



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

Enquête 2024 auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles

Sous-comité sur les ressources humaines en UCDG

Version du 23 octobre 2024

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2024

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 (ordre alphabétique):

Stéphanie Contant,	Coordonnatrice des services gériatriques- Volet UCDG, Direction adjointe services spécialisés gériatriques - Continuum soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Véronique Gadbois,	Services post aigus et spécialisés en gériatrie et AAPA, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD-SSG-DTSA), CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Marie-Jeanne Kergoat,	Géiatre, chef du service de médecine spécialisée de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, présidente du RUSHGQ
Mona Florina Radeanu,	Chef d'UCDG- 4H et AAPA, Direction de soins infirmiers et des services professionnels, CIUSSS du Nord- de - l'Île de Montréal
Hélène Riverin,	Adjointe au PDGA, Transformation des services gériatriques spécialisés, Direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), CIUSSS de la Capitale-Nationale, coresponsable du sous-comité sur les ressources humaines
Noémie Roux-Dubois,	Géiatre, CIUSSS de la Capitale-Nationale, coresponsable du sous-comité sur les ressources humaines

Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

Aline Bolduc,	Professionnelle de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
---------------	--

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmière ainsi que de l'assistante au supérieur immédiat 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 au début 2024 une mise à jour de l'enquête qui avait été publiée en 2013 auprès des responsables de ces unités pour connaître les ressources professionnelles œuvrant actuellement dans les UCDG québécoises. Par la même occasion, il a sondé leur opinion sur les effectifs minimaux requis en situation de contingence permettant d'offrir des soins appropriés et sécuritaires à la clientèle du programme. Des informations sur la clientèle, le volume d'admission, la durée moyenne de séjour 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 cinq caractéristiques des UCDG : la taille (nombre de lits), les lits UCDG sont intégrés ou pas avec un autre programme ou service, la durée moyenne de séjour totale en UCDG (en deux catégories selon la médiane des UCDG participantes), la présence ou non de lits NSA (niveaux de soins alternatifs) dans l'UCDG et la localisation de l'UCDG dans un établissement avec une affiliation universitaire (oui/non). De plus, les ratios actuels en UCDG ont été comparés à ceux disponibles dans les enquêtes précédentes de 2003 et 2013.

Les répondants ont rapporté percevoir une prévalence élevée à l'admission en UCDG d'utilisateurs présentant des troubles neurocognitifs majeurs, des troubles de l'équilibre et de la marche, un délirium ou des troubles psychocomportementaux nécessitant des ajustements plus fréquents des thérapies et des soins d'assistance accrus pour le maintien de leur autonomie fonctionnelle. De façon générale, les résultats démontrent que cet alourdissement perçu de la clientèle s'est accompagné d'une augmentation du personnel infirmier au cours des vingt dernières années, mais que les ratios d'effectifs des autres professionnels sont demeurés plutôt constants. Les ratios d'effectifs actuels des professionnels autres que ceux en soins infirmiers sont généralement jugés comme les ratios minimaux requis. Des kinésithérapeutes et techniciens en éducation spécialisée se sont ajoutés à l'équipe de base dans certaines UCDG.

La médecine familiale demeure la spécialité des médecins traitants dans la majorité des UCDG. De façon générale, les médecins responsables des UCDG sont satisfaits des ressources médicales actuelles. Contrairement à 2013 où les deux tiers des médecins traitants travaillaient durant 3 semaines consécutives ou plus à l'UCDG ou ne faisaient pas de rotation, les médecins effectuent en 2024 des rotations à une fréquence plus rapprochée (moins de 3 semaines) dans les deux tiers des UCDG.

On observe peu de différence en fonction des caractéristiques des UCDG lorsque les ratios de personnel sont exprimés sur une base commune de 15 lits.

Finalement, à partir des données recueillies, **le sous-comité formule trois recommandations :**

- 1) Que toutes les UCDG disposent des effectifs minimaux indiqués dans le présent rapport;
- 2) Que les professionnels, gestionnaires, médecins responsables et instances concernées (MSSS, ordres professionnels, directions des établissements de santé et services sociaux) examinent

d'autres facteurs qui peuvent impacter sur l'efficacité des activités cliniques au quotidien en UCDG.

Parmi les actions susceptibles d'augmenter le temps direct passé auprès des usagers, on peut envisager :

- La réduction du temps consacré à la gestion des dossiers et aux réunions en optimisant les outils de communication intra et interprofessionnels;
- Le découplage de certains rôles (tâches) pour favoriser une meilleure transversalité;
- L'élimination des listes d'attente pour les professionnels en UCDG;
- De mesurer l'impact de la disponibilité des ressources professionnelles en continu sur 7 jours avant de généraliser cette pratique qui dans les faits, n'a pas démontré de bénéfice sur la réduction de la durée de séjour ni sur l'orientation au congé.
- De renforcer la collaboration avec les intervenants de première ligne en amont d'une hospitalisation et l'utilisation au moment opportun des divers programmes du continuum de la trajectoire SAPA afin d'optimiser la durée du séjour à l'hôpital, conscient du risque de nature iatrogène qu'encourt la personne âgée.

- 3) Disposer d'un système universel de collecte d'informations cliniques et administratives standardisées, arrimé au dossier de santé numérique, permettant aux clientèles des UCDG (gestionnaires, cliniciens et usagers) une analyse fiable et synchrone de leurs activités.

En conclusion, le présent travail a permis de recenser les effectifs professionnels disponibles en UCDG et de solliciter l'avis des responsables de ces unités sur les effectifs minimaux qu'ils jugeraient appropriés pour assurer le bon fonctionnement du programme en situation de contingence. Avec le vieillissement de la population, nous anticipons que les UCDG seront de plus en plus sollicitées, ce qui nécessite de suivre l'évolution des ressources humaines qui y sont attribuées ainsi que toute mesure visant à optimiser la durée de séjour

Ce rapport sera transmis aux instances concernées, entre autres, à la Direction générale des aînés et des proches aidants du MSSS; aux directeurs et directrices du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), des soins infirmiers et des services multiprofessionnels des établissements de santé et services sociaux; à l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) et la Société québécoise de gériatrie.

Remerciements

Le sous-comité de travail remercie tous les médecins et gestionnaires responsables des UCDG qui ont répondu au sondage. Cela démontre qu'ils ont à cœur l'adéquation des ressources humaines afin de fournir des soins de qualité aux personnes âgées et à leurs proches aidants lors d'une hospitalisation en UCDG.

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE	4
LEXIQUE	9
PRÉAMBULE	10
MISE EN CONTEXTE	11
MÉTHODOLOGIE	13
Collecte des données.....	13
Analyses	14
RÉSULTATS	15
Taux de participation.....	15
Caractéristiques des UCDG selon les regroupements.....	15
Taille des UCDG	16
Lits d’UCDG partagés avec d’autres services	16
Lits NSA	16
Durée moyenne de séjour.....	16
Localisation de l’UCDG	16
Fonctionnement des UCDG.....	17
Modes d’admission	17
Volume d’admission	17
Débordements et lits NSA	17
Gestion des UCDG	18
Liste d’attente professionnelle	18
Profil de la clientèle à l’admission	19
Provenance des usagers (milieu de vie à l’admission)	19
Milieu de vie au congé de l’UCDG	19
Effectifs médicaux	20
Couverture médicale durant le jour.....	20
Composition	20
Rotation	21
Mode de rémunération	21
Couverture de la garde.....	21
Personnel soignant infirmier et d’assistance (durant les trois quarts de travail, 7 jours sur 7).....	21
Ratios actuels.....	22
Ratios minimaux.....	23

Personnel régulier autre que les soins infirmiers (quart de travail de jour)	24
Personnel régulier autre que les soins infirmiers (durant la fin de semaine).....	25
Autres professionnels de la santé consultants dans les UCDG	25
Comparaison des effectifs totaux disponibles en 2003, 2013 et 2024	25
DISCUSSION	26
Effectifs médicaux	26
Effectifs en soins infirmiers.....	26
Effectifs en ressources professionnelles autres que les soins infirmiers	27
Autres constats généraux	27
Évolution des ratios d'effectifs en UCDG	27
Organisation des UCDG	28
Profil des usagers	28
Durée moyenne de séjour	28
LIMITES	30
CONCLUSION.....	30
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
TABLEAUX	34
Tableau 1. Liste des 38 UCDG participantes à l'enquête (au moins un ou les deux sondages).....	35
Tableau 2. Fonctionnement des UCDG en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	37
Tableau 3. Profil de la clientèle des UCDG en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	38
Tableau 4. Organisation du travail des médecins traitants en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	39
Tableau 6. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les médecins traitants, physiothérapeute et technologues en physiothérapie en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	41
Tableau 7. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les ergothérapeutes, travailleurs sociaux, nutritionnistes et pharmaciens en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	42
Tableau 8. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les infirmières de liaison, les kinésioles, les technicien(ne)s en éducation spécialisée et les préposé(e)s en réadaptation en fonction de certaines caractéristiques des UCDG.....	43
Tableau 9. Gestionnaire clinique et effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour en fonction de certaines caractéristiques des UCDG.....	44

Tableau 10. Effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de soir en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	45
Tableau 11. Effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de nuit en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	46
Tableau 12. Effectif total infirmier actuel et jugé minimal durant les trois quarts de travail en fonction de certaines caractéristiques des UCDG	47
Tableau 13. 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	48
Tableau 14. Comparaison de l'effectif disponible en UCDG en 2003, 2013 et 2024 durant le quart de travail de jour	50
Tableau 15. Comparaison de l'effectif disponible en UCDG en 2003, 2013 et 2024 durant les quarts de travail de soir et de nuit	51
ANNEXES	52
Annexe 1. Résumé des recommandations québécoises antérieures sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels faisant partie de l'équipe de base	53
Annexe 2. Résumé des recommandations issues de la littérature québécoise et internationale sur les effectifs appropriés en UCDG pour les professionnels agissant à titre de consultant	54

LEXIQUE

ASI	Assistante au supérieur immédiat
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux
DMS	Durée moyenne de séjour
ECGT	Équipe de consultation gériatrique thérapeutique
ETC	Équivalent temps complet
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatifs
PAB	Préposé aux bénéficiaires
RPA	Résidence privée pour aînés
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux
RUSHGQ	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SEP	Sclérose en plaque
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

PRÉAMBULE

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique créée en 2010. En 2023, elle regroupait sur une base volontaire, 91 %¹ des 55 installations hospitalières où l'on retrouve un programme d'UCDG. Le RUSHGQ rassemble à ce jour plus de 1200 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 de gériatrie, équipes de consultation en gériatrie sur les unités de soins et à l'urgence), 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 usagers aux situations cliniques complexes et d'agir comme milieu d'expertise.

En 2011, un sous-comité de travail avait été établi pour se pencher sur les ressources humaines dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG). Un rapport a été produit en 2013 [1], incluant des recommandations sur les ratios d'effectifs par 15 lits d'UCDG permettant d'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 qui était alors de 26 jours.

Plusieurs membres du RUSHGQ ont contacté le comité exécutif dans les dernières années souhaitant une mise à jour de ce rapport. A cette fin, le sous-comité sur les ressources humaines a été recomposé pour relancer une nouvelle enquête. Le sous-comité a été mandaté en 2023 pour réaliser les objectifs suivants.

Objectif principal

Effectuer une compilation à jour du nombre et du type de professionnels travaillant dans les UCDG québécoises, décrire le profil global de la clientèle et sonder l'opinion des responsables de ces unités sur les exigences minimales en effectifs nécessaires en situation de contingence pour maintenir un fonctionnement sécuritaire de l'UCDG et rencontrer les besoins de la clientèle.

Objectifs spécifiques

- Établir des données à jour sur les ratios des effectifs actuels et ceux jugés comme seuil minimal en UCDG en période de contingence, en fonction de certaines caractéristiques organisationnelles;

¹ Les 5 UCDG non-membres du RUSHGQ sont majoritairement des unités de petite taille (≤ 10 lits) situées en région plus périphériques (ex. : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Abitibi-Témiscamingue).

- Fournir des informations à jour détaillées sur la composition et l'organisation des effectifs médicaux en UCDG.

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. Selon des données du MSSS, en 2019-2020, les personnes âgées de 75 ans et plus ont constitué 14,9 % de la clientèle totale des urgences, soit 549 458 visites au Québec. Quelques 28,7 % de ces usagers ont fait une visite sur civière et 47,0 % de ces derniers ont été hospitalisés, soit 74 116 aînés [2].

Les UCDG québécoises ont été constituées en réponse aux changements démographiques des dernières décennies en s'inspirant des 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 aigu instauré au Québec à la fin des années '70 poursuit toujours sa mission en 2024. Cette dernière est de procéder à l'évaluation clinique de personnes âgées fragiles qui ont des besoins complexes et à la mise en place d'interventions interdisciplinaires afin d'optimiser les capacités fonctionnelles dans un contexte d'instabilité médicale et fonctionnelle [3].

L'équipe interprofessionnelle est formée d'un médecin doté d'une formation spécialisée en gériatrie ou d'une formation en médecine familiale avec implication majeure en soins aux personnes âgées et d'une diversité de soignants : infirmière chef, assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière clinicienne, infirmière, infirmière auxiliaire et préposés aux bénéficiaires. À ces professions se joignent : professionnels en réadaptation soit physiothérapie et ergothérapie, travail social et nutrition. Plusieurs UCDG bénéficient également dans leur équipe de base d'un pharmacien clinique et d'une infirmière de liaison [4]. De plus, certains autres professionnels, de par des besoins grandissant de la clientèle, sont devenus pour les UCDG des consultants réguliers, par exemple, c'est le cas du neuropsychologue et du psychiatre [5].

Encore à ce jour, peu d'information est disponible sur les ratios appropriés, spécifiques aux soins de santé en gériatrie. Lors de la publication de la première enquête du RUSHGQ en mai 2013 [1], nous avons rapporté les ratios recommandés au niveau québécois en lien avec le cadre de référence du programme UCDG de 1986 [6] et de colloques de formation tenus en 2000 [7] et 2009 [8] (cf. annexe 1). Pour la présente enquête, nous avons effectué une mise à jour de la revue de la littérature et n'avons retracé que quelques articles supplémentaires publiés dans les dernières années au niveau canadien et international. Dans une publication récente (août 2024) de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) intitulée «Description des services gériatriques spécialisés et de leurs composantes organisationnelles et cliniques, au Canada (hors Québec) et à l'international» [9], aucun ratio d'effectifs n'est rapporté.

Dans sa publication de 2013 [1], le sous-comité de travail du RUSHGQ avait proposé des ratios pour une UCDG par 15 usagers. Nous avons repris les ratios optimaux de professionnels proposés par les groupes de travail irlandais et australien publiés dans les années 2010. Les données les plus récentes retrouvées dans la littérature datent de 2017 et proviennent d'un centre hospitalier tertiaire de Vancouver en Colombie-Britannique (*Vancouver General Hospital*). Nous avons également consulté le programme de soins pour le patient gériatrique d'un centre hospitalier universitaire (Cliniques Universitaires Saint Luc) de Bruxelles en Belgique. Il ne s'agit pas d'une recommandation mais bien d'une description de leur modèle de fonctionnement. Rappelons que l'UCDG du Québec s'apparente davantage par ses modes d'admission, travail interprofessionnel et durée de séjour, à une GEMU (Geriatric and Management Unit) qu'à une Acute Care of Elders (ACE) unit où le gériatre agit comme cotraitant pour les aspects gériatriques dans des soins aigus donnés par des médecins de sous-spécialités médicales pour des patients par ailleurs âgés) [4, 10]. L'annexe 2 présente les données issues de la littérature pour les professionnels agissant à titre de consultant.

