



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

Rencontre interprofessionnelle et plan d'intervention interprofessionnel dans les Unités de courte durée gériatriques du Québec : État des connaissances et recommandations



Sous-comité sur l'interprofessionnalisme en UCDG

Décembre 2019

© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2019

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

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

Membres du sous-comité de travail sur l'interprofessionnalisme :

Marie-Jeanne Kergoat	Gériatre, chef du département de gériatrie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, chef du service de médecine spécialisée de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présidente du comité exécutif du RUSHGQ
Julia Chabot	Gériatre, Hôpital St-Mary, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Manon Drolet	Médecin de famille en UCDG, Centre hospitalier régional de Lanaudière, CISSS de Lanaudière
Josée Côté	Chef d'unité UCDG, Hôpital d'Alma, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean
Sarah Pomerleau	Infirmière clinicienne, gestionnaire de cas, UCDG de l'Hôpital-Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Paola Campana	Physiothérapeute, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Valérie Clitus	Travailleuse sociale Hôpital Cité de la santé, CISSS de Laval
Katherine Desforges	Pharmacienne, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Mélissa Lagacé	Nutritionniste, UCDG, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec
Annie Ratelle	Ergothérapeute, UCDG, Centre hospitalier de l'Université Laval, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Coordonnatrice du RUSHGQ et du sous-comité :

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

Soutien à la rédaction et à la coordination :

Camille Blouin	Étudiante en médecine, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, boursière programme de recherche PREMIER sous la supervision de Dre Marie-Jeanne Kergoat
----------------	--

Réviseurs externes:

Claude Riendeau	Directeur SAPA, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Éric Salois	Directeur SAPA, CISSS de Lanaudière

Membres du comité exécutif du RUSHGQ:

Marie-Jeanne Kergoat	Gériatre, Présidente du comité exécutif du RUSHGQ
Judith Latour	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Lucille Dufresne	Médecin de famille, Centre hospitalier régional de Lanaudière, CISSS de Lanaudière
Stéphanie Caron	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Marie-Pierre Fortin	Gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital St-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale
José A. Morais	Gériatre, Directeur, Division de gériatrie, Centre Universitaire de Santé McGill
T.T. Minh Vu	Gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Marie-Ève Dubois	Chef de soins et service 7e Sud de l'hôpital du Haut-Richelieu, Direction des soins infirmiers, CISSS de la Montérégie-Centre
Bruno Brassard	Chef de programme services gériatriques hospitaliers et gériatrie externe, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS des Laurentides
Chantal Laquerre	Médecin de famille, UCDG de l'Hôpital de Hull, CISSS de l'Outaouais
Julie St-Amant	Chef de l'unité URFI-GA, ECGT, Services d'ergothérapie et de physiothérapie, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Hôtel-Dieu de Sorel, CISSS de la Montérégie-Est

Note : Le genre féminin est utilisé pour nommer les infirmier(ère)s afin d'alléger le texte sans discrimination eu égard au genre. Toutefois, dans le reste du texte, le genre masculin prévaut pour la même raison.

SOMMAIRE

Il est reconnu par les établissements de santé que les patients admis à l'UCDG doivent bénéficier d'un plan d'intervention durant leur hospitalisation afin de coordonner l'intervention multidimensionnelle et interprofessionnelle inhérente au programme.

Le sous-comité de travail du RUSHGQ sur l'interprofessionnalisme a pris l'initiative de réaliser une revue de la littérature et une enquête auprès des responsables des UCDG afin de faire le point sur l'état des connaissances, les pratiques actuelles et suggérer des recommandations sur la rencontre interprofessionnelle en UCDG et le plan d'intervention interprofessionnel (PII) qui en découle.

Nous avons constaté qu'il n'existe pas de données probantes au niveau national ou international portant précisément sur le fonctionnement optimal de la rencontre interprofessionnelle en UCDG, incluant le PII. Des concepts généraux reliés à la collaboration interprofessionnelle et à l'évaluation globale gériatrique (EGG) ont toutefois été retracés et retenus. Nous avons également identifié deux outils d'évaluation informatisés pertinents basés sur les éléments de l'EGG, soit l'outil international en soins de courte durée InterRAI™ et au Québec, l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), qui est une version remaniée de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Toutefois, il n'est pas prévu à court ou moyen terme que ces outils soient déployés dans les hôpitaux québécois, et par le fait même dans les UCDG.

L'enquête auprès des UCDG québécoises a montré que la plupart de ces programmes ne disposent pas de procédures standardisées décrivant le déroulement des rencontres interprofessionnelles, incluant le PII. Il en découle des pratiques hétérogènes qui sont associées à un bas niveau de satisfaction dans 52% des UCDG, et plus particulièrement dans celles de plus grande taille.

Nous avons recensé 16 modèles de PII parmi lesquels on retrouve 7 modèles informatisés, développés maison par les équipes UCDG. Selon les utilisateurs, ces modèles leur ont permis de mieux structurer la rencontre interprofessionnelle, en les investissant d'un sentiment d'efficacité tout en effectuant ensemble un véritable travail de collaboration interprofessionnelle. Cependant, les plateformes utilisées sont disparates : ACE-Multi®, E-clinibase®, Microsoft Access®, Adobe Acrobat® (pdf). Ces initiatives locales sous-tendent la nécessité d'améliorer le déroulement et de formaliser les rencontres interprofessionnelles à l'aide d'un PII informatisé. Ce besoin est confirmé dans la présente enquête où les deux tiers des répondants (69%) indiquent un intérêt élevé pour que le RUSHGQ développe un tel outil informatisé.

A l'issue de ces travaux, le sous-comité formule quatre recommandations générales:

- 1- Que chaque patient admis en UCDG bénéficie d'une rencontre interprofessionnelle qui mène à l'établissement d'un PII individualisé. Des rencontres subséquentes seront planifiées selon les objectifs déterminés.
- 2- Que la rencontre interprofessionnelle soit structurée à l'aide d'un PII standardisé et idéalement informatisé. Le contenu du PII devrait couvrir les éléments de l'évaluation gériatrique globale et devrait être concis (2 pages).
- 3- Que chaque UCDG dispose d'une procédure écrite sur le fonctionnement de la rencontre interprofessionnelle et sur l'utilisation du PII. Ce document est présenté lors de l'accueil d'un nouveau professionnel.
- 4- Que le PII individualisé soit accessible et suivi par tous les quarts de travail.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête auprès des UCDG québécoises peuvent servir de balises sur lesquelles s'appuyer pour optimiser le fonctionnement des rencontres interprofessionnelles et l'utilisation du PII :

- ✓ Fréquence : au moins une rencontre interprofessionnelle par semaine incluant la rédaction d'un PII et sa mise à jour au besoin;
- ✓ Participants : médecin, infirmière de chevet, infirmière de suivi clientèle si la fonction existe, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute et pharmacien devraient d'office participer aux rencontres interprofessionnelles. Les patients et les proches ne participent généralement pas aux rencontres, mais ils sont consultés avant celle-ci pour transmettre leurs besoins/attentes lesquels seront inscrits au PII. D'autres professionnels sont invités au besoin.
- ✓ Durée : 90 à 100 minutes au total pour 20 cas, soit environ 10 minutes pour un nouveau cas et 8 minutes pour un suivi ;
- ✓ Préparation : l'intervenant se présente préparé, ainsi, préalablement à la rencontre les intervenants auront colligés les informations pertinentes à leur domaine;
- ✓ Ordre de discussion : établi par une infirmière ou un médecin ;
- ✓ Animation : par une infirmière ou un médecin ;
- ✓ Secrétaire : par un professionnel habile à synthétiser l'information, à écrire lisiblement ou à taper au clavier si le PII est informatisé ;
- ✓ Une version papier du PII est déposée en tête du dossier médical pour faciliter sa consultation par tous les quarts de travail. Le PII est archivé au congé;
- ✓ Il n'est pas requis de transmettre le PII au congé car le résumé d'hospitalisation est obligatoire et doit inclure les interventions réalisées et les recommandations proposées au congé.
- ✓ Le PII devrait contenir les éléments suivants et être mis à jour à chaque rencontre:
 - Informations générales sur le patient (nom, âge, no dossier, date d'admission, date, médecin traitant, identification des proches)
 - Raison d'admission
 - Diagnostics/problèmes médicaux

- Traitements et procédures significatives à venir
- Situation sociale (provenance/milieu de vie, réseau social, soutien à domicile, mesures de protection légale, etc.)
- Capacités antérieures, environnement, habitudes de vie
- Gestion de la médication (pilulier, observance, etc.)
- Objectifs du patient et de ses proches aidants (le cas échéant)
- État de santé actuel en fonction des signes AINÉES ou autre classification
 - A: autonomie fonctionnelle (AVQ, AVD)
 - I: Intégrité cutanée
 - N: état nutritionnel et hydratation
 - É: Élimination
 - E: État cognitif et émotionnel, communication
 - S: Sommeil et souffrance/douleur
- Catégories de professionnels impliqués
- Objectifs des interventions et temps prévus pour les réaliser
- Indication si les informations ont été discutées avec le patient et ses proches aidants, le cas échéant
- Planification du congé: soins et services demandés et par quel(s) professionnel (s)

En conclusion, la prochaine étape pour le RUSHGQ sera de diffuser le présent rapport aux co-responsables administratifs et médicaux des UCDG. Il sera aussi transmis aux responsables concernés du MSSS pour solliciter le développement d'un PII informatisé standardisé disponible à l'ensemble des UCDG.

TABLES DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	10
LEXIQUE	11
MISE EN CONTEXTE.....	12
MÉTHODOLOGIE	13
Revue de la littérature	13
Concepts généraux	13
Rencontre interprofessionnelle et PII en UCDG	13
Enquête auprès des hôpitaux québécois	15
Élaboration du questionnaire	15
Collecte des données	15
Analyses	16
Analyses quantitatives	16
Analyses qualitatives.....	16
RÉSULTATS	17
Revue de la littérature	17
Concepts généraux	17
Aspects légaux.....	17
Pratique collaborative optimale entre les intervenants et le patient.....	18
Évaluation gériatrique globale	20
Modalités de la rencontre interprofessionnelle	21
Fréquence	21
Participants	21
Rôles des professionnels.....	23
Durée et nombre de cas discutés.....	23
Implication des proches aidants	24
Modèles d’outils d’évaluation informatisés adaptés aux besoins des personnes âgées.....	24
InterRAI™	24
Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI)	25
Enquête auprès des UCDG québécoises	27
Taux de participation et caractéristiques de l’échantillon.....	27
Modalités des rencontres interprofessionnelles	27
Participation à la rencontre interprofessionnelle.....	29
Utilisation des PII	29
Contenu des PII.....	30
Conditions favorables à l’élaboration et au suivi des PII en UCDG.....	31
RECOMMANDATIONS	32

TABLEAUX	35
Tableau 1. Représentativité des UCDG ayant participé à l'enquête par rapport à l'ensemble des UCDG au Québec.....	35
Tableau 2. Caractéristiques des UCDG participantes en fonction de leur taille	36
Tableau 3. Caractéristiques des rencontres interprofessionnelles dans les UCDG participantes en fonction de leur taille	38
Tableau 4. Taux de participation par profession à la rencontre interprofessionnelle dans les UCDG participantes en fonction de leur taille.....	39
Tableau 5. Caractéristiques de l'utilisation du PII dans les UCDG participantes en fonction de leur taille	40
Tableau 6. Fréquence des éléments contenus dans les PII utilisés actuellement dans 16 UCDG québécoises	41
Tableau 7. Comparaison des éléments contenus dans les PII de 16 UCDG québécoises et ceux des outils d'évaluation InterRAI™ et OCCI	42
ANNEXES	44
Annexe 1. Algorithme de sélection des articles scientifiques sur les rencontres interprofessionnelles et le PII en UCDG	44
Annexe 2. Mots-clés (<i>Mesh</i>) utilisés lors de la revue de littérature sur les rencontres interprofessionnelles et le PII en UCDG	44
Annexe 3. Questionnaire sur la rencontre interprofessionnelle et le PII en UCDG	46
Annexe 4. Liste des 29 UCDG ayant participé à l'enquête et caractéristiques de leur rencontre interprofessionnelle et PII	51
Annexe 5. Les signes AINÉES	59
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62

PRÉAMBULE

L'objectif principal du RUSHGQ, communauté de pratique créée en 2010, est de contribuer à l'optimisation des compétences cliniques des professionnels exerçant dans les services gériatriques hospitaliers et du fonctionnement organisationnel de ces programmes. Il vise le maintien de hauts standards de qualité dans ces programmes afin de contribuer au meilleur traitement de patients âgés de 65 ans et plus aux prises avec des situations cliniques complexes et d'agir comme milieu de référence.

En 2018, on répertorie 59 UCDG au Québec, et 81 % d'entre elles sont membres du RUSHGQ. De plus, 14 établissements qui ne possèdent pas d'UCDG ont demandé de se joindre au regroupement. Au total, on retrouve donc 62 hôpitaux membres. À l'échelle individuelle, le RUSHGQ regroupe 890 gestionnaires et professionnels de la santé ayant un accès au site internet (www.rushgq.org).

Le RUSHGQ est dirigé par un comité exécutif sous la présidence du gériatre, Dre Marie-Jeanne Kergoat et la coordination est assurée par Mme Aline Bolduc à partir du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

LEXIQUE

AIC	Assistant(e) infirmière-chef
ASI	Assistant(e) du supérieur immédiat
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CGA	<i>Comprehensive Geriatric Assessment</i>
CIG	Consultation interdisciplinaire en gériatrie
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet (1 ETC = 35 heures par semaine)
EGG	Évaluation gériatrique globale
GAU	<i>Geriatric assessment unit</i>
GEMU	<i>Geriatric evaluation and management unit</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MMT	<i>Mini Motor Test</i>
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PECPA-2R	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée, version 2 révisée
PII	Plan d'intervention interprofessionnel
PSI	Plan de soins informatisé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RUSHGQ	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
SAD	Soutien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TUG	<i>Timed Up and Go</i>
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UGA	Unité de gériatrie active
3MS	<i>Modified Mini-Mental State</i>

MISE EN CONTEXTE

Au Québec, l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) est un programme clinique hospitalier de court séjour destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus, mais généralement de plus de 75 ans, ayant un état de santé fragile qui requièrent des soins complexes, globaux et multidimensionnels. L'équipe interprofessionnelle qui travaille en partenariat avec le patient et ses proches est donc au cœur des interventions en UCDG.

En débutant ce rapport, nous jugeons utile de préciser la distinction qui existe entre «équipe multidisciplinaire» et «équipe interprofessionnelle». La relation qui s'établit entre les membres d'une équipe multidisciplinaire est de l'ordre de l'indépendance. Elle fait appel à une structure hiérarchique et ne vise pas la production d'un plan de traitement commun. Pour l'équipe interprofessionnelle, il s'agit d'établir une relation d'interdépendance, une collaboration où chaque membre de l'équipe amène un point de vue qui lui est propre, pour l'élaboration d'un plan de soins commun avec un partage des responsabilités quant aux objectifs à atteindre [1-4]. Toutefois, pour des fins de simplification, les termes interprofessionnel et multidisciplinaire sont interchangeables dans le présent document et réfèrent au travail interprofessionnel, lequel prévaut en UCDG.

Il existe plusieurs types de réunions impliquant les professionnels en UCDG, parmi les plus courantes, on identifie les courtes rencontres quotidiennes pour faire une mise à jour de l'évolution des patients ou la planification d'un congé, les rencontres de famille, les rencontres interprofessionnelles qui mènent à l'élaboration pour le patient, d'un plan d'intervention individualisé et les réunions clinico-administratives. Le présent document porte sur le fonctionnement des rencontres interprofessionnelles en vue de l'élaboration d'un plan d'intervention interprofessionnel (PII) adapté à la personne âgée.

Depuis la création du regroupement, les membres ont régulièrement partagé des questionnements à l'égard du fonctionnement optimal des rencontres interprofessionnelles. Finalement, en 2018, le comité exécutif du RUSHGQ a mis en place un sous-comité de travail pour approfondir et mettre en commun leurs réflexions sur ce sujet.

Le sous-comité s'est donné le mandat suivant :

Mandat

Formuler des recommandations sur le fonctionnement optimal de la rencontre interprofessionnelle en Unité de courte durée gériatrique (UCDG) et le PII qui en découle.

Moyens

1. Effectuer une recension des écrits concernant les meilleures pratiques portant sur les modalités de la rencontre interprofessionnelle en UCDG et le PII;
2. Réaliser une enquête sur le fonctionnement actuel et le niveau de satisfaction face aux modalités des rencontres interprofessionnelles ayant cours dans les UCDG québécoises ainsi que sur le format et le contenu des PII en usage;
3. Suggérer des recommandations sur la rencontre interprofessionnelle en UCDG et le plan d'intervention interprofessionnel (PII).

MÉTHODOLOGIE

Revue de la littérature

Une revue de littérature a été effectuée entre le 11 et le 26 juin 2018 dans le but d'identifier :

- 1- Les concepts généraux reliés à l'évaluation gériatrique globale (EGG) et à la collaboration interprofessionnelle et aux aspects législatifs qui régissent celle-ci en UCDG;
- 2- Les meilleures pratiques sur le fonctionnement des rencontres interprofessionnelles en UCDG en vue de l'élaboration d'un PII;
- 3- Les modèles reconnus de PII adaptés aux besoins des personnes âgées.

