



Service de gériatrie

**Programme de soins pour le patient gériatrique : Manuel gériatrique
pluridisciplinaire (version internet)**

N° de référence : GERIA-MAN-003

Version du document : 2.0

Date d'application : 08/08/2019

Table des matières

INTRODUCTION	5
PUBLIC CIBLE	7
GÉNÉRALITÉS :	7
CADRE LÉGAL	7
NOTRE VISION, NOS MISSIONS	9
L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU PSG	10
COORDINATION	10
<i>Cadre légal</i>	10
ÉQUIPE MÉDICALE	12
<i>Géiatres</i>	12
<i>Consultants</i>	12
ÉQUIPE PARAMÉDICALE ET SOIGNANTE	13
<i>Infirmiers</i>	13
<i>Aides-Soignantes</i>	13
<i>Kinésithérapeutes</i>	13
<i>Ergothérapeutes</i>	14
<i>Neuropsychologue</i>	14
<i>Psychologues</i>	15
<i>Assistantes Sociales</i>	15
<i>Diététicienne</i>	15
<i>Logopèdes</i>	16
<i>Pharmaciennes Cliniciennes</i>	16
LES CINQ COMPOSANTES DU PSG	17
LA GÉRIATRIE AIGUË, 2 UNITÉS D'HOSPITALISATION : U23 ET U24	17
<i>Objectifs</i>	17
<i>Généralités</i>	17
<i>Cadre légal</i>	19
<i>Algorithme du transfert intra-muros en gériatrie U23-24 pour suite de soins</i>	20
<i>L'équipe pluridisciplinaire</i>	21
<i>Statistiques</i>	22
LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE (EGL)	24
<i>Objectif</i>	24
<i>Cadre légal</i>	24
<i>Rôle de l'équipe de gériatrie de liaison</i>	25
<i>Algorithme</i>	27
<i>L'équipe pluridisciplinaire de l'EGL</i>	28
<i>Les différents motifs d'appel à l'EGL</i> :.....	28
<i>Comment joindre l'EGL ?</i>	30
<i>Statistiques</i>	31
L'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE (HJG)	34
<i>Généralités</i>	34
<i>Cadre légal</i>	36

<i>L'équipe pluridisciplinaire de l'HJG</i>	38
<i>Différentes prestations</i>	38
<i>Statistiques</i>	39
LA CONSULTATION GÉRIATRIQUE	40
<i>Cadre légal</i>	40
<i>Objectifs de la consultation gériatrique</i>	40
LA LIAISON EXTERNE GÉRIATRIQUE (LEG)	41
<i>Cadre légal</i> :	41
<i>La collaboration fonctionnelle avec le Seso</i>	42
<i>Les accords de collaboration</i> :	42
<i>Aspects formatifs : les rencontres de gériatrie</i>	44
<i>Les réunions bi annuelles du réseau gériatrique des CUSL : voir annexe 19 : résumés des réunions bi annuelles du réseau de liaison externe gériatrique</i>	44
FORMATION CONTINUE	45
RENCONTRES DE GÉRIATRIE	45
FORMATIONS AUX CUSL	45
DÉMARCHE QUALITÉ	46
LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL COLLECTIF PLURIDISCIPLINAIRE	46
LE PROJET DELIRIUM (EN COURS DE RÉDACTION)	49
LE PROJET VIT MA VIE (EN COURS DE RÉDACTION)	49
LE PROJET MUSIQUALITÉ (EN COURS DE RÉDACTION)	49
LE PROJET SNOEZELLEN (EN COURS DE RÉDACTION)	49
LE PROGRAMME DE GUIDANCE DE L'AIDANT DU PATIENT ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES EN HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE (EN COURS DE RÉDACTION)	49
LES ANNEXES	50
<i>Annexe 1 (avec lien pdf): 23 OCTOBRE 1964. - Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre</i>	50
<i>Annexe 2 (avec lien pdf): 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</i>	50
<i>Annexe 3 (avec lien pdf): 10 NOVEMBRE 1967. - [Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé] (L 2001-08-10/49, art. 27)</i>	50
<i>Annexe 4 : (avec lien pdf) Brochure gériatrique destinée au public des Cliniques Universitaires Saint Luc</i>	50
<i>Annexe 5 : Echelles d'évaluation couramment utilisées en gériatrie (voir PACO)</i>	53
<i>Annexe 6 : Le delirium</i>	54
<i>Annexe 7 : Fascicule d'accueil des nouveaux collaborateurs en gériatrie aigue</i>	63
<i>Annexe 8 : Modèle de convention dans le cadre d'une liaison fonctionnelle</i>	83
<i>Annexe 9 : Support de dépistage des patients âgés fragiles au service des urgences</i>	88
<i>Annexe 10 : Algorithme adapté au projet de sortie d'un patient âgé dépisté fragile du service des urgences</i>	89
<i>Annexe 11 : résumés des réunions biannuelles du réseau de liaison externe gériatrique</i>	90
<i>Annexe 12 : lettre type de confirmation de rendez-vous pour un bilan pluridisciplinaire en hospitalisation de jour gériatrique</i>	100
<i>Annexe 13 : Algorithme de prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer</i>	102

