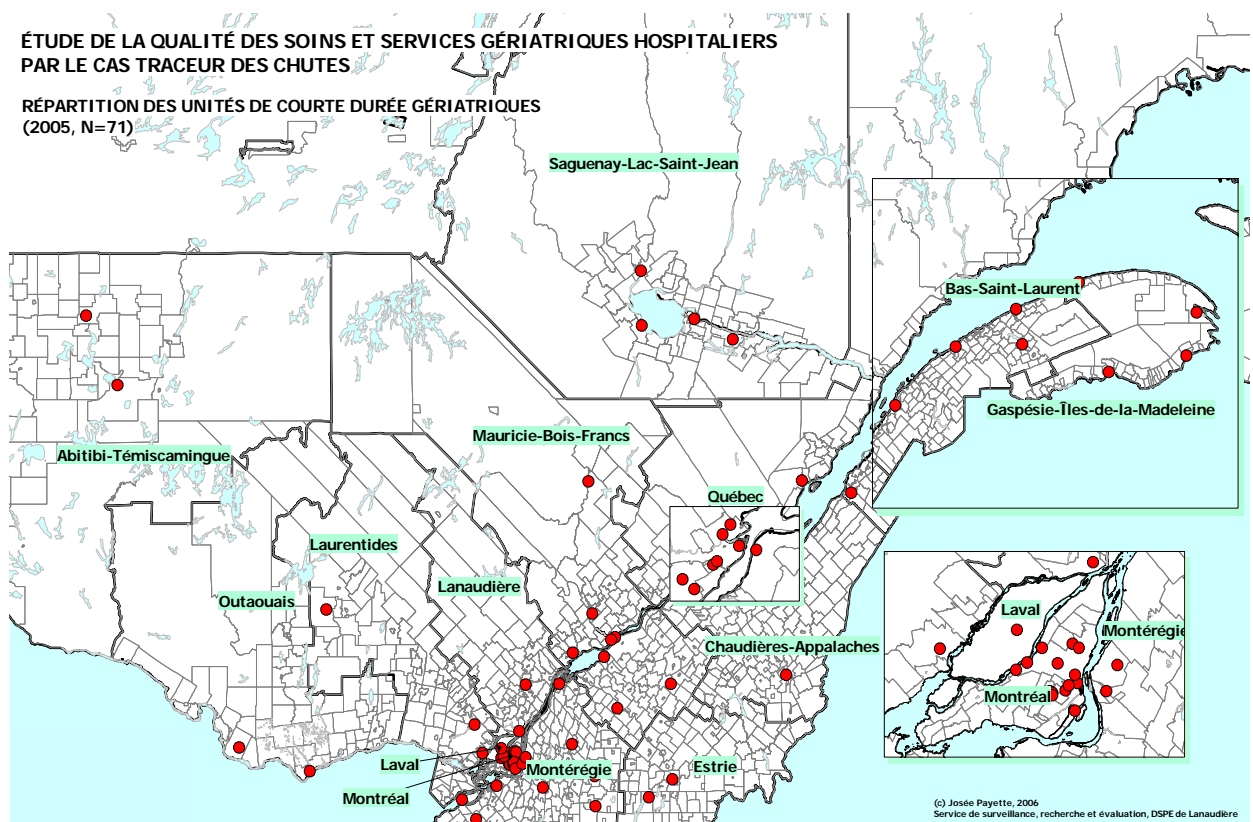


ÉTUDE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES GÉRIATRIQUES HOSPITALIERS PAR LE CAS TRACEUR DES CHUTES

SOMMAIRE EXÉCUTIF



2008

ÉTUDE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES GÉRIATRIQUES HOSPITALIERS PAR LE CAS TRACEUR DES CHUTES

Chercheure principale :

Marie-Jeanne Kergoat, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Co-chercheurs :

Judith Latour, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Paule Lebel, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Nicole Leduc, François Béland

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

Bernard Simon Leclerc, Direction de santé publique et d'évaluation,
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Katherine Berg, département de physiothérapie, Université de Toronto

Agentes de recherche (coordonnatrices) :

Aline Bolduc, Martine Remondin et Marcelle Ishak

Analyses statistiques :

Aline Bolduc

Martine Remondin

Anaïs Tanon

Infirmières de recherche :

Suzanne Rochette, Hélène Montpetit et Rachelle Thibault

Organismes subventionnaires :

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (Projet n° : MOP-62683)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

SOLIDAGE (Groupe de recherche Université de Montréal - Université McGill
sur la fragilité et le vieillissement)

Réseau québécois de recherche en vieillissement

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Montréal, décembre 2008

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un projet d'une telle envergure a nécessité, durant les cinq dernières années, l'implication de plusieurs personnes et organismes.

Nous remercions tous les membres de l'équipe de recherche (chercheurs, agentes de recherche, infirmières de recherche, stagiaires d'été de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, assistantes techniques du CRIUGM) pour leur travail rigoureux et leur grande motivation à mener à terme ce projet.

Nous remercions Mme Chantal Kroon, coordonnatrice clinique à la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie au MSSS, pour sa précieuse collaboration lors de l'analyse des données et lors du colloque « Un hôpital accueillant pour les personnes âgées. La qualité des soins et services : l'une des clés de la réussite! » tenu en mai 2008.

Nous remercions le comité de recherche du département de médecine familiale de l'Université de Montréal pour son appui à la publication du rapport ainsi que Mme Luce Gosselin pour son travail de révision linguistique.

Nous souhaitons particulièrement remercier les professionnels de la santé qui ont généreusement participé à l'étude. Tous avaient un but commun, soit de contribuer à l'amélioration des soins dispensés aux personnes âgées.

