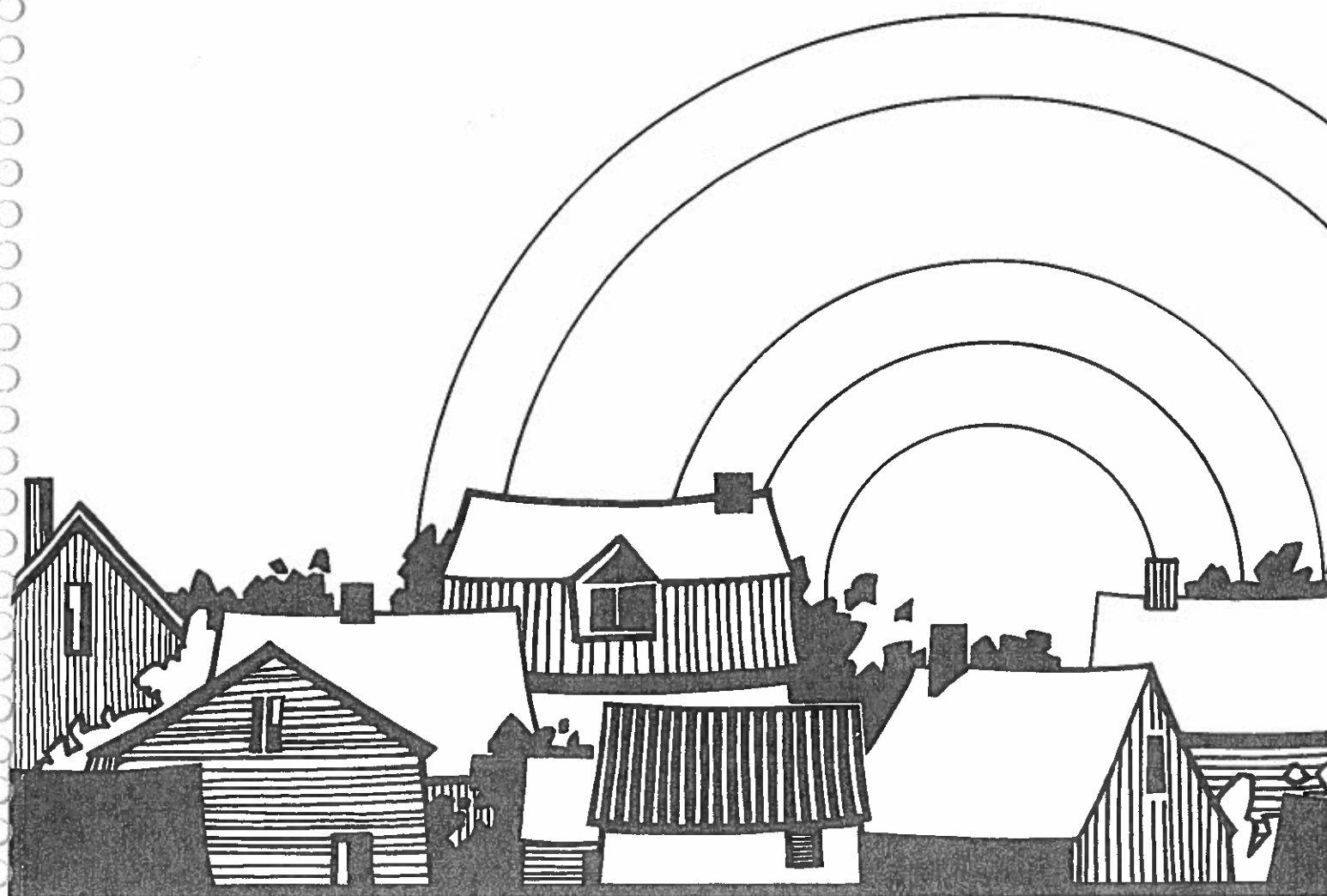

COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE

**Éléments de réflexion
et d'orientations**



COURTE DUREE GERIATRIQUE

ORIENTATIONS

Service des soins aux personnes âgées
Direction générale de la Santé
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

Québec, janvier 1986.

Ce programme cadre de courte durée gériatrique a été élaboré par monsieur Marc Plamondon de la Direction générale de la Santé au ministère des Affaires sociales, avec la collaboration du docteur Roland Charbonneau et du docteur Catherine Kissel, du Service de gériatrie de l'Hôpital Saint-Luc de Montréal, du docteur Rubin Becker du Service de gériatrie de l'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis de Montréal et de monsieur Gilles Gilbert, délégué de la Conférence des Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux.

Nous les remercions grandement de leur contribution dont les résultats se feront sûrement ressentir dans l'amélioration de la qualité des services et des soins aux personnes âgées.

TABLE DES MATIERES

	<u>PAGE</u>
AVANT-PROPOS	I
INTRODUCTION	1
1- Les besoins de la personne âgée malade et les services actuels	3
2- Historique et les expériences actuelles en courte durée gériatrique	11
3- Définition et objectifs de la courte durée gériatrique	17
4- L'Intrant - les critères d'admission - l'admission	20
5- Les activités de la courte durée gériatrique	27
- L'évaluation diagnostique	27
- Le traitement	29
- La réadaptation	31
- L'orientation et le suivi	33
- La consultation	35
- L'enseignement et la recherche	35
6- L'Extrant - les résultats attendus	37
7- L'organisation du service de courte durée gériatrique	41
7.1 La prise en charge du bénéficiaire	41
7.2 Le milieu de vie	42
7.3 Le personnel et l'équipe pluridisciplinaire	43
7.4 Le milieu physique	48
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	55

AVANT-PROPOS

LES BESOINS CONTINUS ET PROGRESSIFS DES PERSONNES AGEES

Toute personne, à un moment donné de son existence, a un besoin de services sociaux ou médicaux, plus particulièrement la personne âgée chez qui ce recours est plus fréquent et soutenu. A cet effet, des services statutaires et communautaires leur viennent en aide. Ils ont pour but de prévenir l'apparition de troubles physiques, psychologiques ou sociaux, ou d'améliorer ou de stabiliser son état.

Même si les recherches démontrent que près de 69% des personnes âgées vivent relativement en bonne santé et que de ce nombre, 30% d'entre elles ont besoin d'une certaine aide pour faire les emplettes, préparer les repas ou pour accomplir les travaux légers ou lourds, celles-ci doivent continuer de jouer un rôle familial et social positif. On doit prévenir, chez-elles, l'apparition des problèmes psychosociaux et médicaux qui peuvent survenir, en adoptant des politiques de retraite, de revenu, de logement, de prévention sanitaire et offrir des services de soutien à domicile et de regroupement communautaire comme les H.L.M. et les logements protégés ou adaptés.

Entre 10 et 15% des personnes âgées, en perte d'autonomie, nécessitent le support de la famille. Aux services précédemment énumérés s'ajoutent une aide auprès du bénéficiaire âgé et de la famille tels que l'hébergement temporaire, les soins infirmiers et thérapeutiques.

Environ 15% des personnes âgées souffrent d'incapacités ou de maladies nécessitant l'intervention de services de jour, d'hébergement ou d'hospitalisation. Leur situation se distingue de beaucoup de l'adulte moyen par les six éléments suivants:

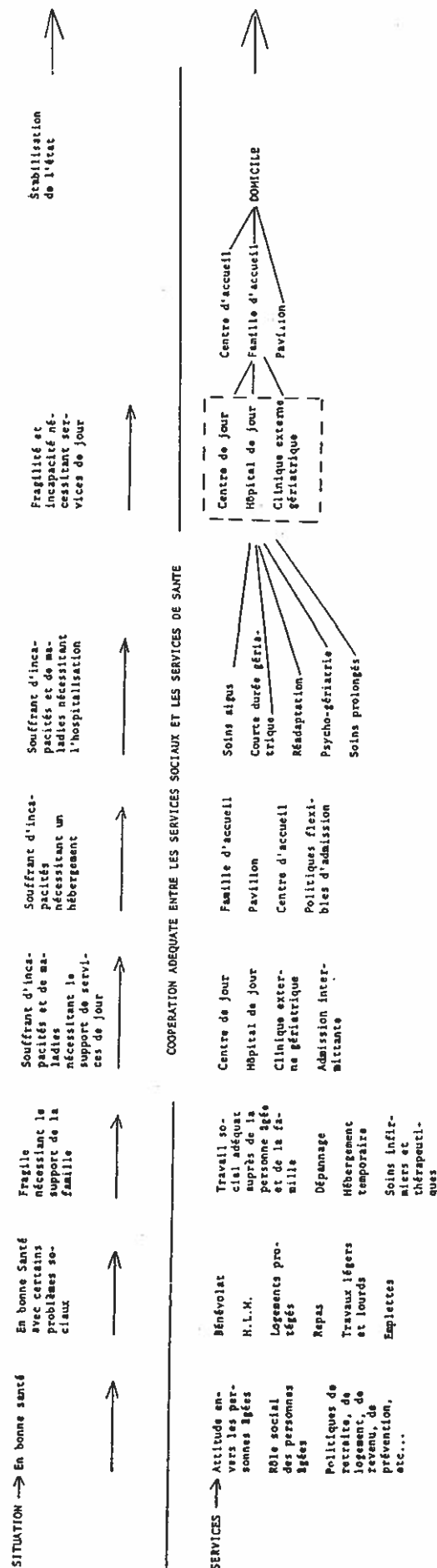
- 10- l'évolution rapide de la maladie, dont les dégâts sont souvent irréparables même en dedans de 24 heures;
- 20- la coexistence de plusieurs états pathologiques;
- 30- l'interaction des facteurs psychologiques, sociaux et physiologiques;
- 40- une capacité de récupération plus lente;
- 50- l'apparition de séquelles permanentes accentuant la perte d'autonomie, entraînant l'instabilité de l'état physique et mental, ainsi qu'une exposition accrue à d'autres maladies;
- 60- la difficulté d'adaptation à certaines situations sociales (perte du conjoint, des amis, du travail, du revenu).

On se trouve en présence d'une clientèle gériatrique qui nécessite une approche globale, pluridisciplinaire, ainsi que des services qui répondent adéquatement et de façon continue à ses besoins. Les intervenants doivent avoir constamment à l'esprit le désir du bénéficiaire de demeurer dans son milieu et que l'institutionnalisation en hébergement ou en soins à long terme constitue l'ultime recours.

Dépendant de son état et de ses besoins, le bénéficiaire reçoit le service requis. S'il nécessite le support des services de jour, le centre de jour, l'hôpital de jour et la clinique externe gériatrique répondent à son attente. Si c'est un cas d'hébergement, on dispose de la famille d'accueil, du pavillon ou de l'hébergement. S'il est admis à l'hôpital, on lui offre les services de soins aigus, de courte durée gériatrique, de moyen séjour, de psycho-gériatrie et de soins à long terme.

C'est donc un ensemble de besoins et de services progressifs et continus qui vont en se compliquant et en s'alourdissant, selon l'état de la personne âgée. Le tableau, ci-inclus, indique de gauche à droite l'augmentation progressive de la complexité des besoins et des services. Avec l'aggravation des problèmes médicaux et psycho-sociaux, surtout à partir du moment où le patient nécessite les services de jour, le nombre d'intervenants augmente et on se trouve dans une zone gériatrique, c'est-à-dire que les problèmes ont une prédominance médicale, à laquelle s'ajoutent des problèmes psycho-sociaux.

SPECTRUM DES BESOINS CONTINUS ET PROGRESSIFS DES PERSONNES AGEES



Par le Service de l'Organisation
des soins de longue durée

Aussi, plus on se dirige vers la droite, vers les services hospitaliers, plus les coûts sont élevés.

Comme le bénéficiaire se doit de recevoir le bon service, au bon moment et au bon endroit et que l'Etat vise à rendre ces services adéquatement et à un coût efficace, il est important de définir le rôle et la place de chacun de ces services et de décrire les programmes qui sont mis en place. Autrement, à défaut de rendre les services adéquats, on se retrouve devant l'engorgement des services plus lourds, puisque toute incapacité à fournir le service requis au bon moment pousse la demande vers d'autres services plus complexes. Ce qui a comme conséquence, par exemple, d'entraîner une pénurie de lits d'hébergement et d'hôpitaux, malgré un surplus théorique. On doit donc s'assurer que le continuum et la progression des services soient fournis en bonne proportion et qu'ils soient coordonnés dans le respect des principes suivants:

- des soins et services qui tiennent compte de la personne âgée dans son environnement physique, psychologique et social et qui la considèrent comme actrice principale des interventions faites auprès d'elle;
- le désir de la personne âgée de demeurer à domicile;
- le respect du milieu naturel et communautaire de la personne âgée;

- l'institutionnalisation de la personne âgée comme dernier recours, après avoir exploité à leur maximum toutes les ressources existantes du maintien à domicile;
- l'implication de la personne âgée elle-même, de sa famille, de son entourage, de la communauté;
- la confiance dans la personne âgée, dans ses capacités de récupération et d'adaptation à des nouvelles formes de vie;
- le maintien ou le retour de la personne âgée dans son milieu de vie naturel;
- des soins et services qui visent une meilleure qualité de vie tant en milieu naturel qu'en milieu institutionnel;
- des soins et services intégrés le plus possible à la communauté;
- des soins et des services actifs, orientés vers la réactivation des fonctions, la réadaptation des personnes et l'amélioration de la qualité de la vie.

