3 (0,4)	0,5 ± 0,3 (0,4)
Pharmacien	0,4 ± 0,2 (0,2)	0,5 ± 0,3 (0,5)	0,5 ± 0,3 (0,5)	0,5 ± 0,2 (0,5)	0,6 ± 0,3 (0,5)	0,5 ± 0,3 (0,5)

ASI : assistante en soins infirmiers; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Significativement différent ($P \leq 0,01$) entre les UCDG ≥ 30 lits et les UCDG ≤ 28 lits.

² Significativement différent ($P \leq 0,05$) entre les UCDG ≥ 30 lits et les UCDG ≤ 28 lits.

³ Significativement différent ($P \leq 0,001$) entre les UCDG ≥ 30 lits et les UCDG ≤ 28 lits.

⁴ Assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

⁵ Inclut les thérapeutes en réadaptation physique.

Tableau 9. Comparaison de l'effectif actuel et qui serait jugé approprié durant les quarts de travail de soir et de nuit pour les UCDG ayant plus ou moins 30 lits

Professionnels	UCDG ≥ 30 lits (n=8)	Actuel UCDG ≤ 28 lits (n=38)	Total (n=46)	UCDG ≥ 30 lits (n=8)	Approprié UCDG ≤ 28 lits (n=38)	Total (n=46)
	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)					
Quart de travail de soir						
ASI	0,4 ± 0,1 (0,4)	0,7 ± 0,3 (0,6) ²	0,6 ± 0,3 (0,5)	0,4 ± 0,2 (0,4)	0,7 ± 0,3 (0,6) ¹	0,6 ± 0,3 (0,5)
Infirmière	1,2 ± 0,5 (1,1)	1,2 ± 0,6 (1,0)	1,2 ± 0,6 (1,0)	1,4 ± 0,7 (1,2)	1,3 ± 0,6 (1,0)	1,3 ± 0,6 (1,2)
Infirmière auxiliaire	0,9 ± 0,3 (1,0)	1,3 ± 0,8 (0,9)	1,2 ± 0,7 (1,0)	1,0 ± 0,4 (1,0)	1,3 ± 0,8 (0,9)	1,2 ± 0,7 (1,0)
Somme inf. et inf. auxiliaire	2,0 ± 0,3 (2,1)	1,9 ± 0,7 (1,8)	1,9 ± 0,7 (1,9)	2,2 ± 0,5 (2,3)	2,0 ± 0,7 (1,9)	2,1 ± 0,7 (2,0)
PAB	1,0 ± 0,3 (1,0)	1,1 ± 0,6 (1,0)	1,1 ± 0,6 (1,0)	1,1 ± 0,4 (1,0)	1,2 ± 0,6 (1,1)	1,2 ± 0,6 (1,1)
Personnel infirmier total ³	3,2 ± 0,6 (3,2)	3,4 ± 1,2 (3,3)	3,4 ± 1,1 (3,3)	3,7 ± 0,7 (3,6)	3,8 ± 1,2 (3,5)	3,8 ± 1,1 (3,5)
Quart de travail de nuit						
ASI	0,4 ± 0,1 (0,4)	0,7 ± 0,3 (0,6) ¹	0,6 ± 0,3 (0,5)	0,4 ± 0,1 (0,4)	0,7 ± 0,3 (0,6)	0,6 ± 0,3 (0,5)
Infirmière	0,9 ± 0,5 (0,8)	1,1 ± 0,4 (0,9)	1,0 ± 0,4 (0,9)	1,1 ± 0,5 (1,1)	1,1 ± 0,4 (0,9)	1,1 ± 0,4 (1,0)
Infirmière auxiliaire	0,6 ± 0,2 (0,7)	0,9 ± 0,7 (0,8)	0,9 ± 0,6 (0,7)	0,6 ± 0,2 (0,7)	0,9 ± 0,7 (0,8)	0,9 ± 0,6 (0,8)
Somme inf. et inf. aux.	1,5 ± 0,4 (1,5)	1,3 ± 0,7 (1,2)	1,3 ± 0,7 (1,3)	1,6 ± 0,5 (1,9)	1,4 ± 0,6 (1,3)	1,4 ± 0,6 (1,5)
PAB	0,6 ± 0,2 (0,6)	1,0 ± 0,7 (0,8)	0,9 ± 0,6 (0,7)	0,7 ± 0,3 (0,5)	1,0 ± 0,7 (0,8)	1,0 ± 0,6 (0,8)
Personnel infirmier total ³	2,4 ± 0,6 (2,4)	2,4 ± 1,3 (2,0)	2,4 ± 1,2 (2,1)	2,7 ± 0,8 (2,7)	2,7 ± 1,2 (2,5)	2,7 ± 1,2 (2,5)

