

# RECOMMANDATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DES UCDG QUÉBÉCOISES

SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS TENUES EN ATELIERS  
LE 9 OCTOBRE 2009  
À L'IUGM, MONTRÉAL

Document préparé par les membres  
du Comité scientifique :

*Réjean Ayotte, membre*  
*Aline Bolduc, membre*  
*André Doiron, membre*  
*Marie-Jeanne Kergoat, co-présidente*  
*Judith Latour, membre*  
*Paule Lebel, co-présidente*

Centre d'expertise sur la santé des  
personnes âgées et des aidants (CESPA)  
Centre de recherche  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

DÉCEMBRE 2009

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJECTIFS DES ATELIERS.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTICIPANTS .....</b>	<b>4</b>
<b>RECUEIL ET SYNTHÈSE DES ÉCHANGES .....</b>	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	
<b>ATELIER A1 - ADMISSION À L'UCDG : À QUI LA CHANCE? .....</b>	<b>6</b>
<b>ATELIER A2 - LA VIE À L'UCDG...ET APRÈS!.....</b>	<b>10</b>
<b>ATELIER B1 - LA BOÎTE À OUTILS POUR L'ÉVALUATION CLINIQUE « IDÉALE » ...</b>	<b>13</b>
<b>ATELIER B2 - INVESTIR DANS LE CAPITAL HUMAIN .....</b>	<b>17</b>

## PRÉAMBULE

En mai 2008, lors du Colloque « Un hôpital accueillant pour les personnes âgées. La qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite » organisé à Montréal par le CESP de l'IUGM, les docteurs Kergoat, Latour et Lebel présentaient les principaux résultats d'une étude sur la qualité des soins et des services dans l'ensemble des UCDG québécoises, à partir du cas traceur de chutes. Le rapport détaillé de cette étude a été diffusé par la suite. Les participants à l'un des ateliers de ce colloque sur les UCDG avaient manifesté leur désir d'approfondir les réflexions suscitées par les données de la recherche et avaient évoqué la possibilité de créer un regroupement des responsables et des professionnels des UCDG québécoises.

En 2009, un **comité scientifique**, sous la co-présidence des docteurs Marie-Jeanne Kergoat et Paule lebel, avec la participation des docteurs André Doiron et Judith Latour, de monsieur Réjean Ayotte et de madame Aline Bolduc, mettait sur pied une journée d'ateliers sur le fonctionnement des UCDG québécoises. Étaient invités à participer à cette journée du 9 octobre 2009, une soixantaine de gestionnaires et de professionnels provenant de ces UCDG, des programmes PALV des CSSS ou des ASSS de l'ensemble du Québec.

Le présent document synthétise les recommandations formulées par les participants.

## LES OBJECTIFS POURSUIVIS ÉTAIENT LES SUIVANTS :

### OBJECTIF PRINCIPAL :

Positionner le rôle de l'UCDG par rapport à l'ensemble de la programmation en soins et services offerte à la personne âgée en milieu hospitalier.

### OBJECTIFS SPECIFIQUES :

**1** Réactualiser la mission du programme UCDG en discutant plus particulièrement de la nature de ses objectifs cliniques (soins aigus ou subaigus) et, en conséquence, du ciblage de la clientèle.

**2** Identifier les processus à mettre en place pour assurer une planification de congé efficace avec les intervenants de la communauté.

**3** Discuter des ressources humaines nécessaires au fonctionnement optimal du programme.

**4** Débattre des avantages et des limites de l'application systématique d'outils cliniques et déterminer quels pourraient être ces outils.

**5** Présenter les éléments d'un environnement physique adapté.

**6** Proposer le mandat et la structure de base d'un regroupement de professionnels et gestionnaires oeuvrant en UCDG visant l'amélioration continue de ce programme.

### LES PARTICIPANTS

Près de soixante dix (70) professionnels et gestionnaires ont été accueillis à cette journée. Ils se répartissaient selon les régions suivantes :

<b>MONTRÉAL (6)</b>	<b>22</b>
<b>MONTÉRÉGIE (16)</b>	<b>12</b>
<b>CAPITALE-NATIONALE (3)</b>	<b>9</b>
<b>BAS SAINT-LAURENT (1)</b>	<b>6</b>
<b>LAVAL (13)</b>	<b>4</b>
<b>MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (4)</b>	<b>3</b>
<b>LAURENTIDES (15)</b>	<b>3</b>
<b>CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)</b>	<b>3</b>
<b>ESTRIE (5)</b>	<b>2</b>
<b>OUTAOUAIS (7)</b>	<b>2</b>
<b>LANAUDIÈRE (14)</b>	<b>2</b>
<b>SAGUENAY-LAC SAINT-JEAN (2)</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL DES PARTICIPANTS</b>	<b>69</b>

Ils ont été répartis en groupes de discussion avec un souci de représentation dans chaque équipe des différentes régions du Québec et de la mission universitaire de certaines UCDG.