On doit aussi s'assurer que les organismes ou les établissements qui rendent les services, travaillent en complémentarité et, qu'à cette fin, ils répondent aux exigences suivantes:

- le respect de leurs vocations spécifiques telles que définies par la Loi et les orientations ou politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux;

- de la souplesse, afin qu'ils puissent s'adapter aux besoins grandissants et particuliers des personnes âgées;
- la définition par chacun d'eux de sa philosophie d'approche auprès des personnes âgées qu'ils desservent: programmation thérapeutique, modification de la distribution des ressources humaines et financières, définition de sa structure d'accueil, etc...;
- le développement et la diversification d'alternatives de plus en plus nombreuses aux services institutionnels où doivent se cotoyer les intervenants du réseau des services de santé et des services sociaux et les autres partenaires du milieu;
- l'accessibilité aux services;
- la complémentarité, la continuité et la coordination des services et des ressources.

C'est dans le respect des principes et des conditions mentionnés ci-dessus, que la Direction de l'Organisation des services de Santé se propose d'élaborer certains éléments de réflexion et d'orientation sur les services gériatriques, et le présent document, celui du service de courte durée gériatrique, constitue le premier d'une série d'autres documents qui seront publiés subséquemment.

- de la souplesse, afin qu'ils puissent s'adapter aux besoins grandissants et particuliers des personnes âgées;
- la définition par chacun d'eux de sa philosophie d'approche auprès des personnes âgées qu'ils desservent: programmation thérapeutique, modification de la distribution des ressources humaines et financières, définition de sa structure d'accueil, etc...;
- le développement et la diversification d'alternatives de plus en plus nombreuses aux services institutionnels où doivent se côtoyer les intervenants du réseau des services de santé et des services sociaux et les autres partenaires du milieu;
- l'accessibilité aux services;
- la complémentarité, la continuité et la coordination des services et des ressources.

C'est dans le respect des principes et des conditions mentionnés ci-dessus, que la Direction de l'Organisation des services de Santé se propose d'élaborer certains éléments de réflexion et d'orientation sur les services gériatriques, et le présent document, celui du service de courte durée gériatrique, constitue le premier d'une série d'autres documents qui seront publiés subséquemment.

INTRODUCTION

Les personnes âgées de 65 ans et plus utilisent une part importante des services de santé. Dans l'ensemble du Québec, elles représentent en 1984, 9.4% de la population; en 1983-1984 elles occupent 16.2% des lits dans les hôpitaux de courte durée et consomment 31.4% des jours d'hospitalisation, pour un séjour moyen de 18 jours.

Une étude réalisée au ministère des Affaires sociales (1981) par le Service des Programmes de soins prolongés, démontre que le séjour moyen des personnes âgées hospitalisées en courte durée est de 2.35 fois supérieur à celles de 65 ans et moins soit:

18.1 jours pour les 65 ans et plus,

13.3 jours pour les 55 à 65 ans,

7.5 jours pour les moins de 65 ans.

Leur consommation des services hospitaliers est cinq fois supérieure à celle des plus jeunes, et elle tend à s'accroître, puisque le Québec, comme la plupart des pays industrialisés, est engagé, lui aussi, dans le processus de vieillissement de sa population.

Les personnes âgées représenteront 9.6% de la population québécoise en 1986, 10.9% en 1990 et 12.9% en l'an 2000. Leur impact sur le système de santé sera encore plus apparent et leurs besoins en services hospitaliers vont s'accroître à un point tel que "près de 70% du volume actuel des lits hospitaliers serait réservé

à des personnes âgées de 65 ans et plus" (Montplaisir M., Dufour, Y., 1980). Duncan Robertson (1982) affirme même que, si les personnes âgées continuent d'utiliser les services hospitaliers de façon aussi soutenue, la deuxième décade du 21-ième siècle devra mettre toutes les ressources hospitalières actuelles à leur disposition.

Dans cette perspective, il importe de se préoccuper davantage de l'efficacité et de l'efficience dans la planification, l'organisation et l'utilisation des services offerts à cette catégorie de bénéficiaires. Les ressources mises en place doivent répondre adéquatement à leurs besoins.

Un des éléments de solution à ces besoins nouveaux et grandissants pourrait être la formation d'un service de courte durée gériatrique dans les centres hospitaliers. En s'inspirant de certaines expériences, ce document décrit un modèle de service de courte durée gériatrique. On définit les objectifs du service de courte durée gériatrique et les critères d'admission. Ensuite, on décrit les programmes qui sont offerts, les résultats attendus, l'organisation tant aux niveaux de la prise en charge du bénéficiaire, du milieu de vie, du milieu physique que du personnel requis.

1- LES BESOINS DE LA PERSONNE AGÉE MALADE ET LES SERVICES ACTUELS

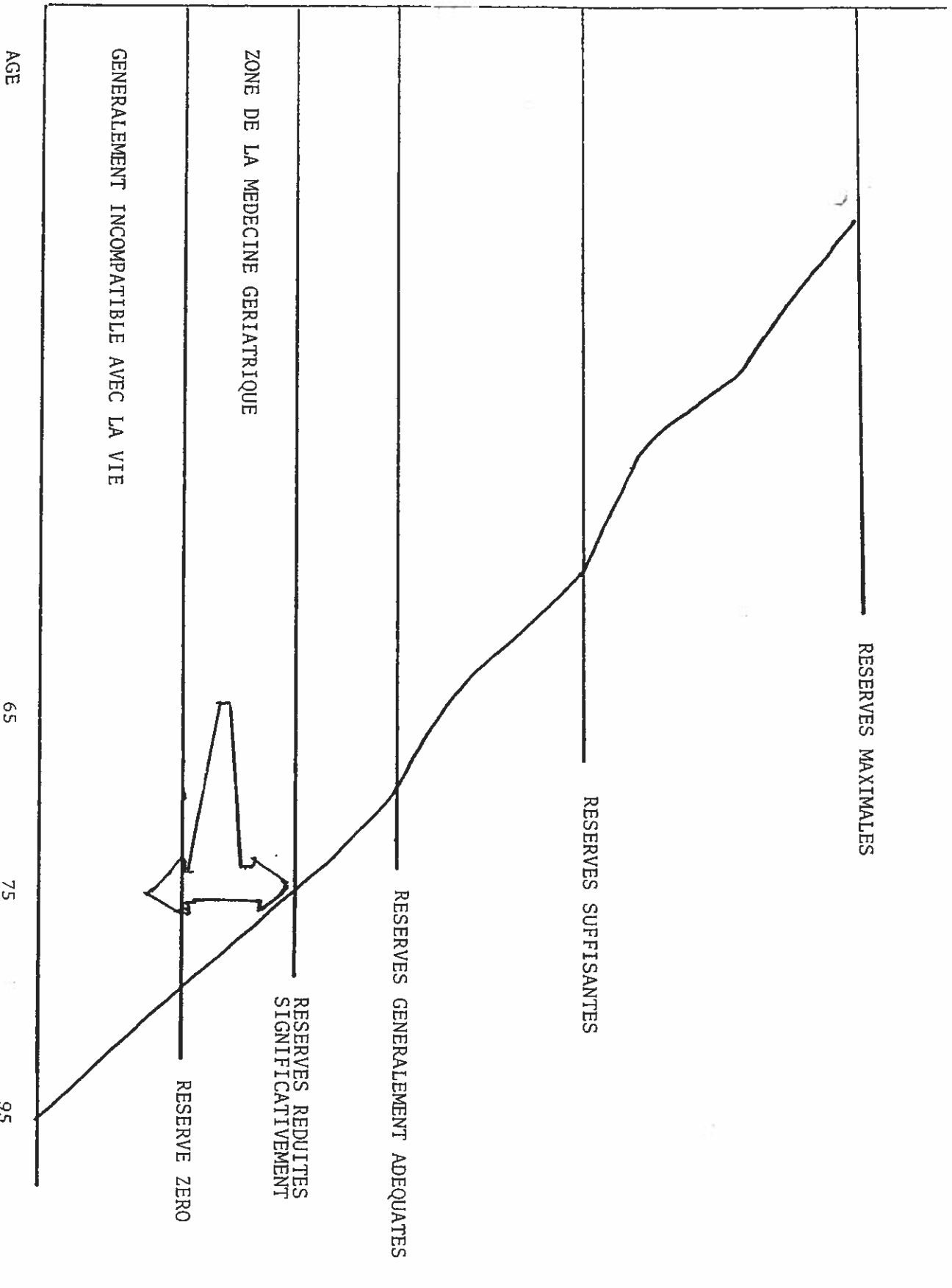
Le processus de vieillissement s'accompagne de trois phénomènes majeurs: la diminution des fonctions organiques, la diminution des réserves physiologiques et la diminution de la capacité d'adaptation.

A mesure que l'individu avance en âge, des transformations physiologiques se produisent. Selon les études de Shock (1977), les fonctions déclinent de façon linéaire, à partir du plateau atteint à l'âge de l'adolescence ou à l'âge adulte. Elles se manifestent de façon plus ou moins limitée sur un ensemble de fonctions organiques, par exemple: la mémoire, la vue, l'ouïe, la posture, les fonctions vésicales (Broklehurst, 1976). Même si ces changements peuvent être causés par la maladie, certaines habitudes ou comportements, ils sont surtout reliés au vieillissement qui influe aussi sur les réserves physiologiques.

Avec le vieillissement, la personne âgée possède moins de réserves physiologiques lui permettant de lutter contre l'agression de la maladie. Le modèle du professeur Williamson (1983), présenté au tableau I, nous démontre que, dès l'âge adulte, nous possédons le maximum de réserves; à l'âge moyen nous en conservons amplement, et à l'âge adulte avancé, elles sont généralement adéquates. Au-delà de ce dernier stade à partir de 65 ans environ, la situation change radicalement et les réserves diminuent jusqu'à leur extinction.

FONCTIONS EN RELATION DE L'AGE ET DE LA MALADIE

TABLEAU I

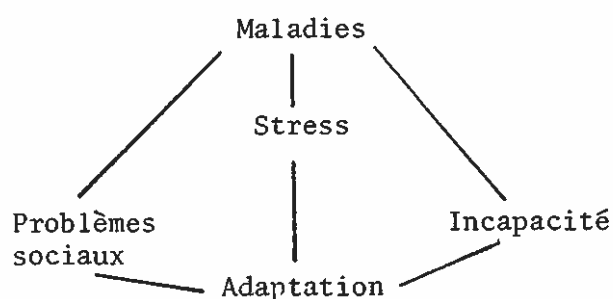


L'âge de 75 ans, étant celui où les réserves sont réduites de façon significative, et 85 ans où elles n'existent plus. Par contre l'âge est un indicateur; il ne faut pas toujours confondre l'âge chronologique à l'âge physiologique. Comme l'exprime le docteur Gingras: "Nous serons bien avisés d'abandonner pour toujours la notion numérique pour en adopter une plus intelligente et plus intelligible: celle de l'âge physiologique" (Gingras, 1983).

La personne âgée voit aussi diminuer sa capacité d'adaptation. Elle subit des changements radicaux dans sa vie et s'y adapte très difficilement: perte du conjoint, de ses amis, de son emploi, de son revenu; elle est quelquefois accablée par la maladie et ses capacités ont diminué. Elle n'est plus comme les autres; elle devient marginalisée, solitaire et insécure.

Lorsqu'elle a atteint le stade de la réduction significative de ses réserves, le stress occasionné par la maladie, les incapacités, les problèmes psychologiques ou sociaux entraînent des conséquences inéluctables qui résultent souvent dans l'effondrement complet du système organique. Une simple pathologie provoque un effet "domino" et devient multiple. Par exemple, une infection des voies respiratoires peut affliger tout le système respiratoire de la personne âgée, ce qui fatigue le système cardiaque, et qui peut conduire ensuite à l'hypoxie et à une réduction du débit cardiaque, avec la probabilité d'une hypoxie cérébrale et d'une perfusion sanguine réduite qui entraîne, à son tour, la confusion mentale.