- les **68 professionnels des UCDG** qui ont été consultés pour l'élaboration de la grille d'évaluation de la qualité lors d'une chute avec traumatisme ;
- les **responsables des UCDG** qui ont répondu au questionnaire détaillé sur le fonctionnement et les ressources de leur unité ;
- les **gériatres**, que nous avons consultés à plusieurs reprises, dans le but d'obtenir leur avis d'expert clinique concernant différents éléments.

Finalement, nous remercions tous les organismes qui ont subventionné le projet :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS)
- SOLIDAGE (Groupe de recherche Université de Montréal - Université McGill sur la fragilité et le vieillissement)
- Réseau québécois de recherche en vieillissement
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal

LEXIQUE

UCDG	Unité de courte durée gériatrique
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
Personne âgée vulnérable	Celle dont la réserve fonctionnelle est déstabilisée par un agent stressant
GEQ	Grille d'évaluation de la qualité des processus de soins
GERD	Grille d'évaluation de la qualité des résumés de dossiers d'hospitalisations
QS	Questionnaire sur les variables structurelles et organisationnelles
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
Med-Écho	Base de données clinico-administratives, gérée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Indice de gravité clinique	Extrait de Med-Écho. Indique la présence de facteurs interactifs importants, comorbidités ou complications (degré de décompensation physiologique), qui influencent l'intensité des services requis pour les soins prodigués à l'utilisateur. Codes utilisés - 0 : Indéterminé ; 1 : Faible ; 2 : Modéré ; 3 : Élevé ; 4 : Extrême
Indice du risque de mortalité	Extrait de Med-Écho. Indique la probabilité du décès de l'utilisateur au cours de l'hospitalisation. Codes utilisés - 0 : Indéterminé ; 1 : Faible ; 2 : Modéré ; 3 : Élevé ; 4 : Extrême

CONTEXTE

Les unités de courte durée gériatriques (UCDG) ont pour mandat d'offrir aux personnes âgées vulnérables nécessitant une hospitalisation, des soins de santé globaux et intégrés, dans un environnement physique adapté, et d'assurer une prise en charge systématique de leurs principaux problèmes à l'aide d'une équipe multiprofessionnelle. Bien que cette philosophie de soins soit largement répandue, nos travaux antérieurs sur ce programme ont démontré une grande hétérogénéité des UCDG sous plusieurs aspects :

- leur taille, le rôle qu'elles jouent dans l'établissement, les ressources qui leur sont disponibles et accessibles en milieu hospitalier et dans la collectivité,
- le volume et le type de clientèles qu'elles reçoivent,
- leur performance au chapitre de la durée de séjour.

Cette diversité peut être souhaitée si l'on veut assurer une réponse adaptée aux besoins des clientèles locales. On doit cependant s'interroger sur les effets de l'ampleur de ces disparités sur la qualité des soins dispensés, d'autant plus que les personnes âgées constituent le segment de la clientèle hospitalière le plus important en nombre et en croissance.

OBJECTIFS

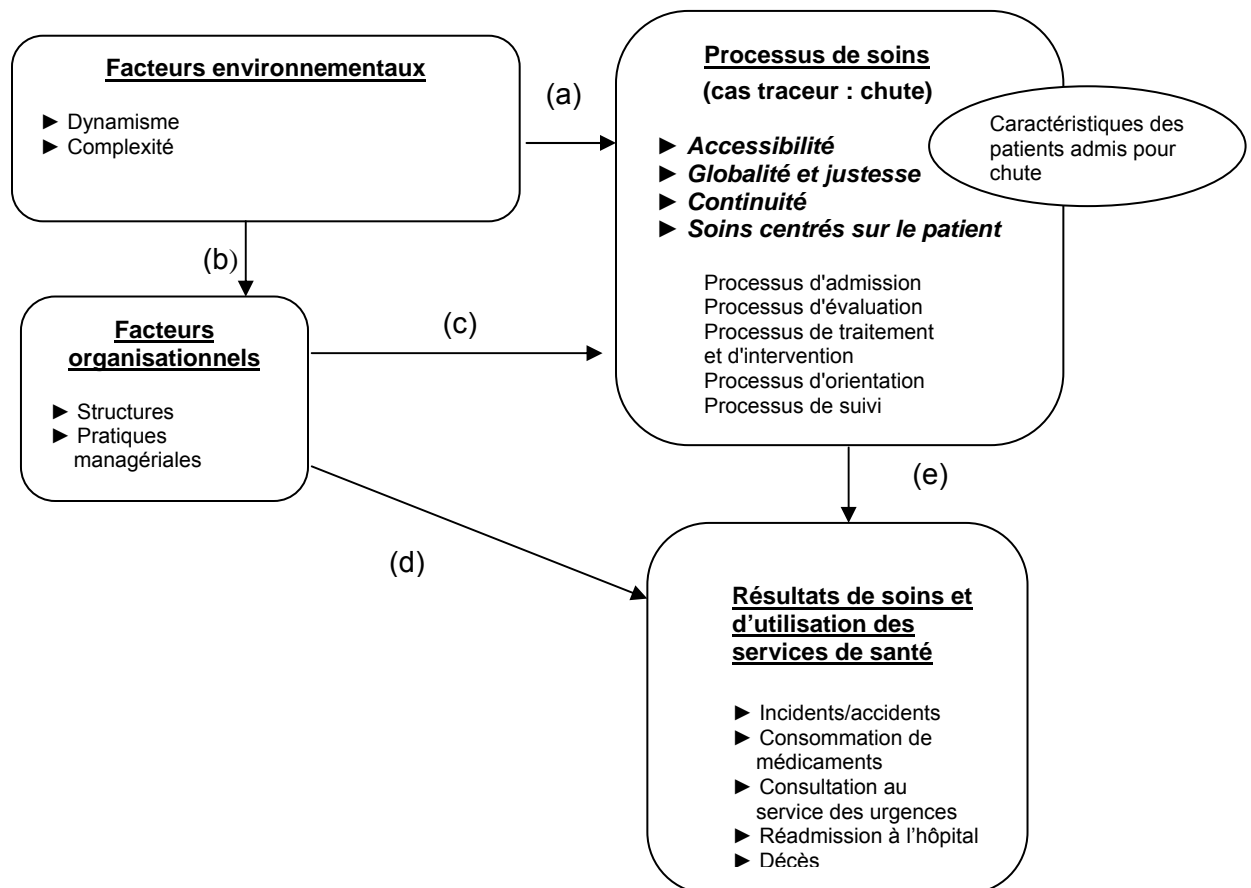
Cette recherche avait pour but d'étudier, de façon approfondie, la qualité des processus de soins dispensés aux personnes âgées hospitalisées en UCDG et d'identifier les principaux facteurs qui l'influencent. Elle comportait quatre volets, correspondant aux objectifs spécifiques suivants :

