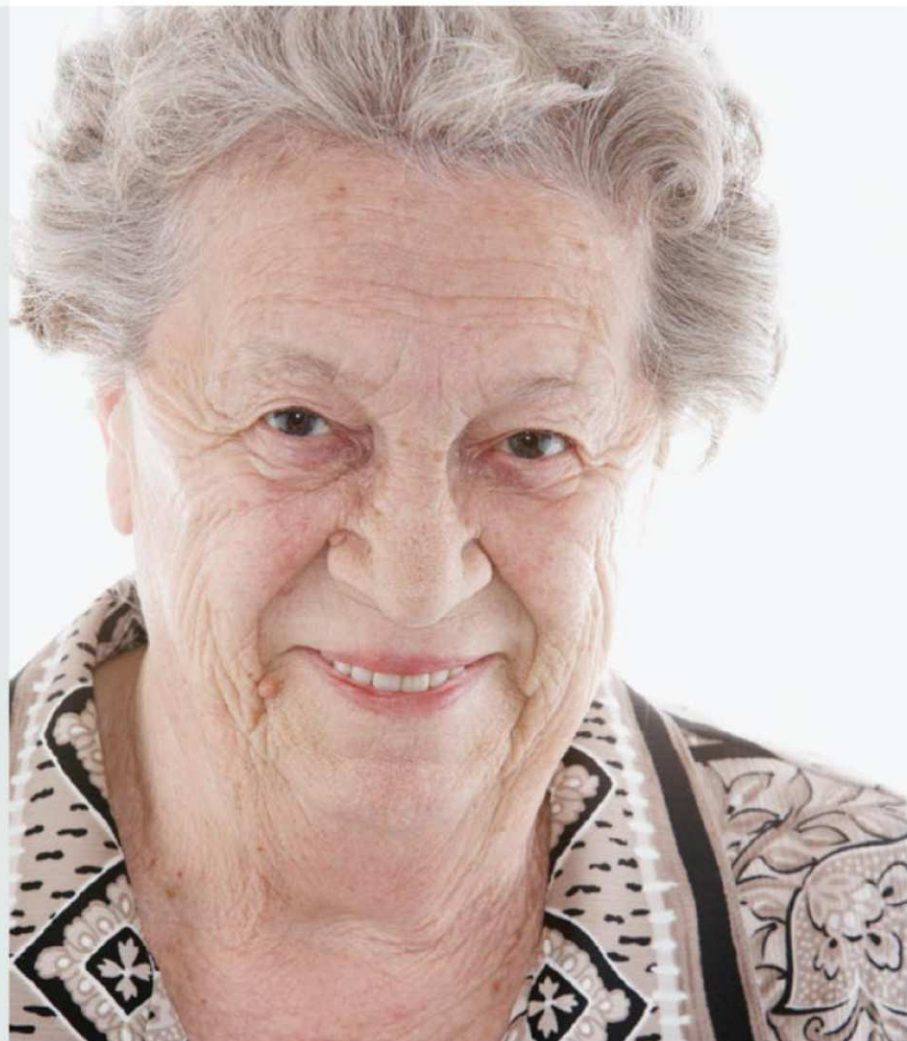


Approche gériatrique transhospitalière



Approche gériatrique transhospitalière



L'Approche gériatrique transhospitalière est une production de la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
www.santemontreal.qc.ca

Coordination

Liette Bernier et Michèle Bérubé

Rédaction

Yanick Jodoin, M.D., M.A.P.

Notes

- Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.
- Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible :

- À l'Agence : 514 286-5604
- À la section Documentation du site Web de l'Agence :
www.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux, décembre 2008

ISBN 978-2-89510-570-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-89510-571-8 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
LEXIQUE.....	II
PARTICIPANTS.....	III
INTRODUCTION.....	1
L'APPROCHE GÉRIATRIQUE.....	2
1. Clientèles cibles.....	2
2. Objectifs de l'approche.....	2
3. Principes de l'approche.....	2
LE MODÈLE.....	5
LES CONSTITUANTS.....	7
1. <i>Continuum de soins et services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)</i>	7
2. <i>Soins, services et environnement centrés sur la personne et ses proches</i>	7
3. <i>Repérage</i>	8
4. <i>Évaluation</i>	8
5. <i>Planification du congé</i>	9
6. <i>Gestion de l'épisode de soins transhospitalier pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être</i>	10
CONCLUSION.....	12
RÉFÉRENCES.....	13
ANNEXE 1.....	19
Constats et données rapportés dans la littérature.....	19
ANNEXE 2.....	22
Précisions sur l'équipe de consultation gériatrique.....	22
ANNEXE 3.....	24
Projet de repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie et d'intervenantes-réseaux des CSSS en salle d'urgence.....	24
ANNEXE 4.....	26
Le tandem infirmière clinicienne et médecin spécialisés en gériatrie à la salle d'urgence.....	26
ANNEXE 5.....	28
OPTIMAH – Projet d'optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital.....	28
ANNEXE 6.....	31
Équipe multidisciplinaire en gériatrie.....	31
ANNEXE 7.....	33
Accueillir les personnes âgées et leurs proches à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et agir de façon préventive.....	33

LEXIQUE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants sont utilisés dans le document :

Agence	<i>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
AVD	<i>Activité de la vie domestique</i>
AVQ	<i>Activité de la vie quotidienne</i>
CHSLD	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
CSSS	<i>Centre de santé et de services sociaux</i>
ISAR	<i>Identification systématique des aînés à risque</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
PALV	<i>Perte d'autonomie liée au vieillissement</i>
PRISMA	<i>Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie</i>
RSIPA	<i>Réseau de services intégrés pour personnes âgées</i>
SISAD	<i>Services intensifs de soutien à domicile</i>
SAD	<i>Soutien à domicile</i>
SU	<i>Salle d'urgence</i>
UCDG	<i>Unité de courte durée gériatrique</i>
URFI	<i>Unité de réadaptation fonctionnelle intensive</i>

PARTICIPANTS

Nous tenons à remercier et à souligner l'engagement et la disponibilité des membres du sous-comité des services gériatriques en centre hospitalier. Ces personnes ont participé à l'élaboration du cadre de référence « *Approche gériatrique transhospitalière* » :

Monique Asselin	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Claire Beaudin	Centre hospitalier universitaire de Montréal
Dr Howard Bergman	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Liette Bernier	Agence
Julie Boucher	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
Dre Céline Crowe	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Louise Desrosiers	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Josée Dumulon	CSSS du Sud-Ouest-Verdun
Jocelyne Faille	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Monique Fortin	CSSS du Coeur-de-l'Île
Dr Gary Inglis	Centre universitaire de santé McGill
Yanick Jodoin	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Lucie Ladouceur	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Dr Judith Latour	Table des chefs de département de médecine spécialisée de Montréal
Pierre Pépin	CSSS Lucille-Teasdale
Diane Podsiadlo	CSSS Cavendish
Pierrette Rolland	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Denyse Roy	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

INTRODUCTION

La région de Montréal compte 294 664 personnes âgées de 65 ans et plus ce qui représente 15,3 % de sa population totale. Cette proportion qui est la plus élevée parmi les grandes villes canadiennes¹, atteindra 359 570 personnes en 2018 soit, 17,5 % de la population. Les projections indiquent que d'ici 2026, 20% de la population de Montréal sera composée de personnes âgées de 65 ans et plus c'est à dire, 439 407 personnes.²

Cette tendance a des impacts sur les services aux personnes âgées et sur les services. Ainsi, les personnes âgées présentant une grande perte d'autonomie nécessitent une gamme diversifiée de services de différents établissements et organismes qui sont appelés à se coordonner dans cette offre de service. Cette situation laisse voir que le vieillissement a un impact également sur les services destinés à la population en général, tels que les service d'urgence (salle d'urgence et transport ambulancier).

Par ailleurs, les personnes âgées expriment le souhait de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté. Pour répondre à cette attente, une attention particulière doit être portée à la consolidation des services de première ligne (CSSS, médecin de famille, etc.). Aussi, il apparaît nécessaire de prévoir un arrimage entre les services de première ligne et ceux des centres hospitaliers où la clientèle âgée est omniprésente et notamment, dans les salles d'urgence.

Pour faire face à ces impératifs, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a entrepris deux démarches. Elle a d'abord élaboré un plan d'action visant à identifier les changements prioritaires à apporter à l'offre de service aux personnes âgées. Parmi les priorités retenues afin de favoriser le maintien des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dans la communauté figurent l'intensification des services de soutien à domicile (SAD et SISAD), le développement de ressources résidentielles plus légères (ressources non institutionnelles) ainsi que la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Certaines mesures prévues dans les RSIPA telles que le repérage des personnes âgées vulnérables concernent les aînés à domicile tout comme ceux qui se retrouvent en milieu hospitalier.

L'Agence et les établissements de la région montréalaise ont également préparé un plan d'action régional visant l'amélioration de la performance des établissements hospitaliers et plus particulièrement, de leurs salles d'urgence. Le développement et l'implantation d'une approche gériatrique en centre hospitalier fait partie des mesures retenues pour améliorer les services à la personne âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

Le présent document répond aux deux plans discutés en proposant une approche gériatrique de soins et services pour les centres hospitaliers. Ce modèle s'attarde davantage aux fonctions qu'aux structures et suggère différents éléments ou constituants à mettre en place afin de favoriser l'adéquation entre les besoins de la clientèle âgée et les services et l'environnement de soins offerts. Si ce document traite exclusivement du milieu hospitalier, l'appellation « transhospitalière » vise à rappeler que ces services font partie de l'ensemble des services offerts à cette clientèle dans le réseau.

La première partie du document porte sur les clientèles cibles, les objectifs et les principes de cette approche de soins et services gériatriques. Dans la seconde partie du document, les constituants retenus dans le modèle sont explicités. Par la suite, les constats et données rapportés dans la littérature sur le sujet sont résumés. Puis, quelques précisions sur l'équipe de consultation gériatrique, dont des modèles d'équipe à Montréal, sont proposées. Pour terminer, cinq illustrations concrètes du modèle sont présentées. Ces illustrations représentent différents projets et processus qui ont cours actuellement dans des établissements montréalais.

¹ Statistiques Canada, recensement 2001

² Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales

1. Clientèles cibles³

Les personnes âgées constituent une population hétérogène dont les besoins de soins et de services de santé et de services sociaux peuvent différer de façon significative. Selon ces besoins, nous avons séparé cette population en trois groupes distincts.

Le premier groupe représente la plupart des personnes âgées **en bonne santé**, indemnes ou touchées par peu de maladies chroniques et sans incapacité. Ces personnes nécessitent une gestion de leurs facteurs de risque et de leur condition afin de prévenir les incidents aigus et la limitation fonctionnelle. Ce groupe reçoit en grande partie ses services par le réseau de première ligne (ex. : médecin omnipraticien).

Un deuxième groupe est constitué de personnes âgées moins bien portantes qui sont atteintes par des **maladies chroniques** (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque, etc.) qui peuvent occasionner une instabilité clinique. Elles ont un risque augmenté de développer des limitations fonctionnelles, d'être hospitalisées de façon répétée, d'être institutionnalisées et de décéder. Ce groupe, bien que desservi par la première ligne, nécessite plus de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle avec les partenaires de la deuxième et troisième ligne à l'occasion (hôpital de jour, médecins spécialistes, etc.) qui doivent se coordonner.

Un troisième groupe se compose de personnes vulnérables, généralement âgées de plus de 75 ans, qui ont des maladies chroniques multiples occasionnant plusieurs épisodes de maladies aiguës. Elles présentent aussi des **incapacités et des dépendances fonctionnelles**, souvent associées à un trouble cognitif. Leur réseau de soutien peut être épuisé ou incapable d'assumer une surveillance nécessaire. Ces personnes sont de grandes utilisatrices de services, avec des épisodes de transitions fréquents à travers toutes les composantes du système de santé incluant les services communautaires et les services gériatriques spécialisés. Ce groupe constitue un défi car il requiert une combinaison complexe de services de santé, de services sociaux, de services de soutien et autres.

