

Cadre de référence intégré

Centre de jour
Hébergement temporaire
Service ambulatoire gériatrique
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
Unité de courte durée gériatrique

Complément du plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux
personnes âgées de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Offrir la bonne recette

Cadre de référence intégré

Centre de jour
Hébergement temporaire
Service ambulatoire gériatrique
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
Unité de courte durée gériatrique

Complément du plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux
personnes âgées de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Offrir la bonne recette

Mai 2007

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie et
du Centre-du-Québec

Québec 

Document produit par :

la Direction des services sociaux de
l'Agence de la santé et des services
sociaux de la Mauricie et du Centre-
du-Québec

Responsabilité : M. Marc Lacour
Directeur des services sociaux

**Mise en page et
traitement de texte :** M^{mes} Doris C-Desmeules
Carole Germain

Page couverture : Acolyte communication

*Dépôt légal - 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 978-2-89340-154-6*

Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source

Document disponible sur notre site Internet : www.agencesss04.qc.ca

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

27e assemblée du conseil d'administration

Date : 23 mai 2007

Article : CAAD-27-06

Résolution : CAAD-07-18

- **RÉSOLUTION relative à l'adoption du Cadre de référence régional sur les services de centre de jour, d'hébergement temporaire, d'unité de courte durée gériatrique (UCDG), d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et sur les services ambulatoires gériatriques (SAG)**

CONSIDÉRANT l'adoption par le conseil d'administration, en décembre 2005, des orientations stratégiques et des éléments de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la Mauricie et du Centre-du-Québec contenus dans le document Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées;

CONSIDÉRANT que dans ledit document, au chapitre de la gestion des ressources, il était prévu de procéder à une analyse et à une identification des mesures permettant de préciser l'offre de service, d'optimiser leur fonctionnement et d'augmenter leur efficacité et leur complémentarité et, le cas échéant, de procéder à leur transformation;

CONSIDÉRANT l'accueil favorable réservé à ce plan lors de la consultation auprès des établissements et les modifications apportées grâce à celle-ci;

CONSIDÉRANT les avis de la Commission multidisciplinaire régionale et de la Commission infirmière régionale;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter :

1. La feuille intitulée *Complément au document Vision stratégique et au plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec*.
2. Le *Cadre de référence intégré centre de jour, hébergement temporaire, service ambulatoire gériatrique, unité de réadaptation fonctionnelle intensive et unité de courte durée gériatrique*.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

ORIGINAL SIGNÉ PAR JEAN-DENIS-ALLAIRE

Fait à Trois-Rivières
Le 24 mai 2007

Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mandat a été possible grâce à l'implication du Comité de projet de l'Agence, composé de :

D^{re} Lucie Bonin, Direction de santé publique

M. Denis Brunette, Direction des services sociaux

M^{me} Lucie Fournier, Direction des services sociaux

M^{me} Danièle Hubert, Direction des services de santé et des affaires médicales

M. Marc Lacour, directeur, Direction des services sociaux

M. Éric Lamothe, Direction des ressources réseau

M^{me} Suzie Leblanc, Direction des services sociaux

M. Michel Léger, Direction des services sociaux

M^{me} Evlyn Matthieu, Présidence-direction générale

M^{me} Caroline Montour, Direction des services sociaux

M^{me} Christine Ross, Présidence-direction générale

Nous remercions tout particulièrement les équipes des huit CSSS, du CHRTR et du Centre de réadaptation InterVal ainsi que tous les médecins qui ont contribué aux cueillettes ou aux validations d'informations.

Nous remercions également le Comité régional des directeurs généraux, les membres de la *Table personnes en perte d'autonomie*, les participants en provenance de tous les CSSS aux sessions de travail *Centre de jour* et *Hébergement temporaire*.

La collaboration des docteurs Lucie Lavoie et Déborah Monaghan, gériatres, est aussi à souligner dans la présentation de ce cadre de référence.

COMPLÉMENT AU DOCUMENT VISION STRATÉGIQUE ET AU
PLAN DE MISE EN ŒUVRE 2005-2010 DES SERVICES AUX
PERSONNES ÂGÉES EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-
QUÉBEC

Complément au document *Vision stratégique et au plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées en Mauricie et au Centre-du-Québec*

Lors de l'adoption par le Conseil d'administration de l'Agence du document *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées*, on précisait à l'enjeu sur la gestion des ressources (page 27) qu'il était requis de procéder à une évaluation de l'utilisation et de la performance de certains services aux personnes âgées.

Ces travaux d'analyse ont été réalisés et portent sur les services suivants : centre de jour (CJ), hébergement temporaire (HT), unité de courte durée gériatrique (UCDG), unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), service ambulatoire de gériatrie (SAG). Ils ont amené la production de trois types de résultat. Il s'agit de l'élaboration d'un guide de référence à l'usage des établissements. De ce guide furent extraites certaines orientations constituant le cadre de référence intégré et enfin, la formulation de nouvelles stratégies qui viennent compléter le plan de mise en œuvre.

9 La gestion des ressources

Stratégies à retenir

Régionales

- Poursuivre des travaux afin de déterminer de façon plus précise les besoins de lits de courte durée physique et d'unité de courte durée gériatrique.
- Mettre sur pied une table régionale de gériatrie regroupant gériatres, omnipraticiens et de représentants des équipes multidisciplinaires et la présence de représentant du milieu universitaire et des gestionnaires.
- Assurer la complémentarité des activités

Locales

- Implanter le cadre de référence intégré.
- Consolider l'offre de service des centres de jour et augmenter la fréquence des présences.
- Maintenir au niveau actuel la capacité d'accueil régionale en matière d'hébergement temporaire et diversifier les modes de dispensation de ce type de service.
- Maximiser l'utilisation des services ambulatoires gériatriques et renforcer leur niveau d'expertise pour les problématiques cognitives.
- Procéder au jumelage clinico-administratif des unités de réadaptation gériatrique des CSSS aux unités de courte durée gériatrique.
- Reconnaître et intégrer une fonction de réadaptation aux unités de courte durée gériatrique de première ligne.
- Optimiser l'utilisation de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle du programme en déficience physique en fixant à 95 % le taux d'occupation et en augmentant l'utilisation des services de réadaptation en externe par la création de corridor de service efficace entre les CSSS et le Centre de réadaptation InterVal.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	13
CENTRE DE JOUR.....	15
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE.....	19
SERVICE AMBULATOIRE GÉRIATRIQUE	23
UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	28
UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE-URG.....	33

INTRODUCTION

En continuité avec la *Vision stratégique et le plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, l'Agence désire préciser l'offre de service régionale et établir les orientations, les balises de l'organisation des services et les paramètres et standards reconnus pour :

- › les centres de jour;
- › l'hébergement temporaire;
- › les services ambulatoires gériatriques (SAG);
- › les unités de courte durée gériatrique (UCDG);
- › les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

Ce cadre de référence permettra à l'Agence, conformément à ses rôles et responsabilités, de :

- › Soutenir et instrumenter les établissements concernés dans la réalisation de leur projet clinique (volet de l'adaptation des services au vieillissement de la population).
- › Veiller à l'amélioration de l'accès, la continuité et la coordination des services en vue d'une plus grande adaptation des services aux besoins de la population.
- › S'assurer de l'utilisation efficiente et efficace des ressources dont la région dispose.
- › Permettre la correction graduelle des écarts de financement entre les divers CSSS de la région.

