

GRIS

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



*Description et devenir des clientèles de deux
unités de courte durée gériatriques
québécoises en milieu urbain*

Rapport de recherche

*Marie-Jeanne Kergoat
Judith Latour
Paule Lebel
Chantal Leclerc
Nicole Leduc*

et al.

R99-16

Décembre 1999

Dépôt légal – 3^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-42-7

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR L'AUTONOMIE DES AÎNÉS-ES (PRAA) SANTÉ Canada

**DESCRIPTION ET DEVENIR DES CLIENTÈLES
DE DEUX UNITÉS DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUES
QUÉBÉCOISES EN MILIEU URBAIN**

RAPPORT DE RECHERCHE

Marie-Jeanne Kergoat ¹

Judith Latour ^{1,2}

Paule Lebel ^{1,3}

Chantal Leclerc ¹

Nicole Leduc ⁴

et

Le Groupe de recherche sur l'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles

Juin 1998

¹ Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal;

² Pavillon Hôtel-Dieu, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);

³ Direction de la santé publique, Montréal-Centre;

⁴ Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal;



Ce document fait partie d'un ensemble de cinq rapports de recherche publiés par le **GRIS** en collaboration avec le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ces rapports présentent les principaux résultats des travaux effectués entre 1995 et 1999 dans le cadre d'un programme de recherche intitulé *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques* *.

L'équipe de recherche est composée de :

André-Pierre Contandriopoulos¹, Marie-Jeanne Kergoat², Judith Latour^{2,6}, Paule Lebel^{2,7}, Nicole Leduc¹, Danièle Roberge³, Francine Ducharme⁵, Raynald Pineault^{1,3}, François Béland¹, Howard Bergman⁴, Chantal Leclerc², Marc-André Fournier¹, Jacinthe Loiselle³, Isabelle Paré³, Lise Philibert¹, Pilar Barbal i Rodoreda², Rosario Rodriguez¹.

Les documents suivants sont disponibles auprès du GRIS :

- *Synthèse des travaux réalisés dans le cadre du programme :*

Contandriopoulos A-P, *et al.* : ***L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques.*** Rapport de recherche #R99-07, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.

- *Autres rapports de recherche :*
- Roberge D, Lebel P, Ducharme F, Pineault R, Loiselle J, Remondin M. : ***Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à mesurer les perceptions des aidants de la qualité des soins et des services dans les unités de courte durée gériatriques.*** Rapport de recherche #R98-08, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1998.
- Fournier M-A, Leclerc C, Contandriopoulos A-P, Kergoat M-J, Latour J, Lebel P. : ***Les unités de courte durée gériatriques au Québec : portrait de la situation.*** Rapport de recherche #R99-08, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Kergoat M-J, Rodriguez R, Latour J, Lebel P. : ***Critères d'admissibilité dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG).*** Rapport de recherche #R99-14, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Lebel P, Barbal i Rodoreda P, Kergoat M-J, Latour J, Ducharme F. : ***Le concept de la fragilité selon les personnes âgées.*** Rapport de recherche #R99-15, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Kergoat M-J, Latour J, Lebel P, Leclerc C, Leduc N. : ***Description et devenir des clientèles de deux unités de courte durée gériatriques québécoises en milieu urbain.*** Rapport de recherche #R99-16, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.

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*

Direction de la Santé publique de Montréal-Centre

* Ce programme de recherche a été 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.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	iv
Introduction	1
Chapitre 1 : Un modèle dynamique de la fragilité	4
1.1 Cerner le concept de fragilité : Trois approches différentes	4
1.2 Un modèle dynamique de la fragilité	6
1.3 Avantages et limites du modèle proposé	11
1.4 Conclusion	12
Chapitre 2: État des connaissances sur les unités de courte durée gériatriques (UCDG)	13
2.1 Définition, fonctions et clientèles des UCDG	13
2.2 Les types d'UCDG	17
2.2.1 La situation en Grande-Bretagne	17
2.2.2 La situation aux États-Unis	18
2.2.3 La situation au Québec	20
2.3 Les bénéfices perçus et démontrés des UCDG	26
Chapitre 3: Matériel et Méthode	31
3.1 Description des sites de l'étude	31
3.2 Population à l'étude et collecte d'informations	33
3.3 Instruments de mesure	34
3.4 Analyses statistiques	36
3.4.1 Analyses descriptives	36
3.4.2 Analyses de régression logistique polytomique	36
Chapitre 4: Description des clientèles	39
4.1 Caractéristiques socio-démographiques et médicales de la population admise aux deux UCDG de l'étude.....	39
4.1.1 Les diagnostics	40
4.1.2 État cognitif et fonctionnel	41
4.1.3 Consommation de médicaments	42
4.2 Patients décédés en cours d'hospitalisation.....	42
4.2.1 Les diagnostics	42
4.2.2 État cognitif et fonctionnel.....	43
4.2.3 Consommation de médicaments.....	43
4.2.4 Justesse de l'admission	43
4.3 Patients dont le lieu de résidence à l'admission est le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).....	45
4.3.1 Les diagnostics	45
4.3.2 État cognitif et fonctionnel	45
4.4 Autres analyses descriptives	46
4.4.1 Patients avec et sans diagnostic de maladies de l'appareil circulatoire	46
4.4.2 Patients avec et sans diagnostic de démence	47
4.4.3 Patients avec et sans diagnostic de maladies de l'appareil respiratoire	49
4.4.4 Patients avec et sans troubles mentaux excluant la démence	50
4.4.5 Patients avec et sans maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	50

4.4.6 Patients avec et sans diagnostic de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	52
4.4.7 Patients indépendants aux AVQ, AVD et sans troubles cognitifs allant de modérés à sévères	53
Chapitre 5: Le devenir des clientèles	57
5.1 Description des clientèles selon leur devenir	57
5.1.1 Caractéristiques de la clientèle en attente d'hébergement au congé de l'UCDG	57
5.1.2 Caractéristiques des patients décédés au cours des trois premiers mois de suivi.....	57
5.1.3 Caractéristiques des patients selon le milieu de vie à trois mois	58
5.1.4 Caractéristiques des patients selon leur utilisation des services hospitaliers.....	59
5.2 Facteurs de prédiction du devenir des clientèles	60
Chapitre 6: Conclusions et pistes de réflexion	62
Bibliographie	65

Annexes

Annexe 1 : Les fonctions des UCDG et les problèmes pris en charge

Annexe 2 : Résultats d'études sur les bénéfices des programmes gériatriques

Annexe 3 : Description des outils de mesure utilisés

- Échelle de dépression (MADRS)
- Échelle des activités instrumentales de la vie courante (Lawton)
Activités de la vie quotidienne (AVQ) (habituelle-actuelle-sortie)
- Échelle des activités instrumentales de la vie courante (Lawton)
Activités de la vie domestique (AVD)

Annexe 4 : Tableaux sur les caractéristiques des clientèles

Tableau 4.1: Caractéristiques socio-démographiques de la population à l'étude

Tableau 4.2 : Diagnostics, état fonctionnel et cognitif de la population à l'étude

Tableau 4.3: Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des clientèles de l'étude, de la tournée de Durant et coll. (1991) et de la population de 65 ans et plus du Québec

Tableau 4.4: Trois principaux diagnostics cumulés

Tableau 4.5: Comparaison de la répartition des patients selon le diagnostic principal.

Tableau 4.6: Caractéristiques des patients décédés en cours d'hospitalisation

Tableau 4.7: Caractéristiques des patients dont le lieu de résidence est le CHSLD

Tableau 4.8: Caractéristiques des patients avec et sans maladies de l'appareil circulatoire

Tableau 4.9: Caractéristiques des patients avec et sans diagnostic de démence (excluant la démence)

Tableau 4.10: Caractéristiques des patients avec et sans troubles mentaux

Tableau 4.11: Caractéristiques des patients avec et sans maladies du système ostéoarticulaire, muscle et tissu conjonctif

Tableau 4.12: Caractéristiques des patients avec et sans maladies endocriniennes

Tableau 4.13: Caractéristiques des patients indépendants aux AVQ, AVD et sans troubles cognitifs allant de modérés à sévères et des patients non indépendants aux avq, avd avec troubles cognitifs allant de modérés à sévères

Tableau 4.14: Classifications des patients autonomes aux AVQ/AVD et MMSE > 24 selon les profils diagnostic et les alternatives à l'hospitalisation à l'UCDG (n=30)

Annexe 5 : Figures et tableaux des caractéristiques des patients selon leur devenir

Figure 5.1 : Schéma des analyses sur le devenir des clientèles

Figure 5.2 : Hospitalisation à 3 mois

Tableau 5.1 : Caractéristiques des patients en attente d'hébergement au congé de l'UCDG

Tableau 5.2 : Caractéristiques des patients décédés au cours des trois premiers mois de suivi

Tableau 5.3 : Caractéristiques des patients selon le milieu de vie à trois mois

Tableau 5.4 : Caractéristiques des patients selon leur utilisation des services hospitaliers

Tableau 5.5 : Résultats des analyses de régression logistique polytomique sur les variables influençant le degré de gravité des événements à 3 mois, 6 mois et un an après l'hospitalisation en UCDG.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Chapitre 1

Figure 1.1 : Un modèle dynamique de la fragilité

Tableau 1.1 : Définitions de la fragilité

Tableau 1.2 : Les facteurs modulateurs

Chapitre 2

Tableau 2.1 : Fonctions des UCDG

Tableau 2.2 : Critères de sélection des patients

Tableau 2.3 : Types de problèmes pris en charge dans les UCDG

Tableau 2.4 : Critères définissant une UCDG standard (Wieland et coll., 1994)

Tableau 2.5 : Unités de courte durée gériatriques selon différents types (AHQ, 1995)

Tableau 2.6 : Caractéristiques des patients selon les types d'UCDG

Tableau 2.7 : Durée de séjour et destination de la clientèle au congé selon les types d'UCDG

Tableau 2.8 : Classification des UCDG, 1994-1995

Tableau 2.9 : Liste des bénéficiaires démontrés des UCDG

Chapitre 4

Figure 4.1 : Population à l'étude

INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs, le phénomène d'accroissement de la population âgée avec ses besoins de santé spécifiques couplé à la rationalisation des ressources a mené, au cours des vingt dernières années, à des modifications dans l'organisation des soins et des services destinés à cette clientèle. De nouveaux modèles de prise en charge ont vu le jour, plusieurs d'entre eux se caractérisent par une philosophie d'intervention interdisciplinaire coordonnée, continue et globale permettant de répondre aux besoins particuliers de la clientèle gériatrique. Parmi ces services gériatriques, des unités de courte durée gériatriques (UCDG) ont été développées et sont considérées comme des lieux privilégiés pour évaluer, diagnostiquer, traiter et orienter vers le milieu de vie le mieux adapté, les personnes âgées ayant de graves problèmes de santé.

Quelques études prospectives randomisées ont démontré les bienfaits de l'hospitalisation des personnes âgées en UCDG (Applegate et coll., 1990; Harris, 1991; Rubenstein, 1984,1987,1988). Il est, par ailleurs, difficile de généraliser les résultats de ces études à toutes les clientèles admises en UCDG, étant donné la diversité des critères de sélection des populations retenues par chacune de ces études. De plus, ces études ne permettent pas de distinguer l'effet réel de la prise en charge en UCDG, de la prise en charge faite dans la communauté après leur congé de l'hôpital.

Bien que des bénéfices à l'hospitalisation en UCDG aient été démontrés, ce programme gériatrique apparaît comme une «boîte noire». Les modes de prise en charge en UCDG sont peu connus et bien entendu, encore moins la valeur relative d'un mode par rapport à un autre, tant en ce qui concerne les résultats cliniques que l'utilisation des ressources.

Étant donné les difficultés méthodologiques rencontrées dans les études d'évaluation de programme, certains experts (Cole, 1993; Rubenstein et coll., 1991) proposent d'orienter les recherches sur l'analyse du processus d'évaluation des problèmes de santé en UCDG de même que sur l'analyse de la prise en charge des clientèles dans ces unités. Selon cette approche, on s'intéresse davantage à l'étude des facteurs contribuant au succès des UCDG. L'un de ces facteurs auquel plusieurs accordent une importance cruciale est celui du ciblage des clientèles admises aux UCDG (Rubenstein et coll., 1991, Applegate, 1991, Winograd, 1991), c'est-à-dire l'identification des clientèles les plus à même de bénéficier de ces services.

Compte tenu des ressources limitées et de l'accroissement de la population âgée, le recours aux services des UCDG doit être justifié. Il faut donc s'assurer que l'hospitalisation en UCDG soit

accessible aux personnes âgées qui ont besoin d'un tel type de ressource et que les modes de prise en charge soient de bonne qualité, efficaces et efficaces.

Dans le cadre d'un programme de recherche sur l'autonomie des aînés intitulé "L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG)", nous abordons plusieurs dimensions de l'utilisation des ressources d'UCDG. Deux des objectifs spécifiques du programme de recherche étaient de 1) décrire les clientèles prises en charge dans les UCDG et ; 2) déterminer les facteurs de prédiction du devenir de celles-ci au cours de l'année suivant le congé de l'UCDG. Le tout dans le but d'apporter des précisions sur les clientèles cibles des UCDG.

Pour répondre à ces deux objectifs, nous avons utilisé les données recueillies par deux des co-investigateurs lors d'une étude prospective effectuée en 1989-90 dans deux UCDG académiques montréalaises (Kergoat et coll., 1996). Cette banque de données, particulièrement exhaustive, nous a permis de caractériser les clientèles tant selon la morbidité, la capacité fonctionnelle, l'état cognitif, l'état affectif, la consommation de soins que selon le devenir suite à une admission en UCDG.

Les clientèles des services gériatriques sont identifiées sous diverses dénominations : personnes en perte d'autonomie, personnes avec des limitations fonctionnelles ou ayant des incapacités, personnes à risque d'hébergement, personnes fragiles (frail) ou vulnérables. Une certaine confusion règne dans l'utilisation de cette terminologie. Mais depuis quelques années, la notion de fragilité a gagné en popularité parmi les cliniciens et les chercheurs (Fried, 1994 ; Rockwood et coll., 1994 ; Buchner et Wagner, 1993). Cette notion ne faisant pas consensus, dans le cadre de ce présent programme de recherche, nous avons développé un modèle dynamique de la fragilité.

Plusieurs méthodes furent utilisées pour arriver à proposer ce modèle de la fragilité : 1) une recension des écrits ; 2) une approche par consensus ; 3) une étude exploratoire auprès d'aînés de divers milieux. Ce modèle a servi de cadre conceptuel pour l'analyse des données sur les clientèles des deux UCDG montréalaises.

Dans ce rapport de recherche nous présentons, dans un premier temps, un modèle de la fragilité (chapitre 1). Ensuite nous présentons l'état des connaissances sur les UCDG (chapitre 2). Par la suite, nous décrivons les deux sites étudiés ainsi que la méthodologie de recherche utilisée (chapitre 3). Au chapitre 4, nous présentons le portrait socio-démographique et médical des clientèles admises dans les deux UCDG

montréalaises. Le chapitre 5 porté sur la description des clientèles selon leur devenir après leur hospitalisation en UCDG. Nous y présentons également les résultats d'analyses sur les facteurs de prédiction du devenir des clientèles à trois mois; à six mois et à un an. Le chapitre 6 fait l'objet de conclusions et recommandations quant aux clientèles cibles des UCDG et aux pistes futures de recherches sur le sujet.

1. UN MODÈLE DYNAMIQUE DE LA FRAGILITÉ

Compte tenu des ressources limitées et de l'accroissement du nombre de personnes âgées, les services gériatriques se doivent d'être efficaces. Pour y arriver, le ciblage de clientèles spécifiques s'avère essentiel (Rubenstein et coll., 1995). Ces clientèles spécifiques sont identifiées sous diverses dénominations qui reflètent un déclin fonctionnel et une plus grande vulnérabilité biopsychosociale: personnes en perte d'autonomie, personnes avec des limitations fonctionnelles ou ayant des incapacités, personnes à risque d'hébergement, personnes fragiles (frail) ou vulnérables. Tel que précédemment mentionné, une certaine confusion règne dans l'utilisation de cette terminologie, pourtant centrale dans le champ de la gériatrie et de l'organisation des services de santé.

Depuis quelques années, la notion de fragilité a gagné en popularité parmi les cliniciens et les chercheurs (Fried, 1994; Rockwood et coll., 1994; Buchner et Wagner, 1992). Mais comment la fragilité diffère-t-elle de la sénescence ? Comment se relie-t-elle à l'incapacité ? Quels facteurs l'influencent ? Autant de questions sur lesquelles nous nous sommes penchés pour en arriver à proposer un modèle dynamique de la fragilité.

Différentes méthodes de recherche furent utilisées : 1) une recension des écrits ; 2) une approche par consensus ; 3) une étude exploratoire auprès de groupe d'aînés de divers milieux (Lebel, Barbal i Rodoreda et coll., 1998).

1.1 CERNER LE CONCEPT DE FRAGILITÉ : TROIS APPROCHES DIFFÉRENTES

Plusieurs auteurs ont tenté de définir la fragilité. Les principales définitions de la fragilité recensées dans la littérature figurent au Tableau 1.1. Trois approches principales furent préconisées pour aborder le concept de fragilité, soit l'approche fonctionnelle, l'approche médicale et finalement l'approche physiologique.

Selon l'approche fonctionnelle, les personnes âgées fragiles sont définies comme étant celles qui présentent des limitations fonctionnelles ou qui sont dépendantes dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou encore qui sont hébergées (Rockwood et coll., 1994; Buchner et Wagner, 1992; Brown et coll., 1995; Gillick 1989; Ory et coll., 1993; Raphael et coll., 1995; Soldo et coll., 1990; Stolle et coll., 1981; Woodhouse et coll., 1988). Selon cette approche, l'incapacité est le marqueur de la fragilité et constitue un bon prédicteur de l'hébergement et de la mortalité (Branch et Ku, 1989; Foley et coll., 1992).

Selon l'approche médicale, les personnes âgées fragiles sont celles qui ont des présentations particulières de la maladie telles que les grands syndromes gériatriques (chutes, delirium, incontinence, polymédication, etc.), celles qui souffrent de multiples maladies chroniques ou des conditions qui font qu'elles doivent être hébergées en milieu institutionnel (Fried, 1994; Applegate et coll., 1990; Fried et Bush, 1988; Fried et coll., 1994; Schulz et Williamson, 1993). Ces auteurs ont établi une équivalence entre la comorbidité ou les syndromes gériatriques et la fragilité.

Tableau 1.1 : Définitions de la fragilité

AUTEURS	DÉFINITIONS	APPROCHE
Stolle et Rockwood (1981)	Une personne âgée est fragile si sa capacité à vivre de façon indépendante est compromise	Fonctionnelle
Woodhouse et coll. (1988)	Les personnes âgées fragiles sont les individus de plus de 65 ans, dépendants des autres pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et sont souvent en hébergement institutionnel	Fonctionnelle
Gillick (1989)	Les personnes âgées fragiles sont celles qui ne peuvent, vivre sans une aide substantielle d'autres personnes	Fonctionnelle
Ory et coll., (1993)	La fragilité physique - déficiences sévères dans la mobilité, l'équilibre et l'endurance qui: posent des problèmes dans la vie quotidienne.	Fonctionnelle
Rockwood et coll., (1994)	La fragilité est l'équilibre entre les atouts qui favorisent l'indépendance chez les personnes âgées et les déficits qui la menacent	Fonctionnelle
Raphael et coll. (1995)	La fragilité est un état qui survient lorsqu'il y a diminution des habilités de la personne pour mener les activités (pratiques et sociales) de la vie quotidienne.	Fonctionnelle
Brown et coll. (1995)	La fragilité apparaît quand il y a diminution des habilités à faire les activités (pratiques et sociales) de la vie quotidienne.	Fonctionnelle
Buchner et Wagner (1992)	La fragilité est un état de diminution des réserves physiologiques associé à une plus grande susceptibilité à l'incapacité.	Physiologique
Bortzll (1993)	La fragilité est une perte de l'intégrité structurelle qui survient quand l'organisme ne rencontre plus la demande de l'environnement.	Physiologique
Fried et coll. (1991)	La fragilité est comme une perte d'indépendance de l'individu non apparente cliniquement causée par des problèmes pathophysiologiques.	Physiologique
Verbrugge (1991)	La fragilité est la perte des réserves physiologiques, la faiblesse et une vulnérabilité généralisée.	Physiologique
Fried (1994)	La fragilité est un syndrome clinique.	Médicale

Finalement, selon l'approche physiologique, les personnes âgées fragiles sont celles qui vivent un état de perte de leurs réserves physiologiques associé à l'accroissement des incapacités (Buchner et Wagner, 1992). Ici, la fragilité se substitue au concept de sénescence, qui se définit comme la perte progressive de résilience avec l'âge, même en l'absence d'accidents ou de maladies (Raphael et Coll., 1995).

Les difficultés liées à chacune de ces approches ont trait à la substitution du terme de fragilité à d'autres concepts déjà fort utilisés dans le langage gériatrique, soit à l'incapacité, à la maladie et à la sénescence. Nous proposons une définition de la fragilité qui intègre ces trois approches et distingue clairement chacun des concepts.

1.2 UN MODÈLE DYNAMIQUE DE LA FRAGILITÉ

Pour beaucoup de cliniciens, la fragilité s'exprime lors d'événements stressants, d'ordre médical, psychologique ou social, qui déstabilisent la personne âgée et risquent de provoquer ou d'exacerber, de façon temporaire ou permanente, certaines limitations fonctionnelles ou incapacités. Cette façon intuitive de concevoir la fragilité traduit bien l'impression d'équilibre précaire dans lequel se trouvent maintes personnes âgées et nous amène à considérer la fragilité comme un risque plutôt qu'un état.

Ainsi, nous définissons la *fragilité* comme *le risque qu'a une personne âgée, à un moment 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 1.1 illustre un modèle conceptuel 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 peuvent apparaître dans tout organe ou structure de l'organisme (OMS, 1981). Cependant, des déficiences touchant certains systèmes sont plus susceptibles de conduire à des limitations fonctionnelles et à des incapacités chez les personnes âgées. Ainsi, plusieurs auteurs ont étudié les processus physiopathologiques qui induisent des incapacités. Comme maints auteurs (Buchner et Wagner, 1992; Fried et Guralnik, 1997; Verbrugge, 1990), nous constatons que des déficiences dans l'une ou plusieurs des trois

dimensions physiopathologiques suivantes sont davantage susceptibles de conduire aux limitations fonctionnelles et aux incapacités, donc d'accroître la fragilité chez les personnes âgées, soient 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. À titre d'exemple, une personne peut présenter une déficience au plan cognitif tout en demeurant très robuste du point de vue de ses capacités cardio-pulmonaires. Les déficiences peuvent résulter non seulement de maladies associées à l'âge avancé mais également de la sénescence elle-même, telle que définie précédemment.

Les maladies et la sénescence, à leur tour, résultent de facteurs prédisposants que constituent les risques génétiques, professionnels, environnementaux et comportementaux. Ces facteurs ont une influence sur l'apparition et la sévérité des maladies et conditionnent le rythme auquel se produit la sénescence.

