

Comité de gériatrie
RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ



Les services gériatriques spécialisés

Document préparé par

Comité de gériatrie du RUIS
de l'Université de Montréal

Décembre 2010

Table des matières

Préambule	3
1. Principes généraux de l'organisation des services de santé	4
2. Clientèles cibles des services gériatriques.....	5
3. Définitions des services gériatriques spécialisés	7
4. Hiérarchisation des services gériatriques spécialisés.....	9
5. Références	10

Préambule

Dans le cadre d'un de ses mandats, le comité de gériatrie du RUIS (Réseaux universitaires intégrés de santé) de l'Université de Montréal a pour objectif de proposer une organisation en réseau intégré des activités de gériatrie en matière de soins, incluant les mécanismes de coordination, entre les établissements membres du RUIS de l'Université de Montréal et ce dans une perspective de complémentarité. Afin de réaliser cet objectif, il a fallu, dans une première étape, s'intéresser à la définition des services spécialisés en gériatrie.

Ce document présente les consensus établis entre les membres du comité concernant : 1) la révision des définitions des services gériatriques spécialisés (deuxième et troisième lignes); et 2) la hiérarchisation de ceux-ci. Il a donc pour but de proposer au réseau les définitions et un vocabulaire commun.

Le comité est composé de :

M ^{me} Marie-France Simard,	Institut universitaire de gériatrie de Montréal, présidente du comité
M ^{me} Louise Massicotte,	Agence de santé et des services sociaux de Montréal
M ^{me} Liette Bernier,	Agence de santé et des services sociaux de Montréal
D ^{re} Judith Latour,	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
M ^{me} Sylvie Lafrenière,	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
D ^{re} Chantal Desrochers,	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M ^{me} Pierrette Rolland,	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M ^{me} Ginette Bélec,	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
D ^r Léon Dontigny,	Institut de cardiologie de Montréal
D ^{re} Andrée Robillard,	CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent
M ^{me} Colette Milot,	CSSS Sud Ouest Verdun
M ^{me} Carol Gosselin,	CSSS Jeanne-Mance
D ^{re} Louise Roy,	CSSS Laval
M ^{me} Rachel Goupil,	Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie
M. Jocelyn Cayer,	Hôpital Charles-Lemoyne
M ^{me} Francine Laurier,	Agence de santé et des services sociaux des Laurentides
M ^{me} Liette St-Hilaire,	CSSS de St-Jérôme et représentant du CHR des Laurentides
M ^{me} Suzie Gagnon,	Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière
D ^r Denis Roy,	Faculté de médecine – Université de Montréal
D ^{re} Céline Crowe,	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
D ^{re} Marie-Jeanne Kergoat,	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
M ^{me} Aline Bolduc,	Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coordonnatrice du comité
M ^{me} Rosemonde Landry,	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
M ^{me} Lyse Gauthier,	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
M. Pierre Morissette,	CSSS de Trois-Rivières
M. Denis Brunette,	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

1. Principes généraux de l'organisation des services de santé

Dans le présent document, la hiérarchisation des services de santé réfère à l'organisation de ceux-ci selon leur nature et leur intensité, soit les services de 1^{ière}, 2^{ème}, et 3^{ème} lignes [1]. De façon plus spécifique, chaque niveau de services se définit de la façon suivante, tel qu'indiqué dans le document « *L'organisation des soins et services cliniques. Cadre de référence*. Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005 » [2] :

- Les services de 1^{ière} ligne sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ceux-ci doivent être disponibles près des milieux de vie des personnes.
- Le deuxième niveau de services regroupe les services de 2^{ème} ligne qui agissent en soutien à la 1^{ière} ligne. Sauf exception, ces services devraient requérir une référence pour y accéder. Les services de 2^{ème} ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de 1^{ière} ligne et accueillir les personnes dont le traitement n'est pas suffisant à ce niveau.
- Le troisième niveau d'accès soutenant le premier et le deuxième niveau est celui des services de 3^{ème} ligne. Ces services sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles sur référence. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et sociaux très complexes, dont la prévalence est faible, ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par la 2^{ème} ligne. De plus, les services de 3^{ème} ligne génèrent et organisent des projets de développement d'expertise, d'enseignement ou de recherche auxquels les services de 1^{ière} et 2^{ème} lignes peuvent collaborer.