ASI : assistante en soins infirmiers; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Significativement différent ($P \leq 0,05$) entre les UCDG ≥ 30 lits et les UCDG ≤ 28 lits.

² Significativement différent ($P \leq 0,001$) entre les UCDG ≥ 30 lits et les UCDG ≤ 28 lits.

³ Assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

Tableau 10. Effectif actuel et jugé approprié pour les nutritionnistes, pharmaciens et infirmières de liaison en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Nutritionniste		Pharmacien		Infirmière de liaison	
	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié	Actuel	Approprié
	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)					
Taille (nombre de lits)						
4 à 9 (n= 8)	0,3 (0,2)	0,4 (0,4)	0,4 (0,5)	0,4 (0,5)	0,8 ¹	0,8 ¹
10 à 15 (n=9)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)	0,6 (0,5)	0,4 (0,3)	0,5 (0,4)
16 à 20 (n=15)	0,4 (0,3)	0,4 (0,4)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,7 (0,8)	0,6 (0,7)
21 à 40 (n=14)	0,3 (0,3)	0,4 (0,4)	0,4 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)
Type de clientèle						
Soins aigus/évaluation (n=10)	0,3 (0,3)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,4 (0,2)	0,5 (0,4)
Mixte (n=23)	0,3 (0,3)	0,4 (0,4)	0,4 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)
Réadaptation (n=13)	0,4 (0,3)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,7)	0,9 (0,9)	0,5 (0,6)
Affiliation universitaire						
Universitaire (n=25)	0,4 (0,3)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,7)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)
Non-universitaire (n=21)	0,3 (0,3)	0,4 (0,4)	0,4 (0,5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)
TOTAL	0,4 (0,3)	0,5 (0,4) ***	0,5 (0,5)	0,6 (0,5) **	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)
n UCDG	45	43	31	35	19	23

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Comparaison des effectifs disponibles et jugés appropriés : ** P < 0,01 *** P < 0,001

¹ Une seule UCDG dans cette sous-catégorie.

Tableau 11. Description de la disponibilité actuelle et de celle qui serait souhaitée pour les professionnels de la santé qui agissent à titre de consultant dans les UCDG

Professionnel	Actuel	Souhaité
Gérontopsychiatre	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3 heures/semaine (3 UCDG) • 16-20 heures/semaine (4 UCDG) • Sur demande (12 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 heures (4 UCDG) • 10-16 heures (3 UCDG) • 20 heures (1 UCDG) • Sur demande (19 UCDG)
Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 heures/semaine (4 UCDG) • 8-10 heures/semaine (3 UCDG) • Sur demande (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 heures/semaine (3 UCDG) • 8-10 heures/semaine (3 UCDG) • 10-16 heures/semaine (3 UCDG) • Sur demande (1 UCDG)
Neuropsychologue	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 8 heures/semaine (2 UCDG) • 10-15 heures/semaine (2 UCDG) • 17-20 heures/semaine (3 UCDG) • 35 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (16 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 8 heures/semaine (6 UCDG) • 10-15 heures/semaine (3 UCDG) • 17-20 heures/semaine (2 UCDG) • 35 heures/semaine (2 UCDG) • Sur demande (18 UCDG)
Orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 5 heures/semaine (3 UCDG) • 17,5 heures/semaine (1 UCDG) • 35 heures /semaine (1 UCDG) • Sur demande (22 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 5 heures/semaine (8 UCDG) • 7-10 heures/semaine (4 UCDG) • 35 heures /semaine (3 UCDG) • Sur demande (21 UCDG)
Audiologiste	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (16 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7-10 heures/semaine (2 UCDG) • Sur demande (18 UCDG)
Dentiste	<ul style="list-style-type: none"> • 7 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (11 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 heures/semaine (2 UCDG) • Sur demande (15 UCDG)
Hygiéniste dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (4 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (10 UCDG)
Podiatre	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (5 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 heure/semaine (2 UCDG) • 7 heures/semaine (2 UCDG) • Sur demande (12 UCDG)
Physiatre	<ul style="list-style-type: none"> • 2 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (12 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 heures/semaine (1 UCDG) • 7 heures/semaine (3 UCDG) • Sur demande (15 UCDG)
Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (3 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (3 UCDG)
Consultante spécialisée en soins des pieds	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (4 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (4 UCDG)
Gériatre	<ul style="list-style-type: none"> • 3 heures/semaine (2 UCDG) • 7 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3heures/semaine (2 UCDG) • 7 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (1 UCDG)
Conseillère en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • 17,5 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 17,5 heures/semaine (1 UCDG) • Sur demande (1 UCDG)
Inhalothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (1 UCDG)
Infirmière spécialisée en soins des plaies	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande (1 UCDG)

