



## Programme de soins pour le patient gériatrique : Manuel gériatrique pluridisciplinaire (version intranet)

**Identification du document :** GERIA-MAN-004

**Version du document :** {\_UIVersionString}

**Date d'implémentation :** 10/04/2021

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
CADRE LÉGAL .....	7
PUBLIC CIBLE .....	9
NOTRE VISION, NOS MISSIONS .....	10
 <b>L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU PSG</b> .....	 <b>13</b>
COORDINATION .....	13
ÉQUIPE MÉDICALE.....	14
<i>Gériatres</i> .....	14
ÉQUIPE INFIRMIÈRE .....	15
<i>Infirmier.e.s en chef des unités d'hospitalisation (IC)</i> .....	15
<i>Infirmier.e.s</i> .....	15
<i>Aides-Soignant.e.s</i> .....	15
EQUIPE PARAMÉDICALE .....	15
<i>Kinésithérapeutes</i> .....	15
<i>Ergothérapeutes</i> .....	16
<i>Neuropsychologue</i> .....	16
<i>Psychologues</i> .....	16
<i>Assistant.e.s Sociales</i> .....	17
<i>Diététicien.ne.s</i> .....	17
<i>Logopèdes</i> .....	17
<i>Pharmacien.ne.s Clinicien.ne.s</i> .....	18
 <b>LES CINQ COMPOSANTES DU PSG</b> .....	 <b>19</b>
LES 2 UNITÉS D'HOSPITALISATION : US23 ET US24 .....	19
<i>Objectifs</i> .....	19
<i>Informations générales</i> .....	20
<i>Algorithme du transfert intra-muros en gériatrie U23-24 pour suite de soins</i> .....	21
<i>L'équipe pluridisciplinaire des Unités de soins</i> .....	22
LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE (EGL).....	23
<i>Généralités</i> .....	23
<i>Comment joindre l'EGL ?</i> .....	23
<i>Rôle de l'équipe de gériatrie de liaison</i> .....	24
<i>L'équipe pluridisciplinaire de l'EGL</i> .....	25
<i>Algorithme décisionnel de l'appel à l'équipe de liaison gériatrique</i> .....	26
<i>Les différents motifs d'appel à l'EGL, précisions et spécificités.</i> .....	27

L'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE (HJG) .....	28
<i>Objectifs</i> .....	28
<i>Organisation de l'HJG</i> .....	28
<i>L'équipe pluridisciplinaire de l'HJG</i> .....	29
<i>Motifs d'admission en HJG</i> .....	30
<i>Comment joindre l'HJG</i> .....	31
LA CONSULTATION GÉRIATRIQUE.....	32
<i>Objectifs de la consultation gériatrique</i> .....	32
LA LIAISON EXTERNE GÉRIATRIQUE (LEG) .....	33
<i>Objectifs</i> .....	33
<i>Généralités</i> .....	33
<i>Les accords de collaboration</i> : .....	34
<i>Aspects formatifs</i> .....	36
<b>LE PSG AU SEIN DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT LUC.....</b>	<b>37</b>
LES COLLABORATIONS INTERNES.....	37
<i>Les sténoses Aortiques serrées</i> .....	37
<i>L'OncoGériatrie</i> .....	38
<i>Les Urgences</i> .....	40
<i>La pré habilitation</i> .....	41
<i>Le carnet alimentaire</i> .....	42
FORMATION CONTINUE.....	43
<i>Les Rencontres de gériatrie</i> .....	43
<i>Formation aux CUSL</i> .....	43
<i>Formations par les praticiens CUSL</i> .....	43
<i>Accueil de stagiaires</i> .....	43
DÉMARCHES DE QUALITÉ.....	44
<i>Le projet d'accompagnement Professionnel collectif pluridisciplinaire</i> .....	44
<i>Les Réunions saisonnières pluridisciplinaires (par axe)</i> .....	45
<i>Le projet delirium</i> .....	46
<i>Le projet vit ma vie (en cours de rédaction -&gt; MG)</i> .....	49
<i>Le programme de guidance</i> .....	50

<b>ANNEXES.....</b>	<b>52</b>
ANNEXE 1 : .....	52
ANNEXE 2 .....	52
ANNEXE 3 .....	52
ANNEXE 4 .....	52
ANNEXE 5 .....	52
ANNEXE 6 .....	52
ANNEXE 7 .....	52
ANNEXE 8 .....	53
ANNEXE 9 .....	53
ANNEXE 10 .....	53
ANNEXE 11 .....	53
ANNEXE 12 .....	53
ANNEXE 13 .....	53
ANNEXE 14 .....	53
ANNEXE 15 .....	53
ANNEXE 16 .....	54
ANNEXE 17 .....	54
ANNEXE 18 .....	54
ANNEXE 19 .....	54
ANNEXE 20 .....	54

## Introduction

Depuis sa création, le service de Gériatrie des Cliniques Universitaires Saint Luc se développe continuellement. Cette dynamique gériatrique est soutenue par le **Programme de Soins pour le patient Gériatrique** (ou PSG) comme défini par l'**AR du 29 JANVIER 2007**. Il structure l'organisation des activités cliniques en gériatrie dans tous les hôpitaux généraux et a fortiori aux Cliniques Universitaires Saint Luc.

Un des objectifs principaux du PSG est de construire, autour du patient âgé, un réseau de soignants et de soins de qualité qui permette la meilleure prise en compte des spécificités de la personne et la continuité des soins. Le patient âgé doit être inclus dans ce programme s'il est dépisté « fragile », c'est-à-dire à risque de déclin fonctionnel, de dénutrition, de polymédication et complications iatrogènes, d'allongement des durées de séjour, d'institutionnalisation, etc.

Nous avons développé l'ensemble des axes de ce programme de soins, agréé depuis 2018.

Le PSG comprend **deux unités d'hospitalisation gériatrique** où les soins donnés sont basés sur des modèles ayant fait la preuve de leur utilité dans la population âgée malade.

Les patients âgés en situation de fragilité sont aussi hospitalisés en dehors de ces unités gériatriques et ce, dans toutes les autres unités des Cliniques Saint Luc. **Une équipe de liaison interne gériatrique (EGL)** met son expertise à la disposition de ces patients et de ces équipes. Elle assure la collaboration du service de gériatrie avec les autres spécialités.

Le passage **en hospitalisation de jour gériatrique** permet de réaliser, en une seule journée, l'ensemble des examens et visites nécessaires à une mise au point pluridisciplinaire. Cela crée, notamment, une alternative à l'hospitalisation.

Lors de **consultations**, la/le gériatre peut proposer des adaptations de traitements, un plan de soins ou encore la réalisation d'un bilan complémentaire.

La continuité des soins après l'hôpital est la mission de **la liaison externe (LEG)**. Son but est d'optimiser la sortie de l'hôpital et d'éviter les hospitalisations inutiles en favorisant la collaboration des différents intervenants hospitaliers et extrahospitaliers. Dans le cadre de la mission de liaison externe, notre service de gériatrie a développé des partenariats et des réseaux de collaborations avec diverses structures de soins (services de revalidation, maisons de repos et de soins, centres de jour, médecins traitants, services de soins à domicile.).

Afin de vous permettre l'accès à une information complète, les différentes parties du PSG sont mises à votre disposition sur le site internet : <http://www.saintluc.be/services/medicaux/geriatrie>

Le Programme de Soins pour le patient Gériatrique est un partenaire de choix lorsqu'il s'agit de soins à la personne âgée. Son implémentation au sein d'un hôpital Universitaire comme les Cliniques Saint Luc, lui permet de participer à divers projets. Certains d'entre-deux sont initiés par le service de gériatrie même (rencontre de gériatrie, delirium, ...), d'autres en collaboration avec d'autres disciplines (Onco-gériatrie, consultation pré-TAVI, pré-habilitation, collaboration avec les Urgences...).

Les détails de ces collaborations sont disponibles plus loin dans ce document.

## Cadre légal

Pour le programme de soins gériatrique, nous serons attentifs aux lois suivantes :

**L'AR du 23 OCTOBRE 1964. – Arrêté Royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre ( Annexe 1 )**

***Art. N20. Introduit par AR 1984-04-12/41, art. 1, §1, 002; En vigueur : 28-04-1984> Normes spéciales pour le service de Gériatrie.***

1. L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à **l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation**, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités :

- de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;
- de recours aux services médicotechniques;
- de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle susmentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur(...)

2. Le patient gériatrique est hospitalisé dans le service soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection. Le patient gériatrique est atteint d'une pathologie multiple, qui sans traitement approprié, est de nature à **le rendre invalide et à prolonger le séjour à l'hôpital**.

3. Outre l'hospitalisation de malades gériatriques au cours de la phase aiguë de leur affection, ce service assure aussi l'hospitalisation prolongée de malades gériatriques **dans une phase sub-aiguë**, encore évolutive et non stabilisée pour laquelle des soins spécialisés sont nécessaires. **L'âge moyen des patients d'un service de gériatrie est au moins de 75 ans.**

4. Tout le fonctionnement du service sera au point de vue médical, infirmier et paramédical toujours axé sur une application d'un traitement actif permettant de le renvoyer au plus tôt dans un état de rétablissement optimum de son potentiel physique, psychique et social. L'hospitalisation dans le service G ne peut en aucun cas être une hospitalisation de longue durée pour des personnes âgées. En principe, **la durée moyenne du séjour** dans le service G ne peut être supérieure à 45 jours.

5. Le service G doit disposer sur place **du personnel et de l'équipement nécessaire** pour remplir cette tâche dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions.

- I. Normes architectoniques. (...)
- II. Normes fonctionnelles. (...)
- III. Normes d'organisation. (...)

**L'AR du 29 JANVIER 2007. – Arrêté Royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers *Dernière modification le 26.03.2014* (Annexe 2)**

(...)

#### **Article 3.**

Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes :

- 1° fragilité et homéostasie réduite;
- 2° polypathologie active;
- 3° tableau clinique atypique;
- 4° pharmacocinétique perturbée;
- 5° risque de déclin fonctionnel;
- 6° risque de malnutrition;
- 7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;
- 8° problèmes psychosociaux.

#### **Article 4.**

[Tout patient de plus de 75 ans admis à l'hôpital, fait l'objet d'un dépistage permettant de déterminer s'il répond à un des critères visés à l'article 3 et s'il doit être inclus ou non dans le programme de soins.

Tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé dans l'hôpital fait l'objet, par un membre de l'équipe de l'unité où le patient séjourne, d'un dépistage au moyen d'un instrument scientifiquement validé afin de vérifier s'il répond à l'un des critères visés à l'article 3, et s'il doit être inclus dans le programme de soins. Il en est fait mention dans le dossier du patient.

**\*Tout patient de moins de 75 ans hospitalisé dans l'hôpital et qui présente des signes de vulnérabilité visés à l'article 3, peut également faire l'objet du dépistage visé à l'alinéa précédent.**

Si, en cas de score positif au dépistage visé au premier ou au deuxième alinéa, il n'est pas fait appel à l'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique, la raison en est notée dans le dossier du patient.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par patient hospitalisé: « le patient admis dans un hôpital et qui y accomplit un séjour ».]2

#### **Article 5.**

Le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

**L'AR du 10 NOVEMBRE 1967.- Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. (Annexe 3)**

**CHAPITRE Ier.** L'exercice de l'art médical et de l'art pharmaceutique.

**CHAPITRE Ibis.** L'exercice de la kinésithérapie.

**CHAPITRE Iter.** L'exercice de l'art infirmier.

(...)