Il présente globalement les orientations, balises et paramètres d'organisation des services désormais en vigueur dans la région. Ce cadre permet l'ajustement de l'organisation des services offerts aux personnes âgées dans chaque territoire en proposant les normes, les standards et les pratiques d'excellence à privilégier.

Les éléments contenus dans ce document sont extraits du Guide de référence issu du projet d'étude et d'analyse conduit par l'Agence (février 2007). Nous invitons le lecteur désireux d'approfondir sa compréhension à s'y référer ou, s'il le souhaite, pour prendre connaissance des sources bibliographiques.

La forme retenue se veut volontairement succincte et met en relief les dimensions prescriptives les plus structurantes pour soutenir les établissements dans leurs travaux de planification visant l'adaptation et la transformation de leurs services.

Il est important de souligner que les cinq volets de services décrits dans ce cadre de référence intégré s'inscrivent au cœur du continuum de services offert aux personnes pour qui la perte d'autonomie liée au vieillissement les amène à recourir à une gamme de services dont les objectifs communs doivent être partagés par les différents intervenants du réseau intégré de services aux âgés.

L'organisation des services aux personnes âgées repose sur une vision d'ensemble qui se base sur un certain nombre d'approches et de philosophie d'intervention qui transcendent et qui sont communes aux différents types de services offerts. Il est important que chaque personne qui intervient auprès de cette clientèle s'approprie le sens et l'esprit dans lequel elle doit concevoir son rôle et sa contribution. Rappelons brièvement les principales dimensions qui doivent nous animer dans nos gestes, nos attitudes et nos décisions.

Philosophie et principes

1. Les valeurs privilégiées sont le respect de la personne, le développement de l'autonomie, le respect des contextes de vie, la reconnaissance des capacités des personnes, la participation de la personne aux décisions, l'approche globale (biopsychosociale) auprès de la personne;
2. Les besoins des clientèles sont le fondement de l'organisation des services;
3. L'utilisation optimale des ressources dont le réseau dispose pour établir l'adéquation entre les besoins et les services offerts.
4. Le développement, chez les intervenants, d'attitudes et de comportements qui permettent l'appropriation de savoirs (autonomisation);
5. La participation de l'utilisateur ou de ses proches à toutes les étapes de l'intervention;
6. L'approche écosystémique considère la personne comme faisant partie d'un système où les interactions sont constantes avec son environnement (familial et social);
7. La prévention de la perte d'autonomie;
8. La contribution au maintien dans le milieu de vie.

1. Mission

Le centre de jour a pour mission :

- › Le maintien de l'autonomie biopsychosociale de la personne par des activités de prévention (surveillance de l'état de santé, activités qui visent l'estime de soi et des liens sociaux) et des activités thérapeutiques (maintien des capacités motrices, sensorielles, cognitives et psychologiques).
- › Le soutien à l'aidant constitue un rôle important qui se concrétise par le répit. Dans le cas de personnes qui demandent de l'assistance ou une supervision continue, la participation au Centre de jour (CJ) permet à l'aidant de se libérer de ses tâches, quelques heures par semaine. La stimulation des capacités résiduelles de l'aidé peut faciliter certaines tâches d'assistance quotidienne par la personne soutien.

2. Objectifs

- › Contribuer à maintenir en équilibre biopsychosocial, dans des conditions optimales de santé pour tous, les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile.
- › Maintenir les acquis au niveau de l'autonomie biopsychosociale, de l'autonomie fonctionnelle et cognitive.
- › Offrir un milieu de répit afin de soutenir les proches aidants.
- › Promouvoir la santé globale et prévenir la détérioration.
- › Briser l'isolement et permettre la socialisation avec des pairs.

3. Clientèle visée

La clientèle visée est constituée de personnes âgées présentant des pertes d'autonomie variées (légère, modérée et sévère), qui requièrent des activités de maintien des capacités physiques, de l'autonomie fonctionnelle, des fonctions cognitives, ainsi que des activités qui visent l'amélioration de l'affect, l'intégration sociale et qui procurent du répit.

La clientèle du centre de jour présente des problèmes de santé physique et une diminution de la mobilité (ex. : AVC, fracture récente, arthrite, arthrose, Parkinson, sclérose en plaques, diabète etc.), ainsi que des démences de type Alzheimer ou autres démences, des symptômes dépressifs et des problématiques psychosociales.

4. Place dans le continuum de services

Le centre de jour est un service de première ligne associé ou complémentaire aux services du soutien à domicile (SAD). Il permet, par son volet thérapeutique et de répit, de diversifier l'offre de service aux usagers et aux proches aidants.

Le centre de jour prend également le relais des services de réadaptation lorsque la récupération est atteinte, qu'il s'agit de maintenir les acquis et que la personne a la capacité de se déplacer.

5. Caractéristiques du programme

Activités

Les activités des centres de jour touchent 6 sous-programmes reliés :

- › aux incapacités fonctionnelles d'origine motrice;
- › aux incapacités fonctionnelles d'origine sensorielle;
- › aux incapacités fonctionnelles d'origine cognitive;
- › aux facteurs socio-environnementaux;
- › à la santé physique;
- › à la santé mentale.

Ressources humaines

Ce service met à contribution une équipe multidisciplinaire où les soins infirmiers, la réadaptation et les activités d'enseignement et d'éducation à la santé sont présentes. Il présente une structure de poste qui requiert la contribution de professionnels (de niveaux universitaire et collégial) et de paraprofessionnels.

L'équipe du centre de jour est en lien avec les intervenants du SAD et le médecin traitant de l'usager, afin d'assurer la continuité, la complémentarité et le suivi à domicile.

Ressources matérielles

Les locaux :

Les locaux doivent permettre :

- › L'accès à des personnes ayant des problèmes de mobilité (locaux plus spacieux pour circulation en fauteuil roulant ou marchette), à une aire de repos (avec lits et fauteuils auto-souleveurs pour une clientèle ayant des incapacités plus lourdes) et à des salles de bain adaptées;
- › L'accès à des lieux protégés pour les personnes qui font de l'errance;
- › Un aménagement de type familial (cuisine, salon), afin de maximiser les activités de stimulation pour les personnes atteintes de déficits cognitifs et pour faciliter leur intégration.