Dans son document intitulé « *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal* », le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) décrit les principes d'application de la hiérarchisation des services de santé [3] : « Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie ».

Toutefois, l'application de ces principes demande de la part des intervenants de faire preuve de flexibilité, tel qu'indiqué dans le document du MSSS intitulé « *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. La force des liens* » [4] : « Le principe de la hiérarchisation des services implique une adéquation entre les besoins de l'utilisateur et les ressources vers lesquelles il est orienté. Selon sa condition clinique et sociale, et pour une période donnée, la personne peut être dirigée vers plusieurs niveaux de services, autant verticalement qu'horizontalement, en même temps ».

2. Clientèles cibles des services gériatriques

Les personnes âgées correspondent au groupe d'âge de 65 ans et plus. Elles représentent une population très hétérogène, dont les besoins de soins et de services de santé diffèrent de façon significative. Trois principales clientèles cibles peuvent toutefois être définies en fonction des services qu'elles requièrent. Ces définitions sont principalement extraites d'un document rédigé en 2007 par un groupe de travail des RUIS québécois qui s'est penché sur les services spécialisés en gériatrie [5]:

- ❖ Personnes âgées en bonne santé : De façon générale, la plupart des personnes âgées sont en bonne santé, parfois indemnes de maladies, ou touchées par une ou quelques maladies chroniques (hypertension artérielle, ostéoarthrose) qui ne leur occasionnent pas d'incapacités. Elles nécessitent toutefois une gestion optimale de leurs facteurs de risque et de leur condition chronique pour prévenir le développement d'incidents cliniques aigus et de limitations fonctionnelles.
- ❖ Personnes âgées moins bien portantes : ces personnes sont touchées par des maladies plus morbides qui accélèrent les pertes physiologiques et occasionnent une certaine instabilité clinique (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique). Elles ont un risque augmenté de développer des incapacités fonctionnelles, d'être hospitalisées de façon répétée, d'être institutionnalisées ou de décéder.
- ❖ Personnes âgées présentant un profil gériatrique: ces personnes sont généralement âgées de 75 ans et plus, porteuses de maladies chroniques sévères ou multiples entraînant des épisodes de décompensation aiguë et des incapacités fonctionnelles. Une grande proportion d'entre elles présente un problème de communication, le plus souvent associé à des troubles cognitifs ou de santé mentale. Leur réseau de soutien social est fortement sollicité et souvent incapable de répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ces personnes sont de grandes utilisatrices du réseau de la santé car elles nécessitent un éventail de soins et services, tant communautaires qu'institutionnels.

Le premier groupe de personnes âgées reçoit en très grande partie ses soins par son médecin omnipraticien dans le réseau de première ligne. Le second est desservi par le réseau de première ligne, mais en y incluant une plus grande participation interprofessionnelle et la collaboration des médecins spécialistes (cardiologie, pneumologie, endocrinologie, ophtalmologie, urologie, etc.). Par contre, le troisième groupe de personnes âgées nécessite des services gériatriques spécialisés et surspécialisés (dit respectivement de deuxième et troisième ligne), qui impliquent une combinaison complexe de services médicaux et psychosociaux. Cette clientèle de personnes âgées vulnérables est ciblée par le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) [6].

