

**RUSHGQ**

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



**Rapport des consultations sur la mission, la  
clientèle ainsi que la planification et l'organisation  
du congé du programme UCDG**

**14 mars 2016**

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2016

Dépôt légal : 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non-commerciales, à condition d'en mentionner la source.

## **Comité de pilotage et auteurs du rapport**

- Dre Marie-Jeanne Kergoat, gériatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présidente du RUSHGQ et modératrice du groupe consensus
- Dre Judith Latour, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, membre du comité exécutif du RUSHGQ
- Mme Aline Bolduc, M.Sc., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coordonnatrice du RUSHGQ et professionnelle de recherche du groupe consensus

## **Groupe de travail préparatoire à la consultation régionale sur la mission et les critères d'admission en UCDG**

- Dre Judith Latour, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Dre Martine Lafleur, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Dre Isabelle Payot, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **Groupe de travail préparatoire à la consultation régionale sur la planification et l'organisation du congé en UCDG**

- Dre Marie-Pierre Fortin, gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Dre Stéphanie Caron, gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Mme Karine Labarre inf., M. Sc., Conseillère-cadre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital du Saint-Sacrement

## **Délégués des groupes de discussion régionaux des UCDG à la réunion consensus**

- Dre Stéphanie Caron, gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Mme Josée Côté, Chef de service médecine et réadaptation, CISSS Saguenay Lac-St-Jean, Hôpital d'Alma
- Dre Gertraud Herzog, gériatre, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital du Haut-Richelieu
- Dr Guy Lacombe, gériatre, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- Dre Anh Hoang, médecin de famille, CISSS Laval, Hôpital de la Cité-de-la-santé
- Mme Laure-Élie Laramée, chef d'unité UCDG, CISSS de Lanaudière, Centre hospitalier régional de Lanaudière
- Dre Nadine Larente, gériatre, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Lakeshore et Centre Universitaire de santé McGill
- Dre Judith Latour, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Mme Marguerite Lindsay, Chef d'unité UCDG, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital Charles-Le Moyne
- Dre Deborah Monaghan, gériatre, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Dre Chantal Paré, gériatre, CISSS du Bas-St-Laurent, Centre hospitalier régional de Rimouski
- Dre Isabelle Thivierge, gériatre, CISSS Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis

## **Relecteurs et conseillers externes**

- Dre Céline Crowe, Directrice des services professionnels par intérim, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Dr André Doiron, médecin de famille, président (2015) de la Société québécoise de gériatrie
- Dr Pierre Durand, gériatre, CHU de Québec – Université Laval, co-auteur du premier cadre de référence des UCDG
- Dr Dominique Somme, Chef du service de gériatrie du CHU de Rennes
- Mme Marie-France Simard, Directrice générale adjointe, Programmes sociaux, de réadaptation et première ligne, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal
- Dr Maurice St-Laurent, gériatre, président de l'Association des médecins gériatres du Québec

## Mot de la présidente du RUSHGQ

En 2010, à la suite de la diffusion des résultats des travaux de mon équipe de recherche portant sur l'évaluation de la qualité des soins et services offerts dans les services de gériatrie des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec, un désir spontané de former une communauté de pratique a émergé de la part des professionnels et gestionnaires cliniques des milieux concernés. Cinq ans plus tard, le comité exécutif de ce regroupement solidement établi, s'est donné comme mandat de compléter le portrait global des UCDG. À cette fin, il a entrepris une vaste consultation dans toutes les régions du Québec sur ce que devrait être la mission, les critères d'admission ainsi que les éléments d'une planification efficace et sécuritaire des soins et services à la clientèle, à sa sortie de l'UCDG.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont consacré leur temps et partagé leur expérience dans ce travail collectif. Leur réflexion sur la pratique en UCDG, mise en partage dans un processus délibératif exceptionnel, a permis l'émergence d'un riche contenu.

Ce rapport est le fruit de cette extraordinaire mobilisation à laquelle les chefs de file de la gériatrie hospitalière du Québec ont répondu avec enthousiasme et générosité. Nous pouvons affirmer qu'il contribue de façon substantielle à enrichir les connaissances que nous avons accumulées sur le fonctionnement des UCDG. Il complète les informations qui nous l'espérons, fourniront aux décideurs le contenu utile leur permettant de réactualiser le cadre de référence du programme UCDG, lequel remonte déjà à 1986.

**Marie-Jeanne Kergoat, MD, FCFP, FRCPC**  
Présidente du RUSHGQ

## Liste des acronymes

**AAPÂ** : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

**AVQ** : Activités de la vie quotidienne

**CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

**CHSLD** : Centre d'hébergement de soins de longue durée

**CLSC** : Centre local de services communautaires

**CISSS** : Centre intégré de santé et de service sociaux

**CIUSSS** : Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CTMSP** : Classification par types en milieu de soins et services prolongés

**DSIE** : Demande de services interétablissements

**OEMC** : Outil d'évaluation multIClientèle

**IPR** : Interpercentile range

**IPRAS** : Interpercentile range adjusted for symmetry

**RI** : Ressources intermédiaires

**RUSHGQ** : Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

**SAD** : Soutien à domicile

**SAPA** : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

**SCPD** : Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence

**UCDG** : Unité de courte durée gériatrique

**URFI** : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

**UTRF** : Unité transitoire de récupération fonctionnelle

# Tables des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Résumé de la littérature pertinente</b> .....	<b>11</b>
Mission et critères d'admission et d'exclusion en UCDG .....	11
Organisation et planification du congé .....	12
<b>3. Objectifs de la consultation</b> .....	<b>14</b>
Objectif principal .....	14
Objectifs spécifiques.....	14
<b>4. Méthodologie</b> .....	<b>15</b>
Premier objectif .....	15
Deuxième objectif.....	16
<i>Groupes de discussion régionaux</i> .....	16
<i>Rédaction de propositions, validation et version finale des recommandations</i> .....	16
<b>5. Résultats</b> .....	<b>18</b>
Mise à jour des données sur la mission, les critères d'admission et la clientèle de l'UCDG ainsi que de certains facteurs qui les influencent .....	18
<i>Mission ou profil de soins</i> .....	19
<i>Critères d'admission/exclusion et volume d'admission</i> .....	20
<i>Caractéristiques de la clientèle</i> .....	21
Recommandations proposées .....	22
A. <i>Clientèle cible</i> .....	22
B. <i>Mode/processus d'admission et lieux physiques</i> .....	25
C. <i>Déterminants de l'hospitalisation optimisant la préparation du congé</i> .....	26
D. <i>Informations minimales à inclure dans le résumé d'hospitalisation</i> .....	27
E. <i>Communication avec les intervenants de la première ligne, le milieu de réadaptation ou le milieu de vie du patient</i> .....	27
F. <i>Délais de prise en charge par les intervenants de la première ligne</i> .....	28
G. <i>Responsabilité des intervenants des UCDG face aux recommandations post-hospitalisation</i> .....	29
<b>6. Discussion</b> .....	<b>29</b>
<b>7. Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>8. Références</b> .....	<b>33</b>
<b>9. Figure</b> .....	<b>38</b>
Figure 1. Principales étapes du processus de consultation .....	38
<b>10. Tableaux</b> .....	<b>39</b>
Tableau 1. Évolution entre 2003-2014 du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus par région sociosanitaire .....	39
Tableau 2. Liste des 61 UCDG québécoises par région sociosanitaire .....	40

Tableau 3.	Disponibilité des lits au permis dans les 61 UCDG pour la population âgée de 65 ans et plus au Québec .....	42
Tableau 4.	Nombre et composition des participants aux groupes de discussion régionaux .....	43
Tableau 5.	Distribution des UCDG et nombre total d'admissions en fonction de la situation géographique, la taille, l'affiliation universitaire et le profil de soins .....	44
Tableau 6.	Caractéristiques des UCDG selon le profil de soins.....	45
Tableau 7.	Critères d'admission détaillés par UCDG.....	49
Tableau 8.	Critères d'exclusion détaillés par UCDG .....	50
Tableau 9.	Volume annuel moyen d'admissions et durée moyenne de séjour en UCDG .....	51
Tableau 10.	Mode d'admission des patients admis en UCDG .....	51
Tableau 11.	Orientation des patients au congé de l'UCDG.....	52
Tableau 12.	Proportion de patients avec atteintes cognitives et symptômes comportementaux et psychologiques associés.....	53
Tableau 13.	Diagnostics principaux des patients admis en UCDG .....	53
<b>11. Annexes .....</b>		<b>54</b>
Annexe 1.	Composition du comité exécutif du RUSHGQ .....	54
Annexe 2.	Liste des participants aux groupes de discussion régionaux.....	55
Annexe 3.	Questions soumises aux responsables clinico-administratifs lors des consultations régionales	61
Annexe 4.	Résultats détaillés du degré d'accord et du caractère approprié des propositions de recommandations auprès des responsables médico-administratifs des UCDG .....	64

# 1. Introduction

Le contexte démographique du Québec a grandement changé au cours des dix dernières années. En 2014, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 17,6 % de la population totale, soit 1 405 919 personnes et leur nombre continue d'augmenter [1]. En effet, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté de 41,6 % entre 2003 et 2014 (tableau 1)<sup>1</sup> comparativement à la population totale qui s'est accrue de 9,7 % [1]. Cette augmentation varie en fonction des régions sociosanitaires, s'étendant au niveau le plus bas à 14,4 % pour Montréal jusqu'à 71,6 % pour les Laurentides [1].

Le vieillissement de la population a un impact important sur le réseau de la santé, et en particulier sur les hôpitaux de soins généraux et spécialisés. Entre 2003 et 2012, le pourcentage de personnes de 75 ans et plus qui occupaient des lits d'hospitalisation en soins de courte durée est passé de 40 à 48 % [2]. Avant d'être admises sur une unité de soins, les personnes âgées passent majoritairement par le service des urgences. En 2012, les personnes de 65 ans et plus représentaient 23 % du nombre total de visites à l'urgence et 40 % des visites sur civière [2]. Plusieurs des personnes âgées qui se présentent à l'urgence manifestent un ou des syndromes gériatriques. En effet, on observe que 25 % de ces patients présentent une atteinte cognitive [3] tandis que 10 à 15 % sont en delirium [4]. Par ailleurs, on dénombre annuellement environ 16 000 admissions pour chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus [5].

Les unités de courte durée gériatriques (UCDG) ont été introduites au début des années '80 dans le but de traiter des personnes âgées fragiles, qui lors d'un problème de santé aigu, requièrent les interventions d'une équipe interprofessionnelle pour les aider à recouvrer leur état de santé antérieur et assurer une planification de congé sécuritaire et adaptée à leurs besoins [6]. **Les personnes âgées admises en UCDG sont généralement âgées de 75 ans et plus, présentent une condition médicale aiguë ou un ou plusieurs syndromes gériatriques qui s'ajoutent à un état de santé compromis par des limitations fonctionnelles ou cognitives liées à des multimorbidités. Elles sont souvent polymédicamentées et fragilisées par la traversée de la vie jusqu'au très grand âge.** Le responsable de l'admission détermine que la condition du patient a un potentiel de réversibilité et qu'il ne nécessite pas les soins d'un programme d'hébergement institutionnel ou de soins palliatifs.

L'UCDG a été l'un des premiers programmes intrahospitaliers du continuum de services destinés aux personnes âgées fragiles. Certains établissements ont développés à la même période, mais de façon variable, d'autres programmes tels que l'équipe de consultation gériatrique intrahospitalière ou gérontopsychiatrique, les cliniques externes de gériatrie générale et surspécialisée, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l'hôpital de jour. Dans la communauté, on retrouve les programmes de soutien à domicile, d'équipe ambulatoire de gérontopsychiatrie et de centre de jour. À la fin de ce continuum, on retrouve les résidences privées offrant divers gradients de services, les ressources d'hébergement intermédiaires et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

---

<sup>1</sup> Les tableaux et la figure sont présentés à la fin du document.

En 2002, on identifiait 71 établissements disposant d'un programme d'UCDG, pour un total de 1071 lits distribués à travers la province [3]. On évaluait à 9 % (n= 15 575) les personnes âgées de 65 ans et plus admises dans les services non-chirurgicaux ou psychiatriques qui avaient bénéficié du programme UCDG [6]. En 2015, on comptabilise 1022 lits d'UCDG répartis dans 61 établissements (tableau 2), ce qui correspond à une diminution de 5 % du nombre total de lits au permis d'UCDG disponibles dans la province. Lorsque l'on exprime ce nombre (1022) par 10 000 personnes âgées de 65 ans et plus, on obtient un ratio de 7,3 (tableau 3). Ce ratio était de 10,6 en 2003 [7]. On constate que la disponibilité des lits d'UCDG varie de façon importante entre les régions, soit de 2,4 à 12,5 lits au permis par 10 000 personnes âgées de 65 ans et plus (tableau 3). Leur capacité d'accueil ayant diminuée malgré l'accroissement de la population gériatrique, **les UCDG constituent donc un programme de soins moins accessible, d'où l'importance d'y admettre les personnes qui en bénéficieront le plus.**

D'autre part, les soins et services du réseau de la santé se sont modifiés depuis la mise en place des UCDG. Ainsi, l'attente d'une entrée en CHSLD des patients hospitalisés qui nécessitent une relocalisation quant à leur milieu de vie, ne se fait plus à partir des unités de transition de soins de longue durée des hôpitaux. Ces unités ont été fermées. On a développé pour ces gens qui pourraient bénéficier d'une plus longue période de récupération, un accueil en milieu de transition en CHSLD espérant favoriser leur transfert éventuel en ressources intermédiaires, résidences privées ou même le retour à domicile avec encadrement.

Par ailleurs, l'implantation de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPÂ)» [8] a été amorcée à partir de 2010 dans l'ensemble des hôpitaux du Québec. Cette approche vise à outiller les intervenants quant à la prévention et au dépistage des principaux syndromes gériatriques afin de prévenir un déclin fonctionnel iatrogénique. L'AAPÂ a eu un effet d'entraînement pour une approche multiprofessionnelle plus généralisée auprès des personnes âgées admises dans toutes les unités de soins. Ceci a eu pour effet de réduire le nombre de patients à évaluer pour une prise en charge ou un transfert en UCDG pour un syndrome d'immobilisation ou un delirium. De plus, le déploiement du Plan Alzheimer, débuté en 2013 par la réalisation de projets de démonstration, a pour but d'augmenter les compétences des intervenants de la première ligne dans le dépistage et la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs. Ces approches permettent d'identifier précocement ces désordres en bureau ou à domicile et par conséquent de réduire le nombre de patients chez qui ces diagnostics sont établis durant une hospitalisation. Finalement, le MSSS a modifié en 2015 la structure administrative des établissements de santé (Loi 10) et l'organisation du travail des médecins de famille (Loi 20) et des autres médecins spécialistes. Les conséquences que pourront avoir ces nouveaux fonctionnements sur les soins aux personnes âgées, et plus particulièrement sur le fonctionnement des UCDG, devraient être perceptibles au cours des prochaines années.

Considérant tous ces changements, il est apparu pertinent aux membres du comité exécutif du Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) que le cadre de référence des UCDG, qui remonte à 1986 [9], fasse l'objet d'une révision en profondeur. Depuis 2010, les gestionnaires, médecins et autres professionnels

des UCDG ont formé cette communauté de pratique dont l'objectif principal vise l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers de gériatrie. Quelques 80 % des établissements qui disposent d'un programme d'UCDG en font actuellement partie. Le regroupement est géré par un comité exécutif (annexe 1) sous la présidence du Dre Marie-Jeanne Kergoat de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ce comité est composé de six gériatres, dont un agit à titre de représentant de l'Association des médecins gériatres du Québec; un médecin de famille, délégué par la Société québécoise de gériatrie; quatre infirmier(ère)s gestionnaires d'UCDG; et d'une coordonnatrice administrative. Son siège social est abrité au centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et le regroupement dispose d'un site internet ([www.rushgq.org](http://www.rushgq.org)).

Depuis 2002, plusieurs informations ont été récoltées sur la structure, les processus et les résultats de soins du programme UCDG québécois à la suite des travaux du RUSHGQ ou des productions de recherche de ses membres, soient :

#### Structure :

- *Short-term geriatric assessment units: 30 years later* (2010) [6] (article disponible en libre accès: <http://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-41> )
- Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction (2013)[10]<sup>2</sup>
- Inventaire des services gériatriques spécialisés au Québec, incluant les UCDG (2015) [11]<sup>2</sup>

#### Processus :

- *Admission criteria in short-term geriatric assessment units: a Delphi study* (2003) [12]
- *Quality of care assessment in geriatric evaluation and management units: construction of a chart review tool for a tracer condition* (2009) [13] (article disponible en libre accès: <http://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-9-34> )
- Recommandations sur le fonctionnement des UCDG émises par les responsables médico-administratifs des UCDG lors d'un colloque qui s'est tenu en octobre 2009 à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (2010) [14]<sup>2</sup>
- *A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model* (2010) [15] (article disponible en libre accès: <http://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-69> )
- *Quality-of-Care Processes in Geriatric Assessment Units: Principles, Practice, and Outcomes* (2012) [16]
- *Predictors of Quality-of-Care Processes in Geriatric Assessment Units: toward a better organizational framework* (2012) [17]
- Approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité en UCDG (2013) [18]<sup>2</sup>
- Enquête auprès des professionnels des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur l'utilisation d'outils cliniques standardisés (2014) [19]<sup>2</sup>
- Guide de gestion médicamenteuse en UCDG (2015) [20]<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Disponible sur la page d'accueil sur le site internet du RUSHGQ dans : [http://rushgq.org/module\\_tableau\\_bord/](http://rushgq.org/module_tableau_bord/)

Résultats de soins :

- *Quality-of-Care Processes in Geriatric Assessment Units: Principles, Practice, and Outcomes* (2012) [16]

Les éléments de structure et de fonctionnement des UCDG ont été couverts de façon approfondie par ces travaux. En 2015, le comité exécutif du RUSHGQ s'est donné comme mandat d'effectuer une consultation auprès des médecins et gestionnaires responsables des UCDG dans toutes les régions du Québec sur ce que devrait être la mission, les critères d'admission et les éléments d'une planification efficace et sécuritaire des soins et services au congé des UCDG.

## 2. Résumé de la littérature pertinente

### Mission et critères d'admission et d'exclusion en UCDG

À la fin des années '70, les services de gériatrie étaient la norme dans tous les hôpitaux de Grande-Bretagne [21], où se sont formés les premiers médecins québécois intéressés à la spécialisation en gériatrie [6]. C'est en 1984, qu'une étude originale, américaine, publiée dans le *New England Journal of Medicine* par Rubenstein [22] démontre que les unités d'évaluation gériatriques où les patients étaient admis par transfert étaient efficaces pour réduire le déclin fonctionnel, le taux de réadmission et la mortalité. Par la suite, la littérature des années 1990 à 2000, surtout américaine, mais aussi australienne et canadienne, a rapporté les mêmes bénéfices lorsque les patients étaient admis sur les unités de gériatrie à partir du service des urgences [23-27]. Depuis, ces modes de fonctionnement se sont généralisés et sont décrits dans des publications gouvernementales [28-31].

L'efficacité des UCDG repose principalement sur des critères d'admission appropriés qui permettent de cibler une clientèle complexe, de répondre à leurs besoins spécifiques par une équipe interprofessionnelle aguerrie, grâce à une évaluation gériatrique globale et une planification de congé précoce et détaillée [27]. En 2002, une équipe de chercheurs et cliniciens chercheurs québécoise a publié les critères d'inclusion et d'exclusion développés à partir d'une revue de la littérature et d'une consultation par méthodologie consensus à partir d'un groupe Delphi formé de 54 professionnels : 27 infirmières-chefs et 27 médecins œuvrant en gériatrie [12].