**CHAPITRE Iersexies.** L'exercice de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique

**CHAPITRE II.** L'exercice des professions paramédicales.

(...)

## Public Cible

La gériatrie s'adresse principalement au patient âgé de 75 ans et plus. Ce n'est pas uniquement l'âge qui définit le patient « gériatrique » mais plutôt un ensemble de caractéristiques qui forme un profil particulier, ainsi que rappelé dans l'article 3 de l'AR di 29 janvier 2007:

- Souffrir de plusieurs maladies ou d'une maladie chronique
- Prendre de nombreux médicaments
- Être à risque de présenter une réponse différente aux médicaments
- Être à risque de se dénutrir
- Être à risque d'avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes
- Être à risque de présenter des difficultés psychologiques et sociales
- Être à risque de chute

Ces caractéristiques participent à la fragilité, c'est-à-dire la diminution des réserves de l'organisme, et au risque de déclin fonctionnel des personnes âgées. L'hospitalisation pour un problème de santé aigu est un moment qui exacerbe le risque et expose à l'apparition de problèmes spécifiques tels que

- Les chutes
- Le delirium (ou syndrome confusionnel aigu)
- L'incontinence
- La dénutrition, la déshydratation
- Les troubles de la mémoire
- La dépression

Ces problèmes de santé, appelés des syndromes gériatriques, s'ajoutent à la maladie aiguë. Les équipes de gériatrie sont spécialisées dans les soins aux personnes âgées développant ces syndromes.

## Notre vision, nos missions

En lien avec la mission des Cliniques Universitaires Saint Luc et les valeurs qu'elles développent, le service de gériatrie a souhaité mener une réflexion au sein de ses équipes sur les valeurs qui les animent.

En novembre 2018, un processus de définition des valeurs a été mis en place. Ce processus pluridisciplinaire, a été le sujet d'une communication au congrès GEFERS (Bordeaux, octobre 2019) par Manon Lehaire (infirmière) et Sophie De Dobeleeer (ergothérapeute).

Vous trouverez ci-dessous 5 valeurs qui représentent la culture du service de Gériatrie. Ces 5 valeurs n'ont aucun ordre d'importance particulier, au contraire, elles sont à lire sur un même pied d'égalité. Elles ont été sélectionnées pour et par l'équipe.

Chaque valeur est clairement définie, pour l'équipe, mais aussi pour les patients et/ou leur entourage. Ces définitions sont des principes qui nous servent de guides dans notre pratique quotidienne. Vous pourrez, peut-être, observer que tous ces principes ne sont pas encore réalisés de façon optimale. Ceci est tout à fait normal, un des objectifs d'un référentiel de valeur étant d'être vecteur d'amélioration des pratiques, de donner une direction au service.

Ces valeurs ne sont pas une notion immuable. En effet, nous tenterons de les faire évoluer en équipe, avec les patients et leur entourage et avec la société.

### **AUTONOMIE**

#### **Pour le patient :**

- Nous respectons et encourageons le patient dans sa capacité à faire des choix
- Nous informons le patient afin qu'il puisse faire des choix éclairés
- Nous adaptons l'environnement afin de permettre au patient d'être le plus indépendant et autonome possible
- Nous utilisons au maximum les capacités du patient afin qu'il puisse participer au mieux à sa vie quotidienne, au maintien de ses capacités
- Nous nous adaptons au rythme du patient afin de faciliter sa participation

#### **Pour l'équipe :**

- Nous nous formons à de nouvelles approches, techniques et cultivons des connaissances qui nous permettent d'être autonomes et d'améliorer notre travail
- L'esprit d'initiative est une qualité que nous recherchons car elle permet l'amélioration des pratiques
- Nous faisons preuve d'une certaine flexibilité et nous sommes polyvalents

## BIENVEILLANCE/HUMANITÉ

### Pour le patient :

- Nous prodiguons des soins à dimension humaine dans le service :
  - En respectant le patient et sa dignité,
  - En adoptant une attitude empathique et d'écoute,
  - En acceptant le patient dans sa différence, sa diversité culturelle et spirituelle, ses limites
  - En assurant une communication adaptée et claire avec le patient
- Nous intégrons la notion de qualité de vie pour le patient dans toutes nos propositions de soins

### Pour l'équipe :

- Nous écoutons nos coéquipiers, nous nous intéressons à eux et apprenons à leur côté. Nous donnons un espace d'expression à chacun.
- Nous favorisons un climat de confiance en nous montrant bienveillants les uns envers les autres.
- Nous nous soutenons dans les difficultés et veillons au bien-être de tout un chacun.
- Nous respectons le rythme et les différences de chacun dans l'équipe pour en faire une force.

## COLLABORATION

### Pour le patient :

- Nous faisons du patient un acteur et partenaire de soin en l'intégrant lui et son entourage dans le processus de décision et en s'assurant que son avis, avec ses limites, est pris en compte.
- Nous ouvrons le dialogue avec le patient, et son entourage, pour connaître ses besoins, ses préférences.

### Pour l'équipe :

- Nous interagissons entre différents professionnels de santé, en équipe. Nous travaillons ensemble vers un même objectif. Cela, en reconnaissant les compétences de nos collaborateurs et en interpellant les bonnes personnes = le travail en interdisciplinaire.
- Nous donnons un espace et des moments d'expression à chaque membre de l'équipe.
- Nous partageons les informations utiles et le savoir en optimisant les moments d'échange.
- Nous travaillons sur des projets en interdisciplinarité.
- Nous avons l'esprit d'équipe

## RESPECT

### **Pour nos patients :**

- Nous respectons le patient en s'adaptant à sa culture, à ses croyances, à ses différences.
- Nous portons attention au rythme du patient.
- Nous respectons la pudeur et l'intimité de la personne.
- Nous traitons le patient avec dignité et politesse.

### **Pour l'équipe :**

- Nous accueillons les idées de chacun et ce sans jugement.
- L'écoute entre les collègues est essentielle.
- Nous respectons le rôle propre de chacun et les divergences d'opinion.

## L'équipe pluridisciplinaire du PSG

Cette équipe tend à travailler en **interdisciplinarité**. Si chaque soignant, chaque métier a ses compétences propres, celles-ci complètent celles de ses collègues dans le sens d'une intégration. Le travail en équipe interdisciplinaire apporte plus que la somme du travail de chaque membre de cette équipe. Cette même dynamique se retrouve dans chacune des composantes du PSG.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire de gériatrie participent aux missions académiques du service de gériatrie des CUSL.

Les compétences et rôles spécifiques de chaque profession sont néanmoins développés ci-dessous.

### Coordination

- [Pr. Pascale Cornette](#) - Gériatre, Cheffe de service, Responsable du PSG
- [Mme. Clémence van der Bruggen](#) - Infirmière en Chef, Responsable du PSG.

Ces responsables du PSG assurent, tels que définis par l'AR du 29 JANVIER 2007 :

- La rédaction et actualisation du Manuel Gériatrique,
- La rédaction et actualisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le Manuel
- Le respect des normes fixées dans les AR
- L'enregistrement des données gériatriques
- La continuité des soins, notamment par la circulation des données sur le patient
- L'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et le compte rendu de celle-ci

Ils sont également les garants de la cohésion, de l'uniformisation, de la cohérence et de l'optimisation du travail pluridisciplinaire du service de Gériatrie au sein des Cliniques Universitaires Saint Luc.

## Équipe médicale

### Géiatres

Pr. Benoit Boland - Pr. Pascale Cornette (cheffe de service) - Pr. Isabelle De Brauwer - Dr. Isabelle Gilard – Dr. Sophie Marien - Dr. Emilie Meert

### CONSULTANTS

Dr. Jacqueline Van Raemdonck

Les géiatres :

- Sont compétents pour soigner les pathologies spécifiques des personnes âgées et très âgées.
- Intègrent la polyopathie, les interactions des maladies entre-elles.
- Sont des spécialistes des syndromes gériatriques comme les chutes, la malnutrition, les troubles de la mémoire, ...
- Rationnalisent les traitements médicamenteux
- Sont des spécialistes de la complexité avec pour objectif de favoriser la qualité de vie et préserver l'autonomie des patients
- Coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

L'équipe médicale comprend également des Médecins Assistants Candidats Spécialistes, en spécialisation de Médecine Interne ou de Gériatrie, ils travaillent dans les différents axes sous la supervision d'un géiatre.

## Équipe infirmière

### Infirmier.e.s en chef des unités d'hospitalisation (IC)

Marie-Christine Heyndrickx (IC U23) - Nadine De Man (IC U24) - Liliane Kabale (IC Adjointe) - Clémence van der Bruggen (IC Hôpital de jour et Gériatrie de liaison)

- Soutiennent, organisent et coordonnent les activités des unités de soins

### Infirmier.e.s

Plusieurs infirmier.e.s évoluent au travers des différents axes de Gériatrie, 30% d'entre eux sont porteurs du titre d'infirmier spécialisé en gériatrie, gérontologie et psychogériatrie.

- Assurent des prestations de soins et développent une expertise spécifique dans la prévention, détection et prise en charge des syndromes gériatriques
- Conçoivent des projets de santé
- Utilisent une démarche scientifique
- Assurent une communication professionnelle

### Aides-Soignant.e.s

Les aides-soignantes évoluent dans les deux unités d'hospitalisation gériatrique.

- Privilégient l'autonomie et l'indépendance du patient
- Aident aux Activités de base de la Vie Quotidienne comme la toilette et l'habillage
- Développent une compétence dans la prise en charge et le suivi de l'incontinence
- Développent une attention particulière aux aspects nutritionnels (prise des repas, suivi des documents de bilans alimentaires, etc.)
- Compétences particulières pour le travail en collaboration avec les autres métiers.

## Equipe Paramédicale

### Kinésithérapeutes

Jennifer Devos- Guy Jacoby- Olivier Vandebossche

- Rééducation locomotrice en vue d'améliorer les qualités fonctionnelles, et, conserver, recouvrer ou améliorer l'autonomie
- Evaluation du risque de chute
- Kiné respiratoire
- Soins de confort

## Ergothérapeutes

Sophie Dedobbeleer – Mathilde Gouget –Emmanuelle Wasterlain- Florence Tancre

- Favorisent et maintiennent l'autonomie et l'indépendance dans les Activités de la Vie Quotidienne
- Évaluent et accompagnent la personne âgée d'un point de vue moteur, environnemental et cognitif
- Réalisent des concertations avec les patients, leur entourage, les membres de l'équipe
- Proposent des adaptations du domicile aux problèmes de santé
- Donnent des conseils pour les aides techniques et humaines
- Participent à l'élaboration du projet de sortie

## Neuropsychologue

Violette De Ryck

- Évalue les fonctions cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives, praxies, ...) à l'aide de tests et d'observations cliniques
- Suit les troubles et difficultés au quotidien, pour les patients et leurs proches
- Anime un programme pour aborder les difficultés liées à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées rencontrées dans le quotidien par les proches
- Conseille en vue d'optimiser le vieillissement cognitif pathologique ou non

## Psychologues

Pauline Chauvier - Leila Rokbani

- Évaluation de toute psychopathologie (dépression, anxiété, ...)
- Écoute, suivi et soutien psychologique.
- Accompagnement du patient et de sa famille (entourage)
- Démarrage, introduction, ébauche, ... d'un travail psychothérapeutique
- Prise en charge en fonction de la demande du patient et de ses proches, de l'équipe soignante et des difficultés au quotidien (liées au vieillissement ou non).

