

GRIS

Faculté de médecine
Secteur santé publique
Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé



*L'évaluation de la prise en charge
des personnes âgées fragiles
par les unités de courte durée gériatriques*

*André-Pierre Contandriopoulos
Marie-Jeanne Kergoat
Judith Latour
Paule Lebel
Nicole Leduc
Danièle Roberge*

et al.

R99-07

Juin 1999

Dépôt légal – 2^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-33-8

L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES PAR LES UNITÉS DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUES

Contandriopoulos A-P.¹, Kergoat M-J.², Latour J.^{2,6}, Lebel P.^{2,7}, Leduc N.¹, Roberge D.³,
Ducharme F.⁵, Pineault R.^{1,3}, Béland F.¹, Bergman H.⁴, Leclerc C.², Fournier M-A.¹,
Loiselle J.³, Paré I.³, Philibert L.¹, Barbal i Rodoreda P.², Rodriguez R.¹,

1999

Financé par :

Le Programme national de recherche et de développement
en matière de santé (PNRDS) de Santé Canada
dans le cadre d'un concours spécial parrainé par
le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s (PRAA)

Projet n° 6605-4559-602

- 1. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal*
- 2. Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal*
- 3. Centre de recherche Louis-Charles Simard du Centre hospitalier de l'université de Montréal*
- 4. Division de gériatrie de l'Université McGill*
- 5. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal*
- 6. Centre hospitalier de l'université de Montréal*
- 7. Direction de la Santé publique de Montréal-centre*

Table des matières

RÉSUMÉ	ii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
INTRODUCTION	1
1- QU'EST-CE QUE LA FRAGILITÉ ?.....	4
2- QUEL EST LE PORTRAIT DES UCDG ?	8
2.1- Méthodologie	8
2.2- L'utilisation des services d'UCDG.....	8
2.3- Les ressources gériatriques dans les hôpitaux du Québec	9
2.3.1- Les unités de courte durée gériatriques.....	9
2.3.2- Les autres ressources gériatriques.....	9
2.4- Caractéristiques des UCDG	11
2.5- La clientèle des UCDG	11
2.6- Les résultats en terme de durée de séjour	12
2.7- Une classification des UCDG	13
3- QUELLE EST L'EFFICACITÉ CLINIQUE DES UCDG ?.....	15
3.1- Méthodologie	16
3.2- Caractéristiques des patients et les résultats	17
3.2.1- Caractéristiques des patients selon les six principales pathologies	17
3.2.2- Le devenir des patients après l'hospitalisation en UCDG.....	18
3.3- Conclusion	20
4- COMMENT PEUT-ON APPRÉCIER LA QUALITÉ DES SERVICES?	22
4.1- Outil pour les patients	23
4.2- Outil pour les aidants	24
5- COMMENT AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCESSIBILITÉ AUX UCDG ?.....	26
5.1- L'amélioration de l'efficience.....	27
5.1.1- La sélection des clientèles.....	27
5.1.2- L'organisation des ressources et des services	29
5.1.3- Les gains possibles.....	32
5.2- La planification des ressources	33
5.2.1- L'accessibilité géographique	33
5.2.2- Les besoins liés à la croissance démographique.....	34
5.3.- Conclusion	34
6- RETOMBÉES ET PISTES DE RECHERCHE.....	36
6.1- Le modèle de la fragilité	36
6.2- La prise en charge des personnes âgées fragiles dans les UCDG.....	38

RÉSUMÉ

Notre programme de recherche s'est intéressé à une sous-population de personnes âgées, celles dénommées "*fragiles*" ou vulnérables, qui sont les principales utilisatrices des services gériatriques. Parmi ces services, nous analysons plus particulièrement *les unités de courte durée gériatriques (UCDG)* qui ont été mises sur pied dans les hôpitaux du Québec, comme dans plusieurs pays, au cours des dernières années afin de mieux prendre en charge, par une approche interdisciplinaire, les épisodes de maladie de ces personnes nécessitant une hospitalisation.

Dans cette perspective, les UCDG constituent l'un des principaux maillons d'un réseau de services gérontologiques et gériatriques visant le maintien à domicile. L'hospitalisation dans ces unités a pour but d'identifier le plus adéquatement et le plus rapidement possible les éléments physiopathologiques à la base d'une détérioration de l'état de santé de la personne âgée, d'intervenir pour corriger ces problèmes en prenant en compte les autres aspects d'une prise en charge efficace pour ce groupe d'individus à l'équilibre précaire (soutien psychologique et social, réadaptation, continuité des soins et aide à domicile).

Les UCDG se distinguent donc des autres unités de l'hôpital par le fait qu'elles peuvent remplir plusieurs fonctions : stabilisation de l'état de santé, évaluation gériatrique globale, réadaptation plus ou moins intensive et planification des services après le congé. Elles peuvent ainsi jouer un rôle crucial lors de phases aiguës ou subaiguës de maladie afin de permettre une récupération ou une stabilisation des capacités fonctionnelles et ainsi assurer un maintien à domicile qui soit sécuritaire et satisfaisant pour les patients et leurs proches.

Cependant, on observe une grande hétérogénéité des UCDG au Québec quant à leur structure, leur fonctionnement, leurs clientèles et leur durée moyenne de séjour. On peut attribuer ces différences à quatre types de facteurs : 1) le milieu géographique (bassin de clientèle, etc.); 2) les autres ressources disponibles; 3) les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital (structure et culture organisationnelles, modes de fonctionnement, etc.) et 4) le jugement clinique des intervenants. On doit se demander alors quelle est la forme optimale d'organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles en phase aiguë ou subaiguë de maladie.

Notre programme de recherche vise à répondre à ces préoccupations. Il a été élaboré afin de répondre à cinq grandes questions :

- 1- Qu'est-ce que la fragilité ?
- 2- Quel est le portrait des UCDG au Québec ?
- 3- Quelle est l'efficacité clinique des UCDG ?
- 4- Comment peut-on apprécier la qualité des services ?
- 5- Comment améliorer l'efficacité et l'accessibilité ?

Plusieurs sources de données ont été utilisées : l'exploitation d'une banque de données portant sur les patients admis dans deux UCDG en 1989-1990 constituées à partir des dossiers médicaux et de questionnaires; une enquête réalisée en 1996 auprès des directeurs des services professionnels de tous les hôpitaux du Québec et une autre réalisée en 1998 auprès des responsables des UCDG; les fichiers sur les hospitalisations (fichier MED-ÉCHO); la création et la validation d'un instrument de mesure de la qualité des soins telle que perçue par les personnes hospitalisées en UCDG et leurs aidants naturels.

1- Qu'est-ce que la fragilité ?

La fragilité se définit comme le risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles et des incapacités, étant donné les effets combinés des déficiences et de facteurs modulateurs. (caractéristiques de la personne, environnement social et communautaire, disponibilité des services socio-sanitaires).

On sait que les déficiences touchant certains systèmes sont plus susceptibles de conduire à des limitations fonctionnelles et à des incapacités chez les personnes âgées. Nous retenons trois dimensions physiopathologiques: la dimension cognitive, la dimension neuro-musculo-squelettique et le métabolisme énergétique qui comprend la capacité cardio-pulmonaire et l'état nutritionnel.

Les facteurs modulateurs peuvent accélérer ou retarder la détérioration de l'état fonctionnel de la personne âgée. Ces facteurs sont constitués des ressources dont dispose la personne âgée pour faire face à l'impact des déficiences:

- *ressources individuelles*: statut socio-économique, éducation, capacité d'adaptation, etc.;
- *ressources d'ordre social et communautaire*: réseau de soutien social, milieu de vie;
- *ressources du système de santé* : disponibilité, accessibilité, continuité et qualité.

2- Quel est le portrait des UCDG au Québec ?

Quand une personne âgée de 75 ans et plus est hospitalisée, une fois sur dix l'hospitalisation passe par une UCDG et la durée de séjour est au moins 50% plus élevée que dans d'autres services (25 jours). Ces durées de séjour plus longues s'expliquent, en partie, par le niveau élevé de fragilité des patients admis mais bien souvent par l'absence de ressources alternatives plus légères.

La composition de la clientèle des UCDG est très variée. Les causes d'hospitalisation les plus fréquentes sont : les problèmes cérébro-vasculaires, cardio-vasculaires et autres problèmes de l'appareil circulatoire, les problèmes de lésions ou d'empoisonnement (surtout pour des problèmes liés à la médication), les problèmes ostéo-articulaires et la démence.

Plus des trois quarts (73/95) des hôpitaux de courte durée et 10% des hôpitaux de longue durée avaient une UCDG (une analyse des données de 1997-98 montre que ce nombre n'a pas varié depuis 1994-95). Il existe une très grande variabilité entre les UCDG en ce qui concerne leur taille (de 2 à 35 lits), le rôle qu'elles jouent dans l'hôpital, les ressources dont elles disposent et celles auxquelles elles ont accès tant en milieu hospitalier que dans la communauté, les fonctions cliniques qu'elles remplissent, le volume et le type de clientèles.

Une analyse des caractéristiques médicales des patients et des caractéristiques structurelles des UCDG a permis de classer celles-ci en trois grandes catégories. Celles-ci sont présentées à la page suivante.

Classification des UCDG

1- Les UCDG orientées principalement vers une fonction de **réadaptation** avec une proportion élevée de patients atteints de problèmes cérébro-vasculaires, ostéo-articulaires et ayant été victimes de chutes; les deux tiers des patients proviennent d'une autre unité de l'hôpital; on y admet peu de patients ayant des problèmes cognitifs; ce sont généralement des unités de petite taille situées dans des hôpitaux de petite ou moyenne taille qui ont très peu d'autres services gériatriques; on les retrouve surtout hors des grands centres urbains et de leur banlieue.

2- Les UCDG orientées principalement vers une fonction **médicale**; elles ont une plus grande diversité de patients mais plus de la moitié sont atteints de troubles cognitifs; plus de la moitié des patients proviennent de l'urgence et plus du tiers d'une autre unité de l'hôpital; ce sont des unités de grande taille (25 lits en moyenne) et situées dans de grands hôpitaux (plus de 300 lits) qui disposent d'une bonne gamme d'autres services gériatriques; on les retrouve surtout dans les grands centres urbains et leur banlieue.

3- Les UCDG orientées à la fois vers une fonction **médicale** et de **réadaptation**; ces unités ont aussi une grande diversité de clientèles et plus de la moitié des patients sont atteints de troubles cognitifs (sans démence); elles sont de petite taille (9 lits en moyenne) avec un faible taux d'occupation, situées dans de petits hôpitaux qui disposent de peu de services gériatriques; plus de la moitié des patients ont été traités auparavant dans une autre unité de l'hôpital et le reste provient à part presque égale du domicile ou de l'urgence.

La disponibilité des services d'UCDG et d'autres ressources gériatriques pose problème dans plusieurs régions. Certaines régions n'ont aucune UCDG et dans d'autres régions c'est pratiquement la seule ressource gériatrique en milieu hospitalier de courte durée.

On observe aussi une très grande variation dans les durées moyennes de séjour entre les UCDG. Cette variation ne peut être expliquée de façon statistiquement significative par les caractéristiques structurelles de l'hôpital ou de l'UCDG (nombre de lits, provenance des patients, ressources humaines, autres ressources gériatriques, etc.), ni par les caractéristiques des patients. Par contre, dans une autre enquête que nous avons réalisée auprès des responsables des UCDG en 1998, ceux-ci affirmaient que les durées de séjour dans leur unité pourraient être réduites si des ressources plus appropriées pour répondre aux besoins des patients étaient disponibles. Cette

réduction pourrait atteindre près de 20% si d'autres ressources gériatriques hospitalières (hôpital de jour, unité de psychogériatrie, etc.) étaient disponibles ou en quantité suffisante. Pour la majorité des UCDG, c'est l'absence de disponibilité dans les unités de soins de longue durée qui est la principale source du délai. Ces durées de séjour pourraient aussi être réduites d'environ 10% si les ressources dans la communauté pouvaient répondre aux besoins. La principale cause des délais est l'absence de professionnels de réadaptation.

Les UCDG ne peuvent donc pas remplir efficacement leur rôle à cause de pénuries de ressources en lits de longue durée et en services gériatriques ambulatoires. De plus, il subsiste encore des disparités interrégionales importantes en terme de ressources gériatriques hospitalières, ce qui soulève la question de l'accessibilité et de l'efficacité des services gériatriques.

3- Quelle est l'efficacité clinique des UCDG ?

Une analyse des caractéristiques des clientèles de deux UCDG (n=372) a montré que la majorité des patients recouvraient leur fonctionnement habituel à la sortie de l'unité. Toutefois, les patients souffrant de démence ne démontraient pas d'amélioration. On peut se demander alors quelles sont les clientèles qui sont plus susceptibles et celles qui le sont moins de bénéficier à court et à moyen terme d'une hospitalisation en UCDG. On a cherché à y répondre en regardant le devenir des clientèles trois, six et 12 mois après leur sortie en prenant en compte trois dimensions : le milieu de vie (à domicile, hébergement en ressources alternatives et hospitalisation en longue durée), l'utilisation de ressources (visites à l'urgence et hospitalisation) et la survie. Parmi un ensemble de caractéristiques sociodémographiques, médicales, fonctionnelles et cognitives de même que l'utilisation antérieure de services de santé, seulement quatre d'entre elles permettent d'expliquer de façon statistiquement significative le fait d'avoir de moins bons résultats.

Les clientèles qui sont le moins susceptibles de bénéficier d'une admission en UCDG sont :

- les patients ayant besoin d'une assistance modérée ou qui sont dépendants dans les activités de la vie quotidienne;
- les patients atteints de démence;
- les patients hospitalisés à plusieurs reprises au cours des cinq dernières années;
- et, à un degré moindre, les patients qui vivent seuls .

4- Comment peut-on apprécier la qualité des services ?

Nous nous sommes intéressés à une dimension particulière de la qualité des services encore peu développée pour ce type de clientèle, à savoir la qualité des soins telle que perçue par les personnes âgées hospitalisées et leurs aidants naturels. L'objectif de cette partie de notre programme était de développer et de valider des instruments de mesures. Nous avons développé et validé un questionnaire pour les aidants principaux des personnes âgées admises en UCDG. L'élaboration d'un instrument pour les personnes âgées hospitalisées s'est révélée beaucoup plus complexe à construire et doit faire l'objet de recherches plus poussées. Cependant, il ressort très clairement de notre expérience que les patients et leurs aidants se représentent la qualité des soins et des services différemment.

5- Comment améliorer l'efficacité et l'accessibilité ?

Pour améliorer la performance et l'accessibilité des UCDG, il faut, en plus de s'assurer de la qualité technique et humaine des interventions, chercher à n'y admettre que les clientèles qui ont besoin de ce type de services et d'en réduire les durées de séjour en dirigeant les patients le plus tôt possible dans leur milieu de vie ou vers une ressource de réadaptation ou de suivi plus appropriée pour répondre à leurs besoins.

Critères d'admission

Un groupe d'experts de 54 médecins et infirmières a développé un consensus autour des critères d'admission en UCDG :

Devraient être admis : les individus 1) âgés de plus de 65 ans et nécessitant une hospitalisation en UCDG, en raison d'un profil gériatrique ou d'un déclin fonctionnel aigu ou sub-aigu, et avec un risque de détérioration de l'état de santé ou un risque d'hébergement; 2) présentant des complications, potentiellement réversibles, d'un immobilisme récent.

Ne devraient pas être admis : les individus 1) ne présentant qu'une pathologie significative ou avec des problèmes cliniques qui pourraient être pris en charge dans d'autres unités spécialisées (soins intensifs, psychiatrie, etc.); 2) nécessitant un hébergement pour des soins de longue durée; 3) pouvant être pris en charge dans les services ambulatoires; 4) démontrant une absence de motivation et de collaboration.

Nous avons mesuré de façon empirique l'ampleur des hospitalisations non appropriées en UCDG en analysant de façon détaillée les dossiers de trois catégories de patients de deux UCDG situées dans des hôpitaux universitaires. Environ 10 % des patients ne devraient pas être admis dans ces unités mais devraient plutôt utiliser d'autres ressources plus appropriées à leurs besoins. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène, dont le jugement clinique des praticiens mais c'est surtout la disponibilité d'autres ressources (hôpital et centre de jour, cliniques externes, unités de soins palliatifs, etc.) qui explique en grande partie une utilisation non optimale des UCDG.

Disponibilité d'autres ressources

La performance et l'accessibilité des UCDG pourraient être améliorées par une réduction des durées de séjour. Selon une enquête effectuée auprès des responsables des UCDG en février 1998, les durées de séjour pourraient être réduites d'environ 25 % dans l'ensemble du Québec si des ressources moins coûteuses et mieux adaptées aux besoins des patients étaient disponibles.

Ces gains peuvent cependant être difficiles à réaliser puisque, dans plusieurs régions, le bassin de clientèle est insuffisant pour assurer une gamme complète de services gériatriques. L'UCDG devient ainsi la ressource pivot ou bien est tout simplement absente.