Les ratios d'effectifs identifiés dans la littérature sont synthétisés dans le tableau ci-après. Les ratios ont été ramenés en équivalents temps complets requis pour 15 lits afin de faciliter la comparaison :

Titre	Équivalent Temps Complet (ETC) pour 15 lits				
	Enquête RUSHGQ 2013 [1]	Royal College of physicians of Ireland 2011-2012 [11]	Groupe de travail interprofessionnel Australien 2013 [12]	Vancouver General Hospital, 2017 [10]	Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles 2021 [13]
Type d'unité de soins	UCDG	Specialist Geriatric Ward	Geriatric evaluation and management Unit	Acute Care for Elders Unit	Aigus et subaigus
Durée moyenne de séjour en UCDG ou	22 jours	18 jours	---	7,6 jours	---
Gestionnaire de l'unité	0,6	---	---	0,7	---
Médecin traitant	1,4 (MD de famille ou gériatre)	---	Gériatre consultant : 1	MD interniste : 3,4 et Gériatre consultant : 0,14 ²	Gériatre : 1,25
Assistante au supérieur immédiat – soins infirmiers (ASI) (J/S/N)	0,7/0,6/0,6	---	0,75	---	---
Infirmière (J/S/N)	1,9 / 1,3 / 1,1	---	---	J : 2,7/ N : 2	7,8
Infirmière auxiliaire (J/S/N)	1,7 / 1,2 / 0,9	---	---	0,7	
Préposé aux bénéficiaires (PAB) (J/S/N)	1,7 / 1,2 / 1,0	---	---	1,4	2,6
Travailleur social	1,1	0,75	1,9	0,3	0,3
Physiothérapeute	1,1	1,5	1,9	0,7	0,6
Ergothérapeute	1,0	1,5	1,8	0,7	0,8
Nutritionniste	0,5	0,75	0,75	0,5	0,3
Pharmacien	0,6	---	0,75	0,7	0,9

² Communication personnelle avec l'auteur principal le 22 octobre 2024.

Titre	Équivalent Temps Complet (ETC) pour 15 lits				
	Enquête RUSHGQ 2013 [1]	Royal College of physicians of Ireland 2011-2012 [11]	Groupe de travail interprofessionnel Australien 2013 [12]	Vancouver General Hospital, 2017 [10]	Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles 2021 [13]
Infirmière de liaison	0,6	---	---	---	---
Infirmière clinicienne	---	0,75	---	0,2	---
Orthophoniste	---	0,75	0,3	---	0,3
Podiatre	---	0,15	0,3	---	---
Kinésiologue	---	---	0,75	---	---
Psychologue	---	---	0,3	---	0,6
Neuropsychologue	---	---	0,3	---	---

J : jour; S : soir; N : nuit; MD : médecin

Ces données bien qu'hétérogènes montrent que les ratios proposés lors de l'enquête du RUSHGQ de 2013, demeurent dans la moyenne des différents ratios proposés notamment pour les professionnels. Il est cependant plus difficile d'établir des correspondances avec les soins infirmiers puisque la composition des équipes ne précise pas les différents titres d'emploi inclus. En 2013, nous faisons état de certains pays qui avaient des ratios infirmière-usagers avec seuil minimal prescrits par la loi. Les données les plus récentes à ce sujet proviennent de l'Australie qui ont déterminé en 2019 pour des unités de gestion et d'évaluation gériatriques des ratios minimaux infirmière-usagers de : 1 :5 le jour, 1:6 le soir et de 1:10 la nuit [14].

Étant donné qu'il s'est écoulé plus de 10 ans depuis le premier rapport du sous-comité du RUSHGQ sur les ressources humaines en UCDG, nous avons souhaité mettre à jour nos données initiales. Le sous-comité a consulté au début 2024 les équipes UCDG afin d'obtenir un portrait à jour des effectifs actuels et de leurs impressions quant aux ratios minimaux nécessaires lors de l'application d'un plan de contingence³. L'enquête a été faite auprès des installations membres du RUSHGQ, lequel rassemble la majorité des établissements de santé et services sociaux ayant un programme d'UCDG.

MÉTHODOLOGIE

Collecte des données

Selon l'« [Inventaire des services gériatriques spécialisés au Québec](#) » publié en juin 2023 par le RUSHGQ, il y avait 55 UCDG au Québec [15]. En janvier 2024, 6 UCDG ont été exclues de l'enquête, soit 3 pour cause de réorganisation (Hôpital de Roberval, Hôpital de Baie-St-Paul, Hôpital de Gatineau), une pour

³ Un plan de contingence en lien avec la main-d'œuvre est un plan préventif, prédictif et parfois réactif. Il permet à l'organisation de faire face à une menace potentielle de bris de service et de poursuivre ses activités à un niveau acceptable n'entraînant pas de risque pour la sécurité des usagers. Tiré de: CISSS de la Montérégie-Est, Plan de contingence Covid-19. 2020: https://extranet.santemonteregie.qc.ca/app/uploads/2023/12/plan-de-contingence-2e-vague-ci-ss-me-2020-09-15vf_3.pdf

cause de rénovation (Institut universitaire de gériatrie de Montréal), une en cours d'ouverture (Hôpital Sainte-Anne) et une autre (Hôpital Pierre Le Gardeur) a été convertie en unité de médecine.

Les gestionnaires cliniques (selon le cas : chef de service, chef de programme, chef d'unité) et les médecins responsables des 49 UCDG actives ont été contactés par courriel le 8 janvier 2024 afin de répondre à deux sondages avant le 9 mars 2024. Un premier rappel a été effectué le 2 février 2024 et au besoin, un deuxième rappel a été fait vers la mi-février 2024.

Les données ont été récoltées par l'entremise de deux sondages en ligne au moyen de la plateforme Survey Monkey®. Le premier sondage était destiné aux gestionnaires cliniques des UCDG et comportait 27 questions portant sur les items suivants : nom de l'installation, coordonnées du ou des répondant(s), nombre de lits UCDG au permis, les lits UCDG sont-ils intégrés avec autre service, nombre de lits NSA (niveau de soins alternatifs⁴) parmi les lits UCDG; pour l'année administrative 2022-2023 : nombre annuel d'admissions dans les lits UCDG; provenance des admissions; milieu de vie et orientation au congé approximatifs des usagers; pourcentage approximatif des usagers présentant à l'admission un trouble neurocognitif majeur (TNCM), un symptôme comportemental et psychologique perturbateur lié à un TNCM (SCPD), un trouble de la marche et de l'équilibre ou chute(s); nombre d'unités de soins à la charge du gestionnaire clinique de l'UCDG; liste d'attente pour certains professionnels de l'UCDG; durée moyenne de séjour (DMS) totale en UCDG (incluant toutes les arrivées et les départs); durée moyenne de séjour en UCDG pour les soins actifs seulement; situations de débordement à l'UCDG; le nombre actuel de consultations par mois et qui répondrait mieux aux besoins de la clientèle pour le personnel autre que médical. On recueillait également les effectifs actuels de personnel (autre que médical) dans un fonctionnement courant et les effectifs jugés minimaux requis en situation de contingence pour maintenir un fonctionnement sécuritaire de l'UCDG. Les effectifs ont été recueillis en nombre d'équivalent temps complet (ETC) en fonction du nombre de lits d'UCDG ou du service. Il a été considéré qu'un ETC = 35 heures de travail par semaine.

Le deuxième questionnaire était destiné aux médecins responsables des UCDG et comportait 22 questions portant sur la composition, le nombre et le fonctionnement actuel de l'équipe médicale incluant les gardes. On demandait également des questions sur la structure optimale des effectifs médicaux ainsi que sur l'implication des médecins spécialistes qui effectuent des consultations à l'UCDG.

Analyses

Des analyses statistiques descriptives (pourcentage, moyenne, médiane, écart-type, minimum, maximum) ont été réalisées pour l'ensemble des UCDG participantes selon chacun des sondages ainsi que selon 5 regroupements :

- 1) Taille (nombre de lits au permis), en 4 catégories : ≤ 9 lits, 10 -15 lits, 16-20 lits, ≥ 21 lits
- 2) Lits UCDG intégrés avec un autre service : UCDG partagée, oui ou non
- 3) Présence ou non de lits NSA parmi les lits UCDG: oui ou non

⁴ Les hôpitaux utilisent le terme « niveau de soins alternatif » (NSA) pour désigner le statut des usagers qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent plus le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent

- 4) Durée moyenne de séjour totale en jours: en deux catégories selon la médiane.
- 5) Localisation de l'UCDG dans un établissement avec une affiliation universitaire : CIUSSS, CHUM, CUSM versus CISSS: oui ou non.

Lorsqu'il y avait des données manquantes, les tests étaient effectués en les excluant. Le niveau de signification a été fixé à 0,05. À des fins comparatives, les ratios d'effectifs actuels et minimaux ont été rapportés en ETC pour 15 lits. Considérant que les sous-groupes en fonction des regroupements d'UCDG incluent de petits nombres d'observations, des tests non paramétriques ont été utilisés pour les analyses.

Pour les variables continues, les tests de Kruskal-Wallis (plus de 2 catégories) ou de Mann-Whitney (entre 2 catégories) ont été utilisés pour tester les différences entre les moyennes des différentes catégories d'UCDG. Lorsqu'un de ces tests était significatif, le test de comparaisons multiples de Tamhane était utilisé pour déterminer entre quelles catégories se retrouvait une différence significative. Finalement, les différences entre les effectifs totaux actuels et jugés minimaux pour chaque catégorie de professionnels de la santé ont été testées en utilisant des tests de Wilcoxon. **Ces tests ont été considérés non-applicables si le nombre d'observations par groupe était inférieur à 6.** Pour les variables catégorielles, le test du chi-carré a été utilisé. Le test du chi-carré a été considéré non applicable lorsque le tableau de contingence contenait un nombre trop élevé de cellules (25 % ou plus) avec une fréquence attendue inférieure à 5.

Finalement, afin d'apprécier l'évolution globale des ressources professionnelles en UCDG depuis une vingtaine d'années, les effectifs moyens disponibles en 2024 ont été comparés (sans analyses statistiques) aux effectifs de 2013 [1] et de 2003 [5].

RÉSULTATS

Les sous-sections suivantes présentent les informations colligées en 2024 sur le fonctionnement des UCDG. Seulement les différences significatives entre les catégories d'UCDG sont rapportées dans le texte et les tableaux.

Taux de participation

Au total, les gestionnaires cliniques de 33 UCDG ont répondu au premier sondage et les médecins responsables de 27 UCDG ont répondu au deuxième, couvrant respectivement 67 % et 55 % des 49 UCDG sollicitées (tableau 1). Au total, 38 UCDG ont participé à au moins un des deux sondages de l'enquête (tableau 1). Toutes les régions sociosanitaires où l'on retrouve des UCDG, sauf l'Outaouais, sont représentées dans l'enquête.

Caractéristiques des UCDG selon les regroupements

Taille des UCDG

Dans les 38 UCDG qui ont participé, le nombre de lits (au permis) par UCDG se chiffre en moyenne à 18 ± 12 (médiane = 16) et varie entre 4 et 63 lits. On compte 4 UCDG dotées de 30 lits ou plus. Voici la distribution selon les 4 catégories retenues selon la taille:

- ≤ 9 lits : 9 UCDG (23,7%)
- 10 -15 lits : 5 UCDG (13,2 %)
- 16-20 lits : 12 UCDG (31,6 %)
- ≥ 21 lits: 12 UCDG (31,6 %)

Lits d'UCDG partagés avec d'autres services

Dans 55,3% des UCDG ($n=38$), les lits UCDG sont intégrés avec un autre service (UCDG partagée), soit:

- Médecine (9 UCDG)
- Médecine-chirurgie (3 UCDG)
- Médecine- (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive) URFI (2 UCDG)
- Autres soins médicaux spécialisés (2 UCDG : 1 gastro-entérologie et 1 pneumologie)
- URFI (1 UCDG)
- URFI-UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (1 UCDG)
- URFI-soins palliatifs (1 UCDG)
- Soins palliatifs (1 UCDG)
- Hébergement (1 UCDG)

Lits NSA

Dans 50% des UCDG ($n=38$), on retrouve des lits dédiés aux patients NSA parmi les lits UCDG.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) totale par UCDG ($n=33$) est de $26,0 \pm 7,7$ jours et varie de 13,8 à 45,0. La médiane est de 25,4 jours. Pour l'ensemble des UCDG, la DMS totale par UCDG est de 7 jours plus longue (26 ± 8 jours; $n=31$ UCDG) que la DMS par UCDG pour les soins actifs seulement (19 ± 8 jours; $n=16$ UCDG)) (tableau 2).

Localisation de l'UCDG

On retrouve légèrement plus d'UCDG en établissement universitaire parmi les milieux participants, soit 20 UCDG sur 38 (52,6 %) sont situées dans un CIUSSS/établissement universitaire non fusionné plutôt qu'en CISSS. Parmi les 55 UCDG au Québec, 30 (54,5 %) font partie d'un établissement universitaire [15].

Bien qu'une corrélation de Spearman soit significative ($r = -0,646$; $p < 0,001$; $n = 38$ UCDG participantes à au moins un des deux sondages) entre les catégories d'UCDG en fonction de la taille et si l'UCDG est partagée avec un autre service (plus le nombre de lits est élevé moins les lits font partie d'un autre service), nous avons gardé les deux sous-analyses car elles peuvent être utiles aux responsables médico-administratifs. Cette corrélation sera prise en compte lors de l'interprétation des résultats.

Fonctionnement des UCDG

Modes d'admission

Dans l'ensemble des UCDG ($n=32$), le pourcentage d'admission par transfert intra hospitalier par UCDG est en moyenne plus fréquent par rapport aux autres modes d'admission (tableau 2):

- Transfert intra hospitalier : 56 ± 40 % (médiane = 73) et varie de 0 à 100.
- Service des urgences : 36 ± 39 % (médiane = 20) et varie de 0 à 100.
- Transfert inter hospitalier: 7 ± 22 % (médiane = 0) et varie de 0 à 95.
- Électif : 2 ± 4 % (médiane = 0) et varie de 0 à 15.

Dans huit UCDG, l'admission des usagers se fait majoritairement (85 à 100%) par le service des urgences (tableau 1). Dans dix UCDG, l'admission des usagers se fait totalement ou presque totalement (90 à 100%) par transfert intra hospitalier (tableau 1). Bien que la durée de séjour totale soit en moyenne plus courte dans ces dernières dix UCDG ($23,9 \pm 6,7$ jours) par rapport aux 21 autres ($27,4 \pm 8,0$ jours), cette différence n'était pas significative.

Comparativement aux UCDG qui partagent leurs lits avec un autre service, celles qui ne partagent pas leurs lits avec un autre service admettent les usagers en plus grande proportion par le service des urgences (50% versus 21%) (tableau 2). Les UCDG qui ont des lits NSA admettent en plus grande proportion par le service des urgences (51 %) par rapport aux UCDG qui n'ont pas de lits NSA (23 %) (tableau 2). Le pourcentage d'admission par les différents modes n'étaient pas significativement différents en fonction de la localisation dans un CIUSSS vs un CISSS et en fonction des deux catégories de DMS (tableau 2).

Volume d'admission

Le volume annuel moyen d'admission par UCDG ($n=31$) est en moyenne de 15 ± 7 admissions (médiane : 12) par lit et varie entre 6 et 39. Il n'y avait pas de différence significative pour ces trois variables entre les catégories d'UCDG lorsque les tests étaient applicables.

Débordements et lits NSA

Des situations régulières de débordement ont été rapportées dans 49 % des UCDG ($n=33$) contrairement aux UCDG qui en vivent parfois, rarement ou jamais (parfois : 18% vs rarement/jamais : 33 %) (tableau

2). Les UCDG où on retrouve des lits NSA se retrouve significativement plus souvent régulièrement en situation de débordement (69% versus 29%) (tableau 2). Par UCDG, cette situation régulière de débordement touche le plus souvent entre 1 et 10 usagers (jusqu'à 17 usagers) par semaine et dans la moitié des cas (48%), ces usagers sont répartis sur d'autres unités tandis que les autres cohabitent avec les lits de l'UCDG.