Les critères d'admission et d'exclusion décrits dans ces études sont les suivants [12, 23-27]:

Critères d'admission (les critères 1 et 2 doivent être présents ainsi qu'un des autres):

- 1) Être âgé de plus de 70 ans (en Europe, on fait état de plus de 75 ans);
- 2) Dépendance dans au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) et à risque de nécessiter davantage de soins à la sortie de l'hôpital;

- 3) Condition médicale avec atteinte fonctionnelle qui justifie l'hospitalisation car le problème est trop complexe ou grave pour être traité sur une base externe;
- 4) Multimorbidité avec retentissement sur les capacités fonctionnelles;
- 5) Présence d'un trouble de la marche et de l'équilibre, chutes, syndrome d'immobilisation, dénutrition, atteinte cognitive, incontinence de novo.

Critères d'exclusion (la seule présence d'un de ces critères exclue l'entrée au programme):

- 1) Indépendance fonctionnelle;
- 2) Présentant une seule pathologie ou maladie chronique qui peut être traitée sur une autre unité ou qui nécessite les soins intensifs, l'unité coronarienne, la psychiatrie, la chirurgie, l'oncologie, de la dialyse ou l'unité d'isolement pour cause infectieuse ou autre;
- 3) Patient en phase terminale ou préterminale d'une maladie qui l'empêche de participer à un programme de réadaptation ou qui a un pronostic de moins de 6 mois;
- 4) Patient apte qui ne peut ou ne veut pas collaborer;
- 5) Patient avec une démence sévère chez qui le retour à domicile est impossible;
- 6) Patient vivant en CHSLD;
- 7) Patient ayant déjà bénéficié d'une évaluation gériatrique à l'unité où le point sur la situation a été fait et qui ne nécessite plus de soins actifs.

Bien que ces critères soient connus par les responsables médico-administratifs des UCDG québécoises, ceux-ci ont évoqué certaines problématiques dans leur application lors d'un colloque sur le fonctionnement des UCDG qui s'est tenu en 2009 [14]:

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

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

## **Organisation et planification du congé**

La planification préalable du congé est intégrée comme une norme de soins pour les patients complexes admis dans un établissement de santé. Bien que cette étape de l'hospitalisation constitue une part importante du plan de soins global, on constate un manque d'uniformité dans le processus [32].

Selon les résultats d'études randomisées contrôlées [33], il a été démontré que des plans de congé structurés réduisent la durée du séjour à l'hôpital [34-44], les taux de réadmission à trois mois [35-38, 40, 42, 43, 45-49] et augmentent la satisfaction des patients, de leurs proches aidants et des soignants vis-à-vis le départ de l'hôpital [37, 38, 50].

L'UCDG est le lieu d'une évaluation gériatrique globale et interprofessionnelle. La communication efficace entre les membres de l'équipe multiprofessionnelle est essentielle dans la coordination des soins et dans la préparation du congé [51, 52]. La transmission des conclusions de cette évaluation interprofessionnelle aux intervenants de la première ligne est la suite logique à l'hospitalisation en UCDG. Les transitions de soins efficaces et sécuritaires nécessitent des communications claires entre le milieu hospitalier et les intervenants de la première ligne [53-56]. Il n'y a toutefois pas de recommandation claire désignant la profession idéale pour gérer la coordination du congé.

La planification du congé de l'hôpital est un processus complexe et à haut risque. Un échange d'information inefficace peut mener à des conséquences négatives pour le patient [57, 58]. En effet, des études démontrent que la qualité et la sécurité des patients peuvent être compromises au moment du congé ou dans une phase de transition vu les risques d'erreurs médicamenteuses, le transfert incomplet d'informations et le manque de suivi approprié [59-63]. La prescription médicamenteuse est souvent modifiée pendant l'hospitalisation et des erreurs peuvent survenir (omission, mauvais dosage) au moment du départ.

Suivant une hospitalisation, pour diverses raisons, jusqu'à la moitié des patients seront victimes d'une erreur soit dans la prescription de la médication ou de celle des tests de suivi requis [63]. On rapporte que 19-23% expérimentent un événement indésirable lié à des erreurs de prescription des médicaments post-hospitalisation. La moitié de ces événements pourrait être évitée [59, 64, 65] en améliorant le processus de communication avec le patient, les proches aidants et les intervenants de la première ligne [59]. Il est également important d'impliquer le patient et ses proches aidants et de s'assurer de leur compréhension des prescriptions et recommandations.

Le résumé d'hospitalisation est le moyen de communication habituel entre le milieu hospitalier et les intervenants de la première ligne. De nombreuses études démontrent que ces résumés sont souvent incomplets [66]. Kergoat et coll. ont démontré en 2010 qu'il devrait contenir les informations suivantes : raison d'admission, diagnostics principaux et secondaires, données sociodémographiques sommaires, données pertinentes relevées à l'histoire clinique et à l'examen physique ainsi que les principaux résultats des examens paracliniques faits. Ce document devrait aussi faire état du fonctionnement cognitif du patient, de son profil fonctionnel et de son statut nutritionnel. Il devrait finalement contenir les conclusions de l'évaluation psychosociale, de l'évolution des problèmes de santé du patient durant l'hospitalisation, de la médication et des autres recommandations au départ concernant le suivi requis des problèmes de santé du patient, les services à domicile nécessaires et le milieu de vie suggéré [15]. On constate que les résumés arrivent souvent tardivement ou n'arrivent pas en

première ligne [67-69]. Lors de la première visite de suivi post hospitalisation par le médecin de famille, le résumé d'hospitalisation n'est souvent pas disponible.

Tel que mentionné précédemment, en 2009, les responsables médico-administratifs des UCDG du Québec réunis lors d'un colloque sur le fonctionnement des UCDG se sont penchés sur les problématiques liées à la planification du congé:

- *Il existe une variation des façons de faire selon les milieux, certains se montrant plus proactifs que d'autres dans l'implication de la première ligne dans le processus de planification du congé en invitant par exemple des représentants du soutien à domicile (SAD) aux réunions interprofessionnelles pour les cas complexes.*
- *Les échanges apparaissent laborieux à l'admission entre les équipes de première ligne, le médecin de famille et les intervenants de l'UCDG. Par exemple:*
  - *Le médecin ou professionnel référant est difficile à rejoindre;*
  - *Certains patients n'ont pas de médecin de famille;*
  - *Il peut être difficile d'obtenir les informations du service des archives lorsque la personne est suivie dans différents établissements.*
- *Des problèmes sont liés à la coordination des informations au sein de l'UCDG. Par exemple:*
  - *Difficulté de coordonner les informations médicales de l'UCDG lorsque le nombre de médecins traitants à l'UCDG est élevé ou lorsque les médecins sont absents des rencontres d'équipes interprofessionnelles;*
  - *Pression exercée pour obtenir le congé du patient rapidement, ce qui empêche de maximiser le recueil et la synthèse des informations;*
  - *Réunions des membres de l'équipe avec les proches aidants ne sont pas toujours possibles;*
  - *Différents outils « dossier » existent dans les établissements (informatisés ou non);*
  - *Information transmise au congé est encore très conventionnelle, sans réelle adaptation à la clientèle gériatrique.*

### **3. Objectifs de la consultation**

#### **Objectif principal**

Proposer des recommandations sur ce que devraient être la mission, les critères d'admission et les éléments d'une planification efficace et sécuritaire des soins et services de santé au congé du patient de l'UCDG, en vue de la mise à jour du cadre de référence du programme UCDG.

#### **Objectifs spécifiques**

- 1) Effectuer une mise à jour, par région, des données sur la mission, les critères d'admission et la clientèle de l'UCDG ainsi que de certains facteurs qui les influencent.

- 2) Effectuer un processus de consultation auprès des responsables clinico-administratifs des UCDG afin d'élaborer des recommandations sur ces mêmes éléments ainsi que sur les éléments d'une planification efficace et sécuritaire au congé de l'UCDG.

## 4. Méthodologie

### Premier objectif

Un sondage de 27 questions a été transmis en août 2014 au représentant (médecin responsable, infirmière-chef, gestionnaire ou infirmière clinicienne) du regroupement dans chacun des 50 établissements membres du RUSHGQ ayant un programme d'UCDG. Le questionnaire pouvait être répondu en ligne jusqu'au 31 janvier 2015 par la plateforme Survey Monkey® ou en format PDF. Il portait sur les types et proportions de soins offerts (soins aigus/évaluation, réadaptation, autres), la clientèle (nombre d'admissions, mode d'admission/orientation au congé, âge, durée moyenne de séjour, diagnostics principaux les plus fréquents, etc.) et certains éléments de fonctionnement (nombre de lits dressés, situation de débordement, consultations en gériatrie dans les autres programmes). Il était demandé aux répondants de fournir une copie de leurs critères d'admission/exclusion.

L'analyse des données a été effectuée en catégorisant les UCDG en 4 groupes : leur situation géographique, leur taille, leur affiliation universitaire et leur profil de soins, de façon similaire à des travaux antérieurs réalisés sur les UCDG [6]. Le profil de soins a été déterminé **principalement en fonction des modes d'admission des patients** (service des urgences, transfert ou électif), en prenant aussi en compte l'opinion du répondant sur la proportion de soins offerts (soins aigus/évaluation, réadaptation, autres) et la durée moyenne de séjour. On retrouve trois principaux profils d'UCDG:

Profil UCDG	Mode d'admission des patients	Opinion du responsable	Durée moyenne de séjour à l'UCDG
Soins aigus/évaluation	> 80 % par le service des urgences	% élevé de soins aigus/évaluation	< 25 jours
Mixte	% répartis entre le service des urgences et par transfert ou électif	% répartis entre soins aigus et réadaptation	25-30 jours
Réadaptation	> 60 % par transfert ou électif	% élevé de réadaptation	> 30 jours

Des analyses descriptives (moyenne, écart-type, %) ont été effectuées sur les données recueillies et lorsque pertinent, un test statistique non-paramétrique a été utilisé pour vérifier l'existence de différences significatives ( $p < 0,05$ ) en relation avec l'affiliation universitaire (Mann-Whitney) ou le profil de soins (Kruskal-Wallis). Lorsque le test de Kruskal-Wallis était significatif, le test de comparaisons multiples de Dunn a été utilisé pour déterminer entre quelles catégories se retrouvait une différence significative. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics® software, version 20.0 pour Windows.

## Deuxième objectif

Un processus de consultation (figure 1) a été élaboré en s'inspirant de la méthode d'«Élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé» développée par la Haute Autorité de santé française [70]. Ce processus s'est échelonné sur une période de 12 mois, soit de janvier 2015 à janvier 2016. Un comité de pilotage formé de Dre Marie-Jeanne Kergoat, Dre Judith Latour et Mme Aline Bolduc, a été mandaté par le comité exécutif du regroupement pour coordonner l'ensemble du processus de consultation.

### *Groupes de discussion régionaux*

Il a été décidé que les consultations se feraient en deux étapes. La première étape visait à connaître l'opinion et la vision des responsables médico-administratifs du programme UCDG par région. Ce choix de regroupement des participants apparaissait le plus pertinent étant donné que cela correspond à la structure de base de l'organisation des soins et services du réseau de la santé.

La méthode du groupe de discussion semi-dirigée ou «focus group» a été retenue comme méthodologie de consultation afin de recueillir et approfondir les opinions des médecins et gestionnaires responsables du programme UCDG. Cette méthode est un moyen de recueillir rapidement des informations et des points de vue [71, 72]. Elle ne vise pas l'atteinte d'un consensus entre les participants, mais elle permet plutôt de donner la parole et de récolter les opinions, croyances et attitudes concernant un sujet ou une problématique précise. Les groupes de discussion sont dirigés par un modérateur, secondé par un rapporteur qui s'occupe de prendre des notes et d'enregistrer les discussions.

Il nous apparaissait pertinent de choisir des médecins expérimentés dans les soins aux personnes âgées (gériatres ou médecins de famille attirés à l'UCDG) comme modérateurs étant donné leur rôle central dans l'admission et le congé des personnes âgées admises au programme UCDG. Pour des raisons de convenance en termes de distance, certaines UCDG ont été regroupées, Bas St-Laurent et Gaspésie ainsi que Laval, Laurentides, Lanaudière et Outaouais. Il n'a pas été possible de trouver de modérateur volontaire pour recruter et animer les groupes de discussion pour les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord. Parallèlement, à la sollicitation des modérateurs dans chaque région, les médecins responsables et gestionnaires des UCDG ont été invités par courriel à participer, sur une base volontaire, aux groupes de discussion. Au total, neuf groupes de discussion ont été formés et 7 questions ont été soumises aux participants (annexe 3). Quelques 87 personnes rattachées à 43 des 61 UCDG (70 %) ont accepté de participer, soient 42 médecins et 45 gestionnaires (tableau 4 et annexe 2). Chaque groupe devait se nommer un ou deux délégués pour la deuxième étape des consultations. Le choix de ces derniers était effectué sur une base consensuelle par les membres de chaque groupe.

### *Rédaction de propositions, validation et version finale des recommandations*

La deuxième étape du processus de consultation consistait en la rédaction et la validation des recommandations.

En juillet 2015, la synthèse des réflexions rapportées par les participants aux groupes de discussion régionaux a été transformée par le comité de pilotage en 81 propositions de recommandations. Afin de valider le travail de synthèse et d'interprétation des 81 propositions par le comité de pilotage, un questionnaire électronique a été élaboré dans la plateforme Survey Monkey® et soumis aux 87 participants des groupes de discussion régionaux entre le 1er août et le 30 septembre 2015. Au moment de la réception du questionnaire, deux responsables administratifs avaient pris leur retraite.

Il a été demandé aux participants d'indiquer leur degré d'accord (le plus souvent à l'aide d'une échelle de Likert de 1- totalement en désaccord à 9- totalement en accord) sur la clarté, le caractère univoque et la pertinence de chaque proposition. Ils devaient se prononcer en considérant la pertinence des énoncés pour l'ensemble des UCDG. Il était également possible de fournir des commentaires spécifiques à chaque question et des commentaires généraux à la fin du sondage dans un espace prévu à cette fin. Le degré d'accord entre les participants et le caractère approprié de chaque proposition ont été analysés selon la méthode *RAND/University of California Los Angeles (UCLA) Appropriateness Method* [73]. Selon cette méthode, un énoncé est jugé :

- inapproprié, si la médiane du groupe se situe de 1 à 3;
- incertain, si la médiane du groupe se situe de 4 à 6;
- approprié, si la médiane du groupe se situe de 7 à 9.

Quant au degré d'accord, il est évalué en comparant l'«Interpercentile range adjusted for symmetry (IPRAS)» et l'«Interpercentile range (IPR)» de la distribution des cotes [73]. L'IPR a été calculé entre le 30ième et le 70ième percentile. Si l'IPRAS d'un énoncé particulier est plus grand que l'IPR de cet énoncé, on considère qu'il y a un accord pour cet énoncé. C'est une méthode qui représente une meilleure mesure du degré de dispersion des données que les coupures à 3 et à 7.

En plus des deux critères précédents, pour augmenter la robustesse du consensus, le comité de pilotage a ajouté qu'une proposition devait avoir obtenu une cotation entre 7 et 9 par 75 % des répondants.

Les délégués des groupes de discussion régionaux ont été invités à une rencontre en personne à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal le 23 octobre 2015 pour débattre des recommandations n'ayant pas obtenu le consensus. La rencontre était modérée par Dre Marie-Jeanne Kergoat. Mme Aline Bolduc et Dr T.T. Minh Vu agissaient à titre de rapporteurs. Ces personnes n'avaient pas droit de vote mais pouvaient commenter. Le président de l'Association des médecins gériatres du Québec (Dr Maurice St-Laurent) et la représentante (Dre Ginette Champagne) de la Société québécoise de gériatrie du Québec ont aussi participé à cette rencontre. Le comité exécutif du RUSHGQ considérait qu'il était important d'impliquer ces organisations à cette étape du processus de consultation car elles regroupent les médecins qui travaillent auprès de cette clientèle.

Mme Danielle Benoît et Mme Sylvie Greco Le May, de la Direction des orientations des services aux aînés du MSSS, ont également assisté à cette rencontre à titre d'observateur afin d'entendre de vive voix les discussions et les préoccupations rapportées par les délégués des UCDG. Cette participation permet ainsi à ces décideurs d'être informés du contexte des recommandations qui leur seront déposées et qui pourront être utilisées pour une mise à jour du cadre de référence du programme UCDG.

La rencontre du 23 octobre 2015 poursuivait deux objectifs :

1) Décider de la suite à donner à chaque proposition n'ayant pas obtenu un consensus auprès des responsables médico-administratifs des UCDG parmi les trois choix suivants:

- Seulement la reformuler et l'accepter;
- La reformuler et la soumettre pour opinion aux participants des neufs groupes de discussion régionaux;
- La rejeter avec une justification.

2) Débattre la portée de certaines propositions que le comité de pilotage considérait dépasser le cadre strict des UCDG, relevant d'après eux de la notion d'intégration des soins et services gériatriques dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Pour l'objectif 1, un système de votation à main levée a été préféré par les délégués et utilisé pour juger l'acceptation des modifications proposées. Chaque personne présente, excluant les représentantes du MSSS, la modératrice et les rapporteurs, a eu un droit de vote.

Par la suite, le comité de pilotage a rédigé une version préliminaire du rapport qui a été relue par les délégués régionaux et par des lecteurs externes, spécialisés en soins et services gériatriques mais d'horizons variés. Ces lecteurs ont été invités à donner leur avis sur la qualité du contenu, et plus spécifiquement la pertinence, la clarté et l'applicabilité des recommandations. Les commentaires ont été analysés par le comité de pilotage et ceux qui bonifiaient le document sans en altérer le sens ont été intégrés dans la version finale du rapport.

## 5. Résultats

### **Mise à jour des données sur la mission, les critères d'admission et la clientèle de l'UCDG ainsi que de certains facteurs qui les influencent**

Au total, 44 répondants<sup>3</sup>, soit 72 % des UCDG ont complété le questionnaire en partie ou en totalité (cf. méthodologie) visant à mettre à jour les informations sur la mission, les critères

---

<sup>3</sup> Les expressions «répondant» ou «responsable médico-administratif» seront utilisées indifféremment pour désigner les mêmes personnes.

d'admission et la clientèle des UCDG ainsi que de certains facteurs qui les influencent. Les UCDG participantes sont identifiées par un astérisque dans le tableau 2.

### *Mission ou profil de soins*

Au total, la proportion des UCDG dans chaque profil de soins (tableau 5) a peu changé en comparaison à 2003 [6]. En effet, sur 38 UCDG, environ 60 % offre des soins mixtes qui combinent des activités de soins aigus et de réadaptation et qui accueillent leur clientèle à la fois de l'urgence et par transfert d'autres programmes intra hospitaliers (cf. p. 16). Les UCDG des régions centrales, que sont Montréal, Québec et Laval, desservent une plus grande population, représentent 30 % du nombre total des UCDG québécoises et admettent près de 50 % de l'ensemble de personnes âgées qui y sont hospitalisées (tableau 5). Par ailleurs, 39 % des répondants ont indiqué que leur UCDG offrait des soins autres que des soins aigus/évaluation ou réadaptation gériatriques et ce, en moyenne dans une proportion de 19 % (tableau 6). Ces lits sont aussi utilisés pour des patients en attente d'hébergement/relocalisation/soins palliatifs, pour isolement des porteurs de bactéries multirésistantes ou pour la médecine générale.