Dans ces régions ou dans d'autres où le nombre de lits est insuffisant, on retrouve des personnes qui auraient besoin d'être hospitalisées en UCDG mais qui ne peuvent y avoir accès. Ces personnes sont sans services ou utilisent des ressources qui ne peuvent répondre de façon optimale à leurs besoins.

Les gains d'efficacité dans les UCDG ne signifient donc pas nécessairement une baisse des besoins en ressources car il faut aussi répondre aux besoins des personnes qui n'ont actuellement pas accès à ces services. Une comparaison interrégionale du taux d'hospitalisation en UCDG permet d'estimer ces besoins supplémentaires en nombre de lits à 6 %.

Une meilleure intégration des services

Afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité de l'ensemble des services offerts aux personnes âgées fragiles tant en UCDG que dans l'ensemble du réseau, il ne suffira pas d'accroître les ressources. Il faudra aussi orienter les personnes vers la ressource la plus adéquate

pour chaque étape de son épisode de soins. Pour y parvenir, il faut une meilleure coordination des services, coordination qui peut prendre plusieurs formes avec des degrés plus ou moins grands d'intégration clinique, organisationnelle et financière. Ces modalités différentes de prise en charge de la population âgée doivent être adoptées pour tenir compte du contexte régional ou local (densité de population, ressources disponibles, culture organisationnelle, etc.).

Les besoins futurs en ressources

Les besoins en ressources (mesurés en nombre de lits) à consacrer aux UCDG à court et à moyen terme seront de beaucoup supérieurs aux gains potentiels de performance. Une simulation visant à estimer l'augmentation des besoins attribuable à la croissance démographique (i.e. en maintenant constant le taux actuel d'hospitalisation en UCDG et les durées de séjour, l'état de santé, les connaissances et la technologie, etc.) montre qu'il faudrait augmenter le nombre de lits en UCDG de 44 % d'ici l'an 2005. De plus, selon une autre simulation visant à réduire les inégalités interrégionales, en ramenant le taux d'hospitalisation en UCDG dans chaque région au moins à celui de la moyenne du Québec), il faudrait une augmentation de 6 % .

Ceci signifie que, même avec des gains d'efficacité de 25 % (provenant d'une meilleure sélection des clientèles et d'une réduction des durées de séjour), il faudrait augmenter d'environ 25 % le nombre actuel de lits en UCDG pour l'ensemble du Québec afin de répondre aux besoins des personnes âgées fragiles de façon à leur permettre de vivre à domicile de façon sécuritaire et satisfaisante.

Conclusion

Les résultats des travaux effectués dans le cadre de notre programme de recherche corroborent, avec un éclairage particulier, les résultats d'autres études et les réflexions de la plupart des cliniciens impliqués dans le milieu, à savoir qu'il faut repenser la façon de prendre en charge les personnes âgées fragiles étant donné : 1) la pression qu'exerce le vieillissement de la population sur les besoins en services; 2) la difficulté de réallouer les ressources consacrées au domaine sociosanitaire dans un contexte de contrôle des coûts; 3) l'avancement des connaissances a amené le développement de nouvelles technologies diagnostiques, thérapeutiques et de monitoring dont certaines sont très invasives mais aussi d'autres qui sont peu invasives, comme c'est le cas de plus en plus pour les personnes âgées fragiles, qui font en sorte que celles-ci peuvent être diagnostiquées, traitées et suivies en ambulatoire; 4) le constat que la façon dont les personnes âgées fragiles sont actuellement prises en charge n'est pas

toujours efficiente, car il y a, à la fois, une sur-utilisation des services, entraînée par la fragmentation du système de soins et le dédoublement d'interventions qui en découle, et une sous-utilisation causée principalement par la pénurie de ressources plus légères que les services hospitaliers (soins à domicile, cliniques externes, etc.) qui crée un engorgement dans les services plus lourds (urgence, UCDG, etc.).

À cela, s'ajoute le problème d'équité pour les populations des régions éloignées des grands centres ou des localités dont la faible densité de population ne permet pas de développer tout l'éventail des services gériatriques.

On ne peut alors que s'interroger sur le rôle que l'on veut faire jouer aux UCDG à l'intérieur d'un réseau mieux intégré de services et, par la suite, identifier les ressources que l'on veut y consacrer.

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition des centres hospitaliers qui ont une unité de soins de courte durée gériatrique (UCDG) selon la mission et le nombre de lits	43
Tableau 2	Nombre et pourcentage de centres hospitaliers qui offrent différents services gériatriques, selon la mission et le fait d'avoir ou non une unité de soins de courte durée gériatrique (UCDG)	44
Tableau 3	Ressources gériatriques dans les centres hospitaliers ayant une unité de soins de courte durée gériatrique	45
Tableau 4	Nombre et pourcentage de centres hospitaliers (CHCGS et CHSLD), selon qu'ils offrent les différentes ressources gériatriques, par région sociosanitaire.....	46
Tableau 5	Répartition des hospitalisations dans les hôpitaux de courte durée en UCDG, selon le diagnostic principal, Québec.....	47
Tableau 6	Pourcentage des personnes de 65 ans et plus admises dans les UCDG et dans les autres services des hôpitaux de courte durée selon le diagnostic principal, Québec, 1994-1995	48
Tableau 7	Caractéristiques des centres hospitaliers, de l'unité de courte durée gériatrique et provenance des patients, selon la durée de séjour.....	49
Tableau 8	Classification des UCDG selon leurs caractéristiques structurelles et les caractéristiques médicales de leurs patients, 1994-1995	50
Tableau 9	Caractéristiques des trois regroupements d'UCDG	51
Tableau 10	Probabilité de connaître un résultat moins favorable en termes de milieu de vie, d'utilisation de ressources sanitaires et de survie	52
Tableau 11	Besoins supplémentaires en lits dans les UCDG afin d'assurer une meilleure équité interrégionale d'accès à ces services, d'après les données de 1994-1995.....	53
Tableau 12	Simulation des besoins en lits pour les UCDG en 2005 en appliquant à la population projetée les taux d'hospitalisation par groupe d'âge de l'ensemble du Québec en 1994-95.....	54

Liste des figures

Figure 1 : Modèle dynamique de la fragilité	5
---	---

La question de la prise en charge des personnes âgées est au cœur des préoccupations des praticiens, des gestionnaires et des planificateurs des systèmes de santé et de services sociaux dans tous les pays développés, en particulier, ceux, comme le Canada, dont la transition démographique est en phase d'accélération.

En effet, dans un contexte de ressources limitées, le vieillissement de la population demande une réallocation importante des ressources au sein de notre système de santé et de services sociaux, réallocation entre les générations mais aussi entre les différents professionnels et organisations dispensateurs de services.

Cette pression est attribuable à deux grands facteurs. D'une part, en plus du poids démographique et économique croissant qu'occupe les aînés, le vieillissement est très étroitement associé à un accroissement de la fragilité, c'est-à-dire un accroissement du risque qu'a une personne de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités. Ce qui entraîne un besoin de plus en plus grand de services. D'autre part, l'avancement des connaissances a amené le développement de nouvelles technologies qui peuvent être très invasives mais aussi d'autres qui peuvent être peu invasives, comme c'est le cas de plus en plus pour les personnes âgées fragiles (technologies diagnostiques, thérapeutiques et de monitoring).

En somme, il faut repenser la façon de prendre en charge les personnes âgées fragiles pour trois raisons : 1) la pression qu'exerce le vieillissement sur les besoins en services; 2) la difficulté de réallouer les ressources dans un contexte de contrôle des coûts; 3) le constat que la façon dont les personnes âgées fragiles sont actuellement prises en charge n'est pas toujours efficiente, car il y a, à la fois, une sur-utilisation des services, entraînée par la fragmentation du système de soins et le dédoublement d'interventions qui en découle, et une sous-utilisation causée principalement par la pénurie de ressources plus légères que les services hospitaliers (soins à domicile, les cliniques externes, etc.). À cela, s'ajoute le problème d'équité pour les populations des régions ou des localités éloignées des grands centres dont la faible densité de population ne permet pas de développer tout l'éventail des services gériatriques.

Pour faire face à cette situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a pris, depuis la fin des années 70, diverses mesures afin de favoriser le maintien à domicile (programmes de maintien à domicile des CLSC, centre de jour, services communautaires, etc.). On a aussi créé des unités de courte durée gériatriques (UCDG) dans les trois-quarts des hôpitaux pour favoriser une prise en charge efficace des épisodes aigus de maladie chez les personnes âgées fragiles.

Ces UCDG constituent l'un des principaux maillons d'un réseau de services gérontologiques et gériatriques visant le maintien à domicile. L'hospitalisation dans ces unités a pour but d'identifier le plus adéquatement possible les éléments physiopathologiques à la base d'une détérioration de l'état de santé de la personne âgée, d'intervenir pour corriger ces problèmes tout en ne négligeant pas les autres aspects d'une prise en charge efficace pour ce groupe d'individus à l'équilibre précaire (soutien psychologique et social, réadaptation, continuité des soins et aide à domicile). En effet, les aînés fragiles présentent souvent plusieurs problèmes chroniques de santé plus ou moins compensés dont les manifestations cliniques sont atypiques, ils présentent fréquemment des délirium et subissent souvent des chutes; de plus ils vont s'aliter s'ils ne sont pas stimulés.

Aujourd'hui, alors que la réforme du système de santé est amorcée, l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées, particulièrement les aînés fragiles, est plus que jamais une nécessité.

Notre programme de recherche vise à contribuer à ce débat, en analysant le rôle et les fonctions des UCDG de façon à pouvoir définir comment ces unités pourront être utilisées de façon optimale dans le cadre de véritables réseaux intégrés de prise en charge des personnes âgées fragiles. L'ensemble de nos activités de recherche ont été organisées autour des questions suivantes :

1- *Qu'est-ce que la fragilité ?* Comment peut-on définir la fragilité et comment peut-on modéliser son évolution compte tenu des caractéristiques des individus et de leur environnement ?

2- *Quel est le portrait actuel des UCDG au Québec ?* Quelles sont leurs caractéristiques structurelles et leurs clientèles ? Quels sont leurs résultats en terme de durée de séjour et jusqu'à quel point l'absence d'autres ressources hospitalières et communautaires mieux adaptées et plus efficaces influencent ces durées de séjour ?

3- Quelle est l'efficacité clinique des UCDG ? Jusqu'à quel point les UCDG améliorent-elles l'état de santé et permettent-elles de maintenir les patients dans leur milieu de vie ? Quelles sont les clientèles qui sont le plus susceptibles de bénéficier de ces services ?

4- Comment peut-on apprécier la qualité des services ? Comment construire un outil qui permettrait d'évaluer la qualité des services en UCDG selon la perspective des patients et de leurs aidants naturels ?

5- Comment améliorer l'efficacité et l'accessibilité ? Sur le plan clinique, quels devraient être les critères d'admission en UCDG ? Sur le plan organisationnel, quels seraient les différents modèles de prise en charge des personnes âgées fragiles qui permettraient une meilleure coordination ou intégration des services ? Quels sont les perspectives d'avenir en terme d'accessibilité des services d'UCDG, compte tenu de la croissance de la population âgée et des gains possibles d'efficacité par une meilleure prise en charge et une meilleure sélection des clientèles ?

1- QU'EST-CE QUE LA FRAGILITÉ ?

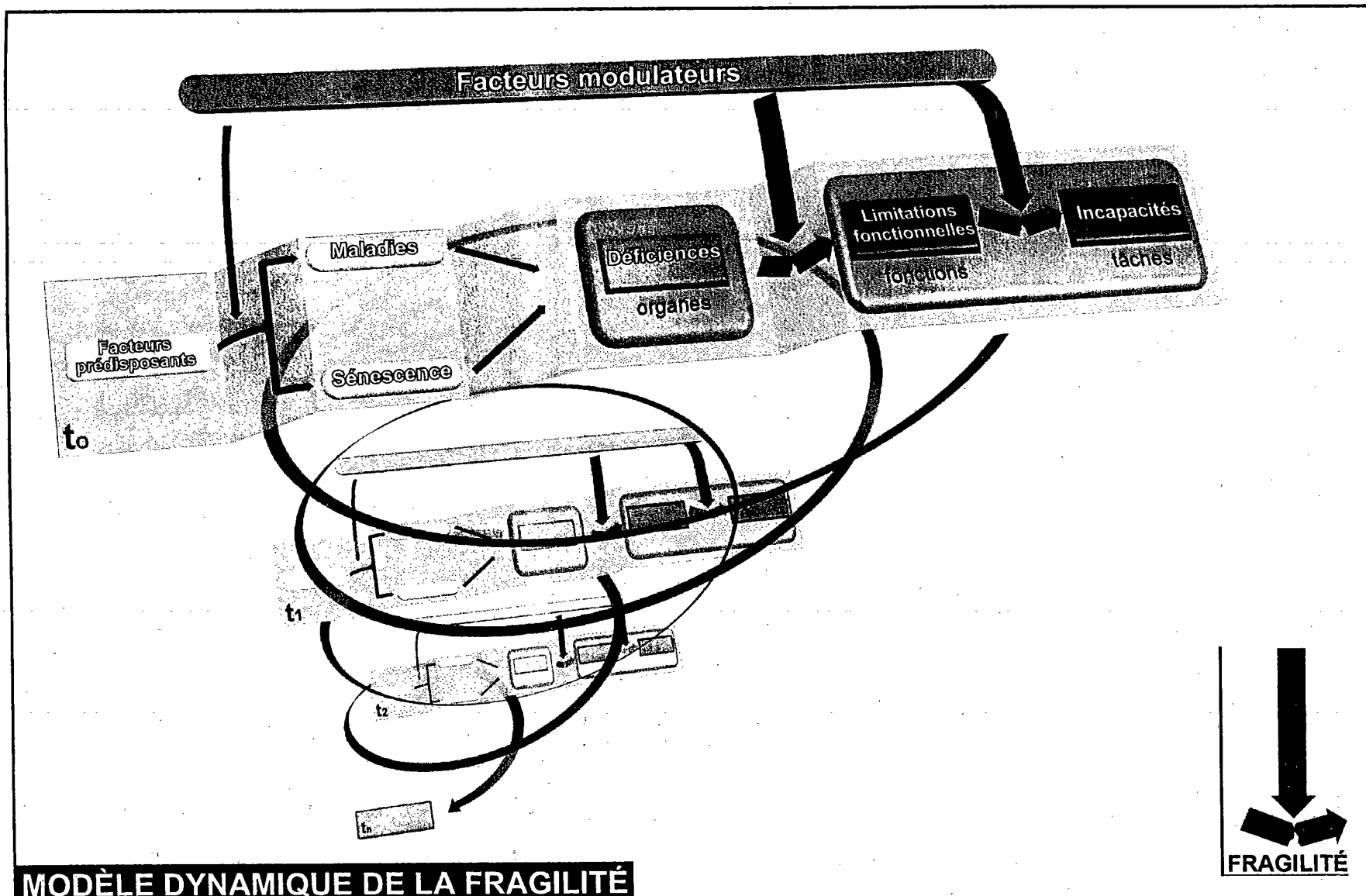
À partir de l'analyse de trois approches conceptuelles de la fragilité proposées par divers auteurs (approches fonctionnelle, médicale et physiologique), un concept intégrateur de la fragilité a été développé. Ce concept de la fragilité se distingue des notions de sénescence, de limitations fonctionnelles et d'incapacité. Cette définition de la fragilité offre un modèle d'analyse des caractéristiques des clientèles admises dans les UCDG.

La *fragilité* se définit comme ***le risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs.*** La figure 1 illustre un modèle dynamique de la fragilité. Celle-ci est représentée à deux endroits, par l'intersection de flèches horizontales et verticales reliant les déficiences aux limitations fonctionnelles et ces dernières aux incapacités. L'intersection des flèches perpendiculaires signifie qu'il y a interaction entre les facteurs modulateurs et les déficiences dans leur impact sur le développement ou l'aggravation de limitations fonctionnelles d'une part; puis entre ces mêmes facteurs et les limitations fonctionnelles dans leur effet sur la production ou l'aggravation d'incapacités d'autre part.

Les déficiences touchant certains systèmes sont plus susceptibles de conduire à des limitations fonctionnelles et à des incapacités chez les personnes âgées. Aussi trois dimensions physiopathologiques sont retenues : la dimension cognitive, la dimension neuro-locomotrice et le métabolisme énergétique qui comprend la capacité cardio-pulmonaire et l'état nutritionnel. Chacune de ces dimensions évolue dans le temps de façon plus ou moins indépendante chez un même individu. Les déficiences de ces systèmes peuvent résulter non seulement de maladies associées à l'âge avancé mais également de la sénescence elle-même. Les maladies et la sénescence résultent à leur tour de facteurs prédisposants que constituent les risques génétiques, professionnels, environnementaux et comportementaux. Ces facteurs influencent l'apparition et la sévérité des maladies et conditionnent le rythme avec lequel se produit la sénescence.