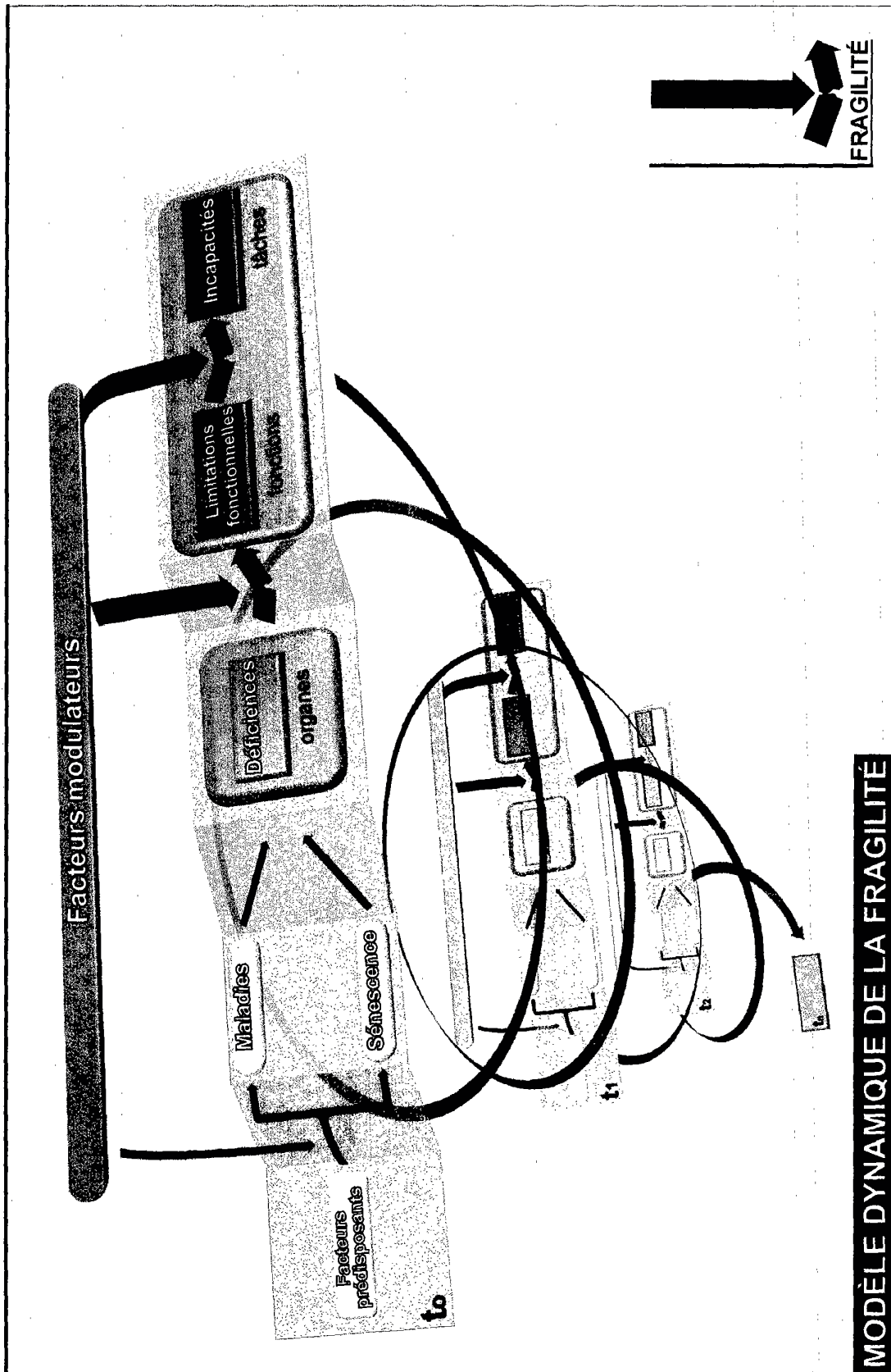
Suite à l'effet des maladies, de la sénescence ou des deux, les déficiences peuvent s'aggraver et évoluer vers des limitations fonctionnelles et des incapacités. La limitation fonctionnelle constitue un état préclinique de l'incapacité (Vagi, 1976; Verbrugge et Jette, 1994; Fried et coll., 1991), c'est-à-dire un fonctionnement altéré suite à l'atteinte d'un organe mais, contrairement aux incapacités (OMS, 1981), n'entravant pas la réalisation d'activités de la vie quotidienne ou domestique, grâce à l'utilisation de stratégies compensatoires.

Le passage successif des déficiences aux limitations fonctionnelles puis à l'incapacité aurait un caractère essentiellement biomédical si ce n'était des effets des facteurs modulateurs. Ces derniers nous permettent d'exprimer toute la complexité du concept de fragilité en alliant de manière cohérente ses dimensions biomédicales et psychosociales.

Certains facteurs modulateurs peuvent accélérer ou retarder l'évolution 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. Ils peuvent être regroupés en trois types de ressources, à savoir **les ressources individuelles, les ressources d'ordre social et communautaire, et enfin les ressources propres au système de santé** dans lequel évolue la personne âgée. Le Tableau 1.2 les précise davantage.

Les ressources individuelles comprennent entre autres la capacité d'adaptation (coping), le sens de cohérence, l'estime de soi, le foyer de contrôle interne, le statut socio-économique, l'éducation et la spiritualité.

Figure 1.1: Un modèle dynamique de la fragilité



<p>RESSOURCES INDIVIDUELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'adaptation (capacité de coping) • Sens de cohérence • Estime de soi • Foyer de contrôle interne • Statut socio-économique • Éducation • Spiritualité
<p>RESSOURCES SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réseau de soutien social <ul style="list-style-type: none"> ❖ Structures <ul style="list-style-type: none"> ○ Taille ○ Composition ○ Homogénéité ○ Densité ○ Stabilité ○ Complexité des rôles ○ Dispersion géographique ❖ Contenu du réseau <ul style="list-style-type: none"> ○ Interactions ○ Intensité du soutien ○ Complexité du soutien ○ Réciprocité des relations • Milieu de vie <ul style="list-style-type: none"> ○ Conditions physiques ○ Milieu de vie stimulant ○ Milieu de vie sécuritaire
<p>RESSOURCES DU SYSTEME DE SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité • Accessibilité • Continuité • Qualité

Les ressources sociales et communautaires comprennent deux types de modulateurs : le réseau de soutien social et le milieu de vie. Le réseau de soutien social doit être considéré tant selon ses structures que selon son contenu. Par structures, on entend la taille, la composition, l'homogénéité, la densité ainsi que la stabilité du réseau tout autant que la complexité des rôles et la dispersion géographique des membres du réseau. L'étude du contenu du réseau nous renseigne sur la fréquence des contacts (interactions), l'intensité et la complexité du soutien de même que sur sa réciprocité.

Le second type de ressources sociales et communautaires est le milieu de vie. On considère les conditions physiques du milieu de vie et la sécurité du milieu de vie qui peuvent influencer l'expression des limitations fonctionnelles et des incapacités.

Le milieu de vie stimulant est aussi considéré puisqu'il peut aider au maintien ou à l'amélioration des capacités fonctionnelles de la personne âgée.

Finalement, la troisième catégorie de facteurs modulateurs est celle des ressources du système de santé. Nous considérons ces ressources selon les dimensions suivantes : leur disponibilité, leur accessibilité, leur continuité et leur qualité. Ce sont là, bien entendu, des dimensions retenues par plusieurs chercheurs peu importe les clientèles considérées. Par ailleurs, elles prennent une signification particulière lorsque l'on parle de clientèles âgées fragiles. En effet, les personnes âgées fragiles sont celles ciblées par les services gériatriques. Ces services doivent être disponibles pour répondre à leurs besoins, d'autant plus que plusieurs études ont démontré que 20% à 60% des personnes âgées hospitalisées dans des unités régulières de médecine ou de chirurgie ont vu leur état fonctionnel se détériorer ou ont développé des problèmes iatrogènes tel que le delirium (Palmer, 1995).

La notion d'accessibilité aux ressources prend aussi une autre dimension pour ces clientèles. Tant l'accessibilité géographique que physique des lieux est importante.

La continuité des services est aussi cruciale pour les personnes âgées fragiles. On sait que celles-ci sont particulièrement à risque de réhospitalisation suite au congé des services hospitaliers. Elles ont souvent besoin de la mise en place de services de soutien à domicile lorsqu'elles retournent chez elles. C'est pourquoi la planification du congé, faite conjointement avec plusieurs intervenants (hospitaliers et communautaires), le patient et sa famille, est essentielle pour assurer le maintien à domicile de cette clientèle et diminuer les risques de réhospitalisations répétées.

La qualité des ressources du système de santé est un autre aspect à considérer. Sachant que les personnes âgées fragiles ont des besoins particuliers et nécessitent une approche globale et continue, à la fois la qualité de la prise en charge et la satisfaction des personnes âgées et de leur famille face aux soins et services doivent être considérées.

Les facteurs modulateurs sont importants du fait que c'est par leur intermédiaire que la prévention de la fragilité peut se faire. 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 aura un niveau moindre de fragilité. Elle présentera donc un risque moins élevé de développer des limitations fonctionnelles, du moins à court terme.

La fragilité, telle que nous la définissons, est une notion dynamique, 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 et 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 plusieurs des composantes de la fragilité. Certaines incapacités sont réversibles dans le temps (Crimmins et Saito, 1993; Hébert, 1997; Verbrugge, 1991). Notre modèle tient compte de cette possibilité, étant donné les effets des facteurs modulateurs mis à contribution pour modifier le risque d'incapacité. 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. En fait, plusieurs auteurs font état de l'évolution non linéaire des capacités physiologiques. Certains parlent de perte de complexité des systèmes dans l'accomplissement de leurs diverses fonctions et recourent à des modèles fractals pour la modéliser (Lipsitz et Goldberger, 1992). D'autres réfèrent à la seconde loi de la thermodynamique de Plank pour représenter l'évolution des systèmes (Yates et Benton, 1995). Selon la conception de ces derniers, le temps ne peut être représenté par une trajectoire linéaire, ni même cyclique, mais plutôt par une spirale. Les capacités physiologiques seraient déviées de leurs trajectoires linéaires et cycliques par un processus de dispersion, ici la sénescence. Cette dernière ne permet pas aux capacités physiologiques de revenir à leurs conditions initiales. Le modèle de la fragilité que nous proposons prend en considération l'effet du temps sur la fragilité. Nous représentons son évolution par une spirale (Figure 1). 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) au temps t . Cette évolution de la fragilité constitue un phénomène individuel, chaque personne possédant une «trajectoire » qui lui est propre.

1.3 AVANTAGES ET LIMITES DU MODÈLE PROPOSÉ

Le modèle de fragilité proposé intègre les trois approches de la fragilité (fonctionnelle, médicale et physiologique) et distingue les concepts de fragilité, sénescence, limitations fonctionnelles et incapacités. Un accent particulier est mis sur le caractère dynamique de la fragilité et de l'importance du temps dans l'évolution de celle-ci. Par l'interaction que le modèle suggère entre les déficiences et les facteurs modulateurs et également les effets de facteurs prédisposants sur la sénescence et les maladies, il souligne la complexité des éléments régissant la fragilité et la nécessité du développement d'une approche écologique dans la compréhension de celle-ci.

Le modèle permet de dégager différents niveaux d'actions préventives. Par le biais d'interventions sur les facteurs modulateurs, il est possible d'agir précocement et de modifier les effets des maladies, de certains

facteurs prédisposants et des déficiences sur la fragilité de la personne âgée. Plusieurs types d'interventions (Buchner et Wagner, 1992) sont possibles : 1) un monitoring périodique des indicateurs physiologiques pertinents à l'évaluation de la fragilité (tests d'évaluation de la marche, de l'équilibre, des fonctions cognitives, de l'état nutritionnel, par exemple); 2) la prévention de la perte chronique graduelle des capacités physiologiques (Buchwalter, Mooney et Buchwalter, 1998) (augmentation de la réserve cardio-pulmonaire, de la force musculaire et de la flexibilité par un programme adapté d'exercices, par exemple); 3) la prévention de la perte des capacités physiologiques associée aux maladies aiguës ou aux événements stressants (vaccination contre l'influenza, par exemple); 4) l'augmentation de la réserve physiologique avant un épisode de perte anticipée (amélioration de l'état nutritionnel et des fonctions respiratoires en période préopératoire, par exemple); et finalement 5) la prévention des obstacles au rétablissement de la personne âgée fragile (évaluation globale et réadaptation de la personne âgée aux prises avec des pertes fonctionnelles, de façon précoce et intensive par l'utilisation de ressources gériatriques appropriées).

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 dans 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 se poursuivre pour préciser l'importance relative des différents modulateurs et facteurs prédisposants. Des études cliniques doivent également démontrer l'efficacité des interventions préventives de la fragilité à différents niveaux.

1.4 CONCLUSION

La compréhension de ce qu'est la fragilité et des principaux facteurs susceptibles d'en modifier l'incidence permettra, nous le souhaitons, aux cliniciens d'évaluer plus globalement les besoins des personnes âgées et d'intervenir plus judicieusement. De plus, ce modèle devrait faciliter l'orientation des chercheurs vers le développement d'axes de recherche prometteurs quant à la prévention de la fragilité. Enfin, le modèle s'avère un outil pédagogique fort pertinent et utile dans l'enseignement de la gériatrie et de la gérontologie, car, par son approche globale, il peut être adapté au profil individuel de tout patient âgé.

Le modèle dynamique de la fragilité a servi de cadre de référence lors des analyses effectuées dans la présente étude.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES UCDG

Dans ce chapitre, nous présentons dans un premier temps la définition et les objectifs de la courte durée gériatrique, les fonctions qui lui sont attribuées de même que les problématiques pour lesquelles les personnes âgées y sont prises en charge. Par la suite, les modèles types d'UCDG sont décrits ainsi que les bénéfices attribués à ces programmes et les facteurs identifiés comme étant à l'origine de leur succès.

2.1 DÉFINITION, FONCTIONS ET CLIENTÈLES DES UCDG

En 1986, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec publiait un document sur la courte durée gériatrique où il y définit celle-ci de la façon suivante

" la courte durée gériatrique est un des services gériatriques hospitaliers offerts aux personnes âgées souffrant d'une maladie à laquelle s'ajoutent des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales "

Au Québec, comme partout ailleurs où l'hospitalisation en courte durée gériatrique s'est développée, l'UCDG doit répondre aux objectifs généraux de la gériatrie, notamment :

- 1- Permettre aux personnes âgées de vivre chez elles de façon indépendante et sécuritaire; et lorsque leur état de santé s'amenuise, les aider par tous les moyens possibles en intervenant immédiatement lorsque survient une déstabilisation ou une menace :
 - en aidant au maintien et à l'amélioration des fonctions locomotrices, physiques et psychiques;
 - en dirigeant vers les services de soutien qui aident la personne âgée à demeurer à domicile;
 - en offrant des avis sur le maintien ou l'amélioration de la santé et de l'autonomie des personnes âgées.
- 2- Fournir les services adéquats incluant le diagnostic, l'évaluation ou bilan de santé, le traitement, la réadaptation, l'orientation vers le ou les services requis et le suivi par une approche globale et une équipe multidisciplinaire.
- 3- Coopérer avec les autres services auprès des personnes âgées afin de maintenir un réseau de services gériatriques intégrés pour la communauté.

On accorde habituellement à l'UCDG quatre fonctions principales qui sont l'évaluation, le traitement, la réadaptation, et l'orientation (Tableau 2.1).

La fonction **d'évaluation** consiste à l'évaluation gériatrique globale (EGG) qui généralement se fait de façon systématique. L'EGG est un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire qui vise à déterminer l'état médical, psychosocial et les capacités fonctionnelles de la personne âgée en vue d'établir un plan d'intervention individualisé pour le traitement immédiat et une planification adéquate des services au congé du patient.

Les fonctions d'évaluation, de traitement et d'orientation sont, de fait, très reliées. De façon spécifique, la fonction de **traitement** consiste à l'élaboration d'un plan thérapeutique, à son application et à sa révision périodique. Étant donné la présence de pathologies concomitantes, il faut établir un ordre de priorité dans les traitements. Dans les UCDG admettant des patients de l'urgence, la prise en charge des problèmes médicaux aigus occupe initialement la plus large part pour des activités cliniques.

La fonction de **réadaptation**, quant à elle, vise l'adaptation optimale de la personne âgée à son milieu de vie et met l'accent sur le maintien des capacités même altérées de la personne âgée (MSSS, 1986). La fonction de réadaptation diffère selon les UCDG. Certaines axent leurs activités principalement sur cet aspect et admettent des patients cliniquement stables avec un besoin de réadaptation plus étendu. Pour d'autres UCDG, la réadaptation constitue une amorce de remise en forme. Si la réadaptation doit être plus longue, le patient est alors référé vers des programmes spécifiques de réadaptation fonctionnelle intensive (Unité RFI) d'hôpitaux qui ont cette vocation.

Tableau 2.1 : Fonctions des UCDG

Fonctions principales

- Évaluation diagnostique et fonctionnelle
- Traitement des maladies aiguës et chroniques
- Réadaptation
- Orientation

Fonctions secondaires

- Enseignement
 - Recherche
 - Consultation
 - Suivi à court terme
 - Répit au soignant naturel
 - Soins palliatifs
-

Finalement, **l'orientation** du patient consiste à la préparation du plan de sortie et l'établissement de contacts avec les professionnels des autres services, établissements et organismes qui devront prendre le relais du patient après son congé.

Certaines fonctions ne sont pas présentes dans toutes les UCDG, c'est pourquoi nous les appelons «fonctions secondaires».

Dans les hôpitaux universitaires s'ajoutent les fonctions **d'enseignement et de recherche**.

Plus rarement assurées sont les fonctions de **répit** (hébergement temporaire de personnes sévèrement incapacitées) et de **soins palliatifs**. Ces fonctions sont particulières et s'adressent principalement aux patients connus, pris en charge de façon répétée dans une UCDG, et qui tiennent absolument à continuer à vivre à domicile.

Une fonction de **consultation** est souvent conférée à l'équipe multidisciplinaire (dont l'équipe de base est généralement constituée d'un gériatre ou d'un médecin généraliste formé en soins aux personnes âgées et faisant fonction de gériatre, d'infirmières et d'un travailleur social). La consultation est faite par le médecin, assisté d'une infirmière de liaison ou d'un travailleur social. Le plus souvent, la fonction de consultation se fait sur les autres unités hospitalières et à l'urgence, parfois également en clinique externe. Une fonction de **suivi à court terme** est parfois assumée par l'équipe de l'UCDG, mais de façon générale les patients sont orientés vers les services communautaires (incluant leur médecin généraliste) qui assurent le suivi.

En général, on admet en UCDG des personnes âgées ayant de graves problèmes de santé, pour lesquelles l'évaluation gériatrique globale ne peut être effectuée sur une base externe. Les personnes admises en UCDG plutôt que dans un autre service de l'hôpital devraient, par ailleurs, être celles qui bénéficieront le plus de cette ressource.

L'identification des patients les plus à même de bénéficier des UCDG dépend à la fois des objectifs des programmes d'UCDG, des compétences professionnelles qui y sont représentées, de la disponibilité des ressources gériatriques à proximité de l'UCDG, bref, du contexte hospitalier dans lequel l'UCDG se situe (Rubenstein, 1995).

Les critères de sélection des clientèles utilisés par les UCDG peuvent varier d'un endroit à l'autre. Par contre, on retrouve certains critères communs à toutes les UCDG (Tableau 2.2).

Tableau 2.2 : Critères de sélection des patients

Critères d'inclusion :

- Patient âgé de 65 ans ou plus ; et en général de 75 ans et plus.
- Patient souffrant de conditions gériatriques telles que pluripathologies, incapacités fonctionnelles, problèmes sociaux. Ces problèmes interagissent et déstabilisent le patient.
- Patient souffrant d'une pathologie aiguë avec présentation atypique qui bénéficiera d'une prise en charge interdisciplinaire.

Critères d'exclusion :

- Patient en phase terminale d'une maladie.
- Patient nécessitant uniquement un hébergement.
- Patient nécessitant de soins médicaux de type réanimation ou soins intensifs.
- Patient avec une seule maladie ou avec des problèmes exclusivement sociaux.
- Patient dont l'état de santé est stable qui présente une pathologie aiguë qui peut être prise en charge en médecine générale ou en sous-spécialité médicale autre que la gériatrie.

Certaines UCDG adoptent aussi d'autres critères d'inclusion. Ils prennent en considération l'état du patient tel que :

- patient à risque d'hébergement sans intervention immédiate;
- patient souffrant d'un problème de santé mais pour qui les procédures traditionnelles de diagnostic et de traitement ne produisent pas les résultats escomptés;

Certains critères relèvent du contexte d'organisation des soins, par exemple :

- le patient doit avoir un médecin traitant identifié;
- le patient dont l'évaluation préalable en mode ambulatoire confirme la possibilité de bénéficier de l'UCDG;
- la variabilité des critères selon la disponibilité des lits.

D'autres critères d'exclusion peuvent être employés (Rubenstein 1988) :

- patient ayant une psychose;
- patient ayant une démence sévère;
- patient avec incapacités dans trois activités de la vie quotidienne et plus;
- patient n'ayant aucun support social.

Quant aux problèmes de santé qui sont traités en UCDG, ils couvrent un large éventail de pathologies (voir Tableau 2.3). La pluripathologie est une caractéristique générale des problèmes de santé au grand âge. Cependant, dans certaines UCDG l'importance de quelques types de problèmes est plus grande que d'autre. Par exemple, dans les unités où la fonction de réadaptation est plus développée, il y aura une plus grande proportion de patients ayant subi un accident vasculaire cérébral, une chute ou des problèmes d'ordre musculo-squelettique. (Pour plus de détails sur les liens entre les fonctions des UCDG recensées et les problèmes pris en charge, voir l'Annexe 1).

Tableau 2.3 : Types de problèmes pris en charge dans les UCDG

-
- Chutes
 - Démence / Maladie d'Alzheimer
 - Désordres neurologiques et sensoriels
 - Désordres psychiatriques
 - Diabète et désordres nutritionnels
 - Fracture de la hanche (autres fractures)
 - Hypertension / Hypotension
 - Immobilisme
 - Maladies obstructives pulmonaires
 - Néoplasie
 - Maladie de Parkinson et autres troubles du mouvement
 - Pathologie urinaire / Insuffisance rénale / Incontinence
 - Polymédication
 - Problèmes cardiaques / cérébrovasculaires / circulatoires périphériques
 - Problèmes hématologiques
 - Problèmes digestifs
 - Problèmes musculo-squelettiques
-

2.2 LES TYPES D'UCDG

Dans les pays industrialisés, les UCDG prennent plusieurs formes. Bien que les objectifs généraux de la gériatrie aient guidé leur développement, plusieurs aspects tant organisationnels, cliniques que professionnels influencent leurs fonctions et leur intégration dans le réseau de services destinés à la clientèle âgée. Dans cette section, nous présentons brièvement les situations des unités de courte durée gériatrique en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Québec. Les résultats d'une enquête sur les UCDG effectuée par notre équipe de recherche auprès de tous les hôpitaux de 50 lits et plus du Québec sont aussi présentés.

2.2.1 La situation en Grande-Bretagne

Historiquement, les premières UCDG ont été créées en Grande-Bretagne. Leur développement s'est fait à grande échelle au cours de l'établissement d'un système de santé à couverture universelle à la fin des années 40 et au cours des années 50. Les UCDG sont présentes dans la majorité des hôpitaux généraux britanniques.

Une structure de services gériatriques progressifs et continus fut aussi mise en place. Cette structure de services prend en considération l'état de santé et les besoins de la personne âgée. Si celle-ci a besoin de services de jour, les programmes gériatriques tels que l'hôpital de jour, le centre de jour ou la clinique externe de gériatrie sont les services de choix. D'autre part, si les besoins sont plus étendus, l'unité de courte durée

gériatrique, l'unité de réadaptation gériatrique ou l'unité de psychogériatrie seront les plus appropriés. Finalement, les services de longue durée et d'hébergement répondent aux besoins de la personne âgée qui ne peut plus demeurer à domicile.

Ainsi, les personnes âgées qui ont besoin d'une hospitalisation (à l'exception de celles ayant besoin de soins médicaux intensifs) sont habituellement admises à l'unité de courte durée gériatrique pour y être évaluées globalement et traitées pour des conditions aiguës. L'équipe médicale du service de gériatrie décide de l'admission des patients qui peuvent provenir de l'urgence, d'autres unités hospitalières ou du domicile. Cette équipe gère également l'accès aux soins de longue durée et de réadaptation gériatrique et supervise souvent l'hôpital de jour. La clientèle cible est très âgée, souvent instable médicalement et présente ou non des difficultés fonctionnelles ou cognitives. En Grande-Bretagne, le très grand âge seul (> 85 ans) peut parfois justifier l'hospitalisation en UCDG. Les plans de soins sont élaborés et réalisés par l'équipe interdisciplinaire. La durée de séjour est d'environ trois semaines mais peut être plus courte (14 jours) si les raisons d'admissions concernent davantage des problèmes aigus que la réadaptation. Les patients sont orientés par la suite, selon leurs besoins, vers le domicile, dans un programme de réadaptation ou vers les services de soins prolongés.

La qualité de la planification du congé hospitalier est très importante pour les gériatres anglais. On insiste beaucoup sur l'engagement des professionnels de la communauté et même dans certaines unités, le personnel du service de maintien à domicile est rattaché au service de gériatrie. On propose généralement aux patients et à leur famille, les services des hôpitaux de jour psychogériatriques et gériatriques, les services en centre de jour, des réadmissions planifiées et un suivi à la clinique externe de gériatrie. L'unité de courte durée gériatrique accepte aussi les patients venant d'autres institutions, souvent pour des réévaluations périodiques.

Bon nombre de pays ont élaboré une structure de services gériatriques similaire à celle du système britannique. Par contre, le niveau d'intégration des services est variable. Pour la grande majorité des pays, c'est dans le cadre de l'unité de courte durée gériatrique que l'on évalue le patient, qu'on le traite et initie la réadaptation et décide de l'orientation au congé (Brocklehurst, 1975). L'évaluation moins intensive des personnes âgées est faite dans le cadre de la clinique externe, de l'hôpital de jour ou du domicile.

2.2.2 La situation aux États-Unis

Aux États-Unis, le développement des UCDG ne s'est pas fait à grande échelle mais plutôt selon des initiatives locales et surtout dans les hôpitaux des anciens combattants au cours des années 80.