En 2015, la grande majorité (77 %) des UCDG partage leur personnel et leur espace physique avec au moins un autre programme, comme c'était déjà le cas en 2003 (70 %) [6]. Le plus souvent, il s'agit du programme de médecine, d'URFI ou des services post-hospitaliers de réadaptation ou d'attente d'hébergement. Une UCDG de petite taille (8 lits dans un hôpital disposant de 56 lits de courte durée) déclare même partager son personnel infirmier avec le programme obstétrique et pédiatrique.

Sur 42 répondants, 40 % ont dit réussir à «protéger» leurs lits d'UCDG i.e. qu'à la fin de l'épisode de soins, il est possible de transférer les patients ailleurs (par exemple, pour l'attente d'un milieu de vie substitut, d'un lit de soins palliatifs, etc.) afin de ne les garder que pour la durée requise pour l'évaluation, l'investigation et la stabilisation (récupération courte) des problèmes de santé justifiant l'admission. Les UCDG qui n'y arrivent pas ont mentionné les éléments suivants :

- Il est surtout difficile de transférer les patients qui sont en attente d'hébergement ou de ressources intermédiaires, alors que le délai est plus rapide pour les patients qui nécessitent des soins palliatifs de fin de vie;
- Les patients connus du service sont réadmis presque automatiquement même si leur condition actuelle ne justifie pas leur admission à l'UCDG.

Les UCDG qui réussissent à protéger leurs lits ont mentionné les éléments suivants :

- Existence d'un protocole de fluidité i.e. un règlement qui oblige de sortir du programme un patient ayant terminé les soins actifs en dedans de 72 heures;
- Grande disponibilité de lits en CHSLD sur leur territoire;
- Possibilité de transfert sur un autre programme à l'hôpital (médecine, chirurgie). Le patient peut conserver sa chambre lorsque le personnel soignant de l'UCDG est le même pour l'autre programme;

- Possibilité de transfert dans des lits post-hospitaliers dans la communauté ou retour à domicile si possible avec intensification des services par le centre local de services communautaires (CLSC);
- Accès à une résidence qui dispose de lits pour les attentes de ressources intermédiaires ou soins de longue durée;
- Choix de l'établissement de jumeler les lits d'attente d'hébergement avec ceux de l'UCDG;
- Lits d'hébergement transitoire en partenariat avec le maintien à domicile et les services sociaux et les CHSLD.

Sur 44 répondants, 61 % ont dit avoir récemment revu ou prévoient revoir l'offre de service de leur UCDG. Les motifs de révision concernent :

- Manque chronique d'effectifs médicaux
- Non-respect par l'organisation des spécificités et particularités de l'UCDG
- Révision du travail du personnel soignant
- Révision de l'ensemble du fonctionnement (structure, nombre de lits, modèle organisationnel, processus)
- Révision de l'environnement physique :
  - o unité fermée pour recevoir les patients à risque de fugue
  - o espace pour la socialisation des patients ou activité de physiothérapie en groupe ou de stimulation cognitive
  - o regroupement des clientèles sur l'unité (ex. regroupement des patients errants de façon épisodique)
  - o avoir des chambres privées, réduction du nombre de patients par chambre;
  - o regroupement des lits d'UCDG qui se trouvaient sur une autre unité sous une même entité administrative.
- Révision de la mission :
  - o plusieurs évaluations (physiques et cognitives) sont faites sur les unités de médecine (AAPÂ)
  - o mise en place d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)
- Révision du continuum de soins aux personnes âgées pour toute la région
- Augmentation de la clientèle avec symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence (SCPD)
- Diminuer la durée moyenne de séjour à l'UCDG
- Fusion avec le département d'obstétrique et pédiatrie dû à la conjoncture démographique du milieu
- Augmentation du nombre de lits car insuffisant
- Révision des critères d'admission/exclusion

#### *Critères d'admission/exclusion et volume d'admission*

En 2003 [6], sur 64 UCDG, 13 % n'avait pas de critères d'admission formels, ce qui est encore le cas en 2015 (6 UCDG sur 50). Les critères d'admission et d'exclusion effectifs en 2015 et détaillés par UCDG sont présentés dans les tableaux 7 et 8. Il est à noter que plusieurs UCDG

n'avaient qu'un nombre minimal de critères d'admission ou d'exclusion, ce qui explique que certains critères, considérés comme étant implicites, sont moins fréquemment rapportés.

En résumé, les critères d'admission les plus fréquents concernent les patients qui :

- présentent un ou des syndromes gériatriques qui nécessitent une hospitalisation (100 %)
- nécessitent une évaluation interprofessionnelle (77,4%)
- présentent un profil gériatrique (45,2 %)
- présentent un déclin fonctionnel aigu/subaigu réversible mais à risque de détérioration sans intervention immédiate (41,9 %)
- sont médicalement stables (29,0 %)
- présentent un syndrome d'immobilisation récent (25,8 %)

Tandis que les critères d'exclusion les plus fréquents concernent les patients qui :

- nécessitent un hébergement de façon inévitable ou pour lesquels une demande d'hébergement est déjà complétée (58,1 %)
- nécessitent en priorité des soins psychiatriques ou qui sont suicidaires (51,6 %)
- nécessitent des soins palliatifs de fin de vie (51,6 %)
- nécessitent des soins intensifs ou chirurgicaux (45,2 %)
- démontrent peu ou aucun potentiel fonctionnel (45,2 %)
- ont moins de 65 ans (45,2 %)
- peuvent être évalués sur une base externe (35,5 %)
- sont aptes et qui ne collaborent pas (35,5 %)

Entre 2003 et 2015, le volume annuel moyen d'admission par lit au permis en UCDG est passé de 16 à 13 et parallèlement, la durée moyenne de séjour a augmenté de 23 à 28 jours (tableau 9). Ces résultats n'étaient pas significativement différents entre les UCDG en fonction de leur affiliation universitaire ou leur profil de soins.

Sur 42 répondants, 45 % ont rapporté vivre des situations permanentes de débordement (médiane= 3 lits, moyenne= 11 lits), à même l'unité ou sur une autre unité, pour répondre aux besoins de la clientèle de leur hôpital.

Par ailleurs, 22 répondants ont mentionné que le nombre de consultations en gériatrie sur d'autres programmes que celui de l'UCDG était en moyenne de  $439 \pm 382$  (médiane= 295). Ces résultats doivent être interprétés sous toute réserve puisqu'ils peuvent inclure divers modes de fonctionnement tels que des consultations parfois réalisées par une équipe gériatrique sans médecin ou par un médecin seul. Cet élément devra être approfondi et clarifié dans une prochaine enquête.

### *Caractéristiques de la clientèle*

Dans l'ensemble des UCDG répondantes (n = 38), 36 % des patients sont admis par le service des urgences, 42 % par transfert intra hospitalier, 16 % par transfert inter hospitalier et 7 % sont admis directement du milieu de vie (élective) (tableau 10). Les UCDG de type soins

aigus/évaluation se distinguent des deux autres types d'UCDG car, en moyenne, plus de 90 % des patients sont admis par le service des urgences (tableau 10). Dans les UCDG de type réadaptation, les patients sont admis autant par transfert intra (44 %) qu'inter hospitalier (41 %) tandis que les UCDG de type mixte admettent les patients la moitié du temps par transfert intra hospitalier (54 %) (tableau 10). Les UCDG en milieu universitaire admettent plus de patients par le service des urgences (52 %) que les UCDG non-universitaires (17 %) (tableau 10).

Dans l'ensemble des UCDG répondantes (n = 39), 60 % des patients retournent à domicile ou en milieu non-institutionnel au congé de l'UCDG (tableau 11). Ce pourcentage est un peu plus élevé dans les UCDG non-universitaires (67 %) qu'universitaires (55 %), mais il n'y a pas de différence significative en fonction du profil de soins des UCDG (tableau 11). Dans les UCDG de type soins aigus/évaluation et universitaires, la proportion de patients qui décèdent en cours d'hospitalisation est significativement plus élevée (tableau 11).

Au total (n= 35 UCDG), les répondants estiment, en moyenne, qu'environ 60 % des patients admis présentent des atteintes cognitives majeures i.e. une démence (tableau 12). Ce pourcentage est plus élevé dans les UCDG universitaires (69 % vs 53 %). Parmi ces patients, les répondants estiment que le quart présente des SCPD (tableau 12). Ce résultat est comparable entre les UCDG classifiées en fonction de leur affiliation universitaire ou leur profil de soins.

Les diagnostics les plus souvent rapportés par les répondants (n= 37) lorsqu'on leur demandait de rapporter les trois principaux chez leur clientèle (tableau 13) sont :

- Démences/troubles cognitifs/maladie d'Alzheimer de novo
- Perte d'autonomie/déconditionnement/diminution de l'état général, fatigue/syndrome d'immobilisation
- Chutes/troubles de mobilité ou de l'équilibre/ troubles musculo-squelettiques
- Fracture / traumatisme/prothèses de hanche ou du genou / chirurgie orthopédique
- Delirium

## **Recommandations proposées**

Les résultats détaillés de l'analyse du degré d'accord et du caractère approprié de chacune des 81 propositions issues de la consultation auprès des 85 responsables médico-administratifs des UCDG sont présentés à l'annexe 4. Les vingt-quatre propositions n'ayant pas obtenu le consensus ont été discutées lors de la rencontre des délégués du 23 octobre 2015 (cf. méthodologie). Ces propositions ont toutes été reformulées et, à l'unanimité, il a été jugé qu'il n'était pas nécessaire de soumettre les modifications finales à l'ensemble des participants régionaux. La version finale des recommandations est présentée dans les sous-sections A à F qui suivent.

Les propositions des sous-sections A et B concernent la mission et la clientèle.

### *A. Clientèle cible*

#### Critères généraux

- Le patient admis en UCDG est celui qui lors d'une maladie aiguë ou d'une décompensation d'une ou de plusieurs de ses maladies chroniques ne peut être évalué et traité à domicile ni dans d'autres structures que l'hôpital.
- Le patient admis en UCDG est en général âgé de plus de 75 ans, présente un ou des syndromes gériatriques qui s'ajoutent à un état de santé compromis par un déclin cognitif ou fonctionnel.
- Le patient admis en UCDG a une présentation clinique qui associe souvent un ou des syndromes gériatriques, des limitations fonctionnelles ou cognitives, polymorbidité et polymédication.
- Le patient admis en UCDG présente une condition qui a un potentiel de réversibilité et qui nécessite l'intervention de l'équipe interprofessionnelle.
- Les personnes âgées de 65 à 74 ans ayant un profil similaire (propositions précédentes) constitueraient des admissions possibles laissées au jugement clinique du médecin évaluateur.
- Les patients médicalement instables i.e. hémodynamiquement instables en raison d'une défaillance aiguë d'un organe vital avec pronostic incertain (ex. : insuffisance rénale, cardiaque, pulmonaire, hépatique ou qui requiert des soins médicaux invasifs tels qu'une chirurgie, une angioplastie, une ventilation non-invasive, etc.) ou nécessitant des soins intensifs ne devraient pas être admis en UCDG.
- Les conditions médicales aiguës ou subaiguës ne constituent pas un critère d'exclusion à l'UCDG en autant que le patient soit accessible pour un début d'évaluation et /ou de reconditionnement physique à court terme et que l'UCDG dispose du personnel approprié.

#### Clientèle présentant des SCPD

- Le patient dont la seule raison de consultation est le besoin de gestion de SCPD ne devrait pas être admis à l'UCDG.
- Lorsque le patient rencontre les critères d'admission en UCDG, la présence de SCPD légers ou modérés n'est pas un critère d'exclusion.
- Les UCDG disposant d'un personnel formé et d'espaces physiques suffisants pour permettre l'aménagement d'une section réservée pourraient admettre des patients présentant comme motif d'admission des SCPD.
- Le patient qui met sa propre sécurité en danger ou celle des autres patients de l'unité (i.e. SCPD sévères) ne devrait pas être admis en UCDG.

#### Patient ayant séjourné à l'UCDG

- Le fait d'avoir séjourné à l'UCDG n'est pas en soi un motif de réadmission dans ce programme.
- Si une pathologie aiguë amène un patient venant de quitter l'UCDG, à être réadmis à court terme, il devrait aller sur l'unité visée par le nouvel événement avec l'AAPÂ.

### Patient hébergé en CHSLD

- Le patient hébergé en soins de longue durée ne doit pas être admis en UCDG car son motif de transfert est essentiellement pour une condition de santé aiguë (ex. : sepsis, fracture de hanche, etc.).
- Le patient hébergé en CHSLD peut bénéficier de l'opinion de la gériatrie pour des problèmes spécifiques (ex.: détermination du niveau de soins, gestion du delirium, etc.), ceci doit se faire sous un mode de consultation.

### Patient vivant en ressources intermédiaires (RI)

- Le patient en RI se retrouve dans un milieu peu pourvu en ressources professionnelles spécialisées, s'il rencontre les critères d'admission, il devrait être admis à l'UCDG.
- Pour des problématiques liées au comportement, il serait plus optimal d'évaluer les patients des RI dans leur milieu même à l'aide d'une équipe ambulatoire de gérontopsychiatrie ou par téléconsultation.

### Autres situations particulières

- On ne devrait pas réadmettre en UCDG, le patient qui a eu une évaluation récente interprofessionnelle dans un autre milieu (hôpital de jour, équipe de soutien à domicile), chez qui les diagnostics ont été posés, les interventions faites et qui présente un problème de santé aigu qui ne modifie pas son profil fonctionnel à moyen terme (ex. : infection pulmonaire). Un patient nécessitant des soins de réadaptation ou de «convalescence» (par ex. déconditionnement physique, fracture du bassin, vertébrale, etc.) devrait être admis en UCDG si la consultation en gériatrie au service des urgences laisse suspecter un syndrome gériatrique sous-jacent qu'il faut évaluer de façon urgente.
- Qu'ils soient admis ou non en UCDG, la plupart de ces patients (cf. recommandation précédente) devraient être référés en UTRF ou réadaptation en moins de 7 jours.
- Le patient à héberger d'urgence doit être exclu des UCDG car son profil fonctionnel et son orientation ne seront pas modifiés par l'évaluation interprofessionnelle.
- Les ordonnances d'hébergement devraient majoritairement être effectuées par le réseau communautaire. Ce sont les intervenants à domicile qui connaissent le mieux le patient et qui peuvent démontrer les risques quant à sa sécurité.
- Pour les situations sociales non réglées en externe par le réseau communautaire, le patient sera évalué au service des urgences et vu au besoin par le service de gériatrie, et s'il ne répond pas aux critères d'admission de l'UCDG, il sera ensuite hospitalisé où il y a une disponibilité de lits.

### Les clientèles qui ne correspondent pas aux critères d'admission en UCDG

- patient avec problématique psychiatrique connue qui décompense et n'est plus accepté en psychiatrie à cause de son âge et de ses comorbidités.
- patient de gérontopsychiatrie sans SCPD (ex.: dépression psychotique) qui n'est plus accepté en psychiatrie à cause de son âge et de ses comorbidités.

- patient âgé porteur d'une déficience intellectuelle qu'on confond avec un profil gériatrique.
- patient alcoolique âgé référé à répétition pour des évaluations d'aptitude.
- patient âgé nécessitant des soins de fin de vie (pronostic vital < 6 mois).
- patient en attente d'hébergement qui nécessite un milieu adapté (ex: patient errant nécessitant milieu avec porte codée) ou un personnel adapté (ex: patient avec SPCD qui répond à une approche non-pharmacologique déjà établie).
- patient souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques graves et invalidantes, entraînant un état de dépendance irréversible.
- patient en attente d'une place en UTRF pour des traumatismes ou des douleurs aiguës.
- patient dont le retour à domicile est un échec.

### *B. Mode/processus d'admission et lieux physiques*

- L'admission par le service des urgences ou par transfert doit continuer à dépendre du fonctionnement de l'hôpital et de la disponibilité des ressources médicales.
- Tout patient admis en UCDG en provenance du service des urgences aura d'abord été évalué et accepté par un médecin du service de gériatrie.
- Idéalement, aucun lit ne devrait être occupé par les patients en attente d'hébergement, de ressources intermédiaires ou de soins palliatifs. Dans la réalité, une proportion allant jusqu'à 5% est jugée tolérable.
- Le débordement à long terme de l'UCDG est une situation qui ne doit pas être tolérée.
- Les situations de débordement de l'UCDG devraient être analysées et des solutions pérennes pour les enrayer doivent être trouvées.
- Pour éviter les situations de débordement, il faut respecter et parfois resserrer les critères d'admission à l'UCDG.
- Pour éviter les situations de débordement de l'UCDG, il faut augmenter l'efficacité des équipes (ex. travail interprofessionnel 7 jours sur 7).
- Pour éviter les situations de débordement, il faut orienter vers d'autres programmes les patients de l'UCDG en fin de soins actifs.
- Le processus de l'AAPÂ doit être implanté au service des urgences et dans tous les services de médecine et chirurgie (où sont concentrés bon nombre de patients âgés de 75 ans et plus).
- Des agents de changement doivent être mis en poste pour assurer l'implantation de l'AAPÂ et sa pérennité.
- Une équipe de consultation en gériatrie doit être disponible dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour soutenir le processus d'évaluation de la clientèle de 65 ans et plus hospitalisée.
- Idéalement, l'UCDG ne devrait pas partager son personnel et son environnement physique avec un autre programme.  
Lorsque ce n'est pas possible, les programmes suivants sont considérés compatibles avec l'UCDG, mais doivent être clairement distingués de ceux-ci :
  - Médecine interne
  - Médecine familiale

- Patient en attente d'hébergement
- Gériatopsychiatrie
- Unité transitoire d'hébergement

Quant aux programmes suivants, ils sont considérés peu compatibles avec l'UCDG :

- Unité où l'on regroupe les patients porteurs de bactéries multirésistantes
- Orthopédie
- Pneumologie
- Cardiologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie
- Obstétrique
- Pédiatrie
- Psychiatrie

Les propositions des sous-sections C à G concernent l'organisation et la planification du congé.

### *C. Déterminants de l'hospitalisation optimisant la préparation du congé*

- Une grande partie de l'évaluation médicale et de celle du personnel de liaison (travailleur social, infirmière de clientèle, infirmière de liaison) doit être faite dans les premières 24 heures, donc dès le séjour à l'urgence.
- Le physiothérapeute devrait se prononcer dès l'admission à l'UCDG sur le mode de transfert et de déplacement du patient pour guider le travail du personnel soignant.
- Dans les UCDG où les consultations aux professionnels sont systématiques, les professionnels doivent débiter l'évaluation au plus tard dans les 48 heures ouvrables suivant l'admission à l'UCDG.
- Dans les UCDG où les consultations aux professionnels se font sur demande, l'évaluation des professionnels doit débiter dans les 48 heures ouvrables suivant la requête médicale.
- Le personnel de liaison du service des urgences doit contacter l'équipe de SAD pour obtenir les informations pertinentes concernant leur profil clinique et psychosocial et les verser au dossier.
- À défaut d'un contact au service des urgences, les demandes pour obtenir les évaluations pertinentes faites antérieurement à l'hospitalisation doivent être faites en moins de 48 heures ouvrables, par le personnel de liaison de gériatrie.
- Le médecin traitant doit être avisé de l'admission d'un de ses patients à l'UCDG, soit dès l'admission ou à tout le moins, il recevra le résumé d'hospitalisation au congé.
- Il faut, au minimum, réaliser une rencontre interprofessionnelle par semaine où tous les cas actifs à l'UCDG sont discutés afin d'établir un plan d'intervention interprofessionnel individualisé.
- En plus de la rencontre interprofessionnelle hebdomadaire, il est recommandé de faire au moins une autre rencontre statutaire pour la planification des interventions prioritaires et des congés selon l'évolution de chaque patient.