Gestion des UCDG

Dans 39 % de l'ensemble des UCDG ($n=33$), le gestionnaire clinique n'a que le programme UCDG à sa charge (tableau 2). Dans ces 13 UCDG, le nombre de lits est en moyenne de 27 ± 14 (médiane = 24) comparativement à 14 ± 7 lits (médiane = 14) dans les UCDG où le gestionnaire a plus d'une unité à sa charge. Dans les UCDG qui ne partagent pas leurs lits avec un autre service, 56 % ont un gestionnaire qui a seulement l'UCDG à sa charge versus 24% dans les UCDG qui partagent leurs lits avec un autre services (tableau 2). Pour les UCDG où le gestionnaire clinique a plus d'une unité ou programme à sa charge, voici les combinaisons recensées (nombre de fois entre parenthèses):

- UCDG + cliniques externes ou ambulatoires de gériatrie (4)
- UCDG + médecine (2)
- UCDG + URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) (2)
- UCDG/URFI + médecine
- UCDG + médecine + médecine ambulatoire (médecine interne et hémodialyse)
- UCDG + médecine + gestion des lits
- UCDG/URFI + Médecine/chirurgie +lits débordement
- Médecine + chirurgie, lit UCDG intégrés à médecine
- UCDG + pneumologie + à demi avec une autre gestionnaire (neurologie, clinique ambulatoire AVC, TCC (thérapie cognitivo-comportementale), SEP (sclérose en plaque))
- UCDG + CHSLD (centre d'hébergement de soins de longue durée) + lits dépannage + soins palliatifs + URFI
- UCDG + URFI + UTRF (unité transitoire de réadaptation fonctionnelle) + UTRF en RPA + hôpital de jour + Clinique de cognition + infirmière ECGT
- UCDG + Département soutien à domicile + ressources intermédiaires + centre de jour
- UCDG + services externes de réadaptation gériatriques
- UCDG + URFI + soins palliatifs

Liste d'attente professionnelle

Dans 42 % des UCDG ($n=33$), il y a une liste d'attente pour au moins une catégorie de professionnels (tableau 2). Le plus souvent, il s'agit des ergothérapeutes (13 UCDG) et lorsque rapporté, le délai d'attente varie approximativement de quelques jours à 3 semaines. Ensuite, ce sont les travailleurs sociaux (9 UCDG) et lorsque rapporté, le délai d'attente varie approximativement de quelques jours à 2 semaines. On a plus rarement rapporté une liste d'attente pour les physiothérapeutes (3 UCDG) et pour les nutritionnistes (1 UCDG). Les UCDG qui ne partagent pas leurs lits avec un autre service ont

significativement plus souvent une liste d'attente (63 % versus 24 %) (tableau 2). Les UCDG qui ont une durée moyenne de séjour $\geq 25,4$ jours ont aussi plus souvent une liste d'attente pour au moins un professionnel (56 % versus 20 %) (tableau 2). Plus spécifiquement, les UCDG avec une liste d'attente ont une DMS totale de $28,0 \pm 6,2$ jours comparativement à $25,2 \pm 8,4$ jours pour les UCDG qui n'ont pas de liste d'attente.

Profil de la clientèle à l'admission

Les gestionnaires cliniques des UCDG ont rapporté la prévalence approximative à l'admission de quatre problématiques chez leur clientèle (tableau 3). En moyenne, on constate que :

- 65 % présente un trouble de la marche et de l'équilibre ou chute(s) (n UCDG = 25), et ce pourcentage par UCDG varie de 14 à 95 %; la médiane est de 75 %;
- 56 % présente un trouble neurocognitif majeur (n UCDG = 25), et ce pourcentage par UCDG varie de 4 à 95 %; la médiane est de 65 %;
- 33 % présente un délirium (n UCDG = 24), et ce pourcentage par UCDG varie de 5 à 75 %; la médiane est de 32 %;
- 25 % présente un symptôme comportemental et psychologique perturbateur relié à la démence (n UCDG = 21), et ce pourcentage par UCDG varie de 3 à 60 %; la médiane est de 20 %.

Il n'y avait pas de différence significative pour ces variables entre les catégories d'UCDG lorsque les tests étaient applicables.

Provenance des usagers (milieu de vie à l'admission)

Concernant le milieu de vie à l'admission, le pourcentage d'usagers qui vivent à domicile ou en résidence pour personnes âgées est en moyenne de 87 % (médiane = 90 %) dans l'ensemble des UCDG ($n=24$). Ce pourcentage par UCDG varie de 59 à 100 % (tableau 3). Le pourcentage d'usagers qui vivent en ressource intermédiaire est en moyenne de 9 % (médiane = 7 %) et varie par UCDG de 0 à 37 %. Le pourcentage d'usagers admis à l'UCDG qui vivent en CHSLD est de 3 % en moyenne (médiane = 1 %) et varie par UCDG de 0 à 20 %. Ce pourcentage moyen est significativement plus élevé dans les UCDG faisant partie d'un CIUSSS (5 %) par rapport à celles faisant partie d'un CISSS (0,4 %) (tableau 3).

Milieu de vie au congé de l'UCDG

Dans l'ensemble des UCDG ($n=30$), en moyenne, le pourcentage d'usagers qui retournent à domicile ou en résidence pour personnes âgées au congé est de 62 % (médiane 67 %) et varie par UCDG entre 20 et 87 %. Le pourcentage d'usagers orientés en ressources intermédiaires est de 11 % (médiane = 10 %) et varie par UCDG entre 0,2 et 32 %. Le pourcentage d'usagers orientés en CHSLD est de 15% (médiane = 14 %) et varie par UCDG entre 0,5 à 33 %. Le pourcentage d'usagers qui nécessitent des soins de réadaptation au congé de l'UCDG est de 6 % (médiane = 3 %) et varie par UCDG de 0 à 40 %. Finalement, le pourcentage d'usagers qui décèdent au congé est de 5 % (médiane = 3 %) et varie par UCDG entre 0

et 21 % (tableau 3). Le pourcentage de décès est significativement moins élevé dans les UCDG faisant partie d'un CIUSSS versus un CISSS (4 % versus 7 %) (tableau 3).

Effectifs médicaux

Couverture médicale durant le jour

Les médecins responsables mentionnent qu'en moyenne, un équivalent temps complet (ETC) pour les soins directs aux usagers correspond **actuellement** à 41 heures de travail par semaine **lorsque rapporté à 15 lits** (tableau 4). Il n'y avait pas de différence significative entre les catégories d'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 usagers est de 43 heures, et ce, peu importe les caractéristiques des UCDG (tableau 4).

En termes d'ETC ($n=27$ UCDG) (tableau 6), la couverture médicale durant le jour à l'UCDG est actuellement, en moyenne, de 1,2 ETC par 15 lits, si on ramène 1 ETC à 35 heures par semaine. Ce ratio ne varie pas significativement en fonction des catégories d'UCDG. En moyenne, ce ratio de 1,2 ETC par 15 lits est considéré approprié par les répondants (tableau 6). Les médecins responsables des UCDG qui ont une durée de séjour totale moyenne inférieure à 25,4 jours rapportent un ratio approprié significativement plus élevé (1,3 ETC pour 15 lits) par rapport à ceux des UCDG ayant une durée de séjour totale moyenne supérieure ou égale à 25,4 jours (1,0 ETC pour 15 lits) (tableau 6). Pour ces dernières données, il s'agit de toutes les tâches confondues (soins directs aux usagers et autres activités reliées au service de gériatrie).

Dans 10 UCDG sur 27 (37 %), les médecins traitants consacrent tout leur temps alloué aux soins directs aux usagers lorsqu'ils sont assignés à l'UCDG (tableau 4). Il n'y avait pas de différence significative entre les catégories d'UCDG selon la localisation dans un CIUSSS ou un CISSS. Cela signifie que la majorité des médecins effectue d'autres activités durant cette période, le plus souvent il s'agit d'activité d'enseignement ou de supervision des externes et résidents. Les autres activités sont variables d'une UCDG et d'un médecin à l'autre, par exemple : tâches administratives ou de gestion, participation à des comités, bureau, soutien à domicile ou CHSLD.

Composition

Concernant la composition des équipes médicales en UCDG ($n=27$), les médecins traitants sont composés exclusivement de médecins de famille dans 17 UCDG (63 %), exclusivement de gériatres dans 4 UCDG (15 %) ou regroupent ces deux spécialités dans 6 UCDG (22 %) (tableau 4). Trois des 4 UCDG où l'équipe médicale est composée exclusivement de gériatres sont localisées dans un établissement universitaire (CIUSSS ou établissement non fusionné). Dans quelques UCDG, on retrouve un fonctionnement en co-traitance entre des médecins attirés à l'UCDG et des médecins de famille qui hospitalisent leurs usagers. 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 usagers.

Rotation

Dans la plupart des UCDG, les médecins traitants travaillent moins de 3 semaines consécutives à l'UCDG ($n= 18$ UCDG sur 27; 67 %) (tableau 4). Dans les autres UCDG, il n'y a pas de rotation (2 UCDG; 7 %) ou les médecins travaillent 3 semaines consécutives ou plus à l'UCDG (7 UCDG; 26 %).

Mode de rémunération

Parmi les 27 UCDG participantes, on retrouve 2 UCDG (7,4 %) où tous les médecins sont rémunérés selon un taux horaire ou selon des honoraires fixes ou par vacation; 7 UCDG (25,9 %) où tous les médecins sont rémunérés exclusivement à l'acte; 8 UCDG (29,6 %) où tous les médecins reçoivent une rémunération mixte et 10 UCDG où il n'y a pas d'uniformité dans les modes de rémunération parmi les médecins (tableau 4). Il n'était pas possible de faire des statistiques pour cette variable considérant les petits nombres dans plusieurs sous-catégories d'UCDG.

Couverture de la garde

Les gardes sont effectuées exclusivement par les médecins traitants de l'UCDG ou du service de gériatrie dans 89 % des UCDG ($n=27$) durant la semaine, et dans 74 % des UCDG la fin de semaine (tableau 5). La couverture des gardes de soir et de nuit se fait en disponibilité à partir du domicile dans la totalité des UCDG durant la semaine, et dans la presque totalité des UCDG la fin de semaine (deux UCDG ont des résidents sur place le soir et la nuit et les médecins responsables leur répondent sur appel). La fin de semaine, la couverture de la garde de jour se fait sur place dans 82% des UCDG ($n=27$). Dans les milieux universitaires, durant la semaine, un premier appel est fait à un résident dans 55 % des cas et dans 45 % des cas durant la fin de semaine.

Les médecins rattachés aux UCDG ($n=21$) font en moyenne 178 heures de garde par mois (tableau 5). Environ les trois quart (74,1%) des médecins responsables des UCDG considèrent que les gardes devraient être prises en compte dans le plan des effectifs médicaux (tableau 5). Il n'y avait pas de différence significative pour ces variables reliées à la garde en fonction des catégories d'UCDG lorsque les tests étaient applicables.

Personnel soignant infirmier et d'assistance (durant les trois quarts de travail, 7 jours sur 7)

Bien que la plupart des 33 UCDG participantes possèdent cinq catégories de personnel soignant, la proportion de chacune varie entre les UCDG et les quarts de travail.

Les effectifs actuels et jugés minimaux ont d’abord été calculés séparément pour les gestionnaires cliniques, assistantes au supérieur immédiat (ASI), infirmière clinicienne, infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires (PAB) durant les quarts de travail de jour (tableau 9), de soir (tableau 10), de nuit (tableau 11). Pour les ASI, les données ont été recueillies selon si elles ont ou non une charge clinique (avec ou sans usagers à charge). De façon générale, les ASI n’avait pas de charge clinique durant le quart de jour, mais c’était le cas le soir et la nuit.

Les effectifs combinés par UCDG pour les infirmières en soins directs aux usagers (infirmière et infirmière auxiliaire) et les effectifs infirmiers totaux (ASI, infirmière, infirmière auxiliaire et PAB) ont été calculés durant les trois quarts de travail (tableau 12). Lors du calcul des effectifs combinés, les effectifs pour les ASI étaient avec ou sans charge selon l’UCDG et le quart de travail.

Ratios actuels

Concernant les ressources actuelles du personnel soignant infirmier et d’assistance, l’encadré suivant résume, en moyenne dans l’ensemble des UCDG participantes, les effectifs infirmiers en ETC pour 15 lits (tableaux 9, 10, 11 et 12):

Titres d’emploi		Ressources actuelles					
		ETC pour 15 lits					
		Jour		Soir		Nuit	
ASI	Avec charge clinique	0,6		0,8		0,7	
	Ou	ou		ou		ou	
	Sans charge clinique	0,7		0,6		0,6	
Infirmière		1,7	3,6	1,4	2,9	1	2,2
Infirmière auxiliaire		1,9		1,5		1,2	
PAB		2,2		1,6		1,1	
Aide de service*		0,7		-		-	
Infirmière clinicienne sans charge**		0,7		-		-	

*Les données sur les effectifs actuels pour les aides de service ne sont pas rapportées dans les tableaux car elles ont été fournies par 8 UCDG seulement pour le quart de travail de jour. Ces UCDG disposent de 10 lits et plus.

** Infirmière clinicienne (sans charge): Rôle de mentorat, conseil, amélioration continue; étaient présentes dans la moitié des UCDG participantes. Si présente = 0,7 ETC / 15 lits

Des différences significatives ont été observées en fonction de certains regroupements d’UCDG.

- Comparativement aux UCDG avec des lits NSA, celles sans lits NSA ont significativement des ratios actuels d’ETC pour 15 lits:
 - Plus élevés d’infirmière auxiliaire durant le quart de jour (2,3 versus 1,6) (tableau 9)
 - Plus élevés pour la somme des infirmières et infirmières auxiliaires durant le quart de jour (4,0 versus 3,0) (tableau 12)

- Plus élevés pour la somme du personnel infirmier (ASI avec ou sans usagers à charge selon l'UCDG, infirmière, infirmières auxiliaires et PAB) durant le quart de jour (7,0 versus 5,7) (tableau 12).
- Plus élevé d'ASI sans usagers à charge durant le quart de jour (0,8 versus 0,6) (tableau 9) et de soir (0,8 versus 0,6) (tableau 10)
- Moins élevés de PAB durant le quart de soir (1,4 versus 1,9) (tableau 10)
- Comparativement aux UCDG faisant partie d'un CIUSSS, celles faisant partie d'un CISSS ont significativement des ratios actuels d'ETC pour 15 lits:
 - Plus élevés d'ASI sans usagers à charge durant le quart de jour (0,8 versus 0,6) (tableau 9) et de soir (0,7 versus 0,5) (tableau 10)
 - Plus élevés pour la somme du personnel infirmier (ASI avec ou sans usagers à charge selon l'UCDG, infirmière, infirmières auxiliaires et PAB) durant le quart de jour (7,2 versus 5,8) (tableau 12)
 - Plus élevés d'infirmière durant le quart de soir (1,5 versus 1,2) (tableau 10)
 - Plus élevés pour la somme des infirmières et infirmières auxiliaires durant le quart de soir (3,0 versus 2,4) (tableau 12)
- Comparativement aux UCDG qui ne partagent pas leurs lits avec un autre service, celles qui partagent leurs lits avec un autre service ont significativement des ratios actuels d'ETC pour 15 lits moins élevés de PAB durant le quart de soir (1,4 versus 1,9) (tableau 10).

Ratios minimaux

Concernant les ressources jugées minimales du personnel soignant infirmier et d'assistance, les ratios rapportés par catégorie de personnel sont en général les mêmes ou légèrement significativement plus bas de 0,1 ETC pour 15 lits par rapport aux ratios actuels durant les trois quarts de travail (tableaux 9, 10 et 11). Pour les sommes d'effectifs infirmiers, les ratios minimaux sont significativement plus bas de 0,2 à 1,0 ETC pour 15 lits par rapport aux ratios actuels durant les trois quarts de travail (tableau 12).