Ainsi, un simple stress, une maladie tout à fait bénigne pour un adulte bien portant deviennent menaçants pour la vie de la personne âgée, en quelques heures, sinon quelques jours. Elle se trouve coincée dans le cercle vicieux de problèmes interreliés et interdépendants de maladies, d'incapacités et de problèmes sociaux, et dont le stress agit comme le moteur d'évolution, à moins d'une intervention urgente et appropriée qui puisse éliminer ou contenir les effets du stress.

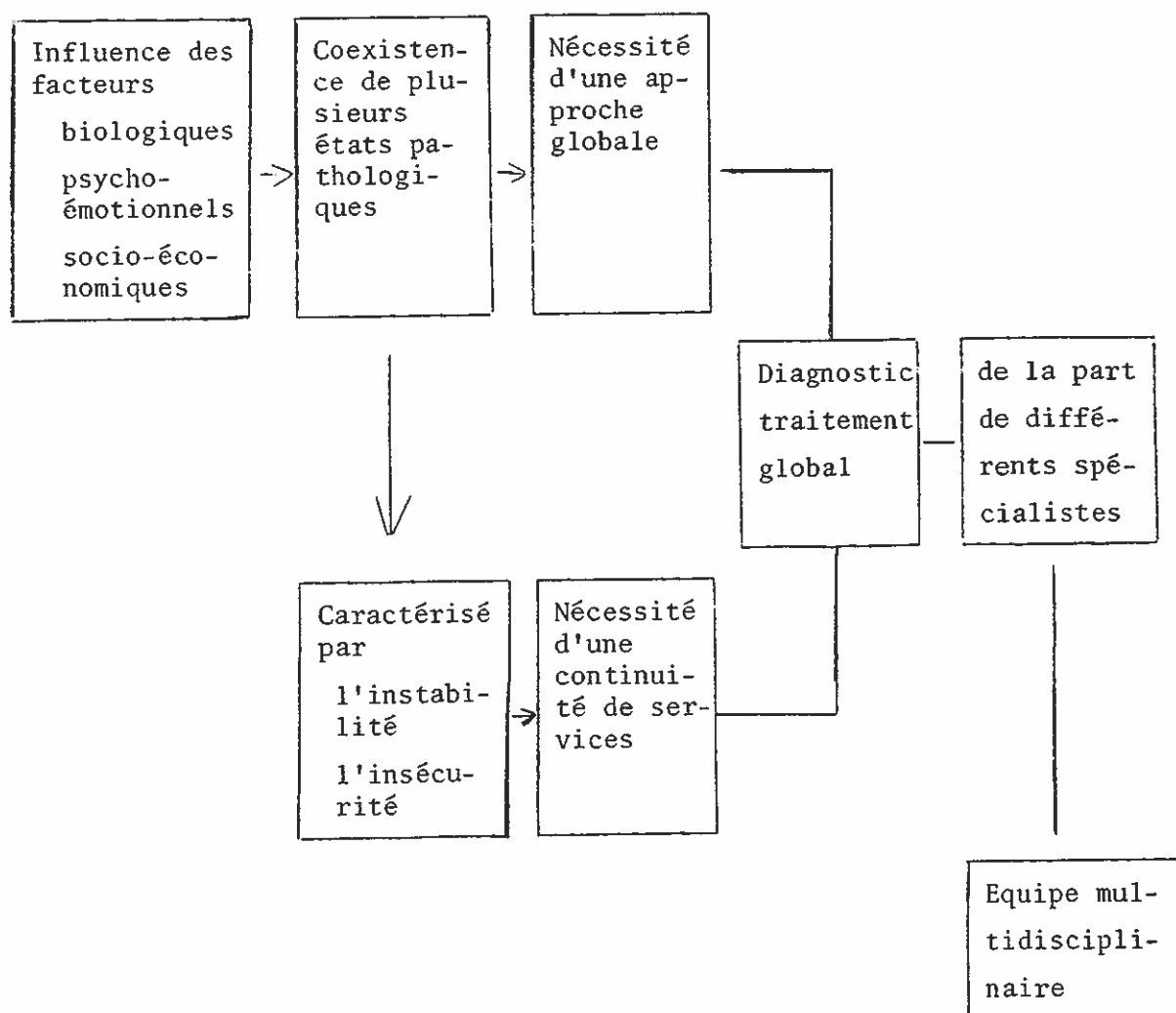


Dû à cette interaction constante entre les facteurs biologiques, psycho-émotionnels et socio-économiques, il faut adopter vis-à-vis les personnes âgées malades, une démarche thérapeutique fondamentalement différente de la médecine traditionnelle (O.M.S. 1979). Comme le cite de docteur Dufresne, "on doit intervenir sur tous les fronts à la fois" (Dufresne, 1972, p. 2).

L'approche est globale: elle considère tous ces facteurs précédents et nécessite l'intervention de spécialistes de différentes disciplines. De plus, à cause de l'évolution rapide de la maladie, chez la personne âgée, de l'insécurité que celle-ci entraîne et aussi, pour guérir, améliorer ou stabiliser son état, il en résulte qu'elle doit pouvoir bénéficier d'une intervention immédiate et d'une continuité de soins et de services en tout temps et en tout lieu (Tableau II).

TABLEAU II

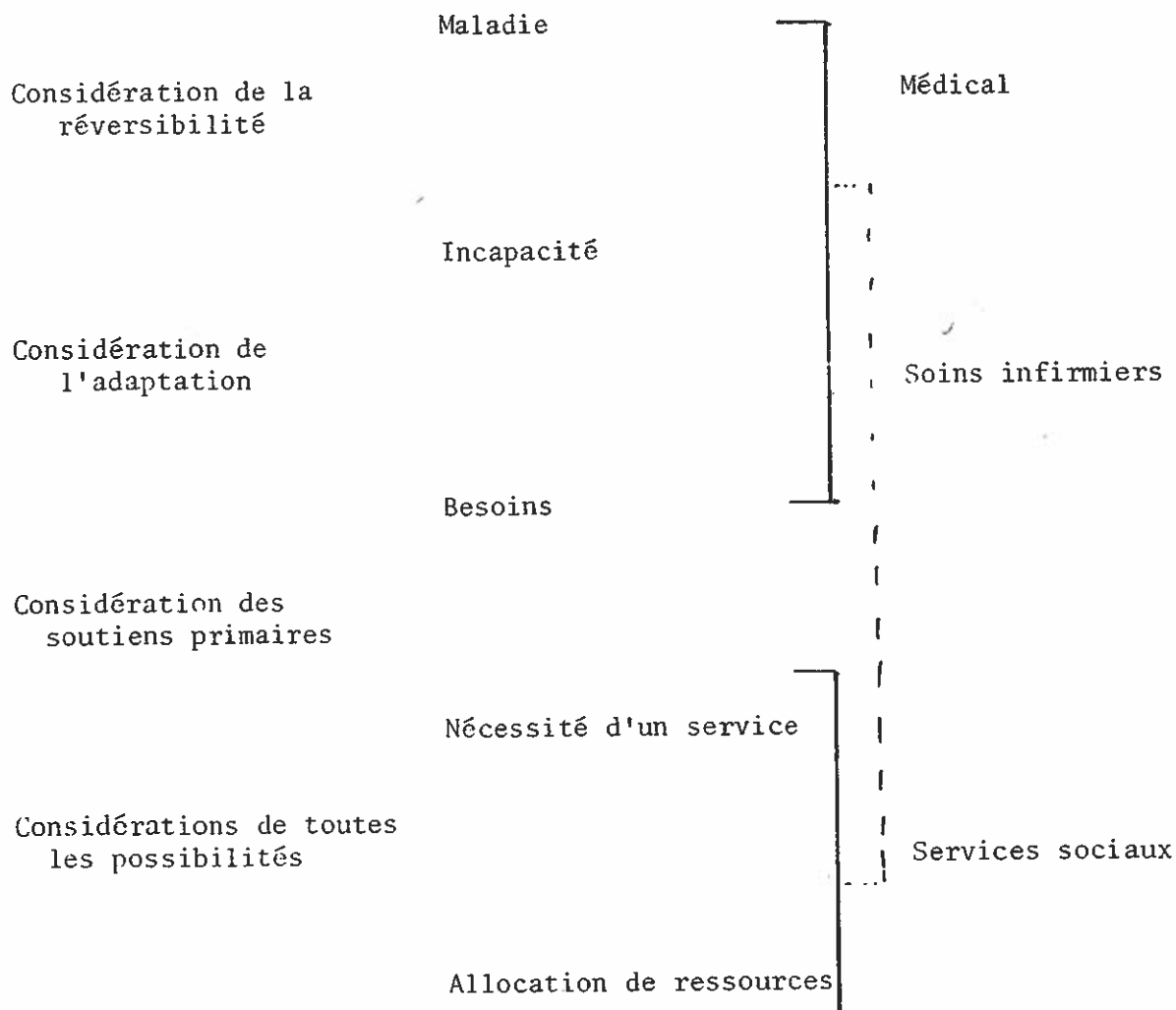
CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE AGEE MALADE



L'approche gériatrique doit donc avoir constamment à l'esprit ces trois concepts d'urgence, de globalité et de continuité et orienter ses activités autour des principes d'intervention suivants:

- intervention immédiate auprès du bénéficiaire,
- évaluation globale du bénéficiaire,
- traitement global du bénéficiaire,
- maintien du plus haut niveau d'autonomie possible du bénéficiaire,
- guérison, amélioration ou stabilisation de l'état du bénéficiaire,
- prévention de la maladie et du handicap chez le bénéficiaire,
- respect de la dignité du bénéficiaire,
- participation de l'équipe pluridisciplinaire.

On doit, tout d'abord, diagnostiquer la ou les maladies. S'il y a incapacité, on s'interroge et vérifie si elle est causée par une maladie. On considère la réversibilité de cette ou ces maladies et les possibilités d'adaptation au handicap. On identifie les besoins psycho-sociaux et détermine les services requis pour les combler. On réfère au service le plus approprié, en considérant toutes les possibilités tant primaires (la famille, les proches) que communautaires et publiques (services à domicile, institutions).



Ce n'est pas ce qui se pratique nécessairement dans les hôpitaux de soins aigus. Ils ne répondent pas tous aux besoins véritables des personnes âgées atteintes de multiples pathologies, et comme il est exprimé dans un rapport de l' O.M.S.: "les séjours prolongés dans les unités de traitement des affections aiguës ont parfois un effet négatif et aggravent plutôt qu'ils n'atténuent les effets de la maladie" (O.M.S., 1977).

Elles sont bien utilisées pour diagnostiquer la maladie, mais n'en traitent pas les conséquences pluripathologiques et psycho-sociales; elles n'assurent pas le suivi du bénéficiaire et ne sont pas, non plus, intégrées à un réseau de distribution de services aux personnes âgées dans un contexte communautaire.

Ne recevant pas les services adéquats, l'état du bénéficiaire s'alourdit avec comme seule alternative l'alitement en soins prolongés. Il s'ensuit, par exemple, qu'en 1982 près de 1,960 bénéficiaires de soins prolongés occupaient des lits de courte durée (excluant les lits de soins prolongés au permis), soit 8.7% de ces lits (M.A.S., 1982).

Toutes ces considérations font ressortir la nécessité de repenser le processus de soins et d'élaborer des modèles de services permettant de répondre aux besoins véritables des personnes âgées hospitalisées dans les hôpitaux de soins aigus.

2- HISTORIQUE ET LES EXPERIENCES ACTUELLES EN COURTE DUREE GERIATRIQUE

Marjorie Warren (1949) de l'Hôpital West Middlesex de Londres est reconnue comme la pionnière de la gériatrie contemporaine. Elle observa qu'un bon nombre de personnes âgées hospitalisées à l'hôpital de soins aigus recevaient un diagnostic et un traitement inadéquats. Elle fit remarquer que l'environnement de l'unité de soins aigus constituait un milieu plutôt hostile à leur guérison et que la plupart des médecins et du personnel ignoraient les soins fondamentaux à dispenser aux personnes âgées.