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Tableau 12. Organisation de la couverture de la garde médicale en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Organisation des gardes	Caractéristiques des UCDG									
	Taille (nombre de lits)				Profil de soins			Universitaire		Total
	≤ 9 (n=5)	10-15 (n=8)	16-20 (n=8)	≥ 21 (n=9)	Soins aigus/ évaluation (n=8)	Mixte (n=15)	Réadap- tation (n=7)	Oui (n=18)	Non (n=12)	(n=30)
Garde de semaine (soir et nuit) (n UCDG)¹										
UCDG où les gardes sont effectuées par les médecins du centre hospitalier ²	2	3	2	1	0	5	3	3	5	8
UCDG où les gardes sont effectuées exclusivement par le(s) médecin(s) de l'UCDG ou du service de gériatrie	3	3	6	8	7	9	4	14	6	20
UCDG avec autre fonctionnement ³	0	2	0	0	1	1	0	1	1	2
Garde de fin de semaine (n UCDG)¹										
UCDG où les gardes sont effectuées par les médecins du centre hospitalier ²	1	4	1	1	0	5	2	1	6	7
UCDG où les gardes sont effectuées par les médecins de l'UCDG le jour et par médecins du centre hospitalier le soir et la nuit	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
UCDG où les gardes sont effectuées exclusivement par le(s) médecin(s) de l'UCDG ou du service de gériatrie	2	1	6	8	6	8	3	13	4	17
UCDG avec autre fonctionnement ³	2	3	0	0	2	1	2	3	2	5
Nombre d'heures de garde par mois (moy. ± écart-type)	169 ± 22	102 ± 145	150 ± 108	153 ± 113	106 ± 106	144 ± 97	211 ± 104	118 ± 88	220 ± 138	142 ± 108
Plan effectifs devrait tenir compte des gardes (% d'UCDG en accord)	20	75	58	67	71	53	57	65	50	59

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Analyses statistiques non-applicables car plusieurs sous-catégories ont un nombre inférieur à 5.

² Médecin attitré à l'urgence ou à l'ensemble du centre hospitalier ou par un groupe de médecins qui se relait.

³ Les médecins de l'UCDG partage les gardes avec les médecins du centre hospitalier (médecine familiale, soins de longue durée, patients en attente d'hébergement).

Tableau 13. Comparaison de l'effectif disponible en 2002-2003 et en 2011-2012 durant le quart de travail de jour