2. Objectifs de l'approche

- promouvoir, maintenir et améliorer, si possible, le vieillissement en santé et la qualité de vie ;
- promouvoir, maintenir et améliorer, si possible, l'autonomie fonctionnelle de la personne :
 - permettre à la personne âgée de demeurer le plus longtemps possible dans le milieu de vie désiré ;
- offrir des services adaptés à la clientèle âgée présentant des caractéristiques particulières.

3. Principes de l'approche

3.1 Applique une culture réseau d'intégration clinique

- grâce à des partenariats cliniques et administratifs, les services du continuum offerts aux personnes âgées sont complémentaires et continus et respectent les principes de la hiérarchisation des services et de la responsabilité populationnelle des CSSS.

3.2 La clientèle âgée est omniprésente dans le système de santé et ses particularités concernent *tous les acteurs qui y travaillent*

- la clientèle âgée constitue une grande partie de la clientèle des centres hospitaliers (CH) conséquemment, l'adaptation des services aux personnes âgées est une priorité pour

³ Inspiré du document *Les services spécialisés en gériatrie* (2007) de Bergman H, Crowe C et autres, les quatre RUIS du Québec.

les questionnaires de ces établissements. Cette préoccupation doit se traduire par l'instauration de projets favorisant la formation des différents intervenants et par une ouverture avec les autres services du réseau. Également, les différents professionnels des équipes traitantes se préoccupent d'adapter leur prestation de services aux besoins de la personne âgée, notamment au plan de l'autonomie fonctionnelle.

3.3 Centrée sur les besoins biopsychosociaux de la personne âgée, de ses proches aidants et sur leur participation dans le continuum de soins et de services

- grâce à une information complète et continue, un partenariat empreint de respect se développe entre la personne, ses proches et les intervenants permettant une responsabilité conjointe des résultats tout en laissant le libre choix à la personne apte de décider.

3.4 Globale et interdisciplinaire

- basée sur des problématiques et des besoins multiples (médicaux, infirmiers, sociaux, etc.), l'offre de service est globale dans la mesure où elle offre un accès à différents secteurs d'activité (santé et services sociaux, transport, etc.), à divers types de services (prévention, réadaptation, soins de fin de vie, etc.) et à plusieurs types de professionnels travaillant en concertation.

3.5 Axée sur l'autonomie fonctionnelle

- dans un environnement de services adapté et stimulant où œuvre un personnel formé et valorisé à faire de l'autonomie de la personne âgée un objectif prioritaire, les services favorisent le maintien et la récupération fonctionnelle afin de retarder le recours à l'hébergement.

3.6 Favorisant la prévention

- l'approche prône l'identification des facteurs de risque et l'intervention précoce afin d'éviter, de compenser et de traiter la morbidité, l'incapacité et les complications.

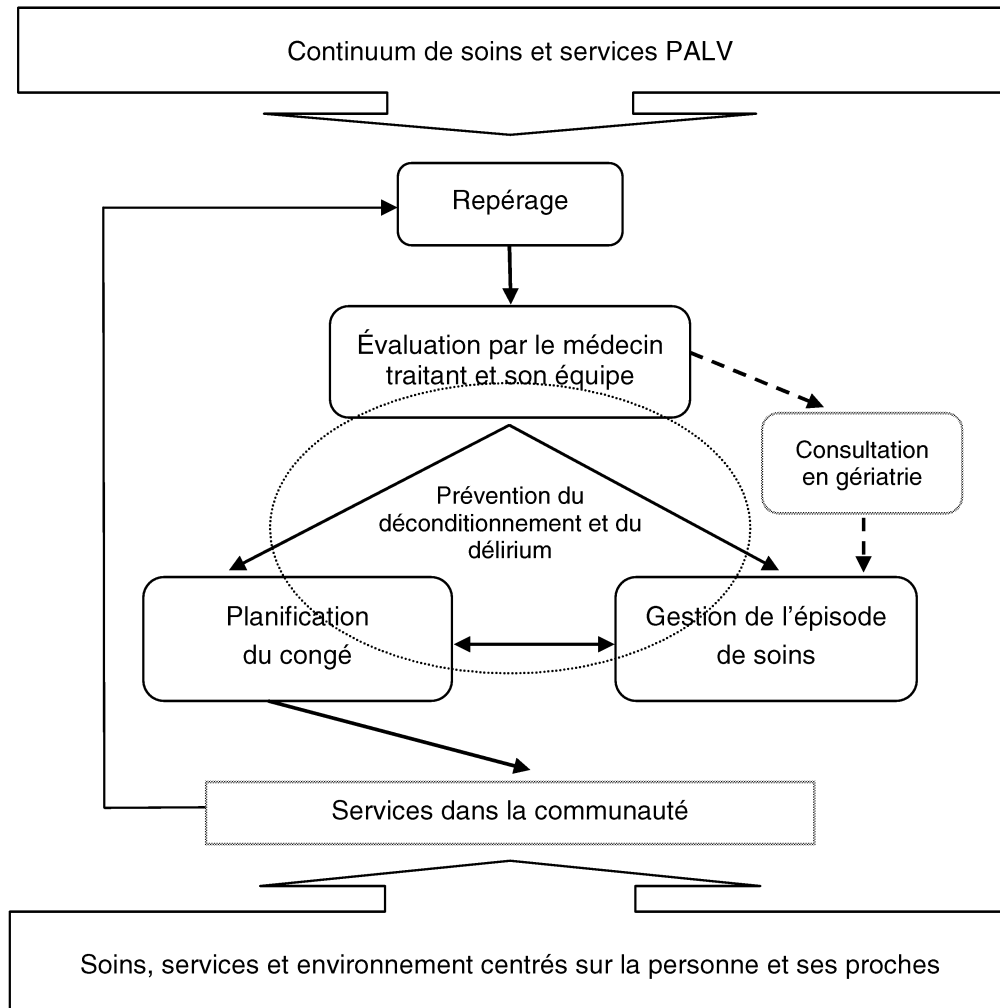
3.7 Orientée sur la promotion de la santé

- la personne âgée est encouragée à adopter de bonnes habitudes de vie et à prendre en charge, avec ses proches, sa santé à l'aide de l'enseignement et du soutien fourni.

*« C'est en pensant réseau qu'il devient possible d'imaginer que les différentes organisations qui sont aujourd'hui autonomes et fermées sur elles-mêmes s'ouvriront de façon à pouvoir prendre en charge de façon optimale les patients »
(Contandriopoulos, A.-P. 2000)*

LE MODÈLE

Constituants d'une approche gériatrique transhospitalière



LES CONSTITUANTS

1. Continuum de soins et services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Le continuum de services PALV fait référence à un ensemble de services inter reliés qui sont offerts à une clientèle commune par plusieurs partenaires œuvrant à différents niveaux d'un réseau intégré. Cette notion est centrale dans le présent document et concerne les liens à tisser et à entretenir entre les services hospitaliers et les autres services du réseau pour cette clientèle. L'articulation efficace entre ces services permet une prestation continue et cohérente des soins offerts aux personnes qui en ont besoin.

Pour les organisations qui ont une clientèle commune, cette articulation demande un partenariat clinique et administratif tout au long de l'épisode de soins des usagers.

Le continuum de services englobe divers types de services : promotion de la santé, adaptation et promotion de l'autonomie fonctionnelle, prévention des maladies et des complications, traitement, suivi, réadaptation, soutien à l'intégration sociale et soutien en fin de vie.

Cette notion implique que l'utilisateur et ses proches-aidants reçoivent ou sont susceptibles de recevoir des services de plusieurs secteurs d'activité en lien avec les services hospitaliers : santé et services sociaux, transport, environnement urbain, sécurité, etc.

Ces services peuvent être de nature publique, privée et communautaire.

2. Soins, services et environnement centrés sur la personne et ses proches

Des soins centrés sur la personne impliquent que :

- les utilisateurs :
 - sont informés des interventions des divers services et de leurs implications ;
 - participent au processus de décision et de planification de leurs services.
- les dispensateurs :
 - respectent la vie privée, la dignité et l'autonomie de la personne utilisatrice ;
 - répondent aux besoins des patients de manière holistique.

Tout d'abord, l'approche de soins centrée sur la personne préconise une connaissance élargie de celle-ci et une responsabilité conjointe (patient-proches-équipe de soins) des résultats. La participation du client et de ses proches-aidants dans les décisions ainsi que dans la prise en charge de ses besoins de santé est encouragée grâce à l'information et au soutien fourni par les professionnels.

Par ailleurs, grâce à l'accès à diverses expertises disciplinaires (médicale, infirmière, de réadaptation, sociale et autres), l'offre de service hospitalière pour cette clientèle est globale.

Afin d'aligner les services sur les besoins de la clientèle, la culture organisationnelle en place doit valoriser la personne âgée et les intervenants en gériatrie, et être basée sur une approche de soins axée sur la promotion de l'autonomie fonctionnelle et sur la prévention des complications (ex. : déconditionnement, déshydratation, iatrogénie médicamenteuse, etc.).

Enfin, l'environnement et les soins du centre hospitalier doivent reconnaître et être adaptés aux besoins particuliers de la personne âgée. Aussi, les installations hospitalières et les services de support faciliteront l'intimité, la qualité et la promotion de l'autonomie fonctionnelle, notamment chez la personne ayant un trouble cognitif. Les transferts de milieu pour les personnes âgées seront évités le plus possible.

Plusieurs aspects architecturaux et environnementaux sont à examiner :

- l'éclairage, les couleurs et les considérations acoustiques ;
- les entrées, les rampes (main courante), les planchers, les portes et les fenêtres ;
- les corridors, les rampes d'accès, les escaliers et les ascenseurs ;

- la signalisation (directions et repères) ;
- les équipements (aides techniques et autres) et le mobilier ;
- les salles de bains, les stationnements et autres.

3. Repérage

Dans le continuum PALV, incluant les services hospitaliers, le repérage est une activité qui vise l'identification précoce des personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

Cette activité effectuée à l'aide d'un questionnaire valide et reconnu (PRISMA-7 ou ISAR⁴), est supportée par le jugement des cliniciens.

Les patients « repérés » bénéficient alors d'une évaluation afin de déterminer les interventions nécessaires à la récupération et au maintien de leur autonomie, ex. : soutien à la mobilisation.

Le repérage s'effectue à l'urgence, ailleurs dans le centre hospitalier et aussi avant l'hospitalisation, dans la communauté.

La valeur de cette activité est tributaire de l'efficacité des interventions qui sont disponibles après le repérage, en milieu hospitalier et en externe dans le reste du réseau.

4. Évaluation

L'évaluation de la personne âgée en centre hospitalier de courte durée est basée sur les principes suivants :

- l'évaluation concerne d'abord le médecin traitant et les autres professionnels de l'équipe ;
- l'évaluation est un processus continu qui demande une collaboration inter-établissement ;
- l'évaluation est axée sur une décision d'orientation rapide en utilisant les ressources du réseau les plus efficaces et les plus efficaces ;
- l'évaluation prévoit différents niveaux d'investigation et d'intervention (systématique, spécifique et spécialisée) selon la condition de la personne en tenant compte des interventions antérieures, incluant les évaluations.

L'évaluation de la personne âgée constitue un processus continu facilité par la disponibilité des informations par le biais des différentes sources pertinentes : le patient et ses proches, le CSSS (évaluation, plan d'intervention, gestionnaire de cas, autres services reçus, etc.), le médecin de famille et autres.

L'évaluation de la personne âgée débute dès son arrivée au centre hospitalier ou avant pour ceux dont l'admission est prévue.