### LES THÉMATIQUES DISCUTÉES

Quatre thématiques ont été discutées au cours de la journée :

- **Admission à l'UCDG : à qui la chance?** La mission et le ciblage des clientèles des UCDG.
- **La vie à l'UCDG...et après!** La continuité des soins et la planification du congé.

- ▀ **La boîte à outils pour l'évaluation clinique « idéale ».** La systématisation de la démarche clinique à l'aide d'outils cliniques standardisés.
- ▀ **Investir dans le capital humain.** La qualité et la quantité des ressources humaines en UCDG.

La création d'un regroupement d'UCDG québécoises a été discutée. Un groupe de travail a été mis en place afin de présenter une proposition concrète au cours de l'année 2010 sur la mission et les modalités de fonctionnement de ce regroupement. Ce point ne fera pas l'objet du présent rapport.

### **LE RECUEIL ET LA SYNTHÈSE DES ÉCHANGES**

Pour chaque thématique, trois ou quatre groupes de huit participants en moyenne ont été tenus simultanément. Un animateur orientait les discussions à partir d'un canevas qui lui avait été fourni à l'avance. Un secrétaire d'atelier consignait les propos des participants et les rapportait en plénière.

Les échanges en ateliers et durant la plénière ont été enregistrés et les rapports des secrétaires ont été recueillis afin de procéder à la rédaction d'un rapport synthèse de la journée.

Les docteurs Kergoat, Lebel et Latour, assistées de madame Aline Bolduc, ont procédé à une première synthèse des ateliers qui a été soumise par la suite aux autres membres du comité scientifique pour approbation (docteur Doiron et monsieur Ayotte).

### **REMERCIEMENTS**

Le comité scientifique remercie le MSSS et la Société québécoise de gériatrie pour le soutien financier accordé lors de cet évènement.

## ATELIER A1 – ADMISSION À L’UCDG À QUI LA CHANCE?

Question soumise : *Quelle devrait être la clientèle-cible des interventions des UCDG?*

Synthèse des éléments discutés :

### PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX CLIENTÈLES ACTUELLEMENT ADMISES DANS LES UCDG

Dans des proportions qui varient selon les milieux, les UCDG admettent des clientèles de personnes âgées dont les besoins ne correspondent pas à leur mission de soins spécialisés de deuxième ligne parce que :

- ▮ elles subissent la pression des autres services ou des administrateurs d’admettre des patients âgés de 65 ans ou plus, pour lesquels il n’y a pas d’autres ressources d’accueil dans l’hôpital ou au sein du réseau local (ex. services de réadaptation, de psychogériatrie) ;
- ▮ elles reçoivent les patients déconditionnés à la suite de leur séjour dans d’autres unités de soins ou du service des urgences (iatrogénie) ;
- ▮ leur sont dirigés à nouveau des patients qui sont réadmis au centre hospitalier, alors que les recommandations proposées par les professionnels des UCDG n’ont pas été effectuées ou ont échoué.

### RECOMMANDATIONS :

#### Clientèle-cible des UCDG

Il est recommandé que les UCDG constituent à l’avenir un service de 2<sup>ème</sup> ligne pour les clientèles pouvant bénéficier de soins gériatriques spécialisés, soient les clientèles:

- ▮ qui présentent des problèmes médicaux actifs justifiant une hospitalisation en CHSGS, qui surviennent dans le contexte d’une situation clinique complexe, identifiable à la présence d’une ou de plusieurs des problématiques suivantes :
  - ▮ pluripathologies, démence, syndrome gériatrique (delirium, chutes ou perte de mobilité à investiguer, dénutrition, régime médicamenteux complexe ou à risque élevé d’effets indésirables, incontinence de novo, tableau douloureux, etc.),
- ▮ pour lesquelles des diagnostics doivent être établis à la suite d’une perte d’autonomie fonctionnelle aiguë ou subaiguë d’allure réversible et qui nécessite l’intervention d’une équipe multiprofessionnelle.

Les UCDG ne devraient pas admettre des personnes âgées qui :

- nécessitent principalement des soins de réadaptation ;
- présentent des pertes d'autonomie fonctionnelle sévères et irréversibles, lesquelles justifient plutôt l'orientation vers des soins de longue durée en milieu d'hébergement ou au domicile.

### **Conditions à mettre en place pour que les UCDG puissent admettre la clientèle-cible**

Les participants aux ateliers ont été unanimes à affirmer que le programme d'UCDG doit être considéré comme le programme clinique interne hospitalier présentant le plus haut niveau d'expertise en soins à la personne âgée.