Les modifications requises pour atteindre ces standards seront intégrées dans les plans à venir des CSSS relatifs à l'amélioration ou à la rénovation des immobilisations.

Le transport :

Au transport adapté et au transport par autobus s'ajoutent de plus en plus le taxi et le taxi adapté pour mieux répondre à une clientèle très âgée et pour pallier, parfois, à de trop longs trajets.

6. Paramètres de l'organisation des services

Référence et motifs de congé

La référence au centre de jour peut être faite par tout intervenant ou professionnel des services à domicile : infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, intervenant psychosocial ou par tout autres services du CSSS. Si un client n'est pas connu ou suivi par un des services du CSSS, toute demande au centre de jour est transmise au guichet unique du CSSS ou directement à un service de soutien à domicile préidentifié par le CSSS (notamment demande faite par un médecin ou par la famille) et fera l'objet d'une évaluation globale OÉMC. Si l'utilisateur a un profil ISO-SMAF 4 et plus, et est suivi en gestion de cas, alors le professionnel identifié assure la référence.

Le premier contact, avec un professionnel de la santé, pourra avoir été initié par la personne âgée qui demande de l'aide au service de soutien à domicile du CSSS pour réaliser diverses activités de la vie quotidienne ou par un proche qui demande du soutien. Ce premier contact peut aussi provenir d'une détérioration de l'état de santé qui a entraîné une hospitalisation. Le plan d'intervention ou le plan de services à la sortie peut inclure une référence au centre de jour.

Les formulaires OÉMC demeurent les outils à privilégier pour la transmission d'information et la mise à jour des données cliniques entre les intervenants dans un langage commun à tous.

La responsable du centre de jour, après évaluation de la demande, identifiera le type de groupe qui correspond le mieux au profil ou aux caractéristiques de la personne et déterminera, avec celle-ci et ses proches aidants, l'horaire et la fréquence ainsi que le lieu où se feront les activités. Elle examinera également la possibilité de faire appel à des professionnels autres que ceux du centre de jour.

Les études sur les centres de jour font ressortir que les motifs de congé les plus fréquents sont l'hébergement, l'hospitalisation, le décès, le refus de participer et la détérioration trop grande de l'état de santé qui empêche de fréquenter le centre de jour. Plus rarement, on observe des congés suite à l'atteinte des objectifs ou à l'amélioration de l'état de santé, ou pour d'autres motifs (problèmes de transport, raisons financières, déménagement.)¹.

¹ Cité par Savard (2006).

Critères de priorisation et d'exclusion

Les critères de priorisation :

- › épuisement ou risque d'épuisement du proche aidant;
- › situation de crise, dangerosité à domicile, maintien dans le milieu compromis;
- › personne vivant seule à domicile sans réseau social.
- › 75 ans avec mobilité réduite ou très grand âge.

Les critères d'exclusion :

- › clientèle avec des troubles mentaux sévères non stabilisés;
- › clientèle qui demande un accompagnement individuel (1 intervenant pour 1 participant);
- › clientèle avec des comportements dangereux.

7. Balises

Le taux de pénétration par rapport à la population de 65 ans et plus :

Dans les centres de jour en Mauricie et au Centre-du-Québec on vise à rejoindre 2,5 % de la population des 65 ans et plus, dans chaque territoire.

L'intensité ou la fréquence des présences par semaine :

Au niveau local, on vise que 25 % des usagers inscrits fréquentent le centre de jour deux fois par semaine, plus particulièrement pour les personnes ayant des atteintes cognitives et qui ont besoin de répit.

Le taux d'occupation :

Un taux d'occupation optimal est fixé à 85 % (nombre de jours présence par semaine/la capacité d'accueil en jours présence par semaine).

La durée de fréquentation

On vise une fréquentation régulière des usagers et ce, aussi longtemps que cela s'avère indiqué.

1. Mission

L'hébergement temporaire se veut essentiellement une mesure sociale de soutien à domicile.

2. Objectifs

- › Offrir, dans certaines circonstances et de façon temporaire, une ressource d'accueil substitut à une personne résidant à domicile et dépendante d'un tiers pour assurer ses besoins essentiels.
- › Supporter le maintien dans son milieu en assurant la continuité des soins et de l'assistance nécessaires pour une période prédéterminée (sauf pour les situations d'urgence sociale) et au terme de laquelle s'effectue son retour à domicile.
- › Accorder du répit aux proches aidants à un endroit sécuritaire, adapté aux besoins et à un taux fixe.
- › Garantir un accès en tout temps en situation d'urgence afin de supporter la personne soutien ou la personne aidée.
- › Prolonger le maintien à domicile dans des conditions optimales de santé pour tous.

3. Motifs de référence

- › Répit aux aidants : Prise en charge temporaire pour des durées prévues et planifiées.
- › Dépannage : Prise en charge temporaire rapide et de court terme, suite à une crise situationnelle sociale survenant dans l'environnement de la personne aidée.
- › Protection sociale : Protection de la personne victime de comportements abusifs ou qui se sent menacée dans son intégrité physique ou son bien-être psychologique.

4. Clientèle visée et besoins

- › Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dont le soutien à domicile est possible grâce à l'apport des proches aidants.
- › Les proches aidants qui prennent soin à domicile de proches en perte d'autonomie modérée et sévère, soit des personnes avec des atteintes motrices, des atteintes cognitives ou des atteintes mixtes (motrices et cognitives).

5. Place dans le continuum

L'hébergement temporaire est l'une des mesures concrètes de répit pour les proches aidants. Il complète ou offre une alternative aux journées de répit que l'on retrouve en centre de jour ou aux heures de répit-présence surveillance-accompagnement du SAD. Il se retrouve au niveau de l'hébergement institutionnel ou non-institutionnel dans les ressources de la communauté ou à domicile pour un ou des 24 heures.

Bien que nous reconnaissons la nécessité d'offrir des services de convalescence, de soins palliatifs et de transition, il apparaît nécessaire de rappeler que le service d'hébergement temporaire n'est pas défini pour répondre à ce besoin.

6. Caractéristiques du programme

Activités

Lorsque le répit, dispensé hors du domicile de la personne, la nature, la fréquence et l'intensité des services offerts doivent s'inscrire dans la continuité de ceux dispensés au moment de la référence. On doit s'assurer que la personne puisse participer à l'ensemble des activités offertes aux résidants de la ressource. L'approche doit être adaptée en fonction des personnes ayant des atteintes cognitives et celles ayant des atteintes physiques ou motrices.