Il n'est pas toujours possible ou pertinent d'effectuer l'évaluation dans sa totalité et dans l'immédiat car :

- une partie de la clientèle nécessite d'abord une stabilisation ;
- plusieurs patients ont déjà été évalués et/ou sont suivis ailleurs par un ou des professionnels ;
- l'évaluation recherche d'abord les données qui influencent l'orientation du patient :
 - à la salle d'urgence, l'évaluation est rapide et axée sur certains aspects spécifiques :
 - la décision d'admettre ou de donner congé de l'hôpital ;
 - la planification d'un congé sécuritaire ;
 - la décision d'orientation dans un service ou une unité particulière.
- l'évaluation de plusieurs clients peut également se faire en externe, selon les services disponibles dont ceux des cliniques externes hospitalières spécialisées en gériatrie et ceux des hôpitaux de jour gériatriques ou autres.

⁴ *Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie*, Service de la planification et du développement stratégique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

L'évaluation de la personne âgée est axée sur l'identification de ses problématiques de santé, sur les causes de ses dernières, sur son état général, son autonomie et sa capacité de participer et de faire face à la maladie, aux traitements et à la réadaptation.

Cette évaluation comprend les aspects physiques, cognitifs, psychiques, sociaux et environnementaux de la personne tout en considérant ses ressources (ex. : proches aidants). Elle se finalise par des diagnostics médicaux et fonctionnels résultant des aspects précédents.

L'évaluation spécialisée par une équipe multidisciplinaire de gériatrie est nécessaire pour les clients qui présentent une ou plusieurs conditions cliniques instables et non résolues par le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire de base, telles que la présence d'un syndrome gériatrique (ex. : délirium et autres) et/ou d'une nouvelle atteinte fonctionnelle modérée à sévère. La plupart de ces conditions sont associées à un épisode de soins complexe qui demande une évaluation, un traitement et/ou une réadaptation interdisciplinaire.

5. Planification du congé

La planification du congé est une démarche visant à faciliter la transition de la personne d'un environnement à un autre tout en assurant la continuité dans les soins et services fournis.

La planification du congé repose sur des décisions éclairées et judicieuses pour la personne âgée. Ces décisions sont basées sur l'évaluation de l'ensemble des besoins de la personne et sur sa capacité fonctionnelle antérieure et actuelle. Pour les intervenants, les décisions seront facilitées par une connaissance mutuelle des services offerts par les différentes organisations (exemples : unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), services externes de réadaptation de la personne âgée, convalescence, services intensifs de soutien à domicile, clinique spécialisée, etc.)

La planification du congé est facilitée par une préoccupation de la qualité et de la pertinence de l'information disponible sur les personnes utilisatrices et par une collaboration soutenue entre les intervenants de l'hôpital et les autres intervenants du réseau. Elle débute dès que possible et, pour les admissions prévues, avant l'arrivée de la personne âgée au CH.

Activités de la planification du congé :

- identifier les services et suivis requis ;
- informer et soutenir le patient et ses proches ;
- assurer la liaison entre les intervenants du réseau (établissements de santé, organismes communautaires et autres).

Principes qui orientent la prise de décision :

- tenter de respecter la volonté de la personne âgée et de ses proches en conciliant l'autonomie et la sécurité du client ;
- favoriser un retour à domicile⁵ :
 - l'orientation en hébergement permanent est envisagée uniquement après que toutes les autres options sont explorées :
 - la personne âgée a terminé ses traitements et a eu l'opportunité d'aller en convalescence et/ou de faire de la réadaptation au besoin :
 - ces dernières activités se font en dehors du centre hospitalier de courte durée dès que le plateau technique spécialisé et que les soins médicaux soutenus ne sont plus nécessaires.
 - les différents supports possibles au maintien à domicile ont aussi été entièrement explorés ;
 - cette décision d'orientation en hébergement fait suite à une évaluation multidisciplinaire.

⁵ Le domicile, tel que défini dans la Politique de soutien à domicile, est décrit comme étant « le lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente », (MSSS, 2003).

6. Gestion de l'épisode de soins transhospitalier pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être

Si le continuum de services représente l'ensemble des services offerts à une clientèle donnée, l'épisode de soins est composé des services que la personne âgée utilise dans ce continuum et des liens dynamiques qui existent entre eux. L'épisode de soins transhospitalier est constitué d'un ensemble de processus séquentiels et interactifs qui vont de l'inscription/admission du patient au centre hospitalier au congé de celui-ci incluant son retour dans son milieu de vie. Il inclut ainsi un partenariat entendu avec les services limitrophes à ceux du centre hospitalier.

La gestion de l'épisode de soins est un concept souvent confondu avec celui du suivi systématique de la clientèle. Il est défini comme une approche intégrée et continue permettant de gérer de façon optimale les soins et services des personnes identifiées à risque au plan clinique.

Le présent modèle intègre les notions de soins centrés sur la personne qui, en fonction des diagnostics et du pronostic, demande un personnel formé afin que l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée soit une préoccupation constante.

La gestion de l'épisode de soins transhospitalier pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être repose sur une responsabilité conjointe de tous les acteurs du centre hospitalier, en particulier les équipes soignantes des unités, d'appliquer l'approche gériatrique, c'est-à-dire :

- travailler en coordination et en complémentarité avec les autres intervenants et organisations pré et post-hôpital afin de créer un véritable fonctionnement en réseau ;
- encourager la participation de la personne âgée et de ses proches aidants aux processus de décision et de prise en charge de ses besoins (ex. : auto-soins) ;
- effectuer le repérage des patients en perte d'autonomie ou à risque de l'être partout dans le centre hospitalier ;
- fonctionner avec une circulation fluide de l'information qui transige dans des mécanismes établis afin que chaque intervenant, quel que soit son lieu de travail, ses activités ou quarts de travail, soit au courant du plan d'intervention et de ses derniers développements ;
- appliquer de façon systématique des mesures précoces de prévention des complications gériatriques :
 - exemples : maintien et récupération de l'autonomie fonctionnelle (mobilisation, activité de la vie quotidienne, etc.), hydratation et soutien nutritionnel, surveillance cutanée et interventions reliées, soutien cognitif, continence, aide au sommeil, surveillance médicamenteuse, mesures concernant le retrait des sondes urinaires, solutés et autres ;
 - utilisation de protocoles interdisciplinaires pour certaines mesures de prévention.
- favoriser un environnement et des services de support adaptés à la clientèle et à leurs proches ;
- mettre en pratique des politiques et des protocoles actifs au niveau des problèmes de comportements à risque (contentions), des manœuvres de réanimation et des soins de fin de vie. Basés sur la condition de la personne âgée et non sur son âge, ces politiques et protocoles sont explicites dans tout l'hôpital ;
- opérer une planification systématique et en réseau du congé favorisant l'organisation des ressources requises (ex. : services possibles en externe).

Pour les cas complexes ciblés lors de l'évaluation faite par le médecin traitant et son équipe et définis selon certains critères, une équipe multidisciplinaire spécialisée en gériatrie interviendra :

Cette équipe ou certains de ses membres doivent :

- assurer une présence à la salle d'urgence, sur les unités de soins et en externe :
 - offrir une collaboration planifiée avec les équipes traitantes des unités ;
 - être en lien avec l'UCDG, avec l'URFI et les autres services gériatriques.
- apporter une réponse rapide et continue, particulièrement à la salle d'urgence ;

- intervenir selon une approche interdisciplinaire (décisions planifiées et prises en coopération) :
 - fonctionner avec des objectifs et un engagement communs face à la clientèle ;
 - contribuer à la construction d'un plan d'interventions individualisé basé sur un consensus multi professionnel (incluant les objectifs et résultats attendus) :
 - s'assurer d'une évaluation continue de l'atteinte des résultats cliniques et de processus (niveau fonctionnel, complication, enseignement, durée moyenne de séjour, orientation, réadmission, etc.) avec une révision des objectifs et un réajustement des moyens ;
 - organiser des rencontres cliniques intra et interétablissement au besoin ;
 - assurer la présence de professionnels de la réadaptation ;
 - fonctionner avec l'attribution et la reconnaissance de fonctions spécifiques à certains professionnels, par exemple à des infirmières cliniciennes comme gestionnaires de l'épisode de soins.

- Les raisons principales de l'implication de l'équipe gériatrique dans un dossier à l'urgence sont :
 - d'évaluer la capacité de la personne âgée à retourner à domicile dans les cas très complexes où un médecin et un autre professionnel sont intervenus (travailleur social, intervenant-réseau, infirmière de liaison, etc.) ;
 - d'adresser une situation complexe non résolue et de décider d'admettre la personne âgée en unité de courte durée gériatrique ou de la suivre conjointement avec l'équipe traitante sur une autre unité.

- Les interventions effectuées aux unités prennent différentes formes :
 - effectuer une évaluation globale et formuler des recommandations et/ou un plan d'interventions individualisé pour les cas complexes ;
 - suivre conjointement avec l'équipe traitante les cas complexes ;
 - suggérer des ressources et/ou offrir un suivi en externe après le congé ;
 - collaborer avec les médecins, les équipes traitantes et les comités dédiés à l'évaluation des cas complexes en processus d'orientation vers un hébergement permanent ;
 - proposer des améliorations au fonctionnement des unités concernant l'approche gériatrique ;
 - assurer le soutien et la formation aux intervenants.

CONCLUSION

Ce document est le résultat d'un travail d'analyse des meilleures pratiques gériatriques pour déterminer les actions à privilégier afin de favoriser la prise en charge adéquate de la personne âgée en centre hospitalier. S'appuyant sur des modèles et données factuelles, son contenu a été élaboré grâce à l'apport de plusieurs experts cliniques et administratifs impliqués auprès de cette clientèle.

Pour élaborer ce modèle et ses constituants, nous avons d'abord identifié les besoins des personnes âgées hospitalisées. Puis, en nous reposant sur les particularités de ces clientèles, nous avons circonscrit les principes directeurs de l'approche gériatrique.

Sur ces bases, nous avons convenu des six constituants du modèle :

1. Le continuum de soins et services PALV, nous indique que les services gériatriques hospitaliers font partie d'un ensemble de services offerts par différentes organisations à une clientèle commune et que des partenariats doivent être formés afin de favoriser une vision cohérente des trajectoires de services des patients.
2. Les soins, services et environnement centrés sur la personne et ses proches, nous ramènent à l'importance de l'adéquation entre les besoins d'une clientèle particulière et les services et l'environnement offerts.
3. Le repérage est une activité facilitant l'identification des clients vulnérables afin d'agir précocement auprès d'eux afin d'optimiser les ressources.
4. L'évaluation est l'activité centrale à toute prise en charge et orientation adéquate.
5. La planification du congé constitue une démarche à entreprendre tôt en centre hospitalier et ce, en collaboration avec les ressources extérieures.
6. Et enfin, la gestion de l'épisode de soins transhospitalier pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être, constitue l'orchestration d'un ensemble d'activités afin d'augmenter les résultats associés à une clientèle particulière, telle que celle âgée vulnérable en perte d'autonomie.

Ces constituants représentent différentes fonctions essentielles à mettre en place afin de répondre aux objectifs et principes commandés par les besoins de la clientèle cible.

Idéalement, pour atteindre les objectifs identifiés, l'ensemble des constituants explicités précédemment doivent être mis en œuvre de façon concomitante. Ce modèle pourrait aussi être amélioré ou complété par le développement de critères d'accès aux UCDG et par la bonification des systèmes d'information cliniques et administratifs.

Aussi, certains experts croient qu'il serait nécessaire de favoriser l'accès aux services gériatriques dans la communauté (cliniques gériatriques générales et spécialisées, hôpital de jour gériatrique, dyade infirmière spécialisée et d'un médecin spécialisé en gériatrie, etc.) conjointement avec les autres services des CSSS.