Un dernier groupe mérite notre attention, il s'agit de personnes âgées qui présentent un trouble de santé mentale. Lorsqu'on arrive à cette intersection entre la gériatrie et la psychiatrie, on fait face à une confusion dans les termes. Certains utilisent les mots gérontopsychiatrie et psychogériatrie pour identifier des groupes de professionnels en fonction de leur formation spécifique, soit les psychiatres qui œuvrent auprès des personnes âgées ou, pour la psychogériatrie, des psychologues et intervenants psychosociaux qui s'occupent de personnes âgées, alors que d'autres utilisent ce même vocable pour désigner des clientèles particulières. Il nous apparaît qu'une organisation de services se fait en fonction de ses clientèles afin de mieux adapter ses services aux besoins particuliers de chaque clientèle. Nous privilégions donc d'appliquer ces termes aux spécificités de la clientèle.

Ainsi, on peut distinguer deux sous-groupes parmi les personnes âgées qui présentent un trouble de santé mentale: les personnes âgées qui présentent des troubles de santé mentale depuis l'âge adulte auxquels s'ajoutent des problèmes de santé reliés au vieillissement, clientèle dite de gérontopsychiatrie, et celles qui développent des troubles de santé mentale à l'âge avancé, clientèle dite de psychogériatrie.

La clientèle de gérontopsychiatrie est prise en charge par les équipes de gérontopsychiatrie qui incluent habituellement des psychiatres spécialisés dans les interventions auprès des personnes âgées, soit des gérontopsychiatres. Il arrive cependant des bris de services lors d'instabilité du problème de santé mentale chez cette clientèle âgée présentant également des problèmes importants de santé physique contractés au grand âge. En effet, cette clientèle est souvent exclue des unités médicales sous prétexte de l'instabilité de la problématique de santé mentale, et des unités psychiatriques sous prétexte de la lourdeur de leurs problèmes de santé physique. Compte tenu de l'instabilité du problème de santé mentale, cette clientèle nécessite d'être prise en charge par le réseau de santé mentale mais avec le soutien d'une équipe de consultation en gériatrie. Nous recommandons que les services de gérontopsychiatrie soient clairement définis dans la structure des services spécialisés de santé mentale.

La clientèle de psychogériatrie, parfois prise en charge dans le réseau de santé mentale, se retrouve dans un fort pourcentage dans les services de gériatrie. Ceux-ci ont souvent inclus dans leur organisation de services une équipe de consultation en psychogériatrie afin de bien répondre à l'ensemble des besoins de la personne âgée. Ainsi, la collaboration entre les deux disciplines, gériatrie et psychiatrie, est essentielle pour la qualité des soins et services envers cette clientèle particulière.

Considérant les éléments mentionnés précédemment, la révision des définitions des services de première ligne destinés aux personnes âgées (ex. centre de jour, hébergement) et des services de gérontopsychiatrie (ex. unité de gérontopsychiatrie) n'est pas concernée par le mandat du comité. La section suivante porte donc uniquement sur les définitions de l'ensemble des services gériatriques spécialisés sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal.

3. Définitions des services gériatriques spécialisés

Une recension des définitions des différents services a été effectuée [7-17], puis le comité a adopté les définitions suivantes :