Concepts généraux

Pour les aspects législatifs entourant la tenue d'une rencontre interprofessionnelle en vue de l'élaboration d'un PII, nous avons consulté la version du 1^{er} juin 2018 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [5]. En ce qui concerne les concepts de la pratique collaborative, nous avons extrait les éléments pertinents au contexte des UCDG du rapport produit par le sous-comité sur la pratique collaborative entre les intervenants et le patient du RUIS de l'Université de Montréal [6]. Pour décrire l'approche gériatrique globale (aussi désignée par certains «Approche gériatrique standardisée»), nous avons retenu la définition générale d'Ellis et coll. [7] et la description de chaque domaine qui la compose, du manuel de gériatrie : *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* [8].

Rencontre interprofessionnelle et PII en UCDG

Concernant les meilleures pratiques sur la rencontre interprofessionnelle en UCDG et du PII, deux types d'écrits ont été recherchés, soit les articles scientifiques publiés dans des revues avec comité de pairs présentant les résultats de travaux de recherche ainsi que la littérature grise internationale et nationale. Les écrits qui abordaient les rencontres interprofessionnelles en gériatrie de façon générale (à l'exclusion spécifique des

programmes d'hébergement à long terme) ont été retenus afin de s'assurer que la stratégie de recherche soit suffisamment inclusive sur le sujet.

Les bases de données Ovid MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PubMed et *Cochrane Database of Systematic Reviews* ont été consultées afin d'identifier les articles scientifiques en lien avec les rencontres interprofessionnelles en UCDG et le PII. L'algorithme de sélection et les mots-clés (*Mesh*) utilisés sont respectivement détaillés à l'**annexe 1** et à l'**annexe 2**. Quelques 55 articles ont été identifiés et lus, mais seulement 15 d'entre eux ont été retenus pour leur pertinence sur le sujet [1, 2, 9-21]. De plus, parmi ces articles, cinq portent sur l'évaluation de la qualité des soins dans les UCDG québécoises [13-17]. Aucune étude ne portait sur l'impact des rencontres interprofessionnelles en UCDG sur les résultats de programmes de soins traditionnellement mesurés tels que : durée de séjour, orientation au congé, mortalité, réadmission, ou consultation à l'urgence après le congé.

Les bases de données CADTH, TRIP, OpenGrey ainsi que Google Scholar ont été consultées pour rechercher la littérature grise internationale et nationale sur les rencontres interprofessionnelles en UCDG et le PII. Les mots-clés suivant ont été utilisés : «*Geriatric evaluation and management*», «*Geriatric assessment unit*», «*Multidisciplinary team meeting in geriatric unit care*», «*Interdisciplinary team in geriatric unit care*», «Fonctionnement unité de courte durée gériatrique», «Plan d'intervention interprofessionnel en gériatrie», «rencontre interprofessionnelle en gériatrie ». Un seul document produit aux États-Unis a été répertorié par cette stratégie, soit le chapitre du référentiel «*The practical handbook of clinical gerontology*» portant sur les concepts et les aspects pratiques de la collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle en gériatrie [4].

Finalement, deux modèles d'outil d'évaluation informatisés adaptés aux besoins des personnes âgées ont été retenus pour l'analyse du contenu des PII des UCDG québécoises, soient : 1) l'outil international d'évaluation InterRAI™ portant sur l'EGG en soins de courte durée [22]¹ et ; 2) l'Outil de Cheminement Clinique Informatisé (OCCI)² développé et en déploiement dans certains programmes de soins aux personnes âgées vulnérables au Québec.

¹ La présidente du RUSHGQ (MJK) est membre du regroupement international de chercheurs et cliniciens du réseau interRAI™ (<http://www.interrai.org/>). Ce réseau développe des outils validés et informatisés pour une collecte de données standardisées lors de la dispensation des soins de santé aux populations vulnérables dont entre autres, les personnes âgées admises à l'hôpital.

² Le contenu de cet outil a pu être consulté auprès de Mme Lara Willet, chargée de projet pour l'implantation de l'OCCI, à la direction SAPA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Enquête auprès des hôpitaux québécois

Élaboration du questionnaire

Les membres du sous-comité ont identifié les éléments qu'ils jugeaient pertinents à colliger pour décrire le fonctionnement actuel des rencontres interprofessionnelles et l'utilisation d'un PII en UCDG. Le questionnaire, comprenant des questions ouvertes et fermées, a été construit dans la plateforme Survey Monkey® et comporte quatre sections totalisant 36 questions (**annexe 3**) :

- Section 1 - Informations générales sur les répondants : coordonnées, nom de l'établissement (CISSS, CIUSSS ou établissement non fusionné : CHU, Institut) et de l'hôpital (installation), nombre de lits au permis à l'UCDG.
- Section 2 - Modalités du programme UCDG : profil de soins (soins aigus-évaluation, mixte, réadaptation, autre), nombre d'admission, durée moyenne de séjour entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, effectifs (ressources humaines) en équivalent temps complet (ETC) durant les quarts de travail de jour, de soir et de nuit.
- Section 3 - Informations sur les rencontres interprofessionnelles et le PII : fréquence (nombre de fois par semaine et quelle(s) journée(s)), durée (totale, pour un nouveau cas et pour un suivi), nombre de cas discuté (nouveau et suivi), ordre de discussion des patients, mode d'animation, intervenants réguliers et occasionnels, intervenants qui participent à toute la durée de la rencontre, rôle des participants, procédure formelle décrivant le fonctionnement et les rôles des différents intervenants lors de la rencontre, modalités et contenu du PII et responsable de le remplir, modalités de communication du PII entre les quarts de travail, implication du patient et des proches.
- Section 4 - Satisfaction: niveau de satisfaction de l'équipe face aux rencontres interprofessionnelles, problèmes rencontrés, éléments qui fonctionnent, conseils pour réussir l'élaboration et le suivi du PII, niveau d'intérêt au développement d'un prototype de PII informatisé.

Collecte des données

Chaque UCDG membre du RUSHGQ a identifié une personne contact responsable de participer aux activités de la communauté de pratique (chef d'unité, infirmière clinicienne, co-gestionnaire médical). Une invitation individuelle à compléter le questionnaire électronique a été transmise à ces personnes. De plus, elles étaient invitées à partager leur cadre de référence local ou procédures sur les rencontres interprofessionnelles ainsi que leur formulaire de PII. La collecte des données s'est déroulée entre le 3 mars et le 11 juin 2018. Deux rappels automatisés et des suivis individuels ont été effectués pour clarifier ou compléter les informations.

Analyses

Analyses quantitatives

Les caractéristiques des UCDG et des rencontres interprofessionnelles ont été analysées pour l'ensemble de l'échantillon et en fonction de la taille des UCDG catégorisée en 2 groupes (≤ 15 versus ≥ 16 lits au permis)³. De façon générale, les données catégorielles ont été recodées, si possible, en 2 catégories afin de nous permettre de réaliser des tests statistiques non paramétriques valides. Les variables catégorielles ont été exprimées en % tandis que pour les variables continues, la moyenne et l'écart-type ont été calculés. Plus spécifiquement, la durée totale de la rencontre interprofessionnelle a été rapportée par semaine car certaines UCDG se réunissent plus d'une fois par semaine. Le pourcentage de participation des professionnels à la rencontre interprofessionnelle a été analysé séparément en trois catégories : participe à toute la durée de la rencontre, participe régulièrement et participe occasionnellement. Les effectifs totaux par quart de travail (jour, soir, nuit) ont été calculés en ETC pour 10 lits au permis afin de vérifier si ce ratio est comparable en fonction de la taille des UCDG. Le pourcentage d'apparition des divers éléments contenus dans les PII utilisés dans les UCDG québécoises a été calculé dans le but d'identifier les éléments communs et spécifiques entre les UCDG.

Pour les variables catégorielles et continues, les tests de *Fisher* et de *Mann-Whitney* ont respectivement été utilisés pour évaluer les différences significatives ($< 0,05$) en fonction de la taille des UCDG (≤ 15 versus ≥ 16 lits au permis). Ces analyses ont été effectuées avec le logiciel *IBM SPSS Statistics* version 24 pour Windows.

Analyses qualitatives

De façon générale, les commentaires fournis par les répondants ont été analysés en compilant le nombre de fois où ils étaient rapportés. L'évaluation de l'adéquation des éléments contenus dans les PII utilisés dans les UCDG québécoises a été effectuée en comparaison aux éléments de l'EGG (manuel de référence Hazzard's) et des modèles informatisés d'évaluation basés sur l'EGG (InterRAITM et OCCI).

³ La taille de l'échantillon étant inférieure à 30 UCDG, il n'était pas pertinent d'utiliser 4 catégories en fonction du nombre de lits au permis comme dans les analyses effectuées dans des travaux antérieurs, soient ≤ 9 lits, 10-15 lits, 16-20 lits et ≥ 21 lits. Nous avons regroupé ces 4 catégories en 2 catégories, soient : ≤ 15 et ≥ 16 lits.

RÉSULTATS

Revue de la littérature

Concepts généraux

Aspects légaux

La «Loi sur les services de santé et les services sociaux » (chapitre S-4.2) [5], le «Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements» [23] et la «Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées» [24] donnent certaines indications en lien avec le plan d'intervention et le plan de services individualisé. Voici les extraits pertinents :

Loi sur les services de santé et les services sociaux

« Article 10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Article 102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un **plan d'intervention** afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Article 103. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un **plan de services individualisé**.

Article 104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles [5].»

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

« Article 42. Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit dans un centre de réadaptation. Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les

objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours. » [23]

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées

«Article 25. L'Office doit : b) voir à la préparation de plans de services conformément au chapitre III (article 45 à 51); b. 1) promouvoir la planification individuelle de services, notamment par des plans de services et des plans d'intervention, auprès des ministères et de leurs réseaux, des municipalités et de tout autre organisme public ou privé » [24].

Bien que ça ne soit pas mentionné explicitement dans ces documents légaux, il est reconnu par les établissements de santé que les patients admis à l'UCDG doivent avoir un plan d'intervention durant leur hospitalisation étant donné le caractère pluridimensionnel et interprofessionnel du programme qui nécessite des interventions coordonnées. Par exemple, dans un document produit en 2009 par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie [25], les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement font partie des principales clientèles ciblées par l'élaboration d'un PII ou PSI.

Pratique collaborative optimale entre les intervenants et le patient

Tel que le rapporte le « Guide d'implantation du partenariat de soins et de services » publié par le RUIS de l'UdeM [6], l'approche des soins a beaucoup évolué au fil du temps. Au siècle dernier, à l'ère de l'institutionnalisation et de la centralisation des soins de santé, l'approche utilisée était de type paternaliste (**Figure 1**). Le médecin était le principal décideur et le patient avait un faible rôle à jouer dans le choix des options thérapeutiques. Vers la fin des années 90, est progressivement apparue une philosophie de l'approche centrée sur le patient (**Figure 1**). Le patient devenait partie prenante des décisions le concernant et les soins se concentraient davantage sur sa personne. Toutefois, ici encore, le patient était généralement exclu de la dynamique de soins. De nos jours, on encourage fortement le partenariat de soins comme pratique optimale (**Figure 1**). Le patient est impliqué dans toutes les étapes de sa prise en charge, il est accompagné et soutenu par les intervenants. Le patient n'est plus au centre de l'approche, il fait plutôt partie d'une équipe qui prend en considération ses savoirs expérientiels, son vécu et ses connaissances. L'autodétermination du patient est encouragée et ses décisions se doivent d'être libres et éclairées. Par cette approche de soins, centrée sur les besoins et le projet de vie du patient, on s'attend à de meilleurs résultats de santé. La responsabilité est désormais partagée entre les partenaires, elle donne naissance à l'imputabilité collective.

De plus, on peut lire dans le «Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux» publié en 2018 par le MSSS que : «Le PII est réalisé lorsque la complexité de la situation de santé et psychosociale de l'usager nécessite de mobiliser et de concerter les actions

d'intervenants de plusieurs professions avec l'utilisateur, à partir de problèmes prioritaires et d'objectifs partagés. L'élaboration du PII exige la tenue d'une réunion d'équipe formelle (en présence, au téléphone ou par d'autres moyens de communication) incluant l'utilisateur et ses proches comme membres à part entière de l'équipe, et tous les intervenants visés» [26]. Il est important ici de comprendre que, par souci d'efficacité et d'efficience, il n'est pas réaliste que tous les patients (ou leurs proches quand c'est nécessaire) participent aux rencontres interprofessionnelles en UCDG. Cela est réservé aux situations particulièrement complexes. Ainsi, les patients et les proches ne participent généralement pas aux rencontres, mais ils sont cependant consultés avant celle-ci pour que soient rapportés leurs besoins/attentes et après pour être informés et discuter des interventions proposées.

Plusieurs compétences sont requises afin d'atteindre un partenariat de soins et de services le plus optimal possible (voir la **Figure 2**) : travail d'équipe, leadership collaboratif, communication, prévention et résolution des conflits, éducation à la santé, éthique clinique, clarification des rôles et des responsabilités. En plus de ces compétences, l'engagement et le soutien de la haute direction sont essentiels à l'implantation de ce système. Une démarche d'amélioration continue du partenariat de soins et de services est aussi une méthode efficace afin de s'assurer du bon déroulement de cette organisation. Dans le but de permettre un partage rapide des décisions et des informations de chaque intervenant, il est primordial de pouvoir disposer de ressources de technologie de l'information et des communications (TIC) performantes tant au niveau local que national.

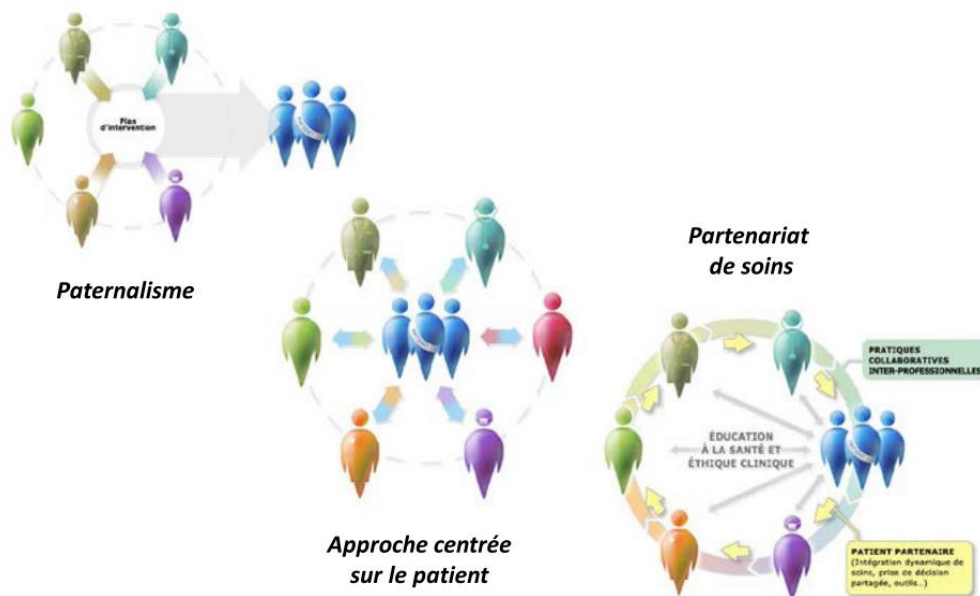


Figure 1. Évolution des approches de soins [6]

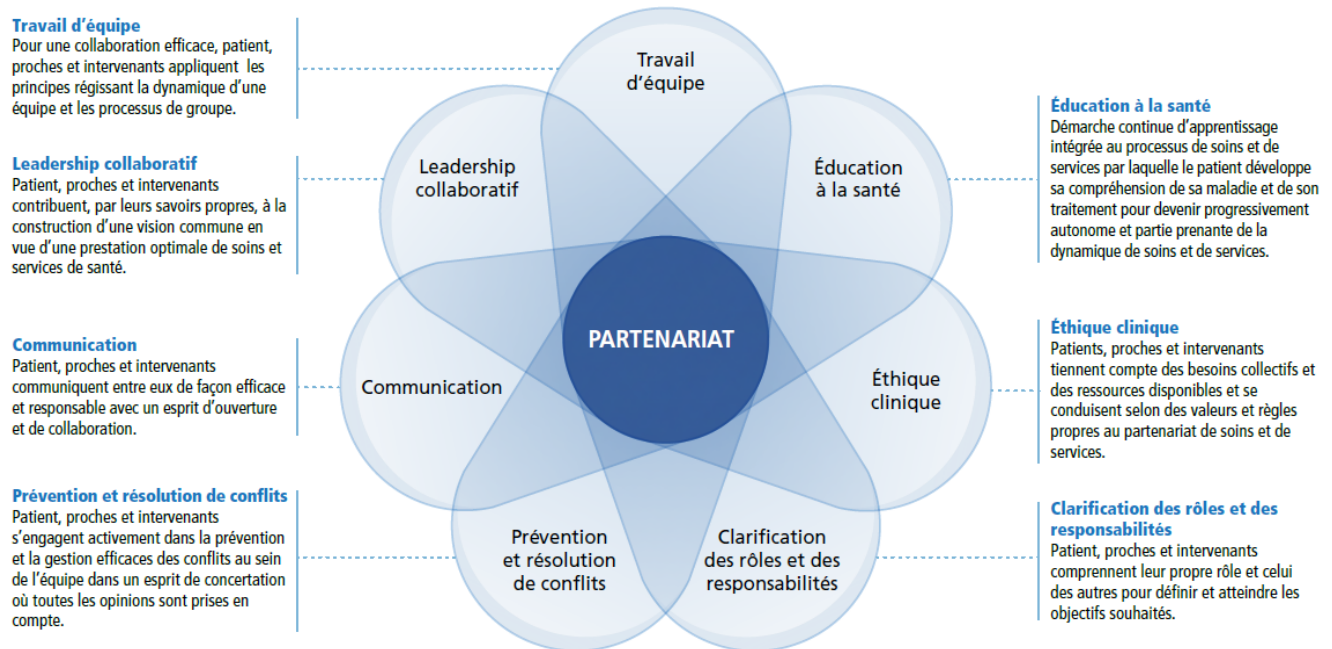


Figure 2. Compétences clé du partenariat de soins et de services [6]

Les figures 1 et 2 sont reproduites intégralement de la référence : Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu É, et al. *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau universitaire intégré de santé : RUIS, Université de Montréal; 2014.