#### **Au niveau de l'hôpital :**

#### ***Implanter l'approche de soins adaptés aux personnes âgées auprès des intervenants de l'ensemble des services et des programmes cliniques hospitaliers.***

- Promouvoir, enseigner, et implanter cette approche de soins adaptés au personnel de l'urgence et des autres unités de soins ;
- Disposer d'une infirmière ressource en soins spécialisés aux personnes âgées, présente à la salle d'urgence pour s'assurer de l'application systématique d'outils pour cibler et dépister les personnes âgées vulnérables, à risque de déclin fonctionnel (exemple d'outils : ISAR ou PRISMA 7), afin de i) recommander certaines actions préventives précoces, ii) s'assurer de la supervision des cas qui doivent être mobilisés, ou qui peuvent avoir congé avec suivi par les ressources de la communauté, iii) cibler les cas complexes qui devront être admis rapidement à l'UCDG ;
- Disposer d'une équipe de consultation gériatrique accessible pour les cas complexes sur les unités de soins (équipe multiprofessionnelle ou tandem infirmière/médecin), accessible sur requête du médecin traitant ou de l'infirmière ressource en soins aux personnes âgées vulnérables, pour consultation et coaching ;
- Investir financièrement dans les soins aux personnes âgées pour soutenir la formation et la présence d'un personnel qualifié.

**Au niveau de l'UCDG :**

***Assurer le développement professionnel continu des membres de l'équipe multiprofessionnelle de l'UCDG au niveau de l'expertise gériatrique.***

- ▮ Assurer l'actualisation des connaissances gériatriques des professionnels par du coaching spécialisé et de la formation continue uni et interprofessionnelle ;
- ▮ Assurer la stabilité de l'équipe multiprofessionnelle ;
- ▮ À l'instar d'autres services (ex. soins intensifs), assurer à l'UCDG un statut d'unité dédiée à la gériatrie, la croissance de la clientèle gériatrique le justifiant amplement ;
- ▮ Établir des critères d'admission/exclusion au programme qui seront diffusés et implantés ;
- ▮ Faire des représentations auprès de la Direction générale /DSP sur l'importance d'assurer l'admission d'une clientèle ciblée par critères afin de démontrer le niveau d'efficacité de l'UCDG de façon concrète (DMS) ;
  - ▮ Limiter le choix d'admettre le patient à l'UCDG à un médecin du service de gériatrie ou à un professionnel désigné de l'équipe de l'UCDG, en considération de ressources limitées de certains milieux, afin d'éviter des admissions non appropriées (ex. réadaptation ou attente de transfert en soins de longue durée)
- ▮ Établir des critères de congé hospitalier et identifier des procédures de planification de congé pour optimiser l'accès au service ;
- ▮ Développer des indicateurs, des outils cliniques ou documents de référence pour favoriser l'amélioration continue de l'expertise gériatrique à l'UCDG.

Par exemple :

- ▮ Déterminer des éléments de compromission de retour à domicile pour rechercher précocement des solutions afin de faciliter la sortie de l'UCDG ;
- ▮ Renforcer la responsabilité et la mobilisation de tout le personnel pour promouvoir l'autonomie fonctionnelle. Par exemple, grille adaptée selon l'autonomie aux AVQ et complétée par les préposés aux bénéficiaires (PAB) ;
- ▮ Assurer l'équilibre entre les divers profils de clientèles à l'intérieur de l'UCDG, afin d'optimiser la productivité des équipes et le bien-être de la clientèle. Par exemple, accepter un pourcentage maximum présentant un désordre neurocomportemental, ou nécessitant une aide constante d'une personne pour la mobilité.



### Au niveau du réseau de soins

- ▮ Assurer la disponibilité de l'ensemble des services ou programmes gériatriques de première et deuxième ligne, par l'entremise du CSSS. Par exemple, le service de réadaptation, de convalescence, d'hôpital de jour, de service de soutien à domicile ;
- ▮ Préciser l'offre de services de chaque programme (URFI, post-hospitalisation, centre de réadaptation, UCDG) ;
- ▮ Établir des trajectoires fluides à travers le réseau des soins et services aux personnes âgées (complémentarité). Importance de considérer l'UCDG comme un partenaire dans le continuum de services ;
- ▮ Améliorer la réciprocité des liens entre les intervenants de la communauté (CLSC, SAD, GMF, pharmacies), de l'UCDG et du CHSGS ;
- ▮ Favoriser l'accès direct à l'UCDG pour des admissions électives, tout en veillant à établir à l'avance avec le CSSS les mécanismes de relocalisation en cas d'impossibilité de retour à domicile ;
- ▮ Identifier et utiliser des outils communs d'intervention pour assurer le partage efficient de l'information avec les intervenants de la communauté ;
- ▮ Modifier la culture organisationnelle du réseau de première ligne pour favoriser et consolider l'offre des soins aux personnes âgées (présence de professionnels diversifiés et de médecins de famille auprès des personnes âgées);
- ▮ Déterminer des indicateurs pour les soins aux personnes âgées dans le réseau : ce qui devrait être fait et ce qui devrait être évité ;
- ▮ Développer des ressources d'évaluation spécialisées en gériatrie en centre ambulatoire hospitalier.