<i>Annexe 14 : Tableau récapitulatif des MRS conventionnées – réseau gériatrique.....</i>	<i>103</i>
<i>Annexe 15 : Tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie.....</i>	<i>105</i>

Introduction

Depuis sa création, le service de Gériatrie des Cliniques Universitaires Saint Luc se développe continuellement. Cette évolution est générée par la nécessité grandissante d'accompagner les personnes âgées qui sont toujours plus nombreuses à être en situation de fragilité. Cette dynamique gériatrique est reprise sous une appellation générique : Le **Programme de Soins pour le patient Gériatrique (PSG)**.

En 2007, un arrêté royal ([voir annexes 1 et 2](#)) fixe les règles auxquelles doit répondre ce PSG et structure l'organisation des activités cliniques en gériatrie dans tout hôpital et a fortiori aux Cliniques Universitaires Saint Luc.

Nous avons pu développer l'ensemble des axes de ce programme.

Un des objectifs principaux de ce PSG est de construire, autour du patient âgé fragile devant être hospitalisé, un réseau de soignants et de soins de qualité qui permet la meilleure prise en compte de ses spécificités 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 poly médication et complications iatrogènes, d'allongement des durées de séjour, d'institutionnalisation, etc.

Le PSG comprends [l'unité d'hospitalisation gériatrique](#) où les soins donnés sont basés sur des modèles ayant faits la preuve de leur utilité dans la population âgée malade.

Toutefois, bon nombre de patients âgés en situation de fragilité, sont hospitalisés en dehors des deux unités d'hospitalisation gériatrique dans toutes les autres unités spécialisées des Cliniques Saint Luc.

Une [équipe de liaison interne gériatrique \(EGL\)](#) met son expertise à leur disposition et à celles des équipes qui soignent les patients âgés fragiles.

Le passage en [hospitalisation de jour gériatrique](#) peut-être une alternative à l'hospitalisation et permet de réaliser, en une seule journée, l'ensemble des examens et visites nécessaires à une mise au point. Le bilan se fait à la demande du médecin traitant et est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire dans un cadre chaleureux et confortable, en une demi-journée le plus souvent.

Lors de [consultations](#), le gériatre peut proposer des adaptations de traitements, un plan de soins ou encore la réalisation d'un bilan complémentaire.

La continuité des soins est assurée par la liaison externe (LEG). Son but est d'optimiser la sortie de l'hôpital et 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 ont développé des partenariats et des réseaux de collaboration 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>

Public Cible

Généralités :

LA GÉRIATRIE : C'EST POUR QUI ?

La gériatrie s'adresse principalement au patient âgé de plus de 75 ans*. Mais ce n'est pas que la question de l'âge qui définit le patient gériatrique mais plutôt un ensemble de caractéristiques qui forme un profil particulier (CF. cadre légal):

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

Ces caractéristiques expliquent la fragilité et le risque de déclin fonctionnel des personnes âgées hospitalisées. Cette fragilité expose également 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 ou encore la dépression.

Cadre légal

(CF. annexes 2)

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

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.

Notre vision, nos missions

Un processus de définition des valeurs qui animent les équipes de gériatrie est en cours depuis cette année 2019 !

Ce processus touche à son terme.

L'équipe pluridisciplinaire du PSG

Coordination

- [Pr. Pascale Cornette](#) - Gériatre, Cheffe de service Responsable du PSG
- [M. Remo Vergnasco \(jusqu'au 15/9/19\)](#) – Infirmier en Chef responsable du PSG
- [Mme. Clémence van der Bruggen \(à partir du 12/08/19\)](#) – Infirmière en Cheffe responsable du PSG.

Ces responsables du PSG assurent en outre (CF. cadre légal article 11) la rédaction et l'actualisation du Manuel Gériatrique Pluridisciplinaire (MGP) en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du PSG. Ils sont donc les garants de son contenu.

L'équipe du service de gériatrie se compose de différents professionnels :

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.

Cadre légal

(CF. annexes 2)

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

CHAPITRE IV. - L'EXPERTISE ET LES EFFECTIFS MEDICAUX ET NON-MEDICAUX REQUIS

Section Ire. - La coordination du programme de soins

Article 8.

La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l'infirmier responsable du programme de soins, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

Article 9.

Le médecin chef de service du programme de soin est un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché à temps plein à l'hôpital.

Il organise les aspects médicaux du programme de soins.