Suite à l'effet des maladies, de la sénescence ou des deux, les déficiences peuvent s'aggraver et évoluer vers de limitations fonctionnelles et des incapacités. La limitation fonctionnelle constitue un état préclinique de l'incapacité, c'est-à-dire, un fonctionnement altéré suite à l'atteinte d'un organe mais contrairement aux incapacités, n'entravant pas la réalisation d'activités de la vie quotidienne ou domestique, grâce à l'utilisation de stratégies compensatoires.

FIGURE 1



MODÈLE DYNAMIQUE DE LA FRAGILITÉ

FRAGILITÉ (Ft): le risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités de différentes dimensions, étant donné les effets combinés des déficiences et des modulateurs.

$$F_t = P_t (F_{t-1}, D_t, M_t)$$

F_t = fragilité au temps t

P_t = probabilité de limitations fonctionnelles ou d'incapacités au temps t

D_t = déficiences au temps t

M_t = modulateurs au temps t

$t = 1, \dots, n$

Certains facteurs modulateurs peuvent accélérer ou retarder la détérioration de l'état fonctionnel de la personne âgée. Ces facteurs sont constitués des ressources dont dispose la personne âgée pour faire face à l'impact des déficiences. Les ressources individuelles comprennent le niveau d'éducation, le statut socio-économique ainsi que la capacité d'adaptation (coping) de la personne âgée. Les ressources d'ordre social et communautaire font référence au réseau de soutien social et au milieu de vie de la personne âgée. Et enfin, les ressources propres au système de santé dans lequel évolue la personne âgée sont envisagées selon leur disponibilité, leur accessibilité, leur continuité et leur qualité.

Les facteurs modulateurs sont importants du fait que c'est à travers leur amélioration ou leur maintien que la prévention de la fragilité peut s'exercer. En effet, l'interaction entre l'effet des déficiences et celui des facteurs modulateurs signifie qu'à déficiences équivalentes chez deux personnes âgées, celle qui dispose de davantage de ressources présentera un niveau moindre de fragilité. Elle aura donc un risque moins élevé de développer des limitations fonctionnelles, du moins à court terme.

La fragilité comporte un élément dynamique car elle est en constante évolution chez un même individu. Étant donné le processus inéluctable de la sénescence et la probabilité accrue du développement de maladies à l'âge avancé auxquels s'ajoutent des changements au niveau des ressources individuelles, sociales, communautaires ou sanitaires, la fragilité varie dans le temps. Au temps t_0 , la fragilité peut être modifiée en fonction de changements survenant au niveau de l'une ou l'autre de ses composantes; un nouvel équilibre est alors atteint au temps t_1 . Ce processus recommence à chaque fois qu'il y a modification d'une ou de plusieurs des composantes de la fragilité. Certaines incapacités sont réversibles dans le temps.

Toutefois, à cause de l'effet de la sénescence sur l'évolution des capacités physiologiques, la personne âgée ne peut revenir aux conditions initiales qui la caractérisaient avant la modification de son risque d'incapacité. Aussi, l'évolution de la fragilité en fonction du temps est représentée dans la figure sous forme d'une spirale puisque la sénescence ne permet pas aux capacités physiologiques d'être totalement récupérées. Ainsi, à chaque temps t , la fragilité (F_t) se définit en fonction de ce qu'elle était précédemment (F_{t-1}) et du nouvel état des déficiences (D_t) et des modulateurs (M_t). Cette évolution de la fragilité constitue un phénomène individuel, chaque personne possédant une "trajectoire" qui lui est propre. À partir de ce modèle de la fragilité, il est possible d'élaborer diverses stratégies préventives :

- 1) un monitoring périodique des indicateurs physiologiques pertinents à l'évaluation de la fragilité;
- 2) la prévention de la perte chronique graduelle des capacités physiologiques;
- 3) la prévention de la perte des capacités physiologiques associée aux maladies aiguës ou aux événements stressants;
- 4) l'augmentation de la réserve physiologique avant un épisode de perte anticipée;
- 5) la prévention des obstacles au rétablissement de la personne âgée fragile.

Par ailleurs, ce modèle, tout en présentant un potentiel opérationnel intéressant, sous-tend un calcul du risque d'incapacité complexe. Il existe encore peu d'études mesurant les interactions et le poids relatif de chacune des composantes du modèle. Les recherches doivent se poursuivre vers le développement d'outils validés de dépistage des capacités physiologiques permettant de mesurer les différentes dimensions des déficiences retenues dans la définition de la fragilité. Des études épidémiologiques doivent également se poursuivre pour préciser l'importance des différents modulateurs et facteurs prédisposants. Des études cliniques doivent de plus démontrer l'efficacité des interventions préventives de la fragilité à différents niveaux.

Le concept de fragilité a été validé auprès d'un comité avisé d'aînés (5 personnes), de personnes âgées provenant de différents milieux : centre de jour (n=15), centre d'hébergement et de soins de longue durée (n=7), centres communautaires (n=29). La définition retenue par ces groupes rejoint en grande partie celle proposée par les chercheurs : la prise de conscience subjective de l'affaiblissement organique (organes sensoriels, système musculo-squelettique, cardio-pulmonaire et immunitaire) qui entraîne, chez la personne âgée, une baisse de contrôle sur l'environnement, une perte de force, d'énergie, d'endurance et de la capacité d'autoprotection qui l'empêche de fonctionner selon ses plans et ses désirs.

Les discussions avec les groupes de personnes âgées ont permis de mettre en évidence certains facteurs modulateurs particulièrement significatifs : ressources individuelles (capacité d'adaptation, spiritualité); ressources sociales et communautaires (attitudes agéistes des proches, précarité du réseau d'entraide, manque d'habiletés au niveau des relations interculturelles); ressources du système de santé (valorisation de l'approche globale des intervenants de la santé, faible soutien des services formels de maintien à domicile dans le cadre du virage ambulatoire et manque de consultation des aînés dans les changements apportés au réseau des services de santé, impact de l'origine culturelle et de l'analphabétisation sur l'utilisation des services).

2- QUEL EST LE PORTRAIT DES UCDG ?

Afin de répondre aux besoins croissants en services gériatriques, le Québec a développé un éventail de ressources au cours des 20 dernières années. Un nombre important d'unités de courte durée gériatriques (UCDG) ont été mises sur pied afin de répondre aux besoins plus spécifiques des personnes âgées fragiles. On constate cependant qu'il existe une très grande variabilité entre les UCDG en ce qui concerne leur taille, le rôle qu'elles jouent dans l'hôpital, les fonctions cliniques qu'elles remplissent, le volume et le type de clientèles et les ressources dont elles disposent et celles auxquelles elles ont accès tant en milieu hospitalier que dans la communauté. Dans cette section, nous présentons d'abord l'ensemble des ressources gériatriques en milieu hospitalier au Québec; puis les caractéristiques des UCDG et de leurs clientèles; enfin, nous comparons les durées de séjour entre les UCDG et tentons de trouver des facteurs explicatifs des écarts observés.

2.1- Méthodologie

Les données utilisées proviennent essentiellement de trois sources. La première est une enquête faite, à l'automne 1995 et l'hiver 1996, auprès des Directeurs des services professionnels de tous les centres hospitaliers (CH) de courte et de longue durée ayant plus de 50 lits. Cette enquête visait à recenser tous les hôpitaux où l'on retrouve une UCDG et à identifier les autres ressources gériatriques de l'établissement de même que les caractéristiques de l'UCDG (nombre de lits, nombre d'admissions, durée moyenne de séjour, provenance des patients et ressources humaines). Le taux de réponse a été de 99 %. Les données portaient sur l'année 1994-1995 afin de pouvoir jumeler ces informations avec la deuxième source de données, soit le fichier des hospitalisations (MEDÉCHO). Ce fichier contient des informations sur les caractéristiques des patients : âge, sexe, lieu de provenance et destination à la sortie, diagnostic principal et diagnostics secondaires, durée de séjour dans chaque service, etc. La troisième source de données est une enquête faite à l'hiver 1998 auprès des responsables médicaux des UCDG. Cette enquête visait à caractériser les UCDG selon les fonctions qu'elles remplissent, les ressources gériatriques hospitalières et communautaires auxquelles elles ont accès et l'impact de celles-ci sur les durées de séjour.

2.2- L'utilisation des services d'UCDG

Le taux d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus est bien supérieur à celui de l'ensemble de la population : 29 % comparativement à 12 %. Ce taux atteint 37 % chez les 75

ans et plus. Même si les 65 ans et plus ne constituent que 12 % de la population, ils représentent 28 % du nombre d'hospitalisations de courte durée et, comme leur durée de séjour est plus élevée, ils utilisent près de la moitié (47 %) du nombre de jours d'hospitalisation.

Une part importante de ces hospitalisations ont lieu en UCDG : 5,7 % des hospitalisations des personnes de 65 ans et plus ont lieu, en totalité ou en partie, en UCDG. Cette proportion augmente considérablement avec l'âge. Elle atteint 9,1 % chez les 75 ans et plus et 13,8 % chez les 85 ans et plus. Comme la durée de séjour est beaucoup plus élevée en UCDG que dans les autres services (24,8 et 15,7 jours respectivement), la part qu'occupent les UCDG dans l'ensemble des séjours hospitaliers est encore plus grande (9 % des jours-présence chez les 65 ans et plus et 12 % chez les 75 ans). Autrement dit, lorsqu'une personne de 75 ans et plus est hospitalisée, une fois sur dix cette hospitalisation passe par une UCDG et la durée de séjour y est au moins 50 % plus élevée que dans les autres services. Ces durées de séjour plus longues s'expliquent en partie par le niveau élevé de fragilité des patients qui y sont admis.

2.3- Les ressources gériatriques dans les hôpitaux du Québec

2.3.1- Les unités de courte durée gériatriques

Les premières UCDG ont été mises sur pied à partir de 1980 et plus de la moitié ont été ouvertes après 1987, surtout entre 1991 et 1993. En 1994-1995, plus des trois quarts des centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) et 10 % des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) de plus de 50 lits avaient une unité de courte durée gériatrique : 73 des 95 CHSCD et quatre des 37 CHSLD ont une UCDG¹ (tableau 1). Deux de ces quatre CHSLD sont des hôpitaux universitaires.

Les UCDG se trouvent surtout dans les hôpitaux de grande taille. Les CHSCD avec une UCDG ont en moyenne 233 lits de courte durée comparativement à 144 pour ceux qui n'en ont pas.

2.3.2- Les autres ressources gériatriques

Pour bien comprendre le développement et le fonctionnement des UCDG, il est important de dresser le tableau de l'ensemble des services gérontologiques et gériatriques hospitaliers et

¹ Un hôpital ayant une UCDG n'a pas complété le questionnaire. Trois CH ont déclaré avoir ouvert une UCDG en 1996; par contre, selon l'enquête de 1998, la fusion ou la fermeture de certains hôpitaux au cours des deux dernières années ont entraîné la fermeture d'au moins sept UCDG.

communautaires pour saisir la complémentarité entre ces services. Notre étude a permis de dresser le tableau des ressources hospitalières.

Les services internes²

La grande majorité des hôpitaux de courte durée ont une unité de soins de longue durée, mais les autres services de gériatrie sont moins développés (tableau 2), surtout là où il n'y a pas d'UCDG. Dans les 22 CHSCD où il n'y a pas d'UCDG, on ne retrouve pas, sauf dans un cas de services gériatriques autres que les consultations. Presque tous les hôpitaux ayant une UCDG ont également une unité de soins de longue durée (92 %) et la très grande majorité offrent aussi les services d'une équipe de consultation gériatrique sur les autres départements (84 %) et à l'urgence (69 %). Par contre, on y retrouve beaucoup moins de services de réadaptation gériatrique (30 %) et de psychogériatrie (12 %).

Les services ambulatoires³

Dans l'ensemble du Québec, les services gériatriques ambulatoires sont peu développés en milieu hospitalier, ce qui, vraisemblablement, entraîne des hospitalisations pour évaluation et traitement qui pourraient être évitées si ces ressources étaient disponibles.

Même si ces services ambulatoires sont plus fréquents dans les CH où il y a une UCDG, très peu d'UCDG disposent des ressources nécessaires à l'intérieur de leur hôpital pour assurer le suivi et le traitement d'une part importante de leurs patients qui auraient besoin de ces services (tableau 3). Ainsi, 37 % des UCDG sont situées dans un CHSCD qui a une clinique externe de gériatrie et 22 % là où il y a une clinique externe de psychogériatrie; une UCDG sur dix a accès à un hôpital de jour (12 %) et à un centre de jour (11 %) dans son hôpital.

Le fait que ces services gériatriques externes ne soient pas disponibles dans les hôpitaux ne signifie pas nécessairement que ceux-ci ne sont pas disponibles à la clientèle des UCDG puisque ces services peuvent se retrouver ailleurs sur le territoire (en CLSC, dans d'autres CH ou en centre d'hébergement). Toutefois, notre enquête de 1998 montre que ceux-ci demeurent insuffisants.

² Les services internes hospitaliers comprennent : les unités de soins de longue durée, les unités de réadaptation gériatriques, les unités de psychogériatrie et les équipes de consultation gériatriques sur les départements et à l'urgence.

³ Les services ambulatoires comprennent : la clinique externe de gériatrie, la clinique externe de psychogériatrie, l'hôpital de jour et le centre de jour.

2.4- Caractéristiques des UCDG

Les UCDG sont de taille variable : entre 2 et 35 lits. La moyenne est de 15 lits et près de la moitié ont moins de 10 lits. Le nombre d'admissions en moyenne est de 198 par année mais varie entre 23 et 564 admissions. Il y a des disparités interrégionales importantes, ce qui soulève la question de l'accessibilité et de l'efficacité des services gériatriques. Ainsi, deux régions n'ont pas d'UCDG (tableau 4). Les régions éloignées des grands centres urbains sont non seulement moins bien pourvues en UCDG mais aussi en autres ressources gériatriques. Dans les quatre régions considérées comme étant des régions éloignées, aucun hôpital n'a d'unité interne de psychogériatrie, de clinique externe de psychogériatrie ou de centre de jour et une seule a un hôpital de jour.

2.5- La clientèle des UCDG

La clientèle des UCDG varie selon le rôle que joue l'unité au sein de l'hôpital et dans l'ensemble des ressources sanitaires de la communauté. Ainsi, près du tiers des unités ont plus de 50 % de leurs patients qui proviennent de l'urgence et les deux tiers ont plus de la moitié des patients provenant d'un autre service du CH. Les patients provenant directement du domicile sont peu nombreux.

Plus d'un patient sur cinq est admis pour des problèmes cérébro-vasculaires, cardio-vasculaires et autres problèmes de l'appareil circulatoire; un peu plus de 10 % pour des problèmes de lésions ou d'empoisonnement (surtout pour des problèmes liés à la médication); les problèmes ostéo-articulaire, la démence et les morbidités mal définies représentent respectivement un peu moins de 10 % des causes principales d'admissions (tableau 5).

Qui risque d'être hospitalisé en UCDG ?

La probabilité d'être hospitalisé en UCDG plutôt que dans un autre service de courte durée varie selon le problème de santé (diagnostic principal). Près de la moitié (42 %) des personnes hospitalisées en CHSCD ayant la démence comme diagnostic principal vont en UCDG; c'est une sur cinq (19%) dans le cas des autres troubles mentaux et plus de une sur dix pour celles souffrant de problèmes liés au système nerveux et aux organes des sens, de problèmes ostéo-articulaires et de morbidités mal définies (tableau 6).

2.6- Les résultats en terme de durée de séjour

La durée moyenne de séjour varie considérablement entre les UCDG. Alors que la durée moyenne pour l'ensemble des hôpitaux est de 25 jours, plus du quart ont une durée moyenne inférieure à 20 jours et près de une sur cinq supérieure à 30 jours (tableau 7).

Aucune variable structurelle analysée (taille de l'UCDG ou de l'hôpital, provenance des patients, ressources humaines, autres ressources gériatriques à l'hôpital) n'explique de façon statistiquement significative ces variations dans les durées de séjour entre les UCDG⁴. Quant aux caractéristiques des patients, les banques de données Medécho ne permettent pas de mesurer de façon fine la gravité de l'état de santé des patients. On observe cependant que la durée de séjour varie peu selon l'âge des patients. Elle augmente avec le nombre de diagnostics secondaires et est plus élevée pour certaines catégories de diagnostics : elle est de 31 jours pour les problèmes cérébro-vasculaires mais de 20 jours pour les problèmes cardio-vasculaires.