## Assistant·e·s Sociales

Françoise Cochez – Bénédicte Mortier

- Évaluation des ressources psychosociales
- Prévention et sensibilisation
- Écoute et soutien du patient et de sa famille
- Informations et accompagnement dans les démarches
- Propositions d'aides et conseils par rapport au projet de vie
- Élaboration d'un projet avec le patient, son entourage et le réseau de professionnels existant hors de l'hôpital

## Diététicien·ne·s

Marine Etienne – Alix Deruette

- Évaluation de l'état nutritionnel des patients et prévention de la dénutrition.
- Adaptation des menus aux habitudes alimentaires des patients et à leurs besoins nutritionnels.
- Prévention des fausses déglutitions en adaptant la texture des repas en collaboration avec les logopèdes.
- Suivi des patients le temps de l'hospitalisation et lors de leurs transferts vers le domicile ou autres institutions (dossier diététique détaillé).
- Intégration de la prise en charge nutritionnelle dans une dynamique pluridisciplinaire autour du patient (projet thérapeutique, mode de vie, autonomie,...)
- Rencontrer les aidants-proches si nécessaire.

## Logopèdes

Sylvie François - Valentine Deslanges - Anna Petrov - Catherine De Menten- Audrey Fiack

- Evaluation de la déglutition
- Éducation et information du patient et l'entourage.
- Adaptation de la texture
- Rééducation de la déglutition
- Formation des équipes à la dysphagie

## Pharmacien.ne.s Clinicien.ne.s

Olivia Dalleur - Fanny Vaillant - Caroline van de Velde

- Optimisation des traitements médicamenteux :
  - ✓ Validation des prescriptions
  - ✓ Analyse d'interactions, incompatibilités
  - ✓ Ajustement de dose
  - ✓ Suivi de protocoles thérapeutiques (antibiothérapie)
- Anamnèse médicamenteuse
- Éducation thérapeutique
- Vérification du traitement médicamenteux à la sortie du patient (réconciliation médicamenteuse)
- Participation aux réunions interdisciplinaires
- Formation des stagiaires pharmaciens, des étudiants en master en médecine, des médecins en formation spécialisée.

## Les cinq composantes du PSG

### Les 2 unités d'hospitalisation : US23 et US24



### Objectifs

Les unités d'hospitalisation en Gériatrie assurent une prise en soins globale et multidisciplinaire de la personne âgée de plus de 75 ans poly pathologique présentant un risque de perte d'autonomie.

Le double objectif de ces unités d'hospitalisation de gériatrie est d'accueillir des patients

- « **Aigus** », c'est-à-dire admis directement en unité de gériatrie depuis la salle d'urgence ou à la demande du médecin généraliste.
- « **Subaigus** », c'est-à-dire dont l'hospitalisation a débuté dans d'autres unités non gériatriques (chirurgie, médecine ou soins intensifs avec des séjours longs et complexes, ...), chez qui l'on observe la persistance d'une instabilité ou d'une pathologie aiguë qui nécessite le maintien d'une surveillance technique et d'être suivi par une équipe pluridisciplinaire experte dans la prise en charge de patients âgés fragiles. Le transfert intra-muros suit l'algorithme de transfert intégré plus loin.

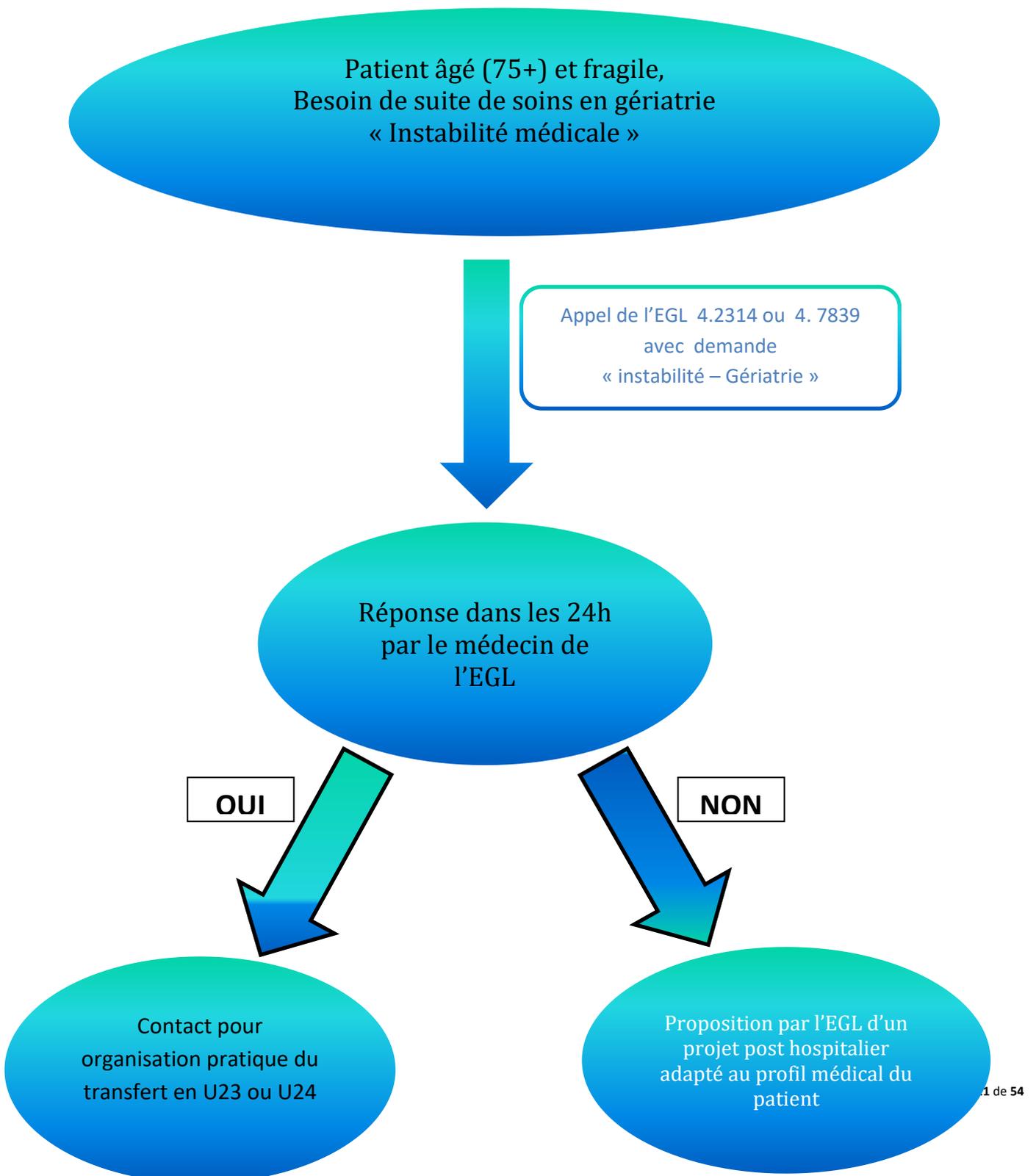
## Informations générales

L'Annexe 4 reprend les brochures d'accueil des unités de soins.

- Ces deux unités se situent au deuxième étage de la tour d'hospitalisation (route 23 et 24).
- L'admission des patients peut avoir lieu 24h/24 depuis la salle d'urgence.
- Les heures de visites sont organisées dans chaque unité de 12h à 21h.
- Les gériatres et assistants se rendent disponibles pour les familles dans chaque unité de gériatrie, tous les jours entre 16h30 et 17h30.
- Le médecin généraliste est contacté, le plus souvent par téléphone, au moins une fois au cours du séjour. Sa visite est bienvenue dans l'unité et il est invité à la concertation pluridisciplinaire hebdomadaire.
- Selon les nécessités médicales et en accord avec le patient qui y participe, des réunions de famille peuvent être organisées. Les familles (ou personne de référence) sont informées sur les évaluations pertinentes des différents soignants et participent à l'élaboration du projet de sortie. Participent à ces réunions l'assistant·e sociale, le médecin gériatre, la psychologue, l'infirmier·e ou l'ergothérapeute.
- Le gériatre décide de la sortie des patients. Celle-ci est préparée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, en collaboration avec le patient et sa famille.
- Les documents de sortie comprennent:
  - Un rapport détaillé adressé au médecin traitant avec le plan de soins de sortie
  - Un rapport infirmier (macro-cible de sortie) pour la poursuite des soins infirmiers
  - Les différents rapports pluridisciplinaires (Kinésithérapeute, Ergothérapeute, diététicien·ne, Logopède)
  - Un Résumé pour le Patient contenant
    - Un tableau récapitulatif du traitement médicamenteux
    - Les prescriptions de médicaments et demandes de soins éventuelles
    - Les rendez-vous en consultation externe si nécessaire.
- Grâce à nos assistant·e-s sociales, le service de gériatrie est en contact régulier avec les unités gériatriques des hôpitaux partenaires, les équipes d'aide au domicile, les maisons de repos.
- Les membres du PSG mettent tout en œuvre afin d'optimiser la cohérence de la prise en charge et la continuité des soins pour le patient âgé que ce soit au domicile ou en maison de repos.

## Algorithme du transfert intra-muros en gériatrie U23-24 pour suite de soins

*Dans tous les cas, la demande d'hospitalisation doit être faite par un médecin.*



## L'équipe pluridisciplinaire des Unités de soins

✚ 4 Gériatres supervisent les 2 unités de gériatrie. Soit 1 gériatre pour 14 patients.

Sont répartis sur les deux unités

✚ Jusqu'à 41 ETP infirmiers.

✚ Jusqu'à 10,45 ETP Aides-soignants.

✚ 2,7 ETP Kinésithérapeutes.

✚ 2,25 ETP Ergothérapeutes.

✚ 1 ETP Psychologue

✚ 1 ETP Assistantes-sociales

✚ 3 ETP Pharmacien·nes Clinicien·nes

✚ 1 ETP Diététicien·ne dont l'activité est répartie sur l'ensemble des axes du PSG

✚ 1 Logopède qui assure le suivi des patients dans l'ensemble du PSG.

Viennent compléter cette équipe pluridisciplinaire :

✚ 2 Assistants En Logistique et 1 Aides Infirmières Administratives répartis sur les deux unités.

✚ L'aumônerie

✚ Des volontaires qui se relaient au service des patients pour leur apporter présence et soutien.

## La liaison interne gériatrique (EGL)



### Généralités

L'EGL est une équipe de **seconde ligne** qui propose son expertise aux autres services de l'hôpital pour les patients âgés fragiles hospitalisés en-dehors des unités de gériatrie.