Les programmes varient dans leurs structures et leurs modes de fonctionnement de même que dans leurs objectifs. Certaines unités offrent une évaluation gériatrique globale et le traitement médical du ou des problèmes pour lesquels le patient est hospitalisé tandis que d'autres unités offrent soit des soins gériatriques spécialisés plus étendus, soit de la réadaptation ou des services psychiatriques. Le but des unités gériatriques hospitalières aux États-Unis est largement déterminé par la catégorie professionnelle la plus impliquée dans l'organisation de l'unité (gériatrie, soins infirmiers, réadaptation, psychogériatrie ou médecine familiale). Bien que toutes les unités, par définition offrent l'évaluation gériatrique globale, quelques unités ont des buts variés et peuvent inclure plusieurs programmes distincts. Par exemple, un certain nombre de lits peuvent être consacrés aux soins de longue durée ou à la rééducation fonctionnelle intensive tout en faisant l'évaluation gériatrique globale. Quelques unités sont exclusivement administrées par les services cliniques tel que la gériatrie ou la psychogériatrie tandis que d'autres sont administrées par les soins infirmiers et sont ouvertes à des patients de différents services cliniques (Rubenstein, 1995). Plusieurs unités ont été développées dans les *Nursing Home* et n'admettent pas de patients souffrant de maladies aiguës.

Lors d'une étude menée aux États-Unis, (Wieland et coll., 1994) sur les UCDG dans le réseau de services destinés aux anciens combattants, un panel d'experts a établi les critères définissant une UCDG dite standard. Ces critères sont repris au tableau 2.4.

Tableau 2.4 : Critères définissant une UCDG standard (Wieland et coll., 1994)

-
- a) Faire une évaluation gériatrique globale;
 - b) Présence d'une équipe interdisciplinaire qui se rencontre sur une base hebdomadaire, cette équipe comprend au minimum un gériatre, une infirmière et un travailleur social;
 - c) Faire une admission sélective des patients, c'est-à-dire les patients qui peuvent bénéficier des UCDG en terme d'amélioration de l'état de santé et d'hébergement en institution;
 - d) Être située dans les services de soins aigus ou subaigus d'un hôpital;
 - e) Offrir le traitement, la réadaptation où le suivi post-hospitalisation.
-

Traduit et adapté de Wieland et coll., 1994

Selon cette étude, 41 des 73 UCDG répertoriées répondaient à ces critères. Une comparaison des deux types d'UCDG (standard et non standard) a été faite au sujet de l'admission des patients, de certaines caractéristiques organisationnelles, des durées de séjour et de la destination des patients au congé.

Les auteurs ont constaté que les UCDG dites standard admettaient davantage de patients provenant d'unités de soins aigus et offraient plus de services connexes notamment les cliniques externes de gériatrie et

les programmes d'enseignement de résidence en spécialité. Bien que les deux groupes d'UCDG soient de taille moyenne semblable, les UCDG standards admettent plus de patients et ont une durée moyenne de séjour plus courte. Elles sont aussi plus nombreuses à offrir la consultation gériatrique à l'interne et à l'externe et des programmes de suivi post-hospitalisation. En terme de résultats, ces UCDG retournent plus de patients à domicile que les UCDG non-standards. Par ailleurs, même parmi les UCDG dites standards une grande disparité existe quant aux structures organisationnelles et à leur façon de faire. À titre d'exemple, le nombre de lits moyen de ces UCDG est de 13.6 lits (± 8.9), la médiane de 11 lits mais le nombre de lits se situe entre 2 et 50. La provenance des patients est, elle aussi, très variable. Certaines unités admettent les patients uniquement de l'urgence, d'autres admettent leurs patients majoritairement d'autres unités hospitalières.

Une autre étude faite par Lavizzo-Mourey et coll. (1993) sur les UCDG aux États-Unis, a démontré que les UCDG américaines sont davantage orientées vers une fonction de réadaptation. Dans cette étude, une comparaison est également faite entre les UCDG du réseau des services destinés aux anciens combattants et les autres UCDG situées surtout dans les *Nursing Home*. Les UCDG pour les anciens combattants sont de plus petite dimension, ont une durée moyenne de séjour inférieure aux autres UCDG et sont pour un plus grand nombre affiliées à une université. Malgré tout, elles constituent toutefois des UCDG beaucoup plus orientées vers une: fonction de réadaptation.

2.2.3 La situation au Québec

Au Québec, deux études et un document de référence seulement ont porté sur la description et l'identification des types d'UCDG. La première étude de Durand et coll.(1991) rapporte les résultats d'une visite de site dans vingt-quatre UCDG à la fin des années 80. Par cette étude, les auteurs voulaient apporter des éléments de réponses aux trois questions suivantes :

- 1 - Est-ce qu'on traite la bonne clientèle ?
- 2 - Est-ce qu'on répond aux besoins de cette clientèle?
- 3 - Comment répond-on aux besoins de cette clientèle ?

La deuxième étude a été, effectuée par notre équipe de recherche, de l'automne 1995 à l'hiver 1996. Elle avait pour objectifs : 1) d'établir un inventaire des UCDG et d'autres ressources gériatriques dans les hôpitaux de 50 lits et plus du Québec; 2) de recueillir des informations sur les caractéristiques des UCDG : date d'ouverture, nombre de lits, nombre d'admissions, durée de séjour, provenance des clientèles et ressources humaines. Parallèlement à l'enquête, nous avons exploité les données d'hospitalisation pour ces UCDG (fichier

Medécho) qui permettent de décrire les clientèles selon leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs pathologies, leur provenance et leur destination à la sortie de l'unité. L'enquête a permis d'établir une classification des UCDG que nous décrirons plus loin dans ce chapitre.

Durand et coll. (1991) ont fait une classification des UCDG selon la provenance des clientèles. Trois types d'UCDG sont identifiés, soit :

- 1 - L'UCDG-urgence située en centre hospitalier de soins de courte durée, qui admet les patients principalement à partir de l'urgence.
- 2 - L'UCDG-domicile (ou fUCDG-évaluation/orientation) située principalement en centre d'hébergement et de soins de longue durée, qui admet les patients majoritairement à partir du domicile.
- 3 - L'UCDG-intra hospitalière (ou l'UCDG-réadaptation) située principalement en centre hospitalier de soins de courte durée, qui admet les patients majoritairement à partir des autres départements et services hospitaliers.

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (1995) a résumé les particularités de ces trois types d'UCDG dans un document de référence sur les services aux personnes âgées (Tableau 2.5).

Tableau 2.5 : Unités de courte durée gériatriques selon différents types (AHQ, 1995)

UCDG-DOMICILE OU UCDG-ÉVALUATION/ORIENTATION EN CHSLD	UCDG-INTRA HOSPITALIÈRE OU UCDG-RÉADAPTATION	UCDG-URGENCE
L'évaluation globale incluant la prise en charge psycho-sociale et l'orientation sont les fonctions majeures de l'unité.	La réadaptation représente la fonction principale avec l'évaluation et l'orientation. Selon l'évaluation, la personne bénéficie d'un programme de court séjour (stabilisation et amélioration de la condition bio-psycho-sociale) ou en moyen séjour (réadaptation, orientation).	Les fonctions d'évaluation et de traitement portent sur des problèmes aigus de santé en plus des aspects fonctionnels et psycho-sociaux.
Un accent est mis sur l'intervention auprès du réseau familial et communautaire.	L'état de la personne admise est stable et ne présente pas de problème de santé aigu.	Les personnes peuvent être admises avec des problèmes de santé aigus à l'exception d'un besoin de soins intensifs.
L'état de la personne admise est stable. Elle souffre de désordres subaigus avec une détérioration fonctionnelle récente.	La personne ne présuppose pas d'un potentiel de récupération pour le court séjour. Condition inverse pour le moyen séjour.	90% à 95% des références viennent du service d'urgence.
La personne présente un pronostic favorable de retour à domicile.	La majorité des références proviennent des centres hospitaliers (> 50%). Vingt pour cent (20%) des clientèles proviennent du domicile, référées par le CLSC ou le médecin traitant.	Les personnes ayant un potentiel de récupération fonctionnelle sont référées au programme de moyen séjour (réadaptation fonctionnelle intensive) distinct de l'UCDG ou à l'hôpital de jour.
Le processus d'admission est électif, avec comité d'admission. La personne peut attendre une semaine avant son admission.	La durée de séjour est de 30 jours pour le court séjour et de 90 jours pour le moyen séjour.	La moyenne d'âge est de 80 ans. La durée de séjour est de 19 jours.
Les références proviennent des CLSC (51 %), des cabinets privés (22%) et des centres hospitaliers de courte durée (11%).		
La durée de séjour est de 24 à 30 jours		

Durand et coll.(1991) ont présenté certaines caractéristiques des patients de même que leur destination suite à l'hospitalisation, selon cette typologie d'UCDG (voir Tableaux 2.6 et 2.7). Ces données furent recueillies par questionnaire lors de la visite des UCDG (l'année de la collecte des données n'est pas indiquée par les auteurs).

Tableau 2.6 : Caractéristiques des patients selon les types d'UCDG

Caractéristiques des clientèles	UCDG- intrahospitalière	UCDG-urgence	UCDG-domicile
% homme	34	35	31
Age moyen	77.7	79.5	78.5
Syndromes gériatriques			
% AVC	42	22	19
% incontinence	25	31	24
% démence	28	28	20
% troubles de comportement	17	22	11
% chutes	27	24	17
% de patients en phase aiguë d'une maladie	45	57	21
Cohabitation à l'admission			
% seul	40	40	28

Source : Durand et coll. (1991) Les unités de courte durée gériatrique au Québec : Bilan descriptif d'une tournée de vingt-quatre centres hospitaliers de courte durée, juin 1991, 37 p.

Tableau 2.7 : Durée de séjour et destination de la clientèle au congé selon les types d'UCDG

Destination	UCDG intrahospitalière	UCDG urgence,	UCDG domicile
Séjour moyen en jours	63.7	24.8	29.7
% durée de séjour de plus de 6 semaines	27	12	24
Orientation au congé			
Domicile sans aide	12	12	17
Domicile avec aide	23	29	36
Services gériatriques	11	15	14
Total	46	56	67
Domicile (total)			
Hébergement	19	17	11
Réadaptation	10	6	1
Pavillon - famille d'accueil	12	7	10
Autres orientations	10	6	7
Décès	4	8	5

Source : Durand et coll. (1991) Les unités de courte durée gériatrique au Québec : Bilan descriptif d'une tournée de vingt-quatre centres hospitaliers de courte durée, juin 1991, 37 p.

Quelques différences sont à noter entre les trois types d'UCDG. Les données montrent qu'une plus grande proportion de patients souffrant d'un accident vasculaire cérébral est admise dans les UCDG-intra-hospitalière ; que la durée moyenne de séjour dans ces UCDG y est de 63.7 jours en comparaison

à 24,8 jours dans les UCDG urgence et à 29,7 jours dans les UCDG domicile ; que moins de patients retournent à domicile suite à l'hospitalisation en UCDG intra-hospitalière, soit 42% comparativement à 56% des patients des UCDG-urgence et 67% des patients des UCDG-domicile.

Dans les UCDG-urgence, 57% des patients sont en phase aiguë de leur maladie. C'est dans ce type d'UCDG que le taux de décès intra-hospitalier est le plus élevé, ce qui est probablement attribuable à l'instabilité clinique des patients qui y sont admis.

Le portrait est assez différent dans les UCDG-domicile où seulement 21% des patients admis sont en phase aiguë d'une maladie. Notons aussi que seulement 28% des patients admis dans les UCDG-domicile vivent seul.

Le bilan descriptif de Durand et coll. (1991) a permis de constater que les clientèles traitées dans les UCDG visitées répondaient aux caractéristiques de la clientèle gériatrique. Celles-ci vivant majoritairement seule ou avec leur conjoint, elles sont particulièrement à risque d'hébergement et la plupart orientées à domicile après un séjour de moins d'un mois à l'UCDG.

Les auteurs concluent aussi que les UCDG visitées répondaient adéquatement aux besoins des patients en leur offrant des programmes d'évaluation, de traitement, d'orientation et de suivi. De plus, les trois modèles d'UCDG traduisent le contexte d'implantation et les possibilités différentes de chacun des milieux.

Soulignons que l'étude de Durand et coll. (1991) a documenté des types d'UCDG en se basant uniquement sur la provenance des clientèles. Cette classification, ne tient pas compte d'autres variables clefs telles que la taille de l'unité, lieu où elle est située, les ressources humaines disponibles, les services gériatriques connexes disponibles ainsi que les caractéristiques des clientèles visées.

Par ailleurs, l'étude de Durand et coll. (1991) décrit la situation de la fin des années 80 et porte sur un échantillon de 24 UCDG. Il y a peu d'informations fournies par les auteurs nous permettant de juger de la représentativité de celles-ci.

Les fichiers informatisés sur les hospitalisations (Medécho) et sur les données opérationnelles des hôpitaux (Sifo) ne permettent pas d'identifier directement les services d'UCDG. Ce n'est qu'à la

suite de notre enquête en 1995-96 que nous avons pu inventorier le nombre officiel d'UCDG au Québec.

Lors de l'enquête effectuée par notre équipe de recherche nous avons dénombré 77 UCDG, dont 73 sont situées dans des hôpitaux de soins de courte durée (CHSCD) et 4 dans des hôpitaux de soins de longue durée (CHSLD). Cette enquête nous a aussi permis d'identifier les UCDG dans les fichiers Medécho et nous avons ainsi été capable d'utiliser les données sur 'les clientèles dans les analyses visant à classifier les UCDG. (En 1997, la fusion d'établissements découlant de la réforme du système de santé a pu modifier à la baisse ce nombre).

Nous avons, à notre tour, classifié ces UCDG par des analyses de regroupement. Ces analyses sont des algorithmes mathématiques qui visent à regrouper, ici, les UCDG semblables selon des variables déterminées a priori. Les UCDG d'une même classe sont similaires mais se distinguent des UCDG des autres classes.

Pour déterminer les classes d'UCDG, plusieurs variables structurelles furent incluses dans les analyses. Ces variables sont : la taille de l'unité, la taille de l'hôpital, la part des lits de l'UCDG dans l'ensemble de lits de l'hôpital, le nombre d'admissions à l'UCDG, le pourcentage de patients provenant de la salle d'urgence, le ratio du personnel de réadaptation (physiothérapeute et ergothérapeute) et le nombre de services gériatriques connexes hospitaliers (autres unités hospitalières gériatriques et services ambulatoires gériatriques).

Nous avons aussi considéré plusieurs caractéristiques médicales des patients (source fichier Medécho) tenant compte du modèle conceptuel de fragilité que nous avons précédemment élaboré soit, les diagnostics suivants : diagnostics de maladies endocriniennes, de désordres de la nutrition et du système immunitaire, diagnostics de démence, diagnostics de troubles mentaux (sans démence), diagnostics de maladies de l'appareil circulatoire, diagnostics de l'appareil respiratoire, diagnostics du système ostéo-articulaire. Les chutes furent aussi considérées ainsi que le pourcentage de patients admis avec des troubles cognitifs et le nombre de diagnostics secondaires. Ces caractéristiques médicales furent retenues, d'une part, étant donné leur prévalence chez la clientèle gériatrique et d'autre part, selon l'hypothèse qu'elles ont une relation avec le type d'UCDG.

Les analyses de regroupement ont porté sur 58 des 77 UCDG dénombrées. Les autres UCDG sont exclues des analyses étant donné des informations manquantes sur les variables considérées. Trois classes d'UCDG ont été déterminées. Les valeurs des variables considérées sont présentées au tableau 2.8.

Tableau 2:8 : Classification des UCDG,1994-1995

CARACTÉRISTIQUES	Classe 1 n=23	Classe 2 n=16	Classe 3 n=15
Caractéristiques structurelles			
Nombre moyen de lits d'UCDG	11,2	24,9	9
Nombre moyen de lits de l'hôpital de lits d'UCDG / lits d'hôpital	143,9 9,3	464,5 5,8	128,7 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	8,47	21,4
Ratio du personnel de réadaptation (ergothérapeute et physiothérapeute) par lit d'UCDG	0,2	0,1	0,2
Nombre moyen de services gériatriques hospitaliers internes ¹	2,7	3,4	3,1
Nombre moyen de services gériatriques hospitaliers ambulatoires ²	0,6	1,8	0,6
Caractéristiques médicales des patients			
% de patients avec maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	2,4	3,7	2,2
% de patients avec démence	4,3	8,8	8,9
% de patients avec troubles mentaux (sans démence)	4,1	7,7	11,7
% de patients avec maladies cérébro-vasculaires	19,2	11,1	16,6
% de patients avec maladies cardio-vasculaires	5,9	8,6	6,7
% de patients avec autres maladies de l'appareil circulatoire	1,5	2,3	1,1
% de patients avec maladies de l'appareil respiratoire	6,3	8,1	4,2
% de patients avec maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	9,5	7,7	4,4
% de patients admis pour chute	13,8	7,2	6,7
% de patients avec troubles cognitifs	35,9	53,3	54,8
Nombre moyen de diagnostics secondaires	6,2	6,9	6,6

1. unité de réadaptation, unité de soins de longue durée, unité de psychogériatrie

2. clinique externe de gériatrie, clinique externe de psychogériatrie, centre de jour, hôpital de jour

On compte 23 (classe 1), 16 (classe 2) et 15 (classe 3) UCDG pour chacune des classes respectivement.

Nous pouvons distinguer d'une part, une classe d'UCDG de grande taille (24,9 lits (\pm 8,0)) (classe 2) majoritairement situées dans les régions métropolitaines ou en banlieue de ces régions. D'autre part, deux autres classes d'UCDG de petite taille, sont majoritairement situées dans les agglomérations urbaines et les milieux ruraux. Le regroupement des UCDG ne se fait pas uniquement selon la situation régionale ou la taille de l'UCDG. Les trois classes d'UCDG diffèrent aussi selon la taille de l'hôpital où elles se situent, selon la provenance des clientèles et selon les caractéristiques médicales de celles-ci.

Les UCDG de classe 1 sont davantage orientées vers une fonction de réadaptation, puisqu'un pourcentage supérieur de patients admis sont touchés par des problèmes spécifiques qui ont trait à un besoin de réadaptation plus intensif tels que des problèmes cérébrovasculaires, ostéoarticulaires et des chutes. Ces UCDG admettent aussi moins de patients porteurs de troubles cognitifs. Les patients proviennent majoritairement d'autres unités hospitalières (67%).

Pour les UCDG de classe 2, les analyses nous indiquent que celles-ci sont des unités de grande dimension généralement situées dans des hôpitaux de grande taille (300 lits et plus). Ces UCDG admettent plus de patients ayant des problèmes de démence en comparaison aux deux autres classes d'UCDG. D'autre part, elles semblent orientées davantage vers une fonction médicale et admettent très peu de patients en provenance du domicile (8%), mais principalement de l'urgence (55%) et d'autres unités intra-hospitalières (37%).

Les UCDG de la troisième classe sont de très petite dimension (9 lits (\pm 5,3 lits)), admettent très peu de patients et semblent orientées à la fois vers une fonction médicale et une fonction de réadaptation, étant donné la nature des problèmes qui y sont traités. Notons aussi que ces UCDG sont majoritairement situées dans des milieux suburbains et ruraux. 53% des patients admis proviennent d'autres unités intra-hospitalières mais, contrairement au premier groupe d'UCDG, la part des patients provenant de l'urgence y est supérieure (soit 27%), et plus de patients sont admis du domicile (soit 21%).

Les résultats de cette étude montrent qu'une classification des UCDG basée exclusivement sur la provenance des clientèles peut restreindre la compréhension des types d'UCDG existantes. Bien entendu, d'autres études devront être faites pour évaluer la pertinence de cette classification tant en terme de résultats cliniques qu'en terme d'efficacité.

2.3 LES BÉNÉFICES PERÇUS ET DÉMONTRÉS DES UCDG

Lorsque l'on considère le devenir des personnes âgées prises en charge par le système de santé, on s'intéresse évidemment aux résultats attendus ou espérés des différents programmes dont elles peuvent bénéficier. Dans cette section, nous présentons brièvement les résultats obtenus des programmes gériatriques hospitaliers, dont les UCDG. Nous discutons également des composantes organisationnelles perçues comme des facteurs contribuant aux bénéfices des UCDG.

Rubenstein et coll. (1991) et Rubenstein (1995) ont fait deux recensions d'écrits particulièrement exhaustives sur l'efficacité des programmes gériatriques hospitaliers. Ils ont établi une liste des bénéfices démontrés dans diverses études. Nous reprenons ici brièvement cette liste de bénéfices.

Les unités gériatriques hospitalières, qu'elles soient des UCDG, des unités de réadaptation gériatriques ou autres, sont les programmes d'évaluation gériatrique dont les bénéfices ont été le plus souvent démontrés. Les premières études dans lesquelles les chercheurs ont examiné ces programmes hospitaliers étaient majoritairement descriptives. Un certain nombre de bénéfices furent associés aux programmes étudiés. Ces bénéfices étant :

- une meilleure précision diagnostique, c'est-à-dire que de nouveaux diagnostics ou problèmes de santé sont identifiés. L'évaluation du patient selon une perspective interdisciplinaire de même que la prise en charge globale de la personne sont considérées comme les éléments qui contribuent à cette meilleure identification des problèmes de santé des patients admis aux unités gériatriques hospitalières (Poliquin et Straker, 1977; Cheach et Beard, 1980; Applegate et coll., 1983; Rubenstein et coll., 1987; Rubenstein et coll., 1984; Gilchrist et coll., 1988).
- une amélioration de l'état fonctionnel, de l'état cognitif et de l'état affectif en comparant chacune de ces dimensions de l'entrée des patients aux programmes, à l'évaluation de ces états à la sortie des programmes;
- une réduction de l'hébergement en institution jugée sur la base de l'orientation effective des patients à leur sortie versus ce qui était initialement anticipé (Poliquin et Straker, 1977 ; Sloane, 1980 ; Schuman et coll., 1978 ; Lefton et coll., 1983 ; Rubenstein et coll., 1984 ; Applegate et coll., 1990);
- et, une amélioration de la médication, c'est-à-dire une diminution du nombre de médicaments consommés et ce, malgré l'identification de nouveaux problèmes de santé chez les patients.

Bien que ces études descriptives offrent un portrait optimiste des programmes gériatriques hospitaliers, il est difficile de déterminer à partir de celles-ci, l'effet réel du programme de l'effet de l'évolution de l'état de santé des patients s'il avait été pris en charge par les programmes hospitaliers usuels.

Au cours des années 1980, quelques études prospectives randomisées avec groupe contrôle ont été effectuées et ont presque toutes corroboré les résultats obtenus lors des études descriptives. Ces travaux ont confirmé les effets bénéfiques des programmes d'UCDG quant à la précision diagnostique, à l'état fonctionnel, à l'état cognitif, de même qu'à l'état affectif des patients. Ces études ont également évalué la survie, le lieu de

résidence et l'hébergement en institution. La majorité des études ont démontré un effet positif des programmes gériatriques hospitaliers sur ces mesures de résultats. Seulement deux études n'ont pu le démontrer, (Teasdale, 1983; Lefton et coll., 1983) et ceci semble attribuable au fait que les clientèles admises n'étaient pas ciblées selon des critères spécifiques.

Certains affirment que non seulement les services d'évaluation gériatrique ont un effet positif sur la survie mais qu'également en améliorant l'autonomie fonctionnelle, ceux-ci contribueraient à la diminution des coûts en services d'hébergement et des coûts des services en général. Cette hypothèse est confirmée dans les rares études traitant des bénéfices économiques des services gériatriques hospitaliers. A l'exception de l'étude de Teasdale et coll. (1983) qui note une hausse significative de l'utilisation des services hospitaliers, les études démontrent une baisse dans l'utilisation des ressources d'hébergement, hospitalières et médicales (Poliquin et Straker, 1977; Sloane, 1980; Schuman et coll., 1978; Lefton et coll., 1983; Rubenstein et coll., 1984; Applegate et coll., 1990). Seule l'utilisation des services communautaires augmente dans certaines études.

Au tableau 2.9, nous présentons la liste des bénéfices identifiés par Rubenstein et coll., (1991). Pour plus de détails sur les études recensées nous référons le lecteur à l'annexe 2 qui contient un tableau synthèse des résultats de ces études.

Tableau 2.9 : Liste des bénéfices démontrés des UCDG

BÉNÉFICES

- meilleure identification diagnostique
- amélioration / maintien de l'état fonctionnel
- amélioration / maintien de l'état cognitif et affectif
- diminution du nombre de médicaments
- diminution de l'utilisation des ressources d'hébergement en institution, hospitalières et médicales
- diminution de la mortalité

Ces bénéfices, comme nous l'avons précisé plus haut, concernent les divers services gériatriques hospitaliers y compris les UCDG. On ne peut, par ailleurs, déterminer avec certitude l'efficacité et l'efficience d'un programme par rapport aux autres. Cependant, une étude faite par Stuck et coll., (1995) apporte certaines données nous permettant de croire que les UCDG sont les programmes gériatriques qui démontrent le plus de bénéfices.