Par ailleurs, même si on n'observe pas de relations significatives entre les durées de séjour et les autres ressources gériatriques hospitalières dans la région, dans l'enquête réalisée auprès des responsables des UCDG en 1998, ceux-ci affirmaient que si les autres ressources gériatriques hospitalières étaient disponibles en quantité suffisante sur leur territoire, les durées de séjour de leurs patients seraient réduites de 20 % et, dans le cas des ressources dans la communauté, la réduction serait de 10 %. Près de 9 responsables d'UCDG sur 10 déclarent que l'absence de services hospitaliers alternatifs entraînent des délais inutiles dans le congé de leur patients. Pour plus de la moitié d'entre eux, c'est l'absence de disponibilité dans les unités de soins de longue durée qui est la principale cause. Dans le cas des services de maintien à domicile, 80 % déclarent que la pénurie de ressources entraînent des délais et pour 45 % d'entre elles, la principale cause est l'absence de services de physiothérapie et d'ergothérapie.

⁴ Bien que la relation ne soit pas statistiquement significative, la durée moyenne de séjour est plus élevée dans les UCDG où on fait davantage de réadaptation intensive et moins élevée dans les UCDG qui traitent davantage de patient provenant de l'urgence.

2.7- Une classification des UCDG

Malgré la grande diversité que nous venons de démontrer entre les UCDG, on peut quand même identifier trois types d'UCDG. Ces types ont été obtenus par une analyse de regroupement (cluster analysis) à partir des caractéristiques structurelles des UCDG et des caractéristiques médicales des patients (tableaux 8 et 9). Les données proviennent de l'enquête et des fichiers Medécho de l'année 1994-95. Seules les UCDG pour lesquelles toutes les données sont disponibles ont été considérées, soit 58 UCDG. Les trois groupes obtenus comprennent 23, 16 et 15 UCDG.

Classification des UCDG

1- Les UCDG orientées principalement vers une fonction de **réadaptation** avec une proportion élevée de patients atteints de problèmes cérébro-vasculaires, ostéo-articulaires et de chutes; les deux tiers des patients proviennent d'une autre unité de l'hôpital; on y admet peu de patients ayant des problèmes cognitifs; ce sont généralement des unités de petite taille situées dans des hôpitaux de petite ou de taille moyenne qui ont très peu d'autres services gériatriques; elles se situent surtout hors des grands centres et de leurs banlieux.

2- Les UCDG orientées principalement vers une fonction **médicale**; elles ont une plus grande diversité de patients mais plus de la moitié sont atteints de troubles cognitifs; plus de la moitié des patients proviennent de l'urgence et plus du tiers d'une autre unité de l'hôpital; ce sont des unités de grande taille (25 lits en moyenne) et situées dans de grands hôpitaux (plus de 300 lits) qui disposent d'une bonne gamme d'autres services gériatriques; on les retrouve surtout dans les grands centres urbains et leurs banlieux.

3- Les UCDG orientées à la fois vers une fonction **médicale** et de **réadaptation**; ces unités ont aussi une grande diversité de clientèles et plus de la moitié des patients sont atteints de troubles cognitifs (sans démence); elles sont de petite taille (9 lits en moyenne) avec un faible taux d'occupation, situées dans de petits hôpitaux qui disposent de peu de services gériatriques; plus de la moitié des patients ont été traités auparavant dans une autre unité de l'hôpital et le reste provient à part presque égale du domicile ou de l'urgence.

Soulignons qu'il n'y pas pas de différences significatives dans les durées moyennes de séjour entre les UCDG des trois groupes.

En résumé, nos travaux ont permis de montrer que plus des trois quarts des CHSCD ont une UCDG mais qu'il existe une très grande variabilité entre les UCDG en ce qui concerne leur taille, le rôle qu'elles jouent dans l'hôpital, les ressources dont elles disposent et celles auxquelles elles ont accès tant en milieu hospitalier que dans la communauté, les fonctions cliniques qu'elles remplissent, le volume et le type de clientèles qu'elles soignent de même que leur performance en terme de durée de séjour. On observe aussi des variations interrégionales importantes dans la disponibilité du nombre de lits en UCDG et le type de clientèle. Il ressort également que la pénurie d'autres ressources gériatriques en milieu hospitalier, particulièrement dans les unités de soins de longue durée, de même que l'insuffisance de services de maintien à domicile entraînent des durées de séjour indûment longues et, par conséquent, une utilisation non appropriée des UCDG.

3- QUELLE EST L'EFFICACITÉ CLINIQUE DES UCDG ?

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les UCDG ont des modes de fonctionnement variés et s'adressent à des clientèles différentes. Certains patients sont admis sur une base élective en provenance du domicile, d'autres ont été transférés d'une autre unité hospitalière ou de la salle d'urgence. Toutes les UCDG effectuent un travail multidisciplinaire, mais avec des ressources professionnelles variables.

Aucune analyse systématique des clientèles de ces unités et des résultats obtenus n'a été faite avant 1989-90 alors que des médecins du Centre hospitalier Côte-des-Neiges (devenu l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal) et de l'Hôtel-Dieu (devenu le Pavillon Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal) ont créé une banque de données à partir de 372 patients admis dans leur UCDG sur une période de 6 mois. La présente étude vise à reprendre cette banque de données afin d'analyser les résultats de l'hospitalisation selon les caractéristiques des patients.

L'Institut est un centre intégré de gériatrie de plus de 400 lits affilié à l'université de Montréal où l'on retrouve à la fois des programmes d'évaluation (28 lits), de réadaptation (45 lits), un hôpital de jour (25 places), un centre de jour (25 places) et un programme d'hébergement et de soins de longue durée (349 lits). L'UCDG compte 28 lits. Lors de l'enquête, la couverture médicale de l'UCDG était assurée par deux médecins de famille et un gériatre assistés d'étudiants en médecine de niveau pré-gradué (externat). L'équipe interdisciplinaire se compose aussi d'infirmières, d'une ergothérapeute, d'une nutritionniste, d'une physiothérapeute et d'une travailleuse sociale travaillant à temps plein à l'unité. D'autres professionnels sont très impliqués dans ce programme, en particulier : pharmacien, neuropsychologue, psychiatre, neurologue, etc. Un laboratoire et un service de radiologie de base sont disponibles sur place. Des consultations en spécialité et des examens radiologiques plus complexes sont faits à l'extérieur. Tous les patients sont admis sur référence, de façon élective en provenance du domicile. Une réunion interdisciplinaire a lieu chaque semaine pour établir les plans d'intervention et assurer le suivi.

L'Hôtel-Dieu de Montréal est un hôpital général d'enseignement de plus de 500 lits. L'UCDG comprend 18 lits. La couverture médicale est assurée par un gériatre assisté de résidents et d'étudiants en médecine. L'équipe interdisciplinaire est formée d'infirmières, d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute et de deux travailleuses sociales. Les autres professionnels sont accessibles sur consultation. Tous les consultants médicaux et les examens

complémentaires sont disponibles sur place. La clientèle ne provient que de la salle d'urgence. Une réunion interdisciplinaire a lieu chaque semaine.

Ces unités constituent deux modèles parmi l'éventail d'UCDG qu'on retrouve au Québec. L'UCDG de l'Hôtel-Dieu est une unité de grande dimension située en milieu urbain et orientée vers une fonction médicale. L'UCDG du Centre hospitalier Côte-des-Neiges reçoit des patients provenant majoritairement du domicile et dont les fonctions portent surtout sur l'évaluation diagnostique, les traitements à fournir et l'orientation des patients vers les services appropriés.

3.1- Méthodologie

Le devis de recherche utilisé permet de mesurer l'évolution de l'état de santé des patients suite à leur hospitalisation en UCDG. Idéalement, une étude randomisée avec groupe contrôle aurait permis de mesurer si l'évolution de l'état de santé est attribuable de façon spécifique au programme d'UCDG. Ce type de devis est, par ailleurs, d'un point de vue éthique difficile à réaliser. Les données recueillies dans cette étude permettent de mesurer les effets à court et moyen terme dans ces deux UCDG et d'identifier les caractéristiques des patients qui sont le plus susceptibles d'être associées à ces effets (mortalité, hébergement, réhospitalisation, état fonctionnel, etc.).

Un questionnaire standardisé a été complété par les équipes médicales pour chaque patient admis à l'UCDG. La première section comprenait des informations obtenues auprès des patients qui portaient sur leurs caractéristiques, leur réseau de soutien naturel et communautaire, et leur histoire médicale. La deuxième section concernait le séjour hospitalier. On y rapportait la consommation de médicaments, les services professionnels reçus, les diagnostics, le résultat obtenu à l'échelle d'évaluation cognitive Mini-Mental State Examination (MMSE), à l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) et à l'échelle des activités instrumentales de la vie courante de Lawton (AVQ et AVD). Ces échelles fonctionnelles étaient administrées de façon à catégoriser le niveau d'indépendance habituelle des patients lors de l'admission à l'hôpital et à la sortie. La troisième section concernait la planification des services lors du congé hospitalier. Par la suite, les patients ou leurs répondants ont été rejoints à un mois, trois mois, six mois et un an après l'hospitalisation pour documenter les services reçus et le lieu de résidence.

Des 372 patients admis, 21 patients (6 %) sont décédés au cours de l'hospitalisation et 27 (7 %) provenaient de centres d'hébergement ou de centres hospitaliers de soins de longue durée. Les résultats présentés ci-après excluent ces patients et portent donc sur 326 patients.

Les caractéristiques des patients utilisées pour expliquer les différences dans les résultats sont de trois ordres :

- **les caractéristiques médicales, fonctionnelles et cognitives** : AVQ, AVD, MMSE, nombre de médicaments et diagnostic principal ayant mené à l'hospitalisation;
- **les caractéristiques socio-démographiques** : âge, sexe, le milieu de vie (domicile, résidences, centres d'hébergement), le mode de vie à domicile (seul ou non).
- **l'utilisation des services de santé avant l'hospitalisation en UCDG** : nombre de visites au médecin généraliste et au médecin spécialiste au cours de la dernière année, nombre d'heures/semaine dans un centre de jour pour personnes âgées, nombre d'heures/semaine d'aide d'une auxiliaire familiale à domicile, nombre de visites/semaine d'une infirmière à domicile et nombre d'hospitalisations au cours des cinq dernières années.

3.2- Caractéristiques des patients et les résultats

La clientèle des UCDG était très âgée (moyenne de 81 ans) et majoritairement féminine (75 %). Bien que la moitié des sujets vivait seule, 16 % des patients vivaient avec un de leur(s) enfant(s). Près de la moitié (42 %) souffrait de troubles cognitifs allant de modérés à sévères.

À la fin de leur séjour hospitalier, la plupart des patients montraient une amélioration significative de leur état fonctionnel (AVQ), de leurs symptômes dépressifs et consommaient moins de médicaments. La mortalité après trois, six et douze mois était respectivement de 7 %, 10 % et 16 %. Un peu plus de 20 % étaient hébergés en institution (centre d'hébergement ou hospitalisation de longue durée) et un autre 20 % étaient hébergés en ressources alternatives (familles d'accueil ou résidences). Parmi les personnes qui étaient retournées à domicile, 14 % ont été réhospitalisées au cours des trois premiers mois et 43 % au cours de la première année.

3.2.1- Caractéristiques des patients selon les six principales pathologies

Dans l'ensemble, les caractéristiques des patients diffèrent selon leur problème de santé (trois principaux diagnostic à la fin du séjour hospitalier). En comparant les patients souffrant des six pathologies les plus fréquentes à ceux qui en sont exents, on obtient les résultats suivants.

Les patients ayant une maladie de l'appareil circulatoire (n = 154) présentaient moins de troubles cognitifs (32 % vs 47 %). La consommation de médicaments y était importante (4,6 vs

3,7) et ne variait pas en quantité de l'entrée à la sortie. Le taux de mortalité après un an était deux fois plus élevé (24 % vs 12 %) et le taux d'hébergement inférieur (15 % vs 26 %).

Les patients déments (n = 95) étaient légèrement plus âgés (82 vs 80 ans), davantage dépendants aux AVQ (93 % vs 79 %) et présentaient plus de troubles cognitifs classifiés de modérés à sévères, mais consommaient moins de médicaments (3 vs 4,6). Par contre, le taux d'hébergement en institution après un an était trois fois supérieur à celui des non déments (39 % vs 13 %).

Les patients ayant des problèmes de nature respiratoire (n = 66) présentaient davantage de problèmes de l'appareil circulatoire, dans une proportion de 17 % des diagnostics cumulés. Le taux de mortalité était supérieur (21 % vs 17 %).

Les patients souffrant de troubles mentaux autres que la démence (n = 63) avaient moins de co-morbidités et étaient plus autonomes pour les AVQ (30 % vs 22 %) mais étaient plus réhospitalisés au cours de l'année (34 % vs 25 %).

Les patients porteurs de problèmes ostéo-articulaires (n = 64) étaient plus autonomes dans les AVQ, moins atteints du point de vue cognitif et présentaient moins de co-morbidités et une meilleure survie (taux de mortalité de 12 % vs 19 %).

Les patients atteints de maladies endocriniennes (n = 85) étaient légèrement plus jeunes (79 vs 82 ans). Ils cumulaient moins de co-morbidités mais, étaient par la suite plus souvent ré-admis à l'hôpital (35 % vs 24 %).

3.2.2- Le devenir des patients après l'hospitalisation en UCDG

L'analyse des effets de l'hospitalisation dans ces UCDG porte sur trois types de variables de résultats après le congé : **le milieu de vie** (à domicile, l'hébergement en ressources alternatives, l'hébergement en institution), **l'utilisation des ressources** (visites à l'urgence, réadmissions dans un hôpital de courte durée) et **la survie ou le décès**.

Une première analyse des résultats révèle que les caractéristiques des patients semblent influencer la condition des patients au cours des 12 mois suivant le congé. On observe une corrélation statistiquement significative ($p < 0,01$) entre les variables suivantes :

- **le décès** et
 - un faible niveau de capacité fonctionnelle aux AVQ à la sortie de l'UCDG;
- **l'hébergement en institution** et
 - le fait de vivre seul
 - une faible capacité cognitive
 - un faible niveau de capacité fonctionnelle aux AVQ à la sortie;
- **la réhospitalisation** et
 - avoir reçu des services de maintien à domicile avant l'hospitalisation
 - avoir été hospitalisé plus de deux fois au cours des derniers cinq ans
 - consommer davantage de médicaments à l'entrée et à la sortie de l'UCDG.

Une analyse plus fine (régression logistique polytomique) a permis d'identifier les facteurs qui influencent le devenir des clientèles après une période de trois mois, six mois et douze mois après le congé de l'UCDG. Les patients ont été classés en sept catégories construites de façon empirique selon un ordre croissant du degré de gravité des événements pour les trois mêmes dimensions de résultats (le milieu de vie, l'utilisation des ressources et la survie) :

- Catégorie 1 :** À domicile, sans avoir été hébergés, sans visite à l'urgence avec une ou sans hospitalisation.
- Catégorie 2 :** À domicile, sans avoir été hébergés, avec une visite à l'urgence avec une ou sans hospitalisation.
- Catégorie 3 :** À domicile, sans avoir été hébergés, avec deux visites à l'urgence avec deux hospitalisations ou plus.
- Catégorie 4 :** Hébergés en ressources alternatives.
- Catégorie 5 :** Hébergés en institution.
- Catégorie 6 :** Décédés au cours de la deuxième moitié de l'année.
- Catégorie 7 :** Décédés au cours de la première moitié de l'année.

Après l'analyse de la matrice de corrélation, plusieurs variables indépendantes ont été retirées du modèle de régression parce qu'elles étaient fortement corrélées avec d'autres variables indépendantes (score au MMSE, mesure des AVD et nombre de médicaments). D'autres furent également retirées parce que les analyses préliminaires n'ont pas montré de relations statistiquement significatives avec la variable dépendante : âge, sexe, milieu de vie à l'admission

et les variables d'utilisation des services de santé à l'exception du nombre d'hospitalisations au cours des cinq dernières années.

Il en résulte un modèle final à quatre variables explicatives, soit la mesure des AVQ, le mode de vie (vit seul ou non), le diagnostic principal ayant mené à l'hospitalisation en UCDG (tableau 10).

Peu importe la période de suivi (3, 6 ou 12 mois), c'est le niveau de dépendance dans les AVQ qui a le plus d'influence sur les résultats. Comparativement aux patients indépendants dans les AVQ, les patients ayant besoin d'une assistance modérée ou qui sont dépendants dans les AVQ ont respectivement un risque de 3,4 et 6,5 fois plus élevé de se retrouver dans une catégorie de résultats moins favorables après trois mois. Ce risque diminue cependant de moitié après un an.

Les patients atteints dans la dimension cognitive (diagnostic de démence) ont une probabilité deux à trois fois plus grande de connaître un résultat moins favorable que les patients dont la raison d'admission est regroupée sous la catégorie "autres diagnostics" au cours des trois périodes de suivi.

Le nombre d'hospitalisation au cours des cinq dernières années a aussi une influence sur le risque de se retrouver dans un catégorie de résultats moins favorables. Celui-ci est de deux à trois fois plus élevé pour les patients ayant été hospitalisés quatre fois ou plus en comparaison aux patients non hospitalisés.