Plusieurs établissements ont fait de grands pas afin d'adapter leurs services aux besoins changeants de leur clientèle, entre autre en diversifiant leur offre de service gériatrique. Leurs idées apparaissent dans ce document et nous espérons qu'elles pourront inspirer d'autres établissements.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2005. *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : enjeux, perspectives, balises régionales*.
2. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2006. *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées*.
3. Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. 2006. *Réseaux de services intégrés Perte d'autonomie liée au vieillissement : Cadre de référence régional Outaouais*. Direction de l'Organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
4. Allen, Cathy M., MD et al 1986. «A Randomized, Controlled Clinical Trial of a Geriatric Consultation Team». *JAMA*. Vol 255. 19: 2617-2621.
5. American Geriatrics Society core writing group of the task force on the future of geriatric medicine. 2005. «Caring for older Americans: the future of geriatric medicine». *Journal of the American Geriatrics Society*,. 53: 245-56.
6. Arcand M et Hébert R. 2007. *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition. Edisem inc. Maloine. Sherbrooke.
7. Barker, William H., MD et al. 1985. «Geriatric Consultation Teams in Acute Hospitals». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 33. 6: 422-428.
8. Béland, François, Bergman, Howard et al. 2004. *Évaluation du système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): Utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
9. Béland, François, Bergman, Howard et al. 2006. «A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial». *Journal of Gerontology*. Vol. 61A. 4: 367–37.
10. Béland, François, Bergman, Howard et al. 2006. «Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada». *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 25. 1 : 5 – 24.
11. Bergman H et Gold S. 1997. «A Geriatric consultation team in the emergency department». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 45. 6: 764-767.
12. Bergman, Howard, Béland, François et Lebel, Paule. 2004. *Création de réseaux de services intégrés pour personnes âgées (RESIPA)*.
13. Bergman H. 2007. *Les soins aux personnes âgées : une complexité et une diversité à saisir*. Présentation à Paris.
14. Bergman H. 2007. *The Challenge of the geriatric patient in the ED*. Présentation à l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal. Montréal.
15. Bernier L. 2005. «Professional dynamics in health care reform: The case of integrated health networks». In Tavakoli M, Davies H, eds. *Reforming Health Systems. Analysis and Evidence*. Vol. Strategic Issues in Health Care Management. University of St-Andrews. Scotland.

16. Brown C J, Friedkin R J et al. 2004. «Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients». *Journal of the American Geriatrics Society*. 52: 1263-70.
17. Bergman H, Béland F et al. 2004. Création de réseaux de services intégrés pour personnes âgées (RESIPA). document de travail.
18. Bosker, Gideon, MD, F.A.C.E.P. et al. 1990. *Geriatric Emergency Medicine*. Acute Geriatric Nursing. Chapter 51: 579-582.
19. Burley, Lindsay E. et al. 1979. «Contribution from geriatric medicine within acute medical wards». *British Medical Journal*. 2: 90-92.
20. Carr M et Phyllis H. pour CNS Collaborative. 200. *Report and recommendations : Acute care geriatric nurse network*. To The Nursing Directorate Ministry of Health planning. British-Columbia.
21. CHUQ. 2006. *La clientèle au cœur de l'organisation clinique: des actions orientées vers un continuum de soins et de services*. Québec.
22. Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit of Melbourne Health. 2004. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. Commissioned on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) by The AHMAC Care of Older Australian Working Group. Melbourne.
23. Closon, M.-C. et al. 2008. *Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); KCE Reports 73B.
24. Contandriopoulos A-P, Kergoat M-J et al. 1999. *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques*. Faculté de médecine. Secteur santé publique. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal. Montréal.
25. Cornette P, Swine C et al. 2005. «Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients : development of a predictive tool». *European Journal of Public Health*. Vol 16. 2: 203-208.
26. Counsell S V, Holder C M et al. 2000. «Effects of a multi component intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled Trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital». *Journal of American Geriatrics Society*. Vol 48. 12: 1572-1581.
27. Covinsky K E et al. 2003. «Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age». *Journal of the American Geriatrics Society*. 51: 451-458.
28. Covinsky K E, King J T et al. 1997. «Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective». *Journal of the American Geriatrics Society*. 45: 729-34.
29. Crowe C, Kergoat MJ et al. 2007. *Accueillir les personnes âgées et leurs proches à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et agir de façon préventive : projet conjoint Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et Hôpital Maisonneuve-Rosemont*. Document de travail. Montréal.
30. Dendukuri N et al. «The identification of seniors at risk screening tool: Further evidence of concurrent and predictive validity». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 52. 2: 290-296.

31. Dubuc N, Hébert R et al. 2006. «Disability based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles». *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 42: 191-206.
32. Dupras A et Lafrenière S. 2007. *Présentation sur le Projet OPTIMAH (projet d'optimisation des soins aux malades âgés hospitalisés)*. CHUM. Montréal.
33. Ellis, G. et al. 2006. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: a systematic review (Protocol)*. The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. P 1-6
34. Fulmer, Terry, PhD et al. 2002. «Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): Using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice». *Geriatric Nursing*. Vol 23. 3: 121-127.
35. Gagnon, Bergeron et al. 1999. *Programme de suivi systématique : développement d'une relation de collaboration entre la famille, l'infirmière et l'équipe de soins à l'intérieur d'un plan de services interdisciplinaire et interétablissements*. Rapport final. Direction des soins infirmiers. CHUQ. Québec.
36. Germain M, 2005. *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska*.
37. Germain M, Knoeffel F et al. 1995. «A geriatric assessment and intervention team for hospital inpatients awaiting transfer to a geriatric unit: a randomized trial». *Aging: clinical and experimental research*. Vol 7. 1: 53-60.
38. Graf C. 2006. «Functional decline in hospitalized older adults». *American Journal of Nursing*. Vol 106. 1: 58-67.
39. Grenier L et al. 2007. *Développement des pratiques professionnelles en matière de dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès des personnes âgées à risque de perte d'autonomie nécessitant des soins aigus*. Projet Forces/Extra. CHUQ. Québec.
40. Harvey, Cohen Jay, MD et al. 2002. «A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management». *The New England Journal of Medicine*. Vol 346. 12: 905-912.
41. Hébert R, Bravo G et al. 1996. «Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline». *Age and Ageing*. 5: 159-167.
42. Hébert R, Brayne C et al. 1997. «Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population». *American Journal of Epidemiology*. 145: 935-44.
43. Hébert R, Tourigny A et al. 2007. Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
44. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A, and the PRISMA Group. 2003. «PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada». *International Journal of Integrated Care*. 3: 1-10. (www.ijic.org).
45. Hogan, David B. et Fox, Roy A.. 1990. «A Prospective Controlled Trial of a Geriatric Consultation Team in an Acute-care Hospital». *Age and Ageing*. Vol 19. 2: 107-113.
46. Hogan, David B., MD, FACP, FRCPC et al. 1987. «Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital». *CMAJ*. 136: 713-717.
47. Hwang, Ula, MD, MPH and Morrison, R. Sean MD. 2007. «The Geriatric Emergency Department». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 55. 11: 1873-1876.

48. Inouye S K et al. 1993. «The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 41. 12: 1345-1352.
49. Inouye, Sharon K. et al. 1993. «A Controlled Trial of a Nursing-Centered Intervention in Hospitalized Elderly Medical Patients : The Yale Geriatric Care Program». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 41. 12: 1353-1360.
50. Inouye, Sharon K., MD, MPH et al. 2000. «The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 48. 12: 1697-1706.
51. Institute for family-centered care. 2007. *Advancing the practice of patient-and family-centered care : How to get started*. http://www.familycenteredcare.org/pdf/getting_started.pdf
52. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. 2000. *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. 20 et 21 janvier 2000. Montréal.
53. Killewich L A. 2006. «Strategies to minimize postoperative deconditioning in elderly surgical patients». *Journal of the American College of Surgeons*. Vol 203. 5: 735-45.
54. Landerfeld S C, Palmer R M et al. 1995. «A randomized trial in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients». *The New England Journal Of Medecine*. Vol 332. 20: 1338-44.
55. LJ, McVey et al. 1989. «Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients: A randomized, controlled clinical trial». *Ann Intern Med*. Vol 110. 11: 79-84.
56. MacAdam, Margaret. 2008. *Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review*. Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Canadian Policy Research Networks.
57. McCusker et al. 1998. «Screening for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity». *Academic Emergency Medecine*. Vol 5. 9: 883-893.
58. McCusker et al. 1999. «Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : The ISAR screening tool». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 47. 10: 1229-1237.
59. McCusker et al. 2000. «Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit». *Annals of Emergency Medecine*. Vol 36. 5: 438-445.
60. McCusker et al. 2000. «Return to the emergency department among elders: Patterns and predictors». *Academic Emergency Medecine*. Vol 7. 3: 249-259.
61. McCusker J, Verdon J et al. 2001. «Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: Results of a multi-centre randomized trial». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 49. 10: 1272-1281.
62. McCusker, Jane et al. 2008. *Le congé sécuritaire des aînés du département d'urgence vers la communauté*. Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires. Centre hospitalier de St-Mary. Montréal.
63. Morin J et Leduc Y. 2004. «« Lève-toi et marche ! » ou comment contrer la perte d'autonomie fonctionnelle au cours d'une hospitalisation». *Le Médecin du Québec*. Vol 39. 6 : 89-94.

64. Morton C. 1993. «Hazards of hospitalization of the elderly». *American College of Physicians, Annals of Internal Medicine*. Vol 118. 3: 219-223.
65. Morton N A et Keating JL et al. 2007. *Exercise for acutely hospitalised older medical patients (review)*. The Cochrane collaboration. Wiley Publishers.
66. MSSS. 2003. *Chez soi : Le premier choix : La politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec. Québec.
67. MSSS. 2004. *Chez soi : Le premier choix : Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec. Québec.
68. MSSS. 2005. *Un défi de solidarité : les services aux aînées en perte d'autonomie*. Plan d'action 2005-2010. Gouvernement du Québec. Québec.
69. MSSS. 2006. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques : Projet clinique perte d'autonomie liée au vieillissement*. Gouvernement du Québec. Québec.
70. NHS. 2001. *National Service Framework for older people*. Department of Health. London.
71. OIIQ. 1996. *Le suivi systématique de clientèle : une solution infirmière*. Direction de la planification et du développement professionnel. OIIQ.
72. OIIQ. 2003. «La planification du congé: un processus de transformation centré sur la personne». *L'infirmière du Québec*. Juillet-Août 2003.
73. OMS. 2007. *Initiative pour des soins centrés sur la personne*. 58^e session. Comité régional. Bureau régional du Pacifique occidental.
74. Parke B and Friesen K. 2006. *Code Plus : Physical design components for an elder friendly hospital*. Fraser Health. Colombie-Britannique.
75. Parke B et Brand P. 2004. «An elder-friendly hospital: translating a dream into reality». *Nursing leadership*. Vol 17. 1: 62-77.
76. Parke, Belinda et al. 2003. «Creating a Cultural Shift: A gerontological enrichment program for acute care». *Journal for nurses in staff development*. Vol 19. 6: 305-312.
77. Phaneuf M. 2005. *Le suivi systématique des clientèles : pour des soins centrés sur la personne*. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Suivi_systematique_des_clienteles.pdf
78. Raïche M, Hébert R et al. 2007. «Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation». *La Revue de Gériatrie*. Tome 32. 3 : 209-218.
79. Raïche M, Hébert R et al. *PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities*. Sous presse dans *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
80. Régie régionale de la Mauricie. 2007. *Suivi systématique*, document de référence. http://www.rrsss04.gouv.qc.ca/ssc/projets_locaux.html
81. Rubenstein L Z, Josephon K R et al. 1984. «Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial». *The New England Journal Of Medicine*. Vol 311. 26: 1664-70.
82. Sager M A et al. 1996. «Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons». *Archives of Internal Medicine*. 156: 645-652.