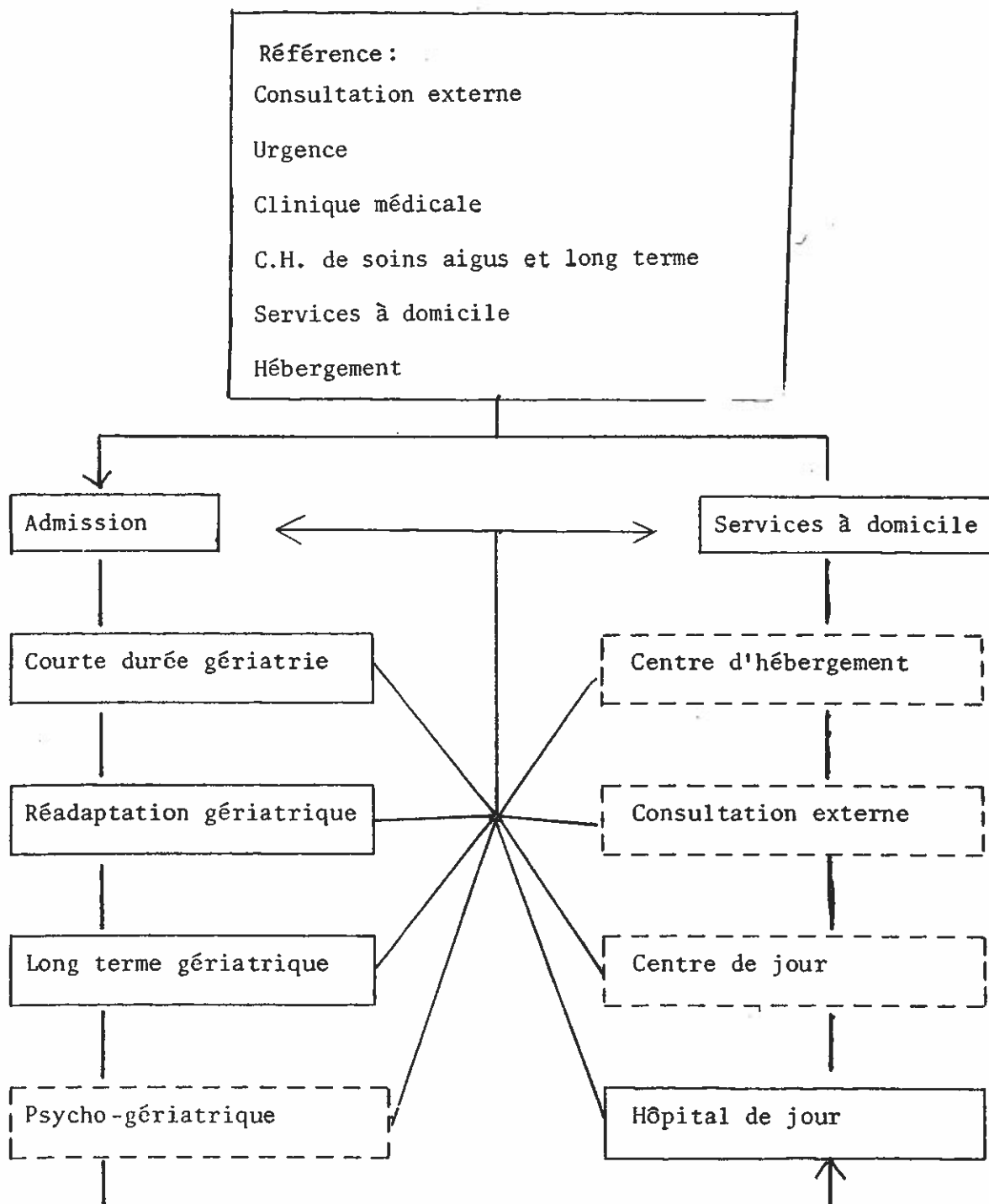
Elle initia un système d'évaluation globale ou de bilan de santé reposant sur un diagnostic médical, psychologique et social du patient, suivi d'une thérapie et d'une réhabilitation rationnelles. De plus, elle insista pour que le corps médical reçoive une formation gériatrique.

Des départements de gériatrie ont été formés dans les hôpitaux généraux de district et les hôpitaux universitaires, sous la responsabilité du gériatre et la collaboration des autres spécialistes. Des services gériatriques ont été mis sur pied, de façon à rendre aux personnes âgées des soins progressifs et continus à trois niveaux ou phases d'intervention soit:

la première phase	:	la courte durée gériatrique;
la deuxième phase	:	la réadaptation (moyen séjour)
la troisième phase	:	la longue durée

TABEAU II I

STRUCTURE DE SERVICES GERIATRIQUES PROGRESSIFS ET CONTINUS



Structure de services gériatriques progressifs et continus.

Avec les autres services d'hôpital de jour, de centre de jour, de psycho-gériatrie et de services à domicile, ils forment un réseau de services intégrés qui prend en mains le bénéficiaire de façon progressive, globale et continue.

Plusieurs pays européens, quelques états américains et provinces canadiennes ont organisé des services gériatriques ressemblant, à quelques variantes près, au modèle décrit au tableau III. C'est le service de courte durée gériatrique qui évalue globalement le bénéficiaire, qui le traite, qui initie sa réadaptation et qui décide de son orientation vers la ressource la plus apte à répondre à ses besoins, en ayant toujours à l'esprit les implications sociales et médicales de sa maladie (Broklehurst, 1975).

Les résultats énumérés au tableau IV sont assez éloquents pour justifier la mise en opération d'un service de courte durée gériatrique. On y observe une amélioration du placement ou de l'orientation des bénéficiaires, puisque la majorité de ceux qui ont eu recours à ce service retournent vivre à domicile et qu'environ le tiers demeurent en institution. Autrement, la plupart d'entre eux auraient été orientés vers les soins à long terme, comme en témoigne une enquête menée par le département de médecine de l'Université de Californie (Rubenstein et al., 1981). Avant d'accepter le bénéficiaire en courte durée gériatrique, on avait demandé aux médecins traitants dans les unités de soins aigus où ils les orienteraient. Ils jugeaient que 80% de ceux-ci requéraient un placement en institution à long terme.

Pourtant, après avoir reçu les services offerts par la courte durée gériatrique, plus de la moitié des patients sont retournés vivre chez-eux.

TABLEAU IV

ORIENTATION DU BENEFICIAIRE QUI A RECU LES SERVICES DE COURTE DUREE GERIATRIQUE

	<u>DOMICILE</u>	<u>INSTITUTION</u>	<u>DECES</u>
	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>%</u>
Grande-Bretagne	46	36	18
Sepulveda, Ca.	56.4	27.4 C.A. 11.3 S.P.	4.8
Scurnthorpe - G.B.	60.4	12.3	27.2
Montréal (St-Luc)	49.4	35.1 CA-SP 7.8 C.D.	6.2
Références:	Brockleburst, Rubenstein et al., Das Gupta, Charbonneau	1976 1981 1980 1983	

En plus d'améliorer le placement et l'orientation des bénéficiaires âgés, le service de courte durée gériatrique possède aussi plusieurs autres avantages comme, par exemple, celui d'améliorer la précision du diagnostic. Rubenstein et al. (1981) font observer qu'avant l'admission au service de gériatrie,

le nombre de diagnostics était de 5.2 et, qu'après l'évaluation au service de gériatrie, il était de 8.9. Cheah et Beard (1980) ont identifié 184 diagnostics psychiatriques chez 241 de leurs patients acceptés au service de gériatrie.

Rubenstein (1981) et Sloane (1980) ont démontré une amélioration du statut fonctionnel chez deux tiers de leurs bénéficiaires. Un autre résultat majeur est celui de l'amélioration de la pharmacothérapie, puisqu'on y observe, selon Rubenstein (1982), une réduction appréciable de près de 43% de la consommation de médicaments. L'état psycho-social des bénéficiaires s'en retrouve amélioré, comme par exemple leur sécurité et celle de leur famille, du fait que près de 50% de ceux-ci retournent vivre à domicile (Rubenstein et al., 1982), et qu'on assure le suivi et la réadmission lorsque c'est nécessaire (Robertson et al., 1982).

La recherche de Burley et al. (1979) à Edinbourg conclut que le séjour moyen des femmes âgées de 65 ans et plus est passé de 34 jours à 18 jours et chez celles de 85 ans et plus de 59 jours à 20 jours, soit près de 50% de diminution du séjour moyen. Ainsi, on connaît une plus grande disponibilité hospitalière (Arcand, 1981) tant du côté des médecins, gériatres et autres intervenants médicaux et le nombre de lits disponibles augmente au même rythme que les délais et la liste d'attente diminuent.

La présence de l'équipe gériatrique aux autres unités de soins de l'hôpital, aux services externes, à l'hôpital de jour et au domicile assure finalement une meilleure qualité de services.

Selon Robertson (1982) les personnes âgées qui voient leur santé et leur incapacité s'amenuiser, à cause d'un ensemble de problèmes physiques, mentaux, fonctionnels et sociaux, doivent avoir la possibilité de recevoir un bon bilan de santé et des traitements médicaux et de réadaptation efficaces, si elles veulent vaincre leur incapacité et leur dépendance. Ces services peuvent se donner dans un environnement désigné comme celui de la courte durée gériatrique.

3- DEFINITION ET OBJECTIFS DE LA COURTE DUREE GERIATRIQUE

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 (insécurité, solitude, etc...) ou sociales (logement, revenu, etc...).

Dans un hôpital, elle est identifiée à l'unité d'hospitalisation de soins aigus qui évalue, traite et réadapte les personnes âgées durant une période de deux à huit semaines, et qui les oriente vers le ou les services les plus adéquats. Ses activités débordent le milieu hospitalier pour atteindre le domicile des bénéficiaires. Dans un hôpital universitaire, c'est aussi un milieu d'enseignement gériatrique et de recherche clinique.

Elle répond aux objectifs généraux de la gériatrie qui sont de:

1. Permettre aux personnes âgées de vivre chez-elles de façon indépendante, confortable et agréable; et lorsque leur état de santé s'amenuise, les aider par tous les moyens nécessaires 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 support 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.

Elle répond aussi à d'autres objectifs plus spécifiques tels:

1. Eliminer la liste d'attente aux services gériatriques, afin de répondre à l'urgence de l'intervention.
2. Diminuer le séjour moyen dans les lits de soins aigus, en orientant le bénéficiaire vers la courte durée gériatrique et en utilisant les lits de long séjour comme recours ultime. Ce qui permettra une utilisation plus rationnelle des lits, une augmentation du nombre de lits disponibles et une élimination de la liste d'attente.

3. Fournir des services de consultation gériatriques auprès des autres services, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.
4. Offrir un milieu d'enseignement gériatrique pour les étudiants et les professionnels de la santé et du social.
5. Offrir un lieu de recherche clinique, sociale et de soins en médecine gériatrique.

4- L'INTRANT - LES CRITERES D'ADMISSION - L'ADMISSION

Les bénéficiaires de courte durée gériatrique originent du domicile, des centres d'accueil et des familles d'accueil; d'autres sont référés par le médecin de famille, le C.L.S.C., les unités de soins aigus de médecine, de chirurgie ou d'orthopédie ou de soins à long terme; d'autres sont admis directement des services de clinique externe et d'urgence (Tableau V).

Ils répondent aux trois conditions d'admission suivantes:

- 10- Ils sont âgés de plus de 65 ans. Ceci n'exclut pas le patient dont l'équivalent biologique se situe en deça de celui qu'on retrouve généralement chez la personne âgée de plus de 65 ans.
- 20- Ils souffrent d'une maladie, mais les procédures traditionnelles de diagnostic et de thérapie ne produisent pas les résultats escomptés.
- 30- Ils souffrent de complications gériatriques, c'est-à-dire qu'on y retrouve en plus, des problèmes de pluripathologies, d'incapacités et des problèmes psycho-sociaux qui sont tellement interreliés, qu'ils nécessitent un diagnostic et un traitement plus intensifs que ceux que l'on retrouve habituellement dans les services hospitaliers de soins aigus.

TABLEAU VL' INTRANTCRITERES D'ADMISSION EN COURTE DUREE GERIATRIQUE

ORIGINE	CARACTERISTIQUES
Domicile: médecin de famille C.L.S.C.	65 ans et plus PLUS
Centres d'accueil	Maladie PLUS
Services externes	Complications gériatriques:
Urgence	Pluripathologies
Soins aigus	Incapacités
Soins long terme	Problèmes psychologiques Problèmes sociaux

Le tableau VI fourni par le docteur Jacques Montambault de l'Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci reproduit les caractéristiques du bénéficiaire admis en courte durée gériatrique. Selon lui, la diminution des capacités due au vieillissement rend difficile le partage du normal et du pathologique. Ces incapacités et l'accumulation de pathologies entraînent la multiplicité et la

chronicité des problèmes. La condition sociale, souvent précaire, nécessite une collaboration étroite entre les services médicaux et sociaux. Les dangers de problèmes iatrogènes demandent des connaissances spécifiques, tandis que les fréquentes décompensations appellent une coordination pour la prévention. Le patient gériatrique est aussi guetté par l'angoisse, sorte d'ostracisme qui le marginalise, le rend solitaire et l'insécurise.

N'est pas admis en courte durée gériatrique:
celui qui souffre d'une maladie aiguë unique nécessitant des soins intensifs et critiques immédiats;

celui dont la maladie requiert un diagnostic et un traitement aigu, avec absence de problèmes gériatriques;

celui dont on a diagnostiqué la ou les maladies, déterminé les traitements requis et qui requiert l'institutionnalisation en réadaptation, en psycho-gériatrie ou en long séjour.