Le fait de vivre seul présente un risque, mais plutôt faible, soit de 1,5 à douze mois.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de la plupart des études qui ont analysé les facteurs prédictifs du décès ou de l'hébergement tant après une hospitalisation en UCDG ou dans une autre unité de soins aigus que vivant dans la communauté ou participant à des programmes gériatriques.

3.3- Conclusion

Les analyses des caractéristiques des clientèles des deux UCDG étudiées révèlent qu'il s'agit de personnes très âgées (81 ans en moyenne) et particulièrement fragiles puisque leur mortalité atteint 22 % en un an, incluant la mortalité intrahospitalière de 6 %, et que 43 % sont réhospitalisées durant la première année qui suit le congé hospitalier.

Malgré tout, la plupart des patients admis en UCDG connaissent une amélioration de leur état fonctionnel, de leur symptomatologie dépressive et une diminution de la consommation de médicaments. Parmi les caractéristiques de la clientèle qui sont associées à un pronostic défavorable (réhospitalisation, hébergement, décès), la dépendance fonctionnelle aux AVQ, les réhospitalisations au cours des cinq dernières années, l'atteinte cognitive et le fait de vivre seul sont les plus significatives, d'autant plus si ces variables coexistent chez un même individu.

Ces résultats ont aussi deux implications. La première concerne la sélection des clientèles à admettre en UCDG. On doit s'interroger sur la pertinence d'admettre en UCDG des personnes dont la probabilité d'un pronostic défavorable est élevée, particulièrement celles très dépendantes au niveau fonctionnelle. La deuxième porte sur l'orientation de ces mêmes clientèles et les services à offrir après leur séjour en UCDG. On doit particulièrement viser à s'assurer de la disponibilité de services de soutien et de réadaptation aux personnes ayant une faible capacité fonctionnelle, une faible capacité cognitive et vivant seule afin d'éviter l'hébergement en institution.

4- COMMENT PEUT-ON APPRÉCIER LA QUALITÉ DES SERVICES?

L'objectif visé par ce volet du programme de recherche consiste à développer une mesure valide de la qualité des soins telle que perçue par les clientèles des UCDG. Cette clientèle est constituée de deux groupes de personnes soit les personnes âgées ayant été hospitalisées en UCDG et les aidants naturels qui assument en partie la prise en charge du patient. Ce projet comporte deux grandes phases. La première consistait à documenter les critères auxquels les patients et les aidants réfèrent lorsqu'ils jugent de la qualité des soins et des services offerts en UCDG. Cette phase a permis de fournir le matériel de base pour la construction des instruments de mesure: un pour les patients et un pour les aidants. Chaque instrument comporte trois groupes de variables :

- 1) des questions relatives à la qualité perçue;
- 2) des questions nécessaires pour la validation de l'instrument;
- 3) des questions pour documenter certaines caractéristiques des répondants.

Ces deux questionnaires ont été pré-testés auprès d'échantillons de patients et d'aidants afin de s'assurer que la formulation des questions soient bien comprises.

La deuxième phase du projet consistait à apprécier la fidélité et la validité des outils de mesure. Pour évaluer les qualités métriques des instruments, nous avons réalisé deux types d'enquête, l'une auprès des patients, l'autre auprès des aidants. Après maintes consultations auprès de spécialistes en mesure et de professionnels œuvrant auprès des patients âgés, la stratégie d'enquête postale a été utilisée pour les aidants naturels.

Le recrutement des patients et des aidants ont été menés en parallèle dans chacun des milieux. La première vague de recrutement des répondants (patients et aidants) a débuté en janvier 1997 pour se terminer en juin 1997 dans 8 UCDG de la région montréalaise. Nous avons cependant dû procéder à une seconde vague de recrutement pour les aidants étant donné les difficultés à identifier, parmi cette clientèle, des répondants potentiels et la nécessité d'atteindre la taille d'échantillon requise pour les analyses. De nouvelles unités ont dû être sollicitées pour collaborer au recrutement et cinq d'entre elles ont accepté de participer. Au total, 157 patients ont été rencontrés en entrevue et 240 aidants ont complété le questionnaire postal.

4.1- Outil pour les patients

L'expérience acquise lors de l'enquête pour la validation de l'outil de mesure auprès des patients montre que cette méthode est peu appropriée pour documenter les perceptions de clientèles très âgées et fragiles sur la qualité des soins et des services reçus.

Plusieurs constats se dégagent de cette enquête. En premier lieu, les résultats montrent que les personnes âgées ont tendance à se dire très satisfaites des soins et services reçus et à être particulièrement peu critiques en regard de la qualité de ces soins et services. Bien que la littérature fasse état d'un taux de satisfaction généralement élevé chez les clientèles âgées, le phénomène que nous avons observé semble avoir été exacerbé par le grand âge de la clientèle interrogée mais aussi par le mode de collecte de données. L'entrevue au chevet du patient a été privilégiée à l'entrevue au domicile compte tenu des coûts que pourraient entraîner cette seconde stratégie d'enquête pour les unités. À l'instar d'autres études, nos résultats montrent que l'entrevue au chevet du malade introduit un biais de désidérabilité sociale c'est-à-dire, une propension pour les répondants à émettre des opinions plutôt favorables. Ceci serait notamment attribuable à la crainte de représailles. Une des conséquences de ce type de biais est à l'effet que l'on obtient des distributions de réponses très asymétriques c'est-à-dire, qu'elles sont concentrées autour des points positifs de l'échelle. Lors de l'enquête nous avons observé que ce biais de désidérabilité sociale est d'autant difficile à minimiser lorsqu'il s'agit de répondants très âgés et fragiles. D'abord, la majorité des patients préféraient ne pas devoir se déplacer pour l'entrevue de telle sorte que cette dernière a dû le plus souvent se dérouler en présence d'autres patients. S'ajoutant à cette difficulté, celle de devoir utiliser un timbre de voix élevée pour que le répondant puisse bien comprendre les questions qui lui étaient posées.

En deuxième lieu, le questionnaire, dans sa forme actuelle, est apparu trop long pour des personnes très âgées et ce bien qu'il ne comportait que 21 questions sur les perceptions de la qualité des soins et services reçus. Dès les 16 ièmes et 17 ièmes questions, les enquêteurs ont observé une baisse d'attention et une certaine fatigue s'installer chez les patients. De plus, seulement 20% des patients rencontrés ont accepté de répondre aux deux questions ouvertes ajoutées à la fin du questionnaire. Ces questions visaient à documenter les aspects des soins et des services les plus ou les moins appréciés par eux durant l'hospitalisation..

Troisièmement, certaines questions sont apparues trop spécifiques, c'est à dire qu'elles entraînent une proportion élevée de répondants pour lesquels la situation adressée *ne s'applique pas*. Or, un nombre élevé de *ne s'applique pas* rend plus complexe le calcul des scores globaux

pour les utilisateurs éventuels d'un tel instrument. Enfin, il est d'usage, lors de la construction d'outils de mesure des perceptions des clientèles, de recourir à une échelle de réponses unique. L'échelle utilisée est de type Likert avec cinq choix de réponses allant de "très bien" à pas "bien du tout". Ces échelles à cinq points sont jugées souhaitables pour assurer une plus grande variabilité dans les réponses et pour pouvoir appliquer les procédures statistiques appropriées pour la validation. Or, ce type d'échelle s'est avéré difficile à utiliser auprès de patients très âgés. Elle est en effet apparue trop complexe pour les patients et ce malgré le support d'une aide visuelle. Le recours à des échelles de réponse à deux ou trois points seraient mieux adaptées à ce type de clientèle.

En somme, nous concluons qu'il existe une incompatibilité entre les impératifs méthodologiques pour la validation d'instruments de mesure et la réalité des enquêtes de ce type auprès de clientèles très âgées. De plus, l'entrevue face à face sur les lieux de dispensation des soins ne semble pas une stratégie appropriée auprès des personnes âgées fragiles. Non seulement entraîne-t-elle l'introduction de biais de désidérabilité sociale, mais elle produit des résultats peu discriminants et par conséquent des informations peu utiles pour des fins de gestion de la qualité.

4.2- Outil pour les aidants

L'outil pour les aidants comporte 32 items couvrant 6 dimensions de la qualité : la communication entre les professionnels et la famille, la clarté et l'exhaustivité des informations reçues, la qualité technique des soins donnés au patient, l'attitude du personnel envers le patient, l'attitude du personnel envers l'aidant et la continuité des soins. La version préliminaire de l'outil apparaît en annexe. La stratégie d'enquête utilisée auprès des aidants, c'est à dire l'enquête postale, semble appropriée tout au moins lorsque l'aidant principal est un enfant de la personne qui a besoin d'aide.

La principale difficulté rencontrée concerne l'ampleur de la tâche liée au processus de recrutement des aidants. Pour procéder aux envois postaux, il fallait constituer une liste d'aidants avec leurs coordonnées personnelles. L'établissement de cette liste requiert de nombreuses démarches qui s'avèrent fastidieuses pour le personnel œuvrant sur les unités de soins. D'abord, il s'agit d'identifier l'aidant principal de chaque patient. Ensuite, il s'agit de contacter cette personne (par téléphone ou lors d'une visite de l'aidant) en vue de s'enquérir de son intérêt à recevoir le questionnaire et, dans l'affirmative, de noter leur adresse postale. En dernier lieu, l'envoi du questionnaire doit respecter un délai d'environ deux semaines suite au congé du patient de l'unité. Le processus de recrutement est donc exigeant en soi et sa mise en œuvre

s'avère d'autant difficile dans le contexte actuel de restriction des ressources dans les milieux. Le taux de réponse chez les aidants ayant accepté de recevoir le questionnaire s'est avéré cependant très satisfaisant, allant de 60 à 65% selon les unités participantes.

Contrairement aux résultats obtenus auprès des patients, l'instrument développé apparaît un outil utile pour la gestion de la qualité : son pouvoir de discrimination des divers aspects de la qualité étant supérieur. La version définitive du questionnaire, en voie de préparation, pourra être rendue disponible aux UCDG désireuses de connaître l'opinion des aidants naturels au sujet de la qualité des soins et des services offerts.

5- COMMENT AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCESSIBILITÉ AUX UCDG ?

Les UCDG se sont développées très rapidement au Québec au cours des 15 dernières années sans que l'on ait véritablement identifié leur mission spécifique en ce qui a trait au type de clientèles à desservir et aux fonctions à remplir. On a vu précédemment (section 2) qu'il existe une grande variabilité entre les UCDG dans le type de clientèles et dans les résultats en terme de durée de séjour. Bien que la performance des UCDG puisse varier à cause d'une série de facteurs internes et externes, on doit reconnaître que ces unités s'adressant spécifiquement aux personnes âgées fragiles peuvent contribuer de façon déterminante à l'amélioration de l'efficacité du processus de prise en charge de ces clientèles. Cependant, dans le contexte des restrictions budgétaires et du virage ambulatoire et face à une demande croissante de services pour les personnes âgées, il faut se questionner sur la mission des UCDG et s'assurer que les ressources en UCDG soient en quantité suffisante pour répondre aux besoins des personnes âgées fragiles et que leur utilisation soit optimale (c'est à dire qu'aucune autre ressource ne peut produire ce même service à moindre coût ou avec autant ou plus de bénéfice).

Les différentes expériences de planification montrent qu'on ne peut pas uniquement par des moyens techniques déterminer de façon absolue les services dont une population a "vraiment" besoin. Ce constat est d'autant plus vrai quand il s'agit d'une clientèle comme les personnes âgées fragiles dont les problèmes sont complexes et diversifiés, d'où la difficulté d'estimer la prévalence des personnes à risque d'être hospitalisées en UCDG, de même que la gamme et le volume de services dont ils ont besoin. De plus, le recours à l'UCDG et les durées de séjour peuvent varier selon la disponibilité des autres ressources hospitalières et communautaires de même que des différentes formes organisationnelles de prise en charge. Aussi, de nouvelles technologies permettront que de plus en plus certains diagnostics et traitements qui demandent actuellement une hospitalisation pourront se faire en ambulatoire ou à domicile. Les effets de ces changements sont pratiquement impossibles à prévoir.

Par conséquent, plutôt que de chercher à développer des modèles qui viseraient à élaborer une norme de besoins en ressources en UCDG dans les différentes régions pour les prochaines années, nous croyons qu'il est plus pertinent de concevoir la planification selon une approche incrémentielle qui miserait sur les ajustements à apporter pour améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées fragiles et assurer une équité d'accès aux services d'UCDG. Par ailleurs, on doit se soucier également des effets de l'évolution démographique sur les besoins futurs pour ces services.

De façon concrète, notre programme de recherche a traité l'amélioration de l'efficacité sous deux aspects : par une meilleure sélection des patients admis en UCDG, qui dépend du jugement clinique mais aussi de la présence ou non d'autres ressources gériatriques plus appropriées pour certains types de clientèles, et par une meilleure organisation et coordination dans la prise en charge des personnes âgées fragiles dans le réseau. Quant à la planification des ressources en UCDG, nous avons considéré deux aspects : les effets de la croissance démographique de la population âgée sur les besoins en ressources (nombre de lits) et les besoins pour améliorer l'équité inter-régionale.

5.1- L'amélioration de l'efficacité

5.1.1- La sélection des clientèles

Comme dans les autres pays, les critères d'admission dans les UCDG du Québec sont actuellement très variables d'une unité à l'autre selon, entre autres, les fonctions remplies par l'UCDG, l'expertise de l'équipe médicale, la taille de l'hôpital, le rôle de l'unité dans la production hospitalière, les ressources disponibles dans l'hôpital et hors de l'hôpital (unité de réadaptation, soins de longue durée, etc.). Si on veut que ces unités soient les plus efficaces possible, elles doivent sélectionner les clientèles qui leur permettent de répondre à leurs quatre fonctions principales (évaluation, traitement, réadaptation et orientation). Pour y parvenir, il faut, non seulement que les professionnels posent un bon jugement clinique, mais aussi que toutes les autres ressources nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles qui ne devraient pas être admis en UCDG soient disponibles.

La pertinence des admissions dans deux UCDG

Une analyse qualitative des dossiers de trois catégories de patients admis dans les UCDG de deux hôpitaux universitaires en 1989-90, suggère qu'une part importante de trois catégories de patients aurait pu utiliser une autre ressource que l'UCDG. Soulignons que l'analyse a été ajustée pour tenir compte de la situation du réseau de services de santé de 1998.

Les résultats montrent que 17 % (66/372) des patients admis dans ces deux UCDG auraient dû utiliser d'autres ressources possiblement moins coûteuses et mieux adaptées aux besoins. Ainsi, 16 des 21 patients décédés en cours d'hospitalisation auraient pu être pris en charge par d'autres unités hospitalières (médecine, chirurgie, soins palliatifs ou soins de longue durée) alors que 20

des 30 patients indépendants aux AVQ et aux AVD et ayant un MMSE>24 auraient pu être pris en charge en milieu ambulatoire (centre ambulatoire de gériatrie, hôpital de jour, clinique externe de gériatrie, clinique externe de psychogériatrie ou clinique externe spécialisée pour le diabète). Enfin, pour 30 des 95 cas dont le diagnostic principal était la démence et qui ne présentaient pas d'autres comorbidités justifiant une hospitalisation, le diagnostic aurait pu aussi être posé dans un service ambulatoire (hôpital de jour, clinique externe de gériatrie, clinique de mémoire, etc.).

Le recours à l'UCDG pour ces clientèles peut s'expliquer par les habitudes de pratique ou le jugement clinique des professionnels mais surtout par l'absence des autres ressources gériatriques. Ces autres ressources se sont développées graduellement au cours des dernières années mais, comme le révèle l'enquête que nous avons réalisée auprès des responsables d'UCDG, celle-ci sont encore bien insuffisantes. Il apparaît donc évident, d'une part, que les cliniciens doivent adopter des critères d'admission afin de mieux cibler les clientèles des UCDG et, d'autre part, de développer les ressources gériatriques alternatives qui permettraient une prise en charge plus efficiente.

L'élaboration des critères d'admission en UCDG

Nous avons développé une grille de critères d'admission qui permettrait de cibler les clientèles qui devraient être admises en UCDG dans une perspective d'utilisation optimale des ressources. Cette grille a été obtenue en utilisant la technique Delphi qui permet de développer un consensus auprès d'un groupe d'experts par questionnaire postal. Un groupe de 27 médecins et de 27 infirmières a développé un consensus autour de 15 critères d'inclusion et 19 critères d'exclusion. Ces critères ont été regroupés selon les catégories présentées en annexe. Les critères d'inclusion peuvent être analysés en fonction de notre modèle conceptuel de la fragilité et peuvent être regroupés en deux grandes catégories. La première est le fait d'avoir au moins 65 ans, de présenter un profil gériatrique (multiples pathologies nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire) et des problèmes de santé aigus ou subaigus nécessitant une hospitalisation. La deuxième catégorie de critères d'inclusion est le fait d'avoir subi une période d'immobilisme entraînant des complications.