- La présence continue du médecin attiré à l'UCDG devrait être d'au moins 2 semaines, mais une présence d'au moins 3 à 4 semaines serait préférable compte tenu de la durée de séjour moyenne des patients.
- Dès l'admission à l'UCDG, le médecin devrait discuter avec le patient (et son proche aidant) de l'étape du congé.
- Il est recommandé de clarifier l'attribution de la fonction de coordination au congé.
- Au congé de l'UCDG, le professionnel responsable de la fonction de coordination complète les demandes de services usuels à l'aide de formulaires standardisés.
- Le travailleur social est responsable de la liaison au congé de l'UCDG pour les situations jugées socialement complexes.

#### *D. Informations minimales à inclure dans le résumé d'hospitalisation*

- Il est recommandé de développer un résumé médical d'hospitalisation à partir d'une feuille sommaire rehaussée i.e. qui comporterait des informations additionnelles pertinentes, spécifiquement adaptées au suivi d'un patient gériatrique.
- Il est recommandé que ce document soit informatisé.
- Éléments qui devraient être inclus dans un résumé médical d'hospitalisation / feuille sommaire adapté au patient gériatrique :
  - Raison d'admission
  - Diagnostics principaux
  - Antécédents
  - Date d'admission et de congé
  - Traitements reçus
  - Résultats des épreuves de laboratoire, imagerie et autres, investigations à venir
  - Évolution du patient durant l'hospitalisation
  - Aspect cognitif/comportemental (résultats aux échelles de mesure si effectuées)
  - Mobilité et autonomie fonctionnelle au congé (résultats aux échelles de mesure si effectuées)
  - État nutritionnel incluant le poids au congé (résultats aux échelles de mesure si effectuées)
  - Continence
  - Sommaire des évaluations médicales et professionnelles
  - Orientation au congé
  - Recommandations au médecin traitant
  - Recommandations aux intervenants de première ligne (demande de services et/ou services maintenus)
  - Pronostic global en termes d'évolution
  - Niveau d'intervention médicale (niveau de soins)
  - Liste des médicaments, des changements effectués et justifications

#### *E. Communication avec les intervenants de la première ligne, le milieu de réadaptation ou le milieu de vie du patient*

- Il est recommandé de rationaliser les divers outils (DSIE, OEMC, etc.) actuellement disponibles pour décrire la clientèle âgée vulnérable et de rendre les divers outils sélectionnés compatibles entre eux pour un partage pertinent et simple de l'information (solution informatique).
- Il est recommandé d'harmoniser la dotation en personnel de liaison des UCDG.
- Il est recommandé de systématiser les éléments à couvrir pour cette coordination par un outil standardisé de type liste de contrôle (checklist).
- Il est recommandé de revoir la dotation en personnel des UCDG afin de s'assurer qu'un pharmacien clinicien soit associé à l'équipe interprofessionnelle de l'UCDG.
- Il faut informer, éduquer et faire participer le patient et son proche aidant principal (ex. auto-administration des médicaments, apprentissage sur des auto-soins, nature et date des rendez-vous cliniques en externe, services à venir des intervenants de la première ligne) durant les phases cliniques appropriées du séjour en UCDG.
- Les professionnels de l'UCDG doivent appuyer ces activités éducatives (cf. recommandation précédente) d'une liste de contrôle (checklist) afin de cerner tous les domaines à couvrir et d'en évaluer la faisabilité, l'efficacité et la sécurité.
- Il est recommandé d'approfondir la réflexion sur la nature et l'utilité d'un guide de conseils spécifiques (recommandations) à développer pour remettre au patient (et son principal proche aidant) au congé de l'UCDG.
- Il doit y avoir une coordination systématique entre les intervenants de l'UCDG et le gestionnaire de cas (intervenant-pivot) du programme SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) pour la préparation du congé.
- Les modalités de coordination entre les intervenants de l'UCDG et de la première ligne dépendront de la complexité des situations (ex. entente téléphonique vs discussion en personne des professionnels).

#### *F. Délais de prise en charge par les intervenants de la première ligne*

- Diverses stratégies de communication efficaces devraient être étudiées et implantées dans le but de réduire la duplication des évaluations par les divers professionnels du milieu des UCDG et ceux de la première ligne.
- Il faut établir un corridor de service (voie prioritaire bidirectionnelle) entre le programme SAPA et l'UCDG et tout particulièrement avec le SAD.
- Les critères de priorisation pour l'obtention des services à domicile devraient être revus et uniformisés.
- La capacité de gestion des problématiques gérontopsychiatriques sur place au domicile et en milieu collectif (résidences, RI, CHSLD, etc.) doit être améliorée de façon prioritaire par des stratégies éducatives autant pour le personnel que pour les proches aidants.
- Le médecin de famille devrait être davantage accessible et mobilisé (actif) dans la prise en charge des patients qui répondraient aux critères de priorisation.
- L'UCDG a une responsabilité d'informer et de diriger les proches aidants vers les services disponibles (ex.: programme de support psychosocial, APPUI, répit, transport adapté, etc.).

### *G. Responsabilité des intervenants des UCDG face aux recommandations post-hospitalisation*

- Au même titre que l'UCDG a l'obligation de transférer l'information aux intervenants de première ligne, ce service ou programme devrait à son tour donner une rétroaction à la demande reçue et au suivi qui sera donné aux recommandations suggérées.
- Une visite au médecin de famille devrait avoir lieu de façon systématique dans le mois suivant l'hospitalisation en UCDG.

## **6. Discussion**

La communauté de pratique RUSHGQ en est à sa cinquième année d'existence et, à ce moment de son fonctionnement, a trouvé nécessaire d'entreprendre une réflexion sur le cadre de référence du programme UCDG qui remonte déjà à plus de 30 ans. **La mise à jour du cadre de référence relève du MSSS. Cependant il nous est apparu utile d'entreprendre une démarche de consultation pour appuyer sa mise à jour.** Une méthodologie rigoureuse a été développée et a permis de consulter 70 % des responsables des UCDG québécoises. Ces personnes ont répondu à l'appel sur une base volontaire, avec l'appui de leur organisation.

La première partie du processus de consultation consistait en un questionnaire auprès des responsables, servant à mettre à jour les données sur la mission et la clientèle des UCDG. Les principaux constats sont les suivants :

- Bien que la compilation volontaire de données complexes ait été partielle, il faut souligner la grande disponibilité des gestionnaires des UCDG qui ont participé au sondage. Ces informations, juxtaposées à celles issues des banques de données clinico-administratives des organismes gouvernementaux, enrichissent notre compréhension du programme UCDG.
- Au cours des dix dernières années, le nombre d'UCDG et de lits disponibles dans ce programme ont légèrement baissés. Ceci apparaît à contre-courant d'une offre adaptée des soins et services, puisque les données démographiques pour cette période, indiquent une augmentation de plus de 40 % du nombre des personnes âgées dans la population québécoise. On constate aussi que la durée de séjour en UCDG s'est allongée, ce qui ajoute à la pénurie et explique le débordement d'un plus grand nombre de patients suivis par le service de gériatrie hors programme.
- Les critères d'admission n'ont pas changé dans les dernières années. Toutefois, les patients souffrant de troubles cognitifs sont de plus en plus majoritaires, surtout dans les UCDG situées dans les centres hospitaliers à vocation universitaire.

- Parmi les modes d'admission privilégiés i.e. par le service des urgences, par transferts intra/inter hospitalier ou à partir du domicile, seulement un peu plus du tiers des UCDG admettent directement de l'urgence. Cela laisse supposer une absence de consultation à l'urgence par le service de gériatrie dans bien des milieux. Ce qui pourrait expliquer l'hétérogénéité de certaines clientèles admises.
- Les UCDG ont souvent un personnel et un espace physique qu'elles partagent avec un autre programme et peu de contrôle sur la fluidité de leurs lits. Ainsi, on y retrouve des patients en attente de relocalisation, de soins palliatifs ou simplement admis pour y avoir déjà séjourné. Ces situations réduisent l'accès à l'équipe interprofessionnelle spécialisée pour les personnes âgées qui en auraient besoin.

La deuxième partie du processus de consultation a permis aux cliniciens et gestionnaires des UCDG d'établir une vision partagée de la mission et du fonctionnement de leur programme. Ils ont énoncé des critères d'admission et les éléments de contenu d'une systématisation de la planification du congé.

Tel qu'on le retrouve formulé dans le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée hospitalisée, les UCDG offrent des «soins gériatriques spécialisés plus intenses » [8]. Ce programme constitue un lieu d'expertise pour les personnes âgées aux prises avec des situations de santé complexes. De plus, plusieurs UCDG ont une mission d'enseignement, en étant un lieu de formation clinique pour l'enseignement spécialisé aux professionnels et au personnel en soins à la personne âgée fragile. C'est un milieu d'élaboration et de diffusion de critères d'évaluation et d'intervention de qualité à la personne âgée vulnérable. Pour réaliser pleinement cette mission, ces unités continueront de demeurer une ressource spécialisée où toutes les personnes âgées fragiles ne pourront être admises. L'UCDG est un constituant hospitalier important dans le continuum de l'offre de services intégrés, déployée pour répondre aux besoins de santé des personnes âgées. En effet, le développement de services de consultation gériatrique efficace, tant en interne qu'en ambulatoire, contribuera à relever le défi du vieillissement de la population et à contenir son impact massif sur les CHSGS.

Les délégués ont longuement insisté sur la nécessité d'améliorer la communication avec le réseau de soins primaires en développant entre autres choses, un résumé d'hospitalisation qui rende compte de façon plus appropriée pour le patient, de son état de santé, de ses besoins et des recommandations émises au congé. Ils ont également souligné l'importance des contacts, aux diverses étapes du processus clinique, entre les professionnels des instances du réseau qui gravitent autour du patient admis à l'UCDG et qui reçoit son congé.

Les délégués des groupes de discussion régionaux ont mentionné que les éléments suivants pourraient permettre aux UCDG de mieux accomplir leur mission et d'accueillir les patients qui en bénéficient le plus :

- Poursuivre l’implantation de l’AAPÂ dans les hôpitaux du Québec afin d’agir de manière préventive et systématique pour prévenir un déclin fonctionnel et cognitif iatrogénique, donc indu et très souvent difficile à renverser;
- Revoir l’offre de services aux personnes souffrant de symptômes psychologiques et comportementaux sévères associés aux troubles cognitifs majeurs qui transitent par l’hôpital: définir les modes d’interventions, identifier les professionnels et instituer des programmes adaptés pour les évaluer et les traiter et si nécessaire, les héberger;
- Mettre en place des activités efficaces en amont de la salle d’urgence, soit dans les services ambulatoires des hôpitaux et du milieu communautaire et aussi dans les structures d’hébergement (RI, CHSLD, etc.), afin de prévenir les passages évitables aux urgences des hôpitaux. Il faut revoir le continuum de soins et services en fonction des besoins et de cette réponse aux divers sous-groupes de personnes âgées ainsi que les compétences et les capacités d’agir des intervenants dans chacun des programmes du continuum de soins et services;
- Il est essentiel d’inclure des gériatres intéressés et habilités à des activités de gestion dans les comités ou tables de travail qui planifient l’organisation des soins et services aux personnes âgées des nouveaux CISSS et CIUSSS. L’idéal serait que tous les soins et services à la clientèle âgée vulnérable ou en voie de le devenir, soient sous l’égide d’une même direction et que cette structure soit harmonisée dans tous les CISSS et CIUSSS.

## 7. Conclusion

Ce rapport fait état de la situation qui prévaut dans les UCDG du Québec. Le but était de faire le point sur un programme dont le cadre de référence date de plus de trente ans. Il met en lumière l’impact des changements qui se sont opérés dans les dix dernières années au niveau de l’évolution de la démographie et des transformations dans l’architecture du réseau de la santé sur la clientèle admise dans les UCDG.

Des données comparatives à dix ans, touchant la mission et le fonctionnement des UCDG, y sont rassemblées et concernent principalement les critères d’admission et le processus de préparation au congé. Les artisans de ce projet ont utilisé, pour ce faire, deux modes de consultation qui leur apparaissaient les plus pertinents et accessibles selon leurs moyens et connaissances, le sondage par questionnaire informatisé et le groupe de discussion d’experts. Ces informations s’ajoutent à celles déjà disponibles, publiées par des membres du RUSHGQ, portant sur l’évaluation de la qualité des processus de soins et l’intervention interprofessionnelle en UCDG. En ce sens, elles élargissent les connaissances sur ce programme de soins spécialisés pour les personnes âgées hospitalisées.

Nous espérons qu'il saura intéresser les cliniciens, gestionnaires et tout organisme ou direction clinique dédiés à l'évaluation de la qualité des soins et services envers les personnes âgées. Par ailleurs, nous souhaitons sincèrement qu'il soit utile aux décideurs pour qu'ils y puisent les informations nécessaires à la mise à jour du cadre de référence du programme UCDG et pour identifier, par les éléments de réflexion qu'il contient, les pistes de solution afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées hospitalisées.

## 8. Références

1. Institut de la statistique du Québec: **Estimation de la population des régions administratives selon l'âge et le sexe, au 1er juillet des années 1996 à 2014 (découpage géographique au 1er juillet 2014)**: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>; 11 février 2015.
2. Salois R: **Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013**. Québec (Canada): Gouvernement du Québec; 2014.
3. Hustey FM, Meldon SW: **The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients**. *Annals of emergency medicine* 2002, **39**(3):248-253.
4. Elie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F: **Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients**. *Cmaj* 2000, **163**(8):977-981.
5. Fournier C, Lecours C, Gagné M: **Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec**. *Zoom Santé, Institut de la statistique du Québec* 2012, **39**:1-8.
6. Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A, Kergoat MJ: **Short-term geriatric assessment units: 30 years later**. *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):41.
7. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leduc N, Béland F, Leclerc BS, Berg K: **Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche**. Montréal: Centre de recherche. Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2008.
8. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
9. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la Santé. Service des soins aux personnes âgées: **Courte durée gériatrique. Éléments de réflexion et d'orientations**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1986.
10. Dugas M, Kergoat MJ, Paradis J, Prévost G, Provost N, Rocheleau L: **Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2013.
11. Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ): **Inventaire des services spécialisés de gériatrie au Québec. Version du 31 mars 2015**. Montréal (Québec, Canada): RUSHGQ; 2015.
12. Rodriguez C, Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Contandriopoulos AP: **Admission criteria in short-term geriatric assessment units: a Delphi study**. *Can J Public Health* 2003, **94**(4):310-314.
13. Kergoat MJ, Leclerc BS, Leduc N, Latour J, Berg K, Bolduc A: **Quality of care assessment in geriatric evaluation and management units: construction of a chart review tool for a tracer condition**. *BMC Geriatr* 2009, **9**:34.

14. Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants, Institut universitaire de gériatrie de Montréal: **Recommandations sur le fonctionnement des UCDG québécoises. Synthèse des discussions tenues en ateliers (9 octobre 2009: Montréal):** Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2009.
15. Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model.** *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):69.
16. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Beland F, Berg K, Presse N, Tanon A, Bolduc A: **Quality-of-Care Processes in Geriatric Assessment Units: Principles, Practice, and Outcomes.** *J Am Med Dir Assoc* 2012, **13**(5):459-463.
17. Kergoat MJ, Latour J, Presse N, Lebel P, Beland F, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A: **Predictors of quality-of-care processes in geriatric assessment units: toward a better organizational framework.** *J Am Med Dir Assoc* 2012, **13**(8):739-743.
18. Latour J, Kergoat M-J, Vu TTM, Dubé F, Duquette L, Forget C, Fortier C, Regnière M, Saindon M, Bolduc A: **Approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG).** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2013.
19. Champagne G, Provost N, Vu TTM: **Enquête auprès des professionnels des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur l'utilisation des outils cliniques standardisés.** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2014.
20. Kergoat MJ, Gilbert S, Gravel J, Hill J, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Morin M, Papillon-Ferland L, Paré C *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG.** Montréal (Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
21. Barton A, Mulley G: **History of the development of geriatric medicine in the UK.** *Postgrad Med J* 2003, **79**(930):229-234; quiz 233-224.
22. Rubenstein L, Josephson K, Wieland G, English P, Sayre J, Kane R: **Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial.** *N Engl J Med* 1984, **311**(26):1664-1670.
23. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J: **A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients.** *N Engl J Med* 1995, **332**(20):1338-1344.
24. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, Blom JO, Angquist KA: **Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources.** *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**(11):1381-1388.
25. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C *et al*: **A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management.** *N Engl J Med* 2002, **346**(12):905-912.
26. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O: **Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial.** *J Am Geriatr Soc* 2002, **50**(5):792-798.

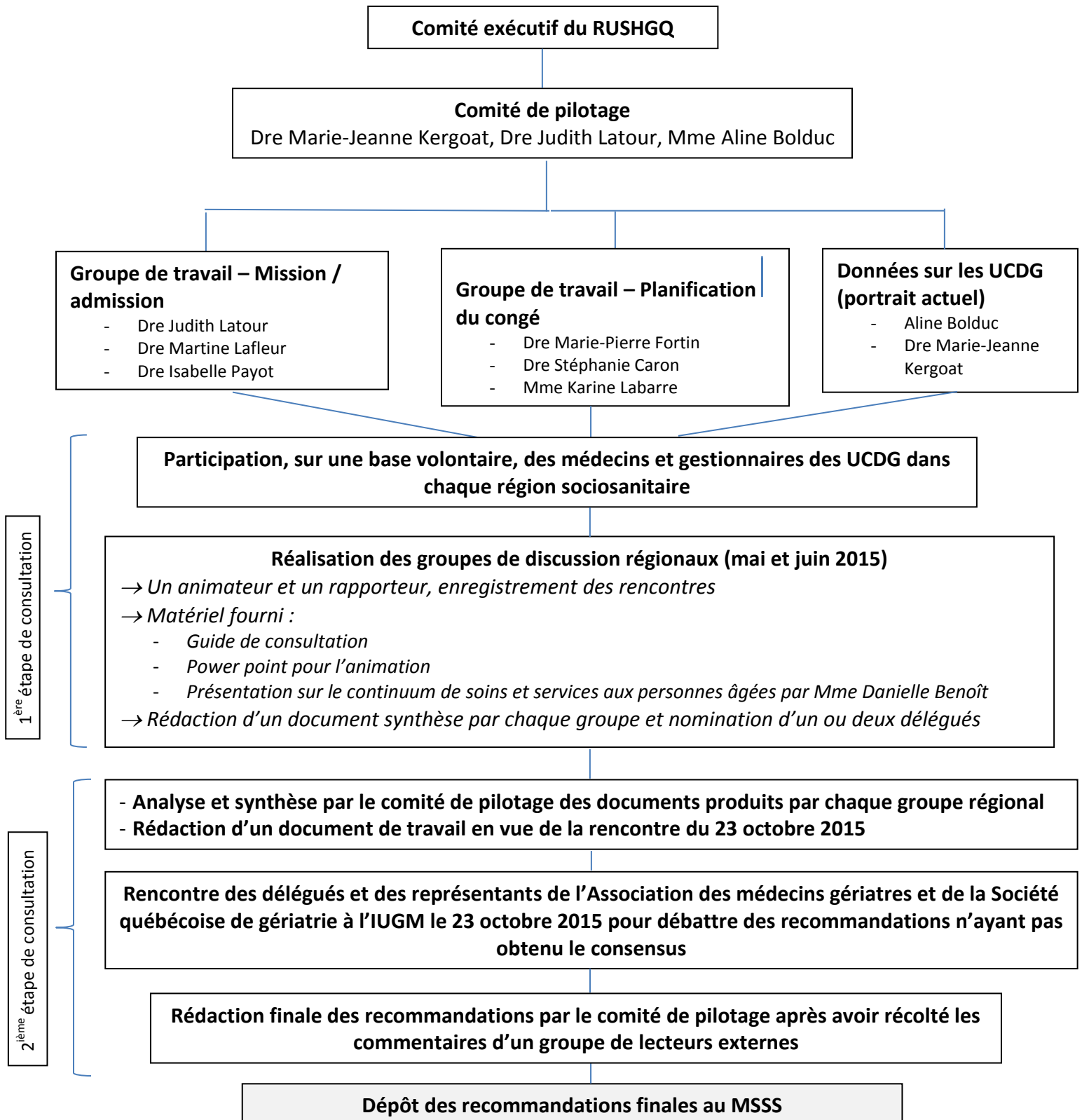
27. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F: **Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis.** *BMJ* 2009, **338**:b50.
28. South Eastern Sydney Illawarra. NSW Health: **Prince of Wales Geriatric Medical Admissions Unit, Business Rules**: South Eastern Sydney Illawarra; 2009.
29. Department of Health. Government of United Kingdom: **National Service Framework for Older People**. London, UK; 2001.
30. Department of Veterans Affairs. Veterans Health Administration: **Geriatric Evaluation and Management (GEM) Procedures**. In: *VHA Handbook*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2010.
31. Lewis D: **Organization Design for Geriatrics: An Evidence Based Approach**: Regional Geriatric Programs of Ontario; 2008.
32. Qualité des services Santé Ontario Observateur de la qualité: **Rapport annuel 2012 sur le système de santé de l'Ontario**. Toronto, Ontario (Canada); 2012.
33. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL: **Discharge planning from hospital to home.** *Cochrane database of systematic reviews* 2013, **1**:CD000313.
34. Registered Nurses' Association of Ontario: **Care Transitions**. Toronto, ON (Canada): Registered Nurses' Association of Ontario; 2014.
35. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID: **Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition.** *Med Care* 2002, **40**(4):271-282.
36. Kennedy L, Neidlinger S, Scroggins K: **Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly.** *Gerontologist* 1987, **27**(5):577-580.
37. Laramée AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P: **Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial.** *Arch Intern Med* 2003, **163**(7):809-817.
38. Moher D, Weinberg A, Hanlon R, Runnalls K: **Effects of a medical team coordinator on length of hospital stay.** *CMAJ* 1992, **146**(4):511-515.
39. Naughton BJ, Moran MB, Feinglass J, Falconer J, Williams ME: **Reducing hospital costs for the geriatric patient admitted from the emergency department: a randomized trial.** *J Am Geriatr Soc* 1994, **42**(10):1045-1049.
40. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M: **Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial.** *Ann Intern Med* 1994, **120**(12):999-1006.
41. Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E: **Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial.** *Int J Qual Health Care* 2005, **17**(1):43-51.
42. Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung MK, Davila-Roman V: **Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study.** *J Gen Intern Med* 1993, **8**(11):585-590.

43. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM: **A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure.** *N Engl J Med* 1995, **333**(18):1190-1195.
44. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L: **Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation.** *Stroke* 2000, **31**(8):1929-1934.
45. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S: **Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study.** *J Gen Intern Med* 2008, **23**(8):1228-1233.
46. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C *et al*: **A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial.** *Ann Intern Med* 2009, **150**(3):178-187.
47. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, Taillandier-Heriche E, Thomas C, Verny M, Pasquet B *et al*: **A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial.** *J Am Geriatr Soc* 2011, **59**(11):2017-2028.
48. Nazareth I, Burton A, Shulman S, Smith P, Haines A, Timberal H: **A pharmacy discharge plan for hospitalized elderly patients--a randomized controlled trial.** *Age Ageing* 2001, **30**(1):33-40.
49. Shaw H, Mackie CA, Sharkie I: **Evaluation of effect of pharmacy discharge planning on medication problems experienced by discharged acute admission mental health patients.** *International Journal of Pharmacy Practice* 2011, **8**(2):144-153.
50. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG: **Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission.** *N Engl J Med* 1996, **334**(22):1441-1447.
51. Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL: **An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning.** *Journal of clinical nursing* 2011, **20**(5-6):754-774.
52. Riesenbergl LA, Leitzsch J, Cunningham JM: **Nursing handoffs: a systematic review of the literature.** *The American journal of nursing* 2010, **110**(4):24-34; quiz 35-26.
53. LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC: **Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review.** *J Am Geriatr Soc* 2010, **58**(4):777-782.
54. Murray LM, Laditka SB: **Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research.** *J Am Med Dir Assoc* 2010, **11**(4):231-238.
55. Ong MS, Coiera E: **A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers.** *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011, **37**(6):274-284.
56. Terrell KM, Miller DK: **Critical Review of Transitional Care Between Nursing Homes and Emergency Departments.** *Annals of Long-Term Care* 2008, **15**(2):33-38.
57. Laugaland K, Aase K, Barach P: **Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence.** *Work* 2012, **41 Suppl 1**:2915-2924.
58. Kerr MP: **A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective.** *J Adv Nurs* 2002, **37**(2):125-134.

59. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW: **The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital.** *Ann Intern Med* 2003, **138**(3):161-167.
60. Beers MH, Sliwkowski J, Brooks J: **Compliance with medication orders among the elderly after hospital discharge.** *Hospital formulary* 1992, **27**(7):720-724.
61. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ: **The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization.** *Am J Med* 2001, **111**(9B):26S-30S.
62. van Walraven C, Seth R, Laupacis A: **Dissemination of discharge summaries - Not reaching follow-up physicians.** *Can Fam Physician* 2002, **48**:737-742.
63. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T: **Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting.** *J Gen Intern Med* 2003, **18**(8):646-651.
64. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, Khan A, van Walraven C: **Adverse events among medical patients after discharge from hospital.** *CMAJ* 2004, **170**(3):345-349.
65. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW: **Adverse drug events occurring following hospital discharge.** *J Gen Intern Med* 2005, **20**(4):317-323.
66. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA: **Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists.** *J Hosp Med* 2007, **2**(5):314-323.
67. Bertrand D: **[Systems of hospital (public and private) and ambulatory care. Structures and principles of rating].** *Rev Prat* 1998, **48**(12):1345-1341.
68. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A: **Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission.** *J Gen Intern Med* 2002, **17**(3):186-192.
69. van Walraven C, Weinberg AL: **Quality assessment of a discharge summary system.** *CMAJ* 1995, **152**(9):1437-1442.
70. de Bels F, Petitprez K: **Guide méthodologique - Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé.** Saint-Denis La Plaine Cedex (France): Haute Autorité de Santé; 2006.
71. Evaluation Research Team: **Data Collection Methods for Program Evaluation: Focus Groups:** Department of Health and Human services. Centers for Diseases Control and Prevention; July 2008.
72. Baribeau C: **L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques.** *Recherches qualitatives* 2010, **29**(1):28-49.
73. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader J, Kahan JP: **The RAND/UCLA appropriateness method user's manual.** Santa Monica: The RAND corporation; 2001.

## 9. Figure

Figure 1. Principales étapes du processus de consultation



## 10. Tableaux

**Tableau 1. Évolution entre 2003-2014 du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus par région sociosanitaire**

Régions sociosanitaires	Valeurs projetées au 1 <sup>er</sup> juillet 2014		
	Population ≥ 65 ans	65 ans et plus par rapport à la population totale	Augmentation des 65 ans et plus 2003-2014
	n	%	%
Bas St-Laurent	43 808	21,9	36,8
Saguenay Lac-St-Jean	53 664	19,3	45,6
Capitale-Nationale (Québec)	138 370	18,9	47,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1 050 855	20,7	41,4
Estrie	61 679	19,3	47,2
Montréal	3 163 366	15,9	14,4
Outaouais	54 479	14,2	58,1
Abitibi-Témiscamingue	24 149	16,3	39,1
Côte-Nord	15 306	16,1	50,5
Nord-du-Québec	3 111	7,0	68,0
Gaspésie/Île-de-la-Madeleine	21 441	23,2	37,0
Chaudières-Appalaches	77 914	18,6	50,5
Laval	68 362	16,2	42,3
Lanaudière	77 532	15,8	70,8
Laurentides	94 236	16,1	71,6
Montérégie	2 504 175	16,6	58,7
<b>Total</b>	<b>14 059 919</b>	<b>17,1</b>	<b>41,6</b>

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques et Statistique Canada (SC), Division de la démographie, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>

**Tableau 2. Liste des 61 UCDG québécoises par région sociosanitaire**

Régions sociosanitaires	Nom de l'établissement <sup>1</sup> (installation)	Nombre de lits au permis
Bas St-Laurent	CSSS de Rivière-du-Loup (Hôpital régional du Grand-Portage)*	8
	CSSS Rimouski-Neigette (Hôpital régional de Rimouski)*	15
Saguenay Lac-St-Jean	CSSS de Jonquière (Hôpital de Jonquière)*	16
	CSSS Domaine-du-Roy (Hôpital de Roberval) *	20
	CSSS Chicoutimi (Hôpital de Chicoutimi)*	14
	CSSS de Lac-St-Jean-Est (Hôpital D'Alma)*	9
	CSSS Maria-Chapdeleine (Hôpital de Dolbeau-Mistassini)*	8
Capitale-Nationale (Québec)	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) *	14
	Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) – CHU de Québec*	40
	Hôpital St-François d'Assise - CHU de Québec*	31
	CSSS de Charlevoix (Hôpital de Baie-St-Paul)*	7
	Hôpital de l'Enfant-Jésus - CHU de Québec*	36
Mauricie et Centre-du-Québec	CSSS de l'Énergie (Hôpital du Centre-de-la-Mauricie) *	14
	CSSS Arthabaska et de l'Érable (Hôtel-Dieu d'Arthabaska) *	24
	CSSS de Trois-Rivières (Centre de santé Cloutier- du Rivage)*	19
	CSSS Drummond (Hôpital Ste-Croix)**	18
	CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska (Centre Christ-Roi) *	10
	CSSS du Haut-St-Maurice (Hôpital de La Tuque)*	5
Estrie	CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) *	40
	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) *	10
	CSSS de Memphrémagog (Hôpital de Memphrémagog)**	9
Montréal	Hôpital St-Luc (CHUM) *	16
	Hôpital Notre-Dame (CHUM) *	20
	Hôpital Général Juif de Montréal*	32
	Hôpital Général de Montréal (CUSM)	15
	CSSS Sud-Ouest-Verdun (Hôpital de Verdun)	62
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont *	25
	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal *	31
	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (Hôp. Notre-Dame-de-la-merci) *	8
	Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) *	28
	CSSS Cœur-de-l'Île (Hôpital Jean-Talon)*	25
	Centre hospitalier St-Mary *	22
Hôpital Général du Lakeshore**	16	

Régions socio-sanitaires	Nom de l'établissement <sup>1</sup> (installation)	Nombre de lits au permis
	Hôpital Santa-Cabrini	18
Outaouais	CSSS de Gatineau (lits répartis sur 2 sites : Hôpital de Hull et Hôpital de Gatineau)	30
Abitibi- Témiscamingue	CSSS des Aurores-Boréales (Hôpital de La Sarre)**	2
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi (Hôpital d'Amos)**	2
	CSSS de la Vallée-de-l'Or (Hôpital de Val d'Or)**	4
Côte-Nord	CSSS de Sept-Îles (Hôpital de Sept-Îles)**	6
Gaspésie/Île-de-la- Madeleine	CSSS du Roché-Percé (Hôpital de Chandler)**	5
	CSSS de la Côte-de-Gaspé (Hôpital de Gaspé)**	5
	CSSS Haute-Gaspésie (Hôpital Ste-Anne-des-Monts)*	4
Chaudières- Appalaches	CSSS Alphonse-Desjardins (Hôtel-Dieu de Lévis)*	20
	CSSS de Montmagny-L'Islet (Hôpital de Montmagny)*	5
	CSSS de Beauce (Hôpital de Saint-Georges de Beauce) *	10
Laval	CSSS Laval (Hôpital Cité-de-la-Santé)*	30
Lanaudière	CSSS du Nord de Lanaudière (Centre hospitalier régional de Lanaudière)*	20
	CSSS du Sud de Lanaudière (Hôpital Pierre – Le Gardeur)*	12
Laurentides	CSSS de St-Jérôme (Hôtel-Dieu de St-Jérôme)*	18
	CSSS d'Antoine-Labelle (Hôpital de Mont-Laurier)	5
Montérégie	CSSS du Haut-St-Laurent (Hôpital Barrie Memorial)	10
	CSSS Pierre-Boucher (Hôpital Pierre-Boucher)*	20
	CSSS de la Pommeraie (Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins)*	9
	CSSS Haute-Yamaska (Hôpital de Granby)*	8
	CSSS Jardins-Roussillon (Centre hospitalier Anna-Laberge)*	13
	CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel)*	10
	CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît)	16
	CSSS Haut-Richelieu-Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)	20
	CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)*	33
	CSSS Champlain – Charles Le Moyne (Hôpital Charles Le Moyne)*	10
	<b>Total</b>	<b>1022</b>

\*UCDG participantes au sondage 2014-2015 du RUSHGQ (cf. méthodologie)

\*\* UCDG non-membres du RUSHGQ au 31 décembre 2015

<sup>1</sup>La loi 10 n'était alors pas encore entrée en vigueur.

**Tableau 3. Disponibilité des lits au permis dans les 61 UCDG pour la population âgée de 65 ans et plus au Québec**

Régions socio sanitaires	Nombre d'UCDG	Nombre de lits au permis UCDG	Ratios lits UCDG / 10 000 pers. ≥ 65 ans <sup>1</sup>
Bas St-Laurent	2	23	5,3
Saguenay Lac-St-Jean	5	67	12,5
Capitale-Nationale (Québec)	5	128	9,3
Mauricie et Centre-du-Québec	7	100	9,5
Estrie	3	59	9,6
Montréal	13	318	9,5
Outaouais	1	30	5,5
Abitibi-Témiscamingue	3	8	3,3
Côte-Nord	1	6	3,9
Gaspésie/Île-de-la-Madeleine	3	14	6,5
Chaudières-Appalaches	3	35	4,5
Laval	1	30	4,4
Lanaudière	2	32	4,1
Laurentides	2	23	2,4
Montérégie	10	149	6,0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>1022</b>	<b>7,3</b>

La région du Nord-du-Québec ne dispose pas de lits d'UCDG et n'a pas été incluse dans le ratio de lits d'UCDG.

<sup>1</sup> Valeurs projetées au 1<sup>er</sup> juillet 2014. Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques et Statistique Canada (SC), Division de la démographie, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>

**Tableau 4. Nombre et composition des participants aux groupes de discussion régionaux**

Région	Nombre d'UCDG participantes	Nombre (%) de participants		
		Total	Médecins	Gestionnaires
Bas St-Laurent / Gaspésie	4	11	3 (27)	8 (73)
Saguenay-Lac-St-Jean	4	7	3 (43)	4 (57)
Capitale Nationale	4	11	6 (55)	5 (45)
Mauricie et Centre-du-Québec	4	7	3 (43)	4 (57)
Etrie	4	7	3 (43)	4 (57)
Montréal	12	19	11 (58)	8 (42)
Laval, Laurentides, Lanaudière, Outaouais	5	10	5 (50)	5 (50)
Chaudières-Appalaches	3	6	3 (50)	3 (50)
Montérégie	5	9	5 (56)	4 (44)
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>87</b>	<b>42 (48)</b>	<b>45 (52)</b>

**Tableau 5. Distribution des UCDG et nombre total d'admissions en fonction de la situation géographique, la taille, l'affiliation universitaire et le profil de soins**

<b>Classification</b>	<b>Nombre (%) (n total = 44 UCDG)</b>	<b>Nombre d'admissions (%) (n total = 38 UCDG)</b>
<b>Situation géographique <sup>1</sup></b>		
• Régions centrales	18 (30,0)	4607 (49,0)
• Régions périphériques des centrales	17 (28,3)	2196 (23,3)
• Régions intermédiaires	18 (30,0)	2560 (27,2)
• Régions éloignées	7 (11,7)	47 (0,5)
<b>Taille</b>		
• ≤ 9 lits au permis	18 (30,0)	756 (8,0)
• 10-15 lits au permis	14 (23,3)	1780 (18,9)
• 16-20 lits au permis	14 (23,3)	2095 (22,3)
• ≥ 21 lits au permis	14 (23,3)	4779 (50,8)
<b>Affiliation universitaire</b>		
• Oui	22 (50,0)	6216 (66,1)
<b>Profils de soins (n=38)</b>		
• Soins aigus/évaluation	8 (21,0)	2506 (26,6)
• Mixte	24 (63,2)	6164 (65,5)
• Réadaptation	6 (15,8)	740 (7,9)

<sup>1</sup> Régions centrales : régions sociosanitaires de Montréal, Capitale-Nationale et Laval; régions périphériques des centrales : régions sociosanitaires de Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides et Montérégie ; régions intermédiaires : régions sociosanitaires du Bas Saint-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie et Outaouais; régions éloignées : régions sociosanitaires de l'Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

**Tableau 6. Caractéristiques des UCDG selon le profil de soins (n= 38)**

Classement	Lits UCDG au permis	Lits UCDG dressés	Adm. /an	Nb Adm. /lits dressés	DMS totale (jours)	DMS excluant période att. hébergement	Soins offerts selon les répondants				Provenance des patients				Profil de soins		
							%				%				%		
							SAE	R	Autres	Détails - autres	U	T-intra	T-inter	E	2003	2013 [10]	2015
<b>Soins aigus / évaluation (n=8)</b>																	
Hôp. Enfant-Jésus	36	36	360	10,0	25	---	75	25	0		87	11	1	2	SAE	SAE	SAE
CH St-Mary	22	24	456	19,0	27	---	75	20	5	Patients d'autres services	94	0	3	2	M	SAE	SAE
Hôp. St-Luc (CHUM)	16	16	275	17,2	26,9	23	70	20	10	Soins palliatifs et hébergement	97	0	0	3	SAE	SAE	SAE
Hôp. Notre-Dame (CHUM)	20	25	285	11,4	34	29	50	25	25	Patients en attente d'hébergement	90	5	0	5	M	M	SAE
Hôp. Sacré-Cœur de Montréal	31	31	518	16,7	21	---	100	0	0		92	7	0	1	M	M	SAE
Hôp. Maisonneuve-Rosemont	25	25	220	8,8	25	25	100	0	0		95	5	0	0	M	M	SAE
Hôp. Général Juif	32	33	392	11,9	27	24	60	30	10	Patients ayant des problèmes sociaux	98	1	0	1	M	R	SAE
CSSS Champlain-Charles-Lemoyne	10	9	---	---	27	15	100	0	0		97	0	3	0	SAE	---	SAE
<b>Mixte (n=24)</b>																	

Classement	Lits UCDG au permis	Lits UCDG dressés	Adm. /an	Nb Adm. /lits dressés	DMS totale (jours)	DMS excluant période att. hébergement	Soins offerts selon les répondants				Provenance des patients				Profil de soins		
							%				%				%		
							SAE	R	Autres	Détails - autres	U	T-intra	T-inter	E	2003	2013 [10]	2015
CSSS Rivière-du-Loup	8	8	92	11,5	---	---	80	0	20	Ajustement médication	0	60	20	20	M	M	M
CSSS Rimouski-Neigette	15	15	151	10,1	28	28	50	50	0		50	40	2	8	M	M	M
CSSS Jonquière	16	10	150	15,0	20	---	75	25	0		0	96	1	3	M	M	M
CSSS Chicoutimi	14	11	150	13,6	30	15	90	10	0		30	0	60	10	---	---	M
CSSS Maria-Chapdeleine	8	8	60	7,5	---	---	60	40	0		20	50	20	10	M	---	M
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)	40	40	502	12,6	36	---	65	0	35	Soins d'hébergement	67	32	1	1	SAE	SAE	M
Hôpital St-François D'Assise	31	31	392	12,7	56	24	58	0	42	80% patients ERV, 20% patients en attente d'hébergement	67	32	0	0	R	R	M
Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ)	14	14	187	13,4	22	---	60	20	20	Patients en attente d'hébergement	47	53	1	0	SAE	SAE	M
CSSS Charlevoix	7	7	84	12,0	30	---	50	50	0		2	90	8	0	R	R	M
CSSS Énergie	29*	29	400	13,8	22	---	50	50	0		10	70	10	10	M	M	M
CSSS Maskinongé	10	10	133	13,3	25	---	60	30	10	Patients en attente de relocalisation	50	0	39	11	M	---	M
CSSS Arthabaska et de	24	24	307	12,8	25	23	75	25	0		7	92	0	0	SAE	M	M