- 1) Décrire les facteurs environnementaux et organisationnels associés au fonctionnement et aux ressources des UCDG (volet I) ;
- 2) Évaluer la qualité des processus de soins à l'aide du cas traceur des chutes avec traumatisme (volet II) ;
- 3) Étudier certains résultats de soins et d'utilisation des services de santé durant et après le séjour en UCDG (volet III) ;
- 4) Analyser l'influence des facteurs environnementaux et organisationnels de l'UCDG sur la qualité des soins mesurée, ainsi que les relations entre cette qualité et les résultats de soins et d'utilisation des services de santé (volet IV).

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre des travaux de recherche, un modèle théorique d'évaluation de la qualité des soins a été élaboré, en fonction du contexte des UCDG, dans le but de décrire les relations entre les facteurs environnementaux et organisationnels, les processus de soins et leurs résultats. Selon ce modèle, la qualité des soins est un concept multidimensionnel dont les trois principales composantes sont interreliées : les structures sont associées à la qualité, car elles influencent les choix qui s'offrent aux professionnels quant aux processus de soins à dispenser et ces processus induisent les résultats de soins. Cinq dimensions de la qualité des processus de soins ont été retenues, à savoir l'accessibilité, la globalité, la justesse, les soins centrés sur le patient et ses proches, ainsi que la continuité (leurs définitions générales et opérationnelles sont présentées dans l'encadré de la page 11).

Modèle d'évaluation de la qualité des soins en UCDG



La méthode du cas traceur a été retenue pour évaluer la qualité des processus de soins car elle permet une étude approfondie, par critères explicites, de ces processus. Elle consiste à suivre le cheminement des patients hospitalisés pour une condition donnée à travers l'ensemble des composantes des processus de soins. Elle repose sur le postulat suivant : la façon dont le système de soins traite *le problème de santé traceur* est un bon indicateur de la qualité générale des soins et de l'efficacité du système qui les dispense. La problématique des chutes répond bien à l'ensemble des critères du cas traceur, en effet : les chutes résultent généralement de problèmes faciles à définir par des épreuves diagnostiques usuelles : leurs étiologies, le plus souvent multifactorielles, obligent une vérification systématique des facteurs de risque qui devraient se retrouver au dossier et être transmis aux intervenants de la communauté ; elles constituent un motif fréquent d'admission en UCDG. De plus, elles sont un indicateur important de la fragilité des personnes âgées et, les traitements requis peuvent être prodigués par le personnel régulier rattaché au programme d'UCDG.

La qualité des processus de soins dispensés aux patients admis en UCDG pour chute a été évaluée durant la période qui s'étendait du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003. Pour fin de validité, ont été ciblées pour la collecte des données dans les dossiers médicaux, les UCDG qui avaient traité au moins 10 cas de chutes par an, au cours des années 1999-2002. Un échantillon de 934 patients hospitalisés pour chute, provenant de 49 UCDG, a été sélectionné selon les critères suivants :

- être âgé de 65 ans ou plus ;
- être admis en UCDG entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003, pour chute avec traumatisme, telle que définie aux codes E880 à E888 du système de classification internationale des maladies (version 9) ;
- vivre à domicile ou dans une résidence pour personnes âgées autonomes avant l'hospitalisation.

Nous n'avons pas inclus dans l'étude les hospitalisations des patients décédés en cours d'hospitalisation et les admissions pour accident cérébrovasculaire avec séquelles sensitivomotrices ou pour fracture de la hanche, ces deux dernières problématiques relevant plutôt d'un programme de réadaptation.

Pour l'ensemble du projet, les sources de données suivantes ont été utilisées, dont les trois premières ont été développées par l'équipe de recherche :

1) Questionnaire (QS) auprès des responsables des UCDG (médecins et/ou infirmières-chefs) (volet I)

Les facteurs environnementaux et organisationnels associés au fonctionnement et aux ressources des UCDG ont été principalement recueillis à l'aide de ce questionnaire standardisé. Ce dernier permettait

également aux responsables de quantifier et de décrire leur satisfaction face aux éléments abordés.

2) Grille d'évaluation de la qualité des soins (GEQ) (volet II)

Quatre des cinq dimensions de la qualité (accessibilité, globalité, justesse et soins centrés sur le patient et ses proches) ont été évaluées à l'aide de cette grille. Le contenu de cette dernière, à savoir les éléments importants d'une bonne pratique de soins envers des patients admis pour chute avec traumatisme, a été déterminé par consensus d'experts de professions différentes (n=68 experts) rattachés à 19 UCDG. Le système de cotation consistait à déterminer la présence ou l'absence des items de la GEQ au dossier médical, mais ne permettait pas de décrire les activités cliniques précises qui auraient été effectuées. Trois infirmières expérimentées ont été embauchées comme évaluatrices pour l'extraction des données dans les dossiers médicaux. Elles ont reçu une formation théorique et pratique d'une durée de 5 semaines avant le début de la collecte des données. Une mesure de la fiabilité intra- et interjuges a été effectuée à la mi-collecte des données dans le but de déterminer les items fiables de la GEQ pouvant être utilisés dans l'analyse de la qualité des processus de soins.