Les critères d'exclusion sont plus spécifiques quant aux caractéristiques des patients, de leur condition clinique, de leurs besoins en services et de leur milieu social. Les critères retenus ont obtenus l'accord d'au moins 80 % des professionnels consultés.

Ces critères d'inclusion et d'exclusion pour l'admission des patients en UCDG correspondent généralement à ceux identifiés dans d'autres études. Probablement parce qu'elle a été élaborée par un grand nombre de cliniciens provenant de milieux différents, notre grille apparaît plus exhaustive et plus spécifique en terme de clientèles visées et de leurs caractéristiques.

Notre étude a donc permis d'établir un ensemble de critères qui permet d'identifier le type de patients qui bénéficieraient le plus des services d'UCDG comme facteur modulateur du risque de développer des limitations fonctionnelles ou des incapacités. Cependant, ces critères ne peuvent être totalement mis en application que dans la mesure où des ressources alternatives mieux adaptées aux besoins des clientèles gériatriques sont disponibles. On ne peut donc que suggérer le développement de ces ressources alternatives qui font actuellement défaut dans plusieurs régions du Québec. Il est évident cependant que dans bien des endroits le bassin de clientèle est insuffisant pour assurer toute la gamme des services gériatriques de façon viable. Les UCDG doivent alors admettre des clientèles qui ailleurs utiliseraient d'autres ressources.

5.1.2- L'organisation des ressources et des services

L'UCDG est un maillon d'un réseau plus ou moins intégré de services gériatriques dont le rôle est d'offrir des services ponctuels visant à éviter la dégradation de l'état de santé et de l'autonomie des personnes fragiles en intervenant promptement et judicieusement afin de les maintenir dans le milieu de vie le plus approprié. Comme pour toutes les autres ressources, on doit chercher à ce que l'UCDG offre les bons services, aux bonnes personnes, au bon moment, de la meilleure qualité possible et au moindre coût. Pour y parvenir, plus que pour tout autre type de clientèles, étant donné la complexité et la multiplicité des pathologies de même que le peu d'autonomie des clientèles fragiles, il est essentiel que celles-ci soient prises en charge par une entité qui assure la continuité, la globalité et la cohérence des services. L'utilisation optimale de l'UCDG dépend, d'une part, du niveau de coordination ou d'intégration de l'ensemble de ces services afin d'assurer la sélection des bonnes clientèles et de leur offrir les services dont ils ont besoin à l'UCDG et, d'autre part, de la disponibilité des autres ressources hospitalières, ambulatoires ou à domicile soient accessibles afin de minimiser les durées de séjour à l'UCDG.

On peut identifier cinq grands modèles possibles de prise en charge des personnes âgées fragiles qu'on pourrait situer sur un continuum d'intégration ou de coordination des services allant de la situation actuelle, basée sur la collaboration non organisée, au modèle d'organisation de services intégrés comme les HMO classiques ou le modèle du Système intégré pour les personnes âgées

en perte d'autonomie (SIPA) dont l'expérimentation doit débiter en 1999 dans la région de Montréal.

1- *Multiplés portes d'entrée dans le système sans mécanisme formel de coordination.* Ce modèle correspond au mode de fonctionnement actuel, ou du moins jusqu'à tout dernièrement, dans la plupart des régions du Québec. La collaboration et la coordination entre les différents établissements et professionnels se fait de façon plus ou moins informelle selon les besoins des patients. Le niveau de prise en charge du patient dépend de la volonté et de la capacité des professionnels ou des organisations, étant donné qu'il n'y a aucun ou peu d'incitatifs organisationnels ou financiers.

2- *Multiplés portes d'entrée dans le système avec coordination basée sur les systèmes d'information.* Dans un tel système, la collaboration et la coordination entre les différents établissements et professionnels se fait à travers un système d'information très développé qui permet à toutes les unités d'être en communication permanente. On peut suivre pas à pas le cheminement du client dans le système. Ce type de modèle est expérimenté dans plusieurs provinces dont le Québec (la région de Brome-Missisquoi en est un exemple). Le professionnel ou l'organisation qui est le premier contact de la personne âgée devrait idéalement être responsable de la prise en charge pendant tout l'épisode de soins. Dans un tel système, une UCDG pourrait jouer autant le rôle de pourvoyeurs de services que celui d'assumer la responsabilité de la prise en charge particulièrement pour les patients en provenance de l'urgence.

3- *L'hôpital comme pivot du système.* Un établissement hospitalier à vocation communautaire ou universitaire joue le rôle d'intégrateur du système. Puisque le contrôle de la coordination des services est entre ses mains, c'est l'hôpital qui est en mesure de faciliter l'accès aux patients à toute la gamme de services dont ils ont besoin. Les établissements de première ligne et les autres établissements en externe sont des satellites de l'hôpital. Les UCDG, comme les autres services gériatriques hospitaliers, pourraient jouer le rôle de maître d'œuvre du processus de prise en charge de la personne âgée. L'organisation des services pourrait se faire soit par une coordination des services cliniques des services fournis par divers établissements qui demeurent autonomes soit par une intégration organisationnelle au moyen de fusion d'établissements, comme cela se passe actuellement dans plusieurs régions du Québec.

4- *La première ligne comme pivot du système.* La porte d'entrée unique au système se situe au premier niveau de la production de services, soit dans une organisation comme les CLSC soit

des médecins généralistes en pratique privée (modèle anglais des généralistes payés à capitation pour les services de première ligne dans leur cabinet). Cette entité est responsable d'orienter et d'assurer le suivi des patients auprès des différentes organisations et professionnels. Dans le modèle le plus simple, cette entité assure uniquement la coordination des services. C'est le modèle du guichet unique mis en place dans la région de Montréal ou le British Columbia Continuing Care System. Dans un tel système, l'UCDG fournit des services spécialisés et collabore au plan de sortie avec les autres intervenants.

5- Une organisation comme modalité d'accès aux services. À un niveau plus poussé d'intégration (clinique, organisationnelle et financière), on trouve les modèles d'organisation comme les programmes On Lok ou PACE aux États-Unis ou encore le Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) dont l'expérimentation va débiter cette année dans deux CLSC de Montréal. Dans un tel système, l'UCDG fournit des services spécialisés et joue le rôle de consultant auprès de ces organisations.

Dans tous ces modèles, la gamme des fonctions (évaluation, réadaptation, etc.) de l'UCDG peut varier selon le rôle qu'on veut lui faire jouer dans le réseau. On peut croire cependant que plus le niveau de coordination ou d'intégration sera élevé meilleure sera la performance (meilleure sélection des clientèles, réduction des durées de séjour et éventuellement meilleurs résultats cliniques et plus grande satisfaction des patients) des UCDG et de l'ensemble du système.

Malgré les capacités théoriques de ces différents modèles, associées au niveau d'intégration clinique, organisationnelle et financière, leur niveau de succès dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services aux personnes âgées fragiles dépendra en grande partie de la réponse des acteurs aux changements apportés à la fois dans le choix du modèle à adopter et dans son implantation. Autrement dit, le niveau de réussite va dépendre du niveau de collaboration inter-organisationnelle et inter-professionnelle.

5.1.3- Les gains possibles

Nos résultats montrent que, d'après les évaluations des dossiers médicaux et la perception des cliniciens responsables d'UCDG, il est possible d'améliorer de façon importante la performance des UCDG. L'analyse des dossiers des patients hospitalisés dans deux UCDG au début des années 1990 a montré que 10 % des patients n'ayant pas un diagnostic principal de démence auraient dû être hospitalisés dans un autre service ou pris en charge en externe (hôpital de jour, clinique externe de gériatrie ou spécialisée pour le diabète, la mémoire, etc.).

En ce qui a trait aux patients ayant un diagnostic principal de démence (qui représentent actuellement 8 % des hospitalisés dans l'ensemble des UCDG du Québec), l'analyse des dossiers des deux UCDG a montré que le tiers d'entre eux auraient pu être investigués ailleurs qu'en UCDG, soit 3 % des patients dans les UCDG du Québec. C'est donc dire qu'entre 10 % et 15 % des hospitalisations en UCDG ne seraient pas appropriées.

En plus de mieux sélectionner les clientèles, on pourrait aussi en réduire les durées de séjour si les patients pouvaient quitter l'UCDG dès qu'ils n'ont plus besoin des services cliniques spécifiques à l'UCDG et qu'une autre ressource puisse assurer le suivi ou la prise en charge de ces patients. D'après les résultats d'une enquête réalisée auprès des responsables d'UCDG en 1998, les durées de séjour pourraient être réduites de 30 % si les autres ressources gériatriques hospitalières et les ressources dans la communauté étaient disponibles en quantité suffisante. Ces gains peuvent cependant être difficiles à réaliser puisque, dans plusieurs régions, le bassin de clientèles est insuffisant pour assurer une gamme complète de services gériatriques. De plus, on peut croire que, dans certaines régions, certaines personnes qui auraient besoin d'être hospitalisées en UCDG ne peuvent actuellement y avoir accès. Ces personnes sont sans services ou utilisent des ressources qui ne peuvent répondre de façon optimale à leurs besoins.

Étant donné ces contraintes, on peut raisonnablement croire que ces deux phénomènes (meilleure sélection des clientèles et utilisation plus appropriée des ressources) pourraient entraîner une réduction d'au moins 25 % des besoins en lits dans les UCDG.

5.2- La planification des ressources

5.2.1- L'accessibilité géographique

Il existe de très grandes disparités inter-régionales dans le volume de services d'UCDG disponibles à la population et dans les taux d'hospitalisation dans ces unités, même en tenant compte des hospitalisations dans une autre région. On observe aussi de grandes disparités pour les autres ressources gériatriques. L'ampleur de ces écarts est si grand qu'on ne peut l'attribuer à la structure par âge ou à l'état de santé de la population âgée.

La comparaison des données inter-régionales doit cependant être mise en perspective. Les régions sont très hétérogènes, entre autres, par l'étendue de leur territoire et la densité de la population, ce qui affecte le volume potentiel de clientèle pour les hôpitaux locaux et régionaux. Alors que la pertinence des UCDG est généralement reconnue pour les centres urbains où le bassin de clientèle est suffisant, cette pertinence est moins évidente en régions éloignées et dans les localités près des grands centres où la faible densité de la population rend moins viable cliniquement et économiquement le fonctionnement d'UCDG.

Cependant, l'efficacité technique et l'efficience économique ne sont pas les seuls critères sur lesquels reposent l'organisation de nos services de santé. L'accessibilité, l'équité et la qualité des soins sont aussi des valeurs importantes dans notre société. Ainsi, un certain niveau d'inefficience peut être acceptable s'il assure un niveau d'accessibilité désiré. Il y a donc des choix à faire et l'efficience n'est pas le seul critère.

Malgré ces limites, nous avons effectué des simulations pour estimer les besoins des différentes régions du Québec en utilisant comme norme de besoins les taux d'hospitalisation par âge et sexe de 1994-1995 pour les personnes de 65 ans et plus dans l'ensemble du Québec (tableau 11). Par exemple, si afin d'améliorer l'équité, on réduisait de moitié l'écart dans le nombre de lits en UCDG par 10000 habitants de 65 ans et plus des régions sous la moyenne du Québec, il faudrait ajouter environ 5 % plus de lits d'UCDG pour l'ensemble de la province.

5.2.2- Les besoins liés à la croissance démographique

Les gains possibles au niveau de l'efficacité du système ne signifie pas qu'on devra réduire les ressources en UCDG. En effet, la population de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 22 % entre 1995 et 2005 et la croissance sera deux fois plus forte chez les très âgés.

Le modèle de simulation des besoins en nombre de lits pour les UCDG que nous avons construit montre, qu'en appliquant les taux d'hospitalisation par groupe d'âge de cinq ans observés en 1994-1995 à la population prévue en 2005 et en maintenant constante la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation observée en 1994-95 et un taux d'hospitalisation égale dans toutes les régions, les besoins en lits pour les UCDG augmenteraient de de 44 % entre 1995 et 2005 (tableau 12). Ces besoins seraient encore plus élevés si on tenait compte des besoins pour établir l'équité interrégionale qui ont été estimés à 6 % au tableau 11.

Cette croissance de besoins (toute chose étant égale, par ailleurs) est donc beaucoup forte que celle des gains potentiels d'efficacité que nous avons estimés à la section précédente. L'ajout de ressources alternatives à l'UCDG, du moins pour répondre aux besoins à court terme, et la mise en place de réseau intégré de prise en charge des personnes âgées fragiles apparaissent donc essentielles si on veut assurer l'accessibilité aux services et en améliorer l'efficacité.

5.3.- Conclusion

Il existe une grande diversité dans les modes de fonctionnement des UCDG. Cette diversité peut être acceptable et même souhaitable si on veut assurer une certaine autonomie aux différents acteurs et encourager les initiatives, compte tenu des caractéristiques de l'hôpital, de l'équipe de soins et des autres ressources hospitalières et dans la communauté. Il est évident cependant qu'une meilleure coordination et intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie est nécessaire pour remédier à la fragmentation des services qu'on observe en ce moment, même si des efforts sont faits en ce sens depuis quelque temps dans plusieurs régions.

L'amélioration de la performance des UCDG et une prise en charge des personnes âgées fragiles plus efficace demandent de mieux sélectionner les personnes admises en UCDG et de réduire les durées de séjour en orientant les patients vers des ressources plus adéquates pour répondre à leurs besoins, tout en améliorant la qualité des soins. Ceci peut se faire par une meilleure évaluation clinique des patients mais surtout si la disponibilité des autres ressources gériatriques

hospitalières et communautaires est assurée. Or, les résultats de notre étude montrent que ces ressources sont insuffisantes en ce moment dans bien des endroits.

Malgré les gains d'efficience qui peuvent être réalisés au cours des prochaines années, la croissance démographique de la population âgée va accroître considérablement les besoins en UCDG, d'où l'importance de repenser son rôle à l'intérieur d'un réseau mieux intégré de services pour cette population.

6- RETOMBÉES ET PISTES DE RECHERCHE

L'analyse des résultats du projet sur la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques (UCDG) permet d'entrevoir certaines retombées et pistes de recherche pour les personnes âgées et leurs aidants, les professionnels et les gestionnaires des UCDG, les planificateurs des services de santé ainsi que pour les chercheurs de différentes disciplines intéressés au vieillissement et à l'organisation ou l'évaluation des services de santé. Dans cette section du rapport, nous les présenterons succinctement en deux sections. La première porte sur le modèle de la fragilité et la deuxième sur la prise en charge des personnes fragiles dans les UCDG québécoises.

6.1- Le modèle de la fragilité

Un modèle de la fragilité a été développé par un groupe interdisciplinaire d'experts chercheurs et cliniciens; ce modèle fut enrichi par la suite par la vision d'aînés provenant de divers milieux. Les retombées sont à plusieurs niveaux :

- **Interventions cliniques auprès des personnes âgées fragiles**

Le modèle de la fragilité, en intégrant plusieurs concepts (en particulier celui de la déficience, de la limitation fonctionnelle, de l'incapacité, de divers facteurs modulateurs, du processus de la sénescence et de l'effet du temps), offre un cadre de référence commun aux cliniciens de différentes disciplines afin de comprendre la fragilité des personnes âgées qu'ils prennent en charge, dans quelque milieu que ce soit. Cette compréhension partagée de la fragilité devient un outil important au travail interdisciplinaire qui nécessite, hormis des compétences spécifiques à chaque discipline, un savoir commun, en particulier sur le concept de personne âgée fragile. Le modèle dynamique de la fragilité permet en outre d'identifier et de systématiser les différents niveaux de l'intervention préventive primaire, secondaire et tertiaire auprès de ces clientèles.

Des outils de mesures cliniques validés de certaines composantes du modèle existent déjà et sont implantés dans certains milieux de pratique. Ces outils mériteraient d'être implantés systématiquement dans l'ensemble des milieux afin de favoriser la qualité de la prise en charge des clientèles fragiles. Par ailleurs, d'autres outils devraient être développés à travers la recherche clinique pour appréhender les autres composantes du modèle plus difficilement mesurables jusqu'ici.

- **Enseignement et formation continue des professionnels de santé et des services sociaux**

Le modèle de la fragilité est aussi un outil utile pour l'enseignement aux stagiaires en gérontologie ou en gériatrie de même que pour la formation continue aux professionnels de la santé et des services sociaux. Les chercheurs et cliniciens de l'équipe de recherche utilisent le modèle dans leur enseignement, en particulier avec les médecins résidents en gériatrie. Le département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, de concert avec la division de gériatrie de l'Université McGill et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, élaborent actuellement un nouveau cours en administration des services de santé aux personnes âgées, dans le cadre d'un diplôme d'études supérieures. Le concept de fragilité constituera le point de départ de cet enseignement.