Professionnels	n UCDG	2002-2003 ¹ Équivalent temps complet / 15 lits ² Moyenne ± écart-type (médiane)	n UCDG	2011-2012 Équivalent temps complet / 15 lits ² Moyenne ± écart-type (médiane)
Médecin	41	2,2 ± 1,3 (1,9)	39	1,2 ± 0,4 (1,1)
Inf. -chef	30	0,4 ± 0,2 (0,4)	29	0,6 ± 0,3 (0,5)
ASI	32	0,7 ± 0,4 (0,6)	32	0,7 ± 0,4 (0,6)
Infirmière	36	2,2 ± 0,8 (2,2)	34	1,7 ± 0,6 (1,5) ***
Infirmière auxiliaire	16	1,2 ± 0,7 (1,0)	32	1,5 ± 0,7 (1,5) ***
Somme inf. et inf. aux.	36	2,8 ± 0,7 (2,9)	36	2,9 ± 0,6 (3,0)
PAB	30	1,0 ± 0,5 (1,0)	33	1,4 ± 0,5 (1,5) **
Personnel infirmier total ³	36	4,3 ± 0,8 (4,4)	36	4,9 ± 0,9 (4,9) **
Infirmière de liaison	18	0,4 ± 0,3 (0,5)	18	0,6 ± 0,3 (0,6)
Physiothérapeute ⁴	42	1,0 ± 0,4 (0,9)	42	1,0 ± 0,5 (0,8)
Ergothérapeute	42	1,0 ± 0,3 (1,0)	42	0,9 ± 0,4 (0,8)
Travailleur social	41	0,8 ± 0,3 (0,8)	41	0,9 ± 0,4 (0,9)
Nutritionniste	38	0,4 ± 0,3 (0,3)	41	0,4 ± 0,2 (0,3)
Pharmacien	29	0,3 ± 0,3 (0,2)	28	0,5 ± 0,2 (0,5)

ASI : assistante en soins infirmiers; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

*** P ≤ 0,001 ** P ≤ 0,01 * P ≤ 0,05

¹ Les données pour 2002-2003 ont été recueillies dans le cadre de l'«Étude de la qualité des soins et services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes» réalisée par Kergoat et coll. 2008. Les données de 2002-2003 et 2011-2012 étaient respectivement disponibles pour 36 et 42 UCDG dans le cas des professionnels des soins infirmiers et les autres professionnels.

² Un équivalent temps complet équivaut à 35 heures de travail hebdomadaire. Les données pour les professionnels des soins infirmiers et les médecins étaient exprimées en nombres de personne en 2002-2003.

³ Assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

⁴ Inclut les thérapeutes en réadaptation physique.

Tableau 14. Comparaison de l'effectif disponible en 2002-2003 et en 2011-2012 durant les quarts de travail de soir et de nuit

Professionnels	n UCDG	2002-2003 ¹	n UCDG	2011-2012
		Effectif / 15 lits ² Moyenne ± écart-type (médiane)		Effectif / 15 lits ² Moyenne ± écart-type (médiane)
Quart de travail de soir				
ASI	24	0,6 ± 0,3 (0,5)	28	0,6 ± 0,3 (0,5)
Infirmière	34	1,4 ± 0,7 (1,2)	29	1,2 ± 0,5 (1,0) *
Infirmière auxiliaire	21	0,9 ± 0,4 (0,8)	29	1,1 ± 0,6 (0,9) **
Somme inf. et inf. aux.	35	1,9 ± 0,6 (1,8)	36	1,8 ± 0,5 (1,8)
PAB	24	0,8 ± 0,4 (0,8)	32	1,0 ± 0,4 (1,0) ***
Personnel infirmier total ³	36	2,8 ± 0,7 (2,8)	36	3,2 ± 0,7 (3,2) *
Quart de travail nuit				
ASI	26	0,6 ± 0,3 (0,5)	21	0,6 ± 0,3 (0,5)
Infirmière	31	1,0 ± 0,4 (0,8)	27	1,0 ± 0,4 (0,9)
Infirmière auxiliaire	17	0,7 ± 0,3 (0,7)	24	0,7 ± 0,2 (0,7)
Somme inf. et inf. aux.	35	1,2 ± 0,5 (1,2)	35	1,3 ± 0,5 (1,4)
PAB	21	0,6 ± 0,2 (0,6)	27	0,8 ± 0,4 (0,7) **
Personnel infirmier total ³	36	1,9 ± 0,5 (1,9)	36	2,2 ± 0,6 (2,2) **

ASI : assistante en soins infirmiers; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

*** P ≤ 0,001 ** P ≤ 0,01 * P ≤ 0,05

¹ Les données pour 2002-2003 ont été recueillies dans le cadre de l'«Étude de la qualité des soins et services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes» réalisée par Kergoat et coll. 2008. Les données de 2002-2003 et 2011-2012 étaient disponibles pour 36 et 42 UCDG dans le cas des professionnels des soins infirmiers et les autres professionnels respectivement.

² Les données pour les professionnels des soins infirmiers étaient exprimées en nombres de personnes en 2002-2003 et en équivalent temps complet en 2011-2012. Un équivalent temps complet équivaut à 35 heures de travail hebdomadaire.