3) Grille d'évaluation des résumés de dossiers d'hospitalisations (GERD) (volet II)

La dimension «continuité» de la qualité des soins a été évaluée à l'aide de cette grille. Le contenu de cette dernière portait sur les éléments requis dans le résumé de dossier médical (ou la feuille sommaire AH109B) rédigé à la suite d'une hospitalisation pour chute avec traumatisme en UCDG et a été élaboré à partir d'une recension des écrits et de l'expérience clinique des chercheurs. L'analyse des résumés de dossiers d'hospitalisations a été effectuée par trois médecins (chercheurs de l'équipe de recherche), après une validation sur 20 dossiers.

4) Base de données provinciale Med-Écho couvrant la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004 (volets I, II, III)

Les données sur l'ensemble des hospitalisations dans les UCDG ont été extraites de la base de données provinciale Med-Écho gérée par le MSSS et couvrant la période à l'étude (2002-2003). Cette base de données a aussi servi à établir le nombre de réadmissions hospitalières suivant le congé de l'UCDG pour les patients étudiés (admis pour chute avec traumatisme) et pour l'ensemble de la clientèle des UCDG en 2002-2003.

5) Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec couvrant la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004 (volet III)

Cette source a servi à établir le nombre de consultations au service des urgences et le nombre de décès suivant le congé de l'UCDG pour les patients étudiés (admis pour chute avec traumatisme).

6) Rapports financiers (AS-471) des établissements de santé où se situent les UCDG pour l'année administrative 2002-2003 (volet I)

Cinq données en ont été extraites dans le but d'étudier la variabilité des ressources financières investies en gériatrie par les établissements de santé où se situent les UCDG, soient :

- le total des revenus pour les activités principales ;
- le total des charges pour les activités principales ;
- l'excédent ou le déficit des revenus sur les charges des activités principales ;
- le coût direct net (montant) dépensé en gériatrie ;
- le nombre total de jours-présences en gériatrie.

Concernant les analyses statistiques effectuées dans le projet, deux principaux types ont été utilisés :

- 1) Analyses univariées (volet I). Ce type d'analyse a été utilisé pour dresser un portrait descriptif du fonctionnement et des ressources des UCDG. Les UCDG ont été regroupées en fonction de leur situation géographique, de leur affiliation universitaire, de leur principal type de clientèle, de leur taille (à partir du nombre total de lits au permis) et de la composition de leur effectif médical (spécialité des médecins). Ces regroupements ont été retenus étant donné qu'ils sont fréquemment utilisés pour comparer les établissements de santé entre eux.
- 2) Analyses de régression (volet IV). Des analyses de régression multiniveaux ont été utilisées afin de déterminer : 1) les facteurs qui influencent la qualité des processus de soins parmi les variables associées aux patients (niveau 1) et celles associées aux UCDG et aux CH où elles se trouvent (niveau 2) et ; 2) si des relations existent entre les résultats de soins et d'utilisation des services de santé et la qualité des processus de soins.

Définitions générales et opérationnelles des dimensions de la qualité des processus de soins mesurées à partir des dossiers médicaux de patients admis en UCDG pour chute avec traumatisme en 2002-2003

<p>« Accessibilité » définition générale : définition opérationnelle :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services dans des délais acceptables. • Délai entre la date d'acceptation en gériatrie et la date d'arrivée à l'unité de courte durée gériatrique.
<p>« Globalité » et « Justesse » définition générale : définition opérationnelle de la « Globalité » : définition opérationnelle de la « Justesse » :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions appropriées et proportionnées des professionnels et des établissements, fondées sur l'état des connaissances actuelles, pour répondre à l'ensemble des besoins bio-psychosociaux de la personne âgée et soutenir les aidants. • Rapport de la somme des items fiables de la GEQ présents au dossier sur le nombre total d'items fiables qui s'appliquent, exprimé en pourcentage. Les items portent sur l'histoire de cas, la revue des systèmes, l'examen physique, l'investigation de base, l'évaluation des AVQ, AVD et de l'environnement de vie, l'évaluation du rendement fonctionnel, l'évaluation psycho-sociale, les interventions générales et sur les items des interventions spécifiques qui permettent de vérifier si le médecin s'est prononcé de façon générale sur neuf dimensions cliniques (santé cognitive, santé psychiatrique, équilibre, force des membres inférieurs, ostéoartrrose des membres inférieurs, santé osseuse, santé cardiovasculaire, santé visuelle et médication). • Résultats sous forme catégorielle obtenus séparément pour les neuf dimensions cliniques, à partir de la combinaison des items concernés. Chaque résultat comporte 4 niveaux, le quatrième correspondant à un résultat maximal où tous les items requis ont été trouvés au dossier.
<p>« Soins centrés sur le patient et ses proches » définition générale : définition opérationnelle :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Approche qui sous-tend une collaboration étroite entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles quant aux prises de décisions, à l'organisation et à la prestation des soins et services. • Variable catégorielle obtenue à partir de la combinaison des deux items suivants de la GEQ : la vérification du niveau d'intervention médicale désiré par le patient et la vérification que le patient et ses proches ont été renseignés sur la situation clinique de ce dernier (réunion de famille). Cette variable comporte 3 niveaux : présence au dossier de : aucun item, au moins un item ou deux items.
<p>« Continuité » définition générale : définition opérationnelle :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des services coordonnés, intégrés et dispensés sans interruption. • Analyse de la continuité de l'information. Rapport de la somme des items de la GERD présents au résumé de dossier ou à la feuille sommaire (AH109B) rédigés à la fin du séjour (photocopies anonymisées) sur le nombre total d'items requis, exprimé en pourcentage.