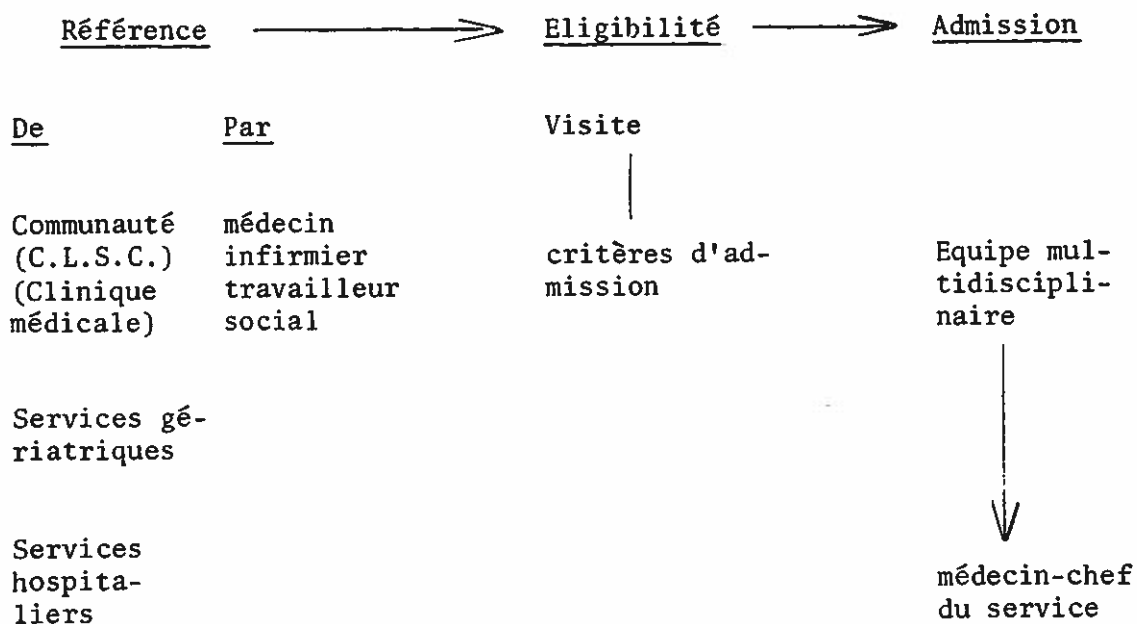
celui qui est en phase terminale de la maladie;

celui qui souffre d'une maladie démentielle irréversible qui a été clairement diagnostiquée.

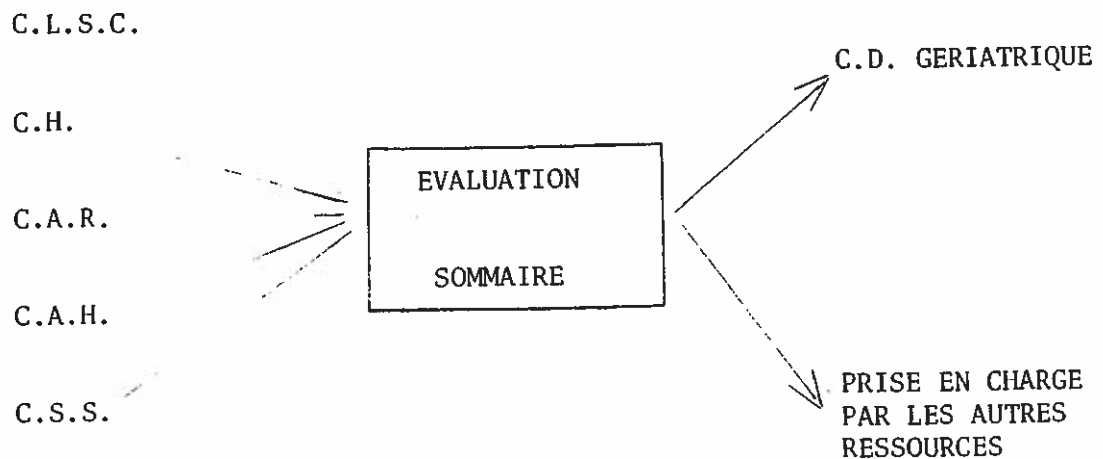
LE PATIENT GERIATRIQUE: RESUME DE SES CARACTERISTIQUES

MODIFICATIONS PHYSIOLOGI- QUES RELIEES AU VIEILLISSE- MENT	. Perte de capacité de mémoire . Presbytie . Presbyacousie . Posture (du déséquilibre) . Ostéopénie . Contrôle T. Corporelle . Contrôle T. Artérielle . Baisse de la capacité vé- sicale (baisse du contrô- le cérébral)	D'OU GRANDE DIF- FICULTE DE DE- TERMINER NORMAL ET PATHOLOGIQUE
DEFICIENCES ACQUISES PLUS ACCUMULATION DE PATHOLOGIES	. Ostéoarthrose . Dégénérescence discale . Spondylolyse . Déformation pulmonaire chro- nique . Manifestation de l'insuffi- sance artérielle - ischémie du myocarde - ischémie cérébrale - infarctus - maladie vasculaire péri- phérique . Maladie psychiatrique chro- nique	D'OU MULTIPLI- CITE ET CHRO- NICITE DES PRO- BLEMES
PRECARITE SOCIALE	. Dépendance vs conjoint/ parent . Isolement . Dépendance aux services - habitation - aide domestique - repas - nursing à domicile	D'OU LIENS EN- TRE SERVICES MEDICAUX ET SERVICES SO- CIAUX
TROUBLES IATROGENES	. Multiples médications à cause des multiples pathologies . "Compliance" difficile . Pharmaco dynamique chez la personne âgée	
DECOMPEN- SATION FREQUENTE	. Episode médical aigu: - Infection aiguë - traumatisme - effets de médication - infarctus - hémorragie	
	. Agisme	

Toute admission doit faire l'objet d'une pré-évaluation. C'est soit le médecin, l'infirmière, le travailleur social, qui en fait la demande. Un membre de l'équipe multidisciplinaire, médecin ou infirmier, rencontre le malade, afin de vérifier s'il répond aux critères d'admission. Ensuite, la demande fait l'objet d'un examen de la part de l'équipe et c'est le médecin-chef du Service qui décide de l'admission.



Cette pré-évaluation revêt une grande importance chez les personnes âgées vivant à domicile, puisque les recherches démontrent que la majorité des bénéficiaires sont admis en courte durée gériatrique directement de leur domicile (Hodkinson, 1972). Arcand et Williamson (1981) estiment à 32% le nombre de patients évalués à domicile qui sont orientés en courte durée gériatrique et à 59% ceux qui sont orientés vers d'autres ressources.



Cette pré-évaluation possède aussi plusieurs avantages:

elle permet de répondre à l'urgence de l'intervention auprès du malade en dedans de 24 heures;

elle permet l'orientation immédiate vers le service le plus adéquat;

elle permet d'éviter d'inutiles placements en institution;

elle atténue le stress, la peur, l'insécurité et la désorientation que provoquent la maladie et tout autre changement chez la personne âgée;

elle permet d'obtenir des informations relativement à son milieu de vie; ce qui facilitera le congé de l'hôpital.

Dès que le processus d'admission est engagé, on associe déjà la famille à la démarche thérapeutique. On l'informe ainsi que le patient d'un retour possible à domicile. On fait de même avec les autres services gériatriques (C.A., C.H.L.D., familles d'accueil) et les autres services de courte durée, afin qu'ils acceptent de recevoir le bénéficiaire qui ne pourra pas retourner chez-lui.

5- LES ACTIVITES DE LA COURTE DUREE GERIATRIQUE

Deux concepts fondamentaux guident les activités de la courte durée gériatrique:

- a) les bénéficiaires de services gériatriques requièrent une approche globale et pluridisciplinaire;
- b) ils ne devraient recevoir des services gériatriques sans avoir, au préalable, subi une évaluation médicale, psychologique et sociale.

Les activités de la courte durée gériatrique se regroupent autour des six programmes suivants:

- 1er l'évaluation diagnostique,
- 2-ième le traitement,
- 3-ième la réadaptation,
- 4-ième l'orientation et le suivi,
- 5-ième la consultation gériatrique,
- 6-ième l'enseignement et la recherche.

1er programme: l'évaluation diagnostique

Selon Anderson, l'évaluation doit déboucher sur un "diagnostic gériatrique qui s'étend au-delà des frontières pathologiques traditionnelles" (1982, p.13). Elle est globale et porte sur les besoins physiques, psycho-émotionnels et sociaux; c'est un processus

continu qui débute au domicile du bénéficiaire et qui se poursuit durant toute la période de prise en charge du bénéficiaire par les services gériatriques. Elle exige la présence de l'équipe multidisciplinaire: médecin ayant une expertise en gériatrie, infirmier (ère), travailleur social, physiothérapeute et ergothérapeute. On fait aussi appel, selon le besoin, à d'autres spécialistes consultants dans les domaines médicaux, paramédicaux ou sociaux tels que psychiatre, cardiologue, pneumologue, audiologiste, orthophoniste, pharmacien, psychologue, diététiste, aumônier.

L'EVALUATION DU BENEFICIAIRE

Problèmes	<u>1-ière opération</u>		<u>2-ième opération</u>	
	Evaluation	Par	Identification des services requis	Par
Physiques		Equipe mul-	De soutien	Equipe
Psychiques	Fonctionnelle	tidisci-	Sociaux	multi-
Sociaux		plinaire	Médicaux	disci-
			Réadaptation	plinai-
Médicaux	Médicale	Médecin	Autres	re

L'établissement hospitalier, qui opère le service de courte durée gériatrique, doit disposer d'un plateau technique suffisant pour en arriver à un diagnostic précis et aussi afin d'éviter de nombreux déplacements, souvent inutiles, aux bénéficiaires.

2-ième programme: le traitement

L'évaluation terminée, un plan de traitement est élaboré et appliqué. Etant souvent en présence de plusieurs pathologies concomitantes, il faut parfois établir un ordre de priorité dans le traitement qui se poursuit.

Les recherches de Charbonneau (1981) et Robertson (1982) nous confirment que les maladies qui dominent chez les personnes âgées sont reliées au système ostéo-articulaire et cardio-vasculaire, aux troubles de la vision et de l'audition et aux troubles mentaux. Ce qui est corroboré par le Conseil des Affaires sociales au tableau VII. Il est donc nécessaire de faire appel à l'expertise des spécialistes de diverses disciplines médicales: cardiologie, pneumologie, chirurgie, orthopédie, psychiatrie ou autres, afin de spécifier le traitement requis ou bien de réajuster celui qui a déjà été prescrit, et aussi parfois, pour répondre aux urgences.

Souvent, on se trouve en présence de malades qui souffrent d'un état dépressif délirant ou d'une confusion mentale. La présence d'un psychiatre contribue efficacement à orienter le diagnostic et la thérapeutique. Par contre, selon Thénault et al. (1982), il est essentiel de ne pas dépasser un certain seuil numérique de cas psychiatriques dans l'unité de courte durée gériatrique.

TABLEAU VII

PREVALENCE DES PROBLEMES DE SANTE SELON LEUR NATURE DANS LA POPULATION
 AGEE DE 65 ANS ET PLUS, QUEBEC, 1978-1979

Problèmes de santé	Taux pour 1 000 habitants	Pourcentage
. Affections ostéo-articulaires	491	20
- arthrite et rhumatisme	375	15
- autres affections des membres et des articulations	116	5
. Maladies cardio-vasculaires	426	18
- hypertension	263	11
- maladies cardiaques	163	7
. Troubles de la vision et de l'audition	293	12
- vision	151	6
- audition	142	6
. Troubles mentaux	189	8
. Affections des voies respiratoires	122	5
. Troubles digestifs	98	4
. Troubles de dentition	75	3
. Diabète	53	2
. Autres	683	28
Ensemble des problèmes	2 430	100

Source: Statistique Canada, Enquête Santé Canada, Calculs du Conseil des affaires sociales et de la famille.

3-ième programme: la réadaptation

Les gériatres affirment que la réadaptation constitue un aspect essentiel de la thérapeutique gériatrique (Hay, 1972). Elle vise l'adaptation optimale de la personne âgée à son milieu de vie et met l'emphasis sur le maintien des capacités même déficientes de la personne âgée, plutôt que sur ses incapacités; autrement dit, on lui apprend à vivre avec ce qui lui reste de potentialité.

Le programme de réadaptation en courte durée gériatrique a une durée moyenne de trente jours. Si nécessaire, au-delà de cette période, le patient est référé à un service de réadaptation d'un centre hospitalier ou d'un centre d'accueil de réadaptation (moyen séjour). La durée du traitement est évaluée à environ douze semaines.