Services	Définitions
1. Unité de courte durée gériatrique (UCDG)	Unité de soins offrant aux personnes âgées présentant un profil gériatrique nécessitant une hospitalisation en courte durée, des soins de santé globaux, dans un environnement physique adapté, en assurant une prise en charge systématique et intégrée de leurs principaux problèmes à l'aide d'une équipe multiprofessionnelle. Ses principales activités sont l'évaluation, le traitement (soins infirmiers, soins médicaux, réadaptation), l'orientation, la continuité des soins. Dans un centre hospitalier universitaire, c'est aussi un milieu d'enseignement et de recherche.
2. Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	Unité de soins qui accueille des personnes hospitalisées sans instabilité clinique, avec un potentiel de récupération et présentant de nouvelles incapacités significatives, exigeant une période de réadaptation intensive en interne.
3. Unité de réadaptation gériatrique	Unité de soins qui accueille des personnes âgées qui répondent aux critères d'entrée en URFI, mais qui sont aux prises avec des problématiques multiples et complexes (ex. : trouble de santé mentale, dialyse) qui interfèrent avec le processus habituel de réadaptation. Ce type d'unité, habituellement située en centre universitaire, a pour mission le développement d'expertise, l'enseignement et la recherche.
4. Unité de soins palliatifs gériatriques	Unité de soins, composée d'une équipe interdisciplinaire, qui accueille des personnes âgées de 75 ans et plus présentant un profil gériatrique ainsi que des douleurs et symptômes non contrôlés, associés aux phases préterminale et terminale d'une maladie incurable ou ayant un pronostic de moins de trois mois. Ce type d'unité, habituellement située en centre universitaire, a pour mission le développement d'expertise, l'enseignement et la recherche.
5. Unité neurocomportementale	Unité de courte durée qui accueille des personnes âgées qui nécessitent une évaluation et une stabilisation de symptômes comportementaux et psychologiques sévères et persistants associés à une démence, via une approche spécialisée, intensive et interdisciplinaire.
6. Équipe de consultation gériatrique en milieu hospitalier	Équipe interdisciplinaire qui intervient auprès de personnes âgées présentant un profil gériatrique, à l'urgence et sur les unités de soins. Ces équipes font de l'évaluation et formulent des recommandations au médecin et à l'équipe soignante. Elles apportent également un soutien aux équipes soignantes dans le suivi et l'application des dites recommandations.
7. Équipe de consultation psychogériatrique en milieu hospitalier	Équipe interdisciplinaire qui intervient en centre hospitalier auprès de personnes âgées qui présentent des problèmes de santé mentale à l'âge avancé. Cette équipe dispense des services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation. Elle fait des recommandations aux référents et assume un suivi si nécessaire.

Services	Définitions
8. Équipe ambulatoire de gériatrie	Équipe interdisciplinaire qui intervient dans le milieu de vie de personnes âgées présentant un profil gériatrique. Ces équipes dispensent des services d'évaluation-orientation, font des recommandations aux référents et assument un suivi si nécessaire.
9. Équipe ambulatoire de psychogériatrie	Équipe interdisciplinaire qui intervient en soutien aux équipes de 1 ^{re} ligne en milieu de vie auprès des personnes âgées qui présentent des problèmes de santé mentale le plus souvent liés au vieillissement et/ou des symptômes comportementaux et psychologiques d'une démence (SCPD). Elles dispensent des services d'évaluation, de consultation et de traitement, font des recommandations aux référents et assument un suivi si nécessaire.
10. Cliniques externes de gériatrie	<p>Il existe des cliniques externes de gériatrie de deuxième et troisième lignes :</p> <p><i>Deuxième ligne</i> : consultation d'un médecin omnipraticien avec expertise en soins aux personnes âgées avec ou sans équipe interprofessionnelle, offerte sur une base externe, auprès de personnes âgées présentant un profil gériatrique.</p> <p><i>Troisième ligne</i> : consultation d'un gériatre, avec ou sans équipe interprofessionnelle, offerte sur une base externe, auprès de personnes âgées présentant un profil gériatrique. Service situé habituellement dans un centre universitaire.</p>
11. Cliniques externes surspécialisées de gériatrie	Cliniques externes de gériatrie thématiques qui se distinguent en deuxième (psychogériatrie, mémoire) ou troisième ligne (psychogériatrie, mémoire, incontinence, douleur chronique, dysphagie, oncogériatrie, troubles de l'équilibre/chutes) par la complexité du cas et le niveau de spécialisation du médecin consultant. Celles de troisième ligne, habituellement situées en centre universitaire, ont pour mission le développement d'expertise, l'enseignement et la recherche.
12. Hôpital de jour en gériatrie	Service ambulatoire composé d'une équipe interdisciplinaire qui dispense en externe des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation à des personnes âgées présentant un profil gériatrique.