Stuck et coll. (1995) ont fait une méta-analyse d'études expérimentales avec groupe contrôle effectuées dans cinq types de programmes gériatriques (UCDG, équipe de consultation gériatrique hospitalière, services d'évaluation à domicile, services d'évaluation post-hospitalisation, service d'évaluation en externe). Cette étude visait à déterminer si l'évaluation gériatrique globale améliore les résultats de santé des patients et quelles caractéristiques des programmés contribuent à leur efficacité. La méta-analyse portait sur 28 études dont 6 effectuées dans les UCDG.

Dans un premier temps, mentionnons que cette étude démontre l'efficacité de l'évaluation gériatrique globale en comparaison au processus diagnostique usuel et ce, peu importe le programme considéré. D'autre part, certains programmes montrent moins de bénéfices que d'autres en raison de leurs composantes organisationnelles. Les résultats ont démontré que l'impact des programmes d'UCDG est supérieur. A titre d'exemple, le risque de mortalité à 6 mois est réduit de 28% si le patient est admis en UCDG versus une admission dans une autre unité hospitalière (médecine, chirurgie). Parmi les autres programmes gériatriques étudiés, seul le programme d'évaluation à domicile démontre une réduction du risque de mortalité à 6 mois de l'ordre de 15%. Les patients admis en UCDG présentaient également une augmentation de 68% de la probabilité de vivre à domicile à 6 mois en comparaison aux patients admis dans les programmes traditionnels. Parmi les autres programmes gériatriques considérés, les services d'évaluation à domicile et d'évaluation post-hospitalisation démontrent aussi des gains par rapport aux services usuels, avec respectivement une augmentation de la probabilité de vivre à domicile de 20% et de 48%.

Afin de déterminer quelles composantes organisationnelles contribuent, à l'efficacité des programmes Stuck et coll. (1995) ont examiné l'effet de quatre d'entre elles : 1) le fait d'avoir ou non un contrôle sur l'application des recommandations; 2) la prestation d'un suivi à long terme; 3) l'exclusion des patients présentant un mauvais pronostic de santé; 4) l'exclusion des patients avec un état de santé jugé bon ou avec un bon état fonctionnel.

Les analyses suggèrent que l'efficacité des UCDG peut s'expliquer du fait que les équipes de soins avaient un contrôle sur l'application des recommandations et offraient un suivi sur une période considérable suite au congé de l'UCDG. Le lien entre les critères de sélection à l'admission et l'efficacité des programmes n'a pu être déterminée, chaque UCDG fonctionnant différemment sur cette question. Ce dernier résultat n'est pas surprenant. Comme nous l'avons vu dans une section précédente, quelques critères de sélection sont utilisés dans toutes les études sur les UCDG répertoriées mais d'autres peuvent varier d'un endroit à l'autre.

L'étude de Stuck et coll. (1995) confirme et démontre ce que d'autres ont déjà mentionné (Cole, 1993; Rubenstein et coll., 1991) à savoir l'importance de considérer le processus d'évaluation des problèmes de santé et la prise en charge des patients lors de l'étude de l'efficacité des UCDG.

La recension des écrits nous a permis de dégager certaines constances en ce qui concerne les fonctions principales des UCDG et quelques critères de sélection. Par ailleurs, la variabilité structurelle et organisationnelle des UCDG, tributaire du contexte hospitalier dans lequel elles se situent, doit être considérée lors de l'étude des prises en charge dans ces unités. Les expériences relevées dans la recension des écrits ne nous permettent pas de reconnaître directement le modèle type d'UCDG qui assurerait une utilisation optimale de cette ressource. Par ailleurs, il est reconnu que l'évaluation gériatrique globale, l'identification des clientèles cibles et les modalités de continuité des soins sont des facteurs qui contribuent à l'efficacité des UCDG.

3- MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1 DESCRIPTION DES SITES DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée en 1989-91 dans deux UCDG québécoises: l'une située au Centre hospitalier Côte-des-Neiges, un centre hospitalier de soins de longue durée et l'autre à l'Hôtel-Dieu de Montréal, un hôpital général¹.

Le Centre hospitalier Côte-des-Neiges est un centre intégré de gériatrie de 452 lits affilié à l'Université de Montréal. On y retrouve plusieurs programmes, soit ceux d'hébergement et de soins de longue durée, de réadaptation, un centre de jour, un hôpital de jour et une unité de courte durée gériatrique. L'UCDG a été inaugurée en 1981 mais sa capacité d'accueil actuelle soit 28 lits ne s'est réalisée qu'en 1983. Un important centre de recherche sur le vieillissement fait, partie intégrante du centre hospitalier.

Les ressources techniques hospitalières comprennent: un service de radiologie de base incluant la fluoroscopie, ainsi qu'un service de laboratoire en opération durant les heures ouvrables usuelles. Des consultants en orthopédie, urologie, neurologie, dermatologie, psychiatrie, hématologie, ophtalmologie et médecine dentaire sont disponibles périodiquement sur place, les autres consultations ont lieu sur un base externe en complémentarité avec les hôpitaux généraux avoisinant. L'hôpital bénéficie d'un important service de réadaptation.

Les patients sont pour la plupart référés à l'UCDG par leur médecin traitant, les professionnels du service de maintien à domicile des CLSC (Centre local de services communautaires), les organismes sociaux publics et privés et moins fréquemment, par les familles ou les coordonnateurs des salles d'urgence des hôpitaux généraux. Les critères d'exclusion au programme sont: une condition médicale très instable ne permettant pas un délai d'attente, un désordre monosystémique en dehors des syndromes gériatriques classiques, un besoin immédiat d'hébergement en institution ou un âge inférieur à 65 ans.

Les patients nécessitant de la réadaptation spécifique et intensive (accident vasculaire cérébral, fracture de hanche...) sont plutôt dirigés au programme hospitalier de réadaptation. Les patients sont admis du lundi au vendredi. Les services sont dispensés par une équipe interdisciplinaire composée d'une infirmière-chef, d'infirmières, d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute, d'une travailleuse sociale, d'une nutritionniste,

d'un pharmacien-conseil, de deux médecins de famille expérimentés en soins aux personnes âgées et d'un gériatre assistés de deux externes en médecine et d'un résident en médecine familiale. Des réunions interdisciplinaires ont lieu de façon bi-hebdomadaire. La liaison se fait par contacts téléphoniques avec le référant ou à l'aide de réunions avec les représentants des équipes de maintien à domicile. Au congé, le résumé d'hospitalisation dicté est envoyé de façon systématique au médecin traitant.

L'Hôtel-Dieu de Montréal est un hôpital général affilié à l'Université de Montréal comprenant 510 lits actifs et 60 lits de transition de type hébergement. Il offre tous les services médicaux et chirurgicaux habituels et comprend un centre de recherche. L'UCDG contient 18 lits et est en opération depuis 1982. Elle dispose en plus d'un personnel infirmier régulier, de deux travailleurs sociaux, d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute, d'une nutritionniste consultante et d'un gériatre assisté d'un résident de médecine interne et de deux externes de médecine. Les soins médicaux sont assurés les week-end et les jours fériés par des internistes généraux.

Une réunion d'équipe interdisciplinaire a lieu de façon hebdomadaire. La clientèle est dirigée de la salle d'urgence au gériatre par l'urgentiste de garde et les admissions peuvent avoir lieu sept jours par semaine. Les admissions électives sont dirigées vers d'autres institutions. En général, 30% des patients admis sont connus du service et 90% ont un dossier antérieur actif à l'hôpital. Pour être admis à l'unité de courte durée gériatrique, les patients doivent être fragiles avec atteinte cognitive ou fonctionnelle, ceci inclut tous les patients âgés de plus de 65 ans qui nécessitent un hébergement d'urgence. Les malades avec atteinte monosystémique même très âgés sont le plus souvent admis dans d'autres services. Les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral sont dirigés dans une unité spécialisée à cette fin. Après la période d'évaluation, les patients sont transférés de façon prioritaire à l'unité de transition si le retour à domicile s'avère impossible. Ceux qui retournent à domicile et qui nécessitent une prise en charge particulière sont signalés par une infirmière-liaison aux responsables des services et soins à domicile des CLSC. Cette infirmière assure la liaison avec les CLSC pour l'ensemble des services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital sans distinction. Une lettre manuscrite résumant l'hospitalisation est remise au patient à son départ de l'unité. Le résumé de dossier est complété lorsque tous les résultats officiels d'investigation sont revenus au dossier.

1 Le Centre hospitalier Côte-des-Neiges est maintenant désigné Institut universitaire de gériatrie de Montréal et l'Hôpital Hôtel-Dieu est devenu le campus Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

3.2 POPULATION À L'ÉTUDE ET COLLECTE D'INFORMATIONS

Tous les patients admis à l'une ou l'autre des deux UCDG entre le premier novembre 1989 et le premier mai 1990 ont été inclus dans l'étude. Pour les besoins de l'étude, un formulaire standardisé de cueillette de données a été développé. Il a été administré par le médecin traitant de l'unité au patient et à la personne significative pour ce dernier. Le formulaire comportait cinq sections concernant des informations reliées respectivement à la situation antérieure à l'hospitalisation, au séjour hospitalier, à la préparation du congé, à une relance téléphonique et à une visite post-hospitalisation de suivi faite aux patients à leur lieu de résidence.

La première section du formulaire complétée à l'admission, comportait des informations sur le patient, son réseau de soutien naturel et communautaire et sur son histoire médicale. La deuxième section du formulaire concernait le séjour, de l'entrée à l'hôpital jusqu'à la sortie de l'unité. On y rapportait le nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie et le nombre de modifications effectuées durant l'hospitalisation, le nombre et le type de consultations faites aux spécialistes médicaux et autres professionnels, le nombre et le type d'examens paracliniques regroupés sous douze catégories, le diagnostic principal défini comme étant celui ayant mobilisé la part la plus importante du travail de l'équipe et deux autres diagnostics retenus comme étant prioritaires. Les diagnostics étaient tous encodés par la même archiviste pour les deux centres étudiés. On inscrivait également au formulaire, le résultat obtenu au test d'évaluation de l'état cognitif Mini-Mental State Examination (MMSE) dans les premières 24 heures d'entrée à l'UCDG ou aussitôt que le patient était considéré stable. Si le score au MMSE était supérieur à 20, l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) était administrée en début et en fin d'hospitalisation. L'autonomie fonctionnelle a été évaluée de façon systématique par l'échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton. Cet outil était administré à différents temps durant le séjour du patient pour identifier les performances habituelles concernant les trois mois précédant l'hospitalisation, en dedans des premières 48 heures à l'unité et au jour du congé.

La troisième section du formulaire concernait le plan de sortie. Ainsi, le médecin établissait au départ, si le patient pouvait retourner vivre à domicile, ou s'il devait être orienté vers une ressource communautaire (résidence d'accueil, foyer de groupe, résidence pour personnes autonomes), ou en centre d'hébergement (CHSLD). Il identifiait la personne à laquelle il acheminait le résumé d'hospitalisation et notait les items que contenait ce résumé. De plus, il inscrivait les recommandations particulières suggérées. Il précisait la catégorie professionnelle du responsable de la coordination des soins et services à domicile soit le médecin ou tout autre intervenant d'un programme de maintien à domicile qu'il soit issu d'un CLSC, d'un organisme communautaire, d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

La quatrième section du formulaire contenait des informations recueillies lors des relances téléphoniques effectuées par les médecins traitants des UCDG couvrant quatre périodes successives. Les suivis concernaient le premier mois suivant le congé, la période située entre le premier et le troisième mois, entre le troisième et le sixième mois et celle comprise entre le sixième et le douzième mois. Le but de cette relance était de documenter durant les périodes visées l'utilisation des services communautaires, les visites médicales, la consommation de médicaments, les hospitalisations, les hébergements et les décès. Les personnes significatives, le médecin et les responsables des programmes de maintien à domicile étaient contactés si nécessaire pour valider certaines données recueillies et confirmer la réception du résumé de dossier.

La cinquième et dernière section du formulaire se rapportait à une visite au lieu de résidence des patients effectuée en moyenne dix huit mois après leur congé hospitalier. Une étudiante en médecine spécialement entraînée à cette fin, réadministrait les épreuves d'évaluation cognitive et fonctionnelle. Ce suivi avait pour but d'obtenir un profil général des capacités des survivants.

En plus des informations recueillies par ce formulaire, un des médecins dans chacune des UCDG a contacté par téléphone les survivants, en moyenne 29 mois après leur congé hospitalier pour connaître leur milieu de vie d'alors. Les données du registre des statistiques du gouvernement québécois ont servi à corroborer les dates de décès. Un des auteurs a révisé chacune des sections du formulaire dès qu'il était complété afin d'en assurer la conformité aux critères pré-établis.

3.3 INSTRUMENTS DE MESURE

Tel que mentionné précédemment, trois instruments de mesure ont été systématiquement utilisés soit: le Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) (Folstein et coll., 1975), l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) (Montgomery et Asberg, 1979) et l'échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton (PSMS, IADL) (Lawton et Brodey, 1969).

Le MMSE a été choisi puisque d'usage répandu au Québec comme ailleurs dans le monde. Ses qualités et ses limites ont été largement traitées dans la littérature gériatrique (Tombaugh et McIntyre, 1992; Crum et coll., 1993). Les résultats au test sont catégorisés de la façon suivante : un pointage de moins de 18 signifie que le patient présente des troubles cognitifs sévères, entre 18 et 23, le patient a des troubles cognitifs modérés et finalement, un pointage de 24 ou plus signifie peu de troubles cognitifs.

Le MADRS a été retenu à cause de son caractère plus objectif (Montgomery et Asberg, 1979; Pfeiffer, 1975; Beck et coll., 1961; Zung, 1965; Randloff, 1977; Yesavage et coll., 1982). Retenant les critères du DSM-III, cette échelle a été conçue dans le but d'évaluer brièvement et avec précision l'intensité et les fluctuations de l'état dépressif. En effet, c'est l'examineur qui vérifie et quantifie systématiquement les dix principaux signes et symptômes de la dépression. Cette échelle permet d'établir un score (0-60) qui facilite les comparaisons dans un suivi longitudinal. Le score 0 signifie l'absence de dépression. Cette échelle a été validée par rapport au Hamilton et adaptée en français. Nous l'avons administrée aux patients lors de leur admission et peu de temps avant leur congé dans le but de vérifier l'évolution de leur état psychologique. Les items sur cette échelle sont présentés à l'annexe 3 .

Nous avons examiné plusieurs échelles de mesure d'autonomie fonctionnelle et nous avons retenu l'échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton (Lawton et Brodey, 1969; Applegate et coll., 1990; Law et Letts, 1989; Granger et coll., 1979; Katz et Moskowitz, 1963; Branch et Meyers, 1987; Rubenstein et coll., 1984; Mahoney et Barthel, 1965). Cette dernière inclut à la fois l'évaluation des activités de la vie quotidienne (soins de base) et de la vie domestique. Dans cette échelle, six activités de la vie quotidienne (AVQ) sont analysées. Chacune de ces activités est pondérée de 1 à 5 où 1 représente une complète autonomie dans l'épreuve et 5 une incapacité totale de réaliser cette activité.

Les résultats aux six activités sont par la suite additionnés: un pointage de 6 indiqué une indépendance complète, entre 7 et 12 un besoin léger d'assistance, entre 13 et 23 un besoin modéré d'assistance et entre 24 et 30 une dépendance sévère.

L'échelle d'activités de la vie domestique (AVD) comprend pour sa part huit catégories d'activités plus complexes. Chaque catégorie d'activités décrit de 3 à 5 niveaux de performance. Nous avons décidé de retenir trois niveaux de performance pour chacune des catégories afin d'être à même d'établir un pointage global nous permettant de qualifier le patient de trois façons possibles. Le patient est décrit comme indépendant si son pointage global est de 8, nécessitant une assistance s'il se situe entre 9 et 16 et dépendant s'il se situe entre 17 et 24. L'évaluation des AVD a été établie à partir des activités habituelles telles qu'elles étaient accomplies trois mois avant l'hospitalisation.

Le lecteur trouvera les items des échelles des AVQ et des AVD ainsi que la définition des catégories selon les scores obtenus à l'annexe 3 du rapport.

3.4 ANALYSES STATISTIQUES

3.4.1 Analyses descriptives

Les analyses statistiques descriptives effectuées consistaient principalement en la comparaison de certains sous-groupes de patients. Le test t de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes dans le cas des variables continues. Le test z de proportions a été appliqué pour des comparaisons de proportions entre les sous-groupes considérés.

3.4.2 Analyses de régression logistique polytomique

Nous avons construit un modèle de régression logistique polytomique dans le but d'identifier les facteurs influençant le devenir des clientèles, trois mois, six mois et une année après le congé de l'UCDG. La régression logistique polytomique constitue un cas particulier de la régression logistique. Elle permet d'estimer les liens entre une variable dépendante qui comporte plusieurs niveaux et un ensemble de variables indépendantes.

La variable dépendante compte plusieurs catégories qui prennent en considération différentes mesures de résultats généralement utilisées dans les études sur l'efficacité des UCDG et dans les études longitudinales sur le devenir des personnes âgées vivant dans la communauté. Ces mesures de résultats sont le milieu de vie (à domicile, l'hébergement en ressources alternatives, l'hébergement en institution), l'utilisation des ressources (visites à la salle d'urgence, réadmissions hospitalières) et la survie. La variable dépendante est construite selon un ordre croissant du degré de gravité des événements et est définie comme suit :

- Catégorie 1 :** Une personne demeurant à son domicile, sans hébergement, sans visite à l'urgence avec une ou sans hospitalisation au cours de la période de suivi.
- Catégorie 2 :** Une personne demeurant à son domicile, sans hébergement, avec une visite à l'urgence avec une ou sans hospitalisation au cours de la période de suivi.
- Catégorie 3 :** Une personne demeurant à son domicile, sans hébergement, avec deux visites à l'urgence avec deux hospitalisations ou plus au cours de la période de suivi.
- Catégorie 4 :** Une personne hébergée en ressources alternatives au cours de la période de suivi.
- Catégorie 5 :** Une personne hébergée en institution au cours de la période de suivi.
- Catégorie 6 :** Une personne décédée au cours de la deuxième moitié de la période de suivi.
- Catégorie 7 :** Une personne décédée au cours de la première moitié de la période de suivi.

Plusieurs variables indépendantes furent à priori considérées pour expliquer le devenir des clientèles à l'étude, soient les caractéristiques médicales, fonctionnelles et cognitives (AVQ, AVD, MMSE, le nombre de médicaments et le diagnostic principal ayant mené à l'hospitalisation); les caractéristiques socio-démographiques (l'âge, le sexe, le fait de vivre seul, le milieu de vie à l'admission); et l'utilisation des services de santé avant l'hospitalisation en UCDG (le nombre de consultation de médecin généraliste et de médecin spécialiste au cours de la dernière année, le nombre d'heure/semaine dans un centre de jour pour personnes âgées, le nombre d'heure/semaine d'aide d'une auxiliaire familiale à domicile et le nombre de visite/semaine d'une infirmière à domicile au cours de la dernière année et le nombre d'hospitalisation au cours des cinq dernières années).

L'analyse de la matrice de corrélation entre ces variables a permis d'identifier des redondances entre certaines mesures. Le score au MMSE, la mesure des AVD et le nombre de médicaments furent donc exclus des analyses. D'autre part, les analyses préliminaires n'ont pas permis de tester de relations significatives entre la variable dépendante et l'âge, le sexe, le milieu de vie à l'admission et les variables d'utilisation des services de santé à l'exception du nombre d'hospitalisation au cours des cinq dernières années.

Le modèle final comprend 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 [en quatre catégories : dimension cognitive, dimension neuro-musculo-squelettique, dimension du métabolisme énergétique (capacité cardiopulmonaire et nutrition) et autres diagnostics] et le nombre d'hospitalisation au cours des cinq dernières années.

Le choix de regrouper les diagnostics en quatre catégories a été fait en fonction du modèle de fragilité qui prend en considération l'effet potentiel des déficiences dans trois dimensions pathophysiologiques sur la fragilité des personnes âgées. Chaque catégorie diagnostique de la IX^e Classification internationale des maladies (OMS, 1979) est incluse dans l'une des catégories suivantes :

- **la dimension cognitive** comprenant

- 5.1 Démence et syndromes organiques (290 et 310)

- **la dimension neuro-musculo-squelettique** comprenant les catégories suivantes

- 6.0 Maladies du système nerveux (320 - 359)

- 6.1 Parkinson (332.0)

- 6.2 Autres (320 - 331) (333 - 359)

- 7.0 Maladies des organes des sens (360 - 389)

- 13.0 Maladies système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif (710 - 739)

15.1 Fractures et traumatismes (800 - 959)

• **la dimension du métabolisme énergétique** comprenant les catégories suivantes

3.0 Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme et immunitaire (240 - 279)

3.1 Diabète (250)

3.2 Malnutrition (262 - 263)

3.3 Autres (240 - 246) (251- 261) (264 -279)

8.0 Maladies de l'appareil circulatoire (390 - 459)

8.1 Maladies hypertensives (401 - 405)

8.2 Cardiopathies (410 - 429)

8.3 Maladies vasculaires cérébrales (430 - 438)

8.4 Maladies des artères (440 - 448)

8.5 Maladies des veines et vaisseaux lymphatiques (451 - 457)(459)

8.6 Hypotension orthostatique (458)

8.7 Autres (390 - 398)

9.0 Maladies de l'appareil respiratoire (460 - 519)

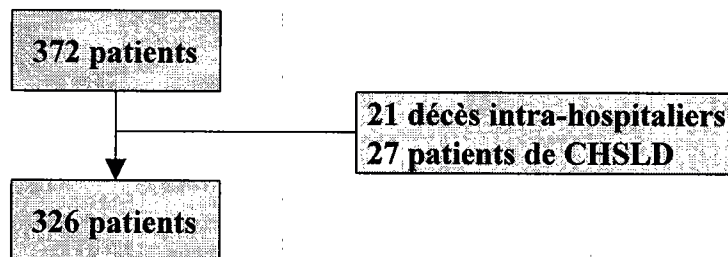
14.1 Perte de poids (783.2)

Finalement, une catégorie autres diagnostics fut créée, elle comprend tous les autres diagnostics non inclus dans les dimensions précédentes.

4. DESCRIPTION DES CLIENTÈLES

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de plusieurs analyses descriptives des clientèles admises aux deux UCDG montréalaises sur une période de six mois entre le premier novembre 1989 et le premier mai 1990. En tout, 372 patients ont été admis. Parmi eux, 21 patients (5%) sont décédés en cours d'hospitalisation et 27 (7%) patients provenaient de centres d'hébergement et de soins de longue durée. Étant donné les particularités de ces clientèles, les analyses descriptives sont présentées séparément. Lorsque nous discuterons de la population totale à l'étude, nous considérons les 326 patients admis à partir du domicile personnel ou de résidence privée et toujours vivants au congé (voir figure 4.1).

Figure 4.1 : Population à l'étude



Une description de différents sous-groupes de patients sera aussi présentée dans ce chapitre. Nous référons le lecteur à l'annexe 4 pour la consultation des divers tableaux de ce chapitre:

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES DE LA POPULATION ADMISE AUX DEUX UCDG DE L'ÉTUDE

Les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la population admise aux UCDG de l'étude sont présentées aux tableaux 4.1 et 4.2.

L'âge moyen de la clientèle était de 81 ans (± 7 ans) et 80% étaient âgés de 75 ans ou plus: 75% étaient des femmes et 50% vivaient seuls.

Dans un bilan descriptif d'une tournée de vingt-quatre unités de courte durée gériatriques au Québec, Durand et coll. (1991) ont présenté quelques données socio-démographiques des clientèles de ces unités en 1990. Pour fin de comparaison, les données socio-démographiques de la clientèle de notre étude, celles de Durand et coll. (1991) et celles de la population âgée de 65 ans et plus au Québec, sont présentées au tableau 4.3.

On constate que les patients sont plus âgés et que plus de femmes sont admises aux deux UCDG montréalaises. Ce constat n'est pas vraiment étonnant. Premièrement, la région Montréal-Centre a connu une croissance plus marquée du pourcentage de la population de 65 ans et plus que l'ensemble du Québec au cours des 20 dernières années (14.2% versus 10.1 % en 1991). De plus, au cours de cette même période, la proportion des femmes âgées de 65 ans et plus a évolué de façon plus importante. En 1991, une femme sur six (16.9%) à Montréal était âgée de 65 ans ou plus comparativement à un homme sur neuf (11.2%). Au Québec en 1992, on comptait 13.2% de femmes et 9.2% d'hommes âgés de 65 ans et plus.