La liaison interne intervient à la demande des unités de soins et accompagne celles-ci dans la résolution de problèmes typiquement gériatriques. Elle aide également à prévenir les syndromes gériatriques et peut réaliser une évaluation globale et pluridisciplinaire pour revoir le projet thérapeutique et préparer la sortie de l'hôpital.

Tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé aux Cliniques Universitaires Saint Luc, fait l'objet, par un membre infirmier de l'unité où le patient séjourne, d'un dépistage au moyen d'un instrument validé (ISAR = Identification de **S**énior **A** Risque) afin de déterminer s'il est à risque potentiel de déclin fonctionnel et si l'EGL doit être activée. Cette échelle **ISAR** fait partie intégrante de l'anamnèse infirmière, cela contribue à tendre vers une systématisation de l'évaluation du risque de déclin et, le cas échéant, de l'activation de l'EGL par les infirmier.e.s des unités de soins (**voir algorithme page 27**).

Pour activer l'EGL, il est nécessaire de prescrire une demande d'avis de liaison en justifiant au mieux la demande. Les infirmier-es garde la possibilité de rappeler l'unité de soin afin d'approfondir la question initiale. Les demandes doivent donc être signées et commentées.

Une brochure explicative à destination des patients et/ou de leur famille est disponible en Annexe 5

### Comment joindre l'EGL ?

Via le numéro de téléphone :

02/764.78.39 (EGL)

02/764.23.14 (Assistants en Gériatrie)

Adresse mail : [geriatrieliason-saintluc@uclouvain.be](mailto:geriatrieliason-saintluc@uclouvain.be)

## Rôle de l'équipe de gériatrie de liaison

L'EGL réalise **une sensibilisation et une information du personnel infirmier et paramédical des unités** de soins hors unité de gériatrie sur les besoins et soins spécifiques des personnes âgées fragiles.

Il importe de

- ✓ Discuter avec le collègue, pour recueillir des informations précises sur le patient et sur le(s) motif(s) d'appel de la liaison, en invitant à formuler des questions.
- ✓ Evaluer si le patient présente ou non un profil gériatrique, après le dépistage réalisée par les infirmier.e.s des unités de soins (hors gériatrie) et ayant justifié l'appel de l'EGL.

L'EGL répond aux demandes spécifiques **concernant les soins aux personnes âgées**.

L'EGL réalise une **Evaluation Gériatrique pluridisciplinaire Standardisée (EGS – Annexe 6)** des patients dépistés à risque dans les unités de soins.

Sur base de cette EGS, elle peut :

- ✓ Fournir des recommandations à l'équipe de soins durant l'hospitalisation par le biais de divers canaux de communication (échange verbal, Note pluridisciplinaire)
- ✓ Fournir des recommandations au médecin spécialiste durant l'hospitalisation via la lettre informatisée pluridisciplinaire, et via un feed-back verbal réalisé par l'assistant de gériatrie/le gériatre.
- ✓ Etablir des recommandations à l'usage du médecin généraliste traitant, si retour dans son lieu de vie) ou du médecin réadaptateur si séjour de réadaptation.

Les patients vus par l'EGL sont les sujets d'une **concertation pluridisciplinaire quotidienne**.

L'EGL **participe à la diffusion de l'approche gériatrique** au sein des CUSL par son activité quotidienne au sein des équipes mais aussi de façon plus formelle par la participation aux activités de formation continue du département infirmier ou du service de gériatrie.

## L'équipe pluridisciplinaire de l'EGL

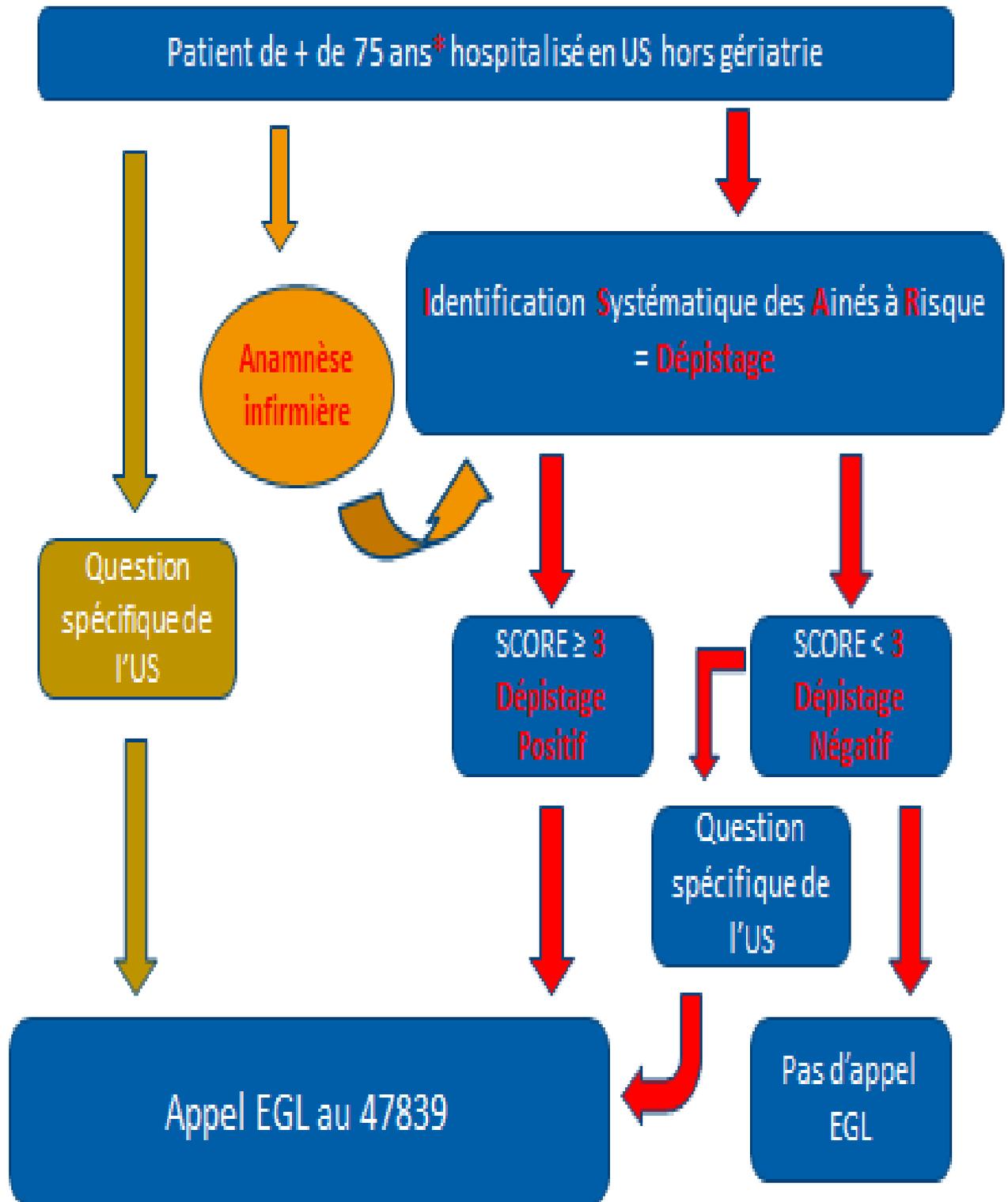
### Permanents :

- ✚ 1 gériatre et 1 MACCS de gériatrie
- ✚ 2,85 ETP infirmier.e.s
- ✚ 0,5 ETP ergothérapeute

### En collaboration :

- ✚ Kinésithérapeute : Peut être activé afin de réaliser des évaluations fonctionnelles, bilans de chutes. Il collabore toujours avec les kinésithérapeutes des unités de soins dans lesquelles se trouve le patient.
- ✚ Psychologue : Les suivis psychologiques des patients vus en EGL sont assurés par les psychologues des unités de soins au sein desquelles les patients sont hospitalisés.
- ✚ Assistante Sociale : Les problématiques sociales sont gérées par les assistantes sociales des unités de soins au sein desquelles les patients sont hospitalisés.
- ✚ Diététicien.ne : Les infirmiers de l'EGL évaluent les difficultés nutritionnelles et travaillent en collaboration avec les diététiciens de chaque unité de soins
- ✚ Logopède : Est appelable en cas de doute sur les capacités de déglutition et de langage des patients

### Algorithme décisionnel de l'appel à l'équipe de liaison gériatrique



## Les différents motifs d'appel à l'EGL, précisions et spécificités.

Appel infirmier Prescription par les infirmier.e.s ou autres collègues des unités de soins, pour toute demande en lien avec la santé du patient âgé : un bilan de chute, ISAR $\geq$ 3, une confusion aiguë/delirium, (CFR. page 26 Algorithme décisionnel de l'appel à l'équipe de liaison gériatrique ).

Appel médical : Le médecin en charge du patient (le spécialiste et/ou le médecin assistant) fait appel à l'EGL pour un avis expert (question spécifiquement médicale ou pluridisciplinaire). Via une prescription ou en appelant l'infirmier.e en première ligne ou l'assistant de gériatrie de l'EGL

Appel pour un transfert en gériatrie : Lorsque les patients qui sont hospitalisés (hors gériatrie y compris soins intensifs) sont sortis de la phase aiguë initiale pour laquelle ils ont été admis dans le service de spécialité et qu'ils nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire gériatrique (hors contexte exclusif de réadaptation), ces patients peuvent être transférés dans nos unités de gériatrie. Le médecin de l'unité en charge du patient, demande l'avis du Gériatre de l'EGL (4.2314). (Cfr. Page 21 Algorithme du transfert intra-muros en gériatrie U23-24 pour suite de soins.)

Appel pour évaluation gériatrique dans le cadre d'un bilan pour Sténose Aortique Serrée : ( Précisions à la page 37). Lors de l'hospitalisation en cardiologie d'un patient dans le cadre d'un bilan pré-TAVI, une évaluation gériatrique standardisée est réalisée soit en Gériatrie de Jour soit, en chambre dans le service de cardiologie, par l'EGL. Les rendez-vous sont organisés par l'infirmière coordinatrice de soins en cardiologie.

Appel pour évaluation gériatrique en vue d'une discussion multidisciplinaire onco-gériatrique (Précisions à la page 38). La demande d'anamnèse gériatrique standardisée dans un cadre oncologique, pour un patient présentant une maladie cancéreuse, peut être activée par un médecin ou par un.e Coordinatrice de Soins Oncologiques (CSO). Un dépistage de la fragilité spécifique à ce contexte, par le score **G8** (voir Document d'évaluation G8, Annexe 7), **doit avoir été réalisé pour justifier la demande**. La demande est formulée par téléphone, mail, et toujours via une prescription médicale.

Appel par le service des urgences : Le service des urgences peut prescrire le passage de la liaison interne gériatrique (voir page 40) lorsque le patient, identifié comme à risque, est hospitalisé dans une unité des CUSL hors gériatrie. Cela permet d'anticiper l'évaluation et les conseils, ainsi que de mieux programmer le suivi du patient.

Appel pour les patients âgés souffrant d'une fracture du col du fémur : Les fractures du col du fémur sont majoritairement consécutives à des chutes. Ces événements indésirables sont des alertes permettant de détecter et de prévenir l'apparition de syndromes gériatriques. Les médecins des urgences informent l'EGL de la présence de ce type de diagnostic pour tout patient âgé hospitalisés.