RÉSULTATS

1) Participation à l'étude

Le taux de participation des UCDG, parmi les 71 répertoriées au Québec (même nombre en 2008), et le nombre d'hospitalisations visées pour les différents volets de l'étude se résument ainsi :

Volets de l'étude	Nombre d'UCDG	Nombre d'hospitalisations
Volet I	64	sans objet
Volet II	49	934
Volet III	46	894
Volet IV	44	877

2) Fonctionnement et ressources des UCDG (Volet I)

- Mission** : Quelque 64 % des UCDG (n=64) offraient principalement des soins axés sur la réadaptation, alors que les autres accordaient la priorité aux soins aigus et à l'évaluation. La raison de refus au programme la plus fréquente concernait les patients en phase terminale d'une condition de santé (66,7 % des 64 UCDG).
- Environnement physique** : Parmi les 64 UCDG, 70,3 % partageait leur environnement physique avec un autre service. Dans 25 % des UCDG (n=64 UCDG), les locaux utilisés pour les interventions cliniques par les professionnels de physiothérapie et d'ergothérapie ne se situaient pas sur le même étage que l'UCDG. Les responsables ont rapporté plus fréquemment des impacts négatifs associés à ces situations (ex. : dilution de l'expertise du personnel infirmier, perte d'efficacité due à la perte de temps associée aux déplacements du personnel et des patients). Environ 40 % des UCDG ne pouvait pas adapter leur environnement aux besoins de la clientèle gériatrique.
- Autres services et programmes gériatriques disponibles à l'intérieur ou à l'extérieur des CH où se situent les UCDG** : Ce sont les centres de jour qui étaient les plus répandus (92,2 % des 64 UCDG). Leur accès était toutefois priorisé aux UCDG pour le tiers de celles-ci seulement. Les hôpitaux de jour étaient les moins disponibles (56,3 % des 64 UCDG), avec une accessibilité prioritaire aux UCDG dans environ 40 % d'entre elles. Pour 33 des 64 UCDG, un total de 59 cliniques externes de soins gériatriques ou psycho-gériatriques ou de mémoire ont été répertoriées dans les CH où elles se situent. (En 2006-2007, ce nombre s'élevait à 117 pour 39 UCDG parmi les 70 consultées).

- **Procédures d'admission, d'évaluation, d'intervention, de planification du congé, de suivi après le congé et de la durée de séjour :**

Le responsable qui décidait le plus souvent de l'admission des patients à l'UCDG était un médecin (73,5 %, n=64 UCDG). Dans les autres cas (26,5 %), il s'agissait soit : d'un comité d'admission, de l'infirmière-chef, de l'infirmière de liaison ou d'instances administratives. Quant à la responsabilité médicale des patients de l'UCDG (n=64), elle était assumée par le médecin attitré à l'unité dans 56,3 % des cas, en co-traitance avec le médecin de famille et le médecin attitré à l'unité dans 20,3 % des cas et par le médecin responsable de l'UCDG seul dans 23,4 % des cas.

La prise de contact à l'admission se faisait, selon les responsables, systématiquement ou généralement dans un délai de 48 heures (n=64 UCDG) : avec les intervenants du réseau des services de première ligne, dans 42,2 % des UCDG, et avec le médecin de famille, dans 18,8 % des UCDG.

Pour quelque 61 UCDG sur 64 (95,3 %), les répondants ont rapporté qu'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) était élaboré pour les patients (un PII a toutefois été retrouvé dans seulement 30 % des dossiers des patients admis pour chute). Dans 25 % des 61 UCDG, il ne s'agissait pas d'un plan standardisé. Le PII pouvait alors prendre les formes suivantes : notes d'évaluation par profession, plan de soins ou compte rendu des réunions multiprofessionnelles, entente verbale ou document maison. Les responsables des UCDG (n=61 UCDG) ont rapporté que les PII n'étaient **conservés aux archives du CH que dans 23,0 % des cas.**

Un suivi planifié auprès des patients qui retournaient à domicile était effectué, de façon systématique ou générale, dans 23,4 % des UCDG (n=64). Un résumé de dossier complet était le document le plus fréquemment transmis (41,3 %) au médecin de famille à la suite d'une hospitalisation en UCDG (n=63), tandis que le formulaire inter-établissements (avec une communication téléphonique au préalable) était le document transmis le plus fréquemment au service de soutien à domicile du CLSC (55,6 %).

Dans quelque 70,3 % des UCDG (n=64), la durée moyenne de séjour était pré-établie. Le nombre de jours visés pour le séjour en UCDG (n=44) se situait entre 10 et 20 pour 29,5 % des unités, entre 21 et 28 pour 36,4 % d'entre elles et entre 30 et 90 pour 34,1 % des UCDG.

- **Procédures d'amélioration de la qualité :**

Les protocoles de dépistage ou de prévention les plus courants dans les UCDG (n=64) visaient les infections nosocomiales (81,3 %) et les plaies de pression (76,6 %), tandis que le syndrome d'immobilisation (17,2 %) et le delirium (10,9 %) étaient les deux problématiques cliniques pour lesquelles des protocoles de dépistage ou de prévention et d'intervention étaient les moins courants.