Ces recommandations rejoignent celles issues des travaux sur l'évaluation de la qualité en UCDG, publiées en janvier 2009, par le Centre de recherche de l'IUGM (*Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche. Kergoat M-J et al, 157 pages*),

- ☞ Cibler, parmi la clientèle âgée vulnérable admise en CHSGS, celle qui bénéficiera d'une évaluation gériatrique globale interprofessionnelle en UCDG, dans un contexte de soins aigus ou subaigus.
- ☞ Dispenser les soins de réadaptation en dehors des CHSGS.
- ☞ Exclure des UCDG les patients en phase terminale d'une condition de santé ou qui présentent une dépendance irréversible nécessitant des soins de longue durée.
- ☞ Ne pas exclure d'emblée de l'admission en UCDG une personne atteinte de troubles cognitifs, par ce seul fait.
- ☞ Former à la pratique adaptée des soins aux personnes âgées l'ensemble des professionnels du service des urgences et des unités de soins des CHSGS du Québec [48], afin de prévenir le déclin fonctionnel associé à une hospitalisation et tout autre effet néfaste.

## **ATELIER A2 - LA VIE À L'UCDG...ET APRÈS!**

**Question soumise :** *Quels sont les processus à mettre en place pour assurer une planification de congé efficace avec les intervenants de la communauté : à l'admission et durant l'hospitalisation; au congé et après le congé*

**Synthèse des éléments discutés :**

### **PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA PLANIFICATION DU CONGÉ DE L'UCDG**

- ▮ Il existe une variation des façons de faire selon les milieux, certains se montrant plus proactifs que d'autres. Par exemple, invitation des professionnels du SAD aux réunions d'équipe de l'UCDG pour la planification des congés des cas très complexes.
- ▮ Les échanges apparaissent laborieux à l'admission entre les équipes de première de ligne, le médecin de famille et les intervenants de l'UCDG.

Par exemple :

- ▮ le médecin ou le professionnel référant est difficile à rejoindre ;
- ▮ des patients n'ont pas de médecin de famille ;
  - il est difficile d'obtenir les informations du service des archives lorsque la personne est suivie dans différents établissements pour différents problèmes. Par exemple, cardiologie dans un centre hospitalier, endocrinologie dans un autre centre hospitalier.
- ▮ Des problèmes sont liés à la coordination des informations au sein de l'UCDG.

Par exemple :

- ▮ la difficulté de coordonner les informations médicales de l'UCDG lorsque le nombre de médecins traitants à l'UCDG est élevé ou lorsque les médecins sont absents des rencontres d'équipes multiprofessionnelles;
- ▮ la pression exercée pour obtenir le congé du patient empêche de maximiser le recueil et la synthèse des informations;
- ▮ les réunions des membres de l'équipe avec la famille ne sont pas toujours possibles;
- ▮ différents outils « dossier » existent dans les établissements;
- ▮ certains établissements possèdent des dossiers informatisés, d'autres non;
- ▮ l'information transmise au congé est encore très conventionnelle, sans réelle adaptation à la clientèle gériatrique.

***Processus à mettre en place pour assurer une planification de congé efficace avec les intervenants de la communauté***

**RECOMMANDATION GÉNÉRALE :**

S'assurer de la mise en place d'un agent de liaison (par exemple, une infirmière de liaison ou un travailleur social) qui coordonne la planification du congé. Ce professionnel permet de savoir à chaque jour où en sont les interventions, ce qu'il reste à compléter et s'assure de l'implication de la famille et du réseau.

**RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES :**

**À l'admission**

- ▀ Utiliser des outils standardisés pour s'assurer d'obtenir toutes les informations nécessaires auprès de la 1<sup>ière</sup> ligne ou de la famille, dès l'admission;
- ▀ Identifier rapidement les patients à haut risque d'être relocalisés ou dont le contexte psychosocial est précaire.

**Durant l'hospitalisation**

- ▀ Réaliser un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) :
  - ▀ Utilisation d'un formulaire standardisé ;
  - ▀ Formulaire complété à conserver au dossier du patient et à archiver.
- ▀ Assurer la communication avec les intervenants de 1<sup>ière</sup> ligne, par exemple, le gestionnaire de cas ;
- ▀ Améliorer le contact avec les médecins traitants ;
- ▀ Impliquer les familles/proches pour la validation de l'information.