Une très grande vigilance doit être accordée par rapport à la personne aidée pour maximiser son potentiel et éviter une détérioration de sa condition. L'accueil de la personne et de ses proches doit permettre de faciliter l'intégration de la personne au nouvel environnement.

Ce programme offre des formules souples de séjours en fonction des attentes et besoins des familles et permet d'expérimenter des mesures novatrices de répit à domicile. Le suivi médical peut s'exercer par le médecin traitant de la personne ou par un médecin de la ressource.

La personne hébergée temporairement doit recourir au réseau privé de pharmacies pour obtenir les médicaments et services pharmaceutiques requis par son état, comme si elle était à domicile.

Ressources matérielles

- › Favoriser l'accès à des chambres privées et orienter les personnes en fonction de leurs besoins.
- › La fourniture de matériel doit se faire dans le respect des règles et modalités en vigueur pour les personnes résidant à domicile.
- › Le transport doit se faire dans le respect des directives à cet effet qui prévalent dans le réseau, entre autres, quant à l'âge et aux bénéficiaires de la sécurité du revenu.

Tarification

Une contribution raisonnable est exigible. La contribution quotidienne standard de l'utilisateur, est fixée à 15 \$ quel que soit le type d'hébergement offert.

7. Paramètres de l'organisation des services

Référence

L'intervenant pivot (gestionnaire de cas ou, en l'absence de celui-ci ou si non requis, l'intervenant social ou autre professionnel responsable du dossier) accompagne les familles qui ont besoin de répit en Hébergement temporaire.

Outils et transfert de l'information

Les formulaires OÉMC demeurent les outils à privilégier pour la transmission d'information et la mise à jour des données cliniques entre les intervenants, dans un langage commun à tous.

Critères de priorités d'accès

- épuisement ou risque d'épuisement du proche aidant;
- situation de crise, dangerosité à domicile, maintien dans le milieu compromis;
- faible réseau de soutien social.

Statut de la personne

On utilise de façon courante l'appellation « admis temporaire » en milieu institutionnel (CHSLD) depuis 1997 et « inscrit » en milieu non-institutionnel.

Horaire des admissions

Il est possible d'admettre en hébergement temporaire 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour répondre aux situations d'urgences sociales.

Durée maximale consécutive d'un séjour

La durée maximale consécutive d'un séjour ne devrait généralement pas excéder les 30 jours, sauf pour des raisons de force majeure.

Durée maximale annuelle des séjours

Ne devrait généralement pas excéder les 60 jours.

Fréquence des séjours

Selon le choix de la personne et de ses aidants, jusqu'à concurrence des durées maximales, en privilégiant les disponibilités des fins de semaines et des vacances d'été et d'hiver (dont période des Fêtes).

L'accès par les proches aidants à du répit selon une formule qui mise sur la régularité : on doit privilégier une augmentation des fréquentations plutôt que l'allongement de la durée des séjours. Ainsi, l'accès à de courts séjours doit être possible, dont l'hébergement par alternance.

8. Balises

L'offre de service :

L'hébergement temporaire doit se faire dans des lieux adaptés aux besoins de la clientèle. Les places en CHSLD sont réservées à la clientèle en lourde perte d'autonomie. La capacité annualisée d'accueil régionale est minimalement équivalente à 15 330 journées (42 places multipliées par 365 jours) réparties également entre le milieu institutionnel et les ressources dans la communauté.

Le taux d'utilisation :

Le taux optimal d'utilisation est fixé à 80 %.

1. But du service ambulatoire gériatrique (SAG)

Le service ambulatoire gériatrique est une mesure de recouvrement de l'autonomie et d'optimisation du potentiel des personnes, dans une optique de maintien dans le milieu de vie.

Le SAG offre une expertise aux personnes ayant un profil gériatrique et qui sont atteintes de maladies et en perte d'autonomie en vue d'une intervention ponctuelle caractérisée par une approche globale et interdisciplinaire. Le service accueille les personnes âgées qui nécessitent des interventions concertées d'une équipe multidisciplinaire pour des services d'évaluation diagnostique, de traitement, de soin, de réadaptation, d'orientation et d'enseignement ainsi que des services d'assistance aux aidants naturels et de support aux partenaires. Ces interventions spécialisées sont offertes sur une base externe et varient en intensité et en durée, selon les besoins des usagers.

2. Concepts et approches du service

À la suite de l'évaluation interdisciplinaire, l'équipe propose une thérapeutique axée sur l'amélioration et la stabilisation de l'état de santé de la personne. Les services ambulatoires gériatriques orientent par la suite les personnes vers les services capables de poursuivre la prise en charge et effectuent la relance nécessaire.

Les **principes directeurs** sont :

- › Contribuer au maintien dans le milieu de vie;
- › Agir sur des problématiques de santé complexes non résolues;
- › Assurer la précocité et la continuité des interventions;
- › Considérer le potentiel et les limites de la personne dans une vision holistique;
- › S'insérer dans la gamme des services intégrés;
- › S'arrimer avec souplesse à l'ensemble des acteurs responsables des services de la gamme;
- › Rechercher un équilibre entre les contingences reliées à la déconcentration territoriale optimale et celle reliées à la nécessité de créer des masses critiques de clientèle et des volumes d'activités susceptibles de maintenir l'expertise des équipes cliniques.

Les **objectifs principaux** des services ambulatoires gériatriques sont de :

- › Permettre une évaluation globale sans hospitalisation;
- › Soutenir la personne dans son milieu de vie ainsi que les proches aidants;
- › Corriger rapidement les problèmes physiques et psychologiques encore réversibles chez des usagers;
- › Optimiser le potentiel global de la personne dans toutes ses composantes biopsychosociale;
- › Assurer la réadaptation sur une base externe;
- › Minimiser la détérioration de l'état de santé de l'utilisateur et prévenir les complications;
- › Assister les proches dans la compréhension de l'état des besoins de la personne;
- › Soutenir les partenaires territoriaux dans leurs actions auprès de la clientèle (GMF).

Le SAG est également un prolongement de l'UCDG-URG lorsque l'état de la personne permet désormais des interventions en externe, car la condition générale ne nécessite plus une observation et une coordination étroite des interventions d'une équipe multidisciplinaire, 24 heures sur 24, mais que des traitements de réadaptation sont encore nécessaires et un court suivi médical est requis avant la prise du relais par le médecin traitant.

3. Clientèle visée

Le service s'adresse aux personnes ayant un profil gériatrique qui présentent un ou des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux nécessitant une intervention. Il s'adresse aussi aux proches et aux aidants naturels impliqués dans la problématique. Les professionnels du réseau de services intervenant auprès de la personne et de ses proches peuvent également utiliser l'expertise du SAG.