Dans près des deux tiers des UCDG (62,5 %, n=64), des réunions administratives étaient tenues avec l'équipe multiprofessionnelle sur le fonctionnement et l'organisation de l'unité. Dans la moitié de ces UCDG, elles étaient tenues entre 2 et 4 fois par an et dans près de 70 % de ces unités, un compte rendu écrit des réunions était rédigé.

Un questionnaire de mesure de la satisfaction était utilisé auprès des patients dans 39,1 % des UCDG (n=64) et auprès des proches des patients dans 29,7 % des UCDG (n=64). Par ailleurs, le patient était informé à l'admission de la possibilité de déposer une plainte dans 54,7 % des unités (n= 64).

- **Ressources humaines :** La majorité (79,4 %) des services de gériatrie comptant une UCDG (n=63) dénombraient, au total, de 1 à 5 médecins traitants. Ceux-ci possédaient majoritairement une formation d'omnipraticien (79,7 % des UCDG) et, travaillaient majoritairement quatre semaines consécutives ou plus à l'UCDG (71,4 % des UCDG). Dans près de la moitié des UCDG (45,3 %), les médecins exerçaient aussi d'autres activités (cliniques ou administratives) à l'intérieur et/ou à l'extérieur de leur CH.

Une formation continue en gériatrie/gérontologie (n=64 UCDG) avait été offerte à l'ensemble de l'équipe multiprofessionnelle dans 43,8 % des UCDG et par groupes de professionnels dans 37,5 % des cas.

Au total, 33,9 % des UCDG (n=62) avaient une implication élevée en enseignement, 35,5 % une implication modérée, 17,7 % une implication modeste et 12,9 % n'avaient pas encadré de stagiaires.

Dans seulement 15,6 % des UCDG (n=64), un ou des sondage(s) de satisfaction avait(ent) été effectué(s) auprès du personnel.

Les effectifs moyens par 15 lits au permis rapportés par les responsables étaient (données manquantes pour certaines UCDG) :

Ressource attirée à l'UCDG ou y travaillant régulièrement (n UCDG)	% des UCDG où la ressource est disponible	Effectif moyen ¹	Variation de l'effectif moyen
Médecins traitants (n=63)	100	2,4 ²	0,50 à 10,5 ³
Personnel soignant total travaillant le jour ⁴ (n=46)	100	4,7	3,00 à 6,60
Physiothérapeute (n=62)	97	1,3	0,45 à 4,35
Ergothérapeute (n=62)	100	1,3	0,27 à 4,35
Travailleur social (n=61)	89	1,0	0,06 à 2,55
Infirmière de liaison (n=62)	45	0,9	0,15 à 5,25
Infirmière clinicienne spécialisée en soins aux personnes âgées (n=62)	21	0,7	0,02 à 3,90
Nutritionniste (n=62)	87	0,5	0,03 à 1,95
Pharmacien (n=62)	66	0,4	0,30 à 1,50

¹ Pour les médecins et le personnel soignant, l'effectif correspond au nombre de personne, tandis que pour les autres professionnels, il correspond au nombre d'équivalent temps plein (ETP).

² En général, les médecins exercent d'autres fonctions à l'intérieur ou à l'extérieur du CH.

³ Un effectif de 10,5 médecins traitants par 15 lits au permis a été rapporté lorsque ceux-ci étaient les médecins de famille des patients.

⁴ Infirmière-chef, assistante infirmière-chef, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé.

- **Ressources financières et matérielles :**

De façon générale, les CH (n=57) ont consacré 1,4 % des dépenses totales au programme de gériatrie (salaires, avantages sociaux, fournitures et autres). Le coût moyen par jour-présence en gériatrie s'élevait à 179,30 \$ (n=57 CH). La majorité des responsables des UCDG (73 %, n=63 UCDG) disaient disposer d'un budget qui leur était spécifiquement alloué. Le budget de l'UCDG couvrait les ressources humaines et matérielles dans les proportions suivantes : le personnel soignant dans 94,9 % des UCDG (n=59), le service d'ergothérapie dans 22,4 % des UCDG (n=58), le service de physiothérapie dans 24,1 % des UCDG (n=58), le service de pharmacie dans 10,3 % des UCDG (n=58), le service de nutrition dans 12,3 % des UCDG (n=57), le service social dans 21,1 % des UCDG (n=57), les fournitures médicales dans 93,2 % des UCDG (n=59), les médicaments dans 31,6 % des UCDG (n=57), les laboratoires et services diagnostiques dans 25,0 % des UCDG (n=56) et le matériel informatique dans 46,4 % des UCDG (n=56). Quelque 67,2 % des UCDG (n=61) étaient munies d'un poste informatique pour la gestion de l'unité.

- **Taux de satisfaction des responsables face au fonctionnement et aux ressources de leur UCDG :** Les plus bas taux ont été obtenus concernant (taux de satisfaction en %) :
 - Le manque d'accessibilité par l'UCDG aux différents programmes gériatriques disponibles à l'extérieur du CH (35 %, n=60 UCDG) ;
 - Le faible accès aux ressources informatiques (38 %, n=58 UCDG) ;
 - Le manque de disponibilité à l'UCDG d'infirmières cliniciennes spécialisées en gériatrie (42 %, n=33 UCDG) ;
 - Le manque de formation clinique continue pour les professionnels de l'UCDG lié principalement à des considérations budgétaires (43 %, n=61 UCDG) ;
 - Une gamme incomplète de programmes gériatriques disponibles à l'extérieur du CH (51 %, n=61 UCDG) ;
 - Le manque de disponibilité à l'UCDG de pharmaciens (52 %, n=56 UCDG) ;
 - Le manque de disponibilité à l'UCDG de ressources médicales spécialisées (54 %, n=59 UCDG) ;
 - L'insuffisance du budget alloué aux ressources informatiques (54 %, n=57 UCDG) ;
 - L'insuffisance du budget alloué aux ressources matérielles (57 %, n=58 UCDG) ;
 - Un environnement physique mal adapté aux besoins de la clientèle (61 %, n=64 UCDG).