**Au congé**

- ▀ S'assurer de la production d'un résumé de dossier qui ne soit pas la simple accumulation de notes multidisciplinaires ou un résumé uniquement d'ordre médical ;
- ▀ Bâtir une liste de vérification (de type «checklist») pour les informations qui doivent être contenues dans le résumé de dossier :
- ▀ Portrait fonctionnel (OEMC, DSIE) ;
- ▀ Éléments de l'évaluation médicale (s'inspirer de l'instrument complémentaire à l'OEMC) : diagnostics médicaux, facteurs de risque, résultats aux échelles cliniques utilisées (MMSE, Berg, TUG, GDS et autres) ;
- ▀ Médication (bilan comparatif) ;

- ▀ Recommandations pour le soutien à domicile et/ou le médecin traitant (services, suivi médical) ;
- ▀ Faire suivre le PII ou la partie «Plan d'intervention et d'allocation de services» de l'OEMC (section rose) avec le patient, au moment de son congé de l'hôpital ;
- ▀ Transmettre au départ, de façon systématique, les informations aux intervenants concernés: personnel de liaison, personnel des équipes de SAD, médecins de famille, autres ressources pertinentes du réseau.

### Autres

- ▀ Développer des stratégies pour impliquer la famille dans l'ensemble du processus de planification du congé hospitalier ;
- ▀ S'assurer que les services spécialisés (par exemple, cardiologie, oncologie) reçoivent les conseils d'experts en gériatrie qui sauront promouvoir des interventions adaptées ;
- ▀ Clarifier au niveau provincial les rôles de gestionnaire de cas et d'intervenant pivot ;
- ▀ Rédiger un cadre de référence et une programmation spécifique aux UCDG ;
- ▀ Assurer une reconnaissance financière du travail effectué en gériatrie par les médecins de famille afin de stimuler leur participation aux réunions d'équipe multiprofessionnelle et d'effectuer d'autres tâches qui peuvent nécessiter du temps, hormis le suivi clinique gériatrique ;
- ▀ Regrouper les infirmières «PAPA» afin d'optimiser leurs rôles et leurs fonctions.

Ces recommandations rejoignent la majorité de celles issues des travaux sur l'évaluation de la qualité en UCDG, publiées en janvier 2009, par le Centre de recherche de l'IUGM (*Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche. Kergoat M-J et al, 157 pages*).

- ☞ Déployer, dès l'admission du patient, des efforts pour entrer en contact avec les intervenants de première ligne, afin d'assurer d'emblée une continuité informationnelle. Un gestionnaire de cas ou intervenant pivot, issu des CSSS, pourrait assurer ce rôle.
- ☞ Implanter un résumé de dossier standardisé dans les UCDG afin de permettre la transmission d'un portrait complet, d'un point de vue gériatrique, de l'hospitalisation.
- ☞ Archiver le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) puisqu'il constitue un document comportant des données cliniques essentielles au suivi du patient.
- ☞ S'assurer que le patient soit vu rapidement par l'équipe de soins de première ligne, idéalement dans les deux semaines qui suivent son congé de l'hôpital.
- ☞ Assurer un suivi par l'équipe de gériatrie du CH, au plus tard dans les 4 à 6 semaines suivant le congé de l'hôpital, si le suivi ne peut être offert par le médecin de famille ou d'autres intervenants de première ligne.

## ATELIER B1 – BOÎTE À OUTILS POUR L'ÉVALUATION CLINIQUE « IDÉALE »

Questions soumises : ***Sommes-nous prêts à systématiser certaines évaluations et interventions à l'aide d'outils cliniques communs ?***

***Si oui, quels seraient les outils essentiels à implanter dans l'ensemble des UCDG québécoises.***

**Synthèse des éléments discutés :**

### **SYSTÉMATISATION DES ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS :**

Les participants sont favorables à la systématisation des évaluations et des interventions par l'utilisation d'outils cliniques communs. Ils y voient un certain nombre d'avantages et de désavantages.

#### **Avantages de la systématisation**

- Confère une crédibilité aux évaluations et aux interventions, si elles s'appuient sur des outils validés ou créés à partir de preuves scientifiques;
- Facilite la communication entre les professionnels (langage commun) ;
- Cible les informations pertinentes et permet la mise en évidence de points de repère ;
- Évite le dédoublement du recueil de données et de consignation au dossier par des différents professionnels ;
- Soutient l'équipe s'il existe une pénurie de professionnel ;
- Permet de dresser un portrait global de la clientèle ;
- Facilite les comparaisons entre les UCDG ;
- Présente un tableau évolutif de la condition des patients par la comparaison des résultats aux tests à travers le temps.