Le SAG doit être perçu comme un pôle d'expertise. Les services ambulatoires gériatriques offrent des interventions spécialisées pour toute personne :

- › Adulte avec un profil gériatrique;
- › En perte d'autonomie, ayant franchi le stade aigu ou subaigu de sa maladie mais ne nécessitant pas de surveillance 24 heures sur 24;
- › Nécessitant une évaluation globale (évaluation diagnostique médicale et psychosociale complète et un pronostic);
- › Présentant, après évaluation, un profil et un potentiel d'amélioration favorisant son maintien ou son retour en milieu naturel;
- › Ayant besoin d'un support psychogériatrique.

4. Place du SAG dans le continuum des services

Les personnes peuvent bénéficier d'autres services au même moment où ils sont suivis par le service ambulatoire gériatrique. Par exemple, un usager peut recevoir des services à domicile en même temps qu'il reçoit des traitements au SAG.

Le service ambulatoire gériatrique, bien que très spécifique dans son rôle, doit être en étroite interdépendance avec les autres services du réseau dans ses activités, la planification du suivi des usagers étant une préoccupation constante. Le suivi exige que tous les efforts soient fournis par l'équipe pour que toutes les sources potentielles d'aide et de services soient contactées et mobilisées pour améliorer la santé, l'autonomie et les conditions de vie de la personne âgée avant et après le congé du service.

La planification du congé doit être préparée le plus tôt possible après l'inscription par le gestionnaire de cas. Elle facilite l'atteinte des objectifs et permet d'orienter l'usager vers d'autres services qui lui seraient nécessaires, notamment à l'aide du plan de services individualisé. Si l'usager a des besoins spécifiques pour d'autres services, il doit être orienté vers un programme qui répondra à ses besoins. Le congé est donné par le médecin, à la suite d'une décision concertée de l'équipe interdisciplinaire, lorsque tous les intervenants ont complété leurs actions auprès de la personne concernée.

Tout au long du processus, le médecin traitant doit être en lien avec la personne. Lors de la planification du congé, le médecin référant doit avoir accès à toutes les informations obtenues au moment de l'évaluation ainsi que des plans d'intervention interdisciplinaire ou du plan de service individualisé. Le lien avec le médecin référant ou une autre personne (intervenant, gestionnaire de cas ou équipe) qui a fait la référence est essentiel afin d'assurer une continuité de services.

5. Caractéristiques du programme

Le programme est multidisciplinaire et le fonctionnement de l'équipe permet d'établir les besoins de l'utilisateur. L'évaluation de la personne inscrite au service sera réalisée avec tous les membres de l'équipe de base déterminés par le comité d'inscription. Le mode de fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire de base et les méthodes et les outils d'évaluation permettront de circonscrire les déséquilibres biologiques, psychologiques et sociaux ayant un impact sur le fonctionnement de la personne âgée. L'équipe doit utiliser au maximum les informations reçues lors de la référence et faire suivre à l'instance qui prendra la relève toutes les données nécessaires à la continuité de l'évaluation et des interventions à poursuivre.

Les activités principales sont les suivantes :

- Procéder à une évaluation globale de la personne de façon à poser un diagnostic spécifique ou différentiel, s'il y a lieu, au moyen d'une approche interdisciplinaire;
- Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire en fonction des attentes, des besoins et des ressources de la personne en état de déséquilibre;
- Traiter la personne de façon à rétablir sa santé biologique, psychologique ou sociale à partir des objectifs formulés dans le plan d'intervention, en intégrant son réseau naturel et les ressources du territoire;
- Assurer du soutien aux proches et aux intervenants concernés par l'état de santé de la personne âgée;
- Assurer le suivi et le soutien à la famille ou aux autres instances concernées par la personne si son état s'est détérioré et nécessite à nouveau le rétablissement d'un équilibre biologique, psychologique ou social;
- Assurer les conditions nécessaires à la formation et collaborer à la recherche.

6. Paramètres de l'organisation des services

La fonction diagnostique est la première responsabilité de l'équipe interdisciplinaire. Il est de première importance d'établir un diagnostic précis afin de donner les services adéquats à l'utilisateur. Pour faciliter le diagnostic, les services tels que laboratoire, radiologie, ECG et autres doivent être accessibles. Afin de faciliter le travail des professionnels, les locaux doivent être équipés en fonction d'un travail interdisciplinaire. L'accessibilité à un plateau technique offrant des services diagnostiques est essentielle.

L'équipe évalue régulièrement l'évolution de la personne. L'évaluation et le traitement des personnes inscrites au SAG devraient être réalisés au point de service, sauf pour certaines situations où la visite à domicile apporte une valeur ajoutée à l'évaluation en raison de l'analyse de l'environnement de la personne. Dans de telle circonstance, la visite devra être réalisée en concertation avec le service de soutien à domicile.

7. Mécanismes d'accès et de liaison

L'accès à ce service spécialisé se fait sur référence médicale (généraliste ou spécialiste) et par le truchement du personnel du CSSS ou d'un centre hospitalier. Le motif de la référence doit être la présence d'un ou plusieurs problèmes physiques, psychologiques ou sociaux impossibles à contrôler ou pour une confirmation du diagnostic et du pronostic par les services de santé primaires ayant comme conséquence directe ou indirecte une perte d'autonomie et l'amorce d'un profil gériatrique.

L'accès, d'autre part, peut suivre un repérage d'un début de profil gériatrique lors d'un séjour à l'urgence ou une hospitalisation pour un problème aigu ponctuel.

L'accès peut enfin provenir d'une référence d'une UCDG-URG pour finaliser un plan de traitement quand l'hospitalisation pour coordonner les interventions thérapeutiques n'est plus requise.

8. Balises

La fréquence des rendez-vous de l'utilisateur ainsi que la durée moyenne de fréquentation varient selon les besoins requis et les services offerts. Généralement, les interventions du service ambulatoire gériatrique ne devraient pas dépasser 90 jours.

Les durées moyennes de fréquentation (DMF) sont de 30 jours pour services d'évaluation diagnostique et de recommandations / plan de traitement et de 90 jours lorsque l'on ajoute les services de réadaptation.

NOTE AU LECTEUR

Le cheminement de l'analyse du fonctionnement des unités de réadaptation fonctionnelle intensive nous a conduit à présenter un cadre de référence en URFI spécifique à la clientèle du programme déficience physique, qui se distingue de la réadaptation gériatrique (URG) s'inscrivant dans la poursuite des interventions de réadaptation amorcées en UCDG.

Les « URFI des CSSS » doivent être davantage considérées comme des unités de réadaptation gériatrique et être jumelées aux UCDG-URG de première ligne, afin de permettre une plus grande souplesse pour répondre à la fluctuation des besoins de services des personnes âgées présentant un profil gériatrique. Par contre, les personnes capables de bénéficier des services d'une URFI devraient avoir accès aux services spécialisés dispensés par le CSSS et le centre à vocation régionale dont la mission est en déficience physique.