## L'hospitalisation de jour gériatrique (HJG)



### Objectifs

L'hôpital de jour peut-être une alternative à l'hospitalisation et permet de réaliser, en une ou deux journées, l'ensemble des examens et visites nécessaires à une mise au point gériatrique.

L'admission en hôpital de jour gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste ou spécialiste, ou après une consultation gériatrique.

### Organisation de l'HJG

Le patient est accueilli par l'infirmière qui prend les paramètres, réalise si nécessaire une prise de sang et entame l'anamnèse gériatrique standardisée.

L'équipe pluridisciplinaire rencontre le patient en fonction des besoins. Cette équipe, outre les **gériatres** et les **infirmier.e.s** est composée de **kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'une neuropsychologue, d'une logopède, d'une psychologue et d'une diététicien.ne**.

Au cours de la journée, différents examens peuvent être réalisés en fonction des nécessités: radiologie, consultation (autre spécialiste, infirmière ressource pour les plaies ou pour les problèmes d'incontinence urinaire)

Un service de brancardage assure le transport du patient aux différents examens.

Un repas, uniquement pour le patient, est prévu à midi (différentes possibilités s'offrent à l'accompagnant pour qu'il se procure de quoi se sustenter dans les cliniques). Une salle à manger est à disposition du patient et de son accompagnant dans le service.

Une volontaire contribue également à faire de la journée du patient un moment convivial.

Au terme du bilan, une réunion pluridisciplinaire a lieu et une conclusion provisoire est établie par le gériatre avec une proposition de plan de soins adressée au médecin traitant. Celui-ci est invité à participer à cette concertation, s'il le peut.

Une brochure explicative à destination des patients et/ou de leur famille est disponible en Annexe 8.

## L'équipe pluridisciplinaire de l'HJG.

### Permanents :

- ✚ 3 gériatres, 2 MACCS de gériatrie
- ✚ 0.5 ETP neuro Psychologue
- ✚ 1.94 ETP infirmier.e.s
- ✚ 0,5 ETP ergothérapeute

### Sur activation :

- ✚ Kinésithérapeute
- ✚ Diététicien.ne
- ✚ Logopède
- ✚ Psychologue

## Motifs d'admissions en HJG

- ✓ Mise au point médicale globale sans être hospitalisé, avec différents examens et une évaluation pluridisciplinaire si nécessaire.
- ✓ Mise au point et prise en charge de problèmes fréquents chez la personne âgée :
  - Troubles de la mémoire
  - Perte de poids, troubles de l'appétit
  - Bilan de chutes, pertes d'équilibre
  - Problèmes urinaires
  - Bilan de douleurs
  - Troubles du sommeil, insomnie
  - Bilan d'anémie
- ✓ Suivi après une hospitalisation, avec l'accord du médecin traitant, que cette hospitalisation ait eu lieu dans un service de gériatrie ou non. Les médecins estimant qu'un suivi est nécessaire, pour évaluer la mise en place d'un traitement, le suivi de recommandations ou l'avancée d'une rééducation, prévoient une visite, à distance du retour en lieu de vie, à l'hôpital de jour.
- ✓ Suivi, évaluation après un passage aux urgences des Cliniques si le médecin urgentiste l'estime nécessaire, en accord avec le médecin traitant du patient.
- ✓ Recevoir un traitement spécifique telle qu'une transfusion, une perfusion d'un médicament ou pour un pansement compliqué.
- ✓ Evaluation gériatrique dans le cadre d'un bilan pour Sténose Aortique Serrée, avant une hospitalisation programmée en cardiologie, demandée par l'infirmière coordinatrice TAVI (par mail).
- ✓ Evaluation gériatrique en vue d'une discussion multidisciplinaire onco-gériatrique. La demande d'évaluation OncoG est adressée par le médecin oncologue ou la/le CSO (Coordinatrice de Soins Oncologiques). Un dépistage de la fragilité par le score G8 (voir Document d'évaluation G8 dans le PACO) doit avoir été réalisé pour justifier la demande.
- ✓ Evaluation de pré -habilitation : En cas de G8 positif, les patients inclus dans le programme de pré -habilitation (voir page...) seront évalués à l'HJG lors d'une de leur journée d'évaluation ou de rééducation.

## Comment joindre l'HJG

Pour fixer le rendez-vous, il suffit de téléphoner au 02 / 764.24.53 durant les jours ouvrables pendant l'ouverture du service, de 09h à 17h.

Lors du premier contact téléphonique, la demande est exposée à l'infirmier.e. qui programme le rendez-vous en fonction du bilan demandé par le médecin. Une confirmation de ce rendez-vous est envoyée par courrier postal. ( Annexe 9 : lettre type de confirmation de rendez-vous pour un bilan pluridisciplinaire.

Nous demandons, dans la mesure du possible, à l'aidant-proche (personne de l'entourage du patient qui le connaît bien et s'occupe habituellement de lui) de bien vouloir accompagner le patient dans le service. La présence de cet aidant est souhaitable car il peut compléter certaines informations

Le médecin traitant peut également se mettre en contact directement par téléphone ou par voie de mail avec l'HJG: [gdejour-saintluc@uclouvain.be](mailto:gdejour-saintluc@uclouvain.be)

### Accessibilité des locaux de l'Hospitalisation de Jour Gériatrique

Il est possible d'accéder au service soit par les Cliniques Saint-Luc, soit, plus facilement, par l'Institut Albert 1er – Reine Elisabeth.

Le parking Esplanade est tout proche.

L'HJG se situe au niveau -2 à la route 681.

## La consultation gériatrique



### Objectifs de la consultation gériatrique

Une consultation gériatrique est organisée tous les jours ouvrables dans les locaux de l'Hospitalisation de Jour gériatrique, route 681, entre 09h00 et 16h (voir supra).

Pour demander une consultation, le numéro de téléphone à composer est le 02/764 24 53.

Il s'agit d'un colloque singulier entre le gériatre et le patient dans le cadre d'une première visite chez un gériatre ou d'un suivi à intervalles réguliers qui permet de répondre à des problématiques ne nécessitant pas, d'emblée, l'aide de l'équipe pluridisciplinaire.

Certaines consultations sont réalisées dans différents contextes avec des objectifs spécifiques comme :

- ✓ La consultation pré-cognitive : Colloque singulier entre le gériatre et le patient dans le cadre de la préparation d'un futur bilan gériatrique axé sur des difficultés de mémoire. L'objectif de cette consultation est de cibler les actions nécessaires à réaliser lors de la future journée de bilan.
- ✓ Avis à la demande du médecin généraliste ou spécialiste concernant une problématique médicale liée à l'âge, concernant un traitement (médicamenteux ou non).

## La Liaison Externe Gériatrique (LEG)



### Objectifs

Développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins de première ligne et de réadaptation à travers **des accords de collaboration**.

Mettre les principes gériatriques et l'expertise gériatrique pluridisciplinaire à la disposition du médecin généraliste, et des prestataires de soins en dehors de l'hôpital.

Optimaliser la continuité des soins, éviter des admissions inutiles à l'hôpital.

Contribuer à la formation du personnel des structures partenaires

### Généralités

La liaison externe implique un partenariat fort avec le service social (SeSo) de l'hôpital. Le service de gériatrie peut compter sur la collaboration de deux assistantes sociales au sein même des unités d'hospitalisation de gériatrie (1ETP) et collabore avec les assistants sociaux des autres unités de soins si nécessaire. Le réseau de partenaires tissé par le SeSo des CUSL bénéficie au PSG.

Les assistantes sociales contribuent à l'optimisation de l'organisation des sorties d'hospitalisation. Elles visent à favoriser le maintien à domicile et/ou à trouver des structures d'encadrement les plus adaptées possibles et contribuent à réduire les re-hospitalisations.

Le secrétariat social organise la gestion des demandes de collaborations externes. Le SeSo et les responsables du PSG s'assurent de visiter les maisons de repos demandeuses, de prendre contact avec les gestionnaires.

Le PSG collabore également avec le service Auxad, pour « Auxiliaire à domicile » qui est contacté pour les personnes âgées isolées vivant à domicile. Ils s'assurent de la bonne coordination des aides mises en place depuis l'hôpital et restent en contact avec les patients pour leur apporter leur soutien et leur expertise.

## Les accords de collaboration :

### ❖ **Accords de collaboration fonctionnelle avec d'autres institutions hospitalières**

En dehors des Cliniques Universitaires Saint Luc, les gériatres maintiennent des liens étroits avec des collègues gériatres d'autres institutions de soins disposant de lits de gériatrie et se consacrant à la réadaptation. L'objectif principal est la continuité des soins pour les patients sortant des CUSL et qui nécessiteraient un séjour hospitalier de réadaptation.

#### ➤ Centre Hospitalier Valida (Valisana asbl)

Depuis Avril 2009, la collaboration du service de gériatrie avec le centre hospitalier Valida (Valisana asbl) est très étroite. Une convention de collaboration entre les deux services de gériatrie de Valisana asbl et les Cliniques Universitaires Saint Luc existe depuis 2010. Le Dr Paul, gériatre à Valida, est également maître de stage pour la gériatrie.

#### ➤ Centre de Revalidation Gériatrique (CRG-Erasme)

Même si la convention de collaboration médicale entre le service de gériatrie des CUSL et le CRG – Erasme est actuellement suspendue, les liens fonctionnels perdurent ainsi que la collaboration quotidienne pour la continuité des soins des patients des CUSL qui seraient admis au CRG.

### ❖ **Accord de collaboration avec cercle de médecins généralistes ( Annexe 10 )**

Le présent accord découle des exigences formulées par les différents arrêtés royaux afin de constituer un réseau de soins (liaison externe) et rencontrer les besoins généraux et spécifiques de la population âgée de Bruxelles et environs.

Les patients âgés à profil gériatrique doivent être inscrits dans un réseau de soins. L'épisode aigu qui justifie l'admission hospitalière s'inscrit le plus souvent dans un état de santé fragilisé, des pathologies chroniques, un risque de problèmes de santé en cascade pour la population visée par le PSG. Il importe de tenir compte de la situation antérieure du patient et des soins qu'il reçoit dans son lieu de vie (domicile indépendant ou institutions d'hébergement et de soins- MRPA et MRS- Maison de Repos pour Personnes âgées et Maison de Repos et de Soins). Il est également indispensable de s'assurer de la continuité des soins lors de la sortie du patient après une hospitalisation.

Cet accord permet de décrire les modalités de coopération entre les différents « fournisseurs de soin » requis par la loi. Cet ensemble de fournisseurs de soins coordonne son activité afin d'offrir à la population âgée une offre cohérente et de qualité en suivant un manuel de soins pluridisciplinaire. L'activité des différents fournisseurs de soins peut ainsi être évaluée qualitativement avec des démarches communes.

#### ➤ **Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)**

### ❖ **Accords de collaboration fonctionnelle avec MRPA – MRS ( Annexe 11)**

Au fil des ans, la gériatrie des Cliniques Universitaires Saint Luc a établi des liens formels de collaboration vers la première ligne dans le respect de l'annexe 1/B2/10/c de l'Arrêté Royal du 24 juin 1999 (MB 29-02-2000) modifiant l'A.R. du 02-12-1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins. Une convention en définit les grandes lignes d'un point de vue médicale, paramédicale, infirmière et de transfert de patients ou de résidents.