Évaluation gériatrique globale

Selon une revue Cochrane publiée en 2017, l'« Évaluation gériatrique globale (EGG) est un processus diagnostique et thérapeutique pluridimensionnel et pluridisciplinaire réalisé afin d'identifier les problèmes médicaux, de santé mentale et fonctionnels des personnes âgées ayant des facteurs de fragilité de manière à ce qu'un programme de traitement coordonné et intégré ainsi qu'un suivi puissent être développés » [7]. Concernant l'impact de cette approche, les auteurs concluent que les patients âgés sont plus susceptibles d'être en vie et à leur domicile au suivi post-hospitalisation lorsque ceux-ci avaient eu une EGG lors de l'admission à l'hôpital. Il n'a pas été possible de démontrer une différence en termes d'effet que l'EGG soit réalisée en unité de gériatrie ou par une équipe mobile de consultation en gériatrie, la puissance statistique étant trop faible pour permettre cette analyse. Il y est fait mention qu'il est nécessaire de réaliser davantage de recherches portant sur des estimations de rapports coût-efficacité spécifiques aux différents contextes de soins [7].

Selon le manuel de référence *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* [8], les éléments de l'EGG sont :

- Histoire médicale incluant la médication et les habitudes de vie;
- Examen physique;
- Co-morbidités dont : déficience visuelle, déficience auditive, malnutrition/perte de poids, incontinence urinaire, problème dentaire, trouble de l'équilibre et de la marche, chute, polymédication;
- Évaluation cognitive;
- Évaluation de l'état émotionnel;
- Évaluation du statut fonctionnel (AVD, AVQ) ;
- Évaluation du réseau de soutien social ;
- Évaluation des revenus ;
- Évaluation des conditions environnementales ;
- Spiritualité;
- Directives médicales anticipées;
- Mesures préventives du maintien de l'état de santé.

Modalités de la rencontre interprofessionnelle

Il est important ici de rappeler que les informations présentées dans les paragraphes qui suivent, résument principalement les modalités pratiques des rencontres interprofessionnelles retrouvées dans les cadres de références locaux ou procédures écrites des UCDG québécoises [3, 25, 27-40] étant donné l'insuffisance de documentation au niveau canadien et international.

Fréquence

La fréquence des rencontres varie selon les sources et donc selon les milieux, mais en général on souligne l'importance de la tenue régulière d'une réunion [12]. Pour la majorité, il s'agit d'une réunion hebdomadaire [3, 9, 11, 15, 30, 33, 34], mais quelques-uns suggèrent deux [21] ou trois rencontres par semaine [36].

Pour ce qui est de la fréquence des rencontres interprofessionnelles pour un même patient, on ne retrouve pas cette information dans la littérature. Le principal facteur associé à la tenue d'au moins une rencontre interprofessionnelle est une durée du séjour ≥ 8 jours [16].

Participants

L'équipe professionnelle de base des UCDG comprend généralement : médecin, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien ainsi que préposé aux bénéficiaires [15, 41]. D'autres professionnels agiront à titre de consultants privilégiés selon leur disponibilité et pour une expertise

particulière reliée aux problématiques de santé de la clientèle des UCDG ou à la mission de l'UCDG : gérontopsychiatre, orthophoniste, neuropsychologue, divers stagiaires en formation professionnelle.

Il n'y a pas de consensus sur les professionnels qui devraient participer aux rencontres interprofessionnelles puisque chaque patient doit être évalué individuellement et l'équipe qui le soutient doit refléter l'expertise adéquate pour répondre à ses besoins. La participation dénote donc « une certaine flexibilité ». Par ailleurs, la dénomination même d'équipe professionnelle de base traduit une constance dans les professionnels plus systématiquement sollicités. Ainsi, en pratique les médecins, les infirmières ainsi que les travailleurs sociaux participent à toutes les rencontres. Leur participation est jugée essentielle [1, 16, 18, 20]. D'autres sources émettent que les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont aussi des participants réguliers [11, 19]. Il revient au médecin, avec la collaboration de l'équipe de base, de décider s'il est pertinent d'impliquer d'autres professionnels dans la prise en charge d'un patient [20]. Car à ces cinq professionnels, il est fréquent d'ajouter la participation d'un nutritionniste, d'un pharmacien et d'une infirmière de liaison et ce, dans cet ordre de fréquence décroissant. En effet, 41 % des gestionnaires des UCDG indiquent qu'ils impliquent d'emblée tous les membres de l'équipe pour chaque admission quitte à ce qu'ils n'y fassent qu'une brève incursion [16]. Le schéma de la **Figure 3** propose un rayon de proximité des professionnels dans leur participation à l'équipe interprofessionnelle, et implicitement à la rencontre interprofessionnelle d'une UCDG.

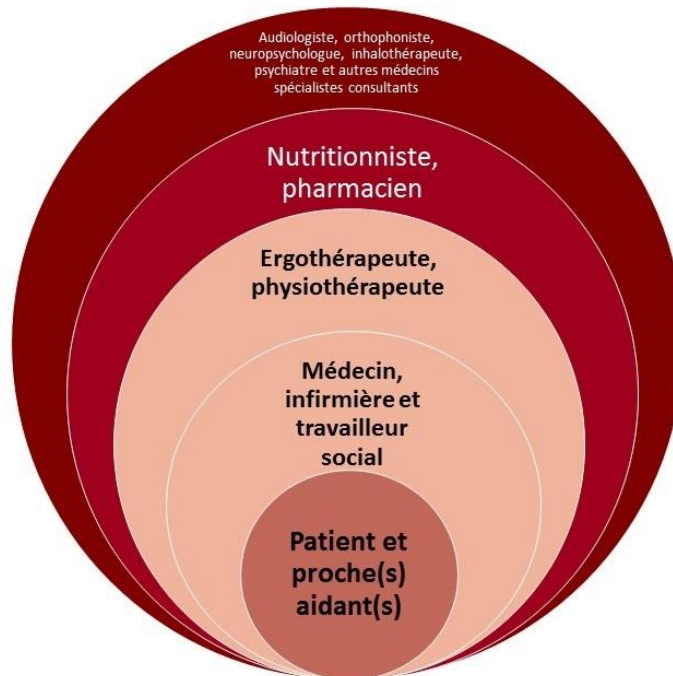


Figure 3. Schéma du rayon de proximité des professionnels dans leur participation à l'équipe interprofessionnelle d'une UCDG pour répondre aux besoins des patients.

Choix de la présentation des cas et processus d'animation de la rencontre

Pour ce qui est de l'ordre de discussion des patients à la rencontre interprofessionnelle, cela peut être ordonnancé selon la chronologie d'admission à l'UCDG, selon l'acuité de la problématique présentée, ou soit en regroupant les patients par médecin traitant ou par infirmière [30, 36, 39]. De façon générale, il existe des critères de sélection afin de déterminer les dossiers médicaux qui seront abordés lors des réunions [36] :

- ✓ Nouvelle admission
- ✓ Anticipation d'un congé
- ✓ Mise à jour sur un patient
- ✓ Changements dans l'évolution d'un patient, etc.

En général, l'animateur des rencontres interprofessionnelles est le plus souvent un membre du personnel infirmier ayant une tâche d'encadrement clinique (50%) ou le médecin traitant (33%) [15]. En effet, quelques sources suggèrent que ce rôle devrait être rempli par l'infirmière-chef [21, 36] ou par l'ASI [33], alors que d'autres indiquent que cette tâche revient au médecin traitant [30]. C'est l'animateur qui s'occupe de donner le tour de parole, de gérer le temps, de recadrer la discussion et de synthétiser les décisions prises [11, 33]. Plusieurs sources signalent l'importance de l'implication de tous les intervenants de l'équipe dans la préparation du congé [11, 36].

La fonction de secrétaire, donc la personne qui est responsable de remplir le PII, peut varier. On retrouve plusieurs cas de figure :

- Chaque membre de l'équipe sera le secrétaire et cela pour toute la durée de séjour du patient. L'animateur nomme habituellement quelqu'un qui n'est pas impliqué dans le cas présenté [36].
- Le secrétaire est un professionnel désigné parmi les membres suivants : ergothérapeute, physiothérapeute ou travailleur social, et il conserve cette fonction pour une période de deux semaines [30].
- L'infirmière-chef s'occupe de compléter le PII et vérifie qu'une copie papier est versée au dossier du patient afin que tous les intervenants des divers quarts de travail puissent le consulter [33].

À la fin de la discussion du cas, les membres décident ensemble de la date du prochain suivi. Par la suite, l'animateur en informe l'agent administratif par une section du PII [36].

Durée et nombre de cas discutés

Lorsque la rencontre est tenue sur une base hebdomadaire, on propose une durée variant entre une heure et 2h30 [3, 11, 30, 33, 34]. Certains écrits suggèrent 2 rencontres de 60 minutes [29] ou trois rencontres par semaine d'une durée maximale de 1h30 [36]. Considérant que la durée des rencontres varie, il en va ainsi du nombre de cas discutés [11].

Implication des proches aidants

En règle générale, le patient et sa famille ne participent pas à la rencontre interprofessionnelle, toutefois ils sont rencontrés avant cette réunion afin de faire connaître leurs attentes et à la suite de celle-ci pour être informés et discuter des ajustements, le cas échéant [30, 36]. En effet, il est primordial de donner la parole aux patients et aux proches aidants et de les impliquer dans les objectifs et moyens de les atteindre mentionnés au PII, puisque cela permettra un meilleur arrimage entre leurs objectifs, les soins donnés, leur collaboration et la satisfaction en réponse aux besoins [3, 17].

Modèles d'outils d'évaluation informatisés adaptés aux besoins des personnes âgées

InterRAI™

Le groupe international InterRAI™ a transposé les éléments de l'EGG dans un outil d'évaluation faisant partie de son système informatisé de collecte de données lors d'une hospitalisation en soins de courte durée. Il comporte un total de 110 items regroupés en 14 sections. Chaque section est complétée à différents temps de l'hospitalisation, soit à l'admission, durant l'hospitalisation et au congé, ce qui permet de suivre l'évolution clinique. Voici les éléments évalués par section [22]:

1. L'histoire initiale et le milieu de vie;
2. La cognition : mémoire, compétences pour prendre des décisions dans la vie quotidienne, état cognitif , changement cognitif;
3. La communication : expression, compréhension, audition, vision, humeur/comportement;
4. La continence intestinale et vésicale;
5. L'état fonctionnel :
 - ✓ les AVQ : hygiène personnelle, se nourrir, marcher, utiliser les toilettes, transferts aux toilettes, mobilité au lit, se laver;
 - ✓ les activités personnelles et de loisirs;
 - ✓ les AVD : gérer ses médicaments, préparer un repas, entretenir la maison, gérer ses finances, utiliser un téléphone, utiliser les escaliers, faire les courses, moyens de transports;
 - ✓ la mobilité : si confiné au lit ou non, les moyens de déplacement/la marche (distance);
6. Les maladies diagnostiquées;
7. Les conditions médicales : nausée, équilibre, chutes, dyspnée, douleur, fatigue;
8. Le statut nutritionnel et oral : poids, taille, perte de poids, mode d'alimentation;
9. L'intégrité cutanée;
10. La médication : noms, doses, fréquence, mode d'administration;

11. Les traitements et procédures en cours : chimiothérapie, dialyse, radiation, transfusion, chirurgie, etc.;
12. Les mesures légales et directives médicales anticipées: mesures de protection légales, niveaux de soins incluant la réanimation cardiorespiratoire;
13. La planification du congé : services communautaires reçus avant l'hospitalisation, réseau de soutien, proches aidants, accessibilité du domicile;
14. Le congé : destination.

Par rapport au manuel de référence *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, le groupe InterRAI™ ajoute les sections de planification du congé, les traitements/procédures et la médication [22]. Le logiciel permet de produire un plan d'intervention à partir des informations recueillies. Cet outil est actuellement utilisé dans plusieurs pays et dans toutes les provinces canadiennes (<http://www.interrai.org/worldwide.html>) à l'exception du Québec. Il est reconnu tant pour sa valeur scientifique (validité et autres mesures métrologiques) que clinique [42-44].

Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI)

Il s'agit d'une version bonifiée de l'OEMC [45]. Cet outil québécois est informatisé et a pour but de permettre une évaluation détaillée ainsi que le suivi du cheminement clinique de la personne âgée et de ses proches aidants. Il est implanté depuis décembre 2018 dans les services de maintien à domicile des établissements de santé et dans les milieux d'hébergement de soins de longue durée. Nous n'avons pas été en mesure de retracer de publication portant sur l'exploitation des données colligées. À notre connaissance, il n'est pas prévu pour une utilisation en milieu hospitalier, principalement parce qu'il nécessite environ 3 heures à compléter avec le patient et ses proches aidants. Il comporte 4 sections principales, dont l'évaluation globale qui comporte 10 sous-sections. Voici les principaux éléments :

- Informations sur l'évaluation
 - Système de mesure de l'autonomie antérieure (SMAF) [46]
 - Statut de l'évaluation actuelle (réévaluation, etc.)
 - Raison initiale de l'évaluation
 - Programmes-services
 - Contexte (lieu) d'évaluation
 - Climat et collaboration durant l'évaluation
 - Autre personne présente
- Évaluation globale
 - *État de santé* : histoire de santé personnelle et familiale (antécédents médicaux et chirurgicaux, traumatismes, hospitalisations, allergies/intolérances, chutes, peur de chuter), santé physique (fonctions physiques, perte de poids, fatigue, etc.), santé psychique (humeur, anxiété, idées suicidaires, idées délirantes, hallucinations, agitation,

comportement), soins particuliers, médication, services de santé, besoins à travailler selon le patient

- *Habitudes de vie* : profil de consommation alimentaire, mode d'alimentation, dentition, sommeil, tabac et autres substances, activités personnelles et de loisirs (SMAF social), incapacités, handicaps, besoins à travailler selon le patient
- *AVQ (SMAF AVQ)*: se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, fonction vésicale, fonction intestinale, utiliser les toilettes, incapacité ou handicap, ressources impliquées, besoins à travailler selon le patient
- *Mobilité* : transferts, marcher à l'intérieur, installer prothèses ou orthèses, se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur, utiliser les escaliers, circuler à l'extérieur, incapacité ou handicap, ressources impliquées, besoins à travailler selon le patient
- *Communication* : vision, audition, langage, incapacité ou handicap, ressources impliquées, besoins à travailler selon le patient
- *Fonctions mentales (cognition)* : mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement, incapacité ou handicap, ressources impliquées, besoins à travailler selon le patient
- *Tâches domestiques (SMAF AVD)* : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments, gérer son budget, incapacité ou handicap, ressources impliquées, besoins à travailler selon le patient
- *Situation psychosociale* : histoire sociale, réseau familial et social, proches aidants, ressources communautaires publiques et privées, état affectif, perception du patient, vie intime, affective et sexualité, croyances et valeurs significatives (personnelles, culturelles et spirituelles), besoins à travailler selon le patient
- *Conditions économiques* : capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels, difficultés éprouvées
- *Environnement physique* : conditions du logement, sécurité personnelle et environnementale, accessibilité, proximité des services, besoins à travailler selon le patient
- Synthèse de la situation pour le patient et les proches aidants et priorisation partagée des besoins : facteurs de risque, indices de situations potentiellement problématiques (fragilité, chute, plaie, suicide, maltraitance, négligence, violation des droits), atteintes globales, capacités/forces, processus de décision, analyse/recommandations professionnelles
- Établir le plan d'intervention (PI) : but pour les patients et les proches aidants, pour chaque problème/besoin on indique l'intervention proposée (objectifs, catégories, moyens, début, fin, lieu, consignes, résultats)

L'OCCI comporte donc tous les éléments de l'EGG suggérés dans le manuel de référence *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* et dans l'outil en soins de courte durée

InterRAI™, sauf les mesures légales et directives anticipées. Par ailleurs, il est possible de produire un plan d'intervention interprofessionnel à partir de l'OCCL. Ce dernier comporte trois principales sections : but du plan, détails de chaque problème identifié et interventions proposées pour chaque problème.