³ Infirmière-chef, assistante en soins infirmiers, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

ANNEXES

Annexe 1. Résumé des recommandations sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels faisant partie de l'équipe de base

Catégories de professionnels	Recommandations québécoises				Recommandations internationales	
	Cadre de référence 1986 [30]	Colloque 2000 [31]	Colloque 2009 [32]	Enquête RUSHGQ 2011-2012	Royal College of physicians of Ireland [10]	Groupe de travail Australien [11] [12]
	ETC pour 15 patients					
Médecin traitant	0,8	2,5	1,0 (si le médecin est dédié à l'UCDG) 1,3 (si le médecin est responsable d'autres tâches cliniques)	1,4 (soins directs aux patients)	---	---
Infirmière	- 4.5 à 5.5 heures par jour en prestation de soins directs - Un professionnel pour deux non-professionnels	3,0 (jour) 1,9 (soir) 1,3 (nuit)	Jour : 1 infirmière pour 5 patients	3,2 (jour) 2,1 (soir) 1,4 (nuit)	---	5,0 heures de soins par jour-patient
Infirmière clinicienne	---	---	---	Au besoin	0,8	---
Infirmière de liaison	---	1,0		0,6	---	---
Travailleur social	0,6	1,0 et plus		1,1	0,8	1,8
Physiothérapeute ¹	0,8 à 0,9	1,0 et plus		1,1	1,5	1,9
Ergothérapeute	0,8 à 0,9	1,0 et plus		1,0	1,5	1,8
Nutritionniste	---	0,5 et plus		0,5	0,8	0,8
Pharmacien	---	0,5 et plus		0,5	---	---
Préposé aux bénéficiaires	---	2,0 (jour) 2,0 (soir) 1,0 (nuit)		1,7 (jour) 1,2 (soir) 1,0 (nuit)	---	0,8

ETC, équivalent temps complet

--- Aucune recommandation

¹ Inclut les thérapeutes en réadaptation physique

² Devrait libérer les infirmières et travailleurs sociaux de certaines fonctions de transmission d'information

³ Infirmière certifiée, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires

Annexe 2. Résumé des recommandations sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels agissant à titre de consultant

Catégories de professionnels	Recommandations québécoises				Recommandations internationales	
	Cadre de référence 1986 [30]	Colloque 2000 [31]	Colloque 2009 [32]	Enquête RUSHGQ 2011-2012	Royal College of physicians of Ireland [10]	Groupe de travail Australien [11]
	ETC pour 15 patients					
Gériatre (si consultant)	---	0.5	---	Au besoin	Doit être disponible	1,0
Gérontopsychiatre	Doit être disponible	0.5	---	Au besoin	---	---
Neuropsychologue	---	Au besoin	---	Au besoin	---	0,3
Psychologue	---	---	---	Au besoin	---	0,3
Orthophoniste	---	Au besoin	---	Au besoin	0,8	0,3
Audiologiste	---	Au besoin	---	Au besoin	---	---
Dentiste	---	Au besoin	---	Au besoin	---	---
Hygiéniste dentaire	---	Au besoin	---	Au besoin	---	---
Podiatre	---	Au besoin	---	Au besoin	0,2	0,3
Physiatre	Doit être disponible	---	---	Au besoin	---	---
Kinésiologue	---	---	---	---	---	0,8