Ces accords de collaboration sont au 1 janvier 2021 au nombre de 23. Ils ont été renforcés/adaptés dans le décours de la pandémie. Ils ont été étendus à des MRPA du bassin de soins des CUSL Comme demandé par Iriscare.

### ❖ **Conventions Séjour de courte durée ( Annexe 12)**

Le service social contribue à établir ses conventions qui définissent les modalités d'admission et de prise en charge par la MRS en séjour temporaire de patients hospitalisé aux CUCL. En vue d'un retour à domicile ou autre projet qui répond aux besoins du patient.

Ces accords sont au 01 janvier 2021 au nombre de

### ❖ **Accord de collaboration avec les centres de soins de jour**

Cet accord définit les grandes lignes d'une collaboration en matière médicale, paramédicale, infirmière et sociale ainsi qu'en matière d'admissions de patients

- Le tableau récapitulatif des institutions conventionnés est disponible en Annexe 13

## Aspects formatifs

### ❖ Les rencontres de gériatrie

Les rencontres de gériatrie ont été initiées en novembre 2011. Initialement organisées le samedi matin, elles ont maintenant lieu certain jeudi après-midi, 3 fois par an.

Ces rencontres ont pour objectif de partager et enrichir les connaissances des différents intervenants des équipes pluridisciplinaires en gériatrie mais aussi des intervenants auprès des personnes âgées dans leur lieu de vie (domicile et Maison de Repos, MRS et MRPA). Elles permettent également des rencontres entre ces différents professionnels.

Un thème sert de fil conducteur, il est abordé, sous différents angles, de façon complémentaire, par différents métiers des équipes pluridisciplinaires. Des experts « extérieurs » apportent leurs connaissances.

Elles sont accréditées pour les médecins généralistes et les directeurs de MRS-MRPA. Elles sont reconnues par la cellule formation des CUSL comme module de formation continue pour les membres du nursing.

En Annexe 14 vous trouverez le tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie.

### ❖ Les rencontres du réseau :

Deux à trois fois par an, le service de Gériatrie des Cliniques Saint Luc organise une rencontre avec ses partenaires de réseau, c'est-à-dire les gestionnaires et responsables nursing, médecins coordinateurs, des MRS avec lesquelles il existe une convention de collaboration. Lors de ces réunions, l'accent est mis sur les échanges d'informations, de procédures, de valeurs. Ces rencontres facilitent la communication.

Tous les acteurs de terrain sont conviés pour aborder une thématique définie à l'avance.

L' Annexe 15 reprend les thèmes abordés lors des différentes rencontres.

### ❖ Les formations du réseau

Dans le cadre de notre accord, certaines formations organisées par les Cliniques ont été ouvertes au personnel des maisons de repos et des centres de soins partenaires.

Sujets abordés :

- PICCLINE

- COMMUNICATION AVEC LE PATIENT DEMENT
- LA COMMUNICATION DANS LE SOIN

## Le PSG au sein des Cliniques Universitaires Saint Luc

Le Programme de soins pour le patient Gériatrique est également actif au sein des mêmes de son institution. Afin de diffuser l'esprit et les connaissances spécifiques des soins aux patients âgés, plusieurs collaborations sont en place.

### Les collaborations internes

#### Les sténoses Aortiques serrées

Les patients souffrant de Sténose Aortique Serrée nécessitent une prise en charge interventionnelle par un chirurgien/ un cardiologue soit via une chirurgie dite classique soit via une voie moins invasive : Le TAVI.

Les critères de remboursement d'un tel acte implique plusieurs obligations et notamment une Evaluation gériatrique validée par un gériatre lors des concertations multidisciplinaires pour tout patient de plus de 75ans.

Dans ce cadre, nous avons mis en place une collaboration entre le département cardio-vasculaire et le service de gériatrie avec l'aide de l'infirmière responsable des TAVI.

Pour chaque patient âgé de plus de 75ans souffrant d'une sténose aortique, une anamnèse gériatrique standardisée sera réalisée par les infirmières. Le patient rencontrera également le gériatre (et/ou un des assistants seniors). Ces évaluations sont organisées soit au cours du séjour hospitalier pré opératoire par l'équipe de l'équipe de liaison gériatrique, soit en ambulatoire via l'Hôpital de jour Gériatrique.

Cette évaluation fait, après concertation pluridisciplinaire, l'objet d'un rapport écrit indiquant les conclusions mais également les propositions de plan de soins, soient les actions concrètes proposées pour la gestion des fragilités gériatriques mises en évidence lors de l'évaluation. Ce rapport est adressé aux spécialistes et au médecin généraliste du patient.

Chaque semaine, le gériatre participe à la concertation multidisciplinaire (Heart Team) avec les équipes cardiologiques.

## L'OncoGériatrie

Près de la moitié des cancers sont diagnostiqués après 75 ans. Une partie de ces patients âgés présentent des critères de fragilité. Ces caractéristiques doivent être prise en compte pour proposer aux patients âgés cancéreux le traitement, le plan de soins le plus adapté à leurs pathologies. Ce plan de soin implique une évaluation gériatrique multidisciplinaire. L'Oncologie et la Gériatrie collaborent donc à sa réalisation.

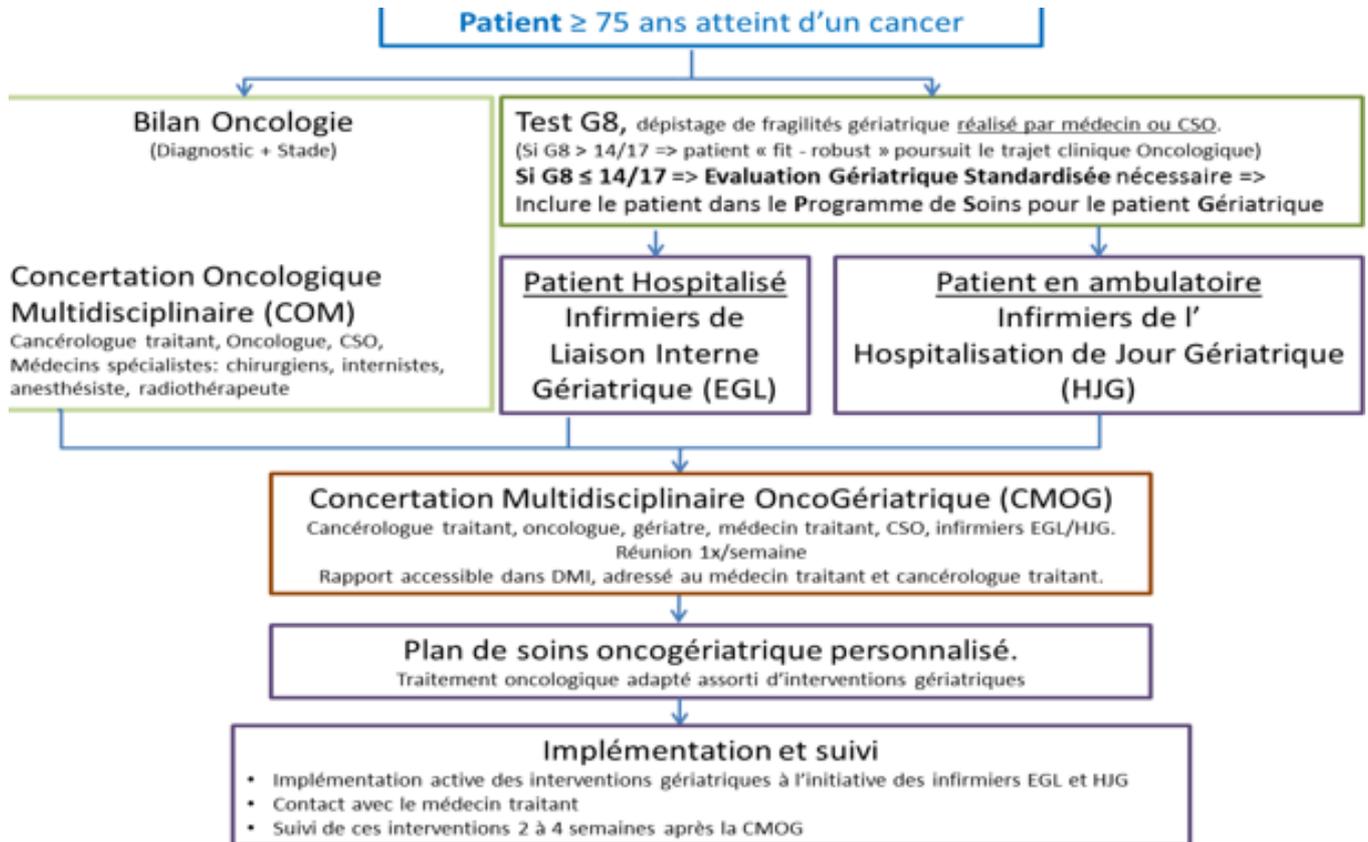
Un algorithme de prise en charge est défini (voir page suivante). Le patient est dépisté comme à risque et devant bénéficier d'une évaluation gériatrique par une échelle de dépistage, le G8 (voir annexe 7). Ce dépistage peut être réalisé par le médecin généraliste, le cancérologue, le Coordinateur de Soins Oncologique (CSO voir liste sur PaCo). Si le dépistage est positif, une évaluation gériatrique est organisée soit lors de l'hospitalisation (via l'équipe de liaison gériatrique) soit en ambulatoire à l'Hôpital de jour Gériatrique.

Cette évaluation gériatrique est réalisée en parallèle de l'évaluation oncologique. Elle apporte des informations complémentaires aux équipes oncologiques. Le médecin traitant est également contacté par les équipes de gériatrie par rapport à cette évaluation.

Chaque semaine, une rencontre entre un Oncologue, un gériatre, les assistants en gériatrie et l'infirmier.e chargé.e du dossier est organisées (Concertation multidisciplinaire d'oncogériatrie-CMOG). Cette CMOG permet de proposer un plan de soins qui vient compléter/adapter les propositions faites par la CMO (Concertation multidisciplinaire d'Organe).

Cette évaluation gériatrique et le plan de soins issu de la CMOG font l'objet d'un rapport écrit adressés aux cancérologues du patient et à son médecin généraliste.