Pour l'ensemble des UCDG participantes, l'encadré suivant résume, en moyenne, les effectifs infirmiers minimaux en ETC pour 15 lits (tableaux 9, 10, 11 et 12):

Titres d'emploi		Ressources jugées minimales en contingence					
		ETC pour 15 lits					
		Jour		Soir		Nuit	
ASI	Avec charge clinique	0,7		0,7		0,7	
	Ou Sans charge clinique	0,6		0,6		0,5	
Infirmière		1,4	3,1	1,3	2,7	0,9	2,0
Infirmière auxiliaire		1,7		1,4		1,1	
PAB		1,8		1,5		1,1	
Aide de service*		0,7		-		-	

Titres d'emploi	Ressources jugées minimales en contingence ETC pour 15 lits		
	Jour	Soir	Nuit
Infirmière clinicienne sans charge**	0,7	-	-

*Les données sur les effectifs actuels pour les aides de service ne sont pas rapportées dans les tableaux car elles ont été fournies par 8 UCDG seulement pour le quart de travail de jour. Ces UCDG disposent de 10 lits et plus.

** Infirmière clinicienne (sans charge): Rôle de mentorat, conseil, amélioration continue; étaient présentes dans la moitié des UCDG participantes. Si présente = 0,7 ETC / 15 lits

Des différences significatives ont été observées en fonction de certains regroupements d'UCDG :

- Comparativement aux UCDG avec une DMS totale $\geq 25,4$ jours, celles avec une DMS totale $< 25,4$ jours ont significativement des ratios minimaux plus élevés de PAB durant le quart de jour (2,0 versus 1,5 ETC pour 15 lits) (tableau 9).
- Comparativement aux UCDG avec des lits NSA, celles sans lits NSA ont significativement des ratios minimaux plus élevé d'ASI avec usagers à charge durant le quart de nuit (0,8 versus 0,6 ETC pour 15 lits) (tableau 11).
- Comparativement aux UCDG faisant partie d'un CIUSSS, celles faisant partie d'un CISSS ont significativement des ratios minimaux plus élevé d'ASI avec usagers à charge durant le quart de nuit (0,9 versus 0,6 ETC pour 15 lits) (tableau 11)

Personnel régulier autre que les soins infirmiers (quart de travail de jour)

Pour l'ensemble des UCDG, en moyenne, les gestionnaires cliniques considèrent que les effectifs minimaux requis sont comparables à ceux actuels en ETC par 15 lits durant le quart de travail de jour pour chaque catégorie des professionnels suivants (tableaux 6, 7 et 8):

Titres d'emploi	Ressources ETC pour 15 lits			
	Fonctionnement actuel		En contingence	
Physiothérapeute	0,8	1,4	0,8	1,4
Technologue en physiothérapie	0,6		0,6	
Ergothérapeute	0,9		0,8	
Travailleur social	1,1		1,0	
Nutritionniste	0,4		0,4	
Pharmacien	0,5		0,5	
Éducateur spécialisé	0,5		Non disponible	
Kinésiologue	0,4		0,3	
Préposé en réadaptation	0,5		0,5	
Infirmière de liaison	0,5		0,5	
Psychoéducateur	0,4 (2 UCDG)			
Technicien en loisir	0,5 (1 UCDG)			

Il n’y avait pas de différence significative pour ces ratios actuels et minimaux entre les catégories d’UCDG lorsque les tests étaient applicables.

Personnel régulier autre que les soins infirmiers (durant la fin de semaine)

De façon générale, la présence des professionnels les samedi et dimanche est marginale. Certains sont accessible sur demande pour l’ensemble du centre hospitalier (CH).

Titres d’emploi	Ressources professionnelles la fin de semaine ETC pour 15 lits	
	Fonctionnement actuel	En contingence
Physiothérapeute	0,3 (3 UCDG)	0,3 (4 UCDG)
Technologue en physiothérapie	0,2 (1 UCDG)	0,2 (2 UCDG)
Ergothérapeute	-	0,4 (1 UCDG)
Travailleur social	-	0,4 (1 UCDG)
Nutritionniste	-	De garde pour le CH
Pharmacien	-	De garde pour le CH
Éducateur spécialisé	0,4 (2 UCDG)	0,3 (1 UCDG)
Kinésiologue	0,2 (1 UCDG)	0,2 ou 1 pour 3 à 4 unités
Préposé en réadaptation	-	-
Infirmière de liaison	-	-
Psychoéducateur	-	-
Technicien en loisir	-	-

Autres professionnels de la santé consultants dans les UCDG

Parmi les médecins spécialistes, autres que les gériatres, on constate que les internistes, neurologues, psychiatres, et gérontopsychiatres sont actuellement des consultants réguliers mensuellement dans un grand nombre d’UCDG (tableau 13).

Les professionnels suivants sont aussi des consultants réguliers mensuellement dans plusieurs UCDG participantes ($n=33$) (tableau 13): orthophoniste (16 UCDG), infirmière en soins de pieds (14 UCDG), neuropsychologue (12 UCDG), psychologue (6 UCDG), dentiste (5 UCDG), audiologiste (4 UCDG). Un plus grand nombre d’UCDG souhaiterait avoir accès à ces professionnels, auxquels s’ajouteraient les hygiénistes dentaires (tableau 13) qui ne sont actuellement pas accessibles en UCDG.

Comparaison des effectifs totaux disponibles en 2003, 2013 et 2024

Concernant le personnel soignant durant le quart de travail de jour (tableau 14), on observe en moyenne que les ratios pour le gestionnaire clinique n’ont pas augmenté depuis 2013. Les ratios pour l’assistante

au supérieur immédiat sans usager à charge colligés en 2024 sont comparables à ceux de 2013 ainsi que 2003 (tableau 14). Il est à noter que la distinction pour les ASI avec ou sans usager à charge n'avait pas été colligée dans les sondages antérieurs à 2024. Les ratios d'infirmières avaient baissé entre 2003 et 2013 et sont restés les mêmes depuis (tableau 14). En revanche, les ratios d'infirmières auxiliaire et de PAB ont augmenté à chaque décennie depuis 2003 (tableau 14).

Pour le quart de travail du soir et de nuit (tableau 15), les ratios d'infirmières auxiliaire et de PAB ont augmenté depuis 2003. Les ratios d'ASI sans usager à charge et d'infirmières dans le quart de travail du soir ont augmenté entre 2023 et 2024 mais sont restés généralement les mêmes pour le quart de travail de nuit (tableau 15).

Concernant les médecins traitants, une diminution des effectifs avait été observée entre 2003 et 2013, puis sont restés les mêmes dans la dernière décennie (tableau 14).

Pour ce qui est des autres catégories de professionnels associés à l'équipe interprofessionnelle de base (tableau 14), soient les infirmières de liaison, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et les pharmaciens, les effectifs sont demeurés comparables.

DISCUSSION

Tel que mentionné précédemment, la publication de connaissances scientifiques est encore mince concernant les ratios de ressources humaines nous permettant d'obtenir les meilleurs résultats en matière de santé dans une UCDG.

Effectifs médicaux

Le nombre, la composition et l'organisation des effectifs médicaux diffèrent d'une UCDG à l'autre. Le système d'allocation des PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) est relativement rigide et ne permet pas de prise en compte des temps partiels; ainsi, un médecin travaillant à mi-temps est comptabilisé comme un équivalent temps plein. Selon les données analysées, le fait d'augmenter le nombre de médecins traitants dans une UCDG pourrait réduire la durée moyenne de séjour, tandis que la durée des rotations n'a pas d'impact significatif sur cette variable. Une grande majorité des UCDG ont accès à des médecins spécialistes autres que celui de la spécialité du médecin traitant pour les soutenir dans l'évaluation et le traitement de la clientèle.

Effectifs en soins infirmiers

Concernant les soins infirmiers, peu d'études décrivent de façon satisfaisante la composition de l'équipe de soins. Il est difficile d'établir des comparaisons avec la triade de soins au Québec (infirmière/infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires). Les indicateurs connus sont qu'un ratio plus élevé en

soins infirmiers entraîne une diminution du nombre de chutes, d'erreurs de médicaments, de plaie de pression et de décès chez les usagers hospitalisés [14, 16, 17]. Pour cette dernière variable (pourcentage moyen de décès par UCDG) qui était mesurée dans l'enquête, il n'y avait pas de corrélation significative avec les ratios de personnel infirmier.

Par ailleurs, le ratio inchangé d'infirmières dans les UCDG entre 2013 et 2024 pourrait potentiellement s'expliquer par le fait que l'augmentation des ratios d'infirmières auxiliaires observés dans les UCDG peut permettre une meilleure répartition du travail infirmier et l'optimisation du rôle de l'infirmière. Quant à l'augmentation du ratio des PAB, il est possible que cela vise à répondre à un taux plus élevé d'usagers NSA dont les soins cliniques actifs sont terminés mais qui nécessitent encore des soins de base.

Effectifs en ressources professionnelles autres que les soins infirmiers

Plusieurs études récentes [18-20] font mention des types de profession qu'il est recommandé d'inclure dans des unités de soins gériatriques. Pourtant, il est très rare que des ratios soient proposés. Les professions recommandées sont la physiothérapie, ergothérapie, travail social, nutrition et pharmacie. Parmi les études consultées, certaines se sont penchées sur l'augmentation du temps de thérapie par l'ajout de ressources en réadaptation la fin de semaine [21-23]. Ces études n'ont toutefois pas montré de différence significative sur la durée de séjour et la destination au congé pour les usagers en unités de courte durée. De même, l'étalement des horaires des professionnels sur 7 jours, tout en conservant le même effectif que sur 5 jours, ne génère aucun impact notable.

En 2020, des chercheurs ont réalisé une revue de littérature sur les méthodologies utilisées pour évaluer la valeur des soins prodigués par les professions paramédicales [24]. Aucune des 30 études retenues ne décrivait de méthodes permettant de déterminer dans quelle mesure les soins et services professionnels donnés sont adéquats. Les auteurs concluent leur analyse en signifiant l'urgence de développer des processus et indicateurs rigoureux permettant de différencier les soins de faible valeur ajoutée à ceux de haute valeur ajoutée. La notion de valeur des soins doit être clairement définie en fonction des résultats obtenus par rapport aux coûts, en intégrant des éléments tels que l'accès aux services, la durée des interventions, la sécurité, l'efficacité, la pertinence des soins, ainsi que la satisfaction et la perception de l'adéquation des services par les usagers. Certaines publications sont malgré tout prometteuses en analysant les processus permettant d'augmenter le temps direct auprès des usagers [25].

Autres constats généraux

Évolution des ratios d'effectifs en UCDG

De façon générale, on constate que les ratios d'effectifs en UCDG ont peu changé entre 2013 et 2024. Il reste difficile pour les soins infirmiers d'établir des comparaisons fiables bien qu'une tendance semble indiquer un ratio plus élevé d'infirmières dans les autres pays. Quant aux professions autres que les soins

infirmiers, ils se situent toujours dans la moyenne des divers indicateurs proposés par d'autres pays (cf. tableau résumé, section mise en contexte).

Compte tenu de la pénurie de ressources, plus marquée que jamais, il paraît acquis que des plans de contingence soient en place pour les soins infirmiers et d'assistance. Toutefois, cette pratique n'est pas étendue aux autres professionnels, ce qui laisse supposer une plus grande tolérance à l'absence ou à la réduction des services offerts par ces derniers au sein des UCDG.

Organisation des UCDG

Dans les années 1950, le célèbre théoricien du management Peter Drucker a affirmé : « On ne peut pas gérer efficacement ce qu'on ne mesure pas ». Pourtant, à ce jour, les UCDG ne semblent toujours pas avoir mis en place de système de suivi des indicateurs de qualité et de performance de leurs services, ni de mécanisme pour identifier le profil des usagers. L'accès limité à des données fiables complique l'ajustement des ratios d'effectifs ainsi que l'organisation des prestations des équipes de soins et des équipes professionnelles, compromettant ainsi une gestion optimale des ressources.

Profil des usagers

Les estimations fournies par les gestionnaires révèlent une grande diversité concernant le profil des usagers admis, donnant ainsi une impression de variation considérable dans les offres de services et les critères d'admission. Cela dit, les gestionnaires constatent également que la clientèle devient de plus en plus complexe, avec une proportion élevée d'usagers présentant des troubles de la marche et de l'équilibre, un délirium, un trouble neurocognitif majeur ou un SCPD à leur admission. Cependant, la clientèle reste hétérogène parmi les UCDG.

Les usagers admis sont vulnérables, avec un taux moyen de mortalité par UCDG de 5 % pendant le séjour. Néanmoins, parmi les usagers admis depuis leur domicile, en moyenne par UCDG, 62 % y retournent et 11 % sont relocalisés dans une résidence intermédiaire. Ces données témoignent des efforts déployés pour permettre aux usagers de regagner leur milieu de vie, soulignant ainsi l'engagement des équipes UCDG à favoriser leur retour à domicile lorsque cela est possible.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en UCDG est similaire, que l'admission se fasse par transfert ou par le service des urgences. Cependant, selon un projet pilote antérieur du Comité du RUISSS de l'Université de Montréal, la durée moyenne totale du séjour à l'hôpital est généralement plus courte pour les admissions passant par le service des urgences [26].

On observe également que la durée moyenne de séjour totale en UCDG excède de 7 jours la fin des soins actifs. Cela est expliqué par divers facteurs, tels que le nombre de patients NSA et le délai de prise en

charge des professionnels. En travaillant sur des outils d'évaluation de l'acuité des soins et en optimisant le temps clinique direct consacré aux usagers, on pourrait influencer positivement la durée moyenne de séjour.

En 2021, l'INESSS a publié un rapport sur l'organisation des soins et services liés aux NSA [27]. Plusieurs stratégies y sont proposées pour atténuer ce phénomène, notamment la planification précoce et conjointe du congé, la tolérance au risque, ainsi que le suivi de la fluidité des trajectoires de soins en collaboration avec l'ensemble de l'équipe de l'UCDG.

Étant donné que la plupart des établissements ne disposent pas d'unités de soins alternatifs (NSA), les usagers ayant ce statut et se trouvant à l'UCDG ne sont pas transférés, ce qui explique les situations de débordement des UCDG vers d'autres unités. Ces situations sont préoccupantes, car dans les UCDG où le débordement est récurrent, cela représente une charge supplémentaire pour les professionnels de santé qui y travaillent. Le débordement peut également s'expliquer par la vocation des lits dans les établissements. L'analyse actuelle n'a pas permis de déterminer si les établissements disposant d'UCDG possédaient également des unités de médecine familiale. Il serait pertinent d'évaluer si les établissements combinant ces deux types d'unités présentent le même niveau de débordement que ceux n'ayant qu'une mission UCDG.

L'enquête révèle des listes d'attente pour la prise en charge par certains professionnels de l'UCDG, principalement en ergothérapie et en travail social. Les établissements avec des listes d'attente affichent une durée moyenne de séjour (DMS) de $28,0 \pm 6,2$ jours, contre $25,2 \pm 8,4$ jours pour ceux qui n'en ont pas. Une planification précoce du congé dès l'admission permet d'identifier les besoins en professionnels dès le début du séjour, facilitant ainsi des interventions plus rapides et efficaces. Une approche fondée sur la pertinence des interventions, la participation active du patient et de ses proches peut également contribuer à réduire la DMS.

RECOMMANDATIONS

Suite aux constats de la présente enquête, le sous-comité formule trois recommandations :

- 1) Que toutes les UCDG disposent des effectifs minimaux indiqués dans le présent rapport;
- 2) Que les professionnels, gestionnaires, médecins responsables et instances concernées (MSSS, ordres professionnels, directions des établissements de santé et services sociaux) examinent d'autres facteurs qui peuvent impacter sur l'efficacité des activités cliniques au quotidien en UCDG.