Enquête auprès des UCDG québécoises

Étant donné que peu de différence en fonction de la taille des UCDG (≤ 15 lits versus ≥ 16 lits) ont atteint un niveau de signification statistique ($P \leq 0,05$), les résultats de l'enquête regroupent l'ensemble de l'échantillon ($n=29$). Au profit du lecteur, les tendances les plus fortes sont soulignées.

Taux de participation et caractéristiques de l'échantillon

Parmi les 59 UCDG du Québec, 29 ont répondu au sondage (49,2%) (**annexe 4**). Ces 29 UCDG sont représentatives de l'ensemble des UCDG catégorisées en fonction de leur taille, leur situation géographique et leur affiliation universitaire (**tableau 1**). Dans notre échantillon d'UCDG, la durée moyenne de séjour est comparable lorsqu'on les divise en deux groupes selon leur taille (≤ 15 ou ≥ 16 lits au permis), soit respectivement 20,9 et 20,2 jours. Par contre, les UCDG ayant ≥ 16 lits au permis ont plus fréquemment un profil de soins aigus/évaluation (42,1%) comparativement aux UCDG ayant ≤ 15 lits au permis (10,0%). De plus grande taille, elles admettent ainsi plus de patients par année soit en moyenne, 396 admissions versus 149 admissions (**tableau 2**).

L'équipe de base des UCDG, disponible dans plus de 70% de l'ensemble des 29 UCDG durant le quart de travail de jour est composée d'une équipe médicale (médecin de famille et/ou gériatre), de professionnels/personnels en soins infirmiers (infirmière-chef, ASI ou AIC, infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire, PAB) et de membres des professions suivantes : physiothérapeute (96,6%), ergothérapeute (100%), travailleur social (96,6%) et nutritionniste (79,3%) (**tableau 2**). Dans les UCDG ayant ≥ 16 lits au permis comparativement aux UCDG ayant ≤ 15 lits au permis, on retrouve plus fréquemment dans l'équipe un nutritionniste (89,5% versus 60,0%), une infirmière de liaison (42,1% versus 20,0%), un orthophoniste (15,5% versus 0%) (**tableau 2**). Par contre, les UCDG ayant ≤ 15 lits incluent plus souvent un thérapeute en réadaptation physique (50,0% versus 26,3%) et un intervenant spirituel (10,0% versus 0%). Toutefois, lorsque l'on calcule le ratio total de ressources professionnelles (somme de toutes les professions) en ETC pour 10 lits au permis, celui-ci est comparable en fonction de la taille des UCDG, soit : 6,6 pour le jour, 2,5 pour le soir et de 1,7 pour la nuit (**tableau 2**).

Modalités des rencontres interprofessionnelles

Le **tableau 3** présente les résultats sur les modalités des rencontres interprofessionnelles. Seulement 27,6% des UCDG possèdent un cadre de référence ou une procédure encadrant la rencontre interprofessionnelle [3, 27-30, 32-40]. La majorité des UCDG (79,3%) réalisent une réunion interprofessionnelle une fois par semaine et incidemment, elles se tiennent souvent le mercredi (44,8%). En moyenne, la durée totale de la réunion est de 116,2 minutes. La présentation d'un nouveau cas prend en moyenne 9,4 minutes et un suivi, 8,3 minutes. Le suivi de cas est significativement ($p=0,017$) plus long dans les plus petites UCDG (11,9 minutes versus 6,7 minutes). Dans 44,8% des UCDG, un même patient n'est discuté qu'une seule fois au cours de son hospitalisation.

Dans 62,1% des 29 UCDG, c'est une infirmière (ASI, AIC, chef d'unité, infirmière clinicienne/liaison) qui décide de l'ordre de discussion des patients, suivi du médecin dans 20,7% des cas et de l'équipe au complet ou d'un duo (médecin et ASI ou AIC) dans 17,2% des cas. Dans les UCDG ≤ 15 lits au permis, c'est plus souvent une infirmière qui décide l'ordre de discussion (70,0% versus 57,9%).

La moitié des UCDG (51,7%) ont répondu que c'est l'infirmière (chef d'unité, AIC, ASI, infirmière clinicienne/liaison) qui remplit le rôle d'animateur, à 34,5% le médecin et dans 13,8% des cas, c'est respectivement une co-animation ou une alternance d'animateur. Dans les UCDG ≥ 16 lits au permis, c'est plus souvent le médecin qui anime la rencontre (42,1% versus 20,0%).

Quelques 48,3% des UCDG rapportent un niveau de satisfaction élevé ou très élevé de l'équipe face au fonctionnement des rencontres interprofessionnelles. Par contre, ce résultat est nettement plus élevé dans les plus petites UCDG (70,0%) contrairement aux UCDG ≥ 16 lits au permis (36,8%). Les principaux éléments associés à un niveau de satisfaction élevé sont :

- Perception d'un réel fonctionnement en interdisciplinarité
- Rôles des intervenants bien définis
- Animation structurée, communication efficace, plan détaillé des objectifs de la semaine et des congés
- Présence médicale et de tous les professionnels
- Bonne connaissance et présentation des patients car présence d'un personnel stable

Par contre, lorsque le niveau de satisfaction était nul, faible ou modéré, les éléments négativement associées sont :

- Absence de formulaire standardisé pour établir le PII (2)
- Durée de la rencontre interprofessionnelle trop longue
- Manque de structure/synthèse, les participants ont l'impression qu'ils n'ont pas tous la même importance
- Objectifs en silo (par discipline)
- Non implication de l'infirmière au chevet

- Inclusion des patients d'un autre programme (ex. URFI)
- Manque d'espace physique pour la rencontre

Participation à la rencontre interprofessionnelle

Les professionnels de l'équipe de base qui participent à toute la durée de la rencontre interprofessionnelle sont par ordre de fréquence (**tableau 4**): le travailleur social (86,2%), le physiothérapeute (85,7%), l'ergothérapeute (82,8%), le médecin de famille (78,3%), l'ASI ou AIC (59,3%). C'est aussi le cas du nutritionniste dans les UCDG ayant ≥ 16 lits (75,0%) mais pas dans les UCDG ayant ≤ 15 lits au permis (0%). Par contre, dans les plus petites UCDG, l'infirmière (chevet ou clinicienne) participe plus souvent à toute la durée de la rencontre (62,5% versus 38,9%) et on y invite parfois le PAB (14,3 % versus 0%). De plus, quand ils sont disponibles, les pharmaciens participent plus souvent à toute la durée de la rencontre (75,0% versus 44,4%) tableau 4.

Les intervenants de l'équipe de base qui participent régulièrement aux rencontres interprofessionnelles sont par ordre de fréquence (**tableau 4**): l'ergothérapeute (100%), le travailleur social (96,6%), le physiothérapeute (96,4%), le médecin de famille (95,7%), l'ASI ou AIC (74,1 %), l'infirmière de chevet ou clinicienne (69,2%) et le nutritionniste (65,2 %). Les autres professionnels qui participent régulièrement lorsqu'ils sont disponibles sont : le gériatre (81,3%), l'infirmière de liaison (66,7%), le thérapeute en réadaptation physique (66,7%) et le pharmacien (61,5%).

Les intervenants qui participent occasionnellement aux rencontres interprofessionnelles sont par ordre décroissant (**tableau 4**): orthophoniste (64,3%), infirmière-chef ou chef d'unité (31,6%), pharmacien (30,8%), infirmière de liaison (25,0%) et intervenant du SAD (24,1%). Pour ce qui est d'identifier qui détermine le besoin de participation occasionnelle des intervenants à la rencontre, dans 73% des cas (n=22 UCDG), c'est un membre de l'équipe qui s'en charge, soit l'AIC, ASI, le médecin, le TS, l'infirmière clinicienne/liaison, ou le professionnel lui-même.

Les proches aidants sont très rarement présents lors des rencontres interprofessionnelles (6,9% des UCDG) (**tableau 3**).

Utilisation des PII

Les caractéristiques de l'utilisation du PII sont présentées au **tableau 5** et à **l'annexe 4**. Tout d'abord, mentionnons que 19 des 29 UCDG (65,5%) rédigent un PII. Dans 42,1% des cas, il est informatisé. Concernant le format général du formulaire de PII, 47,4% des UCDG disent compléter des objectifs précis, 15,8% élaborent plutôt un plan global et 36,8% utilisent une combinaison des deux formats. Quelques 78,9% rapportent que le PII est disponible au dossier et qu'il est archivé dans 73,7% des cas. Le PII est transmis au

congé dans 42,1% des unités, soit aux patients et à ses proches, au CLSC/intervenant pivot ou au médecin de famille. La personne responsable de remplir le PII (inscrire l'information discutée) est une infirmière dans 52,6% des UCDG, un médecin dans 10,5% des cas et différents professionnels (physiothérapeute, ergothérapeute, duo infirmière-autre intervenant ou chaque professionnel remplit sa section) dans 36,8% des cas. Quelques 68,4% des UCDG partagent les informations du PII entre les quarts de travail par une méthode unique (soit par plan (de soins, PTI, PSTI, de travail), Kardex, ASI ou AIC, dossier ou rapport inter quart) par rapport à l'utilisation simultanée de plusieurs de ces méthodes.

Environ la moitié des répondants (47,4%) ont mentionné des difficultés à communiquer le PII aux autres quarts de travail. Les éléments problématiques sont :

- Roulement élevé du personnel (4);
- L'UCDG est partagée avec un autre programme clientèle. Le personnel est restreint et non dédié à l'unité pour les quarts de travail de soir et de nuit. Il leur est donc difficile d'appliquer les objectifs du plan;
- Le transfert d'informations se passent bien les premières 24 heures après l'élaboration du PII, mais par la suite, il n'est pas toujours consulté et mis à jour;
- Les informations importantes sont mal identifiées et sont perdues en cours de route.

Contenu des PII

Nous avons recueilli les formulaires PII utilisés actuellement dans 16 des 19 UCDG qui en rédigent. Le **tableau 6** présente la compilation des différents éléments qui les composent et leur fréquence d'apparition en ordre décroissant. Les éléments que l'on retrouve le plus fréquemment sont (i.e. ≥ 50 % des cas) selon l'ordre du déroulement du PII:

- Raison d'admission (68,8%)
- Milieu de vie (62,5%)
- Diagnostics médicaux/problèmes (81,3%)
- Autonomie globale (50 %)
- AVQ (75 %)
- AVD (75 %)
- Mobilité (68,8%)
- Fonctions mentales (50%)
- Attentes du patient, son projet de vie (56,3 %)
- Professionnels impliqués (50%)
- Identification ou présence des proches aidants (50%)
- Objectifs d'intervention (93,8 %)
- Services offerts au congé (68,8 %)

Quelques 25% des UCDG utilisent les signes AINÉES (**annexe 5**) dans leur PII [47-50]. Cet outil, issu de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier»[51] est intimement associé aux dimensions cliniques à surveiller pour éviter un déclin fonctionnel de nature iatrogène.

Le **tableau 7** présente la comparaison des éléments de l'Evaluation gériatrique globale contenus dans les PII des 16 UCDG québécoises à ceux des outils d'évaluation InterRAI™ et OCCI. Selon ces modèles, on constate que les éléments suivants n'apparaissent pas dans les PII des UCDG québécoises:

- Situation sociale et économique
- Activités personnelles et loisirs ou habitudes de vie
- Traitements et procédures
- Niveaux de soins/réanimation cardiopulmonaire

Parmi les 16 modèles de PII utilisés dans les UCDG, on retrouve 7 modèles de PII informatisé développés par les équipes UCDG elles-mêmes. Selon les utilisateurs, ces modèles ont permis de mieux structurer la rencontre interprofessionnelle en entraînant un sentiment d'efficacité et de produire des PII réellement interprofessionnels au lieu d'établir des objectifs disciplinaires. Par contre, les plateformes utilisées sont variables (ACE-Multi®, E-clinibase®, Microsoft Access®, Adobe Acrobat® (pdf)). Ces initiatives locales démontrent l'importance pour les UCDG d'améliorer le déroulement de leurs rencontres interprofessionnelles à l'aide d'un PII informatisé. Ce besoin est confirmé dans la présente enquête où les deux tiers des répondants (69%) manifestent un intérêt élevé ou très élevé à ce que le RUSHGQ développe un outil informatisé de PII.

Conditions favorables à l'élaboration et au suivi des PII en UCDG

Selon les répondants (n=25), les conditions favorables à mettre en place pour l'élaboration et le suivi des PII en UCDG sont :

- La présence des intervenants impliqués dans un cas est jugée cruciale lors des rencontres et ils doivent arriver à la rencontre en étant préparés;
- Le formulaire de PII devrait être convivial et simple et l'équipe devrait être soutenue dès le début de l'implantation de nouveaux outils;
- Les moyens de communication entre les membres de l'équipe sont à améliorer. Il serait souhaitable d'avoir des moments de coordination prévus avec les trois quarts de travail afin de partager le PII et d'avoir une procédure simple et efficace à suivre;
- Il faut s'assurer de la stabilité du personnel, former le personnel en conséquence et remplacer les professionnels en cas d'absence;
- La présence d'une infirmière est importante lors des rencontres, tout comme d'avoir un leader (en quelque sorte, un capitaine d'équipe);
- Les membres de l'équipe doivent être convaincus de la pertinence et de la plus-value des rencontres interprofessionnelles.

RECOMMANDATIONS

Les résultats précédents ont été présentés lors du congrès annuel de la Société québécoise de gériatrie qui s'est tenu les 10 et 11 octobre 2019 à Québec ainsi que lors de 3 visioconférences-midis auprès des 61 hôpitaux membres du regroupement les 5, 12 et 19 novembre 2019. Le principal commentaire reçu lors de ces présentations est à l'effet que le pharmacien devrait faire partie de l'équipe de base de l'UCDG considérant l'importance d'une gestion appropriée de la médication chez cette clientèle vulnérable.

En se basant sur les informations et commentaires recueillis, le sous-comité formule quatre recommandations générales :

- 1- Que chaque patient admis en UCDG bénéficie d'une rencontre interprofessionnelle qui mène à l'établissement d'un PII individualisé. Des rencontres subséquentes seront planifiées selon les objectifs déterminés.
- 2- Que la rencontre interprofessionnelle soit structurée à l'aide d'un PII standardisé et idéalement informatisé. Le contenu du PII devrait couvrir les éléments de l'évaluation gériatrique globale et devrait être concis (2 pages).
- 3- Que chaque UCDG dispose d'une procédure écrite sur le fonctionnement de la rencontre interprofessionnelle et sur l'utilisation du PII. Ce document est présenté lors de l'accueil d'un nouveau professionnel.
- 4- Que le PII individualisé soit accessible et suivi par tous les quarts de travail.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête auprès des UCDG québécoises peuvent servir de balises sur lesquelles s'appuyer pour optimiser le fonctionnement des rencontres interprofessionnelles et l'utilisation du PII :

- ✓ Fréquence : au moins une rencontre interprofessionnelle par semaine incluant la rédaction d'un PII et sa mise à jour au besoin;
- ✓ Participants : médecin, infirmière de chevet, infirmière de suivi clientèle si la fonction existe, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute et pharmacien devraient d'office participer aux rencontres interprofessionnelles. Les patients et les proches ne participent généralement pas aux rencontres, mais ils sont consultés avant celle-ci pour transmettre leurs besoins/attentes lesquels seront inscrits au PII. D'autres professionnels sont invités au besoin.
- ✓ Durée : 90 à 100 minutes au total pour 20 cas, soit environ 10 minutes pour un nouveau cas et 8 minutes pour un suivi ;
- ✓ Préparation : l'intervenant se présente préparé, ainsi, préalablement à la rencontre les intervenants auront colligés les informations pertinentes à leur domaine;
- ✓ Ordre de discussion : établi par une infirmière ou un médecin ;
- ✓ Animation : par une infirmière ou un médecin ;

- ✓ Secrétaire : par un professionnel habile à synthétiser l'information, à écrire lisiblement ou à taper au clavier si le PII est informatisé ;
- ✓ Une version papier du PII est déposée en tête du dossier médical pour faciliter sa consultation par tous les quarts de travail. Le PII est archivé au congé;
- ✓ Il n'est pas requis de transmettre le PII au congé car le résumé d'hospitalisation est obligatoire et doit inclure les interventions réalisées et les recommandations proposées au congé.
- ✓ Le PII devrait contenir les éléments suivants et être mis à jour à chaque rencontre:

- Informations générales sur le patient (nom, âge, no dossier, date d'admission, date, médecin traitant, identification des proches)
- Raison d'admission
- Diagnostics/problèmes médicaux
- Traitements et procédures significatives à venir
- Situation sociale (provenance/milieu de vie, réseau social, soutien à domicile, mesures de protection légale, etc.)
- Capacités antérieures, environnement, habitudes de vie
- Gestion de la médication (pilulier, observance, etc.)
- Objectifs du patient et de ses proches aidants (le cas échéant)
- État de santé actuel en fonction des signes AINÉES ou autre classification
 - A: autonomie fonctionnelle (AVQ, AVD)
 - I: Intégrité cutanée
 - N: état nutritionnel et hydratation
 - É: Élimination
 - E: État cognitif et émotionnel, communication
 - S: Sommeil et souffrance/douleur
- Catégories de professionnels impliqués
- Objectifs des interventions et temps prévus pour les réaliser
- Indication si les informations ont été discutées avec le patient et ses proches aidants, le cas échéant
- Planification du congé: soins et services demandés et par quel(s) professionnel (s)

CONCLUSION ET SUITE

Le présent travail confirme que les pratiques actuelles quant à la rencontre interprofessionnelle et le PII varient entre les UCDG. Plusieurs UCDG souhaitent améliorer le déroulement de ces rencontres en les structurant à l'aide d'un PII informatisé.