ETC, équivalent temps complet

--- Aucune recommandation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A, Kergoat MJ: **Short-term geriatric assessment units: 30 years later.** *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):41.
2. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leduc N, Béland F, Leclerc BS, Berg K: **Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche.** Montréal: Centre de recherche. Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2008.
3. Department of Veterans Affairs. Veterans Health Administration: **Geriatric Evaluation and Management (GEM) Procedures.** In: *VHA Handbook*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2010.
4. NSW Department of Health. Clinical Services Redesign Program: **The Acute Care of the Elderly (ACE).** North Sydney, Australia: NSW Department of Health; 2006.
5. Spetz J SJ, Coffman J, Rosenoff E, O'Neil E: **Minimum Nurse Staffing Ratios in California Acute Care Hospitals.** Oakland, CA: California HealthCare Foundation; 2000.
6. Department of Health. Western Australia: **Geriatric Evaluation & Management Model of Care:** Department of Health, Western Australia, Aged Care Network; 2008.
7. Wells J, Borrie M, Stolee P: **Chapter 4. Geriatric Assessment and Rehabilitation Units.** In: *Organization Design for Geriatrics: An Evidence Based Approach.* Edited by Lewis DD. Toronto, Ontario: Regional Geriatric programs of Ontario; 2008: 31-58.
8. Mudge A, Laracy S, Richter K, Denaro C: **Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients: enhanced multidisciplinary care.** *Intern Med J* 2006, **36**(9):558-563.
9. Cartmill L, Comans TA, Clark MJ, Ash S, Sheppard L: **Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions.** *Human resources for health* 2012, **10**(1):2.
10. National Clinical Programme for Older People: **Specialist Geriatric Services Model of Care. Part 1: Acute Service Provision.** Dublin: Royal College of physicians of Ireland; 2012.
11. Statewide Older People Clinical Network: **Level 6 Area Geriatric Service. Geriatric Evaluation and Management Unit. Model of Care. Draft for consultation:** Government of South Australia; 2013.
12. Public Sector Workforce Relation. Department of the Premier and Cabinet: **Nursing/Midwifery (South Australian Public Sector) Enterprise Agreement 2010.** Adelaide: Government of South Australia; 2010.
13. Statewide Older People Clinical Network: **Role descriptions for Allied Health practitioners in the Geriatric Evaluation and Management Unit. Draft for consultation:** Government of South Australia; 2013.
14. Spetz J: **California's minimum nurse-to-patient ratios: the first few months.** *J Nurs Adm* 2004, **34**(12):571-578.
15. Aiken L: **Safety in numbers.** *Nursing standard* 2010, **24**(44):62-63.
16. Gerdtz MF, Nelson S: **5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia.** *Journal of nursing management* 2007, **15**(1):64-71.
17. Royal College of Nursing: **Safe staffing for older people's wards.** London: Royal College of Nursing; 2012.

18. Jean S: **Projection de la main-d'oeuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020**. Québec: Direction générale du personnel réseau et ministériel, Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2005.
19. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre: infirmiers et infirmières auxiliaires**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2001.
20. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre en pharmacie**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2001.
21. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Rapport du forum national sur la planification de la main d'oeuvre infirmière**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2001.
22. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre dans le secteur de la réadaptation physique**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2002.
23. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre des techniciens des domaines de la médecine et des laboratoires**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2003.
24. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre dans le secteur des services sociaux et de la santé mentale**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2004.
25. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Planification de la main d'oeuvre dans le secteur de la nutrition**. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2007.
26. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux: **Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2005.
27. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie: **État de situation sur le portrait des ressources PALV des régions en lien avec les mesures prévues au plan d'action 2005-2010. Document de travail**. Québec; 2009.
28. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie: **Lignes directrices. Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (document de travail)**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie; 2009.
29. Grenier N: **Portrait de la main-d'oeuvre. Préposés aux bénéficiaires**: Ministère de la santé et des services sociaux (Québec). Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction du personnel de la santé; 2008.
30. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la Santé. Service des soins aux personnes âgées: **Courte durée gériatrique. Éléments de réflexion et d'orientations**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1986.
31. Kergoat MJ, Lebel P: **L'hôpital de demain et les personnes âgées vulnérables : sommes-nous prêts? Actes des journées d'orientation sur la place des unités de courte durée gériatriques et des équipes gériatriques dans un système en transformation**. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2000.

32. Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants, Institut universitaire de gériatrie de Montréal: **Recommandations sur le fonctionnement des UCDG québécoises. Synthèse des discussions tenues en ateliers (9 octobre 2009: Montréal)**: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2009.
33. Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F: **Population patterns of chronic health conditions, comorbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice.** *Healthc Q* 2008, **11**(3):70-76.
34. Fournier C, Godbout M, Cazale L: **Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Volume 1. Méthodologie et description de la population visée.** Québec: Institut de la statistique du Québec; 2013.
35. Institut canadien d'information sur la santé: **Les soins de santé au Canada 2011: regard sur les personnes âgées et le vieillissement.** Ottawa (Ont.): ICIS; 2011.
36. Kergoat MJ (sous la direction de): **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.** Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; CSSS et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2010.