Parmi les actions susceptibles d'augmenter le temps direct passé auprès des usagers, on peut envisager :

- La réduction du temps consacré à la gestion des dossiers et aux réunions en optimisant les outils de communication intra et interprofessionnels;
- Le décloisonnement de certains rôles (tâches) pour favoriser une meilleure transversalité;
- L'élimination des listes d'attente pour les professionnels en UCDG;
- De mesurer l'impact de la disponibilité des ressources professionnelles en continu sur 7 jours avant de généraliser cette pratique qui dans les faits, n'a pas démontré de bénéfice sur la réduction de la durée de séjour ni sur l'orientation au congé.
- De renforcer la collaboration avec les intervenants de première ligne en amont d'une hospitalisation et l'utilisation au moment opportun des divers programmes du continuum de la trajectoire SAPA afin d'optimiser la durée du séjour à l'hôpital, conscient du risque de nature iatrogène qu'encourt la personne âgée.

3) Disposer d'un système universel de collecte d'informations cliniques et administratives standardisées, arrimé au dossier de santé numérique, permettant aux clientèles des UCDG (gestionnaires, cliniciens et usagers) une analyse fiable et synchrone de leurs activités.

LIMITES

Le présent travail présente certaines limites :

- La rigueur des données peut varier d'une UCDG à l'autre selon les sources d'informations disponibles pour les répondants;
- Certaines caractéristiques pouvant avoir une influence sur la structure des effectifs n'ont pas été colligées, telles que la stabilité du personnel, le partage de tâches ou la fluctuation des besoins des usagers.
- La durée plus courte de l'enquête de 2024 par rapport à 2013, peut avoir contribué à un taux de participation inférieur des UCDG.

Ces limites impliquent que les résultats doivent être utilisés à titre indicatif par les UCDG lorsqu'elles se comparent entre elles.

CONCLUSION

Le présent travail a permis de recenser les effectifs professionnels disponibles en UCDG et de solliciter l'avis des responsables de ces unités sur les effectifs minimaux qu'ils jugeraient appropriés pour assurer le bon fonctionnement du programme en situation de contingence. Avec le vieillissement de la population, nous anticipons que les UCDG seront de plus en plus sollicitées ce qui nécessite de suivre l'évolution des ressources humaines qui y sont attribuées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dugas M, Kergoat M-J, Provost N, Prévost G, Paradis J, Rocheleau L, Bolduc A: **Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction**. Montréal: Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2013.
2. Ministère de la santé et des services sociaux: **Gériatrie et urgences**; 2022, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-geriatrie/>.
3. Tremblay N: **Présentation sur les orientations préliminaires sur l'Unité de courte durée gériatrique**. In.: Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); Décembre 2022.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Kergoat MJ, Lebel P: **Colloque ``UN HÔPITAL ACCUEILLANT POUR LES PERSONNES ÂGÉES: La qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite`` !** Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2008.
9. Moreau A, Saury S: **Description des services gériatriques spécialisés et de leurs composantes organisationnelles et cliniques, au Canada (hors Québec) et à l'international. Réponse rapide**. Québec (Québec, Canada): Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2024, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Services_geriatriques_specialises_RR.pdf.
10. Lai L, Wong RYM: **Leading best practice: Acute care for elders units (ACE) - Evidence and keys to successful operation**. *CGS Journal of CME* 2017, **7**(1):1-9.
11. 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.
12. 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.
13. Cliniques Universitaires Saint-Luc: **Programme de soins pour le patient gériatrique : Manuel gériatrique pluridisciplinaire (version intranet)**. Bruxelles (Belgique); 2021,

https://www.saintluc.be/sites/default/files/2020-04/manuel-geriatrique-pluridisciplinaire_0.pdf.

14. Dubois CA, Borgès Da Silva R, Lavoie-Tremblay M, Clarke S: **Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier - Une synthèse des preuves scientifiques.** Montréal (Québec, Canada): Cirano; 2020, <https://www.cirano.qc.ca/files/publications/2020RP-09.pdf>.
15. Kergoat MJ, Boily I, Contant S, Delisle C, Dufresne J, Gadbois V, Morais J, Riverin H, Sévigny K, Thibodeau MP *et al*: **Inventaire 2023 des services gériatriques spécialisés au Québec.** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2023.
16. Goncalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus E, Nunes E: **The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies.** *International journal of environmental research and public health* 2023, **20**(3).
17. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P: **Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies.** *Int J Nurs Stud* 2022, **134**:104311.
18. Conroy SP, Bardsley M, Smith P, Neuburger J, Keeble E, Arora S, Kraindler J, Ariti C, Sherlaw-Johnson C, Street A *et al*. In: *Comprehensive geriatric assessment for frail older people in acute hospitals: the HoW-CGA mixed-methods study.* Southampton (UK); 2019.
19. van Balen R, Gordon AL, Schols J, Drewes YM, Achterberg WP: **What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus.** *Eur Geriatr Med* 2019, **10**(6):977-987.
20. Rogers SE, Flood KL, Kuang QY, Harrison JD, Malone ML, Cremer J, Palmer RM: **The current landscape of Acute Care for Elders units in the United States.** *J Am Geriatr Soc* 2022, **70**(10):3012-3020.
21. Farlie MK, French F, Haines TP, Taylor NF, Williams C: **The impact of additional allied health staffing on rehabilitation outcomes at discharge from a sub-acute geriatric evaluation and management unit: A quasi-experimental, pre-post intervention study.** *Clinical rehabilitation* 2022, **36**(8):1110-1119.
22. Haines TP, Morris ME, Taylor N, Holland A, Carey L, O'Brien L, Skinner EH, Williams C, Bardoel A, Martin J *et al*: **Effectiveness and economic-efficiency of providing weekend allied health services to acute and sub-acute hospital wards.** Melbourne, Australia: Evidence Translation in Allied Health; 2018, https://www.monash.edu/_data/assets/pdf_file/0009/2351898/EVITAH-WeekendAlliedHealthRecommendationFINAL.pdf.
23. O'Brien L, Mitchell D, Skinner EH, Haas R, Ghaly M, McDermott F, May K, Haines T: **What makes weekend allied health services effective and cost-effective (or not) in acute medical and surgical wards? Perceptions of medical, nursing, and allied health workers.** *BMC Health Serv Res* 2017, **17**(1):345.
24. Twizeyemariya A, Grimmer K, Milanese S: **How Much Allied Health Therapy Care Is Enough? An Evidence Scan.** *Physiotherapy Canada* 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8330976/pdf/ptc-2018-0019.pdf>, **72**(1):7-17.
25. Britton H: **Increasing staff time for patient facing care on an inpatient geriatric unit through modification of multidisciplinary board rounds: a quality improvement project.** *BMJ Open Qual* 2023, **12**(4).

26. Comité du RUIS de l'Université de Montréal sur le vieillissement: **Mise à jour de l'inventaire des Unités de courte durée gériatriques au Québec et impact du mode d'admission au programme sur certains indicateurs de performance.** Montréal (Québec, Canada): RUIS de l'Université de Montréal; 2018.
27. David I, Saury S: **Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA): État des connaissances.** Québec (Québec, Canada): Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) 2021,
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_NSA_EC.pdf
28. 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.

Tableaux

Tableau 1. Liste des 38 UCDG participantes à l'enquête (au moins un ou les deux sondages)

Classement	Lits UCDG	Adm./ an 2022-2023	Adm./ lit	% urgence	% transfert intra	% transfert inter	% électif	DMS totale	DMS soins actifs	Dans un CIUSSS	Équipe médicale UCDG	UCDG fait partie d'un autre service (partagée)	Type de service	Lits service
Admission majoritairement (≥ 85 %) par l'urgence (n=8)														
Hôpital de Verdun*	63	1495	23,7	100	---	---	---	14	7	Oui	Md fam. excl.	Oui	Médecine	n.d.
Centre hospitalier de l'Université Laval*	40	442	11,1	100	---	---	---	26	n.d.	Oui	Gér. excl.	Non		
Hôpital St-Sacrement*	38	401	10,6	90	---	---	10	31	n.d.	Oui	Gér. excl.	Non		
Hôpital Sacré-Cœur de Montréal*	28	328	11,7	100	---	---	---	24	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôpital Maisonneuve-Rosemont*	26	380	14,6	100	---	---	---	45	21	Oui	Mixte (G/O)	Non		
Centre hospitalier St-Mary's*	24	332	13,8	99	---	1	---	25	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôpital St-François-d'Assise	24	272	11,3	85	13	2	---	30	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Non		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal*	18	393	21,8	95	---	---	5	22	n.d.	Oui	Gér. excl.	Oui	Gastro-entérologie	36
Admission majoritairement par transfert (n= 30)														
Hôpital Pierre-Boucher*	31	326	10,5	28	71	0	1	37	n.d.	Non	Md fam. excl.	Non		
Centre multiservices Cloutier	26	260	10,0	3	---	95	3	33	30	Oui	n.d.	Non		
Hôpital Jean-Talon	25	407	16,3	12	78	8	2	22	14	Oui	n.d.	Non		
Hôpital Hôtel-Dieu D'Arthabaska*	24	265	11,0	0	100	0	0	29	25	Oui	Mixte (G/O)	Oui	Soins palliatifs	28
Cité de la santé*	23	298	13,0	21	73	6	0	29	22	Non	Mixte (G/O)	Non		
Hôpital Haut-Richelieu	20	n.d.	n.d.	58	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Non	n.d.	Oui	Médecine	38
Hôpital de St-Jérôme	20	426	21,3	50	50	0	0	15	13	Non	n.d.	Non		
Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*	20	421	21,1	40	59	1	0	17	n.d.	Non	Mixte (G/O)	Non		
Hôpital Ste-Croix Drummondville*	18	148	8,2	0	99	1	0	23	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôpital Notre-Dame	18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Non		
Hôpital Honoré-Mercier*	16	432	27,0	56	43	0,5	0,2	29	21	Non	Md fam. excl.	Non		
Hôpital régional de Shawinigan Sud	16	150	9,4	5	90	5	0	24	n.d.	Oui	n.d.	Non		

Classement	Lits UCDG	Adm./ an 2022-2023	Adm./ lit	% urgence	% transfert intra	% transfert inter	% électif	DMS totale	DMS soins actifs	Dans un CIUSSS	Équipe médicale UCDG	UCDG fait partie d'un autre service (partagée)	Type de service	Lits service
Hôpital Anna-Laberge*	16	266	16,6		90	0	10	22	n.d.	Non	Md fam. excl.	Oui	URFI-soins palliatifs	39
Hôpital du Suroît	16	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	28	n.d.	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	n.d.
Hôpital de Rimouski	15	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Non	Mixte (G/O)	Oui	Médecine	31
Centre hospitalier régional de Lanaudière*	14	n.d.	n.d.	20	79	0	1	40	n.d.	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	20
Hôpital de Chicoutimi*	14	245	17,5	10	80	0	10	32	18	Oui	Md fam. excl.	Oui	Pneumologie	32
Hôpital de Sept-Iles	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Non	n.d.	Oui	Médecine-chirurgie	47
Hôtel-Dieu de Sorel*	10	117	11,7	30	69	1	0	25	24	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine-URFI	25
Centre multiservices Avellin-Dalcourt	10	113	11,3	14	6	80	0	24	22	Oui	n.d.	Non		
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins*	9	196	21,8	3	95	2	1	19	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Oui	Hébergement	23
Hôpital d'Alma*	9	130	14,4	1	98	0	1	15	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Oui	Médecine	45
Hôpital de Thedford	9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15	n.d.	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine-chirurgie	
Hôpital Vallée-de-l'Or*	8	65	8,1	20	80	0	0	35	18	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine-chirurgie	49
Hôpital de Granby*	8	76	9,5	3	95	3	0	34	n.d.	Oui	Md fam. excl.	Oui	URFI_UTRF	30
Centre hospitalier de Rivière-du-Loup	8	107	13,4	2	73	10	15	21	n.d.	Non	n.d.	Oui	Médecine-URFI	15
Centre Multiservices du Haut-St-Maurice	5	31	6,2	0	100	0	0	16	14	Oui	n.d.	Oui	URFI	7
Hôtel-Dieu de Gaspé	5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	30
Hôpital de Ste-Anne-Des-Monts*	4	38	9,5	0	100	0	0	34	34	Non	Md fam. excl.	Oui	Médecine	23
Hôpital de Maria	4	n.d.	n.d.	0	98	2	0	23	8	Non	n.d.	Oui	Médecine	24

Adm., nombre d'admissions rapporté par les responsables; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services; 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 les deux sondages sur les effectifs professionnels et médicaux ont été complétés.

Tableau 2. Fonctionnement des UCDG en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Année 2022-2023	Taille (nombre de lits) ¹				UCDG partagée		DMS totale UCDG (jours)		UCDG avec lits NSA		Affiliation universitaire		Total (n= 33)
	≤ 9 (n= 7)	10-15 (n=4)	16-20 (n=10)	≥ 21 (n=12)	Oui (n= 17)	Non (n=16)	< 25,4 (n=15)	≥ 25,4 (n=16)	Oui (n=16)	Non (n=17)	CIUSSS (n=19)	CISSS (n=14)	
Modes d'admission (%)	Moyenne ± écart-type (médiane) [minimum - maximum]												
Urgence (n = 32 UCDG)	4 ± 7 (1)	18 ± 10 (14)	33 ± 32 (30)	61 ± 44 (88)	21 ± 34 (3)	50 ± 40* (45)	28 ± 39 (5)	42 ± 40 (25)	51 ± 42 (56)	23 ± 32* (12)	43 ± 47 (12)	25 ± 21 (21)	36 ± 39 [0 – 100] ² (20)
Transfert intra hospitalier (n = 31 UCDG)	92 ± 11 (98)	52 ± 40 (69)	67 ± 32 (79)	28 ± 40 (0)	77 ± 33 (90)	36 ± 38* (28)	62 ± 41 (78)	50 ± 41 (70)	47 ± 43 (51)	63 ± 38 (73)	45 ± 47 (13)	74 ± 17 (73)	56 ± 40 [0 – 100] (73)
Transfert inter hospitalier (n = 31 UCDG)	2 ± 4 (0)	27 ± 46 (1)	1 ± 2 (0,5)	9 ± 27 (0)	1 ± 3 (0)	12 ± 30 (1)	7 ± 20 (1)	7 ± 24 (0)	1 ± 1 (0)	12 ± 29 (1)	10 ± 27 (0)	2 ± 3 (0,3)	7 ± 22 [0 – 95] (0)
Électif (n = 31 UCDG)	2 ± 6 (0)	3 ± 6 (0)	2 ± 3 (0)	1 ± 3 (0)	3 ± 5 (0)	1 ± 3 (0)	2 ± 4 (0)	2 ± 3 (0)	2 ± 4 (2)	2 ± 4 (0)	2 ± 3 (0)	2 ± 5 (0)	2 ± 4 [0 – 15] (0)
DMS - totale (jours) (n = 31 UCDG)	23 ± 8 (21)	27 ± 4 (26)	25 ± 8 (23)	28 ± 8 (29)	25 ± 8 (23)	27 ± 7 (26)	20 ± 4 (22)	32 ± 5 ³ (31)	27 ± 9 (27)	26 ± 6 (24)	26 ± 8 (24)	27 ± 8 (27)	26 ± 8 [14 - 45] (25)
DMS- soins actifs (jours) (n = 16 UCDG)	18 ± 11 (16)	21 ± 3 (22)	17 ± 5 (17)	19 ± 8 (21)	18 ± 9 (18)	19 ± 6 (21)	13 ± 5 (13)	22 ± 7 ³ (21)	15 ± 6 (18)	20 ± 8 (22)	18 ± 7 (18)	20 ± 8 (21)	19 ± 8 [7 – 34] (19)
Volume d'admissions (nombre admissions 2022-2023/ lit UCDG) (n = 30 UCDG)	16 ± 11 (13)	14 ± 3 (12)	17 ± 7 (19)	13 ± 4 (12)	16 ± 9 (14)	14 ± 5 (12)	17 ± 8 (16)	13 ± 5 (11)	16 ± 6 (15)	14 ± 7 (12)	13 ± 5 (11)	17 ± 9 (13)	15 ± 7 [6 – 39] (12)
Situation de débordement à l'UCDG (n= 33 UCDG)	Pourcentage												
Régulièrement vs parfois, rarement ou jamais	14	50	50	67	47	50	40	50	69	29*	53	43	49
Charge du gestionnaire clinique de l'UCDG (n = 33 UCDG), Seulement l'UCDG	14	25	30	67	24	56*	33	50	44	35	47	29	39
Liste d'attente à l'UCDG pour certains professionnels (n = 33 UCDG), Oui	0	50	40	67	24	63*	20	56*	50	35	32	57	42

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe ou tests du chi-carré non-applicables (variables catégorielles) car un nombre trop élevé de cellules (25 % ou plus) avec une fréquence attendue inférieure à 5

² Les minimum et maximum sont fournis entre crochets.