83. Saltz, Constance Corley, MSW, PhD et al. 1988. «Impact of a Geriatric Consultation Team on Discharge Placement and Repeat Hospitalisation». *The Gerontologist*. Vol 28. 3: 344-350.
84. Shyu, Yea-Ing Lotus, PhD et al. 2005. «A Pilot Investigation of the Short-Term Effects of an Interdisciplinary Intervention Program on Elderly Patients with Hip Fracture in Taiwan». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 53. 5: 811-818.
85. Spinewine, Anne, PhD et al. 2007. «Effect of a Collaborative Approach on the Quality of Prescribing for Geriatric Inpatients : A Randomized, Controlled Trial». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 55. 5: 658-665.
86. Stuck A E, Siu A L et al. 1993. «*Comprehensive Geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials*». *Lancet*. 342: 1032-36.
87. The Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care. 1995. *Guidelines and Standards for Discharge Planning Coordinators*. CADPACC.
88. Tucker D, Molsberger S C et al. «Walking for wellness: a collaborative program to maintain mobility in hospitalised older adults». *Geriatric Nursing*. Vol 25. 4: 242-45.
89. Vidán, Maite, MD, PhD et al. 2005. «Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture : A Randomised, Controlled Trial». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 53. 9: 1476-1482.
90. Warburton R N, Parke B et al. 2004. «Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged ≥ 75 in a community hospital emergency department». *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol 17. 6: 339-348.

Constats et données rapportés dans la littérature

Situation et problématique actuelle

- Le nombre de personnes âgées et très âgées augmente à Montréal.
- Le support qui leur est offert change avec la structure et les valeurs sociales.
- Avec l'âge, augmente la morbidité, les pertes fonctionnelles et les risques de complications.
- Les personnes âgées représentent une partie importante et en croissance de la clientèle des centres hospitaliers.
- L'hospitalisation est un événement stressant qui peut contribuer à la perte d'autonomie fonctionnelle.
- La prédisposition au déclin fonctionnel en milieu hospitalier est synergique de facteurs reliés à l'usager et au système de soins.
- Les facteurs liés à l'usager prédictifs d'une perte d'autonomie les plus rapportés sont le grand âge, certains diagnostics, le niveau fonctionnel pré-morbide, les problèmes cognitifs, etc.
- Les facteurs liés au système sont le manque de connaissance et de leur transfert dans la pratique quotidienne des intervenants, l'inadéquation entre les besoins de la clientèle et les services et environnement offerts, le manque d'uniformisation des pratiques et de concertation entre les activités des différents intervenants, le manque de conscientisation, de cohésion et de leadership clinique et administratif, etc.
- La perte d'autonomie pendant l'hospitalisation est une problématique clinique importante qui engendre des conséquences indésirables à long terme pour les personnes âgées (ex. : incapacités, institutionnalisation) et pour le système de santé (ex. : mauvaise utilisation des ressources).
- L'évaluation et l'évolution fonctionnelle ne sont pas mesurées de façon systématique dans la pratique clinique et la préoccupation reliée au statut fonctionnel de l'usager âgé en milieu hospitalier, incluant la mobilité, semble insuffisante.
- L'organisation actuelle du travail en centre hospitalier pourrait davantage favoriser la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

Pratiques exemplaires

- La qualité des soins témoigne du respect de la personne âgée en tant qu'individu.
- Il faut favoriser la participation des proches dans l'évaluation et la prise en charge des besoins de la personne âgée.
- Un des principaux objectifs de soins est de prévenir et d'intervenir de façon précoce sur les conditions menant au déclin fonctionnel.
- Le niveau de risque de complications doit moduler l'ampleur et la spécificité des interventions.
- L'identification des usagers à haut risque à l'aide de l'expertise clinique et d'outils valides permet une meilleure orientation et une prise en charge précoce adéquate des cas qui nécessitent plus d'investissement de ressources (ex. : plan d'intervention).
- L'évaluation gériatrique globale ciblée et effectuée le plus tôt possible après le repérage, et par la suite de façon continue, améliore les résultats de soins. L'évaluation doit être coordonnée, les informations utiles communiquées au bon moment et les recommandations appliquées.

- La formation des intervenants des équipes soignantes à l'utilisation d'outils spécifiques et aux principaux syndromes gériatriques (ex. : délirium, incontinence, etc.) améliore les résultats de soins.
 - Des soins de base personnalisés et de qualité dispensés par les équipes soignantes supportées à le faire est l'assise de l'approche gériatrique.
 - L'utilisation de protocoles cliniques peut significativement diminuer certaines complications.
- Une intervention multidimensionnelle et multidisciplinaire se concentrant sur l'adaptation de l'environnement hospitalier, l'administration de médicaments appropriés et le maintien ou l'amélioration du statut fonctionnel est recommandée.
 - Les services de consultation gériatrique multidisciplinaires possèdent une validité apparente élevée (ex. : prévention du déclin fonctionnel, augmentation du retour à domicile, diminution de la durée de séjour, etc.), en autant que :
 - Il y a un suivi des recommandations de l'équipe de gériatrie par le médecin traitant et l'équipe soignante.
 - Une infirmière spécialisée en gériatrie soit accessible en support à l'équipe traitante.
 - L'infirmière spécialisée en gériatrie joue un rôle de « modèle » auprès des autres soignants. Elle joue également un rôle intégrateur au sein de l'équipe spécialisée ainsi qu'auprès des différentes équipes de soins de l'hôpital où elle est souvent appelée à être la première de l'équipe spécialisée à intervenir auprès des usagers ciblés et du personnel. Elle fait aussi souvent le lien avec le médecin.
 - Les exercices physiques chez le patient âgé hospitalisé sont efficaces s'ils font partie d'un ensemble d'interventions multidisciplinaires.
 - Le maintien de la mobilité chez les patients hospitalisés est un facteur clé du maintien de l'autonomie.
- Après la récupération de l'épisode aigu, le maintien des fonctions devient un objectif.
- La planification du congé est importante pour le maintien de l'autonomie à long terme et l'adaptation des ressources aux multiples besoins de cette clientèle.
- Le suivi régulier de l'usager, particulièrement dans la communauté et à long terme, favorise les meilleurs résultats (ex. : maintien à domicile).
- Les réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) comprennent la mise en place d'ententes, de mécanismes et d'outils facilitant la coordination de l'ensemble des services pour une clientèle vulnérable en perte d'autonomie (ex. : gestionnaire de cas, équipe multidisciplinaire de 1^e ligne, médecins généralistes, système d'information, etc.).
 - Ils améliorent différents résultats cliniques et de processus, tels qu'une meilleure utilisation des ressources (ex. : diminution de l'utilisation des services hospitaliers) sans augmentation des coûts globaux, une possible réduction de la perte d'autonomie et une augmentation de la qualité des soins, et une meilleure satisfaction de l'usager et de ses proches avec une diminution de leur fardeau. Les programmes qui comportent une participation active des médecins ont de meilleurs résultats.

Changement organisationnel

- L'utilisation des données probantes rapporte aux patients, aux cliniciens et à l'organisation.
- La majorité des barrières au transfert des données de la recherche à la clinique, sont d'ordre organisationnel et peuvent être positivement influencées par les gestionnaires.
- Un changement organisationnel doit tenir compte de la culture du milieu.
- Les centres hospitaliers sont des organisations complexes qui, lors de changement, demandent une démarche d'implantation multidimensionnelle incluant une stratégie de communication.

- L'intégration des meilleures pratiques dans les activités des intervenants est aidée par des «facilitateurs» (ex. : leadership clinique et administratif, rôle de modèle d'un professionnel, etc.).
- Les différents types de professionnel doivent être impliqués pour réussir un développement cohérent et réussi de la pratique professionnelle.
- Les changements nécessitent du soutien à l'implantation, de la formation, une évaluation des résultats et la reconnaissance des obstacles à la réussite qui doivent être supportés par un leadership administratif et clinique fort, particulièrement par l'engagement et le support des représentants des infirmières et des médecins.

ANNEXE 2

Précisions sur l'équipe de consultation gériatrique

Basé sur des données de la littérature, telles que celles détaillées à l'annexe 1, notre document suggère la mise en place d'une équipe de consultation gériatrique multidisciplinaire à la salle d'urgence (SU) et sur les unités de soins.

- Selon le Guide de gestion de l'urgence du MSSS (2006), les hôpitaux qui reçoivent plus de 2 000 personnes âgées de plus de 75 ans sur civière par année devrait disposer de cette équipe.

Type de professionnel :

Sur 15 modèles d'équipes documentés dans les publications consultées, voici la somme des différents types d'intervenants présents :

Médecin	Infirmière	Travailleur social	Physiothérapeute	Ergothérapeute	Nutritionniste	Pharmacien	Préposé aux bénéficiaires	Orthophoniste	Bénévole
15	14	11	7	5	5	3	1	1	1

Nombre de professionnels :

Afin d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques⁶ en dehors de leur unité de gériatrie hospitalière, une publication exhaustive de 2008 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé de la Belgique présente une revue de littérature sur les équipes de consultation gériatrique multidisciplinaire. Selon ce document :

- Une équipe de 4 ETP professionnels peut répondre aux besoins de 400 admissions/ an de patients gériatriques n'étant pas hospitalisés en gériatrie ;
- La fonction infirmière devrait représenter la majorité de l'équipe, i.e. 1 à 2 ETP.

Dans notre contexte, les patients gériatriques pourraient représenter les patients identifiés positifs par les outils de repérage gériatrique, tel que spécifié dans le document de l'Agence *Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie*.

Nous vous présentons trois modèles d'équipe en fonction en centre hospitalier à Montréal⁷.

1. Hôpital Général Juif Sir Mortimer, 471 lits de courte durée, (données 2007-08).

- 9 616 patients de 75 ans et plus sont couchés sur civière à la SU;
- 3 987 patients de 75 ans et plus sont hospitalisés à partir de la SU;
- 3 685 patients de 75 ans et plus sont hospitalisés hors-gériatrie à partir de la SU;
- 2 équipes gériatriques mobiles : 1 à la SU et 1 sur les unités de soins non-gériatriques.
- Équipe de l'urgence :
 - Structure : le médecin spécialisé en gériatrie; un ETP infirmière clinicienne; physiothérapeute de la clinique externe de gériatrie.
 - Nombres de consultations et de suivis effectués :
 - par l'infirmière et le médecin : nouveaux patients : 432; déjà vu : 370; totales : 802; visites de suivi à l'urgence : 206;
 - par la physiothérapeute : 58 consultations.
- Équipe disponible pour les unités non-gériatriques :
 - Structure : le médecin spécialisé en gériatrie; un ETP infirmière clinicienne; 0,2 ETP ergothérapeute;

⁶ «Cette population requiert une compétence spécifique en raison de sa fragilité, de sa polypathologie, de la présentation particulière de ses affections, d'une plus grande latence aux effets des traitements et du besoin en aide sociale. L'objectif principal de la gériatrie est d'obtenir, à travers une approche multidisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.» (Référence 23).

⁷ L'Annexe 6 présente un autre modèle, celui de l'hôpital Fleury du CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord.

- Nombres de consultations et de suivis effectués : par l’infirmière et le médecin sur les unités non gériatriques : nouveaux patients : 246; déjà vu : 210; totales : 456; visites de suivi durant l’hospitalisation : 2 404.
- Outre ses 2 équipes, les services gériatriques de l’Hôpital Général Juif comprennent une unité de courte durée gériatrique (UCDG) de 32 lits, une unité de soins de longue durée gériatrique (USLD), une clinique externe de gériatrie générale et deux cliniques externes gériatriques spécialisées (mémoire et oncologie).

2. Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, 420 lits de courte durée, (données 2007-08).

- 6 484 patients de 75 ans et plus sont couchés sur civière à la SU;
- 3 095 patients de 75 ans et plus sont hospitalisés à partir de la SU;
- 2 572 patients de 75 ans et plus sont hospitalisés hors-gériatrie à partir de la SU (06-07).
- Équipe gériatrique mobile disponible pour l’urgence et les unités non-gériatriques :
 - Structure : le médecin spécialisé en gériatrie; 2 ETP infirmières dédiées à la gestion de l’épisode de soins pour les personnes âgées; 1 ETP travailleur social dédié; 0,33 ETP ergothérapeute et ? ETP physiothérapeute.
 - Nombres de consultations et de suivis effectués :
 - par les infirmières : au total environ 500 patients (nouveaux et déjà vu).
- Outre cette équipe, les services gériatriques de l’Hôpital Sacré-Cœur comprennent une UCDG de 30 lits, une unité de soins de longue durée gériatrique et une coordonnatrice pour les demandes en soins prolongés.