La prochaine étape pour le RUSHGQ sera de diffuser le présent rapport aux co-responsables administratifs et médicaux des UCDG. Il sera aussi transmis aux responsables concernés du MSSS pour solliciter le développement d'un PII informatisé standardisé disponible à l'ensemble des UCDG.

TABLEAUX

Tableau 1. Représentativité des UCDG ayant participé à l'enquête par rapport à l'ensemble des UCDG au Québec

Classification	Nombre total d'UCDG au Québec (n = 59)	Nombre d'UCDG participantes (n= 29)
Situation géographique ¹		
• Régions centrales	18	10
• Régions périphériques des centrales	14	9
• Régions intermédiaires	19	10
• Régions éloignées	8	0
Taille		
• ≤ 9 lits au permis	16	3
• 10-15 lits au permis	15	7
• 16-20 lits au permis	14	9
• ≥ 21 lits au permis	14	10
Affiliation universitaire		
• Oui	33	17
Profils de soins	n=57 UCDG	
• Soins aigus/évaluation	18	9
• Mixte	33	20
• Réadaptation	6	0

¹ 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, Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 2. Caractéristiques des UCDG participantes en fonction de leur taille

Caractéristiques	Taille de l'UCDG (nombre de lits au permis)		Total n= 23 à 29	Valeur de P
	≤ 15 (n= 7 à 10)	≥16 (n= 16 à 19)		
Nombre annuel d'admissions (2016-2017) (moyenne ± écart type)	149,1 ± 59,8	396,4 ± 155,3	308,1 ± 175,9	0,000
Profil de soins (soins aigus et évaluation, %)	10,0	42,1	31,0	0,107
Durée moyenne de séjour ² (jours, moyenne ± écart type)	20,9 ± 6,6	20,2 ± 4,0	20,4 ± 4,9	0,810
Disponibilité des professionnels – quart de travail de jour (%)				
Somme infirmière chef + AIC ou ASI	90,0	100,0	96,6	0,345
Somme infirmière + infirmière clinicienne	100,0	100,0	100,0	-
Infirmière auxiliaire	100,0	100,0	100,0	-
Préposé aux bénéficiaires	100,0	100,0	100,0	-
Infirmière de liaison	20,0	42,1	34,5	0,414
Médecin de famille	75,0	72,2	73,1	1,000
Gériatre	50,0	57,9	55,2	0,714
Physiothérapeute	90,0	100,0	96,6	0,345
Thérapeute en réadaptation physique	50,0	26,3	34,5	0,244
Ergothérapeute	100,0	100,0	100,0	-
Travailleur social	100,0	94,7	96,6	1,000
Nutritionniste	60,0	89,5	79,3	0,143
Pharmacien	40,0	52,6	48,3	0,700
Intervenant spirituel	10,0	0,0	3,4	0,345
Psychologue	0,0	5,3	3,4	1,000
Orthophoniste	0,0	15,8	10,3	0,532
Disponibilité des professionnels – quart de travail de soir (%)				
Somme infirmière chef + AIC ou ASI	90,0	89,5	89,7	1,000
Somme infirmière + infirmière clinicienne	70,0	89,5	82,8	0,306
Infirmière auxiliaire	90,0	100,0	96,6	0,345
Préposé aux bénéficiaires	100,0	100,0	100,0	-
Disponibilité des professionnels – quart de travail de nuit (%)				
Somme infirmière chef + AIC ou ASI	90,0	84,2	86,2	1,000

Caractéristiques	Taille de l'UCDG (nombre de lits au permis)		Total n= 23 à 29	Valeur de P
	≤ 15	≥16		
	(n= 7 à 10)	(n= 16 à 19)		
Infirmière	60,0	73,7	69,0	0,675
Infirmière auxiliaire	80,0	78,9	79,3	1,000
Préposé aux bénéficiaires	70,0	78,9	75,9	0,665
Nombre total d'ETC jour / 10 lits (moyenne ± écart type)	6,5 ± 1,8	6,6 ± 1,4	6,6 ± 1,5	0,934
Nombre total d'ETC soir / 10 lits (moyenne ± écart type)	2,2 ± 0,7	2,6 ± 0,8	2,5 ± 0,8	0,261
Nombre total d'ETC nuit / 10 lits (moyenne ± écart type)	1,7 ± 0,7	1,7 ± 0,7	1,7 ± 0,7	0,713

¹ Vs Nul, faible ou moyen

² La plus courte disponible (incluant ou excluant les patients en attente d'hébergement)

Tableau 3. Caractéristiques des rencontres interprofessionnelles dans les UCDG participantes en fonction de leur taille

Caractéristiques	Taille de l'UCDG (nombre de lits au permis)		Total n= 20 à 29	Valeur de P
	≤ 15 (n= 7 à 10)	≥16 (n=13 à 19)		
Cadre de référence ou procédures disponibles (Oui, %, n=29)	30,0	26,3	27,6	1,000
Présence des proches aidants (Oui, %)	10,0	5,3	6,9	1,000
Fréquence				
Une fois par semaine (%) ¹	70,0	84,2	79,3	0,633
Journée de la semaine- Mercredi (%) ²	40,0	47,4	44,8	1,000
Durée totale (minutes, moyenne ± écart type)	104,5 ± 27,4	122,4 ± 38,2	116,2 ± 35,4	0,418
Durée de présentation d'un nouveau cas (minutes, moyenne ± écart type)	10,9 ± 6,2	8,8 ± 3,4	9,4 ± 4,4	0,498
Durée d'un suivi de cas (minutes, moyenne ± écart type)	11,9 ± 5,4	6,7 ± 3,9	8,3 ± 5,0	0,017
Fréquence de discussion pour un même patient (une fois, %) ³	40,0	46,4	44,8	1,000
Qui décide l'ordre de discussion des patients (%)				Non applicable
Infirmière (ASI ou AIC ou Chef d'unité, Infirmière clinicienne-liaison)	70,0	57,9	62,1	
Médecin (de famille ou gériatre)	10,0	26,3	20,7	
Équipe ou duo (Médecin et ASI ou AIC)	20,0	15,8	17,2	
Animateur (%)				Non applicable
Infirmière (Chef d'unité ou AIC ou ASI ou Infirmière clinicienne-liaison)	60,0	47,4	51,7	
Médecin (de famille ou gériatre)	20,0	42,1	34,5	
Autres : Co-animation (duo : médecin et chef d'unité ou AIC) ou Alternance (TS, gériatre, médecin, infirmière de liaison, AIC)	20,0	10,5	13,8	
Satisfaction (%) : Élevé ou très élevé ⁴	70,0	36,8	48,3	0,128

¹ Vs deux fois et plus par semaine (une UCDG effectue des rencontres interprofessionnelles cinq fois par semaine).

² Vs autres : Les réunions sont effectuées le mardi (24,1%), le jeudi (6,9%), mardi et jeudi (10,3%), mardi et mercredi (3,4%), lundi et jeudi (3,4%), le lundi (3,4%) et tous les jours de la semaine (3,4%).

³ Vs autres : plus de deux fois (chaque rencontre interprofessionnelle)

⁴ Vs Nul, faible ou moyen

Tableau 4. Taux de participation par profession à la rencontre interprofessionnelle dans les UCDG participantes en fonction de leur taille

Professions	n UCDG où la ressource est disponible	Participe à toute la durée de la rencontre				Participe régulièrement				Participe occasionnellement			
		≤ 15 lits	≥ 16 lits	Total	Valeur de P	≤ 15 lits	≥ 16 lits	Total	Valeur de P	≤ 15 lits	≥ 16 lits	Total	Valeur de P
		%				%				%			
Travailleur social	29	80,0	89,5	86,2	0,592	100,0	94,7	96,6	1,000	0,0	5,3	3,4	1,000
Ergothérapeute	29	70,0	89,5	82,8	0,306	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Intervenant du SAD	29	-	-	-	-	0,0	5,3	3,4	1,000	40,0	15,8	24,1	0,193
Physiothérapeute	28	77,8	89,5	85,7	0,574	88,9	100,0	96,4	0,321	-	-	-	-
Somme infirmière chevet ou infirmière clinicienne	26	62,5	38,9	46,2	0,401	75,0	66,7	69,2	1,000	-	-	-	-
ASI ou AIC	27	50,0	63,2	59,3	0,675	62,5	78,9	74,1	0,633	-	-	-	-
Infirmière auxiliaire	24	-	-	-	-	0,0	5,9	4,2	1,000	0,0	17,6	12,5	0,530
PAB	24	14,3	0,0	4,2	0,292	14,3	0,0	4,2	0,292	0,0	17,6	12,5	0,530
Médecin famille	23	75,0	80,0	78,3	1,000	87,5	100,0	95,7	0,348	12,5	0,0	4,3	0,348
Nutritionniste	23	0,0	75,0	52,2	0,001	57,1	68,8	65,2	0,657	28,6	25,0	26,1	1,000
Infirmière chef ou chef d'unité	19	0,0	13,3	10,5	1,000	0,0	20,0	15,8	1,000	50,0	26,7	31,6	0,557
Gériatre	16	40,0	36,4	37,5	1,000	60,0	90,9	81,3	0,214	20,0	0,0	6,3	0,313
Orthophoniste	14	0,0	36,4	28,6	0,505	0,0	36,4	28,6	0,505	100,0	54,5	64,3	0,258
Pharmacien	13	75,0	44,4	53,8	0,559	75,0	55,6	61,5	1,000	0,0	44,4	30,8	0,228
Infirmière de liaison	12	75,0	50,0	58,3	0,576	75,0	62,5	66,7	1,000	25,0	25,0	25,0	1,000
Thérapeute en réadaptation physique	9	0,0	20,0	11,1	1,000	100,0	40,0	66,7	0,167	0,0	20,0	11,1	1,000

- Deux UCDG sur 29 ont mentionné que des résidents en médecine participaient régulièrement aux rencontres et à toutes les rencontres. Dans une seule UCDG, les étudiants de médecine et de soins infirmiers participent occasionnellement.
- Dans deux UCDG, des neuropsychologues interviennent régulièrement et dans quatre UCDG, c'est occasionnellement.
- Une seule UCDG mentionne la participation d'un géronto-psychologue occasionnellement.
- L'Intervention occasionnelle d'un responsable RPA n'est apparu que dans une seule UCDG, celle de la Cité-de-la-Santé.
- Le Centre hospitalier régional de la Lanaudière mentionne la présence occasionnelle d'une infirmière de repérage. À des fins de simplification, elle a été classée comme une infirmière de liaison.
- L'Hôpital Général Juif mentionne la présence régulière d'une infirmière clinicienne NSA. À des fins de simplification, elle a été classée comme une infirmière clinicienne.
- Dans 3 UCDG, l'intervenant spirituel participe régulièrement aux rencontres.

Tableau 5. Caractéristiques de l'utilisation du PII dans les UCDG participantes en fonction de leur taille

Caractéristiques	Taille de l'UCDG (nombre de lits au permis)		Total n= 18 à 29	Valeur de P
	≤ 15 (n= 5 à 10)	≥16 (n= 10 à 19)		
Utilisation d'un PII (Oui, %)	70,0	63,2	65,5	1,000
PII informatisé (Oui, %)	57,1	33,3	42,1	0,377
Responsable de remplir le PII				
Infirmière (chef ou ASI ou AIC ou de liaison ou autre)	42,9	58,3	52,6	Non applicable
Autres : Chaque intervenant rempli sa section ou ergothérapeute ou physiothérapeute ou Duo (infirmière et un autre intervenant)	42,9	33,3	36,8	
Médecin (de famille ou gériatre)	14,3	8,3	10,5	
PII disponible au dossier (Oui, %)	85,7	75,0	78,9	1,000
PII transmis au congé (Oui, %)	57,1	33,3	42,1	0,377
PII conservé aux archives (Oui, %)	85,7	66,7	73,7	0,603
Partage des informations du PII (%) : par une méthode ¹	71,4	66,7	68,4	1,000
Difficultés de communication du PII aux trois quarts de travail (Oui, %)	57,1	41,7	47,4	0,650
Contenu du PII (%)				
Objectifs précis	57,1	41,7	47,4	Non applicable
Objectifs précis et plan global	28,6	41,7	36,8	
Plan global	14,3	16,7	15,8	
Intérêt à un développement d'un outil informatisé de PII par le RUSHGQ (%) : Élevé ou très élevé²	70,0	68,4	69,0	1,000

¹ Par une méthode (soit par plan (de soins, PTI, PSTI, de travail), Kardex, ASI ou AIC, dossier ou rapport inter quart) Vs Par diverses méthodes (PTI, logiciel informatique, Kardex, plan de soins du patient, dossier, rapport verbal, rapport inter quart)

² Vs Nul, faible ou moyen

Tableau 6. Fréquence des éléments contenus dans les PII utilisés actuellement dans 16 UCDG québécoises

Sections	St-Mary	CHUL	Enfant-Jésus	Lanaudière (Joliette)	IUGM	Rimouski	Alma	CHUM	Rivière-du-Loup	Thetford	Laval (document planification de congé)	Avellin d'Alcourt (Louiseville) - format actuel	IUCPQ	Beauce	St-Jérôme	Argyll (IUGS)	Total	Pourcentage
Raison d'admission	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1			1	11	68,8
Milieu de vie	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1						10	62,5
Diagnostics/problèmes médicaux	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1			1	13	81,3
AINÉES					1		1	1	1								4	25,0
Autonomie globale				1	1	1	1	1	1	1			1				8	50,0
Mandat/régime de protection		1	1			1											3	18,8
AVQ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					1	12	75,0
AVD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					1	12	75,0
Mobilité	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						1	11	68,8
Fonctions mentales				1	1	1	1	1	1	1						1	8	50,0
Communication				1	1		1			1							4	25,0
Médication	1				1		1									1	4	25,0
Objectifs du patient		1	1	1	1		1	1	1		1			1			9	56,3
Professionnels impliqués		1	1				1	1	1		1	1	1				8	50,0
Proches aidants (oui, non, qui)		1	1	1		1	1	1	1							1	8	50,0
Objectifs du PII	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	15	93,8
Informations du PII transmises et discutées avec le patient et ses proches aidants (signature; oui; non; sinon, pourquoi)	1											1		1			3	18,8
Planification du congé	1			1	1	1				1	1					1	7	43,8
Services demandés au congé	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						1	11	68,8

* L'UCDG de Rivière-du-Loup utilise le PII informatisé du CHUM.

* Les UCDG du CHUL et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus utilisent le même PII qui a été implanté dans les UCDG du CHU de Québec.

* L'Hôpital de Cité-de-la-Santé utilise un PII pour les cas complexes qui n'a pas été inclus dans l'analyse car il n'est pas utilisé en vue du congé. Le document analysé est celui qui est utilisé pour la planification de congé.

* Les UCDG du CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean et du CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec travaillent actuellement au développement d'un nouveau formulaire de PII.

N.B. Les PII sont disponibles sur demande auprès de la coordonnatrice du RUSHGQ et après avoir eu l'accord des responsables des UCDG concernées.