- **Clientèle-type des UCDG**

Sur l'ensemble des hospitalisations en soins de courte durée des 60 CH dotés d'une UCDG pour lesquelles les données étaient disponibles en 2002-2003 (Med-Écho), le nombre total d'hospitalisations en UCDG s'élevait à 15 575. Parmi ces hospitalisations :

- les patients étaient très âgés (âge moyen de 81,3 ± 8,0), veufs, séparés, divorcés ou célibataires (62,6 %) et majoritairement des femmes (66,7 %) ;
- les indices moyens de gravité clinique (2,70) et du risque de mortalité (2,36) associés à leur état clinique durant leur hospitalisation en UCDG étaient de niveau modéré à sévère ;
- le nombre de diagnostics secondaires se chiffrait en moyenne à 10 par patient ;
- la durée moyenne du séjour s'élevait à 22,9 jours en UCDG et à 33,2 jours au CH ;
- l'admission en UCDG se faisait surtout par transfert intra-hospitalier (52,5 %) ou par le service des urgences (33,8 %) ;
- le taux de décès était de 8,4 % ;

- au congé de l'UCDG, les patients retournaient majoritairement vivre à domicile (66,6 %) et, dans 20 % des cas, en milieu d'hébergement et de soins de longue durée ;
- les diagnostics principaux figurant au dossier se rapportaient, par ordre de fréquence, à des troubles mentaux incluant les démences (17,5 %), à des maladies de l'appareil circulatoire (16,4 %) et à des lésions traumatiques et empoisonnements (11,6 %). Quelque 2230 hospitalisations (sur les 15 575, soit 14,3 %) impliquaient une chute avec traumatisme, tel qu'étudiée dans la présente étude.

Notons qu'il n'a pas été possible d'analyser les capacités fonctionnelles à l'admission et au congé étant donné le manque de généralisation d'un outil standardisé ou d'une nomenclature commune entre les professionnels.

3) Qualité des processus de soins lors d'une admission pour chute avec traumatisme (Volet II)

Les résultats suivants ont été obtenus concernant la qualité des processus de soins :

- **Accessibilité aux soins** – Une UCDG (37 hospitalisations) a dû être exclue de l'analyse étant donné son mode d'admission totalement différent des autres (n=897 hospitalisations). Dans 68 % des hospitalisations, l'admission à l'UCDG a eu lieu par le service des urgences. Pour 62 % des hospitalisations, les patients ont été admis à l'UCDG dans la journée même de leur acceptation au programme de gériatrie (pour 16 % des hospitalisations, l'admission a eu lieu quatre jours ou plus après l'acceptation au programme de gériatrie).
- **Globalité des soins** – Lorsque les interventions de tous les professionnels ont été regroupées, une moyenne de 54,5 % des items recherchés ont été retrouvés au dossier (n=934 hospitalisations), variant de 17 % à 88 %. Par profession, les résultats totaux moyens variaient de 40,4 % (physiothérapeutes) à 50,2 % (médecins).
- **Justesse des soins** – Étant donné la pauvreté des informations colligées au dossier portant sur quatre des neuf dimensions cliniques à évaluer pour décrire la justesse des soins, soit : la santé mentale, l'équilibre ainsi que la force et l'arthrose des membres inférieurs, nous n'avons pas été capable d'utiliser l'échelle de mesure prévue à cet effet. Par ailleurs, parmi les quatre conditions cliniques pour lesquelles les données recueillies étaient fiables (santé cognitive, cardiovasculaire, osseuse (ostéoporose) et visuelle), les items portant sur les interventions spécifiques concernant les problèmes de nature cardiovasculaire étaient les plus fréquemment retrouvés au dossier (68 %, n=535 hospitalisations), tandis que ceux

concernant les problèmes reliés à la santé visuelle obtenaient le pourcentage le plus bas (12 %, n=621 hospitalisations).

- **Soins centrés sur le patient et ses proches** – Pour évaluer cette dimension de la qualité, deux items étaient recherchés au dossier : le niveau d'intervention médicale désiré par le patient et aussi, si le patient et ses proches avaient été renseignés sur la situation clinique de ce dernier (réunion de famille). Aucun des deux items n'était présent dans 16,6 % des hospitalisations (n=934), au moins un des deux items était présent dans 59,5 % des cas et les deux items étaient présents dans seulement 23,9 % des cas.
- **Continuité des soins** – Le pourcentage total d'éléments présents au résumé de dossier ou à la feuille sommaire parmi ceux requis était en moyenne de 42,3 % (n=934 hospitalisations) et variait de 0 (document illisible ou non rempli) à 93 %.

4) Résultats de soins et d'utilisation des services de santé durant ou à la suite des hospitalisations en UCDG (Volet III)

Les résultats de soins et d'utilisation des services de santé suivants ont été mesurés :

- **Incidents/accidents/épisodes (erreur de médication, chute, fracture, infection nosocomiale, utilisation de contention, épisode de delirium) mesurés au dossier et survenus en cours d'hospitalisation pour chute avec traumatisme** – la fréquence observée pour chacun variait de 0,3 % (fracture) à 14,8 % (épisode de delirium) des hospitalisations (n=894).
- **Ordonnance au congé de calcium et de vitamine D** – une ordonnance de ces deux éléments a été retrouvée au dossier dans 33,3 % des hospitalisations (n=894).
- **Consultation au service des urgences et réadmission hospitalière à la suite du congé de l'UCDG** – Quelque 13,5 % des patients (n=891 hospitalisations) ont consulté au moins une fois aux services des urgences et 6,5 % ont été réadmis au moins une fois dans un centre hospitalier, tous motifs confondus, durant les 30 jours suivant le congé de l'UCDG. Au terme d'une période de 90 jours, le pourcentage de patients ayant consulté au moins une fois au service des urgences atteignait 28,2 % des hospitalisations et le taux de réadmission à l'hôpital atteignait 15,7 % des hospitalisations.
- **Décès à la suite du congé de l'UCDG** – Dans les 30 jours suivant le congé, 1,5 % des patients étaient décédés (n=891 hospitalisations), tandis

qu'au terme d'une période de 90 jours après le congé, le taux de décès se chiffrait à 4,9 %.