3. Hôpital général du Lakeshore, CSSS de l’Ouest de l’île, 227 lits de courte durée, (données 2007-08).

- 9 862 patients de 75 ans et plus sont couchés sur civière à la SU;
- 3 760 patients de 75 ans et plus sont hospitalisés à partir de la SU;
- Équipe gériatrique mobile :
 - Structure : médecins spécialisés en gériatrie ; 1 ETP infirmière clinicienne en gériatrie qui intervient à la SU ;
 - Nombres de consultations et de suivis effectués : les médecins effectuent approx. 10 consultations par semaine, dont 9 à la SU; l’infirmière voit 36 patients par semaine à la SU.
- Outre cette équipe, les services gériatriques de l’Hôpital général du Lakeshore comprennent une UCDG de 33 lits et une USLD pour laquelle une infirmière et une travailleuse sociale révisent les dossiers.

En conclusion, presque tous⁸ les CHSGS de Montréal devrait disposer d’une équipe de consultation gériatrique mobile, et la littérature nous dit qu’il est important de circonscrire auprès de quelle clientèle elle interviendra (ex. : patients gériatriques).

S’il est difficile de trouver une norme de ratio adaptée à notre contexte, cette équipe devrait comporter au minimum une infirmière et un médecin spécialisés dans les soins aux personnes âgées en perte d’autonomie. Puisque les structures, les pratiques et les cultures actuelles des différents établissements varient, la structure et le fonctionnement de cette équipe variera.

⁸ Les CH de Lasalle et de Lachine ont reçu en 2006-2007 respectivement 1886 et 847 patients de 75 ans et plus sur civière (Registre des salles d’urgence, MSSS).

Projet de repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie et d'intervenantes-réseaux des CSSS en salle d'urgence

Organisation

Projet conjoint Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et CSSS Lucille-Teasdale (L-T) et de la Pointe-de-l'Île (PdÎ).

Contexte

Le projet est issu de la table de concertation HMR-CSSS qui cherchait des alternatives à l'hospitalisation de la clientèle âgée en perte d'autonomie nécessitant des services dans la communauté. Le projet s'est concrétisé en février 2006 avec l'intégration à temps complet en milieu hospitalier d'une infirmière du CSSS Lucille-Teasdale et en début mars d'une travailleuse sociale du CSSS Pointe-de-l'Île. La coordination du projet est assurée par le chef de programme clientèle des personnes âgées de l'HMR en collaboration avec les deux coordonnatrices du programme des services aux personnes en perte d'autonomie et du soutien à domicile des deux CSSS respectifs.

Description de l'illustration

L'objectif général de ce projet est de planifier le retour dans la communauté de la clientèle en perte d'autonomie cliniquement stable ne nécessitant pas de ressources hospitalières ou d'hébergement avec le soutien requis afin de réintégrer leur milieu de vie.

Le rôle des intervenantes-réseaux se situe principalement à la salle d'urgence où, travaillant de façon complémentaire, elles offrent une présence de 6 :30 heures à 17 :00 heures, 5 jours par semaine. Les deux intervenantes ont accès aux systèmes clientèle informatiques des CLSC et à celui de la salle d'urgence du HMR (incluant les résultats de repérage) dans un local qui leur est réservé.

Une intervenante assiste quotidiennement au rapport de l'équipe médicale et professionnelle de l'urgence. Elle y discute des références provenant des centres d'hébergement, de la clientèle ayant un potentiel d'admission en ressources non institutionnelles et des autres planifications de congé de la journée nécessitant le support des services de la communauté. Les intervenantes-réseaux visitent tous les patients peu importe leur CSSS d'appartenance afin de vérifier la pertinence de soins et services à domicile en les référant lorsque nécessaire.

Conjointement, le repérage de la clientèle de 75 ans et plus est effectué à l'urgence par l'infirmière au triage avec l'outil PRISMA-7 qui est intégré à son questionnaire informatique. Les patients repérés positifs qui ne sont pas admis sont ensuite référés aux intervenantes-réseaux qui s'assurent de la référence au CLSC de résidence lorsque requis, par exemple pour une demande de soutien à domicile. Elles effectuent également une relance téléphonique auprès des patients qui ont eu leur congé de l'urgence et quitté avant d'être rencontrés afin de s'assurer de leur suivi.

Concernant les autres intervenants de l'urgence de l'HMR, l'infirmière-liaison gère et transmet l'information reliée aux services des CHSLD, centres hospitaliers de réadaptation, cliniques externes et autres. L'infirmière clinicienne au suivi intégré de la personne âgée quant à elle, travaille en étroite collaboration avec l'équipe médicale de l'urgence pour les patients qui sont admis et avec les autres équipes traitantes sur les unités de soins. Finalement, le travailleur social de l'urgence assure les liens avec les familles et les ressources communautaires ainsi qu'avec les intervenants internes de l'HMR.

De plus, les intervenantes-réseaux offrent leurs services aux unités de soins spécialisées dans le traitement de certains dossiers litigieux qui concernent soit le retour à domicile ou dans la communauté d'un patient. Aussi, l'intervenante-réseau travailleuse sociale participe aux évaluations des demandes d'hébergement du comité d'admission des soins prolongés, et en collaboration avec la coordonnatrice à l'hébergement du programme des personnes âgées elle propose des alternatives à l'hébergement selon le cas.

Quelques données : Repérage PRISMA-7, période 1 à 6 (plus début de période 7), 2007-2008

Nombre de repérage total effectué : 1 815

Moyenne d'âge : 81 ans / Proportion de femme : 62 %

Repérages positifs : 742 (41 % du total repéré) dont 364 (49 %) sont connus des CSSS L-T et PdÎ

Références totales : 33 dont 28 pour les CSSS Lucille-Teasdale et Pointe-de-l'Île et avec 15 refus de la part du patient.

État actuel des travaux

La mise à niveau des travaux d'intégration du projet se poursuit. Par ailleurs, en 2008-2009 on peut confirmer que l'intégration des deux intervenantes-réseaux dans l'HMR a des retombées positives et facilitent les liens avec les ressources communautaires. Le repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie à l'urgence est implanté et demeure à consolider ainsi que les mécanismes de référence entre la première ligne et le CH. De plus, afin de mieux supporter l'évaluation, des indicateurs cliniques ou administratifs des systèmes d'information demeurent à développer.

A ce jour la récurrence du financement est approuvée à chaque année par l'Agence.

Constituants principaux du modèle auquel l'illustration fait référence :

Continuum de soins et services PALV et repérage.

Personnes ressources

Anabelle Fréchette, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, (514) 252-3400 p. 4710

Gina Malenfant, Coordonnatrice des services de santé programme Personnes en perte d'autonomie, CSSS Lucille-Teasdale, (514) 253-9717, poste 5227

ANNEXE 4

Le tandem infirmière clinicienne et médecin spécialisés en gériatrie à la salle d'urgence

Organisation

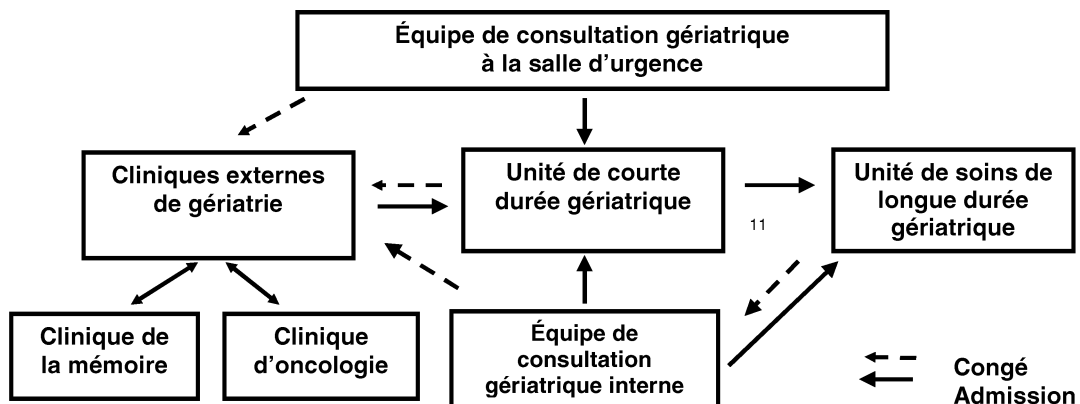
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Contexte

L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis de Montréal est un hôpital d'enseignement affilié à l'Université McGill de 637 lits. Par année, cet établissement dessert plus de 23 000 patients admis, 300 000 patients en cliniques externes et 67 000 visites à l'urgence dont plus de 18 800 pour la clientèle de 65 ans et plus⁹. Environ la moitié des patients hospitalisés viennent des quartiers environnants, 30 pour cent d'ailleurs dans la région de Montréal et 20 pour cent de l'extérieur de Montréal.¹⁰ Les services gériatriques de l'Hôpital Général Juif comprennent une unité de courte durée gériatrique (UCDG), une unité de soins de longue durée gériatrique, une clinique externe de gériatrie générale et deux cliniques externes gériatriques spécialisées (mémoire et oncologie). Le service de gériatrie comprend également deux équipes de consultation gériatriques mobiles. La première est dédiée aux patients hospitalisés et la seconde, qui est le sujet de l'illustration, est dédiée pour les patients de l'urgence.

Description de l'illustration

Les deux équipes de consultation ont en commun une structure de base composée d'un duo de professionnels travaillant en étroite collaboration : une infirmière clinicienne et un médecin spécialisés en gériatrie. En plus de ce tandem, l'équipe de consultation gériatrique de l'urgence peut faire appel également à un physiothérapeute et à un ergothérapeute de l'équipe de la clinique de gériatrie. Le travailleur social affecté à la salle d'urgence travaille aussi en collaboration avec cette équipe. Les médecins spécialisés en gériatrie de l'hôpital travaillent dans les différents services de gériatrie sur une rotation de 6 semaines. Lorsqu'ils sont affectés à l'urgence, ils sont disponibles avec l'infirmière clinicienne de l'équipe de consultation pour les consultations 5 jours par semaine de 8 h à 18 h et cette activité représente leur tâche principale. Le médecin spécialisé en gériatrie de garde est disponible pour des consultations par téléphone de 18 h à 8 h, samedi et dimanche, il se rend à l'urgence pour répondre aux demandes de consultations assurant une couverture 24/7. Le nombre de consultations varie entre 0 et 10 par jour pour environ 800 consultations par année. Ces chiffres sont en croissance continue depuis la création de ce service.



⁹ Registre de la salle d'urgence, MSSS, 2006-2007

¹⁰ Site internet officiel de l'Hôpital Général Juif de Montréal : http://igh.ca/SITES/002-00-about-igh/index.asp?L=F&C=1&DB=005_002-00-about-igh&M=125

¹¹ Un certain pourcentage de patients de l'unité de soins de longue durée gériatrique ne sont pas dirigés vers l'hébergement permanent mais sont orientés pour retourner sur une autre unité, vers le domicile ou autres.

L'équipe de l'urgence consulte l'équipe de gériatrie pour les patients âgés avec de multiples et complexes problèmes médicaux, sociaux et autres. L'évaluation spécialisée par cette équipe est nécessaire pour les clients âgés qui se présentent avec un syndrome gériatrique (délirium, démence, chute, etc.) ou avec une nouvelle atteinte fonctionnelle modérée à sévère (diminution de la capacité de s'occuper de ses besoins, difficulté de mobilité ou de mobilisation, difficulté de communication, etc.). Les autres critères pour consulter l'équipe spécialisée sont d'être médicalement stable, d'avoir besoin d'une évaluation et d'un traitement (incluant la réadaptation) multidisciplinaire et de présenter une planification de congé complexe.