Tableau 7. Comparaison des éléments contenus dans les PII de 16 UCDG québécoises et ceux des outils d'évaluation InterRAI™ et OCCI

Sections (selon l'ordre de raisonnement clinique usuel) ¹	PII concernés	Description
• Raison d'admission *	[47-49, 52-58]	
• Milieu de vie *	[47-49, 52, 54, 59-61]	Avant ou après admission.
• Identification des proches	[47-49, 54, 57, 60, 61]	
• Mesures de protection légales *	[54, 60]	<i>Niveaux de soins, réanimation cardiopulmonaire.</i>
• <i>Situation sociale et économique ‡</i>		<i>Éléments qui influencent les besoins de soins et services</i>
• <i>Habitudes de vie *</i>		<i>Journée-type, sorties régulières et occasionnelles, loisirs, etc.</i>
• Diagnostics médicaux *	[47-49, 52-57, 60, 62]	
• Prise de médication *	[47, 49, 52, 57]	
• <i>Traitements et procédures *</i>		<i>Chimiothérapie, dialyse, radiation, transfusion, chirurgie, tests demandés, investigation à venir, etc.</i>
• Objectifs du patient ‡	[47-49, 60-64]	
• Autonomie globale *‡	[55, 59, 62] [61] [48] [54]	Certains utilisent le SMAF [55, 59, 62] en comparant le score à l'admission et au congé et d'autres ont créé une section autonomie antérieure (AVD, AVQ, déplacement, élimination, communication, fonctions mentales supérieures) [61] ou niveau d'autonomie actuel [48] ou antérieur [54] + <i>déficiences, incapacité, handicaps.</i>
• AVQ ² *	[47-49, 52, 54, 55, 57, 59-62]	Soins de base : se nourrir, se laver, s'habiller, hygiène, fonction intestinale, fonction vésicale, utilisation des toilettes, transferts, mobilité.
• AVD ² *	[47-49, 52, 54, 55, 57, 59-62]	Capacité à entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, déplacement, prendre ses médicaments, gérer son budget, conduite automobile.
• Mobilité ² *	[47-49, 52, 54, 55, 57, 59-62]	Transferts, marcher à l'intérieur, installer prothèse/orthèse, se déplacer en fauteuil roulant, utiliser les escaliers, circuler à l'extérieur, score de Berg, Score de TUG, score du MMT.

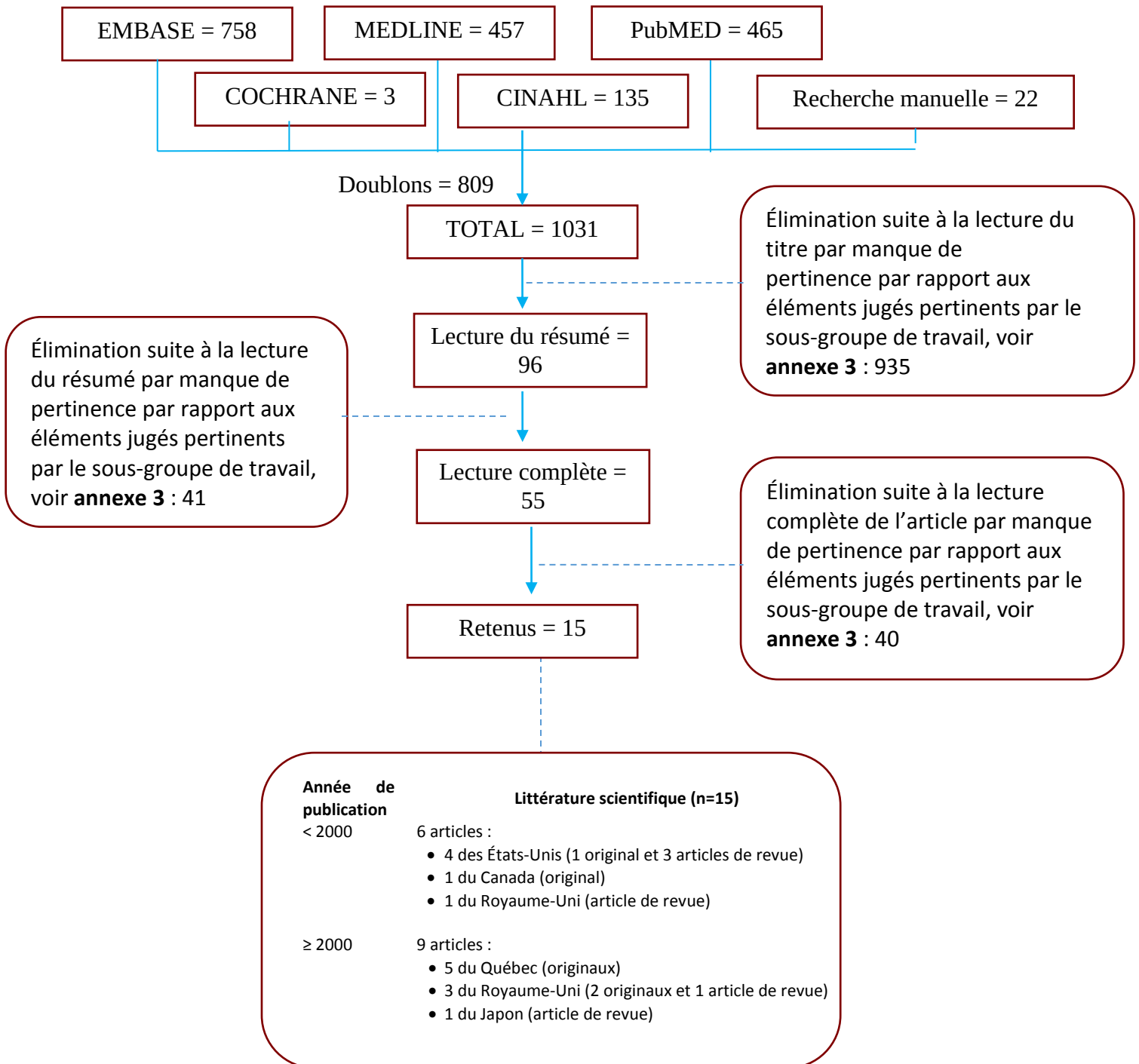
• Fonctions mentales ² *	[47-49, 54, 55, 57, 59, 61, 62]	Mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportement et les scores des tests suivants sont souvent inscrits : MMSE, MoCA, 3MS, PECPA-2R
• <i>Statut nutritionnel et oral</i> *		<i>Poids, taille, perte de poids, mode d'alimentation</i>
• <i>État de la peau</i> *		
• Communication *	[47, 49, 55, 59, 61, 62]	Voir (lunette, loupe), entendre (appareil auditif), parler (ordinateur, tableau de communication)
• Catégories de professionnels impliqués dans le dossier	[47, 48, 56, 58, 60, 63]	
• Objectifs du PII ‡	[47-49, 52-64]	En général : problèmes exprimés en courts énoncés /objectifs verbe d'action /moyens et interventions quoi par qui comment /niveau d'atteinte
• Informations du PII transmises et discutées avec le patient et ses proches aidants lorsqu'indiqué	[52, 58, 59, 62-64]	
• Soins et services demandés au congé	[47-49, 52, 54, 55, 57, 59-61]	
• Planification du congé *‡	[49, 52, 54, 55, 57, 59, 61]	Pronostic, date de prévision du congé, accessoires requis, visites et adaptation du domicile, services d'aide, référence SAD, suivi médical)

¹ Les éléments en caractère gras sont les plus communs dans les PII recueillis dans 17 UCDG (i.e. qu'ils apparaissent dans ≥ 50 % des PII). Les astérisques (*) indiquent les éléments qui sont utilisés dans l'outil InterRAI™. Le symbole ‡ correspond aux éléments de l'OCCI. Les éléments en italique correspondent aux éléments qui pourraient être ajoutés selon le contenu de ces deux outils de référence.

² L'échelle SMAF, qui varie de 0 (fonctionnel, seul) à -3 (dépendant, aide totale), est la plus souvent utilisée.

ANNEXES

Annexe 1. Algorithme de sélection des articles scientifiques sur les rencontres interprofessionnelles et le PII en UCDG



Annexe 2. Mots-clés (*Mesh*) utilisés lors de la revue de littérature sur les rencontres interprofessionnelles et le PII en UCDG

Aged

Geriatric Assessment

Hospital Departments*

Hospitalization

Hospital Units*

Geriatrics*

Geriatric Assessment*/methods

Geriatrics/methods

Geriatrics/standards*

Health Services for the Aged/manpower*

Patient Care/methods

Patient Care/standards

Patient Care Management/methods

Patient Care Management/standards*

Patient Care Management*

Treatment Outcome

Quality of Health Care/standards*

Predictive Value of Tests

Reproducibility of Results

Nursing Homes

Patient Care*

Annexe 3. Questionnaire sur la rencontre interprofessionnelle et le PII en UCDG

Caractéristiques	Indicateurs
Section 1. Informations générales sur les répondants	
1. Coordonnées des répondants (prénom, nom, fonction, courriel, téléphone)	
2. Nom de l'établissement (CISSS, CIUSSS, établissement non-fusionné)	
3. Nom de l'hôpital (installation)	
4. Quel est le nombre total de lits au permis de votre programme UCDG?	
Section 2. Informations sur le contexte de votre programme UCDG	
5. Quel est le profil de soins de votre UCDG (cocher la réponse qui convient le mieux)?	a) soins aigus-évaluation (majorité des admissions par le service des urgences) b) mixte (répartition des admissions par le service des urgences et par transfert ou électif) c) réadaptation (majorité des admissions par transferts ou électif) d) autre (veuillez préciser)
6. Quel a été le nombre d'admissions au programme UCDG entre le 1 ^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017?	À l'UCDG : Hors UCDG :
7. Quelle a été la durée moyenne de séjour pour vos lots du programme UCDG entre le 1 ^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017?	En incluant les patients en attente d'hébergement : En excluant les patients en attentes d'hébergement :
8. Veuillez fournir les effectifs réguliers de votre programme UCDG durant le QUART DE TRAVAIL DE JOUR, en équivalent temps complet (ETC) par nombre de lits au permis. ETC = 35 heures de travail par semaine. Ex: infirmière-chef = 0,5 ETC / 15 lits. Inscrire ND si la ressource est non-disponible.	Infirmière-chef : ☐ Assistante infirmière chef ou Assistante au supérieur immédiat : ☐ Infirmière: ☐ Infirmière clinicienne: ☐ Infirmière auxiliaire: ☐ Préposé aux bénéficiaires: ☐ Infirmière de liaison: ☐ Médecin de famille: ☐ Gériatre: ☐ Physiothérapeute: ☐ Thérapeute en réadaptation physique: ☐ Ergothérapeute: ☐ Travailleur social: ☐

Caractéristiques	Indicateurs
	Technicien en travail social: ☐ Nutritionniste: ☐ Pharmacien: ☐ Autre 1 (préciser) : ☐ Autre 2 (préciser) : ☐ Autre 3 (préciser) : ☐ Autre 4 (préciser) : ☐
9. Veuillez fournir les effectifs réguliers de votre programme UCDG durant le QUART DE TRAVAIL DE SOIR, en équivalent temps complet (ETC) par nombre de lits au permis. ETC = 35 heures de travail par semaine. Ex: infirmière-chef = 0,5 ETC / 15 lits. Inscrire ND si la ressource est non-disponible.	Infirmière-chef : ☐ Assistante infirmière chef ou Assistante au supérieur immédiat : ☐ Infirmière: ☐ Infirmière clinicienne: ☐ Infirmière auxiliaire: ☐ Préposé aux bénéficiaires: ☐ Autre 1 (préciser) : ☐ Autre 2 (préciser) : ☐ Autre 3 (préciser) : ☐ Autre 4 (préciser) : ☐
10. Veuillez fournir les effectifs réguliers de votre programme UCDG durant le QUART DE TRAVAIL DE NUIT, en équivalent temps complet (ETC) par nombre de lits au permis. ETC = 35 heures de travail par semaine. Ex: infirmière-chef = 0,5 ETC / 15 lits. Inscrire ND si la ressource est non-disponible.	Infirmière-chef : ☐ Assistante infirmière chef ou Assistante au supérieur immédiat : ☐ Infirmière: ☐ Infirmière clinicienne: ☐ Infirmière auxiliaire: ☐ Préposé aux bénéficiaires: ☐ Autre 1 (préciser) : ☐ Autre 2 (préciser) : ☐ Autre 3 (préciser) : ☐ Autre 4 (préciser) : ☐
Section 3. Rencontres interprofessionnelles pour l'élaboration du plan d'intervention interprofessionnel (PII)	
11. Quelle est la fréquence de votre rencontre interprofessionnelle pour l'élaboration du PII ?	1 fois par semaine : ☐ 2 fois par semaine : ☐ Autre (veuillez préciser) :
12. Quelle(s) journée(s) de la semaine effectuez-vous cette ou ces rencontres ?	Journée(s) de la semaine :
13. Quel est, en moyenne, la durée <u>totale</u> de vos rencontres interprofessionnelles pour l'élaboration du PII (en minutes) ?	Nombre moyen de minutes :
14. Avez-vous 2 types de présentation lors de ces rencontres, l'une pour une première présentation de cas et une autre pour le suivi?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle est la durée moyenne pour chaque

Caractéristiques	Indicateurs
	type de présentation?
15. Quel est, en moyenne, le nombre de nouveaux cas de patients discutés par rencontre ?	Nombre moyen de nouveaux cas par rencontre :
16. Quel est, en moyenne, le nombre de suivi de patients discutés par rencontre ?	Nombre moyen de suivi par rencontre :
17. Quelle est la fréquence de discussion pour un même patient lors de ces rencontres?	☐ : 1 fois ☐ : 2 fois ☐ : 3 fois Autre (veuillez préciser) :
18. Quels intervenants participent <u>régulièrement</u> à ces rencontres ?	Infirmière-chef Assistante infirmière-chef Infirmières Infirmières auxiliaires Préposés aux bénéficiaires Infirmier(ère) de liaison Médecins omnipraticiens Médecins gériatres Physiothérapeute Thérapeute en réadaptation physique Ergothérapeute Travailleur social Technicien en travail social Nutritionniste Pharmacien(ne) Autre, veuillez préciser : Autre, veuillez préciser :
19. Quels intervenants participent <u>occasionnellement</u> à ces rencontres ?	Infirmière-chef Assistante infirmière-chef Infirmières Infirmières auxiliaires Préposés aux bénéficiaires Infirmier(ère) de liaison Médecins omnipraticiens Médecins gériatres Physiothérapeute Thérapeute en réadaptation physique Ergothérapeute Travailleur social Technicien en travail social Nutritionniste Pharmacien(ne) Autre, veuillez préciser : Autre, veuillez préciser : Autre, veuillez préciser :

Caractéristiques	Indicateurs
20. Quelles sont les personnes qui <u>assistent à toute la durée</u> de chaque rencontre interprofessionnelle pour élaborer les PII (profession et rôles principaux)?	
21. Qui détermine le besoin de la participation occasionnelle des intervenants ?	
22. Qui détermine l'ordre de discussion des patients ?	
23. Qui anime les rencontres ?	
24. Qui est responsable de remplir le PII?	
25. Qui fait la collecte de données sur le niveau de fonctionnement antérieur du patient et comment ces informations sont partagées dans la rédaction du PII ?	
26. Avez-vous une procédure encadrant le fonctionnement et décrivant les rôles des différents intervenants de la rencontre ?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, S.V.P. nous transmettre une copie par courriel
27. Est-ce que vous rédigez un plan d'intervention interprofessionnel (PII)? Si oui :	Oui ☐ Non ☐
i. Est-il informatisé ?	Oui ☐ Non ☐
ii. Est-il disponible au dossier médical tout au long du séjour?	Oui ☐ Non ☐
iii. Est-il transmis au congé ?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, à qui et par quel moyen ?
iv. Est-il conservé aux archives dans le dossier médical ?	Oui ☐ Non ☐
28. Comment l'information du PII est-elle partagée aux autres quarts de travail ?	
29. Concernant le contenu de votre formulaire de PII, complétez-vous des objectifs précis ou il s'agit d'élaborer un plan plutôt global?	