- **Planification des services**

Le modèle de fragilité constitue aussi un instrument pertinent à la planification des services de santé. Il permet de préciser les besoins en services par l'évaluation des caractéristiques des personnes âgées de même que par l'intégration des ressources du système de santé comme facteurs modulateurs de la fragilité. Il est possible d'identifier à l'aide d'un tel instrument des clientèles fragiles plus à même de bénéficier des services de ces ressources hospitalières.

- **Recherche future**

La validation de ce modèle dynamique de la fragilité se poursuivra de différentes façons. Un séminaire de recherche sera mis sur pied au printemps 1999 afin d'approfondir le modèle en invitant à participer d'autres experts du domaine.

Le modèle sera également testé auprès de personnes âgées autres que les clientèles des UCDG québécoises. Ainsi, un projet, subventionné par le PNRDS et mené par des chercheurs du groupe actuel, est en cours depuis mai 1998. L'étude a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité de la population âgée canadienne vivant dans la communauté. Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé des populations seront utilisées. En parallèle à cette étude, les données longitudinales de l'enquête " Santé et vieillissement Canada (ESVC) " seront aussi utilisées pour tester la validité du modèle.

Des travaux vont se poursuivre sur une meilleure identification des déficiences dans les dossiers médicaux en précisant les classifications diagnostiques, en particulier pour les syndromes

gériatriques, et en développant de meilleures mesures de la sévérité des déficiences (maladies). Les médecins gériatres de l'Institut de gériatrie de Montréal, du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et de l'Hôpital Général Juif sont impliqués dans ces travaux.

Lors des rencontres avec les groupes de personnes âgées pour élaborer le concept de fragilité, les entretiens ont révélé que celles-ci, ou des membres de leur entourage, adoptaient spontanément des stratégies compensatoires pour faire face à leurs limitations fonctionnelles ou à leurs incapacités. Une étude plus approfondie de ces stratégies permettrait de préciser certains modulateurs du modèle de fragilité et de constituer des pistes intéressantes pour le développement d'interventions préventives adaptées aux milieux et aux styles de vie des aînés. Une demande de subvention sera préparée au cours de l'année 1999. Déjà, une consultation systématique se fait auprès des aînés fréquentant les centres communautaires à travers le Québec, quant à leur compréhension et leur intérêt face à certaines activités de prévention reliées au vieillissement et à la fragilité.

6.2- La prise en charge des personnes âgées fragiles dans les UCDG

Les unités de courte durée gériatriques ont été créées au Québec depuis le début des années 80 afin de favoriser une prise en charge efficace interdisciplinaire des épisodes aigus et subaigus de maladie chez les personnes âgées fragiles. Elles constituent donc un maillon important du réseau des services de santé destinés aux personnes âgées résidant à domicile. Les résultats du programme de recherche permettent de faire certains constats sur l'organisation des UCDG et la planification des ressources de santé pour les personnes âgées fragiles dans le futur. De plus, d'autres pistes de recherche se dessinent à partir de ces travaux et certains projets sont déjà en marche.

- **Organisation et planification des UCDG et des autres ressources pour les personnes âgées fragiles**

Les enquêtes auprès des gestionnaires et des professionnels des UCDG, ainsi que l'analyse de banques de données hospitalières, ont révélé une grande hétérogénéité des UCDG québécoises quant à leur structure et leur fonctionnement, ainsi qu'une disparité interrégionale en ce qui a trait à la disponibilité de ressources tant d'UCDG que des autres ressources gériatriques. La pénurie de certaines ressources communautaires ou de certains services hospitaliers ambulatoires contribuent à l'allongement des durées de séjour en UCDG ou peuvent même entraîner une hospitalisation dans ce service faute de ressources alternatives, en particulier pour les clientèles

atteintes de diabète, de troubles cognitifs dont l'étiologie reste à préciser et de troubles psychiatriques associés à l'âge avancé.

En ce qui a trait aux disparités inter-régionales, il sera utile d'analyser de façon plus spécifique les besoins en services gériatriques dans les régions ou sous-régions à faible densité de population et d'explorer les modalités d'organisation de services gériatriques les plus efficaces pour répondre aux besoins de ces clientèles.

Afin d'assurer une gestion plus efficace des admissions en UCDG, la diffusion des critères d'admission obtenus, suite à un consensus d'un groupe d'experts, pourra certainement contribuer à uniformiser les pratiques dans l'ensemble des UCDG du Québec.

Le développement de ressources alternatives aux UCDG devra se poursuivre en parallèle afin que les clientèles aient accès à des soins gériatriques ou psychogériatriques spécialisés dans le cadre de services hospitaliers ambulatoires ou de services de première ligne (par exemple, clinique de mémoire, programme interdisciplinaire de diabète dans les hôpitaux de jour, soutien des professionnels de première ligne par une équipe de psychogériatrie).

Pour diminuer les durées de séjour en UCDG et éviter les réhospitalisations (en particulier, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou respiratoire), différents mécanismes de coordination intrahospitaliers et inter-établissements peuvent être implantés afin de mieux planifier la fin du séjour hospitalier et le suivi post-hospitalisation. Des analyses sur le devenir des clientèles des UCDG démontrent une association entre certaines caractéristiques des clientèles (besoin d'assistance modérée ou dépendance aux AVQ, diagnostic de démence, hospitalisations répétées dans les cinq dernières années, le fait de vivre seul) et un gradient d'événements signant un moins bon pronostic. Une attention particulière de la part des professionnels des UCDG et des services de première ligne envers ces clientèles s'impose pour, là encore, mieux coordonner les services.

Le programme de recherche a permis d'identifier cinq modèles de prise en charge des personnes âgées fragiles dont l'un, le SIPA (Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie), propose une intégration clinique, organisationnelle et financière. Dans ce modèle, l'UCDG joue un rôle de service spécialisé de soutien aux équipes de première ligne, avec un partage de la responsabilité clinique et une coordination des services assurée par un gestionnaire de cas dont l'assise est dans la communauté. Des chercheurs du PRAA ont développé ce modèle

et ont obtenu une subvention du Fonda d'adaptation des services de santé pour l'implanter et l'évaluer.

Afin de soutenir les gestionnaires et les professionnels dans l'évaluation de la qualité de leurs services d'UCDG, les chercheurs ont développé et validé un questionnaire pour que les aidants principaux des personnes âgées admises en UCDG puissent évaluer les services. Ce questionnaire sera rendu disponible aux professionnels des UCDG désireux de connaître l'opinion des aidants naturels au sujet de la qualité des soins et des services offerts. L'élaboration de l'instrument pour les personnes âgées doit faire l'objet de recherches plus poussées.

Deux journées d'orientation sur les UCDG au Québec seront organisées au printemps 1999 et réuniront les gestionnaires et les cliniciens de l'ensemble des UCDG québécoises, de même que les planificateurs des services de santé des régions régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux intéressés. Ces journées, organisées sous forme de conférences, de tables rondes et d'ateliers de discussion, auront pour objectifs de :

- 1) diffuser et discuter les résultats du programme de recherche sur la prise en charge des personnes âgées fragiles par les UCDG;
- 2) adopter une définition commune du concept de personne âgée fragile et de préciser les déterminants de la fragilité pour orienter les interventions cliniques;
- 3) uniformiser les critères d'admission en UCDG, en tenant compte des autres ressources hospitalières et communautaires disponibles et des divers modèles d'intégration des services ;
- 4) proposer des outils de collecte de données pour caractériser les clientèles des UCDG;
- 5) conscientiser les intervenants et les gestionnaires aux critères selon lesquels les personnes âgées fragiles et leurs aidants naturels jugent la qualité des soins afin d'ajuster leurs propres mécanismes d'évaluation de la qualité et de la formation du personnel;
- 6) mieux planifier le développement des UCDG pour les prochaines années, en tenant compte du vieillissement de la population et de la réorganisation des autres services de santé et des services sociaux. Les positions prises par les participants serviront de base à la réorientation des UCDG afin d'atteindre un niveau optimal d'homogénéité et d'efficacité parmi celles-ci.

- **Recherche**

Le programme de recherche a mis en lumière l'insuffisance des banques de données sur les clientèles hospitalières pour qualifier de façon satisfaisante les personnes âgées fragiles admises dans les UCDG. Des travaux se poursuivent pour mieux définir les catégories diagnostiques, les

limitations fonctionnelles et les incapacités ainsi que certains modulateurs, en particulier les ressources individuelles, familiales et communautaires. Ces instruments permettront de mieux planifier les ressources gériatriques.

Notre étude a permis d'identifier trois catégories d'UCDG. Ces trois catégories peuvent constituer une base d'échantillonnage pour des études ultérieures sur les UCDG. À partir de ce regroupement d'UCDG, les chercheurs bâtissent actuellement un protocole pour évaluer la qualité de la prise en charge de problèmes gériatriques selon les ressources disponibles dans les différentes catégories d'UCDG à travers le Québec. Le problème des chutes chez les personnes âgées fragiles a été retenu comme cas traceur. Une enquête auprès d'experts permettra d'établir les critères normatifs de la prise en charge des problèmes de chutes par les UCDG. La réalisation du projet fera l'objet d'une demande de subvention au FRSQ à l'automne 1998. L'élaboration du projet est soutenu financièrement par le réseau de recherche en gériatrie du FRSQ.

Par ailleurs, des travaux sont entrepris avec des chercheurs gériatres du présent programme et d'autres chercheurs du réseau de recherche en gériatrie du FRSQ pour valider des outils de mesure de la pertinence des admissions en milieu hospitalier (MCAP et ISDA) et de proposer des adaptations pour la clientèle gériatrique.

Finalement, dans le cadre du projet SIPA, on poursuivra le développement d'outils de mesure de la qualité perçue des soins par les personnes âgées et leurs aidants. De nouvelles approches seront tentées pour adapter des instruments de mesure aux caractéristiques des personnes âgées fragiles, en tentant de minimiser les biais de la désidérabilité sociale, en réduisant le nombre d'items à évaluer pour tenir compte de la fatigabilité de la personne âgée et en testant une méthode qui permet une meilleure discrimination entre les niveaux de la qualité des soins reçus.

ANNEXE :

TABLEAUX

Tableau 1

Répartition des centres hospitaliers qui ont une unité de soins de courte durée gériatrique (UCDG) selon la mission et le nombre de lits, 1994-1995

Nombre de lits	Mission de l'hôpital											
	Longue durée					Courte durée						
	avec UCDG*		sans UCDG		Total	avec UCDG		sans UCDG		Total		
	N**	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Courte durée												
<=100	4	14,3%	24	85,7%	28	100,0%	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%
101-200	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	16	59,3%	11	40,7%	27	100,0%
201-300	0	-	0	-	0	-	16	84,2%	3	15,8%	19	100,0%
> 300	0	-	0	-	0	-	21	95,5%	1	4,5%	22	100,0%
Total	4	12,9%	27	87,1%	31	100,0%	73	78,5%	20	21,5%	93	100,0%
Longue durée												
<=25	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	27	71,1%	11	28,9%	38	100,0%
26-50	0	-	0	-	0	-	21	84,0%	4	16,0%	25	100,0%
51-100	0	0,0%	7	100,0%	7	100,0%	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%
>100	4	19,0%	17	81,0%	21	100,0%	10	83,3%	2	16,7%	12	100,0%
Total	4	12,5%	28	87,5%	32	100,0%	73	79,3%	19	20,7%	92	100,0%
Total												
<=150	0	0,0%	15	100,0%	15	100,0%	21	70,0%	9	30,0%	30	100,0%
151-300	0	0,0%	6	100,0%	6	100,0%	25	75,8%	8	24,2%	33	100,0%
>300	4	40,0%	6	60,0%	10	100,0%	27	93,1%	2	6,9%	29	100,0%
TOTAL	4	12,9%	27	87,1%	31	100,0%	73	79,3%	19	20,7%	92	100,0%

Nombre moyen de lits

	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne		
Lits de courte durée	4	56,3	27	17,2	31	22,3	73	233,3	20	144,2	93	214,1
Lits de longue durée	4	308,8	28	166,7	32	184,5	73	66,1	19	32,3	92	59,1

* UCDG = Unité de courte durée gériatrique.

** Nombre de centres hospitaliers qui ont répondu à la question.

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 2

Nombre et pourcentage de centres hospitaliers qui offrent différents services gériatriques, selon la mission et le fait d'avoir ou non une unité de soins de courte durée gériatrique (UCDG), 1994-1995

	<i>Mission de l'hôpital</i>								<i>Total</i>	
	<i>Longue durée</i>				<i>Courte durée</i>				<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>avec UCDG*</i>		<i>sans UCDG</i>		<i>avec UCDG</i>		<i>sans UCDG</i>			
<i>N**</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
UCDG										
Oui	4	10,8%	-	-	73	76,8%	-	-	77	58,3%
Non	-	-	33	89,2%	-	-	22	23,2%	55	41,7%
Services hospitaliers internes										
Unité de longue durée	4	100,0%	28	93,3%	67	91,8%	14	66,7%	113	88,3%
Unité de réadaptation gériatrique	4	100,0%	7	23,3%	22	30,1%	1	4,8%	34	26,6%
Unité de psychogériatrie	0	0,0%	3	10,0%	9	12,3%	0	0,0%	12	9,4%
Équipe de consultation gériatrique :										
• sur les départements	1	25,0%	3	10,0%	61	83,6%	5	23,8%	70	54,7%
• à l'urgence	1	25,0%	1	3,3%	50	68,5%	3	14,3%	55	43,0%
Services hospitaliers ambulatoires										
Hôpital de jour	3	75,0%	7	23,3%	9	12,3%	1	4,8%	20	15,6%
Centre de jour	2	50,0%	11	36,7%	8	11,0%	0	0,0%	21	16,4%
Clinique externe de gériatrie	1	25,0%	2	6,7%	27	37,0%	1	4,8%	31	24,2%
Clinique externe de psychogériatrie	1	25,0%	1	3,3%	16	21,9%	0	0,0%	18	14,1%

* UCDG = Unité de courte durée gériatrique.

** Nombre de centres hospitaliers qui ont répondu à la question.

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 3

**Ressources gériatriques dans les centres hospitaliers
ayant une unité de soins de courte durée gériatrique, 1994-1995**

	<i>Mission de l'hôpital</i>				<i>Total</i>	
	<i>Longue durée</i>		<i>Courte durée</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>N*</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Unité de courte durée gériatrique	4	100,0%	73	100,0%	77	100,0%
Services hospitaliers internes						
Unité de longue durée	4	100,0%	67	91,8%	71	92,2%
Unité de réadaptation gériatrique	4	100,0%	22	30,1%	26	33,8%
Unité de psychogériatrie	0	0,0%	9	12,3%	9	11,7%
Équipe de consultation gériatrique						
• sur les départements	1	25,0%	61	83,6%	62	80,5%
• à l'urgence	1	25,0%	50	68,5%	51	66,2%
Services hospitaliers ambulatoires						
Hôpital de jour	3	75,0%	9	12,3%	12	15,6%
Centre de jour	2	50,0%	8	11,0%	10	13,0%
Clinique externe de gériatrie	1	25,0%	27	37,0%	28	36,4%
Clinique externe de psychogériatrie	1	25,0%	16	21,9%	17	22,1%
Nombre moyen de services						
Services hospitaliers internes	4	2,8%	73	2,9%	77	2,9%
Services hospitaliers ambulatoires	4	1,8%	73	0,8%	77	0,9%

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 4

Nombre et pourcentage de centres hospitaliers (CHCGS et CHSLD), selon qu'ils offrent les différentes ressources gériatriques, par région sociosanitaire, 1994-1995

	Bas-St-Laurent		Saguenay/Lac-St-Jean		Québec		Mauricie/Bois-Francis		Estrie		Montréal-centre		Outaouais		Abitibi/Témiscamingue		Côte-Nord		Nord-du-Québec		Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		Chaudière/Appalaches		Laval		Lanaudière		Laurentides		Montérégie		Ensemble du Québec	
	N*	%**	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UCDG	5	56	2	40	9	75	10	71	3	33	16	46	4	80	3	75	0	0	0	0	4	67	3	60	1	33	2	67	4	67	11	85	77	58
Services hospitaliers internes																																		
Unité de longue durée	8	100	4	80	11	100	12	86	8	100	29	85	5	100	3	75	2	100	1	100	5	83	4	80	2	67	3	100	4	67	12	92	113	88
Unité de réadaptation aériatrique	3	38	1	20	2	18	5	36	2	25	4	12	1	20	2	50	0	0	0	0	3	50	2	40	1	33	0	0	2	33	6	46	34	27
Unité de psychogériatrie	1	13	0	0	2	18	2	14	0	0	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	1	33	0	0	0	0	1	8	12	9
Équipe de consultation aériatrique :																																		
• sur les départements	4	50	1	20	9	82	10	71	4	50	17	50	1	20	1	25	0	0	0	0	4	67	3	60	1	33	3	100	4	67	8	62	70	55
• à l'urgence	3	38	1	20	9	82	9	64	2	25	13	38	2	40	1	25	0	0	0	0	0	0	3	60	1	33	1	33	3	50	7	54	55	43
Services hospitaliers ambulatoires																																		
Hôpital de jour	0	0	0	0	3	27	1	7	2	25	8	24	1	20	0	0	0	0	0	0	1	17	0	0	1	33	0	0	0	0	3	23	20	16
Centre de jour	3	38	0	0	2	18	2	14	3	38	3	9	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	3	50	3	23	21	16
Clinique externe de gériatrie	1	13	0	0	4	36	1	7	3	38	12	35	2	40	1	25	0	0	0	0	2	33	0	0	1	33	0	0	2	33	2	15	31	24
Clinique externe de psychogériatrie	0	0	0	0	3	27	1	7	2	25	7	21	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	1	33	1	33	0	0	1	8	18	14

* Nombre de centres hospitaliers qui ont une UCDG.