4. Hiérarchisation des services gériatriques spécialisés

En plus des définitions de base des lignes de services [1], les critères suivants ont servis à déterminer la classification des services de deuxième et troisième lignes destinés aux personnes âgées [5]: la rareté des ressources, le volume de clientèle, la spécialisation du médecin et de l'équipe multiprofessionnelle ainsi que l'aspect pointu du problème ou sa complexité. Rappelons que la troisième ligne se distingue généralement de la deuxième ligne par une mission de développement d'expertise, d'enseignement et de recherche.

Types de services	Niveaux de services	
	2 ^{ème} ligne	3 ^{ème} ligne
1. Unité de courte durée gériatrique (UCDG)	X	
2. Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	X	
3. Unité de réadaptation gériatrique		X
4. Unité de soins palliatifs gériatriques ¹		X
5. Unité neurocomportementale ¹		X
6. Équipe de consultation gériatrique en milieu hospitalier	X	
7. Équipe de consultation psychogériatrique en milieu hospitalier	X	
8. Équipe ambulatoire de gériatrie	X	
9. Équipe ambulatoire de psychogériatrie	X	
10. Cliniques externes de gériatrie ²	X	X
11. Cliniques externes surspécialisées de gériatrie		
11.1 Psychogériatrie	X	X
11.2 Mémoire (cognition)	X	X
11.3 Incontinence		X
11.4 Douleur chronique		X
11.5 Dysphagie		X
11.6 Oncogériatrie		X
11.7 Troubles de l'équilibre et chutes		X
12. Hôpital de jour en gériatrie	X	

¹ Service en développement

² Les cliniques externes de gériatrie assurent les services de 2^{ème} ligne pour les problèmes de mémoire (cognition), d'incontinence, de douleur chronique, de dysphagie et de l'équilibre/chutes.

5. Références

1. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la santé physique. Direction générale des services à la population: **Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la santé physique. Direction générale des services à la population; 2004.
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine: **L'organisation des soins et services cliniques. Cadre de référence**. Montréal: Hôpital Louis-H. Lafontaine. Direction générale; 2005.
3. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux: **Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2004.
4. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux: **Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. La force des liens**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des communications; 2008.
5. Groupe de travail des quatre RUIS québécois: **Les services spécialisés en gériatrie**; 2007.
6. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie: **Lignes directrices. Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (document de travail)**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie; 2009.
7. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie: **Lexique des ressources gériatriques et psychogériatriques**. Document de travail transmis le 3 mai 2010.
8. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie: **État de situation sur le portrait des ressources PALV des régions en lien avec les mesures prévues au plan d'action 2005-2010. Document de travail**. Québec; 2009.
9. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la Santé. Service des soins aux personnes âgées: **Courte durée gériatrique. Éléments de réflexion et d'orientations**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1986.
10. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leduc N, Béland F, Leclerc BS, Berg K: **Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche**. Montréal: Centre de recherche. Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2008.
11. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de l'intégration sociale: **Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de l'intégration sociale; 1992.
12. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Service de la planification et du développement stratégique: **Organisation des services posthospitaliers de réadaptation fonctionnelle intensive et des soins aigus. Document synthèse**. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2007.
13. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Sous-comité du comité aviseur à la qualité - santé mentale et vieillissement: **Description sommaire des programmes et services: clientèle cible/critères d'accès/problématiques dans l'offre de service**. Montréal; 2009.
14. Institut universitaire de gériatrie de Montréal: **Le programme de soins palliatifs gériatriques de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal**; 2008.
15. Québec (Province). Services des soins aux personnes âgées. Direction générale de la santé: **Hôpital de jour. Orientations**. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 1986.
16. Québec (Province). Ministère des affaires sociales: **Le centre de jour pour personnes âgées. Politique du ministère des affaires sociales**. Québec: Ministère des affaires sociales; 1981.
17. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: **Cadre de référence et directives opérationnelles, programme d'hébergement pour évaluation**. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2009.