Classement	Lits UCDG au permis	Lits UCDG dressés	Adm. /an	Nb Adm. /lits dressés	DMS totale (jours)	DMS excluant période att. hébergement	Soins offerts selon les répondants				Provenance des patients				Profil de soins		
							%				%				%		
							SAE	R	Autres	Détails - autres	U	T-intra	T-inter	E	2003	2013 [10]	2015
l'Érable																	
CSSS Haut-St-Maurice	5	5	44	8,8	---	---	35	35	30	Déconditionnement physique, changement de milieu de vie	0	98	0	2	M	---	M
CSSS-Institut universitaire de Sherbrooke	40	40	431	10,8	27	24	100	0	0		0	15	85	0	R	R	M
CSSS Cœur-de-l'île	25	26	372	14,3	31	---	75	20	5	3% attente d'hébergement, 2% médecine générale	40	57	0	3	M	M	M
CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (Hôp. Notre-Dame-la-Merci)	8	8	40	5,0	51	---	50	40	10	Patients en attente d'hébergement	0	0	10	90	M	R	M
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	28	18	180	10	30	28	80	20	0		0	33	34	33	M	R	M
CSSS Beauce	10	10	200	20,0	19	---	100	0	0		4	95	0	1	M	SAE	M
CSSS Alphonse-Desjardins	20	20	276	3,8	18	12	100	0	0		50	0	45	5	SAE	M	M
CSSS Laval	30	37	428	11,6	---	26	60	40	0		17	80	0	3	M	M	M
CSSS Sud de Lanaudière	12	12	216	18,0	16	---	70	0	30	Patients en attente d'héber-	9	86	0	5	M	M	M

Classement	Lits UCDG au permis	Lits UCDG dressés	Adm. /an	Nb Adm. /lits dressés	DMS totale (jours)	DMS excluant période att. hébergement	Soins offerts selon les répondants				Provenance des patients				Profil de soins		
							%				%				%		
							SAE	R	Autres	Détails - autres gement	U	T-intra	T-inter	E	2003	2013 [10]	2015
CSSS St-Jérôme	18	19	451	23,7	---	15	95	5	0		5	93	0	2	M	SAE	M
CSSS Pierre-Boucher	20	20	250	12,5	30	---	75	25	0		60	30	5	5	---	M	M
CSSS Pierre-de-Saurel	10	10	---	---	---	---	60	40	0	---	10	90	0	0	---	---	M
<b>Réadaptation (n=6)</b>																	
CSSS Domaine-du-Roy	20	20	---	---	31	---	30	70	0		7	2	91	0	R	R	R
CSSS Lac-St-Jean-Est	9	9	123	13,7	32	32	50	50	0		2	95	0	3	R	---	R
CSSS Trois-Rivières	19	19	176	9,3	---	---	5	65	30	Soins palliatifs et répit dépannage	0	2	93	5	R	R	R
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	10	10	134	13,4	---	---	2	90	8	Médecine générale	32	0	52	16	M	M	R
CSSS Haute-Gaspésie	4	4	47	11,8	22	---	20	80	0		5	80	5	10	R	M	R
CSSS Haute-Yamaska	8	16	260	16,3	23	---	18	80	2	Médecine, attente d'hébergement	12	84	2	2	M	R	R

DMS, durée moyenne de séjour; SAE, soins aigus/évaluation; M, mixte (soins aigus/évaluation et réadaptation); R, réadaptation; U, service des urgences; T-intra, transfert intra hospitalier; T-inter, transfert inter hospitalier; E, électif

\*Les calculs ont été faits avec 29 lits, mais cela inclut 14 lits UCDG, 13 lits d'URFI et 2 lits de débordement

\*\*Déménagement de l'UCDG de l'hôpital Royal-Victoria à l'Hôpital Général de Montréal en mars 2015.



**Tableau 8. Critères d'exclusion détaillés par UCDG**

Critères d'exclusion	Rimouski	Neigette	Rivière du Loup	Domaine du Roy	Lac Saint-Jean Est	Jonquière	Maria Chapdelaine	Chicoutimi	CHUL	Enfant-Jésus	St-François d'Assise	Charlevoix	IUCPQ	Trois-Rivières	Maskinongé	Bécancour	Nicolet	Yamaska	Arthabaska de l'érable	Haut Saint Maurice	IUGS	CHUS	St-Mary's	HMR	Sacré-Coeur	Noire-Dame	Saint-Luc	Noire-Dame de la Merci	Jean-Talon	IUGM	Général Jufif	Sud-Ouest Verdun	Royal Victoria	Gatineau	Haute-Gaspésie	Alphonse Desjardins	Beauce	Montmagny-Lislet	Laval	Lanaudière Sud	Lanaudière Nord	St-Jérôme	Antoine-Labelle	Pommerais	Suroît	Haut-St-Laurent	Haute-Yamaska	Pierre-de-Saurel	Pierre Boucher	Champlain-Charles-Lemoyne	Richelieu-Yamaska	Jardins-Roussilons	TOTAL			
Régions sociosanitaires	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	11	12	12	12	13	14	14	15	15	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16		
Évaluation initiale démontre que l'hébergement est inévitable ou la demande d'hébergement est déjà complétée			1	1	1	1	.	.	1	.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	1	0	0	1	0		R	1	.	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	18
Nécessite soins psychiatriques/suicidaire			1	1	1	.	.	1	.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	1	0	1	0	1		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	16		
Soins palliatifs en fin de vie (<6mois)			1	1	1	1	.	1	.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	1	0	1	0	1		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	16		
Nécessite soins intensifs/chirurgie			1	1	1	1	.	.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	1	0	1	0	1		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	14		
Pas de potentiel fonctionnel			1	1	1	1	.	.	0	1	.	.	0	1	.	.	.	.	.	.	.	1	0	1	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	1	1	0		R	1	.	1	.	.	.	R	.	R	0	.	14			
Moins de 65 ans			1	1	1	1	1	.	1	1	.	1	0	1	.	.	.	.	.	.	.	0	0	1	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	1	.	.	.	R	.	R	0	.	14				
Peut être évalué en externe			1	1	1	.	.	0	1	1	.	1	0	1	.	.	.	.	.	.	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	1	1	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	11				
Personnes aptes qui ne collaborent pas			1	1	1	1	.	.	0	1	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	1	0	1	0	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	1	.	.	.	R	.	R	0	.	11					
Évaluation récente en UCDG			1	.	.	.	.	.	0	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	6					
Mise en charge non permise <50%			1	.	.	.	.	.	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0	0	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	6					
Provenant de CHSLD			1	.	.	.	.	1	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	1	1	0	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	1	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	6					
Démence avancée			1	.	1	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	5						
Troubles sévères de comportement			.	1	1	.	1	.	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	1	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	5					
Isolement			.	1	1	1	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	4						
Instabilité médicale			1	1	1	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	1	0	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	4						
Cas pur de réadaptation			1	1	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	4						
Moins de 75 ans			.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	1	1	0	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	1	R	.	R	0	.	3					
Vient d'une autre région			.	1	.	.	.	.	0	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	3						
Post-op < 7 jours			1	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
Peu de comorbidités et maladie aiguë			.	1	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
Intolérance à l'activité/ ne peut prendre 3 repas au fauteuil			1	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
AVC récent			1	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
Nécessite transfert par 2 pers. ou lève patient			.	1	1	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
Fracture d'un membre supérieur			1	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	2						
Patient contentonné			.	.	.	.	.	.	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	1						
Congé récent d'un autre service			.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	0	0	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	1						
Unipathologie entraînant une perte d'autonomie			.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0		R	1	.	.	.	.	R	.	R	0	.	1						

R= en révision. Un point indique que l'UCDG n'a pas fourni ses critères d'exclusion. Le chiffre «0» indique que l'UCDG n'a pas de critères d'exclusion formels.

**Tableau 9. Volume annuel moyen d'admissions et durée moyenne de séjour en UCDG**

UCDG	N	Volume annuel moyen d'admission par lit au permis	N	Durée moyenne de séjour (jours) <sup>1</sup>
		Moyenne ± écart-type		Moyenne ± écart-type
Soins aigus/évaluation	7	14 ± 4	7	27 ± 4
Mixte	27	12 ± 5	21	29 ± 10
Réadaptation	5	16 ± 9	4	27 ± 5
Universitaire	21	13 ± 4	19	29 ± 10
Non-universitaire	18	13 ± 6	13	27 ± 5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>13 ± 5</b>	<b>32</b>	<b>28 ± 8</b>

Tests statistiques non significatifs ( $p > 0,05$ ) en fonction du profil de soins (Kruskal-Wallis) ou de l'affiliation universitaire (Mann-Whitney).

<sup>1</sup>Durée moyenne de séjour totale i.e. pouvant inclure une période d'attente d'hébergement.

**Tableau 10. Mode d'admission des patients admis en UCDG**

Provenance	UCDG Soins aigus/évaluation (n = 8)	UCDG mixte (n = 24)	UCDG Réadaptation (n = 6)	Univ. (n=20)	Non-Univ. (n=18)	Total (n=38)
	%					
	Moyenne ± écart-type					
Salle d'urgence	94 ± 4 <sup>a</sup>	23 ± 24 <sup>b</sup>	10 ± 12 <sup>b</sup>	52 ± 41*	17 ± 20	36 ± 36
Transfert intra hospitalier	4 ± 4 <sup>a</sup>	54 ± 35 <sup>b</sup>	44 ± 47 <sup>a,b</sup>	23 ± 32**	62 ± 35	42 ± 38
Transfert inter hospitalier	1 ± 1 <sup>a</sup>	14 ± 22 <sup>a,b</sup>	41 ± 44 <sup>b</sup>	17 ± 30	14 ± 24	16 ± 27
Électif	2 ± 2	9 ± 19	6 ± 6	8 ± 20	6 ± 6	7 ± 15

Univ. : universitaire; Non-Univ. : Non-universitaire

Des lettres différentes indiquent une différence significative ( $p \leq 0,05$ ) selon le test Kruskal-Wallis, suivi du test de comparaisons multiples de Dunn.

Test de Mann-Withney : \* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$

**Tableau 11. Orientation des patients au congé de l'UCDG**

Provenance	UCDG Soins aigus /évaluation (n = 6)	UCDG mixte (n = 23)	UCDG Réadap- tation (n = 10)	Univ. (n=21)	Non- Univ. (n=18)	Total (n=39)
%						
Moyenne ± écart-type						
Domicile ou en résidence non-institutionnelle	50 ± 18	60 ± 17	72 ± 15	55 ± 18	67 ± 15*	60 ± 18
Ressources intermédiaires ou en programme d'évaluation pour orientation/hébergement	24 ± 13	13 ± 15	15 ± 19	18 ± 18	12 ± 12	15 ± 15
Centre de réadaptation	4 ± 3	3 ± 4	1 ± 2	3 ± 4	2 ± 3	3 ± 4
Directement en CHSLD	7 ± 6	13 ± 9	7 ± 7	12 ± 10	10 ± 8	11 ± 9
Soins palliatifs	2 ± 3	2 ± 2	1 ± 1	2 ± 2	2 ± 2	2 ± 2
Décédés	7 ± 5 <sup>a</sup>	3 ± 3 <sup>b</sup>	3 ± 1 <sup>a,b</sup>	5 ± 4*	2 ± 2	4 ± 3
Autres	6 ± 6	6 ± 15	0,4 ± 1	6 ± 10	5 ± 15	5 ± 12

Univ. : universitaire; Non-Univ. : Non-universitaire

Des lettres différentes indiquent une différence significative ( $p \leq 0,05$ ) selon le test Kruskal-Wallis, suivi du test de comparaisons multiples de Dunn.

Test de Mann-Withney : \* $p \leq 0,05$

**Tableau 12. Proportion de patients avec atteintes cognitives et symptômes comportementaux et psychologiques associés**

Provenance	UCDG Soins aigus/évaluation	UCDG mixte	UCDG Réadaptation	Univ.	Non-Univ.	Total
%						
Moyenne ± écart-type						
Avec atteintes cognitives de niveau de démence	74 ± 18 (n = 7)	58 ± 25 (n = 23)	60 ± 20 (n = 5)	69 ± 20* (n = 18)	53 ± 24 (n = 17)	61 ± 23 (n = 35)
Avec SCPD	27 ± 21 (n = 6)	24 ± 11 (n = 19)	18 ± 18 (n = 2)	26 ± 14 (n = 15)	23 ± 14 (n = 12)	24 ± 14 (n = 27)

Univ. : universitaire; Non-Univ. : Non-universitaire

Tests Kruskal-Wallis non significatifs ( $p > 0,05$ ) en fonction du profil de soins.

Test de Mann-Whitney : \* $p \leq 0,05$

**Tableau 13. Diagnostics principaux des patients admis en UCDG (n=37)**

Diagnostics principaux	Choix 1	Choix 2	Choix 3	Total
Nombre de fois où l'élément a été rapporté				
Démences/troubles cognitifs/maladie d'Alzheimer de novo	10	13	9	32
Perte d'autonomie/déconditionnement/diminution de l'état général, fatigue/syndrome d'immobilisation	14	9	2	25
Chutes/troubles de mobilité ou équilibre/ troubles musculo-squelettiques	4	5	7	16
Fracture / traumatisme/prothèses de hanches ou genoux / chirurgie orthopédique	1	5	6	12
Delirium	5	2	4	11
Maladie de Parkinson / problèmes neurologiques	1	0	3	4
AVC	2	1	1	4
Troubles de comportement/SCPD	0	1	1	2
Lombosciatalgie	0	1	0	1
Réadaptation fonctionnelle intensive	0	0	1	1
Urgence sociale	0	0	1	1
Pneumonie	0	0	1	1
Polypharmacie	0	0	1	1

Tests statistiques non-applicables.

# 11. Annexes

## Annexe 1. Composition du comité exécutif du RUSHGQ

Nom	Titre
<b>Marie-Jeanne Kergoat, MD (présidente)</b>	Gériatre, Chef du département de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal <a href="mailto:marie-jeanne.kergoat@umontreal.ca">marie-jeanne.kergoat@umontreal.ca</a> , 514-340-2800 poste 3515
<b>Judith Latour, MD</b>	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
<b>Ginette Champagne, MD</b>	Médecin de famille, Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal; Représentante de la Société québécoise de gériatrie
<b>Marie-Pierre Fortin, MD</b>	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec – Université Laval ; Représentante de l'Association des médecins gériatres du Québec
<b>Stéphanie Caron, MD</b>	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CHU de Québec – Université Laval
<b>José A. Morais, MD</b>	Gériatre, Directeur, Division of Geriatric Medicine McGill University, Centre Universitaire de Santé McGill
<b>T.T. Minh Vu, MD</b>	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
<b>Karine Labarre (remplace Mme Lucille Juneau pour 2016)</b>	Lucille Juneau, Directrice, Direction clientèle soins aux aînés et vieillissement CHU de Québec – Université Laval  Karine Labarre, Conseillère-cadre Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec CHU de Québec – Université Laval, Hôpital du Saint-Sacrement
<b>Nicole Provost</b>	Chef de programme des services gériatriques hospitaliers, Hôte-Dieu de St-Jérôme, CISSS des Laurentides
<b>Céline Forget</b>	Chef d'unités gériatrie active et médecine Direction des programmes et services en santé physique Hôpital Pierre Le Gardeur, CISSS de Lanaudière
<b>Hélène Morin (remplace Mme Julie St-Amant pour 2016)</b>	Infirmière-chef UCDG Hôpital-Dieu de Sorel, CISSS de la Montérégie-Est
<b>Christian Cloutier</b>	Chef de service UCDG, cliniques ambulatoires gériatriques et gérontopsychiatrie CSSS de l'Estrie - CHUS
<b>Aline Bolduc (coordonnatrice)</b>	Professionnelle de recherche Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal <a href="mailto:aline.bolduc@criugm.qc.ca">aline.bolduc@criugm.qc.ca</a> , 514-340-2800 poste 2805

## Annexe 2. Liste des participants aux groupes de discussion régionaux

### • BAS-ST-LAURENT/GASPÉSIE :

M. Yan April-Thibodeau	Chef des services gériatriques, CISSS du Bas St-Laurent, Centre hospitalier régional du Grand-Portage
M. Michel Houzell	Chef de service (UCDG/médecine), clinique externe de gériatrie, adjoint DSI par intérim, CISSS du Bas St-Laurent, Centre hospitalier régional de Rimouski
Dre Chantal Paré	Géiatre, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Bas St-Laurent, Centre hospitalier régional de Rimouski
Mme Nicole Marquis	Travailleuse sociale à l'équipe de gériatrie, CISSS de la Gaspésie, Hôpital d'Amqui
Dr Jean Martin	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Bas St-Laurent, Hôpital d'Amqui
Mme Colette Poitras	Infirmière clinicienne à l'équipe de gériatrie, CISSS du Bas St-Laurent, Hôpital d'Amqui
Dre Pascale Fournier	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Bas St-Laurent, Hôpital de Matane
Mme Sylvie Gendron	Infirmière clinicienne dédiée à l'approche adaptée à la personne âgée, CISSS du Bas St-Laurent, Hôpital de Matane
Mme Esther Otis	Directrice du programme de santé physique, CISSS du Bas St-Laurent, Hôpital de Matane
Mme Cathy Bérubé	Directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS du Bas St-Laurent
Mme Paule Langlois	Ergothérapeute, organisation des services gériatriques, CISSS du Bas St-Laurent

### • SAGUENAY-LAC-ST-JEAN :

Dre Élisabeth Gagnon	Géiatre, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi
Mme Stéphanie Therrien	Infirmière de liaison UCDG, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi
Dre Lucie Bouchard	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Jonquière
Mme Chantale Tremblay	Chef du programme médecine, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Jonquière
Dre Sylvie Audet	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Roberval
Mme Mireille Côté	Chef de service UCDG et réadaptation, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Roberval
Mme Josée Côté	Chef de médecine et réadaptation, CISSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital d'Alma

- **QUÉBEC :**

Dre Marie-Ève Côté	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Charlevoix, Hôpital de Baie St-Paul
Mme Julie Huot	Chef d'UCDG, CISSS de Charlevoix, Hôpital de Baie St-Paul
Mme Myriam Simard	Infirmière clinicienne, CISSS de Charlevoix, Hôpital de Baie St-Paul
Dre Mélanie Hains	Gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital Enfant-Jésus
Mme Annie Hubert	Chef d'UCDG, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital Enfant-Jésus
Dre Marie-Pierre Fortin	Gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital Enfant-Jésus
Dre Stéphanie Caron	Gériatre, CHU de Québec – Université Laval, Hôpital Enfant-Jésus
Dr Michel Dugas	Gériatre, Chef du département de gériatrie, CHU de Québec – Université Laval, CHUL
Mme Johanne Moreau	Chef d'UCDG, CHU de Québec – Université Laval, CHUL
Dr Charles Morasse	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Mme Jenny Dumont	Chef d'UCDG, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