#### **Désavantages de la systématisation**

- Peut freiner l'exercice du jugement clinique chez certains professionnels qui remplissent les outils comme une liste de vérification («checklist»), sans se soucier par ailleurs d'en faire une synthèse individualisée en fonction du patient ;
- Peut réduire la compréhension de l'état de santé du patient à de simples scores ;
- Complexifie ou allonge les évaluations au détriment parfois des interventions.

Cependant, les participants émettent l'opinion que l'introduction d'une démarche systématisée et d'outils cliniques doit respecter un certain nombre de **conditions préalables** :

- ▮ Une philosophie d'intervention doit être précisée afin que le but de la démarche systématisée soit clair pour tous : qu'est-ce que l'on veut accomplir avec les informations recueillies auprès de la personne âgée?
- ▮ Chaque patient admis en UCDG pour syndrome gériatrique doit faire l'objet d'une évaluation systématique interprofessionnelle.
- ▮ L'utilisation interprofessionnelle ou spécifique à une profession des outils doit être précisée : quelle(s) profession(s) devrait utiliser quel outil. Les ordres professionnels doivent être interpellés car ils exigent souvent à leurs membres de consigner toutes les informations dans leur dossier, sans pouvoir référer à des notes d'autres professionnels.
- ▮ Les outils choisis doivent être validés et leur contexte d'utilisation précisé : quand les remplir ? quand les refaire?
- ▮ Les outils doivent introduire de l'efficacité dans les processus i.e. être associés à des procédures d'intervention selon les résultats obtenus et ne pas se borner à un simple dépistage sans suivi.
- ▮ Certains outils de dépistage pourraient être utilisés en amont de l'UCDG.
- ▮ L'utilisation des outils systématiques ne devraient pas remplacer le jugement professionnel.
- ▮ La périodicité d'utilisation des outils doit être précisée. Par exemple, s'agit-il d'outils à utiliser quotidiennement et dont les résultats sont à partager en équipe à chaque semaine.
- ▮ Les données cliniques issues des outils doivent être conservées au dossier. Pour ce faire, un travail de coordination doit être fait avec les archivistes du centre hospitalier.
- ▮ Ces outils systématiques doivent être diffusés lors de sessions de formation des professionnels. Ceci nécessite l'ajustement du budget de formation en conséquence.
- ▮ Les outils pourraient être accessibles à l'ensemble des UCDG, via un regroupement des UCDG et les instituts universitaires de gériatrie pourraient être impliqués dans la diffusion des grands courants de la prise en charge des syndromes gériatriques. Cependant, le choix des outils appartient à l'organisation et aux professionnels concernés.
- ▮ L'utilisation efficace des outils systématiques sera favorisée par la stabilité du personnel et la valorisation professionnelle au sein des UCDG.

## RECOMMANDATIONS D'OUTILS ET D'INDICATEURS :

### À la salle d'urgence

- ▮ Dépistage des patients vulnérables: PRISMA-7, ISAR; SHERPA ;
- ▮ Collecte des aspects sociaux et de l'environnement (OEMC).

### À l'UCDG :

- ▮ Autonomie fonctionnelle, à compléter à l'UCDG (SMAF, Lawton, Barthel) ;
- ▮ Évaluation cognitive : MMSE (lorsque stabilité clinique), CAM (instabilité clinique/delirium), MoCA, Pecpa 2R, Horloge (inclus dans MoCA), BREF, outils pour mesurer, l'aptitude, dangerosité à domicile ;
- ▮ Évaluation physique (posture, équilibre, mobilité) : échelle de Berg, Timed «Up and Go», échelle d'évaluation de la douleur, vitesse de marche, risque de chute ;
- ▮ Dépistage nutritionnel : MNA, suivi périodique du poids, taille rapportée ;
- ▮ Humeur, affect : GDS, Cornell ;
- ▮ Signes vitaux gériatriques (hypotension orthostatique, mobilité, peau, sommeil, cognition, nutrition, élimination, douleur) ;
- ▮ Bilan médicamenteux : bilan comparatif, ordonnance ;
- ▮ Planification du congé (processus à initier dès l'admission) ;
- ▮ Résumé d'hospitalisation (médical, pharmaceutique, évaluations professionnelles) ;
- ▮ Évaluation de l'épuisement des aidants.