³ Les tests statistiques ne s'appliquent pas pour cette sous-analyse.

Tableau 3. Profil de la clientèle des UCDG en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Année 2022-2023	Taille (nombre de lits) ¹				UCDG partagée		DMS totale UCDG (jours)		UCDG avec lits NSA		Affiliation universitaire		Total (n= 33)
	≤ 9 (n= 7)	10-15 (n=4)	16-20 (n=10)	≥ 21 (n=12)	Oui (n= 17)	Non (n=16)	< 25,4 (n=15)	≥ 25,4 (n=16)	Oui (n=16)	Non (n=17)	CIUSSS (n=19)	CISSS (n=14)	
Prévalence de certaines problématiques chez la clientèle de l'UCDG (% approximatif)	Moyenne ± écart-type (médiane) [minimum - maximum]												
Un trouble neurocognitif majeur (n = 25 UCDG)	37 ± 29 (40)	52 ± 18 (52)	48 ± 34 (44)	72 ± 24 (75)	50 ± 29 (50)	61 ± 32 (70)	46 ± 29 (48)	62 ± 30 (70)	58 ± 32 (60)	53 ± 29 (67)	56 ± 32 (65)	55 ± 30 (65)	56 ± 30 (65) [4 - 95]
Un delirium (n = 24 UCDG)	28 ± 26 (25)	37 ± 18 (37)	25 ± 17 (21)	40 ± 20 (38)	31 ± 19 (29)	34 ± 21 (33)	29 ± 24 (18)	35 ± 16 (35)	33 ± 20 (33)	32 ± 20 (30)	36 ± 23 (38)	28 ± 15 (28)	33 ± 20 (32) [5 - 75]
Un symptôme comportemental et psychologique perturbateur relié à la démence (n = 21 UCDG)	21 ± 17 (20)	20	19 ± 18 (13)	31 ± 22 (20)	22 ± 14 (20)	28 ± 23 (23)	20 ± 16 (20)	28 ± 21 (20)	28 ± 20 (20)	22 ± 20 (13)	26 ± 21 (20)	24 ± 17 (25)	25 ± 20 (20) [3 - 60]
Un trouble de la marche et de l'équilibre ou chute(s) (n = 25 UCDG)	66 ± 18 (73)	39	63 ± 30 (73)	71 ± 22 (80)	58 ± 24 (46)	72 ± 24 (80)	78 ± 13 (80)	58 ± 27 (51)	63 ± 26 (75)	67 ± 24 (73)	71 ± 20 (80)	56 ± 28 (55)	65 ± 24 (75) [14 - 95]
Milieu de vie à l'admission (%)													
Domicile et résidence pour personnes âgées (n = 24 UCDG)	86 ± 14 (90)	95 ± 6 (95)	93 ± 7 (95)	81 ± 13 (81)	90 ± 10 (93)	84 ± 13 (83)	85 ± 14 (85)	88 ± 11 (90)	89 ± 8 (90)	85 ± 15 (90)	85 ± 10 (85)	89 ± 15 (95)	87 ± 12 [59 - 100] (90)
Ressource intermédiaire (n = 24 UCDG)	11 ± 11 (5)	5 ± 7 (5)	4 ± 4 (2)	13 ± 11 (12)	7 ± 8 (5)	12 ± 10 (10)	8 ± 8 (5)	10 ± 10 (8)	8 ± 6 (8)	11 ± 11 (5)	10 ± 6 (10)	9 ± 12 (5)	9 ± 9 [0 - 37] (7)
CHSLD (n = 24 UCDG)	0,2 ± 0,4 (0)	0,5 ± 0,6 (0,5)	3 ± 4 (2)	5 ± 7 (2)	2 ± 5 (0)	4 ± 6 (1,5)	6 ± 8 (1)	1 ± 2 (0,9)	3 ± 5 (2)	3 ± 6 (0)	5 ± 7 (2)	0,4 ± 0,6* (0)	3 ± 5 [0 - 20] (1)
Orientation au congé (%)													
Domicile et résidence pour personnes âgées (n = 30 UCDG)	57 ± 19 (68)	72 ± 16 (73)	65 ± 13 (69)	59 ± 14 (63)	62 ± 16 (68)	62 ± 13 (63)	64 ± 12 (69)	60 ± 17 (61)	62 ± 12 (60)	62 ± 17 (69)	63 ± 12 (69)	60 ± 19 (61)	62 ± 15 [20 - 87] (67)
Ressource intermédiaire (n = 26 UCDG)	13 ± 7 (13)	20 ± n.a.	9 ± 11 (7)	11 ± 10 (7)	12 ± 9 (10)	10 ± 9 (8)	11 ± 8 (9)	12 ± 10 (10)	10 ± 9 (8)	12 ± 9 (10)	9 ± 7 (7)	15 ± 12 (13)	11 ± 9 [0,2 - 32] (10)
Lits de réadaptation (URFI, UTRF, soins post-aigus) (n = 22 UCDG)	10 ± 17 (4)	5 ± n.a.	7 ± 9 (4)	4 ± 5 (2)	9 ± 13 (5)	4 ± 5 (2)	5 ± 7 (3)	7 ± 10 (3)	6 ± 7 (4)	6 ± 11 (2)	6 ± 7 (4)	7 ± 13 (2)	6 ± 9 [0 - 40] (3)
CHSLD (n = 29 UCDG)	12 ± 10 (12)	7 ± 3 (5)	11 ± 9 (10)	22 ± 9 (20)	13 ± 9 (12)	17 ± 11 (16)	11 ± 8 (10)	18 ± 11 (18)	17 ± 12 (16)	13 ± 8 (10)	17 ± 11 (15)	13 ± 9 (10)	15 ± 10 [0,5 - 33] (14)
Décès (n = 25 UCDG)	8 ± 8 (5)	9 ± 1 (9)	4 ± 5 (2)	3 ± 3 (3)	7 ± 6 (5)	4 ± 4 (2)	5 ± 6 (2)	5 ± 4 (3)	4 ± 5 (2)	5 ± 6 (4)	4 ± 5 (2)	7 ± 5* (5)	5 ± 5 [0 - 21] (3)

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée; CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique; URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive; UTRF : unité transitoire de réadaptation fonctionnelle; n.a. : non applicable car une seule donnée.

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe. ² Les minimum et maximum sont fournis entre crochets.

Tableau 4. Organisation du travail des médecins traitants en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

	Taille (nombre de lits) ¹				UCDG partagée		DMS UCDG (jours)		UCDG avec lits NSA		Affiliation universitaire		Total (n= 27)
	≤ 9 (n= 6)	10-15 (n=3)	16-20 (n=9)	≥ 21 (n=9)	Oui (n= 16)	Non (n=11)	< 25,4 (n=9)	≥ 25,4 (n=15)	Oui (n=16)	Non (n=11)	CIUSSS (n=14)	CISSS (n=13)	
Temps consacré par les médecins aux soins directs aux usagers /15 lits (n heures par UCDG,)	Moyenne ± écart-type (médiane) [minimum - maximum]												
Actuel	47 ± 15 (49)	44 ± 14 (40)	38 ± 12 (37)	38 ± 11 (34)	42 ± 13 (39)	39 ± 12 (34)	44 ± 15 (38)	38 ± 10 (34)	38 ± 12 (34)	45 ± 12 (46)	38 ± 13 (32)	43 ± 11 (40)	41 ± 12 (38) [25 – 67]
Approprié	41 ± 10 (38)	47 ± 13 (45)	46 ± 11 (45)	40 ± 13 (38)	44 ± 10 (45)	41 ± 13 (40)	47 ± 8 (45)	40 ± 12 (35)	42 ± 12 (40)	45 ± 11 (45)	40 ± 12 (39)	47 ± 10 (50)	43 ± 11 (40) [24 – 63]
UCDG où les médecins consacrent tout leur temps aux soins directs aux usagers	n UCDG												
Oui	2	2	3	3	8	2	2	7	6	4	5	5	10
Mode de rémunération ¹													
UCDG où tous les médecins sont rémunérés selon un taux horaire ou selon des honoraires fixes ou par vacation OU tous les médecins reçoivent une rémunération mixte	2	0	5	3	4	6	3	5	8	2	5	5	10
UCDG où tous les médecins sont rémunérés exclusivement à l'acte	2	0	4	1	6	1	4	3	5	2	4	3	7
UCDG où il n'y a pas d'uniformité dans les modes de rémunération parmi les médecins	2	3	0	5	6	4	2	7	3	7	5	5	10
Composition de l'équipe médicale ¹													
UCDG avec médecins de famille excl.	5	2	7	3	12	5	7	8	11	6	8	9	17
UCDG avec gériatres excl.	0	0	2	2	1	3	2	2	4	0	3	1	4
UCDG avec les 2 spécialités	1	1	0	4	3	3	0	5	1	5	3	3	6
Rotation ¹													
UCDG où il n'y a pas de rotation	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2	0	2	2
UCDG où il y a une rotation ≥ 3 semaines	1	1	2	3	3	4	2	4	4	3	3	4	7
UCDG où il y a une rotation < 3 semaines	5	2	6	5	12	6	6	10	12	6	11	7	18

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe ou tests du chi-carré non-applicables (variables catégorielles) car un nombre trop élevé de cellules (25 % ou plus) avec une fréquence attendue inférieure à 5

Tableau 5. Organisation de la couverture de la garde médicale en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

	Taille (nombre de lits)				UCDG partagée		DMS UCDG (jours)		UCDG avec lits NSA		Affiliation universitaire		Total (n= 27)
	≤ 9 (n= 6)	10-15 (n=3)	16-20 (n=9)	≥ 21 (n=9)	Oui (n= 16)	Non (n=11)	< 25,4 (n=9)	≥ 25,4 (n=15)	Oui (n=16)	Non (n=11)	CIUSSS (n=14)	CISSS (n=13)	
Garde de semaine (soir et nuit) (n UCDG) ¹													
UCDG où les gardes sont effectuées par les médecins du centre hospitalier ²	2	0	0	1	2	1	0	2	0	3	0	3	3
UCDG où les gardes sont effectuées exclusivement par le(s) médecin(s) de l'UCDG ou du service de gériatrie	4	3	9	8	14	10	9	13	16	8	14	10	24
Garde de fin de semaine (n UCDG) ¹													
UCDG où les gardes sont effectuées par les médecins du centre hospitalier ²	4	0	1	1	5	1	2	3	3	3	3	3	6
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	0	1	0	1	0	1	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	3	8	7	11	9	7	11	12	8	10	10	20
Nombre d'heures de garde par mois ¹ (moyenne (médiane)) (n = 21 UCDG)	180 (204)	140	185 (130)	178 (125)	152 (168)	219 (170)	118 (90)	220 (194)	169 (128)	191 (168)	159 (168)	198 (149)	178 (168)
Plan des effectifs médicaux devrait tenir compte des gardes (% d'UCDG en accord)¹	67	67	78	78	75	73	78	73	69	82	64	85	74,1

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe ou tests du chi-carré non-applicables (variables catégorielles) car un nombre trop élevé de cellules (25 % ou plus) avec une fréquence attendue inférieure à 5

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

Tableau 6. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les médecins traitants, physiothérapeute et technologues en physiothérapie en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Médecin traitant ¹		Physiothérapeute		Technologue en physiothérapie		Somme – Physiothérapeute et technologue en physiothérapie	
	Actuel	Approprié	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ²	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
4 à 9 (n= 4 à 7)	1,3 (1,4)	1,2 (1,1)	0,6 (0,6)	0,8 (0,7)	0,7 (0,5)	0,7 (0,5)	1,0 (1,0)	1,1 (1,1)
10 à 15 (n= 1 à 3)	1,2 (1,1)	1,3 (1,3)	1,2 (1,5)	1,2 (1,5)	0,5 (0,5)	0,7 (0,7)	1,4 (1,5)	1,7 (1,5)
16 à 20 (n= 5 à 10)	1,1 (1,0)	1,3 (1,3)	1,0 (0,9)	0,8 (0,8)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	1,2 (1,4)	0,9 (0,9)
21 à 40 (n=7 à 12)	1,1 (1,0)	1,0 (1,0)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,5 (0,4)	0,5 (0,5)	0,9 (1,1)	0,8 (0,6)
UCDG partagée								
Oui (n= 9 à 16)	1,2 (1,1)	1,3 (1,3)	0,7 (0,6)	0,8 (0,7)	0,6 (0,5)	0,6 (0,6)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)
Non (n= 8 à 15)	1,1 (1,0)	1,1 (1,1)	0,9 (0,8)	0,8 (0,7)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,1 (1,2)	1,0 (0,9)
DMS UCDG								
< 25,4 (n=9 à 13)	1,3 (1,1)	1,3 (1,3)*	0,9 (0,8)	0,9 (0,8)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,0 (1,0)	1,0 (1,0)
≥ 25,4 (n=15 à 16)	1,1 (1,0)	1,0 (1,0)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	1,1 (1,1)	1,0 (1,0)
UCDG avec lits NSA								
Oui (n= 12 à 16)	1,1 (1,0)	1,2 (1,1)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,1 (1,1)	0,9 (0,9)
Non (n= 5 à 17)	1,3 (1,3)	1,2 (1,2)	0,9 (0,7)	0,9 (0,8)	0,5 (0,4)	0,6 (0,6)	1,0 (1,0)	1,1 (1,0)
Affiliation universitaire								
CIUSSS (n= 6 à 14)	1,1 (0,9)	1,2 (1,1)	0,8 (0,7)	0,8 (0,7)	0,6 (0,5)	0,7 (0,6)	1,1 (1,2)	1,1 (1,1)
CISSS (n= 11 à 18)	1,2 (1,2)	1,2 (1,4)	0,8 (0,7)	0,7 (0,7)	0,4 (0,4)	0,5 (0,4)	1,0 (1,0)	0,9 (0,9)
TOTAL	1,2 (1,1)	1,2 (1,1)	0,8 (0,7)	0,8 (0,7)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,1 (1,1)	1,0 (1,0)
n UCDG	27	26	30	26	17	13	31	28