Le processus de consultation à l'urgence commence par les interventions de l'infirmière clinicienne. Celle-ci assiste à la réunion matinale de l'équipe de l'urgence qui discute des différents patients inscrits. Lorsque requis, elle peut décider d'effectuer une consultation de soins infirmiers avec des recommandations. Il faut noter le rôle central effectué par l'infirmière clinicienne en gériatrie à la salle d'urgence qui est un élément important afin de valoriser sa clientèle et servir de modèle d'apprentissage pour le personnel.

L'infirmière clinicienne en gériatrie peut également aviser le gériatre pour une consultation médicale avec une référence de l'urgentologue ou d'un médecin traitant spécialiste. L'infirmière collecte les premières informations du médecin référant, du patient, des proches et des autres intervenants de la communauté impliqués auprès du patient. Le tandem infirmière/médecin effectue alors leur évaluation clinique respective du patient. Les professionnels de la réadaptation (physiothérapeute/ergothérapeute) de l'équipe peuvent aussi être demandés pour une évaluation plus poussée de la condition du client. Finalement, des investigations en laboratoire ou en imagerie supplémentaires peuvent être demandées.

Les consultations gériatriques à la salle d'urgence sont basées sur une prise de décision rapide concernant l'orientation du patient. Les raisons principales de consultation de l'équipe de gériatrie dans un dossier à l'urgence sont d'évaluer la capacité du patient à retourner à domicile (incluant la possibilité d'un suivi par le service de la gériatrie comme une consultation à la maison ou à la clinique externe de gériatrie), d'adresser un dilemme diagnostique qui affecte la décision d'admettre et finalement de décider si un patient doit être admis ou non à l'UCDG.

Les interventions de l'équipe de l'urgence prennent différentes formes. Il peut s'agir de suggestions concernant une source de référence avec peu ou pas d'intervention de leur part. Dans les cas les plus typiques, il s'agit d'une consultation formelle et d'une gestion conjointe du patient avec le référant parmi les différentes orientations possibles. Premièrement, le patient peut avoir son congé en planifiant une intervention avec l'un des professionnels de la clinique externe de gériatrie. Deuxièmement, si le patient est admis sur une unité autre que la gériatrie, l'infirmière clinicienne de l'équipe de consultation interne en gériatrie est avisée. Cette équipe fait des recommandations ou bien effectue une consultation formelle. À ce moment, l'équipe peut aussi suivre conjointement le patient avec l'équipe traitante. Troisièmement, l'équipe de gériatrie de l'urgence peut décider d'admettre le patient à l'UCDG.

Constituants principaux du modèle auquel l'illustration fait référence :

Gestion de l'épisode de soins et consultation en gériatrie

Personnes ressources :

Stéphanie Allain, infirmière clinicienne en gériatrie, sallain@jgh.mcgill.ca

OPTIMAH – Projet d’optimisation des soins aux personnes âgées à l’hôpital

Contexte

Au CHUM, la clientèle des personnes âgées de plus 65 ans hospitalisée en courte durée représente 36 % du total des admissions. Cette proportion peut atteindre 50 à 67 % des patients dans certains services autres que la gériatrie (cardiologie, médecine interne, orthopédie,...). Dès 2001, dans le cadre des travaux de la SICUM (Société d’Implantation du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal), le groupe de travail du domaine relié aux personnes âgées a déposé un rapport sur la planification des soins et services à cette clientèle. Par la suite, des gériatres et des infirmières de suivi systématique de clientèle âgée du CHUM ont poursuivi la réflexion et élaboré, sur la base de résultats probants, les premiers jalons du projet OPTIMAH.

D’autre part, l’amélioration et la systématisation de l’approche gériatrique au CHUM fait partie, depuis 2006, de la stratégie de désengorgement des urgences du CHUM. C’est donc en continuité avec ces activités et s’inscrivant dans la lignée du plan d’action ministériel, qu’en août 2007, la direction du CHUM a désigné deux chargées de projet dont le mandat est, en partenariat avec les directions concernées du CHUM, de définir et d’implanter les interventions pour améliorer la prise en charge de la clientèle âgée fragile à l’urgence et sur les unités de soins aigus afin de prévenir les complications gériatriques et iatrogéniques. Il s’agit du D^r Annik Dupras, interniste-gériatre et de Sylvie Lafrenière, conseillère en soins infirmiers spécialisés (géronto-gériatrie). Un groupe tactique OPTIMAH a été formé en décembre 2007, composé de gestionnaires des principales directions.

Ce qui se fait déjà au CHUM

Utilisation de l’outil d’évaluation initiale en soins infirmiers comprenant l’évaluation de l’autonomie fonctionnelle et l’identification de facteurs de risque de delirium, chute, sevrage, etc. (2000). Guide clinique en soins infirmiers (format de poche et sur intranet) présentant des lignes directrices basées sur des résultats probants sur, entre autres, le delirium et les chutes. Activités de formation récurrentes du personnel soignant sur le delirium (depuis 2004) et le syndrome d’immobilisation (2006-2007). Depuis 1999, présence d’infirmières de suivi systématique de clientèle âgée (deux par site). Depuis 2003 à l’urgence de Notre-Dame : repérage aléatoire, évaluation, recommandations et gestion d’épisode de soins de la clientèle âgée fragile par une infirmière de suivi systématique de clientèle âgée sur place 5 jrs/sem. Depuis 2007, présence d’un physiothérapeute à l’urgence de Notre-Dame 5 jrs/sem. Présence d’un intervenant réseau du CSSS Jeanne-Mance à l’urgence de deux des trois sites. Gamme de services spécialisés en gériatrie : service de consultations interdisciplinaires en gériatrie (3 sites), 2 unités de courte durée gériatrique, 1 unité ambulatoire d’évaluation gériatrique, cliniques externes spécialisées (2 sites).

Objectifs du projet

L’objectif général du projet OPTIMAH est l’amélioration des soins à la clientèle âgée du CHUM par la prévention du déclin fonctionnel relié aux complications gériatriques et iatrogéniques durant le séjour à l’urgence et l’hospitalisation. Les objectifs spécifiques sont : a) assurer l’application systématique de mesures de prévention primaire du déclin fonctionnel; b) assurer l’utilisation systématique de mesures favorisant la détection et la prise en charge précoce des conditions de santé *marqueurs* de déclin fonctionnel (delirium, dénutrition/malnutrition, diminution de la mobilité, ...); c) améliorer le processus d’évaluation et de prise en charge interdisciplinaire et interservices des facteurs de risque et des syndromes/complications gériatriques apparus durant l’épisode de soins au CHUM. Le modèle d’intervention s’appuie, entre autres, sur le cadre de référence pour la prévention du déclin fonctionnel de l’Australian Health Ministers’ Advisory Council (2004), les études associées aux projets ACE (*Acute Care for Elders*) et HELP (*Hospital Elder Life Program*), le programme GENI (*Geriatric Emergency Network Initiative*) et l’approche Elder Friendly Hospital.

Pour ce faire, le CHUM planifie :

- revaloriser certains soins infirmiers dits *de base* (*soins pour favoriser la mobilité, l'hydratation, la nutrition, la continence, les autos-soins personnels, etc.*) ;
- réexaminer certaines pratiques par défaut ;
- promouvoir et consolider l'utilisation de l'outil d'évaluation initiale en soins infirmiers ;
- introduire, pour cette clientèle, l'évaluation journalière des signes vitaux gériatriques par l'équipe de soins infirmiers ;
- mettre en place des moyens pour favoriser la participation des patients âgés et des proches pour prévenir le déclin fonctionnel lors d'un épisode de maladie aiguë ou d'une chirurgie électorive ;
- sensibiliser les gestionnaires à l'utilisation de matériel adapté et la mise en place d'environnements physiques qui favorisent le maintien de l'autonomie fonctionnelle ;
- choisir et mettre en place un outil de repérage ainsi que les modalités de référence et de communication interne et externe pour évaluation et suivi (démarche inter établissement avec les partenaires) ;
- implanter une modalité d'alerte (Alerte GERI+) signifiant aux médecins traitants et à l'ensemble des intervenants du CHUM impliqués auprès des patients, la présence d'une personne âgée à risque de complications gériatriques et iatrogéniques qui nécessite des interventions particulières.

Constituants principaux du modèle auquel l'illustration fait référence :

Évaluation et prévention du déconditionnement et du délirium

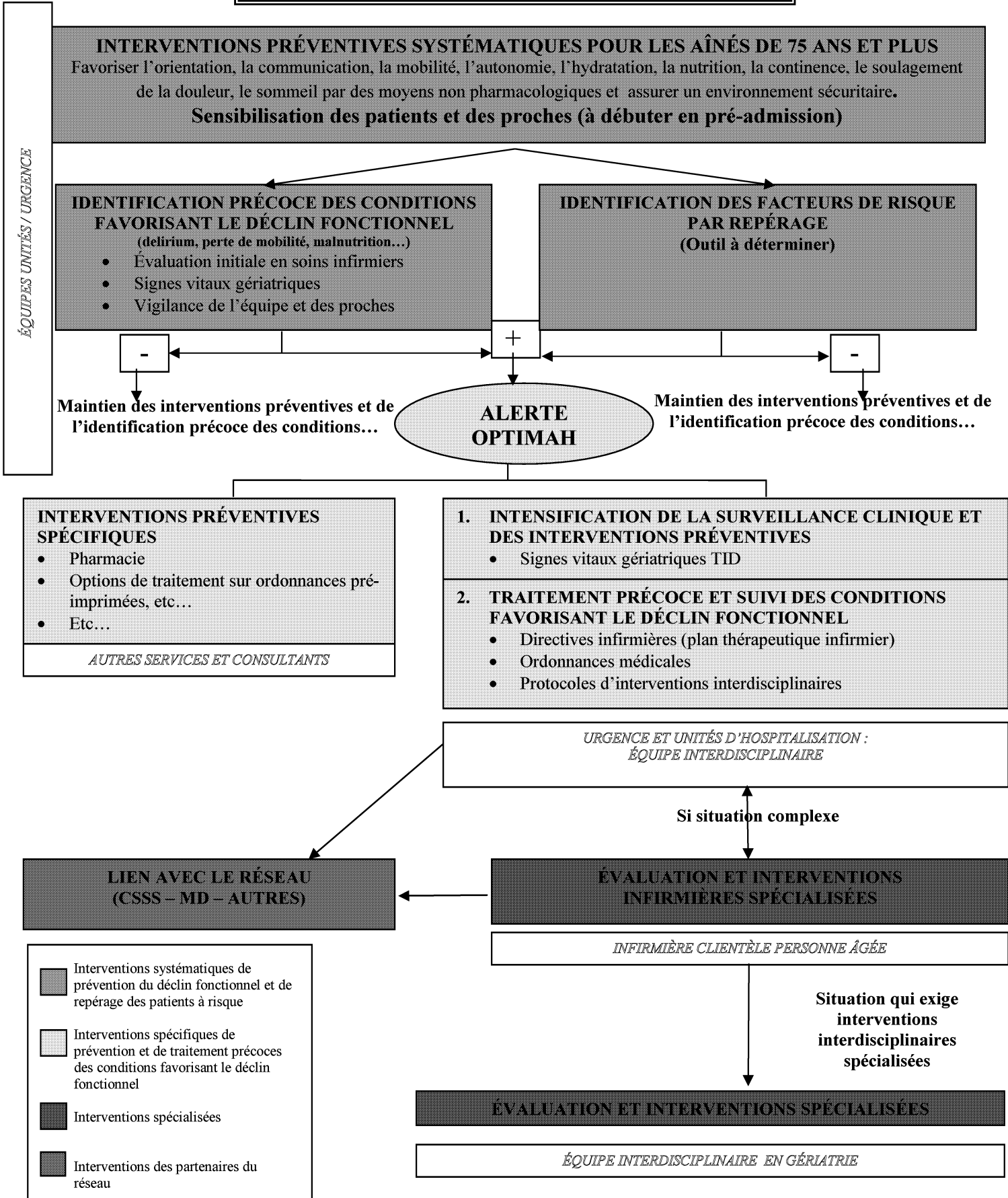
Personnes ressources :

Sylvie Lafrenière, conseillère en soins spécialisées (clientèle personne âgée), sylvie.lafreniere.chum@ssss.gouv.qc.ca

Annick Dupras, gériatre, Service de gériatrie, CHUM, (514) 890-8000 poste 26769

L'illustration suivante présente les grandes lignes du modèle d'intervention envisagé

MODÈLE D'INTERVENTION OPTIMAH



Équipe multidisciplinaire en gériatrie

Organisation :

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, installation Hôpital Fleury

Contexte :

Dans le cadre du projet d'organisation clinique du CSSSAM-N, les services à la population du territoire ont été analysés et plus d'une vingtaine de cibles concernant les services relatifs à la population de 65 ans et plus ont été élaborées. Cette clientèle âgée, parfois vulnérable, utilise fréquemment les services du CSSS et il a été retenu par les autorités sociosanitaires locales de maximiser ce continuum de services.