### Indicateurs à développer et à inclure dans un registre pour les problématiques suivantes :

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| ▮ Chutes                  | ▮ Contentions  |
| ▮ Plaies de pression      | ▮ Durée de séjour excédentaire à justifier   |
| ▮ Épisodes de delirium    | ▮ Compromission du retour à domicile en lien avec la pénurie de ressources communautaires ou de réadaptation |
| ▮ Infections nosocomiales |  |
| ▮ Erreurs de médicaments  |  |
| ▮ Malnutrition            |  |
| ▮ Alitement               |  |
| ▮ Antipsychotiques        |  |

Ces recommandations rejoignent la majorité de celles issues des travaux sur l'évaluation de la qualité en UCDG, publiées en janvier 2009, par le Centre de recherche de l'IUGM (*Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche. Kergoat M-J et al, 157 pages*).

- ☞ Offrir une évaluation interprofessionnelle systématique lors d'une hospitalisation à l'UCDG, lorsque les ressources professionnelles sont disponibles en nombre suffisant. Si une pénurie des ressources professionnelles s'avère persistante, il sera plus efficient de réserver les évaluations à des clientèles dont les besoins sont plus marqués.
- ☞ Assurer la mise en œuvre d'un questionnaire complet auprès des clientèles admises en UCDG, permettant de recueillir systématiquement des données dont celles touchant l'autonomie fonctionnelle, l'environnement de vie, les conditions psychosociales, ainsi qu'un examen physique complet, dont celui du système neurolocomoteur.
- ☞ Implanter un dossier clinique adapté à la clientèle gériatrique.
- ☞ Mettre en place, dans toutes les UCDG, des protocoles de dépistage, de prévention et d'intervention pour diverses problématiques cliniques.
- ☞ Créer et assurer la mise à jour d'un registre spécifique pour l'UCDG sur 10 problématiques ou complications cliniques susceptibles de survenir en cours d'hospitalisation (chutes/fractures, constipation, contentions, delirium, douleur, erreurs d'administration des médicaments, incontinence urinaire, infections nosocomiales, syndrome d'immobilisation et plaies de pression).
- ☞ Systématiser les réunions de famille et la vérification du niveau de soins désiré par le patient à toutes les clientèles admises en UCDG.
- ☞ Implanter un résumé de dossier standardisé dans les UCDG afin de permettre la transmission d'un portrait complet, d'un point de vue gériatrique, de l'hospitalisation.
- ☞ Outiller les responsables des UCDG d'instruments de mesure objectifs et d'indicateurs pour évaluer le fonctionnement des UCDG.



## **ATELIER B2 – INVESTIR DANS LE CAPITAL HUMAIN**

**Question soumise :** *Sommes-nous prêts à faire des recommandations quant aux effectifs ?*

**Synthèse des éléments discutés :**

### **PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX RESSOURCES HUMAINES DES UCDG :**

#### **Les participants ont noté plusieurs problèmes**

- ▀ Le manque de reconnaissance par les gestionnaires d'une spécialisation gériatrique. Ceux-ci semblent croire que n'importe qui peut travailler à l'UCDG. L'UCDG serait perçue comme une unité de soins généraux ne présentant aucun défi et nécessitant pour le personnel soignant un travail exigeant centré sur les soins personnels d'assistance ;
- ▀ Le travail en UCDG serait peu valorisé par les autres unités de soins ;
- ▀ La pénurie générale de professionnels de la santé en milieu hospitalier n'épargne pas l'UCDG.
  - ▀ En effet, on observe une mobilité particulièrement importante du personnel infirmier de l'UCDG qui est sollicité par des autres unités du CH ou par des agences privées ;
  - ▀ On note la pénurie de pharmacien(ne), de gériatre, d'infirmière, d'infirmière de liaison, de médecin de famille avec formation supplémentaire en soins aux personnes âgées ou ayant un intérêt important en gériatrie, de conseillère spécialisée en gériatrie, de psychogériatre.
- ▀ Une relève professionnelle bien formée en soins aux personnes âgées n'est pas pressentie ;
- ▀ Il s'avère difficile de former le personnel en cours d'emploi ;
- ▀ Les barèmes quant au nombre d'effectifs sont difficiles à fixer, puisqu'ils dépendent de la mission clinique des UCDG. Les profils de ressources humaines attachées à l'UCDG ne sont pas homogènes entre les milieux.

#### **RECOMMANDATIONS :**

##### **Catégories professionnelles**

- ▀ Engager du personnel qui a un véritable intérêt pour la clientèle âgée vulnérable.

- ▮ Toute UCDG doit pouvoir compter dans son équipe sur une conseillère en soins spécialisés de gériatrie ou sur une infirmière ressource formée en gériatrie, en mesure de transmettre les meilleures pratiques et de faire du coaching au personnel soignant ;
- ▮ L'équipe multiprofessionnelle des UCDG devrait pouvoir consulter (ou de façon optimale, inclure) un gériatre, qui détient une expertise reconnue et qui défend une vision et une approche de soins gériatriques ;
- ▮ L'équipe de base incontournable de l'UCDG se composerait des catégories d'intervenants suivantes: personnel soignant infirmier, médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste et infirmière de clientèle. Il serait fortement recommandé d'y associer travailleur social et pharmacien.