5) Facteurs ayant influencé la qualité des processus de soins en UCDG lors d'une admission pour chute avec traumatisme et relations entre cette qualité et les résultats de soins et d'utilisation des services de santé (Volet IV)

- **Facteurs ayant influencé la qualité des processus de soins (n= 877 hospitalisations dans 44 UCDG)** - Les facteurs suivants, reliés au fonctionnement et aux ressources des UCDG et des CH où elles se trouvent, expliquaient favorablement la variabilité des dimensions de la qualité des soins, lorsqu'on ajuste les analyses pour prendre en compte les caractéristiques cliniques des patients admis pour une chute :
 - **Dimension « Accessibilité »** - 1) La présence d'un gériatre dans l'effectif médical de l'UCDG et ; 2) lorsque l'UCDG n'avait pas accès à une URFI à l'intérieur ou à l'extérieur du CH.
 - **Dimension « Globalité »** - 1) Une clientèle médicalement lourde pour l'ensemble des patients admis à l'UCDG ; 2) une décision d'admission au programme par un médecin et ; 3) une prise de contact rapide (dans les 48 heures) après l'admission à l'UCDG avec le médecin traitant ou les professionnels du réseau des services de première ligne.
 - **Dimension « Soins centrés sur le patient et ses proches »** - Une affiliation universitaire pour le CH.
 - **Dimension « Continuité »** - 1) Une clientèle médicalement lourde pour l'ensemble des patients admis à l'UCDG et ; 2) une prise de contact rapide (dans les 48 heures) après l'admission à l'UCDG avec le médecin traitant ou les professionnels du réseau des services de première ligne.
- **Relations entre la qualité des processus de soins et les résultats de soins et d'utilisation des services de santé (n= 877 hospitalisations dans 44 UCDG)** - À 90 jours suivant le congé, une meilleure continuité des soins était reliée à une diminution de la fréquentation subséquente au service des urgences et de la réadmission à l'hôpital. Aussi, des soins centrés sur le patient et ses proches étaient associés à un taux de décès plus élevé. Finalement, une globalité des soins plus élevée était reliée à un taux de décès plus bas.

CONCLUSIONS

- Cette étude est unique par le taux de participation très élevé du personnel des UCDG et par la représentativité des hospitalisations étudiées, tant en nombre qu'en répartition territoriale, des hospitalisations dans les UCDG du Québec.
- Des informations inédites ont été recueillies sur le fonctionnement et les ressources des UCDG, ainsi que sur la satisfaction des responsables face à ces aspects.
- Des instruments de collecte de données ont été développés et validés pour mesurer la qualité des soins en UCDG.
- Quatre dimensions de la qualité des processus de soins ont pu être évaluées, soient l'accessibilité, la globalité, les soins centrés sur le patient et ses proches ainsi que la continuité informationnelle. De façon générale, les résultats obtenus pour décrire ces dimensions de la qualité des processus de soins montrent qu'environ seulement 50 % des éléments qui devaient être vérifiés par l'équipe de professionnels de l'UCDG pour favoriser une bonne pratique de soins envers des patients âgés admis pour une chute, ont été retrouvés dans leurs dossiers médicaux. Les résultats obtenus démontrent toutefois une variabilité entre les UCDG.
- Étant donné la pauvreté des informations colligées au dossier portant sur quatre des neuf dimensions cliniques à évaluer pour décrire la justesse des soins, soit la santé mentale, l'équilibre ainsi que la force et l'arthrose des membres inférieurs, nous n'avons pas été capable d'utiliser l'échelle de mesure prévue à cet effet.
- Les principaux éléments associés à des résultats plus élevés de la qualité des processus de soins ont été d'une part, la complexité, la gravité et l'instabilité de la condition clinique des patients ainsi que l'expérience et l'expertise (admettre et traiter ce type de clientèle, personnel médical composé de gériatres) professionnelles associées à la gestion de ces cas complexes, et d'autre part, un échange rapide avec les intervenants de première ligne.
- Dans l'ensemble, les résultats de soins et d'utilisation des services de santé «classiques» analysés dans cette étude étaient reliés à la qualité des processus de soins. Malgré cela, en accord avec la littérature émergente, de nouveaux indicateurs de résultats mieux adaptés à une clientèle très âgée et vulnérable devront être développés.
- Des recommandations ont été émises afin d'améliorer la qualité des soins dans les UCDG et de favoriser une utilisation efficiente des lits en UCDG, une

ressource dont la disponibilité sera de plus en plus difficile à maintenir en proportion de l'augmentation du nombre de personnes âgées vulnérables. Ces recommandations découlent des meilleures pratiques rapportées par les responsables des UCDG dans leurs réponses au questionnaire, des facteurs ayant influencé favorablement les processus de soins ainsi que de l'expérience clinique de l'équipe de recherche et de certains éléments de qualité ciblés par les organismes d'agrément des établissements de santé.



4565, chemin Queen-Mary
Montréal, Québec H3W 1W5
Téléphone : 514-340-2800
Télécopieur : 514-340-2801

www.criugm.gc.ca