Le programme offert aide le bénéficiaire à améliorer ou maintenir ses fonctions locomotrices, physiques ou mentales. L' O.M.S. (1974) le résume en trois groupes d'activités: la réactivation, la réinsertion sociale et la réintégration.

La réactivation signifie qu'on encourage la personne âgée, dépendante, passive, léthargique, physiquement et socialement immobilisée à reprendre une vie active dans son milieu. On réactive et stimule ses fonctions et lui apprend à vivre avec son handicap.

La réinsertion sociale signifie qu'on sort le patient âgé de son isolement, qu'il reprend contact avec sa famille et son entourage: voisins, amis et autres.

La réintégration signifie que la personne âgée reprend sa place dans la société. Elle n'est plus marginalisée; elle participe à la vie de la communauté et reprend parfois ses activités professionnelles selon ses capacités.

Ce travail de réadaptation porte non seulement sur le bénéficiaire, mais aussi sur la famille qui continue à vivre avec lui et à jouer un rôle actif dans le processus de réadaptation. Les membres de la famille sont encouragés à s'impliquer dans le programme de réadaptation et de soins qu'ils devront prodiguer dès le retour du bénéficiaire au domicile. De plus, le congé en sera d'autant plus facile à planifier si cette participation de la famille est assurée.

4-ième programme: l'orientation et le suivi:

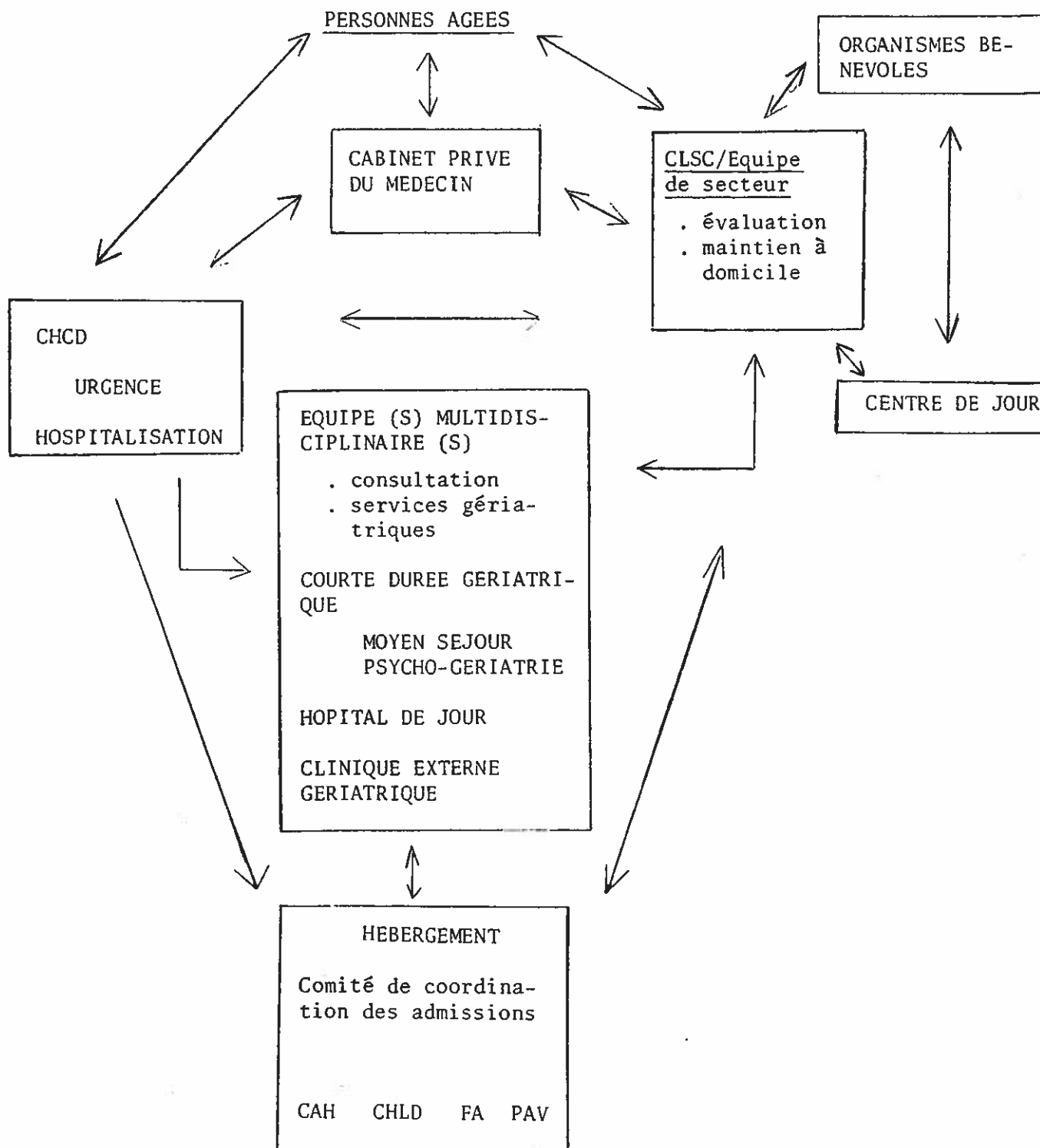
Le personnel du service de courte durée gériatrique joue un rôle actif dans l'orientation du bénéficiaire. Dans les cas favorables, l'orientation et le congé peuvent être indiqués et planifiés assez tôt, avec la collaboration du patient, de sa famille et des autres intervenants. A cet effet, on commence déjà à préparer le plan de sortie et on établit les contacts avec les autres services, établissements et organismes qui auront à intervenir auprès du bénéficiaire après son congé.

La plupart des bénéficiaires retournent vivre soit à domicile, ou bien en famille d'accueil ou en hébergement. D'autres demeurent au centre hospitalier et sont orientés vers un des services de soins aigus, de réadaptation ou, en dernier recours, de long séjour; certains d'entre eux décèdent durant leur hospitalisation en courte durée gériatrique. Bon nombre de ceux qui retournent vivre à l'extérieur de l'établissement sont orientés vers d'autres services comme ceux qui sont offerts par l'hôpital de jour, le centre de jour, la clinique externe gériatrique et les services à domicile; ce qui permet d'abréger l'hospitalisation tout en poursuivant le traitement.

Dans tous les cas, le malade est assuré que la prise en charge se poursuit, et qu'en cas de récurrence de la maladie, il pourra être réadmis en courte durée gériatrique ou dans d'autres services, selon le cas.

Après le départ du bénéficiaire, la ressource affectée pour donner suite au plan de sortie devra le faire en dedans de 48 heures, afin de vérifier l'état de santé du patient et les besoins qui pourraient survenir. Ceci permet souvent d'éviter une ré-hospitalisation inutile, en réglant certains problèmes survenus à la suite d'un retour. Dans le même but, le physiothérapeute, l'ergothérapeute et le travailleur social pourront aussi visiter le bénéficiaire avant et après son congé, afin de vérifier son environnement et suggérer des modifications si nécessaires.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'établir des liens avec les autres établissements et organismes du réseau, afin de maintenir la prise en charge et d'assurer le continuum.



5-ième programme: la consultation

Les activités de la courte durée gériatrique débordent l'unité de soins. Autant elle utilise les autres services de l'hôpital, autant les autres services de l'établissement y font appel.

Les professionnels de la courte durée gériatrique peuvent agir comme consultants auprès des autres services internes et externes du centre hospitalier et auprès des autres services gériatriques: soins aigus, urgence, clinique externe, long séjour, psycho-gériatrie, réadaptation, hôpital de jour, centre de jour, centres d'accueil et soins à domicile. L'administration de l'hôpital devrait inclure dans ses politiques administratives une définition du rôle de son service de courte durée gériatrique et des relations de ce dernier service avec les autres département et autres établissements et organismes avec qui il travaille en consultation.

6-ième programme: l'enseignement et la recherche

Le service de courte durée gériatrique se doit de répondre aux objectifs de recherche et d'enseignement suivants définis par David Skelton:

- (1) "Fournir un milieu pour l'éducation de toutes les branches de services de la santé qui s'occupent des soins aux personnes

âgées. Développer, chez tous les professionnels de la santé, les capacités, les connaissances et les attitudes appropriées et spécifiques aux soins en médecine gériatrique et psychogériatrique.

- (2) Encourager la recherche et développer des moyens d'estimer les performances de toutes les parties des activités du département" (Skelton, 1974, p. 8).

Il est particulièrement important que toutes les catégories de personnel qui travaillent auprès des personnes âgées, médecins, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres, reçoivent un complément de formation en gériatrie ou en gérontologie. La recherche clinique doit aussi être encouragée, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement des bénéficiaires gériatriques. On se doit aussi de préparer des professionnels compétents qui puissent répondre aux besoins d'enseignement et de recherche cliniques et d'enseignement universitaire. A cet effet, le service de courte durée gériatrique constitue un milieu propice tout comme les autres services offerts aux personnes âgées.

6- L' EXTRANT - LES RESULTATS ATTENDU'S

La gériatrie se caractérise par la grande flexibilité de ses services et de ses programmes. Il en est de même du service de courte durée gériatrique qui dessert une clientèle qui répond à des critères d'admission bien spécifiques, mais dont les pathologies et les besoins varient. Certains services reçoivent des bénéficiaires souffrant en majorité de maladies psychiatriques, d'autres d'intoxication médicamenteuse, d'autres d'incapacités. Ce manque d'uniformité rend difficile une évaluation rigoureuse des résultats.

De plus, les résultats d'un service de courte durée gériatrique dépendent et se mesurent à l'efficience et à l'efficacité des autres services gériatriques, aux liens établis entre eux, à leur coordination, à leur existence même, et à la compétence et à l'intérêt du personnel. Par exemple comment assurer un retour à domicile, s'il n'y a pas d'hôpital de jour, de centre de jour ou de services à domicile, ou bien, si le personnel n'est pas sensibilisé aux problèmes gériatriques? Généralement, près de 40% des bénéficiaires qui retournent à leur domicile reçoivent les services de l'hôpital de jour et 20% du centre de jour. C'est ce qui explique pourquoi, en 1982 et 1983, près de 50% des patients de l'unité de courte durée gériatrique de l'Hôpital Saint-Luc retournent vivre à domicile.

Il ne faut donc pas s'attendre à des résultats spectaculaires dans l'immédiat. D'ailleurs, selon Howell (1975) la vitesse de croisière n'est atteinte qu'au bout de cinq années d'existence.

Néanmoins, il est possible de procéder à une évaluation plutôt descriptive des résultats. En ce qui concerne les critères d'évaluation, les expériences étrangères et celle de l'Hôpital Saint-Luc fournissent quelques indicateurs qui devront, par contre, être utilisés avec nuance et circonspection, puisqu'on doit toujours considérer le contexte dans lequel le service opère.

Cette évaluation est de deux ordres et mesure les résultats obtenus auprès du bénéficiaire et de l'organisation. Tel qu'il est décrit au tableau VIII, le bénéficiaire devrait s'attendre à une réponse immédiate à la demande de service, à une amélioration dans la précision du diagnostic, de la pharmacothérapie, de son autonomie, de son état de santé et de son état psycho-social. On devrait constater aussi une plus grande disponibilité hospitalière, un séjour plus court, une orientation plus adéquate et une possibilité de réadmission immédiate lorsque l'état l'exige.

L'organisation ne devrait plus avoir de liste d'attente de bénéficiaires gériatriques. On observerait une diminution du séjour moyen, une augmentation de lits disponibles, quelle que soit leur catégorie et un plus grand intérêt pour l'enseignement et la recherche.