### **Nombre des intervenants en UCDG**

- ▮ Le nombre d'intervenants en UCDG est difficile à établir car il dépend de la mission de l'UCDG, mais il serait intéressant d'uniformiser les ratios de personnel (soins infirmiers, autres professionnels) et d'établir des normes provinciales ;
- ▮ Le ratio de personnel suggéré pour les infirmières, afin qu'elles puissent jouer leur rôle d'évaluation et de dispenser les soins cliniques serait le suivant : 1 infirmière pour 5 patients. Cependant des études « temps et mouvement » dans le contexte de soins adaptés aux personnes âgées seraient nécessaires pour réaliser une planification rigoureuse ;
- ▮ Le ratio suggéré pour les médecins serait le suivant : 1 médecin pour 15 patients, si le médecin est dédié à l'UCDG. Si le médecin est responsable d'autres tâches cliniques, un ratio de 1 médecin pour 12 patients serait plus approprié.

### **Stabilité du personnel**

La nécessité de la stabilité du personnel a été évoquée par tous les participants; la stabilité constitue un préalable à la continuité des soins et favorise le développement de l'expertise professionnelle. Les recommandations sont les suivantes :

- ▮ Engager du personnel qualifié en gériatrie, comme c'est le cas dans le service des urgences ou les soins intensifs ;
- ▮ S'assurer que le personnel soit dédié à la clientèle de l'UCDG. Il faut éviter de couvrir différents services sur l'unité (à tout le moins, de partager l'unité avec une clientèle dont les caractéristiques et les besoins sont très différents, telle ...une unité d'obstétrique) ;

- ▮ Inculquer l'importance de la mission de l'UCDG au personnel. Il s'agit de contaminer positivement tout le personnel, et de créer un noyau stable d'intervenants ;
- ▮ Développer un sentiment d'appartenance à l'équipe et humaniser le milieu de travail ;
- ▮ Valoriser le travail des infirmières en gériatrie, les rendre imputables de projets particuliers et les aider à maîtriser ces nouvelles responsabilités ;
- ▮ Valoriser le travail des PAB en les outillant pour qu'ils puissent contribuer au maintien et à la récupération de l'autonomie fonctionnelle des patients ;
- ▮ Valoriser le travail interprofessionnel sur l'élaboration et le suivi du plan d'intervention interdisciplinaire (PII), par un processus critique et réflexif ;
- ▮ Standardiser des mécanismes de continuité dans la pratique des soins. Par exemple, le transfert d'informations entre les quarts de travail infirmier ;
- ▮ Élaborer des mesures de rétention du personnel ;
- ▮ S'assurer que le gestionnaire soit présent à ses équipes, particulièrement dans les périodes de transition.

### **Formation initiale et continue**

- ▮ Améliorer la formation académique initiale et continue en gériatrie pour tous les professionnels de la santé ;
- ▮ Procéder à une orientation spécifique obligatoire du personnel à l'embauche à l'UCDG ;
- ▮ Établir des standards de pratique attendus en lien avec des résultats attendus (indicateurs) ;
- ▮ Offrir au personnel des activités régulières de formation continue selon différentes modalités, ainsi que du coaching au quotidien, pour s'assurer de l'intégration des connaissances et du développement des compétences.

Ces recommandations rejoignent celles issues des travaux sur l'évaluation de la qualité en UCDG, publiées en janvier 2009, par le Centre de recherche de l'IUGM (*Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche. Kergoat M-J et al, 157 pages*).

- ☞ Rendre disponible, d'ici quelques années, à chacune des UCDG du Québec, un gériatre comme médecin traitant ou comme médecin consultant.
- ☞ Augmenter les effectifs en proportion du nombre de lits au permis, tant pour le personnel infirmier que pour les autres professionnels.
- ☞ Augmenter les formations interprofessionnelles en milieu de travail sur les problématiques courantes en gériatrie afin d'améliorer la qualité des soins et la collaboration interprofessionnelle.
- ☞ Accueillir des stagiaires des différentes professions au sein des UCDG, compte tenu de l'expertise gériatrique qui y est présente.
- ☞ Évaluer régulièrement la satisfaction du personnel, en collaboration avec la Direction des ressources humaines.
- ☞ Élaborer des mesures de valorisation qui favorisent le développement professionnel continu, telles que l'inscription gratuite à des activités de ressourcement (colloques en gériatrie ou la participation à des communautés de pratique).