Dans cette démarche, les gestionnaires et les professionnels concernés ont décidé dans un premier temps de mettre en place une équipe multidisciplinaire en gériatrie (et autres clientèles qui ne sont pas traitées dans le présent document) au centre hospitalier Fleury. Ce fonctionnement a comme objectif général d'accroître l'efficacité globale des services aux personnes en perte d'autonomie lors du séjour hospitalier, entre autre, afin de minimiser les pertes fonctionnelles et de favoriser le retour au milieu de vie antérieur.

Description de l'illustration :

Objectifs spécifiques à la mise en place de l'équipe :

- effectuer à l'aide d'un outil valide un repérage rapide et systématique de la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie à la salle d'urgence et sur les unités de soins ;
- offrir une intervention multidisciplinaire précoce et optimale à la fois évaluative et thérapeutique ;
- réaliser un plan d'intervention individualisé pour chaque personne le requérant ;
- favoriser le retour au milieu de vie antérieur ;
- référer la personne âgée en perte d'autonomie vers la ressource appropriée la plus légère (soutien à domicile, réadaptation gériatrique, etc.).

Cette équipe multidisciplinaire est composée de divers professionnels qui partagent un engagement commun face à la clientèle et qui travaillent en collaboration avec les membres des équipes de soins. L'équipe est composée des professionnels suivants : ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières cliniciennes, nutritionnistes (selon ressources), médecins consultants en gériatrie, inhalothérapeutes et pharmaciens (à venir et selon ressources).

Le leadership et la responsabilité relèvent de la direction du programme de santé physique et des soins infirmiers et les professionnels relèvent hiérarchiquement de différentes directions. Les modalités de suivi du projet comprennent des réunions du comité stratégique, des réunions hebdomadaires de fonctionnement dans les premiers mois suivant le démarrage, une revue des processus deux fois par année avec tous les intervenants, et d'autres modalités à définir suite à la mise en application du nouveau fonctionnement.

Les principales étapes aux processus sont :

- Le repérage :

Le repérage effectué par le personnel à l'aide de l'outil PRISMA-7 permet d'identifier les personnes à risque en perte d'autonomie. Dans un premier temps sera ciblée la clientèle âgée de 75 ans et plus sur civière à l'urgence.

- L'évaluation sommaire spécifique à la gériatrie :

Suite au repérage, l'infirmière clinicienne ou la travailleuse sociale de l'urgence validera si la personne requiert l'implication de l'équipe à l'aide d'une *évaluation sommaire spécifique à la gériatrie*. Si le repérage est positif mais que le patient monte à l'étage avant la complétion de l'évaluation, le coordonnateur avisera l'infirmière clinicienne concernée. Pour l'utilisateur « positif » qui reçoit son congé de l'urgence avant l'évaluation sommaire, l'infirmière clinicienne ou la travailleuse sociale de l'urgence procédera à la planification de congé selon la pratique habituelle.

- Les modalités de référence :

Suite à la validation de la perte d'autonomie, l'information est acheminée au *coordonnateur* qui avise alors l'équipe qui ciblera le premier intervenant à impliquer selon la nature de la problématique. Ayant recours à une entente médicale préétablie, le coordonnateur peut demander l'implication directe des divers professionnels. Le coordonnateur a pour principal rôle de favoriser la fluidité de l'information clinique et la prise en charge de la clientèle par l'équipe.

Il est possible qu'une personne âgée de plus de 75 ans soit admise sans que le repérage soit effectué. Dans ce cas, le personnel soignant doit s'assurer que le PRISMA-7 soit administré. Au-delà du repérage, le jugement clinique des professionnels de la direction des soins infirmiers peut aussi permettre une référence à l'équipe. Le personnel soignant sur les unités qui identifie un usager nécessitant une prise en charge par l'équipe spécialisée avise l'assistante de l'unité qui transmettra l'information au coordonnateur.

- La prise en charge par l'équipe :

La prise en charge débute à l'intérieur de 24 à 48 heures et est indiquée au dossier par chaque intervenant impliqué. Par la suite, une évaluation multidisciplinaire est entreprise. Celle-ci identifiera les capacités fonctionnelles (AVD et AVQ) de l'usager qui doivent être stimulées, notamment la mobilisation. L'ensemble des personnes disponibles auprès de la personne, incluant ses proches, doivent être mises à contribution dans le processus d'évaluation et d'intervention.

Un objectif d'équipe est formulé et chaque professionnel est ensuite responsable d'établir ses sous-objectifs visant l'atteinte de l'objectif commun. Chaque professionnel est responsable d'élaborer son plan de traitement en fonction des problématiques évaluées. Toutefois, il peut s'avérer nécessaire, pour certains usagers présentant des problématiques plus complexes, d'effectuer un plan d'intervention commun qui pourra être élaboré lors de rencontres « ad hoc ».

- L'orientation et le congé

L'orientation de l'usager doit favoriser la ressource appropriée à ses besoins la plus légère disponible. L'orientation doit être décidée le plus tôt possible et mise à jour tout au long de l'hospitalisation. Par ailleurs, avant d'organiser le congé, l'équipe prendra toujours en considération le suivi médical prévu en cours d'hospitalisation. Dans les processus du congé, plusieurs membres de l'équipe peuvent être appelés à faire le lien avec les partenaires selon différents critères.

- Les réunions d'équipe

Il y aura pour cette équipe deux types de réunions multidisciplinaires animées par le coordonnateur. La première est une courte rencontre statutaire bi-hebdomadaire pendant laquelle sont discutés les nouveaux usagers référés ou pris en charge par l'équipe. La seconde se déroule sur l'unité de soins et est une réunion « ad hoc » au cours de laquelle les membres discutent plus en profondeur d'un usager, conviennent des objectifs et du plan d'intervention commun.

- Le système d'information

Le travail en équipe multidisciplinaire sera facilité par l'implantation prévue d'un outil informatisé. Permettant aux divers professionnels de consigner en temps réel les informations cliniques concernant la prise en charge de la clientèle, il comprendra entre autres le contexte de la référence, la collecte de données, les évaluations spécifiques à chaque professionnel, les notes d'évolution et de congé.

Constituants principaux du modèle auquel l'illustration fait référence :

Le repérage et la planification de congé.

État actuel des travaux :

L'équipe est fonctionnelle depuis le 28 janvier 2008. Elle est actuellement en phase de consolidation du travail d'équipe, principalement la planification de congé et tout le processus de gestion de l'épisode de soins dans le continuum et en lien avec les services aux aînés.

Personnes ressources :

Marielle Roy, directrice du programme de santé physique et des soins infirmiers, (514) 384-2000. p.3045.

Stéphanie Larose, coordonnatrice des continuums-clientèles– santé physique, (514) 384-2000 p. 3653.

Accueillir les personnes âgées et leurs proches à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et agir de façon préventive

Organisation

Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal et Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Contexte

Le MSSS a confié le mandat aux deux instituts de gériatrie (Montréal et Sherbrooke) de concevoir un projet de développement de l'approche gériatrique en milieu hospitalier de courte durée. Ce projet consiste à :

- Rédiger un guide des bonnes pratiques en gériatrie et l'assortir des outils cliniques nécessaires.
- Élaborer un programme de formation.
- Suggérer des stratégies d'implantation de formation.

Pour répondre à ce dernier volet du mandat, IUGM s'est associé avec HMR afin de réaliser une expérimentation de l'implantation des bonnes pratiques en milieu hospitalier.

Description de l'illustration

Objectifs généraux

- Implanter de bonnes pratiques de soins gériatriques interprofessionnelles et interétablissements.
- Développer un environnement hospitalier accueillant pour les personnes âgées et leurs proches.

Objectifs spécifiques

- Bonnes pratiques des intervenants
 - Diminuer les complications associées au séjour hospitalier (delirium, syndrome d'immobilisation, plaies, infections nosocomiales, chutes, contentions, problèmes associés à la prise de médicaments, malnutrition et déshydratation, incontinence urinaire, constipation, etc.).
 - Promouvoir la récupération fonctionnelle de la personne âgée, en particulier la mobilité.
 - Intervenir de façon proactive et systématisée sur les syndromes gériatriques et les principales maladies chroniques à risque de décompensations fréquentes (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète).
 - Soulager la douleur et réduire la souffrance.
- Environnement physique favorable
 - Adapter l'environnement physique de l'hôpital.
- Information et implication des personnes âgées et des proches
 - Offrir de l'information aux personnes âgées et aux proches sur le déroulement du séjour hospitalier, sur les mesures d'autogestion de leur état de santé et sur les ressources disponibles lors du retour à domicile.
 - Favoriser l'implication des proches en leur offrant :

- des espaces pour accompagner la personne âgée et se reposer (modèle CHU Sainte-Justine) ;
- de la formation et du soutien.
- La continuité des soins à travers le réseau de services intégrés
 - Améliorer la continuité des soins par un transfert efficace et complet d'information entre les intervenants de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et des CSSS du territoire.
 - Augmenter le transfert des connaissances aux CSSS.
 - Intégrer les intervenants-pivots des CSSS du territoire aux équipes traitantes de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

L'intervention se fera sur deux unités de soins hospitaliers, l'une médicale (cardiologie), l'autre chirurgicale (chirurgie générale). Le projet peut se résumer en 8 étapes :

- Recension des écrits sur les bonnes pratiques hospitalières en soins gériatriques ; préparation des stratégies et des outils d'observation
- Observation des processus de soins des clientèles admises sur les deux unités ;
- Approche réflexive des équipes de soins : choix des cibles d'action ;
- Élaboration des outils cliniques, de formation et de coaching ;
- Implantation des interventions cliniques et éducatives ;
- Évaluation des effets et rapport synthèse ;
- Approche réflexive des équipes de soins sur les effets obtenus et ajustement des pratiques ;
- Diffusion de l'expérience aux autres unités hospitalières de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et au réseau de la Santé et des Services sociaux.

Constituants du modèle auquel l'illustration fait référence

Soins, services et environnement centrés sur la personne et ses proches et gestion de l'épisode de soins transhospitalier pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ou à risque de l'être.

État actuel des travaux

Le groupe de travail a choisi de travailler à l'implantation de trois bonnes pratiques : mobilisation et continence, delirium, et planification de congé. L'élaboration des outils d'observation s'achève. L'observation des processus de soins se fera au cours du mois d'avril 2008, la présentation du portrait de la situation aux équipes de soins suivi du choix des cibles d'action, en mai 2008, puis l'élaboration du plan d'action, en juin 2008.

Personnes ressources

Céline Crowe, directrice des services professionnels et hospitaliers, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, (514) 340-3513

Ginette Bélec, directrice générale adjointe, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, (514) 252-3400

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 