Ce cadre de référence pour la clientèle de la déficience physique s'insère dans ce document du continuum des services pour les personnes âgées car des personnes de 65 ans et plus sans profil gériatrique peuvent fréquenter les URFI.

Les deux sections suivantes présentent successivement les URFI destinées aux personnes ayant une déficience physique, sans égard à leur âge et sans profil gériatrique, et les UCDG-URG.

1. But de l'URFI

La raison d'être de ce service est de maximiser le niveau fonctionnel des personnes. En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux a défini la réadaptation fonctionnelle intensive comme suit² :

« Un processus soutenu et régulier d'intervention globale biopsychosocial, personnalisée, limitée dans le temps, permettant à la personne dont le pronostic laisse entrevoir la possibilité d'incapacité significative et persistante, à la suite d'une déficience motrice, de développer ses capacités de façon maximale grâce à sa propre participation et à celle d'une équipe multidisciplinaire spécialisée. »

Actuellement, les concepts qui se sont ajoutés à cette définition concernent la reprise des activités, la réalisation des rôles sociaux et la participation sociale des personnes. Le rôle d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive est d'offrir des services interdisciplinaires afin de maximiser le niveau d'autonomie des personnes.

2. Concepts et approche du service

Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive s'adressant à une clientèle reliée à la déficience physique poursuivent les objectifs suivants :

1. Effectuer une évaluation interdisciplinaire de chaque personne et déterminer le potentiel de réadaptation.
2. Établir un plan d'intervention interdisciplinaire, résultant de conclusions d'évaluations diagnostiques disciplinaires.
3. Augmenter l'autonomie fonctionnelle en favorisant la récupération et le développement des capacités de la personne, tant du point de vue de la mobilité que de l'indépendance dans la vie quotidienne.
4. Proposer les aides techniques et les adaptations requises permettant le maintien à domicile;
5. Évaluer et traiter les autres problèmes de santé tout en poursuivant le processus de réadaptation.
6. Planifier le congé et assurer la continuité des soins et des services avec la famille, le médecin traitant et les divers services externes.
7. Diriger la personne vers une ressource d'hébergement plus appropriée s'il s'avérait que la réinsertion à domicile est impossible.

Concepts du service

Dans le cadre de la continuité des services, les personnes sont admises en unité de réadaptation fonctionnelle intensive où les interventions multidisciplinaires sont centrées sur la

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice.*

stimulation et l'activation rapide des systèmes organiques afin d'assurer la meilleure récupération possible des capacités fonctionnelles. Il est démontré que plus la réadaptation débute précocement, plus les chances et le niveau de récupération sont élevés. Les interventions interdisciplinaires visent également l'apprentissage et l'intégration de moyens compensatoires qui seront utiles dans la réintégration du milieu de vie des personnes. Le développement du potentiel des personnes permet la réalisation des habitudes de vie et des rôles sociaux.

Le caractère intensif des interventions signifie une fréquence moyenne de 4 à 5 fois par semaine. Cette fréquence se justifie par la complexité des problématiques de la clientèle et l'implication d'une équipe multidisciplinaire.

Les services de réadaptation sont également offerts en externe. Les usagers peuvent donc recevoir des services directement en externe en provenance d'un autre établissement référant ou recevoir des services en externe en continuité des services à l'interne.

3. Clientèle visée

La clientèle que l'on retrouve en URFI est définie comme suit :

« Personnes de tous les âges répondant à la définition de la clientèle du programme déficience physique et devant être admises en établissement de réadaptation en déficience physique afin d'y recevoir, pour une durée limitée, des services intensifs de réadaptation spécialisés ou surspécialisés, nécessaires à la reprise de leurs activités courantes et à la réalisation de leurs rôles sociaux. »

Les services qui devraient être offerts dans les URFI ne relevant pas d'un centre régional de réadaptation sont basés sur ceux des unités de réadaptation fonctionnelle intensive rencontrées en déficience physique. Voici la nouvelle définition de la clientèle des programmes en déficience physique qui repose sur le modèle conceptuel du processus de production du handicap (PPH):

« Personnes, de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à une autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale ».

Cette définition apporte une nuance quant à la notion d'incapacités significatives et persistantes du client comparativement à la nature de sa déficience. Elle ajoute également le concept de réalisation des activités courantes ou de l'exercice des rôles sociaux qui remplace la notion de situation de handicap dans la définition de 1995.

Les principales clientèles visées par ce service sont :

- › personne ayant subi un accident vasculaire cérébral;
- › personne ayant subi une amputation d'un membre inférieur;

- › personne ayant une atteinte musculo–squelettique;
- › personne ayant un problème de dysphagie;
- › personne ayant une neuropathie ou une maladie dégénérative;
- › personne ayant une myélopathie;
- › personne ayant subi de multiples traumatismes;
- › personne atteinte d'un syndrome d'immobilisation.

La clientèle visée par l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive doit également posséder des possibilités de récupération ainsi que des capacités lui permettant de participer à des thérapies intensives.

4. Place de l'URFI dans le continuum de services

Le CSSS doit être impliqué dans la réadaptation de la personne âgée sans profil gériatrique afin de planifier, durant la réadaptation fonctionnelle intensive, les services de soutien qui permettront un retour rapide dans le milieu de vie, la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale de la personne.

Un continuum de services implique la précocité, la simultanété, la continuité et la complémentarité des interventions. La précocité des services signifie que les interventions doivent débiter dans les 24 à 72 heures suivant la stabilisation de l'état médical. Les services du continuum doivent être accessibles au moment approprié, de façon séquentielle ou simultanée, en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Le continuum des services comprend les services médicaux, la réadaptation précoce en milieu hospitalier, la réadaptation fonctionnelle intensive, les services externes de réadaptation et les services de soutien à l'intégration et au maintien dans le milieu.