## L'Algorithme de la procédure d'OncoGériatrie



## Les Urgences

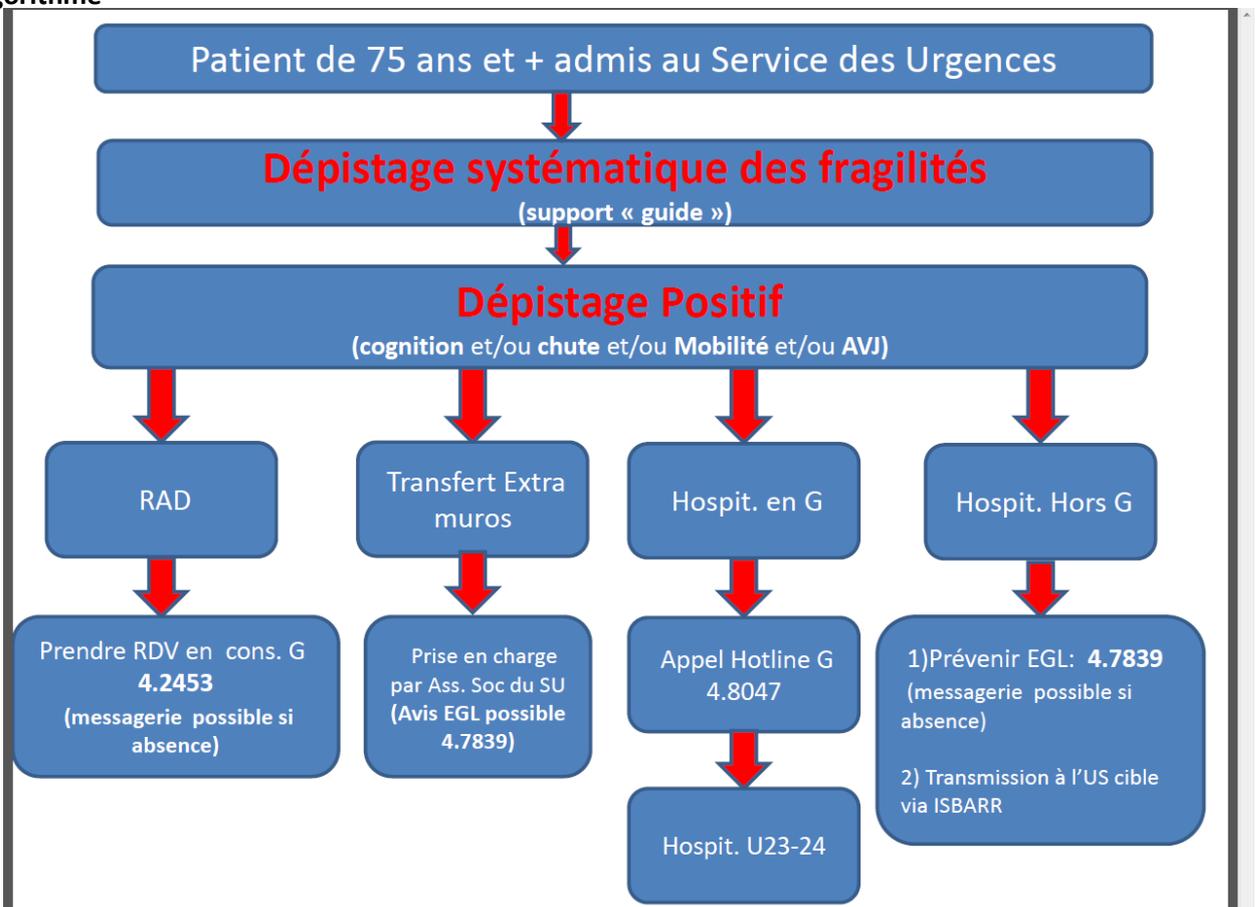
Lorsqu'un patient de 75 ans +, est admis au service des urgences (SU), il fait l'objet d'un dépistage de fragilité.

Ce dépistage de fragilité est réalisé sur base de critères internes aux CUSL (Voir Procédure « patient fragile : risque de chute, risque de suicide, allergies médicamenteuses, troubles de la vision, troubles de l'audition) et via un outil créé par l'équipe de gériatrie. (Voir Annexe 16 *Support de dépistage des patients âgés fragiles au service des urgences*). Cet outil reprend une série de questions permettant de mettre en avant les points d'attention de cognition, de mobilité, de chute et d'AVJ.

Un algorithme adapté au projet de sortie du SU du patient a également été créé pour soutenir le SU dans l'orientation des patients âgés suite à leur passage aux Urgences. Dans certains cas, les patients sont directement référés à l'équipe de liaison pour assurer le suivi lors de l'hospitalisation. Par exemple, tous les cas de patients souffrant d'une fracture du col du fémur sont signalés.

Grâce à cette collaboration, la fragilité des personnes âgées est mieux prise en compte lors d'un passage aux urgences et le patient âgé est également mieux orienté dans son suivi de soins.

### Algorithme



Une collaboration s'est également installée afin d'améliorer la prise en compte des syndromes gériatriques dans les soins aux patients âgés lors de leur séjour aux urgences. Pour ce faire, la présence de l'équipe de liaison de gériatrie a été étudiée sur le terrain.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence les difficultés de réaliser une anamnèse gériatrique standardisée dans l'organisation des urgences mais aussi la nécessité de faire évoluer la collaboration entre nos deux services.

Plusieurs réunions ont été réalisées, une observation du travail des soignants par l'infirmière en chef du Programme de soins a été faite afin de pousser l'analyse de la situation. Il ressort de ces travaux des propositions communes sur la structure architecturale, le matériel, la formation du personnel, la révision de certaines procédures.

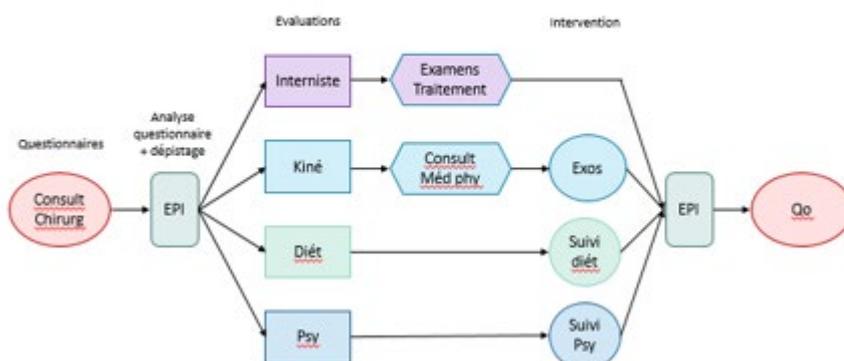
Un projet a été déposée au Fonds Gommers par le SU afin d'obtenir le soutien financier nécessaire au suivi d'un projet aussi diversifié. Le PSG s'est, quant à lui, engagé à organiser des formations spécifiques pour le personnel des urgences.

## La pré habilitation

La pré habilitation est préparation des patients à la chirurgie afin d'améliorer la récupération fonctionnelle et de réduire la morbidité post opératoire (soutien Fondation Saint Luc). Cela consiste en la réalisation d'un entrainement physique avant la chirurgie, ajouté au suivi psychologique et nutritionnel déjà organisé. Cette activité est organisée pour les patients devant bénéficier d'une chirurgie colo-rectale.

Selon les mêmes principes de fonctionnement que pour l'activité d'oncogériatrie, l'équipe gériatrique de l'hôpital de jour réalisera des anamnèses gériatriques standardisées pour les patients âgés ayant un G8 positif et participant au programme. L'objectif est d'améliorer la planification et le suivi de la préparation à l'intervention.

## Itinéraire clinique idéale



## Le carnet alimentaire

Afin d'illustrer les conseils alimentaires donnés par les soignants de gériatrie lors des différentes rencontres avec les patients et leur famille, le service diététique, en collaboration avec le service de gériatrie, a mis en place un carnet alimentaire reprenant des fiches de conseils adaptés pour les personnes âgées. Ce carnet peut être personnalisé et est remis aux patients avec une explication adaptée à chaque besoin, après qu'un diagnostic nutritionnel ait été posé par l'équipe de gériatrie.

Il ne se substitue pas aux conseils donnés par les diététiciennes mais aborde les principes généraux de l'alimentation des patients âgés, en lien avec les différents syndromes gériatriques.

Les différentes fiches existantes sont :

- Bien manger, un atout pour votre santé
- Bien manger en toute sérénité
- Mon alimentation saine et savoureuse
- Gérer ma constipation
- Comment épaissir les liquides
- Rester actif oui-non
- Garder la bouche saine
- Comment manger mixé et savoureux
- Picorer pour mieux manger
- Enrichir son alimentation
- Alimentation liquide
- Suivre votre poids
- Compléments alimentaires
- Un frigo bien garni
- Les astuces pour enrichir son alimentation

## Formation continue

### Les Rencontres de gériatrie

Trois fois (3x) par an, le service de Gériatrie organise une demi-journée de formation pour les soignants (pluri-métiers) et les paramédicaux des CUSL mais également des MRS avec lesquelles des liens de collaboration fonctionnelles existent (voir p36).

En Annexe 14 vous trouverez le tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie.

### Formation aux CUSL

Le PSG travaille avec le service de formation interne des CUSL afin de proposer un ensemble de formations à visée gériatrique pour le personnel des cliniques : « Vie ma Vie, Communication avec les personnes âgées atteintes de démence, information sur le delirium,... »

Nous proposons aussi l'ouverture de certaines formations du catalogue interne des CUSL à des soignants venus d'institutions partenaires. Cela nous a déjà permis d'organiser, en 2019, une série de formation sur la « PICC LINE » et en 2021, une formation sur « la communication dans les soins ».

### Formations par les praticiens CUSL

En tant qu'Hôpital universitaire les Cliniques Saint Luc participent à la formation des nouvelles générations de médecins, infirmier.e.s, aide soignants, logopèdes, neuropsychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien.ne.s,...

Certains praticiens sont régulièrement invités par différentes écoles pour donner des cours dans le décours des différents cursus. Par exemple, un cours d'OncoGériatrie est organisé en collaboration avec la Haute Ecole Léonard de Vinci, Parnasse-ISEI pour la spécialité infirmière en oncologie.

Les gériatres donnent cours dans la formation de base des infirmières, dans la spécialité de gériatrie mais également de SIAMU à la Haute Ecole Léonard de Vinci, Parnasse-ISEI

### Accueil de stagiaires

Nous accueillons également de nombreux stagiaires des différentes professions et au sein des différents axes du programme de soins gériatrique : Stagiaires de Master en Santé Publique, étudiant en dernière année ergothérapeute ou infirmier, neuropsychologue, kinésithérapeute ...

Nous collaborons avec la Cellule IPEH (Infirmière Partenaire Ecole Hôpital). Une vidéo d'accueil est d'ailleurs disponible via le lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=MU1TEOaiz38&t=3s>

## Démarches de qualité

### Le projet d'accompagnement Professionnel collectif pluridisciplinaire.

But du projet : Promouvoir des actions soignantes pluridisciplinaires qui optimaliseront la qualité des soins.

Contexte :

Au quotidien, les patients et leurs proches sont confrontés à des difficultés de tous ordres et recherchent aide et conseils auprès de professionnels qualifiés. La présence de plusieurs professions spécialisées travaillant en interdisciplinarité est devenue un enjeu majeur pour faire face à ces situations de vie complexes. C'est dans cet esprit que le législateur a organisé la prise en charge hospitalière des soins aux patients âgés selon un PSG (AR 01/2007).

### **Des difficultés vécues par les patients et les soignants...**

Ces dernières années, le personnel des unités de gériatrie doit faire face à des situations toujours plus complexes. Nous devons accueillir des patients âgés plus instables, plus fragiles, et apporter du soutien aux familles soumises à un certain stress. Nous devons trouver des solutions appropriées au projet de vie du patient même lorsque le projet thérapeutique est limité, les capacités fonctionnelles ou l'autonomie amoindrie et qu'un retour à domicile est souhaité. Cela nécessite une mise à niveau rapide et constante des connaissances, une communication interdisciplinaire efficace, une remise en question de certains aspects organisationnels et une motivation de chacun face à ce qui peut relever d'un réel défi. Au-delà des aspects pratiques, c'est aussi une véritable réflexion éthique, qui touche généralement à la balance entre les risques et bénéfices d'un retour au domicile.