TABLEAU VII IEXTRANT

<u>Description du résultat</u>	<u>Indicateur d'efficacité</u>
Réponse immédiate à la demande de service	Délai 48 heures
Amélioration de la précision du diagnostic	
Amélioration de l'autonomie	60% des bénéficiaires
Amélioration de l'état psycho-social:	
plus grande sécurité	
réinsertion sociale	
Amélioration ou stabilisation de l'état de santé	
Amélioration de la pharmacothérapie	
Plus grande disponibilité du personnel hospitalier	
Amélioration du séjour moyen	26 jours
Amélioration du placement et de l'orientation	
Domicile	45% des bénéficiaires
Centre d'accueil, pavillon, famille d'accueil	20% "
Centre hospitalier de longue durée	20% "
Décès	10% "
Centre hospitalier de courte durée	5 % "

TABLEAU VIII I (suite)EXTRANT

<u>Description du résultat</u>	<u>Indicateur d'efficacité</u>
Suivi du bénéficiaire par l'infirmière visiteuse	100% des bénéficiaires
Réadmission immédiate et intermittente	30% des bénéficiaires après 3 mois
Elimination de la liste d'attente	
Diminution du séjour moyen des personnes âgées en centre hospitalier de courte durée	MOINS 50%
Augmentation des lits disponibles en centre hospitalier	
Plus grande motivation du personnel envers les personnes âgées	
Amélioration de l'enseignement et de la recherche	

7- L'ORGANISATION DU SERVICE DE COURTE DUREE GERIATRIQUE

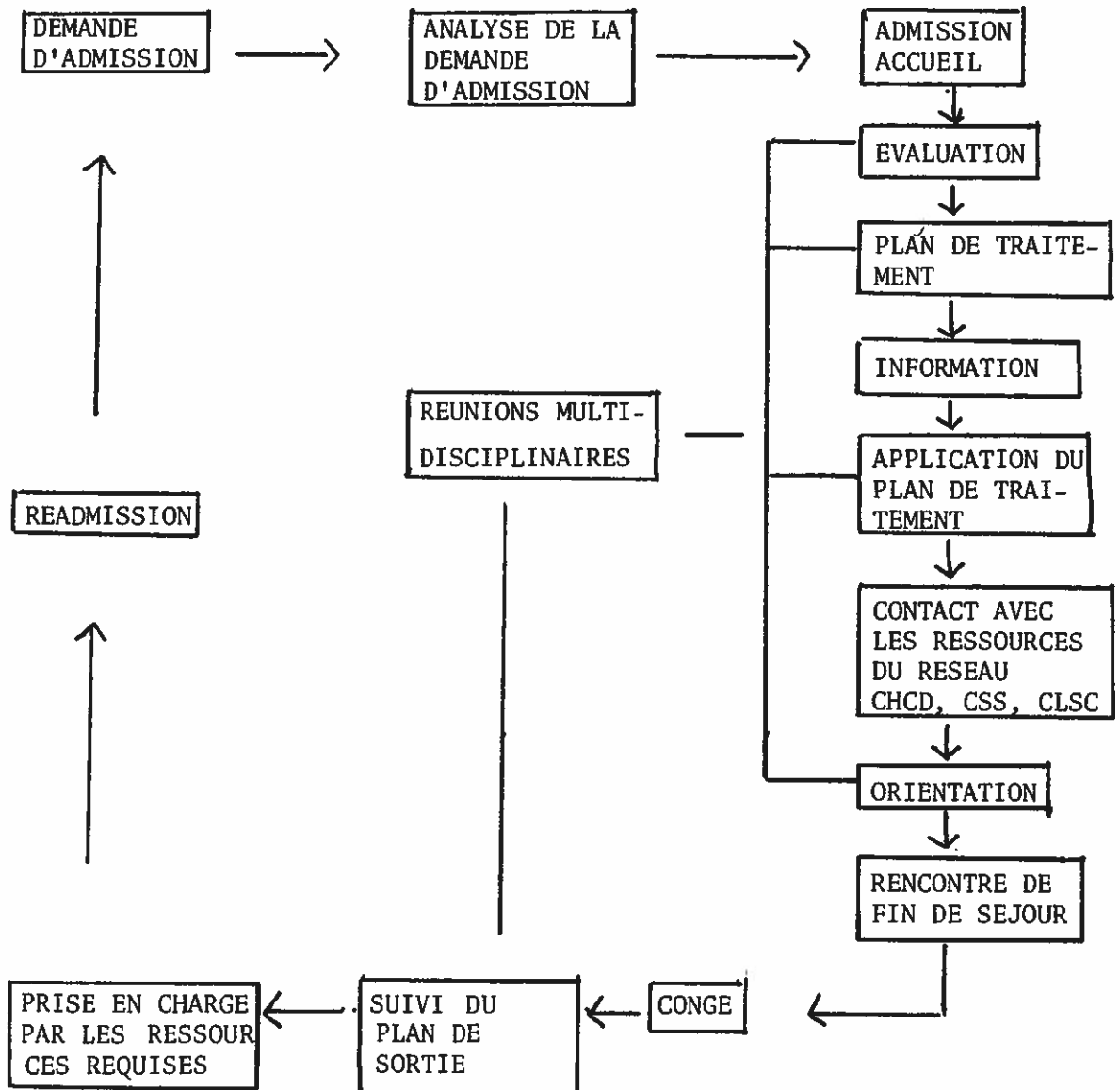
7.1 La prise en charge du bénéficiaire

La demande d'admission est reçue et analysée par le médecin responsable du service de courte durée gériatrique qui vérifie si elle est conforme aux critères d'admission. Lorsqu'il est admis, l'équipe qui l'accueille le sécurise, établit des liens de collaboration et de compréhension et l'informe.

Le premier programme est obligatoirement appliqué, celui de l'évaluation. Dès la première journée, le médecin traitant vérifie si des examens ont été faits et prescrit les autres examens nécessaires; l'équipe multidisciplinaire complète l'évaluation globale et la prescription de services. L'information relativement au plan de traitement est transmise au bénéficiaire et à ses proches et on insiste sur leur participation.

Le plan de traitement est appliqué et on contacte les autres ressources ou réseau qui auront à lui offrir des services après sa sortie. L'orientation est déterminée et une rencontre de fin de séjour est organisée auprès du patient et de ses proches; on les informe sur l'état de santé actuelle et prévisible, sur le suivi qui sera assuré et sur les autres services à leur disposition. On les rassure, qu'en cas de rechute, le bénéficiaire pourra être réadmis en courte durée gériatrique ou dans un autre service. L'infirmière visiteuse maintient un suivi temporaire et informe le service de courte durée gériatrique et les autres services concernés de l'état du bénéficiaire. Auparavant, des mécanismes de liaison, d'interrelation et d'intervention ont été établis avec ces services.

LA PRISE EN CHARGE



7.2 Le milieu de vie

L'organisation du service de courte durée gériatrique se doit, non seulement, de favoriser une haute qualité des services gériatriques, mais aussi de créer un état d'esprit qui rend le séjour du bénéficiaire le plus agréable possible. A cette fin, on favorise une qualité de vie et une ambiance proches de la vie quotidienne qui respectent la dignité et l'intégrité physique et psychique du patient. Elles sont liées aux relations qui existent entre le soigné et le soignant. A ce sujet, Baget et al (1981) rappellent les conseils judicieux suivants:

bien accueillir les personnes âgées;
s'adapter à leur rythme et leur parler suffisamment lentement;
respecter leur dignité;
leur parler de choses qu'elles connaissent et qui les intéressent;
les stimuler dans le sens d'une prise en charge;
et leur parler d'elles-mêmes de façon valorisante.

7.3 Le personnel et l'équipe pluridisciplinaire

Il est démontré précédemment, que la complexité et la multiplicité des problèmes chez les personnes âgées entraînent comme corollaire une intervention diagnostique et thérapeutique globales rendue par une équipe multidisciplinaire.

Rubenstein (1982) recommande que le noyau de cette équipe soit le plus restreint possible, tout en ayant la possibilité de s'adjoindre d'autres professionnels spécialisés prêts à entrer en action au moment opportun. Au tableau IX l'équipe de base comprend le médecin, l'infirmier (ère)-chef de service, l'infirmier (ère) visiteuse, le travailleur social, le physiothérapeute et l'ergothérapeute. Les autres personnes qui pourraient être consultées sont: le psychiatre, le psychologue, les infirmiers (ères) auxiliaires, le diététiste, l'orthophoniste, le podiatre, le dentiste, l'aumônier et les autres spécialistes médicaux ou paramédicaux.

TABLEAU IX
L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Le médecin-chef et médecin traitant L'infirmier (ère) chef du service L'infirmier (ère) visiteur (euse) Le travailleur social Le physiothérapeute L'ergothérapeute
Le psychiatre Le dentiste Le psychologue Les infirmières (ères) auxiliaires Le diététiste L'orthophoniste Le podiatre L'aumônier Les autres spécialistes

Le rôle et la place de chaque membre de l'équipe sont définis et connus de tous. Chacun, après avoir établi son plan d'intervention, est responsable de l'évaluation et du traitement du patient dans le domaine de sa spécialité et a une responsabilité d'équipe dans le cadre de l'évaluation globale et du plan de services préparés par l'équipe multidisciplinaire.

Cette dernière est sous la responsabilité du médecin-chef du service, et c'est le médecin traitant qui est responsable du dossier du patient et qui est, par le fait même, dernier juge dans la prise de décision. Une fois la semaine, l'équipe se réunit au complet; on échange de l'information; on étudie les nouvelles admissions afin d'établir un diagnostic, une évaluation et un plan de services; on analyse les cas problèmes relevant de la discipline de chaque intervenant et on planifie l'orientation future du bénéficiaire; on discute du plan d'intervention et de services. Une visite et une réunion avec l'équipe restreinte ont lieu un fois ou plus la semaine, selon le besoin.

Selon Michel Leclerc (1980), le personnel doit être disponible pour fournir un service de consultation aux malades d'autres services de l'hôpital ainsi qu'à la communauté; il pourrait fournir des programmes et des services d'enseignement au personnel des services de santé et participer à des activités de recherche.

La diversité de toutes ces activités rend difficile une répartition uniforme du personnel dans les services de courte durée gériatrique selon des normes pré-établies. En effet, le service peut opérer dans un hôpital général ou spécialisé, il peut recevoir une clientèle majoritairement psychiatrique ou handicapée, il peut être responsable des services externes gériatriques, il peut faire de l'enseignement ou de la recherche, etc... Ces variables jouent sur la répartition du personnel appelé à travailler dans ce service et la norme devra être utilisée avec beaucoup de souplesse (Tableau X).

Cependant, les expériences canadiennes, américaines et britanniques nous enseignent qu'on doit disposer d'un personnel médical (médecin, psychiatre) suffisant et disponible en tout temps, soit un médecin par 20 lits et un psychiatre et physiatre consultants pour le service.

Le personnel infirmier doit consacrer de $4\frac{1}{2}$ à $5\frac{1}{2}$ heures par jour en prestation de soins directs et la proportion est de un professionnel pour deux non-professionnels. A titre indicatif, les autres postes pourraient être répartis de la façon suivante (Leclerc 1980) (Montambault 1984):

1 poste de travailleur social pour 25 patients.

1 poste de physiothérapeute (professionnel et technicien) pour 16 à 20 bénéficiaires.

1 poste d'ergothérapeute (professionnel et technicien) pour 16 à 20 bénéficiaires.

Pour ce qui est du nombre de lits requis dans le service, la norme écossaise (Morris, 1978) et canadienne (Leclerc, 1980), recommande deux lits par 1,000 personnes âgées de 65 ans et plus. Dans la planification et l'organisation de ce service il faudra considérer le contexte hospitalier et régional dans lequel il opère et tenir compte également des ressources existantes, tant institutionnelles que communautaires, qui sont affectées aux personnes âgées ainsi que de leur utilisation rationnelle.

TABLEAU X

QUELQUES NORMES (à titre indicatif)

Les effectifs:

Médecins: - 1 par 20 lits

Un psychiatre et un physiatre consultants pour le service

Infirmiers (ères) et auxiliaires - $4\frac{1}{2}$ - $5\frac{1}{2}$ heures/soins/jour

proportion 1 infirmier (ère) pour 2 auxiliaires

Un travailleur social pour 25 bénéficiaires

Un physiothérapeute pour 16 à 20 bénéficiaires

Un ergothérapeute pour 16 à 20 bénéficiaires

Le nombre de lits:

2 lits pour 1,000 personnes de 65 ans et plus.

7.4 Le milieu physique

Le milieu physique doit être adapté aux soins et à l'épanouissement des personnes âgées. De nombreuses considérations qui, à prime abord, semblent anodines ont des effets remarquables sur la conception architecturale du type de services à rendre à cette catégorie de bénéficiaires.

L'environnement doit convenir à des malades qui sont souvent handicapés physiquement ou mentalement. Certains souffrent de troubles de vision ou de surdité totales ou partielles, de troubles de motricité, de difficultés d'adaptation; plusieurs se déplacent en fauteuil roulant. Conséquemment, les aménagements doivent tenir compte de ces infirmités et éviter, autant que possible, la confusion chez le patient qui est appelé à résider un certain temps à l'unité de soins.

L'aménagement des locaux doit tendre à respecter les normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les unités de moyen séjour. Ils doivent être accessibles en fauteuil roulant. Des mains courantes devraient être installées sur les murs des corridors. La répartition des locaux pourrait être la suivante:

- les chambres:

- maximum de 40 lits répartis dans des chambres de 1, 2 ou 4 lits, avec espace de rangement et une salle de toilette et lavabo par deux chambres.