Une proportion plus grande de la clientèle vivait seule, soit 50% en comparaison à 39% dans l'étude de Durand et coll. (1991) et à 25% pour la population de 65 ans et plus du Québec. Cette différence peut être reliée au fait que plus de femmes sont admises aux deux UCDG montréalaises. On sait que plus de femmes (33%) que d'hommes (16%) âgés de 65 ans et plus vivent seules au Québec. Ces proportions augmentent avec l'âge de façon toujours plus importante pour les femmes, le veuvage expliquant en grande partie cette situation. Les données sur la situation maritale ne sont pas disponibles dans l'étude de Durand et coll. (1991). Par ailleurs, le veuvage est plus important pour la clientèle de notre étude (51%) en comparaison à l'ensemble de la population de 65 ans et plus au Québec (33%).

Ajoutons que les clientèles des UCDG, tant dans notre étude que dans celle de Durand et coll. (1991), sont majoritairement féminines et vivent davantage seules que la population de 65 ans et plus du Québec.

4.1.1 Les diagnostics

Le diagnostic principal et deux autres diagnostics majeurs ayant contribué à l'hospitalisation, ont été colligés par le médecin traitant pour chaque patient. Les catégories diagnostiques utilisées sont celles de la IXe Classification Internationale des Maladies (CIM-9) (OMS, 1979). Les diagnostics les plus souvent mentionnés étaient, les maladies de l'appareil circulatoire (21%), les démences (11%) et les diagnostics de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire (10%) (Tableau 4.4). La comparaison du diagnostic principal d'admission en 1989-90 (Tableau 4.5) de ces deux UCDG avec ceux de l'ensemble des UCDG québécoises révèle que les diagnostics de démence, de maladies endocriniennes et désordres de la nutrition, métabolisme et de l'immunité ainsi que les maladies du système ostéo-articulaire sont plus fréquents dans les deux unités étudiées. Par ailleurs, l'évolution de ces diagnostics, jusqu'en 1996-97, révèle que le diagnostic de démence se rapproche entre les deux groupes; par ailleurs, l'écart augmente en ce

qui a trait aux maladies endocriniennes et les symptômes, signes et états morbides mal définis. Enfin, la catégorie des diagnostics «autres» a augmenté de façon importante à près de 40% signant la diversification des diagnostics.

Les faibles pourcentages relevés pour chaque catégorie diagnostique reflètent l'hétérogénéité des problèmes de santé des patients admis aux deux UCDG.

4.1.2 État cognitif et fonctionnel

42% des patients présentaient des troubles cognitifs allant de modérés à sévères en obtenant un score au test de Folstein (MMSE) inférieur à 24 points.

22% des patients étaient considérés indépendants aux activités de la vie quotidienne (AVQ) à leur admission à l'UCDG. Par ailleurs, 37% avaient besoin d'une assistance légère, 32% nécessitaient une assistance modérée et 9% étaient considérés dépendants aux AVQ. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle lors d'activités de la vie domestique (AVD) a révélé que 15% des patients étaient indépendants, 38% avaient besoin d'assistance et 48% étaient dépendants.

Si l'on compare l'état fonctionnel de l'échantillon à l'étude avec les données pour la population du Québec, on constate que la clientèle des UCDG est plus atteinte à ce niveau. A titre indicatif, en 1992-93, lors de l'enquête de Santé Québec, près de 10% des personnes de 65 ans et plus présentaient une perte de leurs capacités fonctionnelles pour les soins personnels (manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison) en comparaison à près de 80% des patients admis aux UCDG. La situation est semblable en ce qui a trait aux activités de la vie domestique (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur de la maison). Lors de l'enquête Santé Québec, 23% des personnes de 65 ans et plus présentaient une perte des capacités fonctionnelles pour ces activités en comparaison à 85% de la population à l'étude (Santé Québec, 1993). On doit cependant demeurer prudent sur la comparaison de ces données puisque les instruments de mesures des incapacités sont différents.

Nous avons constaté que 10% des patients étaient à la fois indépendants aux AVQ, aux AVD et présentaient très peu de troubles cognitifs. Ce constat fut étonnant puisque à priori, les clientèles cibles des services d'UCDG sont celles qui présentent des incapacités fonctionnelles. Nous avons donc porté une attention particulière à ces patients. Une analyse qualitative des dossiers médicaux de ces patients a été faite. Les résultats sont présentés plus loin.

4.1.3 Consommation de médicaments

La consommation moyenne de type de médicaments de la clientèle était de 4.2 (\pm 2.6). 5% des patients ne consommaient aucun médicament, 37% consommaient de 1 à 3 médicaments et 58% consommaient 4 médicaments ou plus. Les patients des UCDG sont de plus grands consommateurs de médicaments que l'ensemble de la population de 65 ans et plus du Québec vivant dans la communauté. L'enquête Santé Québec révèle que 70% de cette population consomme en moyenne 2 à 3 médicaments.

ENSEMBLE DE LA POPULATION À L'ÉTUDE: PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=326)

- La clientèle des UCDG est très âgée (81 ans en moyenne), elle est majoritairement féminine (75%) et la moitié vit seule.
- La clientèle est hétérogène du point de vue de ses problèmes de santé et les principaux diagnostics ayant entraîné l'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire, les démences et les maladies endocriniennes, les désordres de la nutrition du métabolisme et du système immunitaire.
- Une grande partie de la clientèle souffre de troubles cognitifs allant de modérés à sévères (42%).
- La majorité de la clientèle présente une atteinte de l'autonomie fonctionnelle aux AVQ et aux AVD. 10% de la clientèle admise était à la fois indépendante aux AVQ et aux AVD et présentait très peu de troubles cognitifs.
- La clientèle des UCDG présente une consommation significative de médicaments. Près de 60% en consomment 4 ou plus.

4.2 PATIENTS DÉCÉDÉS EN COURS D'HOSPITALISATION

Vingt et un patients (5% de l'échantillon total à l'étude) sont décédés en cours d'hospitalisation. Étant donné le faible nombre de patients décédés, l'analyse comparative avec l'échantillon total à l'étude doit être interprétée avec prudence. 60% des patients décédés en cours d'hospitalisation étaient des hommes.

4.2.1 Les diagnostics

Les maladies de l'appareil circulatoire constituaient les diagnostics les plus souvent rencontrés chez ces patients, soit dans une proportion de 44% des diagnostics (Tableau 4.6). Les maladies de l'appareil respiratoire venaient au second rang (12%) suivies des démences dans une proportion de 9%. Pour l'échantillon à l'étude, les maladies de l'appareil circulatoire, rappelons le, étaient les plus souvent mentionnées mais dans une proportion moindre soit 21 % et le diagnostic de démence venait au second rang dans une proportion de 11 %.

La prédominance des maladies de l'appareil circulatoire chez les patients décédés va dans le même sens que les connaissances sur les principales causes de mortalité pour l'ensemble de la population de 65 ans et plus du Québec. Les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 45% des causes de décès pour l'ensemble de la population de 65 ans et plus en 1989.

4.2.2 État cognitif et fonctionnel

Compte tenu de l'instabilité clinique de ces patients, il ne fut possible d'évaluer l'état cognitif que de 11 des 21 patients décédés en cours d'hospitalisation. 73% d'entre eux présentaient des troubles cognitifs allant de modéré à sévère comparativement à 41% pour l'ensemble des patients admis aux deux UCDG.

L'évaluation fonctionnelle aux AVQ a été faite pour 12 des 21 patients décédés en cours d'hospitalisation. Ces patients étaient plus atteints aux AVQ que le groupe de comparaison. Tous présentaient au moins un besoin d'assistance, sinon une dépendance. Il en va de même pour les AVD. Cette atteinte de l'état fonctionnel indique la gravité de l'état de santé de ces patients.

4.2.3 Consommation de médicaments

Les patients décédés encours d'hospitalisation consommaient moins de médicaments que l'ensemble de la population à l'étude. Ce constat est étonnant puisque les diagnostics de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire sont généralement reliés à une consommation plus importante de médicaments.

4.2.4 Justesse de l'admission

Nous avons fait une analyse qualitative des dossiers médicaux de ces patients afin de déterminer si des alternatives à l'hospitalisation en UCDG auraient été souhaitables pour eux.

Les dossiers médicaux ont été systématiquement revus par deux gériatres de l'équipe de recherche. Une grille de collecte de données fut développée et contient les informations suivantes :

- Le patient présente ou non une atteinte des fonctions vitales à l'admission;
- Le processus pathologique est irréversible ou réversible ;
- Le patient est en phase terminale ou non de la maladie ;
- Le patient est connu au programme d'UCDG;
- Le délai entre l'admission et le décès est: < 24 heures, 24 heures à moins d'une semaine, plus d'une semaine
- Le profil du patient : trois profils distincts furent définis :

- 1 - Le profil médical selon lequel le patient présente une décompensation et une atteinte récente d'un organe cible.
- 2 - Le profil gériatrique selon lequel le patient présente une problématique avec atteinte de multiples organes ou l'existence d'interactions importantes entre les pathologies, les incapacités fonctionnelles et les thérapies. Une problématique psychosociale peut aussi se greffer aux problématiques médicales et fonctionnelles.
- 3 - Le profil hébergement selon lequel le patient, affligé d'une dépendance fonctionnelle importante, ne peut être maintenu dans la communauté. Une orientation vers des ressources d'hébergement en institution s'avère alors nécessaire.

L'analyse des dossiers révèle que parmi les 21 patients décédés, 15 d'entre eux avaient un profil médical, 5 un profil gériatrique et un seul présentait un profil d'hébergement.

Parmi les patients avec un profil médical, 10 ont à l'admission, une atteinte sévère des fonctions vitales; 8 présentent un processus pathologique irréversible et 6 sont en phase terminale de la maladie. Notons que 5 des 6 patients en phase terminale de la maladie sont connus du programme UCDG.

Ces patients présentent des conditions médicales instables. Ils ont reçu un traitement médical actif et près de la moitié d'entre eux sont décédés au-delà d'une semaine de l'admission.

Une orientation vers d'autres programmes aurait pu être envisagée pour 14 des 15 patients avec profil médical. Certains auraient pu bénéficier des programmes de sous-spécialités médicales dont la cardiologie (4 patients), la neurologie (2 patients), la pneumologie (1 patient) et la médecine interne (1 patient). Cinq autres patients auraient pu être dirigés vers les services de médecine pour soins palliatifs et un autre vers les services de chirurgie.

Cinq patients présentaient un profil gériatrique. Dans seulement un cas la phase terminale de la maladie est appréhendée à l'admission. Ce patient est décédé plus d'une semaine après l'admission. Un patient est décédé au cours des premières 24 heures de l'admission et 2 autres sont décédés au cours de la semaine suivant leur admission.

L'atypie de la présentation clinique est l'élément à retenir de l'analyse des dossiers de ces patients puisque malgré des fonctions vitales stables à l'admission, 3 décèdent en moins d'une semaine.

L'analyse qualitative de ces cinq dossiers permet de conclure que seul le patient dont la phase terminale de la maladie était appréhendée à l'admission aurait pu être orienté au service de médecine pour soins palliatifs.

Un seul patient parmi ceux décédés en cours d'hospitalisation répondait au profil d'hébergement. Il est décédé plusieurs semaines après son admission à l'UCDG. Une orientation vers les soins de longue durée aurait pu être envisagée pour ce patient.

LES PATIENTS DÉCÉDÉS EN COURS D'HOSPITALISATION: PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=21)

- Les patients décédés sont en majorité des hommes (60%).
- Les diagnostics de l'appareil circulatoire (44%) et de l'appareil respiratoire (12%) sont le souvent mentionnés.
- Les patients décédés étaient plus atteints au niveau de leur état fonctionnel et cognitif, ce qui reflète la gravité de leur état de santé.

4.3 - PATIENTS DONT LE LIEU DE RÉSIDENCE À L'ADMISSION EST LE CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

Certaines clientèles des UCDG sont admises en transfert d'un CHSLD; ressource de soins et services de santé qui ne disposent pas du plateau technique et des professionnels nécessaires pour faire l'investigation et les traitements spécifiques des patients. Les patients admis aux deux UCDG dont le lieu de résidence était le CHSLD (7% de l'ensemble des patients admis n=27) sont relativement plus âgés que l'ensemble des patients (Tableau 4.7). En effet, 52% d'entre eux sont âgés de 85 ans et plus comparativement à 28% pour l'ensemble des patients admis. On retrouve également plus de femmes, soit 82% comparativement à 75% pour l'ensemble des patients et 70% sont veuf en comparaison à 51% pour l'ensemble des patients.

Le portrait socio-démographique de cette clientèle est semblable à celui des clientèles dont le lieu de résidence est en CHSLD au Québec: c'est-à-dire majoritairement des femmes très âgées.

4.3.1 Les diagnostics

En comparaison à l'échantillon total, les démences et les maladies de l'appareil respiratoire sont plus importantes pour les patients des CHSLD. Ces diagnostics représentent respectivement 14% comparativement à 11% et 8% pour l'échantillon total.

4.3.2 État cognitif et fonctionnel

Puisque ces patients proviennent de CHSLD, il n'est pas étonnant de constater que tous présentaient davantage de difficultés aux niveaux de l'autonomie fonctionnelle et cognitive que l'ensemble de la population à l'étude. Ainsi, 61 % d'entre eux présentaient des troubles cognitifs allant de

modérés à sévères comparativement à 42% pour l'ensemble de la population à l'étude. Tous présentaient un besoin d'assistance ou étaient dépendants aux AVQ et aux AVD.

LES PATIENTS PROVENANT DE CHSLD : PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=27)

- Les patients des CHSLD sont plus âgés (85 ans), majoritairement de sexe féminin (82%) et sont veufs (70%).
- Les démences (14%) et les maladies de l'appareil respiratoire (14%) sont plus importantes chez ce groupe de patients.
- Les patients des CHSLD sont plus détériorés que l'ensemble de la population à l'étude en ce qui a trait à l'état fonctionnel et cognitif.

4.4 AUTRES ANALYSES DESCRIPTIVES

Suite aux premières analyses, nous avons porté notre attention sur certains sous-groupes de clientèles. Dans un premier temps, nous nous sommes attardés aux caractéristiques sociodémographiques et médicales des clientèles selon six catégories diagnostiques soit :

- diagnostic de maladies de l'appareil circulatoire
- diagnostic de démence
- diagnostic de maladies de l'appareil respiratoire
- diagnostic de troubles mentaux (sans démence)
- diagnostic de maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif
- diagnostic de maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme et immunitaire

Ces catégories diagnostiques furent choisies en fonction de leur importance, à l'intérieur de la population à l'étude, de même que parce qu'elles sont des catégories diagnostiques souvent mentionnées dans les études qui décrivent les clientèles gériatriques (Caradoc-Davis et coll., 1987; Miller et coll., 1991; Rubenstein et coll., 1988).

Nous présentons également les caractéristiques socio-démographiques et médicales des personnes dites "indépendantes" aux AVQ et AVD et ayant un résultat ≥ 24 au MMSE.

4.4.1 Patients avec et sans diagnostic de maladies de l'appareil circulatoire

Les diagnostics de maladies de l'appareil circulatoire furent mentionnés pour 154 patients, soit 47% de l'ensemble de la population à l'étude. Au tableau 4.8, sont présentées les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients avec et sans diagnostic de maladies de l'appareil circulatoire.

Aucune différence significative n'existe entre les deux groupes de patients en ce qui a trait à l'âge, au sexe, au statut marital, au type de ménage, à l'état fonctionnel et à l'état affectif.

Le diagnostic cumulé le plus important pour les patients ayant une maladie de l'appareil circulatoire est évidemment celui des maladies de l'appareil circulatoire (42%). Les maladies endocriniennes, les désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire représentaient 7% des diagnostics pour ce groupe de patients comparativement à 12% pour les patients sans diagnostics de maladies de l'appareil circulatoire. Les diagnostics de démence et du système ostéo-articulaire étaient plus importants pour le groupe de comparaison soit respectivement 14% et 11 % en comparaison à 6% et 5% pour les patients ayant une maladie de l'appareil circulatoire.

La consommation de médicaments des patients ayant une maladie de l'appareil circulatoire est supérieure à celle du groupe de comparaison (4.6 (\pm 2.5) versus 3.7 (\pm 2.6), $p < .05$).

LES PATIENTS AYANT UNE MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE: PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=154)

- Ces patients présentaient moins de troubles cognitifs allant de modérés à sévères.
- La consommation de médicaments au congé est plus importante pour ce sous-groupe de patients.

4.4.2 Patients avec et sans diagnostic de démence

Le diagnostic de démence fut mentionné pour 95 patients, soit pour 29% de l'échantillon total à l'étude. Au tableau 4.9 sont présentées les caractéristiques socio-démographiques médicales ainsi que l'état fonctionnel et cognitif des patients déments et non déments. Les deux groupes ne se distinguent pas du point de vue du sexe, du statut marital et du type de ménage.

Une tendance est à noter, soit l'âge moyen des patients déments qui était de 82 ans (\pm 5.9 ans) versus 80.5 ans (\pm 7.3) pour les non déments, $p < 0.1$.

Les démences étaient évidemment les diagnostics d'importance pour le groupe de patients (35%). Les trois principaux diagnostics cumulés pour le groupe de comparaison étaient les maladies de l'appareil circulatoire (23%), les maladies endocriniennes (10%) et les troubles mentaux (10%). Ces diagnostics représentaient respectivement 13%, 10% et 2% des diagnostics cumulés des patients déments.

Il n'est pas étonnant de constater qu'une plus grande proportion de patients déments a obtenu un score de Folstein inférieur à 24, soit 79% versus 26% pour les patients sans diagnostic de démence établi selon les trois diagnostics principaux, ($p < .05$).

Les patients déments étaient également plus atteints au niveau de l'état fonctionnel avec seulement 7% d'entre eux considérés comme indépendants aux AVQ et seulement 2% indépendants aux AVD. Mentionnons qu'en moyenne le score aux AVQ était de 15.5 (\pm 7.0) pour les patients déments comparativement à 11.2 (\pm 5.8) pour les patients non déments. Aux AVD, les scores moyens étaient de 19.7 (\pm 4.3) et 14.1 (\pm 5.1) respectivement pour les deux groupes, ($p < .05$).

La consommation de médicaments des patients déments est inférieure à celle du groupe de comparaison. Les patients déments prenaient en moyenne 3.0 (\pm 2.1) médicaments versus, 4.6 (\pm 2.6) pour les patients non déments, ($p < .05$).

Une analyse qualitative des dossiers des patients souffrant de démence a été faite. Les dossiers de 93 patients souffrant de démence ont été analysés et classifiés selon que le diagnostic de démence a été connu avant l'hospitalisation ou qu'il a été posé durant l'hospitalisation :

- Diagnostic de démence déjà connu à l'admission en UCDG (n=33, 35%) dont :
 - 17 hospitalisés pour une co-morbidité;
 - 12 hospitalisés pour un symptôme spécifique relié à la démence;
 - 4 hospitalisés pour une orientation vers un milieu de vie adapté à leurs incapacités;
- Diagnostic identifié lors de l'hospitalisation (n=60, 65%) dont :
 - 1 diagnostic déjà connu mais non mentionné à l'admission;
 - 30 démence identifiée comme diagnostic principal;
 - 29 démence identifiée comme diagnostic secondaire.

Pour les 17 patients admis pour des co-morbidités associées à la démence, les catégories diagnostiques étaient les suivantes par ordre d'importance :

- 5 infections
- 4 maladies cardio-pulmonaires
- 3 maladies neurologiques
- 2 plaies de décubitus
- 2 maladies musculo-squelettiques
- 2 maladies gastro-intestinales
- 1 diabète
- 1 intoxication médicamenteuse

Pour les 12 patients admis pour un symptôme relié à la démence, les symptômes les plus fréquemment notés étaient les chutes (8 patients), le delirium (6 patients) et des troubles de comportement (3 patients).

Pour les 30 patients pour qui le diagnostic de démence a été posé durant l'hospitalisation et dont la démence constituait le diagnostic principal d'admission, il est possible d'envisager que ce diagnostic aurait pu être posé dans un service ambulatoire (hôpital de jour, clinique externe de gériatrie, clinique de mémoire par

exemple), puisque aucune autre raison majeure associée ne nécessitait une hospitalisation. De tels services sont beaucoup plus répandus actuellement et permettent une évaluation et une prise en charge interdisciplinaires fort pertinentes. Ceci représente donc le tiers de la clientèle porteuse du diagnostic de démence admise dans ces deux unités de courte durée gériatriques.

LES PATIENTS DÉMENTS : PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=95)

- Les patients déments sont plus atteints au niveau de l'état fonctionnel (AVQ, AVD) et cognitif.
- Les patients déments consomment moins de médicaments, soit 3.0 (\pm 2.1) médicaments en comparaison à 4.6 (\pm 2.6) pour les patients non déments.
- Le tiers de la clientèle atteinte de démence a eu un diagnostic posé durant l'hospitalisation mais ne présentait pas de condition associée nécessitant une hospitalisation; des services ambulatoires gériatriques auraient pu accueillir cette clientèle pour préciser le diagnostic.

4.4.3 Patients avec et sans diagnostic de maladies de l'appareil respiratoire

Soixante-six patients, soit 20% de l'ensemble de la population présentaient comme principal diagnostic, un diagnostic de maladies de l'appareil respiratoire.

Une proportion plus grande d'hommes était touchée par des maladies de l'appareil respiratoire. On retrouvait 38% d'hommes pour ce groupe, comparativement à 22% pour le groupe de patients n'ayant pas de maladies de l'appareil respiratoire, ($p < 0.05$).

Les diagnostics cumulés d'importance pour le groupe de comparaison étaient les maladies de l'appareil circulatoire (21%), les démences (10%) et les maladies endocriniennes (10%). Pour les patients ayant une maladie de l'appareil respiratoire ce sont les maladies de l'appareil respiratoire (36%), de l'appareil circulatoire (17%), les démences (10%) et les maladies endocriniennes, les désordres de la nutrition du métabolisme et du système immunitaire (10%) qui sont les diagnostics cumulés d'importance.

Les deux groupes ne démontrent pas de différence significative pour les autres caractéristiques socio-démographiques et médicales, ni pour leur état fonctionnel et cognitif.

LES PATIENTS AYANT UN DIAGNOSTIC DE MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=66)

- La proportion d'hommes est plus grande dans le groupe de patients ayant un diagnostic de maladies de l'appareil respiratoire, soit 38% versus 22% pour le groupe de comparaison.
- Les maladies de l'appareil circulatoire sont aussi associées à celles de l'appareil respiratoire, dans une proportion de 17% des diagnostics cumulés.

4.4.4 Patients avec et sans troubles mentaux (excluant la démence)

Soixante-trois patients, soit 19% de la population à l'étude présentaient un diagnostic de troubles mentaux. Au tableau 4.10 sont présentées les caractéristiques des patients avec et sans troubles mentaux.

Aucune différence significative n'existait entre les deux groupes quant à leurs caractéristiques socio-démographiques.

En ce qui concerne les diagnostics cumulés, on constate que les patients ayant des troubles mentaux présentaient moins de diagnostics dans les catégories de l'appareil circulatoire (18% versus 21%) et de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire (6% versus 11%) que le groupe de patients sans troubles mentaux.

Les patients ayant des troubles mentaux présentent un meilleur état fonctionnel aux AVQ que les patients sans troubles mentaux. Le premier groupe ayant obtenu un score moyen de 9 (± 3.7) tandis que le second groupe obtenait un score moyen de 11.0 (± 5.5), ($p < 0.05$).

Une tendance peut être relevée au niveau de l'évaluation fonctionnelle aux AVD. Les patients ayant des troubles mentaux ont obtenu un meilleur score soit 14.7 (± 4.8) versus 16.0 (± 5.6), ($p < 0.1$).

PATIENTS AYANT DES TROUBLES MENTAUX (EXCLUANT LA DÉMENCE) : PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=63)

- Les patients ayant des troubles mentaux présentent moins de diagnostics dans les catégories de l'appareil circulatoire et de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire que les patients sans troubles mentaux.
- Les patients ayant des troubles mentaux sont moins atteints au niveau de leur état fonctionnel aux AVQ.

4.4.5 Patients avec et sans maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif

Soixante-quatre patients, soit 19% de la population à l'étude présentaient un diagnostic de maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif. Au tableau 4.11 sont présentées les caractéristiques des patients avec et sans maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus conjonctifs.