Caractéristiques	Indicateurs
30. Éprouvez-vous des difficultés à communiquer le PII aux trois quarts de travail ?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser :
31. Les proches aidants sont-ils impliqués dans les rencontres interprofessionnelles pour l'élaboration ou le suivi des PII?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, comment cela se passe-t-il ?
32. Avez-vous d'autres types de rencontre d'équipe ?	Oui ☐ Non ☐ Si oui, dans quel but ? Quel(s) jour(s) de la semaine ? Quelles sont les personnes présentes ?
Section 4. Niveau de satisfaction face aux rencontres interprofessionnelles	
33. Quel est le niveau de satisfaction de l'équipe face au fonctionnement de vos rencontres interprofessionnelles en vue de l'élaboration et du suivi du PII?	☐ : Nul ☐ : Faible ☐ : Moyen ☐ : Élevé ☐ : Très élevé Si le niveau est nul, faible ou moyen, quels sont les principaux problèmes rencontrés ? Si le niveau est élevé ou très élevé, quels sont les principaux éléments qui fonctionnent bien ?
34. Face aux défis organisationnelles vécus à divers niveaux dans le réseau, comment peut-on si prendre pour réussir l'élaboration et le suivi des PII?	
35. Quel est votre intérêt à ce que le RUSHGQ développe un outil informatisé de plan d'intervention interprofessionnel?	☐ : Nul ☐ : Faible ☐ : Moyen ☐ : Élevé ☐ : Très élevé Veuillez préciser pourquoi :
36. Commentaires généraux (à votre convenance, n'hésitez pas à nous fournir d'autres commentaires que vous jugez pertinents concernant vos rencontres interprofessionnelles) :	

Annexe 4. Liste des 29 UCDG ayant participé à l'enquête et caractéristiques de leur rencontre interprofessionnelle et PII

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
Hôpital de Rivière-du-Loup NAA : 110 DMS : 21 PS : mixte	8	1 (lundi)	T : 120 N : 17 (15 à 20) S : 13 (10 à 15)	M, ASI, TS, Pt, E Od : ASI Anim. : ASI Sec. : ASI Proches : Non	Oui	Informatisé, Microsoft Access© 2003, Prototype du CHUM via RUSHGQ	Oui	Non, chaque professionnel envoie le résumé de ses interventions	Oui	Rapport interservices. Roulement du personnel rend difficile le suivi de l'information	Élevé
Hôpital d'Alma NAA : 129 DMS : 24,3 PS : Mixte	9	1 (mercredi)	T : 75 (60 à 90) N : 8 (5 à 10) S : 12 (10 à 15)	M, I, TS, Pt, E, N, Ph Od : I Anim. : I Sec. : chaque intervenant remplit sa section Proches : Non	Oui	Informatisé, Microsoft Access© 2003, Prototype du CHUM via RUSHGQ	Oui	Oui (CLSC, Md de famille)	Oui	Rapport verbal et PII placé au début du dossier	Élevé
Hôpital de Saint-Georges de Beauce NAA : 111 DMS : 17,8 PS : Mixte	10	5 (à chaque début de journée, chaque patient est discuté)	T : 100 N : n.d. S : n.d.	M, I, TS, TRP, E, Np Od : l'équipe Anim. : TS ou M Sec. : I + intervenants Proches : Oui (parfois)	Oui	Informatisé, dans E-Clinibase©	Oui	Oui (patient et proche si désiré)	Oui	PII au dossier	Élevé
Hôpital de Thetford Mines NAA : 262 DMS : 15 PS : Mixte	9	1 (mardi)	T : 135 N : 15 S : 18 (15 à 20)	M, I, TS, Pt, E, N Od : I Anim. : I Sec. : E durant la rencontre et tous avant la rencontre Proches : Non	Oui	Informatisé, dans E-Clinibase©	Oui	Oui (médecin de famille)	Oui	Rapport inter quart. L'UCDG est partagé avec l'unité de médecine. Le personnel restreint est non dédié à l'unité pour les quarts de travail de soir et de nuit. Et ne peut	Moyen

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
										suivre les objectifs du plan.	
Centre hospitalier de l'Université Laval NAA : 385 DMS : 18 PS : Soins aigus/évaluation	40	1 (mercredi)	T : 90 (75 à 120) N : 10 S : 5	G, I, TS, Pt, E, N, AIC Od : selon I qui viennent à tour de rôle Anim. : G Sec. : à tour de rôle Proches : Non	Oui	Informatisé. Les informations sont colligées dans ACE-Multi© à tour de rôle (ergo, physio et travailleur social). Les interventions + le plan décidés en rencontre interdisciplinaire sont inscrits au PII dans ACE-Multi© et imprimé après chaque rencontre pour être mis dans le cartable de chaque infirmière de chevet qui fera le suivi avec les préposés et l'infirmière auxiliaire lors des trois rencontres effectuées entre eux trois fois par quart de travail. Le plan est toujours bonifié et construit en se basant sur le précédent.	Oui	Oui (disponible au dossier patient électronique)	Oui	PII informatise est imprime par le corps de travail de soir et des rencontres entre préposés et infirmières se font trois fois par quart de travail	Moyen/ élevé
Hôpital de l'Enfant-Jésus NAA : 522 DMS : 19,6 PS : Soins aigus/évaluation	36	1 (mercredi)	T : 90 N : 6 S : 6	G, I, TS, Pt, E, TRP, AIC Od : G Anim. : G Sec. : G + chaque intervenant avant la rencontre Proches : Non	Oui	Informatisé. Les informations sont colligées dans ACE-MULTI© par chaque discipline. Les interventions + plan décidés en rencontre interdisciplinaire sont inscrits au plan de soins dans CristalNet©. Ainsi les équipes soignantes y ont accès. Depuis 1 mois, dans le cahier des ASI, pour chaque patient, le dernier plan d'intervention discuté en rencontre y est	Oui	Oui (disponible au dossier patient électronique)	Oui	Par le biais du Plan de soins thérapeutique infirmier (PSTI)	Élevé

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
						inscrit.					
Centre hospitalier de l'Université de Montréal NAA : 209 DMS : 19,2 PS : Soins aigus /évaluation	18	1 (mardi)	T : 120 N : 10 S : 5	G, I, AIC, IL, TS, Pt, E, N, Ph, CS, RM, EM Od : selon I qui viennent à tour de rôle Anim. : G ou RM Sec. : G ou RM Proches : Non	Oui	Informatisé, Microsoft Access 2003, Prototype développé entre 2008 et 2010	Oui	Non, la rédaction d'une DSIE est la norme de pratique	Oui	PII imprimé et mis au dossier	Élevé
Institut universitaire de gériatrie de Montréal NAA : 260 DMS : 25 PS : Mixte	28	2 (mardi et jeudi)	T : 180 N : 15 S : 8 (5 à 10)	M, ASI, I, TS, Pt, E, N, Ph Od : Selon I à tour de rôle Anim. : ASI Sec. : Pt pendant la rencontre et tous avant la rencontre Proches : Non	Oui	Informatisé, formulaire PDF standardisé	Non	Non	Oui	Les infirmières se transfèrent l'information au rapport interservices. L'information en lien avec objectifs soins infirmiers est consigné dans un plan de travail afin que l'information circule sur tous les 3 quarts de travail (SI et PAB).	Moyen
Hôpital de la Cité-de-la-Santé NAA : 601 DMS : 20,8 PS : Mixte	37	1 (mardi pour la planification des congés)	T : 90 N : 7 S : 10	M, ASI, TS, Pt, E, IL Od : ASI Anim. : ASI Sec. : ASI Proches : Non	Oui	Formulaire papier Aussi, une rencontre au besoin le jeudi pour les cas complexes. PII détaillé alors rédigé et les proches peuvent être présents.	Non, pour la rencontre de planification des congés Oui, PII des cas complexes à I pivot. Oui, PII des cas complexes	Non, pour la rencontre de planification des congés Oui, PII des cas complexes à I pivot.	Non, pour la rencontre de planification des congés Oui, PII des cas complexes	Accessible dans le logiciel + copie au kardex	Élevé
Hôpital régional de Rimouski	15	1 (mercredi)	T : 120 N : 20 S : 10	M, IL, TS, Pt, TRP, E, G Od : IL	Oui	Formulaire papier	Oui	Oui (I pivot)	Oui	Via le rapport des infirmières. Info sommaires	Élevé

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
NAA : 151 DMS : 18,0 PS : Mixte				Anim. : IL Sec. : M Proches : Non						et incomplètes sur le profil AINEES + Utilisation d'un tableau de communication au chevet de chaque client avec pictogramme et directives pour mobilité/hydratation.	
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) NAA : 212 DMS : 17,5 PS : Soins aigus /évaluation	14	2 (mardi et jeudi)	T : 120 N : 8 S : 5	M, AIC, I, IL, TS, TRP, E, Ph, IS Od : AIC + M Anim. : AIC + M Sec. : AIC Proches : Non	Oui	Formulaire papier	Non	Non	Non	Rapport inter quart par l'AIC	Élevé
Hôpital Avellin Dalcourt (Louiseville) NAA : 115 DMS : 28 PS : Mixte	10	1 (mercredi)	T : 120 N : n.d. S : n.d.	M, AIC, I, PAB, TS, Pt, E, Ph Od : ASI Anim. : ASI Sec. : ASI Proches : Non	Oui	Formulaire papier. Nouveau PII depuis 1 mois, en période d'essai. Déploiement à venir du même PII dans toutes les UCDG du CIUSSS MCQ.	Oui	Non	Oui	Mis dans un cartable avec les plans thérapeutiques infirmiers et les profils des patients.	Moyen
Hôpital et centre d'hébergement Argyll NAA : 412 DMS : 25 PS : Mixte	40	2 (mardi et jeudi)	T : 180 N : 10 S : 2	G, ASI, I, TS, Pt, E, N, Ph Od : ASI Anim. : ASI Sec. : I + intervenants Proches :	Oui	Formulaire papier. Le plan est rédigé dans les feuilles de notes multiprofessionnelles, partie «objectifs».	Oui	Non	Non	Les feuilles de multis sont laissées dans le cartable avec le kardex du patient.	Moyen
Centre hospitalier régional de Lanaudière NAA : 581 DMS : 16,0	20	1 (mardi)	T : 135 N : 5 S : 5	M, I, CU, TS, Pt, E, RM Od : M Anim. : M + CU Sec. : M + I	Oui	Formulaire papier	Oui	Non	Oui	Animatrice, chef unité ou ASI effectue la transmission verbale et écrit à l'ASI de soir	Moyen

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
PS : Soins aigus/évaluation				Proches : Non						qui transmet au quart suivant	
Centre hospitalier de St-Jérôme NAA : 448 DMS : 14,4 PS : Mixte	22	1 (mercredi)	T : 180 N : 6 S : 8	M, CU, ASI, TS, Pt, E Od : M Anim. : M Sec. : CU ou ASI Proches : Non	Oui	Formulaire papier	Oui	Non	Oui	Rapport interservices	Élevé
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie NAA : 184 DMS : 20,0 PS : Mixte	16	1 (mardi)	T : 180 N : 13 (12 à 15) S : 6 (5 à 7)	M, ASI, TS, Pt, E, N, O Od : I Anim. : M Sec. : AIC Proches : Non	Oui	Formulaire papier. Révision en cours du formulaire pour harmoniser un PII pour l'ensemble des UCDG du CIUSSS MCQ	Oui	Oui (patient + proches)	Oui	Une feuille résumée de la rencontre est disponible. Les changements souhaités sont indiqué au plan de soins et de jour, une petite rencontre d'équipe en début de pm où nous faisons le survol de l'équipe inter	Moyen
Hôpital Arthabaska NAA : 328 DMS : 22,7 PS : Mixte	24	1 (mercredi)	T : 60 N : 10 S : 5	M, G, I, TS, Pt, E, N, TRP Od : Équipe Anim. : ASI Sec. : ASI Proches : Non	Oui	Formulaire papier. Révision en cours du formulaire pour harmoniser un PII pour l'ensemble des UCDG du CIUSSS MCQ	Oui	Non	Non	Par l'ASI	Moyen
Hôpital Général Juif de Montréal NAA : 593 DMS : 23 PS : Soins aigus /évaluation	58	2 (mardi et jeudi)	T : 150 N : 3 S : 3	M, G, AIC, I, TS, Pt, E, N, O, infirmière NSA Od : CU ou AIC Anim. : CU ou AIC Sec. : I Proches : Non	Oui	Pas de formulaire spécifique puisque le PII est inscrit dans deux documents en format papier gérés par les soins infirmiers (POFA et au PTI). Un objectif et un plan d'intervention sont établis selon les signes AINEES pertinents au cas. Le POFA est un document papier	Non	Oui, Il est transmis à l'institution où le patient est relocalisé. Il est envoyé avec l'enveloppe de départ le jour du congé. Certains endroits le veule par fax	Oui	Oui, le PII se trouve dans le caremap/POFA qui est un outil infirmier	Élevé

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
						portant sur tous les systèmes (nutrition, élimination,...). Sur la page couverture, on y écrit le plan de soins et à la dernière page on y inscrit tous ce qui est routinier tels que signes vitaux, glycémie capillaire,...		avant le départ (très rare). Si le patient retourne à la maison, le PII sera expliqué dans la DSIE.			
Hôpital St-Mary's NAA : 355 DMS : 22,0 PS : Soins aigus/évaluation	22	1 (mardi)	T : 90 N : 2 S : 5	M, IC, ASI, I, Pt, E Od : ASI Anim. : ASI Sec. : --- Proches : Non	Oui	Format papier	Oui	Non	Non	Par les plans de soins infirmiers informatisés accessibles en tout temps	Moyen
Hôpital du Haut-Richelieu NAA : 570 DMS : 16,3 PS : Soins aigus /évaluation	20	1 (mercredi)	T : 150 N : 9 (8 à 10) S : 5 (4 à 6)	M, G, TS, Pt, E, N, Ph Od : M ou G Anim. : M ou G Sec. : --- Proches : Non	Non	En développement	---	---	---	---	Faible
Hôpital de Chicoutimi NAA : 143 DMS : 15,7 PS : Mixte	14	1 (mercredi)	T : 45 N : 5 S : 20	G, TS, Pt, E, N, Np, IL Od : IL Anim. : IL Sec. : --- Proches : Non	Non	Pas de formulaire spécifique. Objectifs individuels par discipline. Note synthèse par infirmière clinicienne du déroulement de la rencontre.	---	---	---	---	Élevé
Hôpital Charles Lemoyne NAA : 58 DMS : 16,4 PS : Mixte	10	2 (lundi et jeudi)	T : 90 N : 2 S : 5	G, ASI, TS, Pt, E, N Od : G Anim. : G Sec. : --- Proches : Non	Non	Pas de formulaire spécifique, mais objectifs et interventions sont écrits au dossier et déterminés. Chaque intervenant quitte avec les interventions spécifiques à faire pour chaque patient. Chaque intervenant complète leur note.	---	---	---	---	Élevé

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
Hôpital Honoré-Mercier NAA : 200 DMS : 35,5 PS : Mixte	15	1 (mercredi)	T : 120 N : 12 S : 12	M, ASI, I, TS, Pt ou TRP, E Od : ASI Anim. : M Sec. : --- Proches : Non	Non	Pas de PII lors de la réunion UCDG. On discute en équipe et chacun énumère ses objectifs en lien avec sa spécialité. Et ce dans le but d'un retour à domicile ou résidence. Infirmière présente retranscrit les informations à l'équipe et au plan de soins. Un PII n'est pas élaboré, les intervenants consignent les objectifs au PTI et à leur plan intervention disciplinaire (PID)	---	---	---	---	Moyen
Hôpital Hôtel-Dieu de Roberval NAA : 375 DMS : 16,4 PS : Mixte	18	1 (mardi)	T : 90 N : 12 S : 8	M, AIC, TS, Pt, E, N, SAD Od : AIC Anim. : AIC Sec. : --- Proches : Non	Non	Pas de PII pour les patients de l'UCDG. Seulement 1 ou 2 objectifs globaux. Formulaire PII disponible, mais utilisé seulement pour les patients de l'URFIG (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique) qui font partie du même service que l'UCDG.	---	---	---	---	Nul car pas de PII
Hôpital de Jonquière NAA : 145 DMS : 21,7 PS : Mixte	16	1 (mercredi)	T : 90 N : 10 S : 20	M, AIC, TS, Pt, E Od : Équipe Anim. : M Sec. : M Proches : Oui (parfois)	Non	Rapport général dans note médicale et section individuelle des participants. Introduction d'un formulaire PII à venir avec SMAF intégré, objectifs et moyens.	---	---	---	---	Élevé
Hôpital Notre-Dame NAA : n.d. DMS : n.d. PS : Soins aigus /évaluation	20	1 (mercredi)	T : 90 N : 10 S : 5	M, AIC, I, IL, TS, Pt, E, N, O Od : I Anim. : II ou AIC ou M Sec. : M	Non	UCDG récente. Formulaire à venir.	---	---	---	---	Moyen

Installations, nombre annuel admissions (NAA), durée moyenne de séjour (DMS), Profil de soins (PS)	Nombre de lits UCDG au permis	Fréquence de la rencontre interprofessionnelle (nombre/semaine)	Durée totale par semaine (T), nouveau cas (N) et suivis (S) (minutes)	Participants réguliers, ordre de discussion (Od.), animateur (Anim., secrétaire (Sec.), présence des proches	Rédaction d'un PII (oui/non)	Format du PII	PII au dossier médical	PII transmis au congé	PII conservé aux archives	PII partagé entre les quarts de travail	Niveau de satisfaction de l'équipe
				Proches : Non							
Hôpital Maisonneuve-Rosemont NAA : 548 DMS : 17,0 PS : Soins aigus /évaluation	25	1 (mercredi)	T : 120 N : 10 S : 5	M, G, AIC, IL, TS, Pt, E Od : selon les médecins Anim. : M Sec. : --- Proches : Non	Non	PII n'est pas rempli dans notre installation.	---	---	---	---	Nul car pas de PII
Hôtel-Dieu de Lévis NAA : 407 DMS : 16,5 PS : Mixte	20	1 (mercredi)	T : 120 N : 10 S : 10	M, G, ASI, I, TS, Pt, E, Ph, IS Od : ASI + M Anim. : ASI Sec. : --- Proches : Non	Non	Chaque usager a un objectif précis, mais il n'est pas consigné dans un PII mais inscrit dans le plan de soins. Nous avons aussi un cartable de suivi patient où sont consignés les objectifs de chaque patient.	---	---	---	---	Élevé
Hôpital Anna-Laberge NAA : 182 DMS : 29,6 PS : Mixte	16	1 (jeudi)	T : 120 N : n.d. S : n.d.	M, I, TS, Pt, E, N, IL Od : IL Anim. : IL Sec. : --- Proches : Non	Non	PII n'est pas rempli dans notre installation.	---	---	---	---	Moyen

n.d., non-disponible; M, Médecin de famille; G, Gériatre, I, Infirmière, IC, Infirmière-chef, AIC, Assistant au supérieur immédiat, ASI, Assistante infirmière-chef; PAB, Préposé aux bénéficiaires; Pt, Physiothérapeute; E, Ergothérapeute, TS, Travailleur social, N, Nutritionniste; Ph, Pharmacien; IL, Infirmière de liaison; TRP, Thérapeute en réadaptation physique; Np, neuropsychologue; O, Orthophoniste; CU, Chef d'unité ou infirmière-chef; Infirmière NSA, infirmière qui identifie les patients qui nécessitent un niveau de soins alternatifs (NSA); SAD, intervenant du soutien à domicile.