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

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

² Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 7. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les ergothérapeutes, travailleurs sociaux, nutritionnistes et pharmaciens en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Ergothérapeute		Travailleur social ¹		Nutritionniste		Pharmacien	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ²	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
4 à 9 (n= 3 à 7)	0,9 (1,0)	0,7 (0,8)	0,9 (0,7)	0,6 (0,8)	0,4 (0,4)	0,4 (0,3)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)
10 à 15 (n= 1 à 3)	1,0 (0,9)	1,2 (1,5)	1,0 (1,2)	1,0 (1,2)	0,3 (0,2)	0,3 (0,2)	0,5	0,5
16 à 20 (n= 2 à 10)	0,9 (0,9)	0,8 (0,8)	0,8 (0,9)	0,8 (0,9)	0,7 (0,6)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)
21 à 40 (n= 8 à 11)	0,9 (1,0)	0,7 (0,6)	1,5 (1,3)	1,3 (1,3)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)
UCDG partagée								
Oui (n= 8 à 14)	0,9 (0,9)	0,8 (0,9)	0,9 (0,9)	0,9 (0,8)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,4)	0,5 (0,4)
Non (n= 8 à 15)	1,0 (1,0)	0,8 (0,6)	1,3 (1,2)	1,1 (1,1)	0,5 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)
DMS UCDG								
< 25,4 (n= 7 à 12)	1,0 (1,0)	0,9 (0,9)	1,0 (0,9)	0,8 (0,9)	0,4 (0,3)	0,4 (0,3)	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)
≥ 25,4 (n= 8 à 15)	0,9 (0,9)	0,8 (0,7)	1,3 (1,2)	1,2 (1,3)	0,5 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)
UCDG avec lits NSA								
Oui (n= 6 à 14)	0,9 (0,9)	0,8 (0,7)	1,3 (1,0)	0,9 (0,8)	0,5 (0,5)	0,4 (0,4)	0,6 (0,5)	0,5 (0,4)
Non (n= 9 à 16)	1,0 (1,0)	0,9 (0,9)	1,0 (1,0)	1,1 (1,2)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)
Affiliation universitaire								
CIUSSS (n= 11 à 18)	1,0 (1,0)	0,9 (0,9)	1,2 (1,2)	0,9 (0,9)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)
CISSS (n= 5 à 12)	0,9 (0,9)	0,7 (0,6)	1,0 (0,9)	1,0 (1,0)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,6 (0,6)	0,5 (0,4)
TOTAL	0,9 (0,9)	0,8 (0,8)	1,1 (1,0)	1,0 (0,9)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)
n UCDG	28	26	27	24	22	21	18	16

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Inclut les technologues en travail social (4 UCDG)

² Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 8. Effectif actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour pour les infirmières de liaison, les kinésiologues, les technicien(ne)s en éducation spécialisé et les préposé(e)s en réadaptation en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Infirmière de liaison ¹		Kinésiologue ¹		Technicien(ne) en éducation spécialisé ¹		Préposé(e) en réadaptation ¹	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits)	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)							
4 à 9 (n= 1 à 2)	0,5	0,5	0,2	0,2	---		0,3	---
10 à 15 (n= 1)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	Non-	0,3	0,3
16 à 20 (n= 1 à 5)	0,7	0,6	0,4 (0,3)	0,4 (0,4)	0,2	disponible	0,7	0,7
21 à 40 (n=2 à 5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,2	0,2	0,5 (0,5)		0,4	0,5
UCDG partagée								
Oui (n= 1 à 7)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)	0,3 (0,2)	0,3 (0,3)	0,2	Non-	0,5 (0,5)	0,6
Non (n= 2 à 5)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	0,7	0,5	0,6 (0,6)	disponible	0,5 (0,3)	0,5 (0,4)
DMS UCDG								
< 25,4 (n=1 à 4)	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	0,1	0,1	0,8	Non-	0,5 (0,3)	0,6
≥ 25,4 (n= 3 à 6)	0,5 (0,5)	0,5 (0,6)	0,5 (0,4)	0,4 (0,5)	0,5 (0,4)	disponible	0,4 (0,5)	0,5 (0,5)
UCDG avec lits NSA								
Oui (n= 2 à 5)	0,5 (0,5)	0,3	0,4 (0,3)	0,4 (0,4)	0,5 (0,4)	Non-	0,4 (0,4)	0,5
Non (n= 1 à 7)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,3 (0,3)	0,3 (0,3)	0,8	disponible	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)
Affiliation universitaire								
CIUSSS (n= 1 à 7)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,2	0,05	0,6 (0,6)	Non-	0,5 (0,3)	0,6 (0,5)
CISSS (n= 1 à 7)	0,6 (0,5)	0,6 (0,7)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,2	disponible	0,5	0,5
TOTAL	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,4 (0,3)	0,3 (0,4)	0,5 (0,5)		0,5 (0,4)	0,5 (0,5)
n UCDG	10	10	9	8	6		6	5

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Pour ces catégories de personnel, le nombre de données (n) n'était pas assez grand pour réaliser des analyses statistiques par catégories d'UCDG. Il est préférable d'utiliser les résultats totaux, et ce à titre indicatif.

Tableau 9. Gestionnaire clinique et effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de jour en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Gestionnaire clinique		ASI (avec usagers à charge)		ASI (sans usagers à charge)		Infirmière clinicienne		Infirmière		Infirmière auxiliaire		Préposé aux bénéficiaires	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ¹	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)													
4 à 9 (n= 1 à 7)	0,5 (0,4)	0,5 (0,5)	0,7	0,8 (0,8)	0,7 (0,9)	0,7 (0,6)	1,3	1,9	1,7 (1,7)	1,3 (1,3)	2,6 (2,1)	1,9 (1,9)	2,5 (2,1)	1,9 (1,9)
10 à 15 (n= 3 à 4)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	---	---	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)	0,8 (0,8)	0,7 (0,5)	1,4 (1,1)	1,1 (1,1)	2,1 (1,9)	1,6 (1,4)	1,8 (1,8)	1,6 (1,4)
16 à 20 (n=1 à 10)	0,7 (0,7)	0,7 (0,6)	0,9	1,9	0,8 (0,8)	0,8 (0,7)	0,5 (0,4)	0,3	1,8 (1,5)	1,7 (1,6)	1,8 (1,9)	1,6 (1,6)	2,2 (2,1)	1,8 (1,8)
21 à 40 (n=3 à 12)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,4 (0,5)	0,5 (0,6)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	1,7 (1,6)	1,4 (1,6)	1,7 (1,7)	1,8 (1,9)	2,3 (2,2)	1,8 (1,5)
UCDG partagée														
Oui (n= 3 à 16)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,7 (0,7)	0,9 (0,8)	0,7 (0,8)	0,7 (0,5)	0,8 (0,7)	0,9 (0,8)	1,7 (1,5)	1,4 (1,2)	2,1 (1,9)	1,7 (1,7)	2,2 (2,0)	1,7 (1,7)
Non (n= 4 à 16)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	0,6 (0,5)	0,4 (0,5)	1,7 (1,7)	1,5 (1,6)	1,7 (1,7)	1,7 (1,5)	2,3 (2,1)	1,8 (1,6)
UCDG DMS														
< 25,4 (n=4 à 14)	0,6 (0,7)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)	1,0 (0,8)	0,7 (0,8)	0,6 (0,6)	0,5 (0,4)	0,4 (0,4)	1,8 (1,7)	1,5 (1,5)	2,2 (2,1)	1,9 (1,8)	2,5 (2,2)	2,0 (1,8)*
≥ 25,4 (n= 3 à 16)	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	0,3 (0,3)	0,5 (0,6)	0,8 (0,7)	0,8 (0,6)	0,9 (0,7)	1,0 (0,8)	1,7 (1,6)	1,5 (1,4)	1,8 (1,7)	1,6 (1,5)	2,1 (2,1)	1,5 (1,5)
UCDG avec lits NSA														
Oui (n= 4 à 16)	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)	0,4 (0,4)	0,5 (0,5)	0,6 (0,5)*	0,6 (0,5)	0,5 (0,4)	0,5 (0,4)	1,6 (1,4)	1,5 (1,5)	1,6 (1,5)*	1,6 (1,5)	2,0 (1,9)	1,7 (1,7)
Non (n= 3 à 16)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)	0,9 (0,7)	0,8 (0,8)	0,7 (0,6)	0,8 (0,6)	0,7 (0,5)	1,8 (1,9)	1,4 (1,3)	2,3 (2,1)	1,9 (1,9)	2,5 (2,3)	1,8 (1,8)
Affiliation universitaire														
CIUSSS (n=5 à 19)	0,5 (0,5)	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)	0,6 (0,6)*	0,6 (0,6)	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	1,6 (1,6)	1,4 (1,4)	1,7 (1,6)	1,7 (1,5)	2,1 (2,0)	1,7 (1,7)
CISSS (n= 1 à 13)	0,6 (0,5)	0,6 (0,4)	0,6	1,0 (0,8)	0,8 (0,9)	0,7 (0,6)	0,8 (0,6)	0,8 (0,5)	1,8 (1,8)	1,6 (1,4)	2,3 (2,0)	1,8 (1,8)	2,5 (2,3)	1,9 (1,9)
TOTAL	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	0,6 (0,6)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)	0,7 (0,5)	1,7 (1,6)	1,4 (1,4)*	1,9 (1,9)	1,7 (1,7)	2,2 (2,1)	1,8 (1,7)*
n UCDG	32	27	8	11	30	17	14	9	31	30	30	29	31	28

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 10. Effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de soir en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	ASI (avec usagers à charge)		ASI (sans usagers à charge)		Infirmière		Infirmière auxiliaire		Préposé aux bénéficiaires	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ¹	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)									
4 à 9 (n= 2 à 7)	0,8 (0,8)	0,7	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	1,6 (1,5)	1,1 (1,3)	1,3 (1,3)	1,4 (1,3)	1,2 (1,1)	1,0 (0,9)
10 à 15 (n= 3 à 4)	---	---	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	1,1 (1,1)	1,0 (1,0)	1,8 (1,9)	1,2 (1,1)	1,4 (1,2)	1,5 (1,4)
16 à 20 (n= 4 à 10)	1,1 (0,8)	0,8 (0,8)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,6 (1,4)	1,6 (1,1)	1,5 (1,4)	1,5 (1,5)	2,0 (1,8)	1,7 (1,6)
21 à 40 (n= 2 à 12)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)	0,6 (0,6)	1,2 (1,2)	1,2 (1,2)	1,4 (1,3)	1,4 (1,2)	1,6 (1,7)	1,5 (1,4)
UCDG partagée										
Oui (n= 5 à 17)	1,0 (0,8)	0,8 (0,8)	0,7 (0,5)	0,6 (0,5)	1,5 (1,3)	1,3 (1,2)	1,5 (1,3)	1,4 (1,3)	1,4 (1,3)*	1,4 (1,3)
Non (n= 4 à 16)	0,7 (0,6)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	0,6 (0,7)	1,2 (1,1)	1,2 (1,2)	1,4 (1,3)	1,4 (1,4)	1,9 (1,8)	1,6 (1,5)
DMS UCDG										
< 25,4 (n= 7 à 15)	0,8 (0,8)	0,8 (0,8)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	1,5 (1,6)	1,5 (1,6)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,6 (1,7)	1,7 (1,7)
≥ 25,4 (n= 8 à 16)	0,8 (0,7)	0,6 (0,6)	0,7 (0,6)	0,7 (0,6)	1,2 (1,3)	1,1 (1,2)	1,4 (1,3)	1,3 (1,3)	1,6 (1,6)	1,3 (1,3)
UCDG avec lits NSA										
Oui (n= 5 à 16)	0,9 (0,7)	0,6 (0,6)	0,6 (0,5)*	0,6 (0,5)	1,5 (1,3)	1,4 (1,1)	1,4 (1,3)	1,3 (1,3)	1,9 (1,7)*	1,5 (1,3)
Non (n= 4 à 16)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,8 (0,8)	0,6 (0,6)	1,3 (1,3)	1,2 (1,2)	1,5 (1,4)	1,4 (1,5)	1,4 (1,4)	1,5 (1,5)
Affiliation universitaire										
CIUSSS (n= 6 à 18)	0,8 (0,7)	0,6 (0,6)	0,5 (0,5)*	0,5 (0,5)	1,2 (0,9)*	1,2 (1,1)	1,3 (1,3)	1,4 (1,3)	1,6 (1,7)	1,5 (1,5)
CISSS (n= 4 à 14)	0,8 (0,7)	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,7 (0,5)	1,5 (1,4)	1,3 (1,3)	1,6 (1,4)	1,4 (1,4)	1,7 (1,3)	1,5 (1,3)
TOTAL	0,8 (0,7)	0,7 (0,7)	0,6 (0,5)	0,6 (0,5)	1,4 (1,3)	1,3 (1,2)	1,5 (1,3)	1,4 (1,3)	1,6 (1,6)	1,5 (1,4)
n UCDG	15	13	17	14	30	24	32	31	32	30

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 11. Effectif infirmier actuel et jugé minimal durant le quart de travail de nuit en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	ASI (avec usagers à charge)		ASI (sans usagers à charge)		Infirmière		Infirmière auxiliaire		Préposé aux bénéficiaires	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ¹	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)									
4 à 9 (n= 1 à 7)	0,9 (0,9)	0,9 (0,9)	0,3	0,3	0,6 (0,7)	0,6 (0,7)	1,6 (1,7)	1,6 (1,7)	0,8	0,8
10 à 15 (n= 3 à 4)	---	0,9	0,6 (0,5)	0,4 (0,4)	1,2 (1,1)	0,9 (0,9)	1,2 (1,1)	1,1 (1,1)	0,8 (0,8)	0,9 (0,9)
16 à 20 (n=1 à 10)	0,7 (0,7)	0,8 (0,8)	0,8	0,8	1,4 (0,9)	1,2 (0,8)	1,1 (1,0)	1,0 (0,9)	1,0 (0,9)	1,2 (1,0)
21 à 40 (n=9 à 12)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)	---	---	0,9 (0,8)	0,9 (0,8)	1,1 (0,8)	0,8 (0,8)	1,3 (1,3)	1,1 (1,1)
UCDG partagée										
Oui (n= 5 à 17)	0,8 (0,8)	0,8 (0,8)	0,6 (0,5)	0,4 (0,4)	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	1,3 (1,2)	1,3 (1,2)	0,9 (0,9)	0,9 (0,9)
Non (n= 1 à 16)	0,7 (0,6)	0,6 (0,6)	0,8	0,8	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	1,1 (1,0)	0,9 (0,8)	1,3 (1,3)	1,2 (1,1)
DMS UCDG										
< 25,4 (n=3 à 15)	0,8 (0,8)	0,7 (0,8)	0,7 (0,8)	0,5 (0,5)	1,1 (0,9)	1,0 (0,9)	1,4 (1,4)	1,2 (1,1)	1,3 (1,2)	1,3 (1,2)
≥ 25,4 (n= 2 à 16)	0,7 (0,7)	0,8 (0,7)	0,7	0,4 (0,4)	1,0 (0,9)	0,8 (0,7)	1,1 (0,9)	1,0 (0,8)	1,0 (0,9)	0,9 (0,9)
UCDG avec lits NSA										
Oui (n= 4 à 16)	0,6 (0,5)	0,6 (0,6)*	0,5 (0,5)	0,5 (0,4)	1,1 (1,0)	0,9 (0,8)	1,1 (1,0)	1,0 (1,0)	1,1 (1,2)	0,9 (0,9)
Non (n= 2 à 17)	0,8 (0,8)	0,8 (0,9)	0,9	0,5	1,0 (0,8)	0,9 (0,8)	1,4 (1,3)	1,2 (0,9)	1,0 (0,9)	1,2 (0,9)
Affiliation universitaire										
CIUSSS (n=2 à 19)	0,6 (0,6)	0,6 (0,6)*	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,9 (0,8)	0,9 (0,8)	1,2 (1,1)	1,0 (0,9)	1,2 (1,1)	1,1 (0,8)
CISSS (n= 4 à 14)	0,8 (0,9)	0,9 (0,9)	0,8 (0,8)	0,5 (0,5)	1,2 (0,9)	0,9 (0,7)	1,2 (1,1)	1,2 (1,0)	0,9 (0,9)	1,1 (0,9)
TOTAL	0,7 (0,7)	0,7 (0,7)	0,6 (0,6)	0,5 (0,4)	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	1,2 (1,1)	1,1 (0,9)	1,1 (0,9)	1,1 (0,9)
n UCDG	22	20	6	5	24	19	28	25	27	24

CIUSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P ≤ 0,05

¹ Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 12. Effectif total infirmier actuel et jugé minimal durant les trois quarts de travail en fonction de certaines caractéristiques des UCDG