Aucune différence significative n'existait entre les deux groupes de patients quant à leurs caractéristiques socio-démographiques. Par ailleurs, une tendance peut être relevée, au sujet du type de ménage. En effet, il semble qu'une plus grande proportion de patients avec maladies du système ostéo-articulaire vivaient seuls soit 58% d'entre eux comparativement à 48% pour le groupe de comparaison, ($p < 0.1$).

Au niveau de l'état cognitif, on note que le score moyen au MMSE est plus élevé pour les patients ayant une maladie du système ostéo-articulaire par rapport à l'autre groupe, soit 24.1 (± 5.5) versus 22.2 (± 7.2), ($p \leq 0.05$).

Les patients avec maladies du système ostéo-articulaire ont obtenu en moyenne un score au MARDS de 5.9 (± 6.5) comparativement à 9.8 (± 9.2) pour le groupe de comparaison, ($p < 0.05$). Les patients du premier groupe présentaient moins de symptômes de dépression.

D'autre part, une autre tendance peut être relevée quant aux activités de la vie quotidienne. Les deux groupes tendent à être différents avec un score moyen de 9.7 (± 4.1) pour les patients avec maladies du système ostéo-articulaire et 10.8 (± 5.5) pour le groupe de comparaison, ($p < 0.1$). Les patients avec maladies du système ostéo-articulaire semblent donc légèrement plus indépendants aux AVQ que leur groupe de comparaison.

Notons de plus, que les diagnostics cumulés pour le groupe de comparaison étaient les maladies de l'appareil circulatoire soit 22% versus 12% pour les patients avec maladies du système ostéo-articulaire suivis des maladies endocriniennes (11% versus 5%) et des démences (11% versus 9%).

PATIENTS AVEC MALADIES DU SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE : PRINCIPALES CONSTATATIONS (n=64)

- Deux tendances sont relevées pour ce groupe de patients. Premièrement, une proportion moins grande de ces patients vivent seuls (48% versus 58% pour le groupe de comparaison).
- Deuxièmement, ces patients tendent à être plus indépendants aux AVQ que le groupe de patients sans maladies du système ostéo-articulaire avec un score moyen de 9.7 (± 4.1) et 10.8 (± 5.5) respectivement.
- Ces patients présentaient moins de troubles cognitifs avec un score moyen au MMSE de 24.1 (± 5.5) versus 22.2 (± 7.2) pour le groupe de comparaison.
- Les diagnostics de l'appareil circulatoire, de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire de même que les démences étaient moins importants que pour le groupe de comparaison.

4.4.6 Patients avec et sans diagnostic de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire

Quatre-vingt-cinq patients, soit 26% des patients admis aux deux UCDG présentaient un diagnostic de maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire. Au tableau 4.12 sont présentées les caractéristiques des patients avec et sans ces diagnostics.

Les patients ayant un diagnostic de maladies endocriniennes étaient plus jeunes que le groupe de comparaison (79.6 ans (\pm 7.7) et 81.4 ans (\pm 6.6) respectivement, ($p \leq 0.05$)).

Une tendance peut être relevée en ce qui concerne le sexe. On constate que plus de femmes étaient touchées par une maladie endocrinienne. Dans le groupe de patients ayant une maladie endocrinienne, on comptait 82% de femmes tandis qu'on en comptait 72% dans le groupe de comparaison, ($p < 0.1$).

Les principaux diagnostics cumulés pour le groupe de comparaison étaient les maladies de l'appareil circulatoire (23%), les démences (11%) et les maladies du système ostéo-articulaire (10%). Ces diagnostics représentaient respectivement 14%, 9% et 4% des diagnostics cumulés pour les patients avec maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire.

Les deux groupes sont semblables en ce qui a trait aux autres caractéristiques sociodémographiques médicales et de leur état fonctionnel et cognitif.

PATIENTS AVEC DIAGNOSTICS DE MALADIES ENDOCRINIENNES, DE DÉSORDRS DE LA NUTRITION, DU MÉTABOLISME ET DU SYSTÈME IMMUNITAIRE: PRINCIPALES CONSTATATIONS, (n=24)

- Ces patients sont plus jeunes que le groupe de comparaison, soit 79.6 ans (\pm 6.7) versus 81.4 (\pm 6:6).
- On retrouve près de 10% plus de femmes dans ce groupe de patients (82% versus 73%)
- Ces patients présentaient moins de co-diagnostics de l'appareil circulatoire, de démence et de maladies du système ostéo-articulaire que le groupe de comparaison.

4.4.7 Patients indépendants aux AVQ, AVD et sans troubles cognitifs allant de modérés à sévères

Trente-quatre patients, soit 10% des patients de l'ensemble de la population à l'étude étaient considérés autonomes aux AVQ et aux AVD et présentaient peu de troubles cognitifs. Au tableau 4.13 sont présentées les caractéristiques de ces patients ainsi que du groupe de comparaison (non indépendants aux AVQ/AVD et avec troubles cognitifs allant de modérés à sévères).

Les patients catégorisés comme très indépendants sont âgés en moyenne de 77.5 ans (± 6.8), ils sont plus jeunes que le groupe de comparaison (81.4 ans (± 6.9), $p < 0.05$). 43% de ces patients faisaient partie du groupe d'âge des 60 à 74 ans tandis que 30% des patients du groupe de comparaison faisaient partie du groupe d'âge des 85 ans et plus.

Les diagnostics d'importance pour le groupe de patients indépendants étaient les maladies de l'appareil circulatoire (17%), les maladies endocriniennes (13%), les maladies de l'appareil digestif (13%) et les troubles mentaux (excluant les démences) (12%).

Pour le groupe de comparaison, les maladies de l'appareil circulatoire (21%), les démences (11%), les maladies endocriniennes (10%) et les maladies de l'appareil respiratoire (7%) étaient les diagnostics d'importance.

Aussi, les patients des deux groupes différaient significativement quant à leur état affectif. Les patients indépendants présentaient un meilleur score moyen à l'échelle de dépression soit 6.1 (± 8.0) par rapport à 9.4 (± 8.9) pour le groupe de comparaison, ($p < 0.05$). Les deux groupes étaient par ailleurs semblables en ce qui a trait aux autres caractéristiques socio-démographiques et médicales.

Trente quatre (34) dossiers de patients identifiés autonomes aux AVQ et aux AVD avec un MMSE ≥ 24 ont été analysés conjointement par deux des auteurs médecins en gériatrie (un gériatre, un médecin spécialiste en santé communautaire). Quatre cas ont été retirés de la banque actuelle car, après examen plus approfondi, ils présentaient des incapacités aux AVQ/AVD. L'analyse finale a donc été effectuée sur 30 cas.

Le but de l'analyse était de catégoriser les clientèles selon certaines caractéristiques (âge, vivre seul ou non, profil médical selon les diagnostics associés à l'admission) et de proposer, si possible, des alternatives à l'hospitalisation. En effet, compte tenu de sa relative autonomie, cette clientèle aurait peut-être pu éviter une hospitalisation et être prise en charge par des services externes hospitaliers ou par des services communautaires.

Quatre **profils de clientèles** ressortent de cette analyse selon les principaux diagnostics associés à l'admission :

- **Le profil gériatrique (G)** : personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles sans incapacités, associées à des syndromes gériatriques (incontinence, syncope, chutes, etc.) ou à des atteintes de plusieurs systèmes déterminants de la fragilité (cardio-pulmonaire, locomoteur, neurologique, etc.).
- **Le profil médical (M)** : personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles sans incapacités, associées à des déficiences d'un seul système (hématologique, cardiaque, pulmonaire, locomoteur, etc.).
- **Le profil diabétique (D)** : personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles sans incapacités, reliées au diabète sous forme de glycémies non contrôlées ou de complications associées à cette maladie (neuropathie, troubles gastro-intestinaux, etc.). Ces patients peuvent présenter un profil médical (Dm, le diabète représentant leur problème principal) ou gériatrique (Dg, le diabète est associé à des syndromes gériatriques ou de multiples pathologies déterminantes de la fragilité).
- **Le profil psychiatrique (P)** : personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles sans incapacités, reliées à des maladies psychiatriques chroniques ou d'apparition récente associées au vieillissement. Si le patient ne présente que des troubles psychiatriques, il est identifié Pp; s'il présente en plus d'autres déficiences, il peut être identifié psychiatrique/médical (Pm) ou psychiatrique/gériatrique (Pg).

Parmi les **alternatives à l'hospitalisation** qui ont été considérées, les services suivants ont été retenus :

- Hospitalisation dans un autre service hospitalier que celui de la gériatrie (médecine, chirurgie, psychiatrie, par exemple);
- Clinique externe de gériatrie avec accès à une équipe multidisciplinaire;
- Clinique externe spécialisée pour les diabétiques (service à développer);
- Centre ambulatoire de médecine avec accès à des examens para-cliniques spécialisés concentrés sur quelques jours, avec accès possible à divers professionnels;
- Hôpital de jour gériatrique avec équipe multidisciplinaire et transport adapté.
- Clinique externe de psycho-gériatrie;
- Programme de MAD d'un CLSC (infirmière, intervenant psychosocial, etc.);
- Médecin de famille (cabinet privé, polyclinique, CLSC).

Des trente cas étudiés (tableau 4.14), dix présentent un profil psychiatrique (6Pp, 3Pm, 1Pg), sept d'entre eux présentent un profil gériatrique, sept autres un profil médical et six un profil diabétique (4Dm, 2Dg). Dix des trente cas nécessitent une hospitalisation en UCDG; cinq de ces cas présentaient un profil psychiatrique, quatre autres un profil gériatrique et un dernier cas un profil diabétique.

Pour les vingt autres patients qui auraient pu être pris en charge différemment, le centre ambulatoire de médecine (cinq cas) représente une ressource intéressante en offrant une investigation

intensive sur quelques jours avec l'accès à certains autres professionnels de la santé, en plus de médecins spécialistes; pour se rendre à ses rendez-vous, le patient doit toutefois pouvoir se déplacer seul ou avec l'aide d'un proche et ne pas présenter de fatigabilité trop importante pour pouvoir soutenir ce rythme d'investigation sur une base externe.

Trois autres patients auraient pu être pris en charge par un hôpital de jour ce qui permet d'offrir un transport adapté pour les personnes qui ne peuvent assurer leur déplacement, une intervention interdisciplinaire gériatrique sur une base externe mais tout en s'adaptant au rythme de la personne âgée particulièrement fragile. Trois patients auraient pu être suivis en clinique externe de gériatrie; deux patients auraient pu être hospitalisés en unité de médecine interne d'un CHCD.

Pour les six patients diabétiques ne nécessitant pas une hospitalisation en UCDG, une clinique externe spécialisée ou un hôpital de jour avec un programme spécifique pour la prise en charge de cette maladie, pourraient apporter un complément intéressant aux équipes de première ligne en assurant un suivi rigoureux des glycémies et des complications de la maladie, tout en offrant des activités d'information, de *counseling*, d'entraide et de soutien psychologique aux diabétiques âgés et leurs aidants. Une équipe interdisciplinaire spécialisée dans cette problématique travaillerait de concert avec les professionnels des CLSC et les médecins de première ligne.

Finalement pour les patients âgés autonomes avec un profil psychiatrique, la clinique externe de psycho-gériatrie s'avérerait une ressource utile (deux patients); les médecins de famille bien appuyés dans leur suivi par un intervenant psychosocial d'un CLSC pourraient assurer la prise en charge de certains patients (deux cas), avec la possibilité d'une discussion de cas occasionnelle avec une infirmière clinicienne spécialisée en psycho-gériatrie.

Malheureusement ces ressources ne sont pas accessibles de façon uniforme dans l'ensemble des régions du Québec, soit qu'elles soient inexistantes ou que les listes d'attente pour y accéder soient très longues. Les UCDG pallient donc à cette pénurie de ressources mais il se peut que l'utilisation des services d'UCDG pour des clientèles sans incapacités et sans troubles cognitifs significatifs ne soit pas la plus efficiente. Une sectorisation des ressources avec l'offre de l'éventail des ressources pourrait s'avérer fort utile. Pour des clientèles âgées particulièrement fragiles mais sans incapacités, un choix judicieux du service le plus approprié d'investigation, d'intervention et de prise en charge devrait se faire par des intervenants d'expérience en gériatrie (médecin gériatre, médecin de famille spécialisé en soins aux personnes âgées, psychiatre gériatrique, par exemple) en étroite collaboration avec les intervenants de première ligne.

PATIENTS INDÉPENDANTS AUX AVQ, AVD ET SANS TROUBLES COGNITIFS ALLANT DE MODÉRÉS À SÉVÈRES: PRINCIPALES CONSTATATIONS, (n=34)

- Ces patients sont plus jeunes que le groupe de comparaison (77.5 (\pm 6.8) versus 81.4 (\pm 6.9)).
- Ces patients présentaient moins de symptômes de dépression avec un score moyen de 6.1 (\pm 8.0) par rapport à 9.4 (\pm 8.9) pour le groupe de comparaison.
- Ces patients présentaient plus de diagnostics de l'appareil digestif (13% versus 5%), de maladies endocriniennes (13% versus 10%) et de troubles mentaux (12% versus 7%) que le groupe de comparaison. Par ailleurs, les démences représentaient 1 % des diagnostics, pour les patients autonomes en comparaison à 11% des diagnostics pour l'autre groupe.
- Une étude qualitative des dossiers fait ressortir que les deux tiers des patients auraient pu être pris en charge dans des services ambulatoires

5. LE DEVENIR DES CLIENTÈLES

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats d'analyses descriptives des clientèles selon leur devenir au cours des trois premiers mois suivant le congé de l'UCDG. Par la suite, les résultats d'analyses de régression portant sur les facteurs de prédiction du devenir des clientèles à un an sont décrits. Les figures et les tableaux de cette section sont présentés à l'annexe 5.

5.1 DESCRIPTION DES CLIENTÈLES SELON LEUR DEVENIR

Parmi les 326 patients sur lesquels portent les analyses descriptives, 38 patients (12%) sont en attente d'hébergement au congé de l'UCDG, 11 (3%) patients sont transférés vers d'autres unités hospitalières et 277 (85%) retournent à domicile (figure 5.1).

5.1.1 Caractéristiques de la clientèle en attente d'hébergement au congé de l'UCDG

Les caractéristiques des patients en attente d'hébergement sont présentées au tableau 5.1.

Les patients en attente d'hébergement sont plus âgés que ceux qui retournent à domicile (83.4 ans \pm 6.4 versus 80.6 ans \pm 7.0 ans).

Ils sont plus atteints aux niveaux cognitif et fonctionnel. Le score moyen de l'échelle du MMSE de Folstein est inférieur à celui des patients qui retournent à domicile, soit 16.0 \pm 7.8 ans versus 23.4 \pm 6.3 ans, ($p \leq 0.001$). En fait, 76% des patients en attente d'hébergement présentent des troubles cognitifs modérés à sévères comparativement à 38% pour ceux qui retournent à domicile.

Pour les AVQ le score moyen est de 16.7 \pm 6.2 versus 9.7 \pm 4.4 pour les patients qui retournent à domicile. C'est dire que 89% des patients en attente d'hébergement avaient des besoins d'assistance modérée ou étaient dépendants dans les AVQ tandis que 34% des patients du groupe de comparaison présentaient ce même état fonctionnel.

Ces patients présentent plus de diagnostics de démence (21% versus 9%) et plus de diagnostics de l'appareil circulatoire (24% versus 21%).

5.1.2 Caractéristiques des patients décédés au cours des trois premiers mois de suivi

Treize (5%) patients sont décédés au cours des trois mois suivant le congé de l'UCDG. Étant donné le petit nombre de patients décédés, on doit être prudent pour l'interprétation des différences entre les deux groupes de patients. On relève cependant quelques tendances (Tableau 5.2).

Il y a plus d'hommes dans le groupe de patients décédés que dans celui des survivants (31% versus 24%) et plus de patients décédés étaient mariés (46% versus 23%).

Ces patients étaient aussi plus atteints au niveau fonctionnel avec un score moyen aux AVQ de 16.2 ± 5.9 en comparaison d'un score moyen de 11.2 ± 5.9 pour les survivants. Ainsi, 77% de ces patients avaient besoin d'une assistance modérée ou étaient dépendants dans les AVQ tandis que cette proportion est de 31% pour les survivants.

Le portrait est semblable pour les AVD. Les patients décédés présentaient un score moyen aux AVD de 18.7 ± 5.0 versus 14.9 ± 5.2 pour les autres patients. Ceci se traduit par 68% d'entre eux étaient dépendants aux AVD versus 41 % pour les survivants.

Ils consommaient en moyenne 5.4 ± 2.5 médicaments en comparaison à 4.0 ± 2.6 pour les survivants.

Les diagnostics les plus fréquents étaient ceux de l'appareil circulatoire (37%). Les diagnostics de l'appareil circulatoire sont aussi ceux les plus souvent mentionnés dans le groupe de comparaison mais dans une proportion inférieure soit 19.5%.

5.1.3 Caractéristiques des patients selon le milieu de vie à trois mois

Quatre-vingt-cinq pour cent des patients ($n=277$) sont retournés à domicile au congé de l'UCDQ. Parmi ceux-ci, comme nous venons de le voir, 5% ($n=13$) sont décédés au cours des trois premiers mois de suivi. La grande majorité des autres patients demeuraient toujours à leur domicile trois mois après leur congé (86%, $n=240$) mais 9% ($n=24$) furent hébergés au cours de cette période (figure 5.1).

Bien qu'on ne puisse conclure à des différences statistiques à cause du petit nombre de patients hébergés, on note quelques différences entre ces patients et ceux vivants à domicile.

Dans un premier temps, on constate que les patients hébergés sont plus atteints du point de vue de leur état cognitif (19.0 ± 8.1 versus 23.9 ± 5.9) (tableau 5.3). Soixante-cinq pour cent d'entre eux présentaient des troubles cognitifs modérés à sévères en comparaison à 35% des patients vivant à domicile.

Ils sont aussi plus dépendants aux AVQ (14.4 ± 6.2 versus 10.8 ± 5.7) et aux AVD, (18.3 ± 4.0 versus 14.5 ± 5.2).

Ce sont les diagnostics de démence, (20%) et de maladies endocriniennes, de désordres de la nutrition et du système immunitaire (16%) qui sont les plus fréquents chez ces patients. Pour les patients vivant à domicile, ce sont les diagnostics de l'appareil circulatoire qui sont les plus fréquents (20%).

5.1.4 Caractéristiques des patients selon leur utilisation des services hospitaliers

Parmi les patients qui vivent toujours à domicile trois mois après le congé de l'UCDG, 14% (n=33) ont été hospitalisés au moins une fois lors de cette période (figure 5.2 et tableau 5.4).

Ces patients, en comparaison à ceux qui n'ont pas été réhospitalisés, consommaient davantage de médicament (4.9 ± 2.6 versus 4.0 ± 2.5 , ($p \leq 0.05$)). Cette plus grande consommation de médicaments est probablement liée aux problématiques que présentaient ces patients. Les diagnostics de l'appareil circulatoire sont aussi fréquents dans les deux groupes soit 19.1% pour les patients hospitalisés et 20.5% pour les autres. Par ailleurs, les maladies de l'appareil respiratoire étaient plus fréquentes pour les patients hospitalisés, soit 13% en comparaison à 7% pour les patients non hospitalisés. Pour ce dernier groupe de patients, les maladies du système ostéo-articulaire étaient les diagnostics les plus souvent mentionnés (9.8%) après les maladies de l'appareil circulatoire.

CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES SELON LEUR DEVENIR À TROIS MOIS : PRINCIPAUX CONSTATS

Les clientèles admises dans les UCDG sont particulièrement fragiles. En regard aux trois mesures de résultats considérées (mortalité, hébergement et hospitalisation), les analyses nous révèlent que :

- 10% de l'ensemble de la clientèle admise en UCDG est décédée à trois mois;
- 18% de la clientèle admise provient du milieu d'hébergement ou est en attente d'hébergement au congé;
- parmi la population qui retourne à domicile, 9% sera hébergée à trois mois;
- 14% de la clientèle qui demeure à domicile à trois mois aura eu recours à au moins une hospitalisation.

Chaque résultat semble relié aux caractéristiques des clientèles.

- La mortalité touche davantage les hommes mariés dont l'état fonctionnel est très atteint, qui consomment plus de médicaments et qui présentent des maladies de l'appareil circulatoire.
- L'hébergement touche les patients plus âgés très atteints aux niveaux fonctionnel et cognitif et qui présentent des diagnostics de l'appareil circulatoire et de démences.
- L'hospitalisation semble liée aux problématiques médicales des patients. Ceux qui nécessitent au moins une hospitalisation sont plus souvent atteints de maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire.

5.2- FACTEURS DE PRÉDICTION DU DEVENIR DES CLIENTÈLES

Des éléments ont été analysés en relation avec la mortalité à un an suivant le congé hospitalier. Les résultats démontrent que seul un faible niveau de capacité fonctionnelle aux AVQ à la sortie est statistiquement corrélé avec le décès ($p < 0.01$). On retrouve, par ailleurs, trois éléments corrélés à l'hébergement en institution à l'intérieur de l'année suivant le congé hospitalier, ce sont : le fait de vivre seul, un score inférieur à 23 au MMSE et un faible niveau de capacité fonctionnelle aux AVQ à la sortie.

Le fait d'avoir reçu des services de maintien à domicile avant l'hospitalisation, d'avoir été hospitalisé plus de deux fois au cours des cinq dernières années et un nombre moyen de médicaments plus important à l'entrée et à la sortie sont corrélés avec la rehospitalisation au cours de l'année suivant le congé de l'UCDG.

Il résulte du modèle de régression logistique polytomique une variable dépendante construite selon un ordre croissant du degré de gravité des événements, selon le milieu de vie (à domicile, hébergement en ressources alternatives, hébergement en institution), l'utilisation des ressources (visites à l'urgence, réadmissions hospitalières) et la survie. Le modèle final comprend 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 [en quatre catégories : dimension cognitive, dimension neuro-musculo-squelettique, dimension du métabolisme énergétique (capacité cardio-pulmonaire et nutrition) et autres diagnostics] et le nombre d'hospitalisations au cours des cinq dernières années. Les résultats, des analyses sont présentés au tableau 5.5.

Peu importe la période de suivi, les résultats montrent que les patients, ayant besoin d'une assistance modérée ou dépendants dans les AVQ, ont un risque plus élevé de se retrouver dans une catégorie de résultats moins favorables. Le risque est quatre fois plus élevé (3.8 et 4.0) lorsque la période de suivi est d'une année. Il est quatre et cinq fois plus élevé pour la période de suivi de six mois (3.3 et 4.8). Par contre, le risque s'accroît de beaucoup pour les patients dépendants aux AVQ lorsque l'on considère la période de suivi de trois mois. Le risque est près de sept fois plus élevé (6.5).

Les patients atteints dans la dimension cognitive (diagnostic de démence) ont un risque deux à trois fois plus important 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 une 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 lors des cinq années précédant l'admission en UCDG.

En soi, le fait de vivre seul présente un risque, mais plutôt faible, soit de 1.8 à trois fois.

La majorité des études analysent les facteurs de prédiction de la mortalité et de l'hébergement de façon distincte. Malgré des méthodes d'analyses différentes, ces résultats corroborent ceux d'autres études sur les facteurs de prédiction du devenir de différentes populations de personnes âgées. Les relations entre les quatre facteurs de prédiction, la mortalité et l'hébergement sont régulièrement démontrées dans le cas de personnes âgées hospitalisées dans les unités de soins aigus (Narain et coll., 1988; Winograd et coll., 1991), vivant dans la communauté (Reuben et coll., 1992; Manton, 1988; Branch et Jette, 1982; Branch et Ku, 1989), hospitalisées en UCDG (Rubenstein, 1984; Caradoc-Davis, 1987) ou participant à d'autres programmes gériatriques, (Keller et Potter, 1994; Cohen et coll., 1992).

Les cliniciens lorsqu'ils prennent en charge des patients qui présentent une ou plusieurs de ces caractéristiques doivent être particulièrement vigilants pour la planification du congé hospitalier et la coordination et la continuité des soins avec les professionnels des services communautaires qui prendront la relève.

FACTEURS DE PRÉDICTION DU DEVENIR DES CLIENTÈLES : PRINCIPAUX CONSTATS :

Peu importe la période de suivi, les résultats montrent que :

- Les patients ayant besoin d'une assistance modérée ou dépendants dans les AVQ ont un risque plus élevé de se retrouver dans une catégorie de résultats moins favorables;
- Les patients atteints dans la dimension cognitive (diagnostic de démence) ont un risque deux à trois fois plus important de connaître un résultat moins favorable;
- Le nombre d'hospitalisation au cours de cinq dernières années a aussi une influence sur le risque de se retrouver dans une catégorie de résultats moins favorables; et finalement
- Le fait de vivre seul présente un risque, mais plutôt faible de 1.8 à trois fois.