- les salles de bain:
aménagées de façon à favoriser au maximum la mobilité des patients qui utilisent divers appareils pour se mouvoir,
avec toilette, lavabo, douche accessible en fauteuil roulant
et bain surélevé accessible sur trois côtés.
- la salle polyvalente avec cuisinette:
utilisée à la fois comme salle à manger, salle d'activités,
de loisirs ou de services thérapeutiques.
- la salle de séjour:
permettant de rencontrer les amis, la famille, de lire ou de
regarder la télévision.
- le local de physiothérapie et d'ergothérapie:
permettant d'initier la réadaptation ou d'améliorer ou de maintenir l'état physique du malade. Quelques équipements de base
sont nécessaires comme les lits bas et les barres parallèles.
- les espaces de soutien contenant:
un bureau avec petite salle d'examen pour le médecin
un bureau pour l'infirmier (ère)-chef
une salle de réunion
un poste de garde avec pharmacie
un local d'entreposage

CONCLUSION

L'urgence de l'intervention, tel est le leitmotiv qui doit guider tout intervenant auprès de la personne âgée aux prises avec des problèmes de santé ou des problèmes de fonctionnement. La maladie évolue très rapidement chez cette dernière et elle produit généralement une réaction en chaîne sur tout son système organique.

Le service de courte durée gériatrique constitue une mesure tant préventive que curative en ce sens qu'il prévient immédiatement l'évolution de la maladie, stabilise l'état du patient, en évite ou limite les effets souvent irréparables et lui apprend à vivre avec son handicap. On y reçoit la personne qui souffre d'une maladie, à laquelle s'ajoutent des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales.

L'approche auprès du bénéficiaire est globale et pluridisciplinaire. On l'évalue, le traite, le réadapte et l'oriente vers la ressource la plus appropriée. C'est aussi un milieu d'enseignement et de recherche. Ses activités débordent même l'unité de soins comme telle, pour servir les autres ressources internes et externes du centre hospitalier.

Ce service ne peut répondre à ses objectifs, sans la présence de l'équipe multidisciplinaire. Elle est continuellement présente dans toutes les activités gériatriques à partir de l'admission jusqu'au départ du bénéficiaire. De cette façon, la globalité

du traitement se maintient dans un processus continu et coordonné, à l'intérieur même du service et avec les autres services gériatriques. Il n'est pas toujours nécessaire que le patient soit hospitalisé dans une unité de courte durée gériatrique clairement identifiée comme telle. Dépendant du contexte et des besoins particuliers du centre hospitalier, il est possible d'opérer quelques lits seulement ou bien de mettre sur pied une équipe gériatrique prête à intervenir auprès des différents services internes ou externes qui feraient appel à son expertise.

La courte durée gériatrique n'est qu'un des éléments importants d'un système complet de services gériatriques qui comprend aussi les services communautaires, les services sociaux, les services à domicile, l'hébergement, le centre de jour, l'hôpital de jour, les soins de courte durée et de long séjour, la psycho-gériatrie et le moyen séjour (réadaptation, transition, hébergement temporaire). Pour fonctionner efficacement, le service de courte durée gériatrique devrait avoir la possibilité d'offrir à ses bénéficiaires l'accès à cette gamme de services, selon leurs besoins. Autrement, le séjour en institution serait d'autant plus allongé et l'espoir d'un retour à domicile sérieusement compromis, avec comme seul recours l'alitement à long terme.

Tout en étant autonomes dans le domaine de leurs activités propres, ces services sont dépendants et interreliés entre eux dans la réalisation du plan de services établi. Ainsi, le bénéficiaire est assuré d'une prise en charge globale, progressive et continue

par un réseau de services coordonnés dont le but est de répondre le plus adéquatement à ses besoins.

Cette coordination, souvent si difficile à réaliser entre les services, les ressources et les organismes, est pourtant indispensable à l'atteinte des buts fixés. Sans cette ouverture de l'ensemble des services aux personnes âgées, la courte durée gériatrique risque de n'être qu'une étape vers la régression et la dépendance du patient. Il faudra, bien sûr, se pencher sur l'application d'un modèle organisationnel de réseau de services coordonnés, qui définit les rôles et les responsabilités de chaque service et qui établit les liens entre eux.

Il faudra aussi sensibiliser les principaux intervenants sur la nécessité d'adopter une nouvelle philosophie d'intervention auprès des personnes âgées qui font appel à leurs services. La courte durée gériatrique comme tous les autres services gériatriques, propose une nouvelle façon de penser, d'agir et d'organiser les services. Elle entraîne un changement de mentalité pour le mieux-être du bénéficiaire.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, Sir F., Practical Management of the Elderly, Oxford Blackwell Scientific Publications, 1967, 71, 76, 452 pp.

ARCAND, M., Rapport sur mon année d'étude en gériatrie en Grande-Bretagne (1980-1981), mai 1981, 18 pp.

ARCAND, M., WILLIAMSON, J., An Evaluation of Home Visiting of Patients by Physicians in Geriatric Medicine, in British Medical Journal, Sept. 12, 1981, pp. 718-720.

BAGET, M., GARDIN, R., CHAPDELEINE, L., DENDLE, T., ROBERT, B., VERGER, P., VIGOT, C., Réflexion à propos d'un voyage d'étude à l'hôpital gériatrique de Genève, In Soins, T. 26, No 23/24, déc. 1981, pp. 81-85.

BAGNALL, W.F., DOLTO, Sr., KNOW, J., HORROCKS, P., Geriatric Medicine in Hull: a comprehensive Service, in British Medical Journal, 1977, No. 2, pp. 102-104.

BAYNE, J., R., D., Geriatric Assessment Unit, Conférence prononcée au Centre hospitalier Côte-des-Neiges, Montréal, 29 août 1978, 5 pp.

BROCKLEHURST, J.C., HANLEY, T., Geriatric Medicine for students, Edinburg, London, New-York, Churchill, Livingstone, 1977, 225 pp.

BROCKLEHURST, J.C., Geriatric Care in Advance Societies, Baltimore, University Park Press, 1975, 160 pp.

BURLEY, L.E., CURRIE, C.T., SMITH, Rg., WILLIAMSON, J., Contribution for Geriatric Medicine within Acute Medical Wards, in British Medical Journal, 1979, No. 2, pp. 90-92.

CHARBONNEAU, R., KRIEGER, M., Réflexion après une année dans trois centres de gériatrie européens, Glasgow, Grenoble, Genève, Montréal, 1978, 66 pp.

BIBLIOGRAPHIE

CHEAH, K., BEARD, O. W., Psychiatric findings in the Population of a Geriatric Evaluation Unit: Implications, in Journal of American Geriatrics Society, 1980, No. 28, pp. 153-156.

Conseil des Affaires sociales, Des problèmes prioritaires. La maladie selon les âges de la vie. Coll. la Santé du Québec, Gouv. du Québec, 1983, 189 pp.

Corporation professionnelle des médecins, La gériatrie, Rapport du Comité ad hoc présenté au comité administratif de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, Edition spéciale, Vol. XVII, no.-1, juin 1978, 25 pp.

DAS GUPTA, P.K., Developping an Active Geriatric Service in Scunthorpe, in Public Health, London, G.B., 1980, No.-94, pp. 155-160.

DUFRESNE, Roger, La réorganisation des services dans le secteur des soins prolongés, Conférence, 1979, 6 pp.

GAUTHIER, N., PLAMONDON, M., Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, Québec, M.A.S., 1982, 125 pp.

GINGRAS, G., Quelques aspects de la qualité de la vie en C.H.S.P., Colloque C.H.S.P. Association des Hôpitaux de la province de Québec, 9 octobre 1980, 17 pp.

HODKINSON, H.M., JEFFREYS, P.M., Making Hospital Geriatric Work, in British Medical Journal, No.-4, pp. 536-539.

Hodkinson, H.M., Hodkinson, Jobb, The Influence of Route of Admission on Outcome in the Geriatric Patient, In Age and Aging, Sept. 1980, pp. 220-235.

HOWELL, Trevor, Old Age, London, H.K., Lewis, 1975, 180 pp.

BIBLIOGRAPHIE

GRAHAM, H., LIVESLEY, B., Can Readmission to a Geriatric Medical Unit be Prevented, In *The Lancet*, Feb. 19, 1983, pp. 404-406.

GRIMLEY, E., J., Institutional Care: current issue in United Kingdom, in *Care of the Elderly*, Ed. Exton-Smith An, Grimley Evans J., London, Academic Press, pp. 128-146.

HAY, Donald, Some Observation on Long-Term Health Care Facilities in Great-Britain, in *Long Term Care and Health Services Administration Quarterly*, Vol. 3, No.-1, Spring 1979, pp. 58-71.

HODKINSON, H.M., JEFFREYS, P.M., Making Hospital Geriatric Work, in *British Medical Journal*, Déc. 2, 1972, pp. 535-539.

JETTE, Yves. JETTE BOUVIER, Micheline, La Réadaptation en termes de réinsertion sociale, in *Administration hospitalière et sociale*, Vo. 24 No.-6, déc. 1983, pp. 23-30.

JUNOD, P., LEVY, M., What is Geriatrics? The Swiss Experience, in *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. XXIX, No.-10, Oct. 1981, pp. 438-441.

KENNEDY, R.D., Why Geriatric Medecine, Conférence, Québec, Mai 1984, 8 p.

KISSEL, Catherine, L'approche globale du patient en gériatrie: expérience de l'Hôpital Saint-Luc, Conférence, mai 1984, 7 p.

LEFEBVRE, Michel, Unités de gériatrie dans les hôpitaux, Canada Ministère de la Santé, 1980, 23 pages.

LINDSAY, E., B., GURRIE, C.T., SMITH, R.C., WILLIAMSON, J., Contribution from Geriatric Medecine within Acute Medical Wards, in *British Medical Journal*, 1972, No.-2, pp. 90-92.

Ministère des Affaires sociales, La consommation des services par groupes d'âge, Services des Programmes de soins prolongés, janvier 1982.

BIBLIOGRAPHIE

MONTAMBAULT, J., Rapport de stage en gériatrie à l'Université de Glasgow, Montréal, Mars 1980, 24 pp.

MORRIS, J.B., A Formula for Estimating the Bed Requirements for a Department of Geriatric Medicine, Dundee, G.B., Department of Geriatric Medicine, University of Dundee, 1977, 4 pp.

Organisation Mondiale de la Santé, Planification et organisation des services de gériatrie. Rapport d'un comité d'experts de l' O.M.S., Genève, Série de rapports techniques, No.-548, 1974, 49 pp.

PERIGNOT, Henri, Problème d'organisation gériatrique, in Gerontologie, No.-2, avril 1982, pp. 26-31.

PLATON, L., Le vieillard on parle de lui, on ne lui parle pas, in La Revue de Gériatrie, T.-7, No.-5, mai 1982, pp. 217-218.

ROBERTSON, D., CHRIST, L., STALDER, L., Geriatric Assessment Unit in a Teaching Hospital, in Canadian Medical Journal, Vol. 126, May 1, 1982, pp. 1060-1064.

ROBERTSON, D., ROCKWOOD, K., Outcome of Hospital Admission of the Very Elderly, in American Geriatric Society, Vol. 30, No.-2, pp. 101-104.

RUBENSTEIN, L.Z., RHEE, L., KOWE, R.L., The role of the Geriatric Assessment Units in caring of the Elderly: An analytic Review. In Gerontology, 1982, Vol. 37, pp. 513-521.

RUBENSTEIN, L., Z., ABRASS, I.B., KANE, R.L., Improved care for Patients on a New Geriatric Evaluation Unit, in Journal of the American Geriatric Society, Vol. XXIX, No.-11, pp. 531-536.

Santé et Bien-être social Canada, Note de recherche, Planification à long terme (Santé), mai 1975, 42 pp.

BIBLIOGRAPHIE

SHERMAN, F.T., Clinical Problems in Geriatric Medecine: a Team Approach, in Allied Health and Behavioral sciences, Vol. 2, No. 1, pp. 1-19.

STOCK, N.W., Systems Integration, in Hayflick L. and Finch C.E. Ed., Handbook of the Biology of Aging, New York, Von Rostrand Rheinbold, 1977, pp. 639-645.

SKELTON, D., Un département de médecine gériatrique dans un hôpital canadien d'enseignement, in Médecine moderne du Canada, déc. 1978, Vol. 33, No.-12, pp. 1783-1788.

SAUNDERS, R.H., A Geriatric Special - care unit: Experience in a University Hospital, in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 3, No.-11, Nov. 1983, pp. 685-693.

UPSULA (O.M.S.), Organisation et fonctionnement des services de soins de longue durée, Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l' O.M.S., Copenhague, 1980, 13 pp.

WILSON, L.A., LEVY, M.G., The Domiciliary Assessment Visit in Hospital Geriatric Practice: Pressures and Decisions on Needs for Admission, in Age and Aging, 1979, Août, pp. 150-159.

WILLIAM, T.F., FAIRBANK, M.E., HILL, J.G., KNOW, K.G., Appropriate Placement of the Chronically Ill and Aged. A successfull Approach by Evaluation, in Journal of American Medical Association, 1973, No.-226, pp. 1332-1335.