- **MAURICIE :**

Dre Julie Bernier	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
Mme Sylvie Loranger	Chef d'UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
M. Daniel Boulay	Chef de programme UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôpital de Nicolet
Dr Sylvain Gamelin	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôpital de Nicolet
Mme Genevieve Frigon	Chef de programme UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Centre de santé Cloutier Durivage
Dre Deborah Monaghan	Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Mme Caroline Tessier	Chef d'UCDG, CISSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Hôtel-Dieu d'Arthabaska tal de Victoriaville

- **ESTRIE :**

Mme Johanne Neveu	Chef d'UCDG, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, CHUS
-------------------	--

Dr Serge Brazeau	Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, CHUS
Mme Julie Perras	Chef d'unité, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
Dre Déborah Andriuk	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
Mme Chantale Verville Dr Guy Lacombe	Chef d'unité, CIUSSS Montérégie-Ouest, Hôpital de Granby Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
M. Jacques Thibault	Chef d'unité, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

- **MONTRÉAL :**

Dr Shek Fung	Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Centre hospitalier St-Mary
Mme Manon Allard	Gestionnaire de programme Cancérologie et Gériatrie, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Centre hospitalier St-Mary
Mme Hélène Deslandes	Assistante infirmière-chef UCDG, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Centre hospitalier St-Mary
Mme Rita Di Girolamo	Chef d'unité Médecine gériatrique et Clinique externe Gériatrie, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Général Juif de Montréal
Dre Nadine Larente	Gériatre, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Lakeshore et Centre Universitaire de santé McGill
Dre Judith Latour	Gériatre, Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Dr T.T. Minh Vu	Gériatre, Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Mme Magdalena Blaise	Chef d'unité UCDG, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Santa-Cabrini
Mme Karine Roy	Responsable du programme clientèle, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Dre Louise Fugère	Médecin de famille en soins aux personnes âgées, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Dre Ginette Champagne	Médecin de famille en soins aux personnes âgées, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital-Notre-Dame-de-la-Merci
Mme Danièle Brassard	Adjointe à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dre Geneviève Jacob	Médecin de famille en soins aux personnes âgées, médecin responsable UCDG, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Marie-Théoline Nérestant	Chef d'unité UCDG, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Dr Claude Lachance	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Jean-Talon
Mme Lise Fortin	Chef d'unité de soins et des programmes d'évaluation, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Jean-Talon
Dre Diana Cruz	Médecin de famille en soins aux personnes âgées, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Dre Nicole Beaudry	Médecin de famille en soins aux personnes âgées, responsable médical de l'UCDG, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital de Verdun
Dr José Morais	Gériatre, Chef du service de gériatrie, Centre universitaire de santé McGill
Dre Marie-Jeanne Kergoat	Gériatre, Chef du département de médecine spécialisée, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

- **LAVAL/LAURENTIDES/LANAUDIÈRE/OUTAOUAIS :**

Dre Le Uyen Anh Hoang	Médecin de famille, co-responsable médical de l'UCDG, CISSS de Laval, Hôpital Cité-de-la-Santé
Dre Chantal Rondeau	Médecin de famille, co-responsable médical de l'UCDG, CISSS de Laval, Hôpital Cité-de-la-Santé
M. Michel Monté	Chef d'unité UCDG, CISSS de Laval, Hôpital Cité-de-la-Santé
Dre Lucille Dufresne	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Lanaudière, CH régional de Lanaudière
Mme Laure-Élie Laramée	Gestionnaire UCDG, CISSS de Lanaudière, CH régional de Lanaudière
Mme Céline Forget,	Gestionnaire UCDG, CISSS de Lanaudière, Hôpital Pierre-Le Gardeur
Dre Pacita Rodriguez	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Lanaudière, Hôpital Pierre-Le Gardeur
Dre Chantal Laquerre,	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Gatineau, Hôpital de Hull
Mme Kim Morin	Gestionnaire UCDG, CISSS de Gatineau
Mme Nicole Provost	Gestionnaire UCDG, CISSS des Laurentides, Hôtel-Dieu de St-Jérôme

- **CHAUDIÈRE-APPALACHES :**

Mme Valérie Roy	Chef d'unité de soins infirmiers de l'UCDG, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis
Dre Isabelle Thivierge	Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis
Dre Josée Vocelle	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de St-Georges-de-Beauce
Mme Sonia Simard	Directrice SAPA, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de St-Georges-de-Beauce
Dr André Doiron	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de Montmagny
Mme Mireille Chouinard	Assistante en soins infirmiers UCDG, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de Montmagny

• **MONTÉRÉGIE :**

Dr Sebastien Bisson	Gériatre, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital Charles Le Moyne
Mme Marguerite Lindsay	Chef d'Unité, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital Charles Le Moyne
Dr Frederick Savaria	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital du Haut Richelieu
Dre Gertraud Herzog	Gériatre, CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital du Haut Richelieu
Mme Christine Leboeuf	Coordinatrice des services de maintien à l'autonomie, CISSS de la Montérégie-Ouest, Hôpital Anna-Laberge
Dr Mathias Clavel	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Montérégie-Est, Hôtel-Dieu de Sorel
Mme Julie St-Amant	Chef d'Unité, CISSS de la Montérégie-Est, Hôtel-Dieu de Sorel
Dre Florina Son	Médecin de famille, responsable médical de l'UCDG, CISSS de la Montérégie-Ouest, Hôpital du Suroît
Mme Catherine Houle	Coordinatrice gériatrie active, CISSS de la Montérégie-Ouest, Hôpital du Suroît

**Les responsables médico-administratifs des lits d'UCDG dans les 18 installations suivantes n'ont pas participé aux groupes de discussion régionaux :**

- Hôpital de Dolbeau-Mistassini (CISSS Saguenay-Lac-St-Jean)
- Hôpital St-François d'Assise (CHU de Québec)
- Hôpital Ste-Croix à Drummondville (CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec)
- Centre de services Avellan-Dalcourt à Louiseville (CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec)
- Hôpital de La Tuque (CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec)
- Hôpital de Memphrémagog (CIUSSS de l'Estrie -CHUS)

- Hôpital du Lakeshore (CUSM)
- Hôpital de La Sarre (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)
- Hôpital D'Amos (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)
- Hôpital de Val-D'Or (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)
- Hôpital de Chandler (CISSS de la Gaspésie)
- Hôpital de Sept-Îles (CISSS de la Côte-Nord)
- Hôtel-Dieu de Gaspé (CISSS de la Gaspésie)
- Hôpital de Ste-Anne-des-Monts (CISSS de la Gaspésie)
- Hôpital de Mont-Laurier (CISSS des Laurentides)
- Hôpital Barrie-Memorial (CISSS de la Montérégie-Ouest)
- Hôpital Pierre-Boucher (CISSS de la Montérégie-Est)
- Hôpital Honoré-Mercier (CISSS de la Montérégie-Est)

### **Annexe 3. Questions soumises aux responsables clinico-administratifs lors des consultations régionales**

Les questions 1 et 2 concernent la mission et les critères d'admission.

#### **1) Selon les besoins des personnes âgées de votre région, quels seraient les patients qui bénéficieraient le plus de l'expertise de votre équipe UCDG durant les 5 prochaines années ?**

Sous-questions :

- a. Faudrait-il limiter l'accès aux patients de 75 ans et plus (les personnes plus jeunes seraient des exceptions) ?
- b. Qu'entend-t-on par instabilité médicale, est-ce une raison d'admission ou d'exclusion ?
- c. Est-ce que les patients présentant des SCPD modérés à sévères devraient être admis ou exclus du programme UCDG ?
- d. Faut-il admettre les patients qui sont connus de l'UCDG (cas d'appartenance) ?
- e. Faut-il s'occuper des patients en ressources intermédiaires ?
- f. Faut-il admettre les patients qui ont eu une évaluation récente multiprofessionnelle dans un autre milieu (hôpital de jour, équipe de soutien à domicile) chez qui les diagnostics ont été posés, les interventions faites et qui présentent un nouvel incident qui ne modifie pas le profil fonctionnel à moyen terme (ex. : infection pulmonaire) si l'approche adaptée est mise en place ?
- g. Est-ce que les cas considérés d'URFI mais qui sont exempt d'AVC et fracture de hanche (par ex. déconditionnement, fracture du bassin, vertébrale etc.) devraient être admis ou exclus du programme UCDG ?
- h. Est-ce que les patients dans une situation d'urgence sociale devraient être admis ou exclus du programme UCDG ?
- i. Quels seraient les patients qui ne devraient pas être admis à votre UCDG mais que vous admettez quand même ? Expliquer pourquoi vous devez les admettre.

#### **2) Quel mode d'admission à l'UCDG devrait-on privilégier ?**

Sous-questions :

- a. Est-ce que les UCDG devraient cesser d'admettre les patients par le service des urgences ?
- b. Quel devrait être la proportion maximale des lits occupés par les patients en attente d'hébergement, de ressources intermédiaires ou de soins palliatifs ?
- c. Quels sont les programmes qui ne devraient pas être jumelés avec l'UCDG ?
- d. Est-ce que les situations de débordement à long terme devraient être acceptées ?
- e. Est-ce que l'implantation de l'AAPÂ à l'hôpital a modifié la clientèle et la mission de votre UCDG ? Expliquer votre réponse.

**Les questions 3 à 7 concernent l'organisation et la planification du congé.**

**Pendant l'hospitalisation :**

**3) Quels sont les déterminants de l'hospitalisation optimisant la préparation du congé?**

Sous questions :

- a. Quel devrait être le délai à favoriser pour l'implication des différents professionnels afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter les prolongations indues d'hospitalisation ?
- b. Devrait-on systématiquement prendre contact et dans quel délai avec les intervenants de la première ligne (médecin traitant, services à domicile) à l'arrivée d'un patient à l'hôpital, et ce pour faire venir toutes les conclusions des évaluations gériatriques antérieures faites ?
- c. Quelle devrait être la fréquence des réunions interprofessionnelles pour optimiser la planification du congé ?
- d. Quelle devrait être la durée minimale de la présence médicale continue (rotation) pour favoriser la continuité des soins ?
- e. À quel moment devrions-nous parler du départ avec le patient et/ou ses proches aidants ?
- f. Que pensez-vous du travail du professionnel de liaison (TS, TSR, etc.) dans l'élaboration des plans de congé des patients (duplication ? fluidité ?) ?

**Au moment du départ :**

**4) Quelles devraient être les informations minimales à inclure dans le résumé d'hospitalisation?**

Sous questions :

- a. Devrions-nous créer un résumé d'hospitalisation gériatrique standardisé ?
- b. Les informations concernant le niveau d'intervention/niveau de soins sont-elles transmises adéquatement aux intervenants de la première ligne ?
- c. Comment concilier les nombreux documents complétés au moment du congé du patient pour éviter les duplications (résumé d'hospitalisation, OEMC, CTMSP, DSIE, etc.) ?

**5) Comment peut-on améliorer la communication avec les intervenants de la première ligne, le milieu de réadaptation ou le milieu de vie du patient?**

Sous questions :

- a. Qui devrait être la personne qui coordonne le départ ?
- b. Qui devrait assurer la coordination et la vérification de la compréhension du patient, des proches aidants et des intervenants de la prescription médicamenteuse ?
- c. Quels sont les meilleurs moyens pour impliquer le patient et ses proches aidants dans la planification du congé pour favoriser le suivi des recommandations, entre autre pour

éviter la mauvaise observance ou les risques d'erreurs au niveau de la prise de la médication ?

- d. Devrait-on créer un canevas de départ standardisé des recommandations pour les patients et leurs proches aidants ?
- e. Est-ce que les intervenants de la première ligne devrait-êtré impliqués en intra hospitalier dans la préparation du départ ?

### **SUIVI POST-HOSPITALISATION**

#### **6) Comment pourrait-on améliorer les délais de prise en charge de nos patients par les intervenants de la première ligne ?**

Sous questions :

- a. Comment faire pour éviter les doubles évaluations (ex. : en ergothérapie à l'hôpital et à domicile) ?
- b. Y-a-t-il des corridors de services à mettre en place entre les UCDG et certains services à domicile/milieus ambulatoires ?
- c. Est-ce que les patients à risque sont bien priorisés par la première ligne dans votre milieu ?
- d. Quels types de services pourraient être créés pour les aidants naturels qui maintiennent à domicile des patients ?

#### **7) Quels sont les responsabilités des intervenants des UCDG dans la prise en charge des recommandations post-hospitalisation ?**

Sous-questions :

- a. Devrions-nous développer des mécanismes de suivi post-hospitalisation pour optimiser la prise en charge des recommandations (appels téléphoniques etc.) ?
- b. Comment identifier et suivre adéquatement les patients à haut risque de réadmission ?

Il est possible de faire d'autres commentaires sur des éléments qui vous préoccupent concernant le programme UCDG. Ces commentaires seront compilés séparément des réponses aux questions proposées.

## Annexe 4. Résultats détaillés du degré d'accord et du caractère approprié des propositions de recommandations auprès des responsables médico-administratifs des UCDG

Note : La formulation des recommandations dans cette section a été laissée telle que soumise aux responsables des UCDG lors du processus de consultation. La version finale des recommandations est celle présentée à la section 5.

1. Le patient qu'on doit admettre en UCDG est celui qui lors d'une maladie aiguë ou d'une décompensation d'une ou de plusieurs de leurs maladies chroniques ne peut pas être évalué et traité à domicile ni dans d'autres structures que l'hôpital.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	76,5	5,9	17,6	6,85/2	ATTEINT

2. Le patient qu'on doit admettre en UCDG est âgé de 75 ans et plus et présente un profil gériatrique\*, avec une situation de santé décrite comme complexe.

\* personnes généralement âgées de 75 ans et plus, porteuses de maladies chroniques sévères ou multiples entraînant des épisodes de décompensation aiguë et des incapacités fonctionnelles. Une grande proportion d'entre elles présente un problème de communication, le plus souvent associé à des troubles cognitifs. Elles présentent très souvent des problèmes au niveau de l'équilibre ou de la mobilité. Leur réseau de soutien social est fortement sollicité et souvent incapable de répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ces personnes sont de grandes utilisatrices du réseau de la santé car elles nécessitent un éventail de soins et services, tant communautaires qu'institutionnels

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	73,5	13,2	13,2	6,85/2	NON-ATTEINT

3. Le patient qu'on doit admettre en UCDG a une présentation clinique qui associe le plus souvent un syndrome gériatrique, des limitations fonctionnelles ou cognitives, une polymorbidité et une polymédication.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	94,1	1,5	4,4	7,60/1	ATTEINT

4. Le patient qu'on doit admettre en UCDG présente une condition qui a un potentiel de réversibilité et qui peut bénéficier de l'intervention de l'équipe interprofessionnelle.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	82,4	1,5	16,2	7,60/1	ATTEINT

5. Les personnes âgées de 65 à 75 ans ayant un profil similaire (cf. recommandations 1 à 4) constitueraient des admissions possibles laissées au jugement clinique du médecin évaluateur.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	80,9	5,9	13,2	7,60/1	ATTEINT

6. Les patients médicalement instables i.e. hémodynamiquement instables en raison d'une défaillance aiguë d'un organe vital avec pronostic incertain (ex. : insuffisance rénale, cardiaque, pulmonaire ou qui requiert des soins médicaux invasifs tels qu'une chirurgie, une angioplastie, une ventilation non-invasive, etc.) ou nécessitant des soins intensifs ne devraient pas être admis en UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	1,5	7,4	8,35/0	ATTEINT

7. Les conditions médicales aiguës ou subaiguës ne sont pas d'emblée un critère d'exclusion dans les UCDG en autant que le patient soit accessible pour un début d'évaluation et /ou de réadaptation à court terme et que l'UCDG dispose du personnel approprié.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	88,2	0	11,8	7,60/1	ATTEINT

8. Pour une admission en UCDG, est-ce que les situations cliniques suivantes répondent à la notion d'instabilité médicale et constitue un motif de refus d'admission en UCDG ?

a. Patients nécessitant une thérapie antibiotique intraveineuse

Répondant (n)	Instabilité clinique (oui) (%)	Instabilité clinique (non) (%)	Consensus	Répondant (n)	Motif de refus d'admission en UCDG (oui) (%)	Motif de refus d'admission en UCDG (non) (%)	Consensus
65	18,5	81,5	ATTEINT	66	3,0	97,0	ATTEINT

b. Patients en télémétrie

Répondant (n)	Instabilité clinique (oui) (%)	Instabilité clinique (non) (%)	Consensus	Répondant (n)	Motif de refus d'admission en UCDG (oui) (%)	Motif de refus d'admission en UCDG (non) (%)	Consensus
65	52,3	47,7	NON-ATTEINT	65	41,5	58,5	NON-ATTEINT

c. Patients en post-opératoire immédiat

Répondant (n)	Instabilité clinique (oui) (%)	Instabilité clinique (non) (%)	Consensus	Répondant (n)	Motif de refus d'admission en UCDG (oui) (%)	Motif de refus d'admission en UCDG (non) (%)	Consensus
63	85,2	14,8	ATTEINT	64	87,5	12,5	ATTEINT

d. Incertitude diagnostique avec possibilité de chirurgie ou de soins palliatifs

Répondant (n)	Instabilité clinique (oui) (%)	Instabilité clinique (non) (%)	Consensus	Répondant (n)	Motif de refus d'admission en UCDG (oui) (%)	Motif de refus d'admission en UCDG (non) (%)	Consensus
64	54,7	45,3	NON-ATTEINT	66	51,5	48,5	NON-ATTEINT

e. Patients avec une pathologie dominante (admettre alors dans le service concerné), par exemple, insuffisance cardiaque très sévère

Répondant (n)	Instabilité clinique (oui) (%)	Instabilité clinique (non) (%)	Consensus	Répondant (n)	Motif de refus d'admission en UCDG (oui) (%)	Motif de refus d'admission en UCDG (non) (%)	Consensus
64	75,0	25,0	ATTEINT	66	66,7	33,3	NON-ATTEINT

9. Lorsque le patient rencontre les critères d'admission en UCDG, la présence de SCPD légers ou modérés n'est pas un critère d'exclusion.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	1,5	2,9	8,35/0	ATTEINT

10. Les UCDG disposant d'un personnel formé et d'espaces physiques suffisants pour permettre l'aménagement d'une section réservée devraient admettre des patients présentant comme motif d'admission des SCPD.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	67,7	10,3	22,1	6,10/3	NON-ATTEINT

11. Le patient dont la seule raison de consultation est le besoin de gestion de SCPD ne devrait pas être admis à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7	52,9	16,2	30,9	5,35/4	NON-ATTEINT

12. Le patient qui met sa propre sécurité en danger ou celle des autres patients de l'unité (i.e. SCPD sévères) ne devrait pas être admis en UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	73,5	5,9	20,6	6,85/2	NON-ATTEINT

13. Le fait d'avoir séjourné à l'UCDG n'est pas en soi un motif de réadmission dans ce programme.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

14. Si une instabilité médicale amène un patient à être réadmis, il devrait aller sur l'unité visée par le nouvel événement avec une approche adaptée (AAPÂ).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

15. Une complication en lien avec les suites d'une hospitalisation en UCDG est un critère de réadmission à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7	58,8	16,2	25,0	5,35/4,0	NON-ATTEINT

16. Le patient hébergé en soins de longue durée (CHSLD) ne doit pas être admis en UCDG car son motif de transfert est essentiellement pour une condition de sante aigüe.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	85,3	1,5	13,2	7,60/1	ATTEINT

17. Le patient hébergé en CHSLD peut bénéficier de l'opinion de la gériatrie pour des problèmes spécifiques (ex.: détermination du niveau de soins, gestion du delirium, etc.), ceci doit se faire sous un mode de consultation.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	4,4	4,4	7,68/0,9	ATTEINT

18. Le patient en RI réside dans des structures peu pourvues en ressources professionnelles spécialisées, s'il rencontre les critères d'admission, il devrait être admis à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	4,4	4,4	7,68/0,9	ATTEINT

19. Il serait plus optimal d'évaluer les patients des RI sur une base externe pour des problèmes de mobilité ou de comportement, conjointement avec le médecin et l'équipe soignante des RI.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	4,4	4,4	7,60/1	ATTEINT

20. Le patient qui a eu une évaluation récente multiprofessionnelle dans un autre milieu (hôpital de jour, équipe de soutien à domicile), chez qui les diagnostics ont été posés, les interventions faites et qui présentent un nouvel incident qui ne modifie pas le profil fonctionnel à moyen terme (ex. : infection pulmonaire) ne devrait pas être admis en UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	1,5	5,9	8,35/0	ATTEINT

21. Un cas considéré de réadaptation ou de «convalescence» (par ex. déconditionnement, fracture du bassin, vertébrale, etc.) devrait être admis en UCDG si la consultation en gériatrie au service des urgences permet de suspecter un syndrome gériatrique sous-jacent à évaluer de façon urgente.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	85,3	7,4	7,4	7,60/1	ATTEINT

22. Qu'ils soient admis ou non en UCDG, la plupart de ces patients (cf. recommandation précédente) devraient être référés en UTRF ou réadaptation en dedans de 7 jours.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	1,5	7,4	7,60/1	ATTEINT

23. Le patient à héberger d'urgence doit être exclu des UCDG car son profil fonctionnel et son orientation ne seront pas modifiés par l'évaluation interprofessionnelle.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	88,2	1,5	10,3	8,35/0	ATTEINT

24. Les ordonnances d'hébergement devraient majoritairement être effectuées par le réseau communautaire. Ce sont les intervenants à domicile qui connaissent le mieux le patient et qui peuvent démontrer les risques quant à la sécurité.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	1,5	11,8	7,60/1	ATTEINT

25. Pour les situations sociales non réglées en externe par le réseau communautaire, le patient sera évalué au service des urgences et vu au besoin par le service de gériatrie, et sera ensuite admis selon la disponibilité des lits en dehors de l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	72,1	11,8	16,2	7,60/1	NON-ATTEINT

26. Quel est votre degré d'accord, sur une échelle de 1 à 9 (1= totalement en DÉSAccord...5= INDÉCIS...9= totalement en ACCORD), avec le fait que les clientèles suivantes ne correspondent pas aux critères d'admission en UCDG ?