6- CONCLUSIONS ET PISTES DE RÉFLEXION

Dans cette section du rapport, nous présentons succinctement les conclusions et pistes de réflexion pour la planification, et la recherche future sur les services d'UCDG et les services gériatriques en général. La réflexion découle de l'analyse des caractéristiques des clientèles de même que des résultats d'autres études présentées dans ce rapport.

Dans un premier temps, mentionnons que le modèle dynamique de la fragilité s'avère un cadre d'analyse pertinent de l'étude des clientèles des UCDG. Il offre un cadre de référence commun aux cliniciens de différentes disciplines leur permettant de comprendre la fragilité des personnes âgées qu'ils prennent en charge. L'étude des caractéristiques des clientèles démontre la grande fragilité de celles-ci : une population majoritairement féminine, très âgée, dont la moitié vit seule et qui présente une atteinte fonctionnelle importante aux AVQ/AVD et dont une grande partie souffre de troubles cognitifs qualifiés de modérés à sévères. De plus, les problèmes qui affligent cette clientèle sont reliés aux dimensions physiopathologiques des déficiences définies dans le modèle, notamment dans les dimensions cognitives et du métabolisme énergétique.

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. Il est donc possible d'identifier à l'aide d'un tel instrument des clientèles plus à même de bénéficier des services de ces ressources hospitalières.

En ce qui concerne les UCDG, l'analyse des caractéristiques des clientèles nous a révélé que pour la grande majorité des patients, l'hospitalisation à ce programme était justifiée. Par ailleurs, certaines sous-catégories de patients auraient pu bénéficier d'une prise en charge dans d'autres types de ressources, soit environ 20% des patients. C'est le cas pour certains patients décédés en cours d'hospitalisation, certains patients déments et pour certains patients considérés indépendants aux AVQ, AVD et qui ont obtenu un score au MMSE ≥ 24 .

Mais comme le fait ressortir cette analyse, il est important de poursuivre le développement de ressources alternatives aux UCDG afin que certaines clientèles (déments, personnes diabétiques, patients psychiatriques) aient accès à des soins gériatriques ou psychogériatriques spécialisés dans le cadre de services

hospitaliers ambulatoires ou de premières lignes (par exemple, clinique de mémoire, programme interdisciplinaire de diabète dans les hôpitaux de jour, soutien aux professionnels de première ligne par une équipe de psychogériatrie).

D'autre part, les analyses descriptives du devenir démontrent que les résultats (mortalité, hébergement, hospitalisation), à trois mois post-hospitalisation, sont reliés aux caractéristiques médicales et fonctionnelles des clientèles.

Également, les analyses logistiques polytomiques sur le devenir des clientèles permettent aussi d'identifier les clientèles extrêmement fragiles pour lesquelles la mise en place de mécanismes de coordination intra et inter établissement serait souhaitable. Ces analyses démontrent une association entre certaines caractéristiques des clientèles (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 indiquant 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 et assurer un suivi plus étroit de ces clientèles.

Par ailleurs, afin d'assurer une gestion plus efficace des admissions en UCDG, la diffusion des critères d'admission obtenus suite à un consensus d'experts (tableaux 2.4 et 2.5, chapitre 2) pourra certainement contribuer à uniformiser les pratiques. Cette optimisation d'utilisation ne peut toutefois s'opérer qu'à la condition que le réseau de la santé permette une réelle intégration des services. D'une part, qu'il offre des programmes de soins spécifiques pour répondre aux besoins de certaines clientèles : soins palliatifs, réadaptation intensive, psychogériatrie et services ambulatoires de gériatrie. D'autre part, il doit assurer un lien de continuité dans la prise en charge individuelle et ceci dans toutes les régions socio-sanitaires du Québec.

De plus, connaissant l'extrême fragilité des patients admis à ce programme, il devient opportun que les spécialistes en gériatrie s'appliquent à concevoir des outils de mesure pronostique qui puissent guider les choix d'admission et d'intervention des médecins oeuvrant dans ce type de programme.

Des études devront se poursuivre afin de mieux comprendre les mécanismes de prise en charge dans les UCDG qui peuvent influencer les résultats de celles-ci. L'identification des clientèles cibles ne constitue qu'un des aspects de l'évaluation des services d'UCDG. Aussi est-il nécessaire de s'interroger sur les éléments essentiels de la prise en charge des personnes âgées dans les UCDG pour assurer une qualité adéquate des

soins et services selon les ressources disponibles. Ainsi, tant les mécanismes d'admission, les ressources disponibles, la coordination et l'intégration des services devront être étudiés dans l'avenir.

Bibliographie

- Applegate WB, Akins D, Vander Zwaag R, Thoni K, Baker MG: A geriatric rehabilitation and assessment unit in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 1983 April; 31(4): 206-210.
- Applegate WB, Blass JP, Williams TF: Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322:1207-14.
- Association des hôpitaux du Québec: Les services hospitaliers aux personnes âgées. Document de référence 1994 décembre, 3-49.
- Beck AT et coll., An inventory for measuring depression, *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4 : 561-571.
- Branch LG, Jette AM: A prospective study of long-term care institutionalization among the aged, *Am J Public Health*, 1982; 72(12) : 1373-1379.
- Branch LG, Meyers AR: Assessing physical function in the elderly, *Clin Geriatr Med*, 1987; 3 : 29-51.
- Branch LG, Ku L: Transition probabilities to dependency, institutionalization, and death among the elderly over a decade, *J Aging & Health* 1989 August; 1(3): 370-408.
- Brown I et coll.: Frailty: constructing a common meaning, definition and conceptual framework. *Inter J Rehab Res* 1995; 18: 93-102.
- Buchner DM, Wagner EH: Preventing frail health. *Clinics Geriatric Med* 1992; 8(1): 1-17.
- Campion EW: The value of geriatric interventions. *New Eng J Med* 1995 May, 332(20): 1376-1378.
- Caradoc-Davies TH, Medical profiles of patients admitted to a geriatric assessment and rehabilitation unit, *NZ Med J*, 1987; 100 : 557-559.
- Cheach KC et Beard OW, Psychiatric finding in the population of a geriatric evaluation unit implications, *J AM Geriatr Soc*, 1980; 28 : 153-156.
- Cohen HJ et coll., Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team, *J AM Geriatr Soc*, 1992, 40 :1231-1235.
- Cole MJ, Assessing the effectiveness of geriatric services : a proposed methodology, *Can Med Assoc J*, 1993; 648: 939-944.
- Crimmins EM, Saito Y: Getting better and getting worse. Transitions in functional status among older Americans. *J Aging & Health* 1993 February; 5(1): 3-36.
- Crum RM et coll., Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level, *JAMA*, 1993; 269 : 2386-2391.
- Durand PJ, Plamondon M, Alberton M: Les unités de courte durée gériatrique au Québec: bilan descriptif d'une tournée de vingt-quatre centres hospitaliers de courte durée: tournée conjointe MSSS-CRSSH, juin 1991: 37 pages.
- Fillit H. Challenges for acute care geriatric inpatient units under the present Medicare prospective payment system. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 553-558.
- Foley DJ, Ostfeld AM, Branch LG et coll.: The risk of nursing home admission in three communities. *J Aging Health* 1992; 4:155-73.
- Folstein MF et coll., « Mini-Mental » : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*, 1975; 12: 189-198.
- Fried LP, Bush TL: Morbidity as a focus of preventive health care in the elderly. *Epidemiologic Review* 1988; 10: 48-64.
- Fried LP, Ettinger WH et coll.: Physical disability in older adults: a physiologic approach. *J Clin Epidemiol* 1994; 42: 895-904.
- Fried LP, Guralnik JM: Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 92-100.
- Fried LP, Herdman SJ, Kuhn KE, Rubin G, Turano K: Preclinical disability. Hypotheses about the bottom of the iceberg. *J Aging & Health* 1991 May; 3(2): 285-300.
- Fried LP: Frailty. Hazzard et al. (Eds), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, McGraw-Hill Inc., 1994: 1149-1156.

- Gilchrist WJ et coll., Prospective randomized study of an orthopedic geriatric inpatient service, *Br Med J*, 1988; 297: 1116-1118.
- Gillick MR: Long-term care options for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 1198-1203.
- Golke-Willems GAM et Bruijns E, Functional levels of geriatric patients on a hospital geriatric unit, *Ned Tijdschr Geneesk*, 1987; 131: 1969-1972.
- Granger CV et coll., Outcome of comprehensive medical rehabilitation : Measurement by PULSES profil and the Barthel index, *Arch Phys Med Rehabil*, 1979; 60: 145-153.
- Harris RD et coll., A randomized study of outcomes in a defined group of acutely ill elderly patients managed in a geriatric assessment unit or general medical unit. *Aust N Z J Med*, 1991; 21: 230-234.
- Hébert R: Perte d'autonomie. *Précis pratique de gériatrie*, Arcand-Hébert Ed. 1997: 110-120.
- Karppi P: Effects of a geriatric inpatient unit on elderly home-care patients: a controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7(3): 207-211.
- Katz S et coll., Studies of illness in the aged : The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 1963; 185: 914-919.
- Kergoat MJ et coll., Les unités d'évaluation gériatrique: Le modèle québécois en milieu urbain, deux études de cas. *L'Année Gérontologique*, 1996: 43-61.
- Lavizzo-Mourey RJ et coll., Hospital's motivation in establishing or closing geriatric evaluation management units: diffusion of a new patient-care technology in a changing health care environment, 1993; 48: M78-M83.
- Law M et Letts L, A critical review of scales of activities of daily living, *Am J Occupational therapy*, 1989; 43: 522-528.
- Lawton MP et Brodey EM, Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologist*; 1969; 9: 179-186.
- Lebel P. Services gérontologiques et gériatriques, dans *Précis pratique de gériatrie*, Arcand-Hébert, 1997: 806-820.
- Lefton E, Bonstelle S, Frengley JD: Success with an inpatient geriatric unit: a controlled study of outcome and follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1983 March; 31(3): 149-155.
- Lien PH et coll., Geriatric rehabilitation unit : a 3 years outcome evaluation, *J Gerontol*, 1986; 41: 44-50.
- Lipsitz LA, Goldberger AL: Loss of "complexity" and aging. Potential applications of fractals and chaos theory to senescence. *J Am Med Assoc* 1992 April; 267(13): 1806-1809.
- Mahoney FI et Berthel DW, Functional rehabilitation: The Barthel index, *Maryland Med J*, 1965; 14: 61-65.
- Manton KG, A longitudinal study of change and mortality in the United States, *J Gerontol Med Sci*, 1988, 43: 5153-5163.
- Martin AI, Oliver M, Gonzales P, Rollon MV, Garcia-Alhambra MA, Garcia-Navarro JA, Ribera JM: Assessment of quality of care in a geriatric acute care unit: a preliminary report. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7(3): 245-246.
- Ministère de la santé et des services sociaux, La courte durée gériatrique : Éléments de réflexions et d'orientations. Services des soins aux personnes âgées. Direction générale de la santé, 1986.
- Montgomery SA et Asberg M, A new depression scale designed to be sensitive to change, *British J Psychiatry*, 1979; 143: 382-389.
- Nagi SZ: An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1976; 54: 439-467.
- Narain P et coll., Predictors of immediate and 6 month outcomes in hospitalized patients: the importance of functional status, *J Am Geriatr Soc*, 1988; 36: 775-783.
- OMS: Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps, Genève 1981.

- Ory MG, Schechtman KB, Miller P, Hadley EC, Fiatarone MA, Province MA, Arfken CL, Morgan D, Weiss S, Kaplan M: Frailty and injuries in later life: the FICSIT trials. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 283-296.
- Palmer RM et coll., A medical unit for the acute care of the elderly, *J Am Geriatr Soc.*, 1994; 42: 545-552.
- Palmer RM: Acute hospital care of the elderly: Minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic J of Med*, 1995; 62(2): 117-128.
- Pawlson LG: Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians. *J Am Geriatr Soc* 1988 March; 36(3): 202-208.
- Pfeiffer E, A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly, *J Am Geriatr Soc.*; 1975; 23 : 433-441.
- Poliquin N et Straker M, A clinical psychogeriatric unit: organization and fonction, *J AM Geriatr Soc*; 1977; 25: 132-137.
- Randloff LS, The CES-D Scale, *Appl Psychol Meas*, 1977; 1 : 385-401.
- Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir N, Heathcote K: The quality of life of seniors living in the community: a conceptualization with implications for public health practice. *Revue Canadienne de Santé Publique* 1995 July-August; 86(4): 228-233.
- Reuben DB et coll., Use of targeting criteria in hospitalized HMO patients, *J Am Geriatr Soc*, 1992; 40: 482-488.
- Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL: Frailty in elderly people: an evolving concept. *Can Med Assoc J* 1994; 150(4): 489-495.
- Rubenstein LZ et coll., Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med*, 1987; 3(1): 1-15.
- Rubenstein LZ et coll., Targeting criteria for geriatric evaluation and management research, *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39 (Suppl.): 37s-41s.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Harker JO, Miller DK, Wieland D: The sepulveda GEU study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7(3): 212-217.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *New Eng J Med* 1984 December; 311(26): 1664-1670.
- Rubenstein LZ, Josephson KR: Geriatric assessment: an effective preventive medicine approach for frail older persons. In: Chernoff R, Lipschitz DA: *Health promotion and disease prevention in the elderly*, Raven Press, Ltd, New York 1988: 169-184.
- Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R: Geriatric assessment technology: international research perspectives. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7(3): 157-158.
- Saunders RH, Hickler RB, Hall SA, Hitzhusen JC, Ingraham MR, Li L: A geriatric special-care unit: experience in a university hospital. *J Am Geriatr Soc* 1983 November; 31(11): 685-693.
- Schulz R, Williamson GM: Psychosocial and behavioral dimensions of physical frailty. *J Gerontol* 1993; 48 (special issue): 39-43.
- Schuman et coll., The impact of a new geriatric program in a hospital for the chronically ill, *Can Med Assoc J*, 1978; 118: 639-645.
- Sloane P, Nursing home candidates : hospital inpatient trial to identify those appropriately assignable to less intensive care, *J AM Geriatr Soc*, 1980; 28: 511-514.
- Soldo BJ, Wolf DA, Agree EM: Family, households, and care arrangements of frail older women: a structural analysis. *J Gerontol* 1990; 45(6): S238-S249.
- Stolle P, Rockwood K, Robertson D: Report of the Saskatchewan health status survey of the elderly. University of Saskatchewan 1981 31-45.
- Teasdale TA, Shuman L, Snow E, Luchi RJ: A comparison of placement outcomes of geriatric cohorts receiving care in a geriatric assessment unit and on general medicine floors. *J Am Geriatr Soc* 1983 September; 31: 529-534.

- Tombaugh TN et McIntyre NJ. The Mini-mental State Examination : A comprehensive review, *J AM Geriatr Soc*, 1992; 240: 922-935.
- Trentinni M et coll., A multicenter randomized trial of comprehensive geriatric assessment and management experimental design, baseline and 6 month preliminary results, *Aging Clin Exp Res*, 1995; 7.
- Verbrugge LM, Jette AM: The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1): 1-14.
- Verbrugge LM: Disability. *Rheum Dis Clin North America* 1990 August; 16(3): 741-761.
- Verbrugge LM: Survival curves, prevalence rates, and dark matters therein. *J Aging & Health* 1991 May; 3(2): 217-236.
- Wieland D, Hedrick SC, Rubenstein LZ, Buchner DM, Reuben DB, Harker JO: Inpatient geriatric evaluation and management units: organization and care patterns in the department of veterans affairs. *The Gerontologist* 1994; 34(5): 652-657.
- Wieland D, Rubenstein LZ, Hedrick SC, Reuben DB, Buchner DM: Inpatient geriatric evaluation and management units (GEMs) in the veterans health system: diamonds in the rough? *J Gerontol* 1994; 49(5): M195-M200.
- Wieland D, Rubenstein LZ: What do we know about patient targeting in geriatric evaluation and management (GEM) programs? *Aging Clin Exp Res* 1996; 8(5): 297-310.
- Winograd et coll., Screening for frailty : Criteria and predictors of outcomes, *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39(8): 778-784.
- Woodhouse KW, Wynne H, Baillie S, James OFW, Rawlins MD: Who are the frail elderly? *Quarterly J Med, New Series* 68, 1988 July; 255: 505-506.
- Yates FE, Benton LA: Biological senescence: loss of integration and resilience. *La Revue Canadienne du Vieillissement* 1995; 14(1): 106-120.
- Yates FE: Theories of aging: biological. *Encyclopedia of Gerontology* 1996; 2: 545-555, Academic Press Inc.
- Yesavage JA et coll., Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, *J Psychiatr Res*, 1982; 17: 157-168.
- Zung WWK, A self-rating depression scale, *Arch Gen Psychiatry*, 1965; 12: 63-70.

ANNEXE 1

LES FONCTIONS DES UCDG ET LES PROBLÈMES PRIS EN CHARGE

Auteur(s)	Fonctions	Problèmes pris en charge
Applegate et coll. 1990	EGG Traitement Réadaptation	Problèmes circulatoires/cérébro-vasculaires 43 patients Désordres cardiaques 37 patients Désordres du système nerveux ou organes des sens 33 patients Désordres digestifs 24 patients Fracture de la hanche 22 patients Désordres musculo-squelettiques 21 patients Désordres du sang 21 patients Dépression et désordres mentaux 19 patients Désordres génito-urinaires (exclusion des infections urinaires) 19 patients Autres fractures 17 patients
Caradoc Davies, 1986	EGG Traitement Réadaptation	Désordres psychiatriques 30% Maladies cardiaques 21% Arthrite 15% AVC 14% Poly-médication 13% Pathologie urinaire 13% Trauma 11% Pneumonie 9% Parkinson 9% Maladies obstructives pulmonaires 8% Hypotension 6% Néoplasme malin 6% Anémie 5% Insuffisance rénale 5%
Durand et coll., 1991 Étude multi-centre	EGG Traitement Réadaptation Orientation Enseignement Recherche Consultation	AVC 27% Incontinence 26% Démence 24% Chutes 23% Troubles de comportement 17% Phase aiguë de la maladie 45% des patients
Karpi, 1995	EGG Traitement Réadaptation	Diagnostics les plus communs : Démence Stroke Maladies cardio-vasculaires
Lebel, 1997	EGG Traitement Réadaptation de courte durée Orientation et suivi	Problèmes confusionnels aigus Maladies cérébrales dégénératives Affections cardiaques Dépression Problèmes locomoteurs Diabète Maladies obstructives pulmonaires Troubles gastro-intestinaux

Auteur(s)	Fonctions	Problèmes pris en charge
Kergoat et coll.; 1996	CHCN :	CHCN HDM
	EGG, Traitement	Maladies infectieuses et parasitaires 3.1 3.8
	Réadaptation	Tumeur 2.5 3.3
	Orientation	Maladies endocriniennes, nutrition 5.7 7.9
		Désordre du sang 1,9 2.3
	HDM :	Troubles mentaux et démence 25.2 15.5
	EGG,	Maladies du système nerveux 7.5 2.3
	Traitement	Maladies des organes des sens 0.6 1.4
	Orientation	Maladies de l'appareil circulatoire 7.5 14.6
		Maladies cérébro-vasculaires 8.8 8.5
		Maladies de l'appareil respiratoire 6.8 13.6
		Maladies de l'appareil digestif 5.0 4.7
		Maladies génito-urinaires 1.9 2.8
		Maladies de la peau 0.6 0.9
		Maladies ostéo-articulaires 11.9 4.7
		Symptômes, signes et états morbides 7.5 6.1
		Lésions et traumatismes 3.1 6.6
		Facteurs santé 0 0.9
Saunders et coll., 1983	EGG	Désordres cardio-vasculaires 56%
	Traitement	Désordres du système nerveux et organes des sens 39%
	Réadaptation	Désordres gastro-intestinaux 26%
	Enseignement	Néoplasmes 22%
	Recherche	Désordres pulmonaires 21%
		Désordres génito-urinaires 17%
		Désordres du sang 17%
		Désordres métaboliques 15%
		Désordres rénaux 7%
		Désordres psychiatriques (sauf Alzheimer) 6%
Trentini et coll., 1995	EGG	Alzheimer et Parkinson 26.6%
	Étude multi-centre	Désordres cérébro-vasculaires 41.8%
		Maladies neurologiques 8.9%
		Maladies psychiatriques 29%
		Problèmes de vision et d'ouïes 19%
		Diabète et disthyroïdie 21.5%
		Hypertension 29.1%
		Maladies du coeur 44.3%
		Désordres métaboliques et anémie 17.7%
		Désordres pulmonaires 21.5%
		Désordres gastro-intestinaux 29.1%
		Maladies génito-urinaires 32.9%
		Désordres musculo-squelettiques 50.5%
		Désordres de peau 7.6%

Auteur(s)	Fonctions	Problèmes pris en charge
Woodridge et coll., 1995	EGG	Arthrite 9 patients
	Traitement	Désordres du sang 10 patients
	Réadaptation	Maladies pulmonaires chroniques 14 patients
	Orientation	Ulcère 1 patient
		Problèmes dentaires 2 patients
		Diabète 8 patients
		Poly-médication 6 patients
		Chutes 9 patients
		Fracture 6 patients
		Problème d'équilibre 25 patients
		Désordres gastro-intestinaux 2 patients
		Problèmes de l'ouïe 11 patients
		Maladie du cœur 11 patients
		Hypertension 7 patients
		Incontinence 7 patients
		Désordres neurologiques 14 patients
		Désordres psychiatriques 13 patients
		Maladies rénales 1 patient
		Désordres de la peau 1 patient
		Stress social 8 patients
	Désordres vasculaires 4 patients	
	Déficit visuel 5 patients	

ANNEXE 2

RÉSULTATS D'ÉTUDES SUR LES BÉNÉFICES DES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES

Auteur(s)	Structures	Résultats
Applegate, 1983, 1990	10 lits; soins subaigus, hôpital privé	↑ E-fct, ↓ héb., ↓ Dc
Caradoc-Davis, 1986-87	Soins subaigus et aigus	↑ E-fct
Finit, 1994	16 lits, soins aigus, hôpital universitaire	↓ durée de séjour
Golke, 1987	Soins subaigus, hôpital général	↑ E-fct
Harris, 1991 Étude exp.	Soins aigus, hôpital universitaire	↓ médication
Lefton, 1983	14 lits; soins subaigus, hôpital universitaire	↑ E-fct, ↓ héb.
Liem, 1986	28 lits; soins subaigus, CHSLD	↑ E-fct, ↑ E-cognitif
Martin, 1995	16 lits; soins aigus, hôpital universitaire	↑ précision diagnostique
Palmer, 1994	15 lits, soins aigus, hôpital universitaire	↑ E-fct
Rubenstein, 1984, 1987, 1988 Études exp.	15 lits, soins subaigus, hôpital de vétérans	↑ E-fct, ↓ héb., ↓ Dc, ↓ coûts
Sloan, 1980	30 lits; soins subaigus, hôpital général	↓ héb
Teasdale, 1983, étude exp.	Soins aigus, hôpital de vétérans	Aucune différence
Trentinni, 1995, étude multi-centre	11 unités de 20 lits à 75 lits, soins subaigus	↓ Dc

↓ diminution

↑ : augmentation

E-fct : état fonctionnel

hep. : hébergement

Dc : décès

E-cognitif : état cognitif

ANNEXE 3
DESCRIPTION DES OUTILS DE MESURE UTILISÉS

ÉCHELLE DE DÉPRESSION (MADRS)

	Score : (0 - 60)
A) Tristesse apparente	(0-6)
B) Tristesse exprimée	(0-6)
C) Tension intérieure	(0-6)
D) Réduction du sommeil	(0-6)
E) Réduction de l'appétit	(0-6)
F) Difficulté de concentration	(0-6)
G) Lassitude	(0-6)
H) Incapacité de ressentir	(0-6)
I) Pensées pessimistes	(0-6)
J) Idées de suicide	(0-6)

**ÉCHELLE DES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE (LAWTON),
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)**
Habituelle - actuelle - sortie

	Score / item : (1-5)
A) Capacité de se rendre aux toilettes	(1-5)
B) Capacité de s'alimenter	(1-5)
C) Capacité de se vêtir	(1-5)
D) Capacité d'auto-entretien	(1-5)
E) Capacité de se déplacer	(1-5)
F) Capacité de se laver	(1-5)
	Total : (6-30)

Le patient est classé de la façon suivante :

	Score
Indépendant	6
Besoin d'assistance légère	(7 à 12)
Besoin d'assistance modérée	(13 à 23)
Dépendant	(24 et plus)

**ÉCHELLE DES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE
ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)**

		Score / item : (1-4)
A)	Capacité habituelle à utiliser le téléphone	(1-4)
B)	Faire les courses	(1-4)
C)	Préparer les repas	(1-4)
D)	Entretien de la maison	(1-4)
E)	Lessive	(1,-4)
F)	Moyen de transport	(1, -4)
G)	Responsabilité habituelle pour la prise des médicaments	(1-4)
H)	Capacité habituelle à gérer son budget	(1-4)
		Total: (8-31)