Annexe 5. Les signes AINÉES

La description de chaque signe extraite de la référence [51]:

(A) Mesures favorisant l'autonomie fonctionnelle

- S'assurer, le cas échéant, que la personne porte ses prothèses auditives, visuelles et dentaires.
- Utiliser, au besoin, des aides visuelles et auditives.
- Fournir l'aide technique habituelle à la mobilité.
- Encourager une mobilisation précoce. ***Le confinement au lit ou au fauteuil, ou la restriction d'activités, doivent découler d'une ordonnance médicale écrite de contre-indication stricte au mouvement ou à la mise en charge. Cette ordonnance doit s'accompagner de mesures de positionnement pour la prévention des plaies et d'exercices au lit.***
- Faire prendre les repas au fauteuil plutôt qu'au lit ou sur la civière.
- Si la personne est autonome à la marche, l'encourager à marcher dans le corridor.
- S'abstenir d'utiliser des contentions physiques ou chimiques, puisqu'elles peuvent précipiter et exacerber un *delirium* ou un syndrome d'immobilisation. L'utilisation de telles contentions ne devrait se faire que dans des circonstances exceptionnelles et en dernier recours. Si tel est le cas, adapter le plan d'intervention pour compenser la limitation imposée (mobilisation aux 2 heures : changement de position, exercices au lit, marche, etc.)
- Pour une personne en isolement, inscrire prioritairement au plan thérapeutique infirmier la mobilisation sous surveillance pour compenser la limitation imposée par l'isolement.
- Limiter la mise en place de cathéters au strict minimum nécessaire afin de ne pas interférer avec la mobilité ou créer des complications iatrogéniques. Envisager les gavages de soutien la nuit plutôt que le jour.
- Évaluer et traiter la douleur tout en prévoyant et limitant les effets secondaires associés à la médication.
- Stimuler le patient à maintenir ou renforcer son autonomie fonctionnelle, dans toutes les AVQ, y compris l'hygiène, l'habillement, les soins d'entretien ou autres, tout en tenant compte de ses capacités et incapacités cognitives et physiques.
- Sensibiliser le personnel, la personne âgée et ses proches à l'importance d'une mobilisation précoce. Encourager la famille à faire marcher la personne lors des visites. Informer et intéresser le patient et ses proches aux soins généraux (AVQ), de façon à encourager l'autonomisation des personnes.
- Adapter l'environnement de façon à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à assurer des déplacements sécuritaires (ex. : ajustement de la hauteur du fauteuil, du lit et du siège de toilette, retrait des obstacles au passage de la marchette, accès aux objets personnels de toilette et aux vêtements, usage des deux ridelles limité, etc.).

(I) Mesures favorisant l'intégrité cutanée

- Assurer un positionnement au lit et au fauteuil adéquat.
- Alternier le positionnement aux deux heures, si la personne est alitée.
- Adapter, au besoin, les surfaces de contact.
- Encourager la mobilité dans les AVQ.
- Éviter le port de culottes d'incontinence.

(N) Mesures favorisant la santé nutritionnelle

- Assurer le port des prothèses dentaires.
- Veiller à une hygiène buccodentaire adéquate et régulière.
- Fournir l'aide nécessaire à l'alimentation.
- Stimuler la personne à boire et à s'alimenter adéquatement. Encourager les proches à participer à ces activités (ex. : préférences alimentaires).
- Rendre l'eau accessible et à portée de la main.
- Assurer un menu adapté aux besoins physiopathologiques, surtout en ce qui concerne les apports protéino-énergétiques.
- Adapter les textures des solides et la consistance des liquides selon les besoins.

(É) Mesures favorisant l'élimination

- Vérifier régulièrement les fonctions d'élimination et intervenir précocement dans l'évaluation et le traitement de la constipation ou de l'incontinence.
- Instaurer un horaire mictionnel pour éviter l'incontinence fonctionnelle.
- Mobiliser en amenant la personne à la toilette pour éviter la culotte d'incontinence. Règle d'or : s'abstenir d'installer ou de garder en place une sonde urinaire, à moins d'une indication stricte ; le cas échéant, installer un sac jambier le jour.
- Assurer, lors de la miction, un positionnement propice à une meilleure vidange vésicale (éviter le décubitus).
- Assurer un environnement sécuritaire : accessibilité à la toilette, adaptation de la hauteur du siège de toilette, des barres d'appui, etc.

(E) Mesures favorisant le maintien de l'état cognitif et affectif

- Assurer le port des lunettes et des prothèses auditives ou utiliser des aides auditives ou visuelles pour communiquer avec le patient (amplificateurs, loupes, pictogrammes, etc.).
- S'assurer que le personnel soignant est au courant de tout déficit visuel ou auditif (inscription au PTI ou autre modalité). Pourvoir les chambres d'objets facilitant l'orientation, tels qu'une horloge et un calendrier visibles ainsi que des objets familiers (photos personnelles, réveil matin).
- Assurer un éclairage adéquat.
- Orienter dans les trois sphères (temps, espace, personnes) quotidiennement ou à plusieurs reprises, selon le cas.
- Orienter dans l'environnement : décrire tout ce qui est différent de la maison, aider la personne à trouver des repères dans ce nouvel environnement.

- Évaluer le profil médicamenteux, sa pertinence et éviter d'utiliser des médicaments potentiellement non appropriés.
- Informer les proches aidants du risque potentiel de *delirium* et les encourager à agir de façon à prévenir son apparition (activités de stimulation cognitive). Les aviser de tout changement cognitif observé et de l'importance, pour la personne âgée, de retrouver la présence de visages familiers.
- Évaluer et surveiller le risque ou la présence de *delirium* de façon périodique au cours de l'hospitalisation en utilisant une méthode de dépistage valide et fiable (ex. : CAM). Tout dépistage positif sera rapporté au médecin traitant.
- Favoriser un environnement de soins stable et sécuritaire en évitant l'isolement (chambre sans fenêtre, chambre individuelle), la surstimulation neurosensorielle (environnement bruyant, activités trop exigeantes), les changements fréquents de chambre ou de personnel soignant, et en encourageant la présence au chevet de la famille ou de proches aidants.

(S) Mesures favorisant le sommeil

- Favoriser un sommeil réparateur (une bonne hygiène du sommeil) par des moyens non pharmacologiques. L'utilisation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques est à éviter dans la mesure du possible. À tout le moins, elle devra être minimisée étant donné le risque potentiel d'engendrer ou d'exacerber un *delirium* et d'altérer la vigilance, facteur de risque subséquent d'immobilisation ou de chute.
- Favoriser un environnement propice au sommeil.
- Discuter avec la personne âgée ou son représentant légal du niveau d'intervention thérapeutique souhaité (interventions, traitements, valeurs personnelles, souhaits) et l'inscrire au dossier.
- Informer le patient et ses proches de la situation clinique, des options thérapeutiques et des interventions à venir.
- Déterminer la priorité des interventions afin d'éviter de déstabiliser l'état clinique global ou d'entraîner un phénomène de complications en cascade. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kresevic D, Holder C: **Interdisciplinary care**. *Clin Geriatr Med* 1998, **14**(4):787-798.
2. Mellor MJ, Solomon R: **The Interdisciplinary Geriatric/Gerontological Team in the Academic Setting**. *J Gerontol Soc Work* 1992, **18**(3-4):203-215.
3. Dubois M-E: **Cadre de référence unité de courte durée gériatrique (UCDG), 7e Sud**. Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec, Canada): Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre, Hôpital du Haut-Richelieu; 2018.
4. Zeiss AM, Steffen AM: **Chapter 19. Interdisciplinary health care teams: The basic unit of geriatric care**. In: *The practical handbook of clinical gerontology*. Edited by Carstensen LL, Edelstein B, Dornbrand L. California (United States): Sage publications; 1996: 423-450.
5. Légis Québec: **Loi sur les services de santé et les services sociaux**. Québec (Canada): Publications Québec; 2018, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2> [consulté le 1 août 2018].
6. Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu É, Mercier A-M, Roberge C, St-Onge M: **Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient**. Montréal (Canada): Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau Universitaire Intégré de Santé de l'Université de Montréal; 2014.
7. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I et al: **Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital**. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017, **9**:Cd006211.
8. Reuben DB, Rosen S, Schickedanz HB: **Principles of Geriatric Assessment**. In: *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. Edited by Professional MH, 7e edn; 2016, <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=144517796&bookid=1923&jumppsectionID=144517872&Resultclick=2#1136586502> [consulté le 2 août 2018]: 2304.
9. Applegate WB, Graney MJ, Miller ST, Elam JT: **Impact of a geriatric assessment unit on subsequent health care charges**. *Am J Public Health* 1991, **81**(10):1302-1306.
10. Evers HK: **Multidisciplinary teams in geriatric wards: myth or reality?** *J Adv Nurs* 1981, **6**(3):205-214.
11. Gair G, Hartery T: **Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit**. *J Nurs Manag* 2001, **9**(1):3-11.
12. Kawa A: **Multidisciplinary Team Meeting in UK Geriatric Medicine**. *J Gerontol Geriatr Res* 4:226 2015.
13. 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.
14. 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.
15. 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**:41.

16. Leclerc BS, Presse N, Bolduc A, Dutilleul A, Couturier Y, Kergoat MJ: **Interprofessional meetings in geriatric assessment units: a matter of care organization.** *J Interprof Care* 2013, **27**(6):515-519.
17. Roberge D, Ducharme F, Lebel P, Pineault R, Loiselle J: **Quality of care delivered in Geriatric Assessment Units: The perspective of family caregivers.** [French]. *Canadian Journal on Aging* 2002, **21**(3):393-403.
18. Tanaka M: **Multidisciplinary team approach for elderly patients.** *Geriatrics and Gerontology international* 2003, **3**:69-72.
19. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR: **Comprehensive geriatric assessment--a guide for the non-specialist.** *International journal of clinical practice* 2014, **68**(3):290-293.
20. Wieland D, Kramer BJ, Waite MS, Rubenstein LZ: **The Interdisciplinary Team in Geriatric Care.** *American Behavioral Scientist* 1996, **39**(6).
21. Wooldridge DB, Parker G, MacKenzie PA: **An acute inpatient geriatric assessment and treatment unit.** *Clin Geriatr Med* 1987, **3**(1):119-129.
22. Gray L, Arino-Blasco S, Berg K, Fries BE, Heckman G, Jonsson PV, Kergoat M-J, Martin-Khan M, Morris JN, Peel NM *et al*: **interRAI Acute Care for Comprehensive Geriatric Assessment (AC-CGA) Form and User's Manual**, vol. Version 9.3. Washington, DC (United States): interRai; 2017.
23. Légis Québec: **Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.** Québec (Canada): Publications Québec; 2018, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/> [consulté le 1 août 2018].
24. Légis Québec: **Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.** Québec (Canada): Publications Québec; 2018, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/E-20.1?&digest=> [consulté le 1 août 2018].
25. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie: **Au coeur du PSI: la personne et ses proches, Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé-Estrie.** Estrie (Québec, Canada); 2009, <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Estrie/427482001.pdf> [consulté le 1 août 2018].
26. Fournier E, Veilleux S: **Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux.** Québec (Québec, Canada): Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux 2018.
27. Beauce Cd: **Guide synthèse d'une démarche PII-PSI-PSII.** 2013.
28. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke: **Déroulement d'une rencontre interdisciplinaire.** 2012.
29. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS): **Unité de gériatrie - Programmation et mode de fonctionnement.** 2011.
30. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale: **Rencontre interdisciplinaire - Procédure et déroulement de la rencontre interdisciplinaire (CHUL);** 2017.
31. Centre universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale: **Procédure et déroulement de la rencontre «Capsule».** 2017.
32. CSSS de la Matapédia: **Procédure - Mode de fonctionnement des équipes interdisciplinaires.** 2010.

33. Gagnon A, Monté M, Simard I: **Pratique collaborative- Guide d'accompagnement- Rencontres interdisciplinaires** Laval (Québec, Canada): Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Direction des services multidisciplinaires de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé; 2015.
34. Gagnon M, Côté J, Membres de l'équipe interdisciplinaire de l'UGA: **Cadre de référence de l'unité de gériatrie active (UGA)**. Alma (Québec, Canada): Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est; 2014.
35. Hôpital de St-Georges de Beauce: **Aide-mémoire pour compléter les formulaire PI, PII et PSI**. 2014.
36. Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM): **Guide de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire de l'unité de courte durée gériatrique / Institut universitaire de gériatrie de Montréal**. Montréal (Canada): IUGM; 2008, <https://evalorix.com/boutique/outils-et-produits-du-domaine-de-la-sante/guide-fonctionnement-equipe-interdisciplinaire-courte-duree-geriatrique/> [consulté le 1 août 2018].
37. Programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées du CSSS de Beauce: **Programmation de l'Unité de courte durée gériatrique**; 2014.
38. Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec: **Guide d'accompagnement du Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (PIII) informatisé développé par l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM**; 2013.
39. Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec: **Guide d'accompagnement du Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (PIII) informatisé développé par l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)**; 2013.
40. UCDG du Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL): **Procédure pour compléter le formulaire «Autonomie antérieure de l'usager gériatrique»**. 2017.
41. Dugas M, Kergoat M-J, Provost N, Prévost G, Paradis J, Rocheleau L: **Enquête auprès des responsables des Unités de courte durée gériatriques (UCDG) sur leurs ressources professionnelles : ratios actuels et niveau de satisfaction**. Montréal (Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2013, www.rushgq.org [consulté le 1 août 2018].
42. Salahudeen MS, Nishtala PS: **A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People**. *Clin Gerontol* 2018;1-22.
43. Martin-Khan MG, Edwards H, Wootton R, Counsell SR, Varghese P, Lim WK, Darzins P, Dakin L, Klein K, Gray LC: **Reliability of an Online Geriatric Assessment Procedure Using the interRAI Acute Care Assessment System**. *Journal of the American Geriatrics Society* 2017, **65**(9):2029-2036.
44. Kim H, Jung YI, Sung M, Lee JY, Yoon JY, Yoon JL: **Reliability of the interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) and interRAI Home Care (HC)**. *Geriatr Gerontol Int* 2015, **15**(2):220-228.
45. **Outil d'évaluation multiclientèle OEMC** [<https://www.expertise-sante.com/formations/formations-professionnels-de-la-sante/outil-devaluation-multiclientele-formation-provinciale-de-formateurs/>]
46. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A: **The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps**. *Age Ageing* 1988, **17**(5):293-302.

47. UCDG de l'Hôpital d'Alma: **Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé en Unité de Courte Durée Gériatrique**: Centre de santé et de services sociaux du Lac-Saint-Jean-Est.
48. Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM): **Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé en Unité de Courte Durrée Gériatrique**.
49. UCDG de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM): **Plan d'intervention interdisciplinaire informatisé à l'UCDG**: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
50. UCDG de l'Hôpital du Grand Portage (Rivière-du-Loup): **Plan d'intervention interprofessionnel individualisé informatisé**
51. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Cadre de référence**. Québec (Canada): Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2011, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf> [consulté le 1 août 2018].
52. UCDG du Centre hospitalier de St-Mary: **Plan des soins/Patient care plan**.
53. UCDG de l'Hôpital de St-Jérôme: **Suivi de l'équipe interdisciplinaire- Plan d'intervention**: Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.
54. UCDG de l'Hôpital de Rimouski: **Plan d'intervention interdisciplinaire Unité de courte durée gériatrique (UCDG)**: Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette,.
55. UCDG de l'Hôpital de Thedford: **Plan d'intervention interdisciplinaire**: Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford; 2015.
56. UCDG de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ): **Rapport interservices AIC- 3ND**.
57. UCDG de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Pavillon Argyll): **Équipe interdisciplinaire - Unité de courte durée gériatrique**.
58. UCDG de l'Hôpital de Louiseville: **Plan d'intervention interdisciplinaire, Unité de courte durée gériatrique (UCDG)**: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
59. UCDG de l'Hôpital de Roberval: **Gériatrie active, Profil d'autonomie (SMAF) et PII**: Centre de santé et de services sociaux Domaine-du-Roy; 2012.
60. UCDG du Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et de l'Enfant-Jésus: **Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)- UCDG**: CHU de Québec.
61. UCDG du Centre hospitalier régional de Lanaudière: **Plan d'intervention, Unité de courte durée gériatrique**: Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.
62. UCDG de l'Hôpital de Jonquière: **Plan d'intervention interdisciplinaire, Santé physique**: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
63. UCDG de la Cité-de-la-Santé: **Document de planification de congé pour tous les patients et plan d'intervention interdisciplinaire (PII) pour les cas complexes**: Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.
64. UCDG de l'Hôpital de St-Georges de Beauce: **Plan d'intervention PI-PII-PSI-PSII**: Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.