### **...à une réponse de soutien : le projet d'Accompagnement Professionnel Clinique et Collectif**

Nous avons permis aux équipes pluridisciplinaires des unités d'hospitalisation d'avoir accès à des supervisions :

Elles sont l'occasion de débriefer en équipe sur une situation concrète avec un patient ou dans le cadre d'une collaboration. La richesse de la supervision réside dans le regard extérieur du superviseur. Ce dernier, à partir de diverses techniques, amènera l'équipe à réfléchir sur son fonctionnement (ou dysfonctionnement) autour de ces cas concrets. La réflexion pourrait aller plus loin en dégagant des pistes pour les prises en charge futures.

## Les Réunions saisonnières pluridisciplinaires (par axe)

Chaque semestre, des représentants des différentes professions actives dans le PSG se réunissent pour discuter ensemble de la collaboration autour des soins. L'objectif est de déterminer des guidelines organisationnels et/ou fonctionnels pour tendre le plus possible vers l'interdisciplinarité.

### **Axe AIGU**

Nous utilisons nos valeurs de travail, définies lors de précédentes réunions, pour décliner les soins actuels et mettre en avant les améliorations souhaitées à travers des guidelines de bonne pratique.

Ces guidelines sont ensuite présentées aux équipes lors des Stand Up Meeting qui pourraient se résumer par de brèves réunions d'équipe (15 minutes) permettant de faire le point sur la pratique au sein des différentes unités.

Un tableau, affiché dans les unités de soins permet d'afficher les guidelines pour une meilleure diffusion.

### **Axe LIAISON**

Chaque réunion est organisée à tour de rôle par 2 membres de l'équipe de deux professions différentes qui fixent les ordres du jour. L'objectif est de discuter du fonctionnement de l'équipe de liaison, de sa visibilité au sein des cliniques et des différents projets que l'équipe porte.

### **Axe HOPITAL DE JOUR/CONSULTATION**

Les réunions permettent de mettre en avant les différentes problématiques pluridisciplinaires abordées lors des Stand Up Meeting, d'assurer la continuité de l'organisation et de s'adapter aux différents changements institutionnels ou de personnels.

## Le projet delirium

### Enjeu

Le Delirium (ou confusion aiguë) est un événement fréquent lors de l'hospitalisation d'une personne âgée et il a des conséquences graves et multiples. Le patient pourrait ne plus s'alimenter, il augmente son risque de développer des escarres, peut devenir incontinent, avoir des difficultés à exprimer ses symptômes et masquer ainsi les comorbidités ou l'évolution des pathologies annexes, ... Il perturbe également la révalidation du patient, augmente sa durée de séjour. Certaines études montrent que le delirium est aussi mortel que l'infarctus.

Il est donc important de réaliser une évaluation RAPIDE du risque de faire un delirium pour toute personne âgée hospitalisée. Au CUSL, le diagnostic de Delirium se pose sur base de l'échelle *Confusion Assessment Method* ou CAM (voir Annexe 17) et passe par une hétéroanamnèse qui permet de différencier l'aigu du chronique.

La prévention du delirium est possible et efficace (1/3 de delirium en moins, durée ou gravité identiques) mais passe par des actions multifactorielles. Son diagnostic est essentiel ainsi que celui de sa cause/ses causes.

L'équipe de l'EGL s'est donc posé cette question : Que faire pour diminuer le nombre de nouveaux cas de délirium et son impact sur le patient, sa famille et l'équipe de soins ?

### Quelques chiffres

En effet, l'équipe de l'EGL est souvent appelée pour des troubles, symptômes en lien avec des delirium non diagnostiqués. Selon analyse de 619 dossiers de patients de plus de 75ans (2010-2012)

- 15.6% d'appels pour « confusion » dont 19.5% (= ~1/5) révèlent une échelle CAM<sup>1</sup> négative
- 25% d'échelle CAM positive (=156 patients) mais seulement 50% d'appels pour confusion chez ces patients.

Ceci semble découler d'une difficulté des soignants à détecter un delirium. Il y a probablement encore beaucoup de sous-estimations. L'équipe est appelée pour confusion dans les cas où le patient est agité mais peu ou pas en cas de patient apathique. Hors l'apathie est également un symptôme de Delirium.

---

<sup>1</sup> CAM = Confusion Assessment Method

## Projet réalisé

Le Projet qui a été imaginé par l'équipe soignante regroupe en plusieurs phases

- La prévention : comment faire pour l'éviter
- Le diagnostic : comment faire pour le repérer et comment informer les équipes
- La prise en soin : comment faire pour s'en occuper et informer les familles

Une recherche scientifique a été faite afin de baser le projet sur des informations précises, exactes, reconnues et utiles.

### **La prévention**

Ce point est en cours de production

### **Le diagnostic**

L'équipe en charge de projet a choisi de travailler avec l'échelle CAM celle-ci a pour avantage de dépister ET de diagnostiquer le delirium chez tous les patients. Elle se base sur une observation et une hétéroanamnèse. Elle implique cependant que le personnel qui l'utilise soit formé.

L'équipe de liaison et de l'hôpital de jour Gériatrique ont été formé à son utilisation et l'on introduite dans leur anamnèse gériatrique standardisée. Dans le cadre de leur intervention de seconde ligne, ils posent donc le diagnostic de delirium en s'aidant également d'une fiche explicative (voir Annexe 18). Une partie de leur travail est également de sensibiliser les équipes à l'utilisation de cette échelle. Elle a donc été introduite dans le dossier patient.

### **La prise en soin**

Afin que le personnel des étages puisse s'occuper des patients souffrant d'un delirium, plusieurs initiatives ont été réalisées par l'équipe pluridisciplinaire de gériatrie.

- Création de deux affiches sur la détection et la prise en charge du delirium (Annexe 19) grâce à un prix délivré par le Collège de Gériatrie
- Réalisation d'une série de formations dans toutes les US adulte des CUSL, à plusieurs reprises, afin de toucher un maximum de personnel soignant/paramédical/médical.
- Réalisation d'une capsules vidéo informatives :  
<https://www.youtube.com/watch?v=Fy6jXZ8bfGQ&feature=youtu.be>
- Réalisation d'une brochure à destination des soignants, des patients et de leurs proches

Le projet a également été présenté dans certains hôpitaux partenaires comme à Mont Godinne.

## **Evolution du projet**

Concernant le dépistage, nous souhaitons trouver un outil qui permette au personnel des étages de dépister et de réaliser le suivi de tous les cas de delirium en tenant compte des conditions de travail. Nous sommes actuellement en train d'étudier l'outil RADAR (Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine (voir Annexe 20 )

Le projet vit ma vie (en cours de rédaction -> MG)

## Le programme de guidance

### Programme de guidance de l'aidant du patient atteint de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein de l'Hôpital de jour gériatrique

Le travail quotidien à l'hôpital de jour gériatrique auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées a très tôt mis en évidence le rôle des aidants proches. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que les aidants de personnes qui ont d'importantes déficiences cognitives ont un fardeau (c'est-à-dire la charge ressentie par celui-ci) plus élevé que les autres, et ce d'autant plus que le patient a des troubles du comportement.

Dans ce contexte, il nous est apparu important de leur proposer un soutien spécifique et adapté à l'évolution de la maladie du patient atteint de troubles cognitifs.

Nous proposons un programme multi-composé c'est-à-dire qu'il comprend différents types de séances destinées aux aidants proches:

- Des séances de groupe, animées par une neuropsychologue, ayant pour objectifs le partage d'informations sur les différentes maladies et leurs composantes.
- Des séances individuelles avec une neuropsychologue qui consistent en une analyse et un travail effectué autour de situations problématiques rencontrées dans leur quotidien
- Une visite à domicile par une neuropsychologue et une ergothérapeute

Pendant le parcours de l'aidant proche, le patient peut l'accompagner afin de bénéficier de séances d'ergothérapie en parallèle. Lors des séances de groupe, celles-ci auront lieu autour d'activités significatives et adaptées aux besoins du groupe de patients. Les séances individuelles s'axeront sur une activité ayant du sens pour la personne en relation avec ses passe-temps et hobbies ainsi que sur les difficultés rencontrées au quotidien.

Le programme de guidance permet grâce à sa dynamique et à la flexibilité des professionnels qui l'animent de faire bénéficier d'un accompagnement sur mesure à la dyade patient-aidant. Les objectifs sont d'instaurer des changements et de renforcer les compétences de l'aidant proche par rapport à la connaissance de la maladie de la personne dont il s'occupe. Nous espérons ainsi avoir un impact sur leur qualité de vie. Nous sensibilisons également l'aidant par rapport à sa propre fragilité et à la nécessité de prendre soin de lui. Ceci s'intègre dans une dynamique d'accompagnement à long terme au sein de l'Hôpital de jour gériatrique, les professionnels du programme et l'hôpital de jour gériatrique restant disponibles tout au long du programme et après celui-ci en fonction de l'évolution de la maladie du patient.

Ce programme permet d'interagir avec l'ensemble du système entourant le patient (son aidant proche, bien sûr, sa famille, les aides professionnelles, (infirmiers à domicile, centre de jour, ...).

En 2013-2014, grâce au fonds de Mécénat d'ING en Belgique pour les pathologies incurables, nous avons pu organiser et accompagner une première fois 11 binômes d'aidants proches et de patients. Deux patients ont été suivis en ergothérapie.

Nous avons pu poursuivre le projet grâce au soutien pendant 4 ans de l'ASBL Jean Degroof - Marcel Van Massenhove puis grâce au fonds Gert Noël (Fondation Roi Baudoin ; prix 2018).

Lien vidéo : <https://vimeo.com/329189296>

Nous sommes à la recherche de nouveaux financements pour poursuivre cette activité.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 :**

L'AR du 23 OCTOBRE 1964. – Arrêté Royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre

### **Annexe 2**

L'AR du 29 JANVIER 2007. – Arrêté Royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers

### **Annexe 3**

L'AR du 10 NOVEMBRE 1967.- Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé

### **Annexe 4**

Brochure d'accueil des unités de soins de médecine gériatrique aigue U23-U24

### **Annexe 5**

Brochure EGL

### **Annexe 6**

L'évaluation Gériatrique Standardisée

### **Annexe 7**

Questionnaire G8

## Annexe 8

Brochure HJG

## Annexe 9

Lettre type de confirmation de rendez-vous d'un bilan pluridisciplinaire

## Annexe 10

Accord de collaboration avec cercle de médecins généralistes

## Annexe 11

Modèle de convention dans le cadre d'une liaison fonctionnelle

## Annexe 12

Modèle de convention dans le cadre d'une liaison fonctionnelle pour les séjours de courtes durées

## Annexe 13

Tableau récapitulatif des institutions conventionnées

## Annexe 14

Tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie

## Annexe 15

Thème des rencontres du réseau

## **Annexe 16**

Support de dépistage des patients âgés fragiles au service des urgences

## **Annexe 17**

Echelle CAM

## **Annexe 18**

Fiche explicative sur le diagnostic clinique de la démence

## **Annexe 19**

Affiches Delirium

## **Annexe 20**

Radar