Les patient est classé de la façon suivante :

	Score
Indépendant	8
Besoin d'assistance	(9 à 16)
Dépendant	(17 et plus)

ANNEXE 3.3

ANNEXE 4

TABLEAUX SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES

Tableau 4.1: Caractéristiques socio-démographiques de la population à l'étude

Variables	Échantillon total à l'étude (n=326) Fréquences en pourcentage
Âge	
60 à 74 ans	19.6
75 à 84 ans	52.6
85 ans et plus	27.8
Sexe	
Masculin	24.8
Féminin	75.2
Statut marital	
Marié	22.3
Veuf	50.8
Célibataire	22.6
Divorcé/séparé	3.9
Autres	.3
Ménage	
Seul	49.5
Avec conjoint	21.4
Avec enfant	15.6
Avec parent	4.0
Autres	9.5

Tableau 4.2: Diagnostics, état fonctionnel et cognitif de la population à l'étude

Variables	Échantillon total à l'étude (n=326) Fréquences en pourcentage
Trois principaux diagnostics cumulés	
Appareil circulatoire	21.0
Démence	11.0
Maladies endocriniennes, désordres, de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	10.0
Mini-Mental State Examination (MMSE)	
Moins de 18	
18 à 23	19.9
24 et plus	21.5
	58.7
AVQ	
Indépendance	
Assistance légère	22.3
Assistance modérée	37.0
Dépendance	31.8
	8.9
AVD	
Indépendance	
Assistance	14.5
Dépendance	38.0
	47.5

Tableau 4.3: Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des clientèles de l'étude, de la tournée de Durand et coll. (1991) et de la population de 65 ans et plus du Québec

Variabes	Clientèles des deux UCDG	Clientèles admises aux UCDG de l'étude de Durand et coll. (1991)	Population du Québec 1991
Age moyen	81 ans \pm 7 ans	78.6	n/d
Sexe			
Masculin	25	34	40
Féminin	75	66	60
Statut marital			
Marié	22.3	n/d	50
Veuf	50.8		33
Célibataire	22.6		11
Divorcé/séparé	3.9		5
Autres	0.3		1
Ménage			
Seul	49.5	39	25
Avec conjoint	21.4	24	50
Avec enfant	15.6	n/d	n/d
Avec parent	4.0	18*	15*
Autres	9.5	19	10

n/d : non disponible

* : pourcentages comprenant les catégories ménage avec enfants et avec parents

Tableau 4.4: Trois principaux diagnostics cumulés

Catégories diagnostics	Pourcentage (%)
▶ maladies de l'appareil circulatoire	20.5
▶ démence	10.5
▶ maladies endocriniennes, désordres de la nutrition du métabolisme et du système immunitaire	9.9
▶ maladies système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	8.2
▶ troubles mentaux (sans démence)	7.7
▶ maladies de l'appareil respiratoire	7.6
▶ maladies du système nerveux	5.4
▶ symptômes, signes et états morbides mal définis	5.3
▶ autres	24.9

Tableau 4.5: Comparaison de la répartition des patients selon le diagnostic, principal HDM et CDN 1989-90, ensemble du Québec en 1989-90, 1994-95 et 1996-97

	HDM & CDN	Ensemble du Québec		
		1989-1990	1994-1995	1996-199
Maladies de l'appareil circulatoire	20.5	23.2	22.2	21.0
Démence	10.5	6.1	8.1	9.0
Troubles mentaux	7.7	8.3	7.4	6.4
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme immunitaire	9.9	4.8	3.1	3.0
Maladies système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	8.2	5.6	8.3	8.0
Maladies de l'appareil respiratoire	7.6	9.0	7i.5	8.5
Maladies du système nerveux	5.4	5.5	5.9	5.1
Symptômes, signes et états morbides mal définis	5.3	8.0	9.0	10.0
Autres	24.9	29.5	37.5	39.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(372)	(6850)	(13929)	(16564)

Tableau 4.6: Caractéristiques des patients décédés en cours d'hospitalisation

Variables	Échantillon total à l'étude (n=326) Fréquences en pourcentage	Décès intra-hospitaliers (n=21) Fréquences en pourcentage
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	21.0	44.0
Démence	11.0	9.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition; du métabolisme et du système immunitaire	10.0	5.0
Appareil respiratoire	8.0	12.0
AVQ		(n=12)
Indépendance	22.3	--
Assistance légère	37.0	16.7
Assistance modérée	31.8	50.0
Dépendance	8.9	33.3
AVD		
Indépendance	14.5	--
Assistance	38.0	21.1
Dépendance	47.5	78.9
Mini-Mental State Examination (MMSE)		(n=11)
Moins de 18	19.9	45.5
18 à 23	21.5	27.3
24 et plus	58.7	27.3
Médication	4.9	10.0
Aucun	37.3	45.0
1 à 3	30.9	20.0
4 à 5	26.9	25.0
6 et plus		

Tableau 4.7: Caractéristiques des patients dont le lieu de résidence est le CHSLD

Variabes	Échantillon total à l'étude (n=327) Fréquences en pourcentage	Patients provenant de CHSLD (n=27) Fréquences en pourcentage
Âge		
60 à 74 ans	19.6	7.4
75 à 84 ans	52.6	40.7
85 ans et plus	27.8	51.9
Sexe		
Masculin	24.8	18.5
Féminin	75.2	81.5
Statut marital		
Marié	22.3	11.1
Veuf	50.8	70.4
Célibataire	22.6	18.5
Divorcé/séparé	3.9	--
Autres	0.3	--
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	21.0	17.0
Démence	11.0	14.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	10.0	
Appareil respiratoire	8.0	6.0
AVQ entrée en UCDG		14.0
Indépendance	22.3	
Assistance légère	37.0	
Assistance modérée	31.8	--
Dépendance	8.9	28.0
AVD		52.0
Indépendance	14.5	20.0
Assistance	38.0	
Dépendance	47.5	--
Mini-Mental State Examination (MMSE)	19.9	3.7
Moins de 18	21.5	96.3
18 à 23	58.7	
24 et plus		39.1
		21.7
		39.1

Tableau 4.8: Caractéristiques des patients avec et sans maladies de l'appareil circulatoire

Variabes	Patients avec maladies de l'appareil circulatoire (n=154) Fréquences en pourcentage	Patients sans maladies de l'appareil circulatoire (n=173) Fréquences en pourcentage
Mini-Mental State Examination (MMSE)		
Moins de 18	12.3	26.3
18 à 23	19.9	22.8
24 et plus	67.8	50.9*
moyenne	23.9 ± 6.2	21.5, (± 7.3)**
Médication au congé		
Aucun	1.3	8.1
1 à 3	32.5	41.6
4 à 5	33.1	28.9
6 et plus	33.1	21.4*
moyenne	4.6 ± 2.5	3.7 (± 2.6)***
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	42.0	0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	7.0	12.0
Appareil respiratoire	7.0	8.0
Démence	6.0	14.0
Système ostéo-articulaire	5.0	11.0

* p=.002

** p=.003

*** p=.001

ANNEXE

Tableau 4.9: Caractéristiques des patients avec et sans diagnostic de démence

Variables	Patients avec démence (n=95) Fréquences en pourcentage	Patients sans diagnostic de démence (n=232) Fréquences en pourcentage
Age		
60 à 74 ans	12.6	22.4
75 à 84 ans	60.0	49.6
85 ans et plus	27.4	28.0
moyenne	82 ± 5.9	80.5 ± 7.3*
Mini-Mental State Examination (MMSE)		
Moins de 18	53.2	5.8
18 à 23	25.5	19.7
24 et plus	21.3	74.4**
moyenne	16.1 ± 7.2	25.3 ± 4.6**
AVQ		
Indépendance	7.4	28.4
Assistance légère	29.5	40.1
Assistance modérée	45.3	26.3
Dépendance	17.9	5.2
moyenne	15.5 (± 7.0)	11.2 ± 5.8**
AVD		
Indépendance	2.2	19.5
Assistance	17.2	46.3
Dépendance	80.6	34.2
Moyenne	19.7 (± 4.3)	14.1 ± 5.1**
Médication au congé		
Aucun	8.4	3.4
1 à 3	55.8	29.7
4 à 5	25.3	33.2
6 et plus	10.5	33.6**
Moyenne	3.0 (± 2.1)	4.6 (± 2.6)**
Trois principaux diagnostics cumulés		
Démence	35.0	0
Appareil circulatoire	13.0	23.0
Maladies endocriniennes, désordre de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	9.0	10.0
Troubles mentaux (sans démence)	2.0	10.0

* p= .06

** p= .001

Tableau 4.10: Caractéristiques des patients avec et sans troubles mentaux (excluant la démence)

Variables	Patients avec troubles mentaux (n=63) Fréquences en pourcentage	Patients sans troubles mentaux, (n=263) Fréquences en pourcentage
AVQ		
Indépendance	30.2	22.3
Assistance légère	52.4	48.5
Assistance modérée	17.5	23.9
Dépendance	-	5.3*
Moyenne	9.0 ± 3.7	11.0 ± 5.5**
AVD		
Indépendance	15.9	14.2
Assistance	49.2	35.2
Dépendance	34.9	50.6***
Moyenne	14.7 ± 4.8	16.0 ± 5.6***
Trois principaux diagnostics cumulés		
Troubles mentaux	39.0	0
Appareil circulatoire	18.0	21.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	6.0	11.0
Démence	2.0	13.0

* p=.04

** p=.001

*** p=.07

Tableau 4.11: Caractéristiques des patients avec et sans maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif

Variabes	Patients avec maladies du système ostéo-articulaire (n=64) Fréquences en pourcentage	Patients sans maladies du système ostéo-articulaire (n=262) Fréquences en pourcentage
Ménage		
Seul	47.5	57.8
Avec conjoint	22.8	15.6
Avec enfants	15.6	15.6
Avec parents	4.9	--
Autres	9.1	10.9*
Mini-Mental State Examination (MMSE)		
Moins de 18	7.8	22.9
18 à 23	23.4	20.9
24 et plus	68.8	56.1**
Moyenne	24.1 ± 5.5	22.2 ± 7.2***
AVQ		
Indépendance	25.0	23.6
Assistance légère	56.3	47.5
Assistance modérée	17.2	24.0
Dépendance	1.6	4.9
Moyenne	9.7 ± 4.1	10.8 ± 5.5****
Trois principaux diagnostics cumulés		
Système ostéo-articulaire	42.0	0
Appareil circulatoire	12.0	22.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	5.0	11.0
Démence	9.0	11.0

* p=.08

** p=.01

*** p=.02

**** p=.07

Tableau 4.12: Caractéristiques des patients avec et sans maladies endocriniennes

Variables	Patients avec maladies endocriniennes (n=85) Fréquences en pourcentage	Patients sans maladies: endocriniennes (n=242) Fréquences en pourcentage
Âge		
60 à 74 ans	31.8	15.3
75 à 84 ans	43.5	55.8
85 ans et plus	24.7	28.9*
Moyenne	79.6 ± 6.7	81.4 ± 6.6**
Sexe		
Masculin	17.6	27.3
Féminin	82.4	72.7***
Trois principaux diagnostics cumulés		
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	38.0	0
Appareil circulatoire	14.0	23.0
Démence	9.0	11.0
Système ostéo-articulaire	4.0	10.0

* p=.006

** p=.05

*** p=.069

Tableau 4.13: Caractéristiques des patients indépendants aux AVQ, AVD, et sans troubles cognitifs allant de modérés à sévères et des patients non indépendants aux avq, avd avec troubles cognitifs allant de modérés à sévères

Variables	Patients indépendants sans troubles cognitifs (n=34) Fréquences en pourcentage	Patients non indépendants avec troubles cognitifs (n=293) Fréquences en pourcentage
Âge		
60 à 74 ans	41.2	16.8
75 à 84 ans	41.2	54.1
85 ans et plus	17.6	29.1
Moyenne	77.5 ± 6.8	81.4 ± 6.9*
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	17.0	21.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition, du métabolisme et du système immunitaire	13.0	10.0
Appareil digestif	13.0	5.0
Troubles mentaux (sans démence)	12.0	7.0
Démence	1.0	11.0
Appareil respiratoire	8.0	7.0

* p=.002

ANNEXE 4.14

Tableau 4.14 : Classifications des patients autonomes aux AVQ/AVD et MMSE >24 selon les profils diagnostiques et les alternatives à l'hospitalisation à l'UCDG (n=30)

PROFILS DIAGNOSTICS	TOTAL	UCDG		ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION
• Médical (M)	7	0	7	1 Hôpital de jour 4 Centre ambulatoire de médecine 1 CHCD* unité de médecine interne 1 Médecin de famille
• Gériatrique (G)	7	4	3	3 Clinique externe de gériatrie
• Diabétique (D)	6	1	5	
Médical (Dm)	4	0		3 Service externe pour diabétique 1 CHCD unité de médecine interne
Gériatrique (Dg)	2	1		1 Hôpital de jour
• Psychiatrique (P)	10	5	5	
Médical (Pm)	3	3	0	
Gériatrique (Pg)	1			1 Hôpital de jour, centre ambulatoire médecine
Psychiatrique (Pp)	6	2	4	2 Clinique externe en psychogériatrie 2 Médecin de famille et soutien psycho-social CLSC
TOTAL	30	10	20	

* CHCD : Centre hospitalier de courte durée

ANNEXE 5

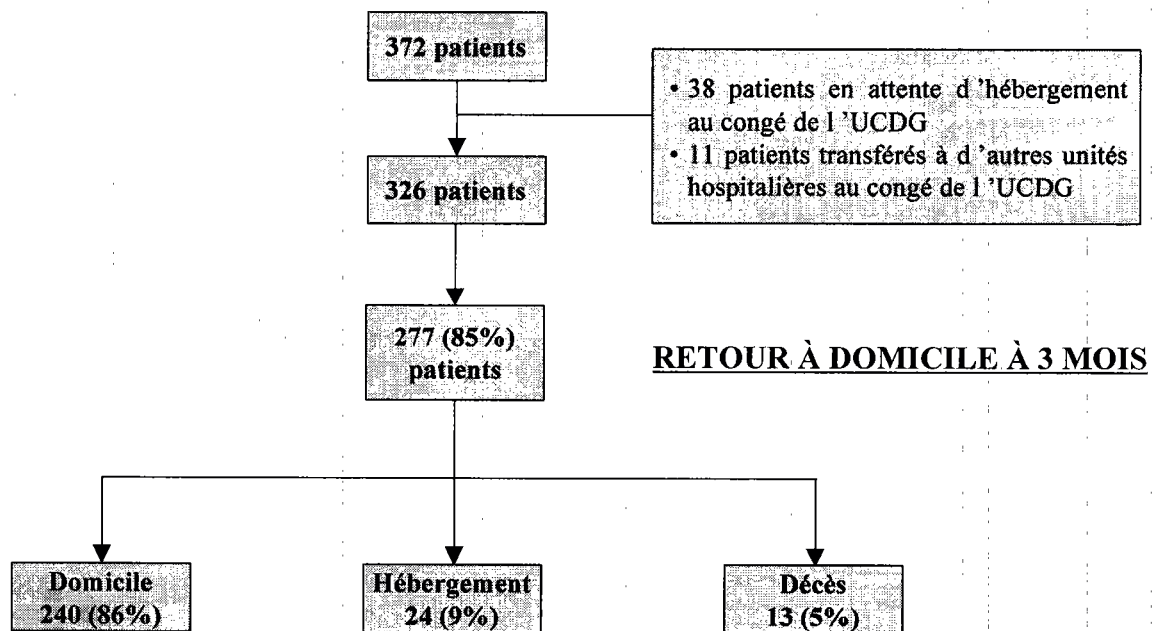
Figure 5.1 : Schéma des analyses sur le devenir des clientèles

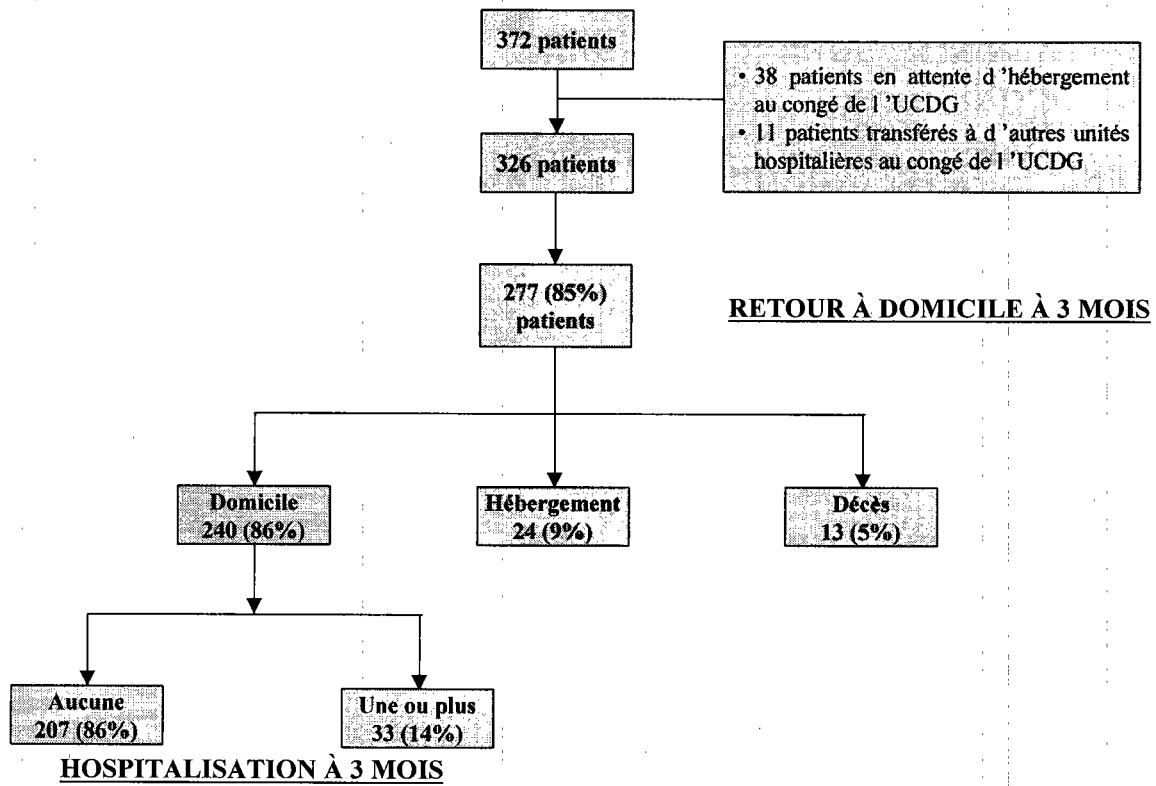
Figure 5.2 : Hospitalisation à trois mois

Tableau 5.1 : Caractéristiques des patients en attente d'hébergement au congé de l'UCDG

Variables	Patients en attente d'hébergement (n=38) Fréquences en pourcentage	Autres (n=277) Fréquences en pourcentage
Âge		
60-74	7.9	20.9
75-84	55.3	52.0
85 et plus	36.8	27.1
moyenne	83.4 ± 6.4	80.6 ± 7.0*
Mini-Mental State Examination (MMSE)		
0-17	54.1	15.7
18-23	21.6	22.0
24 et plus	24.3	62.3
moyenne	16.0 ± 7.8	23.4 ± 6.3*
AVQ		
Indépendance	5.3	26.7
Assistance légère	21.1	53.1
Assistance modérée	57.9	18.1
Dépendance	15.8	2.2
Moyenne	16.7 ± 6.2	9.7 ± 4.4*
AVD		
Indépendance	-	16.1
Assistance	10.5	42.0
Dépendance	89.5	42.0
Moyenne	20.6 ± 3.1	15.1 ± 5.3*
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	24.1	20.4
Démence	20.5	9.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition et du système immunitaire	8.0	10.2

* p ≤ .05

Tableau 5.2 : Caractéristiques des patients décédés au cours des trois premiers mois de suivi

Variabes	Patients décédés (n=13) Fréquences en pourcentage	Patients vivants (n=264) Fréquences en pourcentage
Age		
60-74	15.4	21.2
75-84	61.5	51.5
85 et plus	23.1	27.3
moyenne	82.1 ±L6.3	80.6 ±7.1
Médicaments		
Aucun	---	4.9
1-3	15.4	39.8
4-5	46.2	29.9
6 et plus	38.5	25.4
moyenne	5.4 ±2.5	4.0 ±2.6
AVQ		
Indépendance	7.7	27.7
Assistance légère	23.1	54.5
Assistance modérée	61.5	15.9
Dépendance	7.7	1.9
Moyenne	14.7 ±5.8	9.4 ±4.2
AVD		
Indépendance	8.3	16.4
Assistance	25.0	42.7
Dépendance	66.7	40.8
Moyenne	18.7 ±5.0	14.9 ±5.2
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	36.8	19.5
Démence	7.9	9.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition et du système immunitaire	10.5	10.2

Tableau 5.3 : Caractéristiques des patients selon le milieu de vie à trois mois

Variables	Patients vivant à domicile (n=240) Fréquences en pourcentage	Patients vivant en institution (n=24) Fréquences en pourcentage
Âge		
60-74	21.7	21.2
75-84	50.4	51.5
85 et plus	27.9	27.3
moyenne	80.7 ±7.0	80.6 ±7.1
Mini-Mental State Examination (MMSE)	n=234	n=23
0-17	12.8	47.8
18-23	21.8	17.4
24 et plus	65.4	34.8
moyenne	23.9 ±5.9	19.0 ±8.1
AVQ		
Indépendance	29.6	8.3
Assistance légère	53.3	66.7
Assistance modérée	15.0	25.0
Dépendance	2.1	--
Moyenne	9.3 ±4.2	10.9 ±3.7
AVD	n=23 8	
Indépendance	18.1	--
Assistance	44.1	29.2
Dépendance	37.8	70.8
Moyenne	14.5 ±5.2	18.3 ±4.0
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	20.4	11.4
Démence	7.9	20.0
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition et du système immunitaire.	9.7	15.7
Problème ostéo-articulaire	9.4	4.3

Tableau 5.4 : Caractéristiques des patients selon leur utilisation des services hospitaliers

Variables	Aucune utilisation (n=207) Fréquences en pourcentage	Une hospitalisation ou plus (n=33) Fréquences en pourcentage
Age		
60-74	21.3	24.2
75-84	49.8	54.5
85 et plus	29.0	21.3
moyenne	80.8 ±7.0	80.2 ±7.0
Médicaments		
Aucun	4.3	-
1-3	41.5	30.3
4-5	30.9	27.3
6 et plus	23.2	42.4
Moyenne	4.0 ±2.5	4.9 ±2.6
Trois principaux diagnostics cumulés		
Appareil circulatoire	20.5	19.1
Démence	8.7	3.2
Maladies endocriniennes, désordres de la nutrition et du système immunitaire.	9.5	10.6
Problèmes ostéo-articulaire	9.8	7.4
Appareil respiratoire	7.0	12.8

Tableau 5.5 : Résultats des analyses de régression logistique polytomique, sur les variables influençant le degré de gravité des événements à 3 mois, 6 mois et un an après l'hospitalisation en UCDG.

VARIABLES	PÉRIODES DE SUIVI		
	3 mois OR	6 mois OR	Un an OR
<i>Activités de la vie quotidienne</i>			
Indépendance	--	--	--
Assistance légère	1.4 (ns)	1.3 (ns)	1.5 (ns)
Assistance modérée	3.4 (1.9-6.1)	3.3 (1.9-6.0)	3.8 (2.2-6.9)
Dépendance	6.5 (2.4-18.0)	4.8 (1.8-13.0)	4.0 (1.5-11.0)
<i>Mode de vie</i>			
Ne vit pas seul	--	--	--
Vit seul	1.8 (1.2-2.7)	1.5 (1.0-2.2)	1.5 (1.0-2.2)
<i>Regroupements diagnostics</i>			
Autres diagnostics	--	--	--
Dimension du métabolisme énergétique	1.1 (ns)	1.2 (ns)	1.1 (ns)
Dimension neuro-musculo-squelettique	.72 (ns)	.73 (ns)	.77 (ns)
Dimension cognitive	2.3 (1.2-4.4)	2.6 (1.4-5.0)	2.2 (1.2-4.1)
<i>Hospitalisation au cours des cinq dernières années</i>			
Aucune	--	--	--
Une hospitalisation	1.0 (ns)	1.1 (ns)	1.1 (ns)
2 - 3 hospitalisations	1.8 (1.0-3.1)	2.0 (1.2-3.5)	1.5 (ns)
4 hospitalisations ou plus	2.5 (1.2-5.3)	3.3 (1.5-6.3)	2.3 (1.1-4.8)