Caractéristiques des UCDG (n UCDG)	Jour				Soir				Nuit			
	Somme – infirmière + infirmière auxiliaire		Total effectif infirmier ¹		Somme – infirmière + infirmière auxiliaire		Total effectif infirmier ¹		Somme – infirmière + infirmière auxiliaire		Total effectif infirmier ¹	
	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal	Actuel	Minimal
Taille (nombre de lits) ²	Équivalent temps complet (35 heures de travail hebdomadaire) / 15 lits Moyenne (médiane)											
4 à 9 (n= 6)	3,8 (3,8)	3,0 (3,2)	6,3 (5,9)	5,8 (5,7)	2,0 (2,1)	2,1 (2,3)	3,7 (3,7)	3,4 (3,7)	1,8 (1,7)	1,8 (1,7)	2,7 (2,3)	2,7 (2,3)
10 à 15 (n= 4)	3,5 (2,9)	2,7 (2,5)	5,9 (5,4)	4,8 (4,5)	2,9 (2,9)	2,1 (2,2)	4,7 (4,6)	4,0 (3,7)	2,4 (2,2)	1,9 (2,0)	3,7 (3,8)	3,3 (3,5)
16 à 20 (n= 9)	3,6 (3,6)	3,0 (2,9)	6,6 (6,6)	5,4 (5,6)	3,1 (2,8)	2,4 (2,2)	5,9 (5,6)	4,9 (4,5)	1,7 (1,7)	1,5 (1,4)	3,4 (3,5)	2,9 (2,6)
21 à 40 (n= 9 à 12)	3,4 (3,5)	3,2 (3,0)	6,3 (6,0)	5,4 (5,1)	2,5 (2,3)	2,6 (2,2)	4,8 (4,6)	4,7 (4,5)	1,7 (1,6)	1,4 (1,3)	3,4 (3,2)	2,7 (2,6)
UCDG partagée												
Oui (n= 16)	3,7 (3,6)	2,9 (3,0)	6,3 (6,4)	5,4 (5,5)	2,7 (2,6)	2,4 (2,3)	4,7 (4,5)	4,2 (3,9)	2,0 (1,9)	1,7 (1,6)	3,3 (3,5)	2,8 (2,6)
Non (n= 12 à 15)	3,4 (3,3)	3,1 (3,0)	6,4 (5,9)	5,3 (4,9)	2,6 (2,3)	2,4 (2,1)	5,1 (4,6)	4,6 (4,3)	1,6 (1,6)	1,4 (1,4)	3,3 (3,2)	2,8 (2,6)
DMS UCDG												
< 25,4 (n= 13 à 14)	3,8 (4,0)	3,1 (3,0)	6,6 (7,0)	5,6 (5,7)	2,6 (2,3)	2,4 (2,1)	4,7 (4,4)	4,5 (4,4)	1,8 (1,7)	1,5 (1,3)	3,2 (2,9)	2,6 (2,3)
≥ 25,4 (n= 13 à 15)	3,4 (3,1)	3,0 (3,0)	6,2 (5,9)	5,2 (5,2)	2,6 (2,5)	2,3 (2,2)	5,0 (4,6)	4,3 (4,1)	1,8 (1,6)	1,6 (1,5)	3,4 (3,3)	3,0 (3,0)
UCDG avec lits NSA												
Oui (n= 14 à 15)	3,0 (2,9)*	2,9 (3,0)	5,7 (5,6)*	5,1 (5,1)	2,7 (2,3)	2,4 (2,1)	5,3 (4,7)	4,5 (4,0)	1,8 (1,6)	1,6 (1,4)	3,3 (3,3)	2,7 (2,4)
Non (n= 14 à 16)	4,0 (3,9)	3,1 (3,0)	7,0 (7,0)	5,6 (5,6)	2,6 (2,5)	2,3 (2,3)	4,5 (4,5)	4,2 (4,4)	1,8 (1,8)	1,6 (1,5)	3,3 (3,1)	3,0 (2,8)
Affiliation universitaire												
CIUSSS (n= 15 à 19)	3,3 (3,1)	2,9 (2,9)	5,8 (5,6)*	5,0 (4,7)	2,4 (2,2)*	2,3 (2,1)	4,5 (4,4)	4,2 (3,8)	1,7 (1,6)	1,5 (1,5)	3,2 (3,1)	2,7 (2,3)
CISSS (n= 12 à 13)	4,0 (3,7)	3,2 (3,2)	7,2 (7,0)	5,8 (5,6)	3,0 (3,1)	2,4 (2,4)	5,4 (5,2)	4,6 (4,5)	1,9 (1,9)	1,7 (1,5)	3,4 (3,6)	3,0 (2,8)
TOTAL	3,6 (3,5)	3,0 (3,0)*	6,4 (6,1)	5,4 (5,3)**	2,6 (2,5)	2,4 (2,3)*	4,9 (4,6)	4,4 (4,3)*	1,8 (1,7)	1,6 (1,5)*	3,3 (3,2)	2,8 (2,6)*
n UCDG	31	28	31	29	33	31	33	31	33	28	33	31

CISSS : Centre intégré de soins et services sociaux; CIUSSS : Centre intégré universitaire de soins et services sociaux; DMS : durée moyenne de séjour totale; NSA : niveaux de soins alternatifs; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

* P < 0,05

¹ Somme = ASI (avec ou sans usagers à charge) + infirmière + infirmière auxiliaire + préposé aux bénéficiaires

² Tests Kruskal-Wallis non-applicables (variables continues) car nombre d'observations inférieur à 6 par sous-groupe.

Tableau 13. 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
n UCDG = 27		
Interniste	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation (5 UCDG) • ≤5 consultations/mois (19 UCDG) • 6 à 10 consultations/mois (3 UCDG) 	Non-évalué
Neurologue	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation (10 UCDG) • ≤5 consultations/mois (13 UCDG) • 6 à 10 consultations/mois (2 UCDG) • 18 à 20 consultations/mois (2 UCDG) 	Non-évalué
Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation (11 UCDG) • ≤5 consultations/mois (14 UCDG) • 8 à 10 consultations/mois (2 UCDG) 	Non-évalué
Gériatre	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation (17 UCDG) • ≤5 consultations/mois (8 UCDG) • 10 consultations/mois (1 UCDG) • 30 consultations/mois (1 UCDG) 	Non-évalué
Gérontopsychiatre	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consultation (19 UCDG) • ≤5 consultations/mois (3 UCDG) • 6 à 10 consultations/mois (5 UCDG) 	Non-évalué
n UCDG = 33		
Neuropsychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Non-disponible (21 UCDG) • < 1 consultation/mois (2 UCDG) • 1 à 2 consultations/mois (8 UCDG) • 3 à 5 consultations/mois (2 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (14 UCDG) • 1-2 consultations/mois (13 UCDG) • 3-5 consultations/mois (5 UCDG) • 10 consultations/mois (1 UCDG)
Orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Non-disponible (17 UCDG) • < 1 consultation/mois (1 UCDG) • 1-2 consultations/mois (9 UCDG) • 3-5 consultations/mois (3 UCDG) • 10-15 consultations/mois (3 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (15 UCDG) • 1-2 consultations/mois (11 UCDG) • 3-5 consultations/mois (4 UCDG) • 7-8 consultations/mois (1 UCDG) • 15-20 consultations/mois (2 UCDG)
Audiologiste	<ul style="list-style-type: none"> • Non-disponible (29 UCDG) • 1-3 consultations/mois (3 UCDG) • 10 consultations/mois (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (23 UCDG) • 1-3 consultations / mois (6 UCDG) • 4-5 consultations / mois (2 UCDG) • 10 consultations / mois (2 UCDG)
Dentiste	<ul style="list-style-type: none"> • Non-disponible (28 UCDG) • 1-3 consultations/mois (4 UCDG) • 10 consultations/mois (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (23 UCDG) • 1 à 3 consultations/mois (8 UCDG) • 5 consultations/mois (1 UCDG)

Professionnel	Actuel	Souhaité
Hygiéniste dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible (33 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 consultations/mois (1 UCDG) • Pas de réponse (25 UCDG) • 1-2 consultations/mois (5 UCDG) • 3-5 consultations/mois (2 UCDG) • 10 consultations/mois (1 UCDG)
Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Non-disponible (27 UCDG) • 1 consultation / mois (4 UCDG) • 3 consultations / mois (2 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (17 UCDG) • 1 consultation / mois (5 UCDG) • 2-3 consultations / mois (7 UCDG) • 4-5 consultations / mois (3 UCDG) • 10-11 consultations / mois (2 UCDG)
Infirmière en soins des pieds	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponible (19 UCDG) • 1-2 consultations /mois (10 UCDG) • 3 consultations /mois (3 UCDG) • 5 consultations / mois (1 UCDG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réponse (12 UCDG) • 1-2 consultations/mois (9 UCDG) • 3-4 consultations/mois (5 UCDG) • 5 consultations/mois (3 UCDG) • 10 consultations/mois (2 UCDG) • 15-20 consultations/mois (2 UCDG)

UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

Tableau 14. Comparaison de l'effectif disponible en UCDG en 2003, 2013 et 2024 durant le quart de travail de jour

Professionnels	n UCDG	2024	n UCDG	2013[1]	n UCDG	2003 [1]
		Équivalent temps complet / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)		Équivalent temps complet / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)		Équivalent temps complet / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)
Médecin	27	1,2 ± 0,4 (1,1)	39	1,2 ± 0,4 (1,1)	41	2,2 ± 1,3 (1,9)
Gestionnaire clinique	32	0,6 ± 0,2 (0,5)	29	0,6 ± 0,3 (0,5)	30	0,4 ± 0,2 (0,4)
ASI	8	0,6 ± 0,3 (0,6) ²	32	0,7 ± 0,4 (0,6)	32	0,7 ± 0,4 (0,6)
	30	0,7 ± 0,3 (0,7) ³				
Infirmière	31	1,7 ± 0,6 (1,6)	34	1,7 ± 0,6 (1,5)	36	2,2 ± 0,8 (2,2)
Infirmière auxiliaire	30	1,9 ± 0,9 (1,9)	32	1,5 ± 0,7 (1,5)	16	1,2 ± 0,7 (1,0)
Somme inf. et inf. aux.	31	3,6 ± 1,3 (3,5)	36	2,9 ± 0,6 (3,0)	36	2,8 ± 0,7 (2,9)
PAB	31	2,2 ± 0,8 (2,1)	33	1,4 ± 0,5 (1,5)	30	1,0 ± 0,5 (1,0)
Personnel infirmier total ³	31	6,4 ± 1,7 (6,1)	36	4,9 ± 0,9 (4,9)	36	4,3 ± 0,8 (4,4)
Infirmière de liaison	10	0,5 ± 0,2 (0,5)	18	0,6 ± 0,3 (0,6)	18	0,4 ± 0,3 (0,5)
Physiothérapeute ⁴	31	1,1 ± 0,4 (1,1)	42	1,0 ± 0,5 (0,8)	42	1,0 ± 0,4 (0,9)
Ergothérapeute	28	0,9 ± 0,4 (0,9)	42	0,9 ± 0,4 (0,8)	42	1,0 ± 0,3 (1,0)
Travailleur social ⁵	27	1,1 ± 0,7 (1,0)	41	0,9 ± 0,4 (0,9)	41	0,8 ± 0,3 (0,8)
Nutritionniste	22	0,4 ± 0,2 (0,4)	41	0,4 ± 0,2 (0,3)	38	0,4 ± 0,3 (0,3)
Pharmacien	18	0,5 ± 0,2 (0,5)	28	0,5 ± 0,2 (0,5)	29	0,3 ± 0,3 (0,2)
Infirmière clinicienne	14	0,7 ± 0,4 (0,6)	---	---	---	---
Kinésologue	9	0,4 ± 0,3 (0,3)	---	---	---	---
Technicien en éducation spécialisé	6	0,5 ± 0,2 (0,5)	---	---	---	---
Préposé en réadaptation	6	0,5 ± 0,3 (0,4)	---	---	---	---

ASI : assistante au supérieur immédiat; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Un équivalent temps complet équivaut à 35 heures de travail hebdomadaire

² Avec usagers à charge

³ Sans usager à charge

⁴ Assistante au supérieur immédiat, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

⁵ Inclut les technologues en réadaptation physique.

⁶ Inclut les techniciens en travail social

Tableau 15. Comparaison de l'effectif disponible en UCDG en 2003, 2013 et 2024 durant les quarts de travail de soir et de nuit

Professionnels	n UCDG	2024	n UCDG	2013 [1]	n UCDG	2003 [1]
		Effectif / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)		Effectif / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)		Effectif / 15 lits ¹ Moyenne ± écart-type (médiane)
Quart de travail de soir						
ASI	15	0,8 ± 0,3 (0,7) ²	28	0,6 ± 0,3 (0,5)	24	0,6 ± 0,3 (0,5)
	17	0,6 ± 0,3 (0,5) ³				
Infirmière	30	1,4 ± 0,6 (1,3)	29	1,2 ± 0,5 (1,0)	34	1,4 ± 0,7 (1,2)
Infirmière auxiliaire	32	1,5 ± 0,5 (1,3)	29	1,1 ± 0,6 (0,9)	21	0,9 ± 0,4 (0,8)
Somme inf. et inf. aux.	33	2,6 ± 1,0 (2,5)	36	1,8 ± 0,5 (1,8)	35	1,9 ± 0,6 (1,8)
PAB	32	1,6 ± 0,7 (1,6)	32	1,0 ± 0,4 (1,0)	24	0,8 ± 0,4 (0,8)
Personnel infirmier total ⁴	33	4,9 ± 1,5 (4,6)	36	3,2 ± 0,7 (3,2)	36	2,8 ± 0,7 (2,8)
Quart de travail nuit						
ASI	22	0,7 ± 0,3 (0,7) ²	21	0,6 ± 0,3 (0,5)	26	0,6 ± 0,3 (0,5)
	6	0,6 ± 0,3 (0,6) ³				
Infirmière	24	1,0 ± 0,5 (0,9)	27	1,0 ± 0,4 (0,9)	31	1,0 ± 0,4 (0,8)
Infirmière auxiliaire	28	1,2 ± 0,5 (1,1)	24	0,7 ± 0,2 (0,7)	17	0,7 ± 0,3 (0,7)
Somme inf. et inf. aux.	33	1,8 ± 0,7 (1,7)	35	1,3 ± 0,5 (1,4)	35	1,2 ± 0,5 (1,2)
PAB	27	1,1 ± 0,5 (0,9)	27	0,8 ± 0,4 (0,7)	21	0,6 ± 0,2 (0,6)
Personnel infirmier total ⁴	33	3,3 ± 1,0 (3,2)	36	2,2 ± 0,6 (2,2)	36	1,9 ± 0,5 (1,9)

ASI : assistante au supérieur immédiat; Inf. : Infirmière; PAB : Préposé aux bénéficiaires; UCDG, Unité de courte durée gériatrique.

¹ Un équivalent temps complet équivaut à 35 heures de travail hebdomadaire.

² Avec usagers à charge

³ Sans usagers à charge

⁴ Assistante au supérieur immédiat, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires.

ANNEXES

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

Catégories de professionnels	Recommandations québécoises			
	Cadre de référence 1986 [6]	Colloque 2000 [7]	Colloque 2009 [28]	Enquête RUSHGQ 2013 [1]
	ETC pour 15 usagers			
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 usagers)
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 usagers	3,2 (jour) 2,1 (soir) 1,4 (nuit)
Infirmière clinicienne	---	---	---	Au besoin
Infirmière de liaison	---	1,0		0,6
Infirmière praticienne spécialisée				
Travailleur social	0,6	1,0 et plus		1,1
Physiothérapeute ¹	0,8 à 0,9	1,0 et plus		1,1
Ergothérapeute	0,8 à 0,9	1,0 et plus		1,0
Nutritionniste	---	0,5 et plus		0,5
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)

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 issues de la littérature québécoise et internationale 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 [6]	Colloque 2000 [7]	Colloque 2009 [28]	Enquête RUSHGQ 2013 [1]	Royal College of physicians of Ireland 2011-2012 [11]	Groupe de travail Australien 2013 [12]
	ETC pour 15 usagers					
Géiatre (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	---	---
Kinésologue	---	---	---	---	---	0,8

ETC, équivalent temps complet

--- Aucune recommandation