Activités offertes par les équipes de base

ÉVALUATION- PLANIFICATION	Évaluation globale, diagnostic (biopsychosociale) et pronostic : <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et coordination du plan d'intervention interdisciplinaire et des plans d'intervention disciplinaires • Participation au plan de service individualisé en concertation avec le gestionnaire de cas
TRAITEMENT	Le recouvrement de la mobilité : <ul style="list-style-type: none"> • Déplacements au lit • Équilibre assis et debout • Transfert • Déplacements : marche, fauteuil roulant • Renforcement musculaire • Amélioration de l'endurance • Recouvrement des amplitudes articulaires • Contrôle du mouvement Le recouvrement des fonctions sensibles et perceptuelles : <ul style="list-style-type: none"> • Proprioception, douleur • Stimulation sensorielle du toucher • Recouvrement de la parole ou acquisition de nouvelles techniques de communication • Amélioration de la condition auditive • Entraînement pour palier le déficit visuel Le recouvrement des fonctions cognitives : <ul style="list-style-type: none"> • Orientation, mémoire, concentration • Jugement, abstraction • Organisation de l'environnement
ORIENTATION	L'amorce de la réintégration sociale : <ul style="list-style-type: none"> • Réadaptation psychosociale • Entraînement aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique • Adaptation du milieu de vie (logement, auto)

L'approche privilégiée concernant la fin des interventions à l'interne devrait être en lien avec la possibilité, pour la personne, de réintégrer son domicile de façon sécuritaire, et ce, même si la phase de plateau de récupération n'est pas atteinte. Les délais de sortie de l'URFI devraient être inférieurs à 72 heures dans 80 % des situations où la personne est en attente d'un changement de milieu de vie et que la documentation pertinente est complétée.

5. Paramètres de l'organisation des services

Les congés de fin de semaine sont une étape du processus de réadaptation, puisqu'ils facilitent la généralisation dans le milieu de vie de la personne, les habiletés acquises en réadaptation et l'identification des obstacles à la réalisation de ses activités. La personne applique ainsi ses acquis et développe ses capacités d'intégration sociale.

La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) permet de mesurer le degré d'autonomie des personnes dans les différentes sphères de fonctionnement physique et cognitif. La MIF devrait être complétée et utilisée auprès des clientèles recevant des services de réadaptation fonctionnelle intensive de type déficience physique.

La MIF est utilisée en déficience physique pour le reste du Canada alors que l'OÉMC et le SMAF sont surtout utilisés actuellement pour la clientèle du continuum de service gériatrique. Les outils OÉMC et SMAF permettent une évaluation globale et peuvent témoigner de l'évolution des clientèles. Ces outils doivent aussi être utilisés pour la clientèle de la déficience physique.

6. Mécanismes d'accès et de liaison

Les références peuvent provenir de tous les professionnels du réseau qui constatent une perte d'autonomie fonctionnelle d'un usager. Un dossier, le plus complet possible, doit être soumis. Un comité d'admission du service étudie les demandes soumises et prend une décision concernant l'admission au service. La personne admise doit être transférée de l'établissement référant en moins de 72 heures.

L'utilisation des services de RFI externe gagnerait certainement à être plus concertée entre les CSSS et l'établissement régional. Les protocoles d'entente entre les CSSS et InterVal doivent être convenus et formalisés afin d'assurer leur suivi et leur respect dans le cadre de la démarche du projet clinique.

7. Balises

Règle générale, la durée de séjour en URFI pour la clientèle en déficience physique ne devrait pas dépasser 60 à 90 jours. Cette limite est reliée au potentiel de récupération des personnes. Le taux d'occupation du service est fixé à 95 %.

Lors de l'analyse du profil des clientèles admises dans les UCDG et celles reçues dans les URFI des CSSS, nous avons constaté que de nombreux patients hospitalisés en UCDG recevaient des services de réadaptation. Alors, qu'inversement, la majorité des personnes qui utilisent les services de ces URFI présentent un profil gériatrique.

C'est dans cette perspective qu'est préconisé un certain jumelage clinico-administratif de ces deux types de service que l'on appellera UCDG-URG (unité de réadaptation gériatrique).

1. Concepts et approches du service

Une unité de courte durée gériatrique est un service institutionnel relevant d'un hôpital ou d'un établissement possédant un plateau technique, à l'intérieur duquel on procède de façon interdisciplinaire à la stabilisation, l'évaluation gériatrique globale (diagnostic médical et psychosocial complet et pronostic), le traitement (soins médicaux, soins infirmiers et réadaptation), l'orientation et la planification des services après le congé de l'UCDG de personnes âgées dont l'état de santé et le profil gériatrique (pluripathologie, pluripharmacologie, dépendance, fragilité et autres) de la personne ne permet pas de telles interventions ni en externe, ni en milieu de soins aigus traditionnels, car la condition générale nécessite une observation et une coordination étroites des interventions d'une équipe multidisciplinaire, 24 heures sur 24, s'étendant sur plusieurs jours.

Le but de l'UCDG-URG est d'identifier, chez une personne âgée, les éléments physiopathologiques à la base de la détérioration de l'état de santé et d'intervenir rapidement et de façon concertée pour corriger ces problèmes afin que la personne puisse retourner à domicile et éviter une perte d'autonomie reliée à l'hospitalisation.

Principes et objectifs d'intervention

Dans un réseau de services pour les personnes âgées vulnérables, il faut optimiser l'utilisation de chaque secteur du réseau et revoir le paradigme du mode et des lieux de prise en charge des personnes âgées. Si on adapte les idées de Shortell, le rôle de l'hôpital devrait être d'optimiser les soins aigus aux personnes âgées sur toutes les unités de soins, celui de l'UCDG d'offrir un programme de gériatrie aiguë pour la population ciblée, de rendre disponible la réadaptation gériatrique au sein de l'UCDG ou en unité de réadaptation gériatrique (URG) et de faire l'interface avec la communauté et les autres programmes gériatriques.³

En tout premier lieu, l'unité de courte durée gériatrique permet de procéder à une évaluation complète de la condition d'une personne âgée dont l'état s'est détérioré de façon importante compte tenu des causes multiples. Cette évaluation est effectuée par une équipe

³ Bergman, H. (2000). *Le rôle des services gériatrique hospitaliers dans un réseau de services pour les personnes âgées vulnérables*, janvier.

interdisciplinaire qui s'attache à la globalité de la personne. De façon concomitante, les traitements appropriés et la réadaptation précoce sont entrepris afin que la personne retrouve le maximum des capacités lui permettant de reprendre, si possible, la majorité des activités effectuées avant cet épisode de soins.

À la fin de leur séjour, la plupart des personnes retournent à domicile. Les autres sont orientées vers les ressources d'hébergement correspondant le mieux à leurs besoins.

2. Clientèles visées

Essentiellement, l'unité de courte durée gériatrique permet, en plus du traitement, l'évaluation des besoins d'une personne âgée présentant un profil gériatrique qui nécessite une hospitalisation pour un problème médical aigu ou subaigu qui ne peut être pris en charge en externe. L'âge seul de 65 ans et plus ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans. La présence de troubles aigus et de certains handicaps physiques ou mentaux oblige l'équipe interdisciplinaire à intervenir rapidement et de façon concertée. Ainsi, avant d'être orientée, la personne peut nécessiter certains traitements voire de réadaptation.