** Pourcentage des centres hospitaliers qui ont une UCDG.

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 5

**Répartition des hospitalisations dans les hôpitaux de courte durée
en UCDG, selon le diagnostic principal, Québec**

Diagnostic principal	1994-1995		1996-1997	
	N	%	N	%
Maladies infectieuses et parasitaires	153	1,1	215	1,3
Tumeurs	606	4,4	633	3,8
Maladies endocriniennes, de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires	436	3,1	499	3,0
Maladies du sang et des organes hématopoïétiq	160	1,1	150	0,9
Démence	1129	8,1	1492	9,0
Autres troubles mentaux	1035	7,4	1056	6,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	815	5,9	841	5,1
Maladies cérébro-vasculaires	1698	12,2	1921	11,6
Maladies cardio-vasculaires	1086	7,8	1237	7,5
Autres maladies circulatoires	305	2,2	322	1,9
Pneumonie	385	2,8	575	3,5
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	467	3,4	554	3,3
Autres infections pulmonaires	195	1,4	276	1,7
Maladies de l'appareil digestif	646	4,6	749	4,5
Maladies des organes génito-urinaires	344	2,5	402	2,4
Maladies de la peau	95	0,7	146	0,9
Maladies ostéo-articulaires	1157	8,3	1333	8,0
Morbidités maldéfinies	1258	9,0	1657	10,0
Lésions et empoisonnements	1469	10,5	1888	11,4
Autres	490	3,5	618	3,7
TOTAL	13929	100,0	16564	100,0

Source : Fichier Med-Echo 1994-1995.

Tableau 6

Pourcentage des personnes de 65 ans et plus admises dans les UCDG et dans les autres services des hôpitaux de courte durée selon le diagnostic principal, Québec, 1994-1995

Diagnostic principal	En UCDG %	Autres unités %	Total %
Maladies infectieuses et parasitaires	6,6	93,4	100
Tumeurs	2,1	97,9	100
Maladies endocriniennes, de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires	7,7	92,3	100
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	5,5	5,5	100
Démence	41,6	58,4	100
Autres troubles mentaux	17,8	82,2	100
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,1	94,9	100
Maladies cérébro-vasculaires	13,1	86,9	100
Maladies cardio-vasculaires	2,4	97,6	100
Autres maladies circulatoires	3,3	96,7	100
Pneumonie	5,1	94,9	100
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	3,2	96,8	100
Autres infections pulmonaires	3,5	96,5	100
Maladies de l'appareil digestif	2,2	97,8	100
Maladies des organes génito-urinaires	2,4	97,6	100
Maladies de la peau	3,3	96,7	100
Maladies ostéo-articulaires	10,1	89,9	100
Morbidités maldéfinies	9,4	90,6	100
Lésions et empoisonnements	8,4	91,6	100
Autres	9,3	90,7	100
TOTAL	5,5	94,5	100

Source : Fichier Med-Echo 1994-1995.

Tableau 7

**Caractéristiques des centres hospitaliers de courte durée et de l'UCDG
selon la durée de séjour, 1994-1995**

	<=20 jours		20-25 jours		25-30 jours		>30 jours		Total	
	<i>N*</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>	<i>N</i>	<i>Moyenne</i>
Nb. de lits de courtes durée	19	217,4	24	272,5	11	240,0	15	167,6	69	229,3
Nb. de lits de longue durée	19	52,1	24	61,2	11	27,5	15	77,9	69	56,9
Nb. de lits à l'UCDG**	19	12,6	24	17,8	11	15,2	15	12,1	69	14,7
Nb. de lits par 10000 habitants de 65 ans et plus	19	15,0	24	13,8	11	12,7	15	13,2	69	13,8
Nb. d'admissions	19	190,0	24	257,8	11	182,5	15	111,9	69	195,4
Nb. de jours présence	19	3342	24	5820	11	4888	15	3922	69	4576
Taux d'occupation	19	0,74	24	0,88	11	0,87	15	0,91	69	0,85
Durée de séjour	19	17,6	24	22,6	11	27,3	15	35,4	69	24,8
Provenance des patients (en %)										
• de l'urgence	18	31,4%	23	38,9%	11	29,9%	12	15,7%	64	30,9%
• transferts intra-hospitaliers	18	57,1%	23	49,2%	11	53,9%	12	69,3%	64	56,0%
• domicile ou autres établissements	18	11,5%	23	11,9%	11	16,2%	12	15,0%	64	13,1%

* Nombre de centres hospitaliers qui ont répondu.

** UCDG : Unité de soins de courte durée gériatrique.

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 8

Classification des UCDG selon leurs caractéristiques structurelles et les caractéristiques médicales de leurs patients, 1994-1995

	Groupe 1 n = 23	Groupe 2 n = 16	Groupe 3 n = 15
Caractéristiques structurelles			
• Nombre moyen de lits à l'UCDG	11,2	24,9	9,0
• Nombre moyen de lits de l'hôpital	143,9	464,5	128,7
• % de lits d'UCDG / lits d'hôpital	9,3	5,8	8,7
• Nombre moyen d'admission à l'UCDG	143,9	388,3	97,9
• % de patients provenant de l'urgence	18,8	54,8	26,7
• % de patients provenant d'autres unités intra hospitalières	67,4	37,0	51,9
• % de patients provenant du domicile ou autres provenances	13,8	8,2	21,4
• Ratio du personnel de réadaptation (ergothérapeute et physiothérapeute) par lit à l'UCDG	0,2	0,1	0,2
• Nombre moyen de services gériatriques hospitaliers internes*	2,7	3,4	3,1
• Nombre moyen de services gériatriques hospitaliers ambulatoires**	0,6	1,8	0,6
• Durée moyenne de séjour (en jours)	24,3	22,0	23,7
Caractéristiques médicales des patients***			
• avec maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme ou du système immunitaire	2,4	3,7	2,2
• avec démence	4,3	8,8	8,9
• avec troubles mentaux (sans démence)	4,1	7,7	11,7
• avec maladies cérébro-vasculaires	19,2	11,1	16,6
• avec maladies cardio-vasculaires	5,9	8,6	6,7
• avec autres maladies de l'appareil circulatoire	1,5	2,3	1,1
• avec maladies de l'appareil respiratoire	6,3	8,1	4,2
• avec maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	9,5	7,7	4,4
• admis pour chute	13,8	7,2	6,7
• avec troubles cognitifs	35,9	53,3	54,8
Nombre moyen de diagnostics secondaires	6,2	6,9	6,6

* Unité de réadaptation gériatrique, unité de soins de longue durée, unité de psychogériatrie.

** Clinique externe de gériatrie, clinique externe de psychogériatrie, centre de jour, hôpital de jour.

*** Les caractéristiques médicales correspondent au diagnostic principal associé à l'hospitalisation.

Sources :

- Caractéristiques structurelles : Données de l'enquête auprès des directeurs des services professionnels.
- Caractéristiques médicales : Fichier MED-ÉCHO.

Tableau 9

Caractéristiques des trois regroupements d'UCDG, 1994-1995

Caractéristiques	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Nombre de lits de courte durée dans l'hôpital						
<=100	9	39,0%	0	0,0%	8	31,0%
101-200	6	26,0%	0	0,0%	5	20,0%
201-300	7	30,0%	2	13,0%	1	19,0%
> 300	1	4,3%	14	88,0%	1	30,0%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
Nombre de lits à l'UCDG						
<=5	4	17,4%	0	0,0%	7	46,7%
6-10	9	39,1%	0	0,0%	4	26,7%
11-20	9	39,1%	5	31,3%	4	26,7%
>20	1	4,3%	11	68,8%	0	0,0%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
Nombre d'admissions à l'UCDG						
<=100	8	34,8%	0	0,0%	7	46,7%
101-200	9	39,1%	0	0,0%	7	46,7%
201-300	5	21,7%	3	18,8%	1	6,7%
>300	1	4,3%	13	81,3%	0	0,0%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
Provenance des patients (en %)						
• Urgence						
<=10	12	52,2%	2	12,5%	9	60,0%
10,1 - 50	9	39,1%	6	37,5%	3	20,0%
50,1 - 75	0	0,0%	2	12,5%	1	6,7%
>75	2	8,7%	6	37,5%	2	13,3%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
• Transferts intra-hospitaliers						
<=10	1	4,3%	5	31,3%	3	20,0%
10,1 - 50	6	26,1%	4	25,0%	3	20,0%
50,1 - 75	5	21,7%	4	25,0%	4	26,7%
>75	11	47,8%	3	18,8%	5	33,3%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
• Domicile/Autres établissements						
<=10	16	69,6%	12	75,0%	8	53,3%
11 - 57	7	30,4%	4	25,0%	7	46,7%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
Régions*						
Métropolitaines	3	13,0%	12	75,0%	4	26,7%
Banlieus métropolitaines	2	8,7%	2	12,5%	1	6,7%
Autres agglomérations métropolitaines	12	52,2%	2	12,5%	5	33,3%
Milieu rural	6	26,1%	0	0,0%	5	33,3%
Total	23	100,0%	16	100,0%	15	100,0%
Durée moyenne de séjour (en jours)		24,3		22,0		23,7

* Selon la classification des régions métropolitaines de recensement de Statistique Canada de 1991.

Source : Enquête auprès des directeurs des services professionnels.

Tableau 10

Probabilité de connaître un résultat moins favorable en termes de milieu de vie, d'utilisation de ressources sanitaires et de survie, après le congé hospitalier de deux UCDG montréalaises, 1989-1990

	N	Nombre de mois après le congé		
		3 mois RC*	6 mois RC	12 mois RC
Activités de la vie quotidienne (AVQ)				
Indépendance	88	-	-	-
Assistance légère	158	1,4 (ns)	1,3 (ns)	1,5 (ns)
Assistance modérée	188	3,4 (1,9-6,1)	3,3 (1,9-6,0)	3,8 (2,2-6,9)
Dépendance	16	6,5 (2,4-18,0)	4,8 (1,8-13,0)	4 (1,5-11,0)
Mode de vie				
Ne vit pas seul	170	-	-	-
Vit seul	180	1,8 (1,2-2,7)	1,5 (1,0-2,2)	1,5 (1,0-2,2)
Pathologies (Regroupements diagnostics)				
Autres diagnostics	123	-	-	-
Dimension du métabolisme énergétique	128	1,1 (ns)	1,2 (ns)	1,1 (ns)
Dimension neuro-musculo-squelettique	56	0,7 (ns)	0,7 (ns)	0,8 (ns)
Dimension cognitive	43	2,3 (1,2-4,4)	2,6 (1,4-5,0)	2,2 (1,2-4,1)
Hospitalisation au cours des cinq dernières années				
Aucune	117	-	-	-
Une hospitalisation	129	1 (ns)	1,1 (ns)	1,1 (ns)
2 – 3 hospitalisations	71	1,8 (1,0-3,1)	2 (1,2-3,5)	1,5 (ns)
4 hospitalisations ou plus	33	2,5 (1,2-5,3)	3,3 (1,5-6,3)	2,3 (1,1-4,8)

* Ratio de cote (odd ratio).

Tableau 11

Besoins supplémentaires en lits dans les UCDG afin d'assurer une meilleure équité interrégionale d'accès à ces services, d'après les données de 1994-1995.

	Population de 65 ans et plus	Taux d'hospitalisation en UCDG*	Nombre de lits dans la région	Nombre de lits par 10 000 habitants	Besoins supplémentaires en lits**	Ajustement pour la mobilité interrégionale	Besoins après ajustement pour la mobilité	Besoins pondérés***	
								N	%
Bas-St-Laurent	28 823	1,58	50	1,73	2	0	3	3	5,1
Saguenay-Lac-St-Jean	28 651	0,68	16	0,56	17	0	17	17	108,4
Québec	78 432	2,10	87	1,11	-27	-17	-44	-22	-25,3
Mauricie-Bois-Francs	64 842	1,82	128	1,97	-8	1	-7	-3	-2,6
Estrie	36 107	1,23	53	1,47	13	-1	13	13	23,9
Montréal-Centre	270 065	1,65	360	1,33	15	-47	-33	-16	-4,5
Outaouais	27 649	0,61	46	1,66	19	0	19	19	42,3
Abitibi-Témiscamingue	14 564	1,30	18	1,24	3	0	2	2	12,9
Côte-Nord	7 360	0,00	0	0,00	8	0	8	8	
Nord-du-Québec	639	0,00	0	0,00	0	0	0	0	
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	13 495	1,08	19	1,41	7	1	7	7	39,1
Chaudière-Appalaches	44 338	0,89	36	0,81	27	16	43	43	120,4
Laval	33 624	2,10	30	0,89	-17	30	13	13	42,3
Lanaudière	32 771	1,57	37	1,13	-2	5	3	3	7,1
Laurentides	40 763	1,73	54	1,32	-7	-1	-8	-4	-7,7
Montérégie	127 181	2,13	196	1,54	-52	12	-40	-20	-10,1
Total	849 304	1,64	1130	1,33	0	0	0	63	5,6

* Hospitalisation à l'intérieur ou hors de leur région.

** Les besoins en lits en UCDG sont obtenus en multipliant pour chaque groupe d'âge (65-70, 70-75, 75-80, 80-84 et 85 et plus), le taux d'hospitalisation pour l'ensemble du Québec de la population correspondante en âge de chaque région; ce nombre d'hospitalisations est multiplié par la durée moyenne de séjour (25 jours) et divisé par le nombre moyen de jours-présence (307 jours : 365 multiplié par un taux d'occupation de 84 %). Ces chiffres sont ceux obtenus pour l'ensemble du Québec en 1994-95. On se trouve ainsi à ramener l'utilisation de la population de chaque région à celle de l'ensemble du Québec. Ainsi, les régions qui ont un taux supérieur à la moyenne ont des besoins négatifs c'est-à-dire une réduction du nombre de lits. Cette réduction est cependant pondérée dans la dernière colonne du tableau.

*** La pondération vise à tenir compte du fait que les régions dont le taux d'hospitalisation est supérieur à la moyenne ne doivent pas réduire complètement cet écart si elles veulent répondre aux besoins de la population de leur région. Une réduction de 50% apparaît raisonnable.

Tableau 12

Simulation des besoins en lits pour les UCDG en 2005 en appliquant à la population projetée les taux d'hospitalisation par groupe d'âge de l'ensemble du Québec en 1994-95

Régions	Situation en 1994-95				Projection en 2005					
	Population de 65 ans et plus	Hospitalisations nombre	taux	Nombre de lits	Population de 65 ans et plus	Hospitalisations Nombre	Écart	Lits requis Nombre	Écart	Écart en %
Bas-St-Laurent	28 823	454	1,58	50	32 332	649	195	66	16	31,7
Saguenay-Lac-St-Jean	28 651	196	0,68	16	36 787	630	434	51	35	220,9
Québec	78 432	1650	2,10	87	98 506	1884	234	106	19	21,9
Mauricie-Bois-Francs	64 842	1177	1,82	128	78 317	1510	333	155	27	21,2
Estrie	36 107	443	1,23	53	42 282	818	375	84	31	57,5
Montréal-Centre	270 065	4452	1,65	360	306 407	6042	1590	490	130	36,0
Outaouais	27 649	169	0,61	46	38 935	682	513	88	42	90,8
Abitibi-Témiscamingue	14 564	189	1,30	18	17 057	314	125	28	10	56,7
Côte-Nord	7 360	0	0,00	0	11 254	185	185	15	15	
Nord-du-Québec	639	0	0,00	0	1 166	15	15	1	1	
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	13 495	146	1,08	19	15 471	299	153	31	12	65,8
Chaudière-Appalaches	44 338	396	0,89	36	53 419	1044	648	89	53	146,6
Laval	33 624	706	2,10	30	49 818	839	133	41	11	36,2
Lanaudière	32 771	513	1,57	37	47 451	781	268	59	22	59,1
Laurentides	40 763	707	1,73	54	57 603	977	270	76	22	40,7
Montérégie	127 181	2705	2,13	196	178 044	3280	575	243	47	23,9
Total	849 304	13903	1,64	1130	1 064 849	19950	6047	1622	492	43,6

Hypothèses :

Durée de séjour : 25
 Jours/année : 307
 Taux d'occupation : 0,84