- a. patient avec problématique psychiatrique connue qui décompense et n'est plus admis en psychiatrie à cause de son âge

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	7,4	5,9	8,35/0	ATTEINT

b. patient âgé souffrant d'une déficience intellectuelle qu'on confond avec un profil gériatrique

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	76,1	7,5	16,4	7,60/1	ATTEINT

c. patient alcoolique âgé référé à répétition pour des évaluations d'aptitude

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	83,8	10,3	5,9	7,60/1	ATTEINT

d. patient de gérontopsychiatrie sans SCPD (ex.: dépression psychotique) qui n'a pas accès à des soins appropriés

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	76,5	7,4	16,2	7,60/1	ATTEINT

e. patient âgé nécessitant des soins de fin de vie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	79,4	16,2	4,4	7,60/1	ATTEINT

f. patient en attente d'hébergement qui nécessite un milieu adapté (ex: patient errant nécessitant milieu avec porte codée) ou un personnel adapté (ex: patient avec SPCD qui répond à une approche non-pharmacologique déjà établie)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	80,9	10,3	8,8	7,60/1	ATTEINT

g. patient souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques graves et invalidantes, irréversibles entraînant un état de dépendance

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	77,9	7,4	14,7	6,85/2	ATTEINT

**h. patient en attente d'URFI et d'UTRF pour des traumatismes ou des douleurs aiguës**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	64,2	14,9	20,9	6,10/3	NON-ATTEINT

**i. patient dont le retour à domicile est un échec**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	72,1	10,3	17,6	6,85/2	NON-ATTEINT

**27. La majorité des patients admis en UCDG devrait provenir du service des urgences afin d'amorcer l'approche le plus rapidement possible et éviter la duplication des évaluations.**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7,5	64,7	8,8	26,5	6,10/3	NON-ATTEINT

**28. Tout patient admis en UCDG en provenance du service des urgences aura d'abord été évalué et accepté par un médecin de gériatrie.**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	94,1	0	5,9	8,35/0	ATTEINT

**29. La majorité des patients devrait être admis à l'UCDG par transfert pour éviter l'admission de patients trop médicalement instables ou qui récupèrent rapidement de leur syndrome gériatrique avec le traitement de la maladie aiguë.**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	7	56,7	23,9	19,4	4,60/3	NON-ATTEINT

**30. L'admission par le service des urgences ou par transfert doit continuer à dépendre du fonctionnement de l'hôpital et de la disponibilité médicale.**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	76,1	10,5	13,4	6,85/2	ATTEINT

31. Idéalement, aucun lit ne devrait être occupé par les patients en attente d'hébergement, de ressources intermédiaires ou de soins palliatifs. Dans la réalité, une proportion allant jusqu'à 5% est jugée tolérable.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	89,7	5,9	4,4	8,35/0	ATTEINT

32. Idéalement, l'UCDG ne devrait pas partager son personnel et son environnement physique avec un autre programme.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	85,3	4,4	10,3	7,60/1	ATTEINT

33. Quel est votre degré d'accord, sur une échelle de 1 à 9 (1=totalement en DÉSACCORD...5 = INDÉCIS...9=totalement en ACCORD) avec le fait que les programmes suivants NE DEVRAIENT JAMAIS ÊTRE JUMELÉS avec le programme UCDG ?

a. Unité où l'on regroupe les patients en isolement (ERV, SAMR)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	76,5	16,2	7,4	7,60/1	ATTEINT

b. Unité d'AVC

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	6	48,5	14,7	36,8	5,28/3,9	NON-ATTEINT

c. Cardiologie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8,5	76,5	7,4	16,2	6,85/2	ATTEINT

#### d. Pneumologie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	72,1	8,8	19,1	6,85/2	NON-ATTEINT

#### e. Gastroentérologie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	79,1	4,5	16,4	6,85/2	ATTEINT

#### f. Gynécologie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	89,7	7,4	2,9	8,35/0	ATTEINT

#### g. Orthopédie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
66	8,5	74,2	6,1	19,7	6,85/2	NON-ATTEINT

#### h. Soins palliatifs

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
66	9	66,7	7,6	25,8	6,10/3	NON-ATTEINT

#### i. Obstétrique

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	92,5	7,5	0	8,35/0	ATTEINT

j. Pédiatrie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	94,0	6,0	0	8,35/0	ATTEINT

k. Psychiatrie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	82,1	10,5	7,5	8,35/0	ATTEINT

34. Quel est votre degré d'accord, sur une échelle de 1 à 9 (1=totalement en DÉSACCORD...5=INDÉCIS...9=totalement en ACCORD), avec le fait que les programmes/clientèles suivants SONT COMPATIBLES avec le programme UCDG ?

a. Médecine interne

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	6	48,5	17,7	33,8	3,85/2	NON-ATTEINT

b. Médecine familiale

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7	67,7	13,2	19,1	5,35/2	NON-ATTEINT

c. Patients en attente d'hébergement

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	6	44,1	29,4	26,5	3,10/3	NON-ATTEINT

d. Gérontopsychiatrie

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7	58,8	8,8	32,4	4,60/3	NON-ATTEINT

e. Unité transitoire d'hébergement

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	7	51,5	26,5	22,1	3,93/3,9	NON-ATTEINT

f. Unité prothétique ou spécifique

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	5	38,2	32,4	29,4	2,35/4	NON-ATTEINT

35. Le débordement à long terme de l'UCDG est une situation qui ne doit pas être tolérée.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	94,1	0	5,9	8,35/0	ATTEINT

36. Les situations de débordement de l'UCDG devraient être analysées et des solutions pérennes pour les enrayer doivent être trouvées.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

37. Pour éviter les situations de débordement, il faut resserrer les critères d'admission à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	72,1	14,7	13,2	6,85/2	NON-ATTEINT

38. Pour éviter les situations de débordement de l'UCDG, il faut augmenter l'efficacité des équipes (ex. travail interprofessionnel 7 jours sur 7).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	8	79,4	4,4	16,2	6,85/2	ATTEINT

39. Pour éviter les situations de débordement, il faut orienter vers d'autres programmes les patients de l'UCDG en fin de soins actifs.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	2,9	10,3	8,35/0	ATTEINT

40. Le processus de l'AAPÂ doit être implanté au service des urgences et dans tous les services de médecine et chirurgie (où sont concentrés les patients de 75 ans et plus).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

41. Des agents de changement (mise en poste) doivent être sur place pour assurer l'implantation de l'AAPÂ et sa pérennité.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

42. Une équipe de consultation en gériatrie doit être disponible dans tous les CHSGS pour soutenir le processus d'évaluation de la clientèle de 65 ans et plus hospitalisée.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	89,7	1,5	8,8	8,35/0	ATTEINT

43. Une grande partie de l'évaluation médicale et de celle du personnel de liaison (travailleur social, infirmière de clientèle, infirmière de liaison) doit être faite dans les premières 24 heures et optimalement dès le service des urgences.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	1,5	2,9	8,35/0	ATTEINT

44. Le physiothérapeute devrait se prononcer dès l'admission à l'UCDG sur le mode de transfert et de déplacement du patient pour guider le travail du personnel soignant.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	2,9	4,4	8,35/0	ATTEINT

45. Dans les UCDG où les consultations aux professionnels sont systématiques, les professionnels doivent débiter l'évaluation au plus tard dans les 48 heures ouvrables suivant l'admission à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	5,9	7,4	7,68/0,9	ATTEINT

46. Dans les UCDG où les consultations aux professionnels se font sur demande, l'évaluation des professionnels doit débiter dans les 48 heures ouvrables suivant la requête médicale.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	1,5	5,9	8,35/0	ATTEINT

47. Le personnel de liaison du service des urgences doit contacter l'équipe de soin à domicile (SAD) pour leur demander les évaluations pertinentes faites antérieurement.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	1,5	0	8,35/0	ATTEINT

48. À défaut d'un contact au service des urgences, les demandes des évaluations pertinentes faites antérieurement doivent être faites dans les 24 heures ouvrables par le personnel de liaison de gériatrie.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

49. Le médecin traitant doit toujours être avisé de l'admission d'un de ses patients à l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	75,0	8,8	16,2	6,85/2	ATTEINT

50. Le médecin traitant d'un patient UCDG doit être avisé au congé de celui-ci, verbalement ou par écrit, afin qu'il connaisse les recommandations de l'équipe et s'implique dans le suivi.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	100	0	0	8,35/0	ATTEINT

51. Il faut au minimum une rencontre interprofessionnelle par semaine où tous les cas actifs à l'UCDG sont discutés.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	88,2	4,4	7,4	8,35/0	ATTEINT

52. En plus de la rencontre interprofessionnelle hebdomadaire, il est recommandé de faire au moins une autre rencontre statutaire pour la planification des interventions prioritaires et des congés selon l'évolution de chaque patient.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	80,9	4,4	14,7	7,60/1	ATTEINT

53. La présence continue d'un même médecin (rotation) à l'UCDG devrait être a minima de 2 semaines.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	89,7	2,9	7,4	8,35/0	ATTEINT

54. Une présence optimale d'un même médecin (rotation) à l'UCDG serait d'au moins 3 à 4 semaines.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	77,9	7,4	14,7	7,60/1	ATTEINT

55. Dès l'admission à l'UCDG, le médecin devrait discuter avec le patient (son proche aidant) de l'étape du congé.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	100	0	0	8,35/0	ATTEINT

56. Il est recommandé de clarifier l'attribution de la fonction de coordination au congé de l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	0	7,4	8,35/0	ATTEINT

57. Au congé de l'UCDG, l'infirmière de liaison (sinon le professionnel faisant fonction) complète les demandes de services usuels à l'aide de formulaires standards.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	1,5	5,9	8,35/0	ATTEINT

58. Le travailleur social est responsable de la liaison au congé de l'UCDG pour les situations jugées complexes.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	82,4	2,9	14,7	7,60/1	ATTEINT

59. Il est recommandé de développer un résumé médical d'hospitalisation autour d'une feuille sommaire rehaussée i.e. qui indiquerait des informations pertinentes au suivi d'un patient gériatrique.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	97,0	0	3,0	8,35/0	ATTEINT

60. Il est recommandé de développer un résumé médical d'hospitalisation informatisé adapté au patient gériatrique.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	2,9	5,9	8,35/0	ATTEINT

61. Quel est votre degré d'accord, selon une échelle de 1 à 9 (1=totalement en DÉSACCORD...5=INDÉCIS...9=totalement en ACCORD), avec les éléments suivants qui devraient être inclus dans un résumé médical d'hospitalisation / feuille sommaire adapté au patient gériatrique ?

a. Raison d'admission

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

b. Diagnostics principaux

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

c. Antécédents

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	94,1	1,5	4,4	8,35/0	ATTEINT

d. Durée du séjour

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	88,1	1,5	10,4	8,35/0	ATTEINT

e. Unité(s) de soins où le patient a été hospitalisé

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	70,6	11,8	17,6	6,85/2	NON-ATTEINT

f. Traitements reçus

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	94,0	0	6,0	8,35/0	ATTEINT

g. Résultats des tests de laboratoire et d'imagerie importants, investigations à venir

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	1,5	2,9	8,35/0	ATTEINT

h. Évolution du patient durant l'hospitalisation

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	94,1	1,5	4,4	8,35/0	ATTEINT

i. Aspect cognitif/comportemental (signe E de l'AINÉES) (résultats aux échelles de mesure si effectuées)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

j. Mobilité et autonomie fonctionnelle au congé (signe A de l'AINÉES) (résultats aux échelles de mesure si effectuées)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

k. État nutritionnel incluant le poids au congé (signe N de l'AINÉES) (résultats aux échelles de mesure si effectuées)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	0	8,8	8,35/0	ATTEINT

l. Continence (signe É de l'AINÉES) (résultats aux échelles de mesure si effectuées)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	2,9	10,3	7,60/1	ATTEINT

**m. Sommaire des évaluations médicales et professionnelles**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	97,1	1,5	1,5	8,35/0	ATTEINT

**n. Conclusion de l'évaluation psychosociale**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	91,0	1,5	7,5	8,35/0	ATTEINT

**o. Orientation au congé**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

**p. Recommandations au médecin traitant**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

**q. Recommandations aux intervenants de la première ligne (demande de services et/ou services maintenus)**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	97,1	1,5	1,5	8,35/0	ATTEINT

**r. Pronostic global en termes d'évolution médicale et fonctionnelle**

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	83,8	2,9	13,2	7,60/1	ATTEINT

s. Niveau d'intervention médicale (niveau de soins)

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	1,5	7,4	8,35/0	ATTEINT

t. Liste des médicaments, des changements et des raisons

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

62. Le niveau d'intervention médicale / niveau de soins devrait être inscrit sur le résumé d'hospitalisation (ou feuille sommaire) du patient.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	91,2	2,9	5,9	8,35/0	ATTEINT

63. Il est recommandé de rationaliser les divers outils actuellement disponibles pour décrire la clientèle âgée vulnérable et de rendre les divers outils sélectionnés compatibles entre eux pour un partage pertinent et simple de l'information (solution informatique).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

64. Il est recommandé d'harmoniser la dotation en personnel de liaison des UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	86,8	4,4	8,8	7,60/1	ATTEINT

65. Il est recommandé de systématiser les éléments à couvrir pour cette coordination par un outil standardisé de type liste de contrôle (checklist).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	0	4,4	8,35/0	ATTEINT

66. Il est recommandé de revoir la dotation en personnel des UCDG afin de s'assurer qu'un pharmacien clinicien soit associé à l'équipe interprofessionnelle de l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	97,1	0	2,9	8,35/0	ATTEINT

67. Il faut informer, éduquer et faire participer le patient et son proche aidant principal (ex. auto-administration des médicaments, nature et date des rendez-vous cliniques en externe, services à venir des intervenants de la première ligne) durant les phases cliniques appropriées du séjour en UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	95,6	1,5	2,9	8,35/0	ATTEINT

68. Les professionnels de l'UCDG doivent appuyer ces activités éducatives (cf. recommandation précédente) d'une liste de contrôle (checklist) afin de cerner tous les domaines à couvrir et d'en évaluer la faisabilité, l'efficacité et la sécurité.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	86,6	3,0	10,4	8,20/0,2	ATTEINT

69. Il est recommandé d'approfondir la réflexion sur la nature et l'utilité d'un guide de conseils spécifiques (recommandations) à développer pour remettre au patient (et son principal proche aidant) au congé de l'UCDG.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	0	7,4	8,35/0	ATTEINT

70. Il doit y avoir une coordination systématique entre les intervenants de l'UCDG et le gestionnaire de cas (intervenant-pivot) du programme SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) pour la préparation du congé.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	1,5	5,9	8,35/0	ATTEINT

71. Les modalités de coordination entre les intervenants de l'UCDG et de la première ligne dépendront de la complexité des situations (ex. entente téléphonique vs déplacement des professionnels).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	97,1	0	2,9	8,35/0	ATTEINT

72. Diverses stratégies de communication efficaces devraient être étudiées et implémentées dans le but de réduire la duplication des évaluations par les divers professionnels du milieu des UCDG et ceux de la première ligne.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

73. Il faut établir un corridor de service (voie prioritaire bidirectionnelle) entre le programme SAPA et l'UCDG et tout particulièrement avec le SAD.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	97,1	0	2,9	8,35/0	ATTEINT

74. Les critères de priorisation pour l'obtention des services à domicile devraient être revus et uniformisés.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	0	7,4	8,35/0	ATTEINT

75. La capacité de gestion des problématiques gérontopsychiatriques au domicile et en milieu collectif doit être améliorée de façon prioritaire.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

76. Le médecin de famille devrait être davantage accessible et mobilisé (actif) dans la prise en charge des patients qui répondraient aux critères de priorisation.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	92,7	1,5	5,9	8,35/0	ATTEINT

77. Le rôle de l'UCDG est d'informer et de diriger les proches aidants vers les services disponibles (ex.: programme de de support psychosocial, APPUI, répit, transport adapté, etc.).

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	89,7	1,5	8,8	7,60/1	ATTEINT

78. Il est recommandé de renforcer les services de répit et de transport adapté.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	98,5	0	1,5	8,35/0	ATTEINT

79. Au même titre où l'UCDG a l'obligation de transférer l'information au CLSC, ce dernier devrait à son tour donner une rétroaction à la demande reçue et au suivi donné aux recommandations suggérées.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	80,6	6,0	13,4	7,60/1	ATTEINT

80. Une visite au médecin de famille à l'intérieur du mois suivant l'hospitalisation en UCDG devrait avoir lieu de façon systématique et être sous la responsabilité du CLSC.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
68	9	73,5	2,9	23,5	6,85/2	NON-ATTEINT

81. Utiliser (sinon développer) un outil pour le repérage et la référence en première ligne spécifiant la précarité soit sociale ou médicale (ex. fiche continuité) du patient UCDG qui retourne à son domicile.

Répondant (n)	Médiane	Cotes 7 à 9 (%)	Cotes 1 à 3 (%)	Cotes 4 à 6 (%)	IPRAS/IPR	Consensus
67	9	92,5	0	7,5	7,60/1	ATTEINT