Les raisons d'admission en UCDG sont généralement liées à des problèmes :

- › cérébro-vasculaires;
- › cardio-vasculaires et autres problèmes de l'appareil circulatoire;
- › lésions ou empoisonnement (généralement en lien avec la médication);
- › ostéo-articulaires (hanche ou genou);
- › démence.

Le malade gériatrique est affligé d'un nombre moyen de 4 à 7 problèmes médicaux significatifs.

Ce n'est pas tellement la nature des maladies qui en font une personne ayant un profil gériatrique, mais plutôt la coexistence simultanée et surtout leurs répercussions fonctionnelles chez la personne âgée.

Nous constatons, de plus, que les personnes atteintes de démence ou vivant seules représentent une bonne part de la clientèle âgée vue en UCDG.

3. Caractéristiques du programme

L'équipe de base de l'UCDG-URG est composée de :

- › médecin formé en gériatrie ou ayant un intérêt marqué;
- › infirmière et infirmière auxiliaire;
- › travailleur social;
- › ergothérapeute;
- › physiothérapeute;
- › nutritionniste;
- › pharmacien;
- › préposé aux bénéficiaires.

Il peut également s'ajouter certaines spécialités.

Les **activités principales** de l'unité de courte durée gériatrique sont :

- › Reconnaître une situation comme étant urgente;
- › Stabiliser la condition clinique générale;
- › Désigner les causes de décompensation (prendre l'avis de l'entourage);
- › Offrir un environnement rassurant, valorisant et stimulant, attitude respectueuse;
- › Procéder à une évaluation diagnostique précise;
- › Compléter une évaluation globale des besoins d'aide et intervenir sans délai;
- › Proposer et réaliser des interventions diagnostiques et thérapeutiques réalistes et proportionnées avec des objectifs précis et mesurables;
- › Offrir des services de réadaptation;
- › Promouvoir et soutenir la fonctionnalité;
- › Considérer toujours le retentissement psychologique et social de l'événement sur le patient et ses proches;
- › S'assurer d'un consentement éclairé aux soins;
- › Discuter du pronostic et des mesures pour s'assurer la meilleure qualité de vie;
- › Planifier et coordonner le congé avec les intervenants de la communauté et des autres services gériatriques.

Compte tenu des prérogatives propres à chacune des instances (MSSS, Agence, établissement), il appartient à chaque établissement dispensant ce type de service, d'élaborer le programme de l'UCDG-URG en décrivant les intrants, les activités de production et les effets.

Afin de permettre à chacun des 7 CSSS disposant d'un plateau technique d'offrir une gamme de services (évaluation biopsychosociale, traitement et réadaptation) et de posséder une souplesse de gestion des épisodes de soins en UCDG et en URG pour la clientèle présentant un profil gériatrique, chaque CSSS doit compter sur une allocation budgétaire regroupant ces deux types de service et répartie équitablement en pondérant la population du territoire par le nombre de personnes de 65 ans et plus. Signalons que le CSSS de la Vallée de la Batiscan ne dispose pas de plateau technique. La population de ce territoire est desservie, pour le secteur Mékinac, par le CSSS de l'Énergie et, pour le secteur des Chenaux, par le CSSS de Trois-Rivières.

Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) de l'Organisation mondiale de la santé. Le SMAF complète les informations médicales, pharmaceutiques, infirmières et sociales pour fournir des données précieuses sur les besoins de soins et services. Le SMAF est la base de l'Outil d'évaluation multi clientèle (OÉMC) qui est un instrument d'évaluation pour l'accès aux divers volets du continuum géronto-gériatrique. Le SMAF s'avère un outil précieux d'évaluation de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle des personnes et donc du plan d'intervention interdisciplinaire.

L'utilisation de l'outil SMAF doit être généralisée dans tous les établissements pour la clientèle gériatrique.

4. Paramètres de l'organisation des services : Mécanismes d'accès et de liaison, outils et standards de transfert

Devraient être admises en UCDG-URG

- Les personnes présentant un profil gériatrique ou un déclin fonctionnel aigu ou sub-aigu, avec un risque de détérioration de l'état de santé ou un risque d'hébergement ;
- Les personnes présentant des complications potentiellement réversibles d'un immobilisme récent.

Ne devraient pas être admises en UCDG-URG

- Les personnes nécessitant des soins chirurgicaux ou intensifs présentant une pathologie spécifique ou avec des problèmes cliniques qui pourraient être prises en charge par d'autres unités spécialisées (soins intensifs, psychiatrie, etc.) ;
- Les personnes nécessitant un hébergement pour des soins de longue durée et dont le statut peut d'ores et déjà être considéré comme permanent et irréversible;
- Les personnes pouvant être prises en charge par des services ambulatoires ;
- Les personnes démontrant une absence de motivation et de collaboration⁴ ou ayant une problématique de santé mentale décompensée. Cependant il est à noter qu'un état dépressif transitoire et temporaire pourrait masquer la motivation d'une personne à participer et collaborer au traitement.

La décision d'admettre une personne en UCDG-URG ou de donner le congé est d'abord médicale

Le médecin peut, avant d'admettre un malade gériatrique, consulter un professionnel de l'équipe interdisciplinaire de l'unité : ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, infirmière. Il appartient cependant au médecin responsable de prendre la décision. La décision de donner le congé est également médicale.

Il ressort que, dans la majorité des cas, la décision repose sur le consensus de l'équipe interdisciplinaire. Il est rare que le médecin aille à l'encontre de l'opinion des membres de l'équipe. L'acte médical d'orienter, d'admettre ou de donner le congé est cependant la façon de fonctionner efficacement.

Il est important de préciser qu'il est essentiel que chaque patient ayant reçu son congé soit priorisé au même titre que les patients d'une unité de soins aigus ou d'une URFI pour qu'il obtienne, dans un délai convenu (par exemple : 72 heures dans 80 % des cas; le délai ne devrait dépasser 3 jours que de façon exceptionnelle) le service planifié selon sa condition et ses besoins.

⁴ Gris (1999). *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les UCDG*, R99-07, juin.

Nombre de lits d'UCDG requis par territoire

L'évolution des services en amont et en aval de l'UCDG, l'évolution des pratiques professionnelles et médicales, l'évolution des technologies et des médicaments rendent difficile l'identification de normes en fonction de l'évolution de la démographie. Les facteurs liés au vieillissement et la modification des conditions de vie et des habitudes de vie complexifient davantage notre exercice de projection. Pour l'aider à déterminer le besoin de lits d'hospitalisation dans la région, l'Agence a retenu les services d'une firme conseil. Les résultats de ces travaux sont attendus à l'automne 2007.

5. Balises

La durée moyenne de séjour en UCDG est de 24 jours pour une évaluation diagnostique et en moyenne de 45 jours au total lorsque la réadaptation se poursuit en UCDG-URG.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie et
du Centre-du-Québec**

Québec 