Il consacre plus de la moitié de son temps de travail aux activités du programme de soins et à la formation permanente du personnel du programme de soins. Il peut également exercer la fonction de médecin chef du service de gériatrie, tel que visé à l'article 6.

Article 10.

L'infirmier responsable du programme de soins pour le patient gériatrique doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie. Il organise l'aspect infirmier, l'aspect paramédical et l'aspect soignant du programme de soins.

Article 11.

Le médecin chef de service et l'infirmier responsable du programme de soins, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, veillent :

- 1° à la rédaction et à l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° à la rédaction et à la réalisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 3° au respect des normes fixées dans le présent arrêté;
- 4° à l'enregistrement des données gériatriques;
- 5° à la continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients;
- 6° à l'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et au compte rendu de celle-ci.

Équipe médicale

Géiatres

Le médecin spécialiste en gériatrie apporte ses soins aux patients âgés et fragiles. Il est compétent pour soigner les pathologies spécifiques des personnes âgées et très âgées. Il intègre la poly pathologie, les interactions des maladies entre-elles. Il rationalise les traitements médicamenteux et, avec les équipes pluridisciplinaires, prend en charge les problèmes spécifiques des patients âgés fragiles comme les chutes, la malnutrition, les troubles de la mémoire,...

Par une approche globale et transversale, le géiatre tend à favoriser la qualité de vie, et préserver l'autonomie de ses patients. Il coordonne l'équipe pluridisciplinaire.

- [Pr. Pascale Cornette](#)
- [Pr. Isabelle De Brauwer](#)
- [Dr. Isabelle Gilard](#)
- [Dr. Sophie Marien](#)
- [Dr. Emilie Meert](#)
- [Dr. Julie Paul](#)
- [Pr. Benoit Boland](#)

Consultants

- [Pr. Christian Swine](#)
- [Dr. Jacqueline Van Raemdonck](#)

Équipe paramédicale et soignante

(Voir annexe 3 : 10 NOVEMBRE 1967. - [Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé])

CHEFS INFIRMIERS DES UNITÉS D'HOSPITALISATION

- Marie-Christine Heyndrickx (IC) – Unité 23
- Nadine De Man (IC) – Unité 24
- Liliane Kabale (ICA) – Unité 23
- Remo Vergnasco (IC) jusqu'au 15/9/19 – Hospitalisation de jour gériatrique et Équipe Liaison Interne Gériatrique.
- Clémence van der Bruggen (IC) à partir du 12/08/19 - Hospitalisation de jour gériatrique et Équipe Liaison Interne Gériatrique.

Infirmiers

36 infirmières évoluent au travers des différents axes de Gériatrie. 18 d'entre elles (50 %) sont porteuses du titre d'infirmière spécialisée en Gériatrie, gérontologie et psychogériatrie.

- Dispenser les soins nécessaires
- Expertise spécifique dans la prévention, détection et prise en charge des syndromes gériatriques

Aides-Soignantes

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

- Privilégier l'autonomie du patient
- Aide à la toilette, l'habillement.
- Compétences dans la prise en charge et le suivi de l'incontinence
- Particulièrement attentive aux aspects nutritionnels (prise des repas, suivi des documents de bilans alimentaires, etc.)
- Compétences particulières pour le travail en collaboration avec les autres métiers.

Kinésithérapeutes

Jennifer Devos – Olivier Vandebossche – Guy Jacoby

- 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

Emmanuelle Wasterlain – Christelle Desmedt - Mathilde Gouget – Sophie Dedobbeleer

- Ce professionnel évalue et accompagne les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement habituel.
- Le but de son action est de favoriser et maintenir l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne.
Exemples : se laver, réaliser ses courses et ses repas, poursuivre ses activités de loisirs, etc.
- Comment ?
 - Par l'évaluation de la personne âgée (mémoire, aptitudes motrices, environnement) avant et pendant son hospitalisation.
 - Par la concertation (Patients, membres de l'équipe, proches et entourages...)
 - Par l'adaptation du domicile, conseil en aide technique et humaine
 - Par la participation à l'élaboration du projet de sortie

« Ma maman est ergothérapeute, elle soigne des personnes âgées et les aide à refaire leurs activités comme avant. Si elles n'y arrivent pas, elle trouve des solutions pour qu'elles arrivent à le faire seules » (citation d'un enfant de 9 ans)

Neuropsychologue

Violette De Ryck

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

Psychologues

Leila Rokbani – Pauline Chauvier

- 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).

Assistantes 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

Diététicienne

Marine Etienne

- 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

Pharmaciennes Cliniciennes

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

Les cinq composantes du PSG

La gériatrie aiguë, 2 unités d'hospitalisation : U23 et U24



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 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 près d'un plateau technique et d'être suivi par une équipe pluridisciplinaire experte dans la prise en charge de patients âgés fragiles.

Généralités

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

- Ces deux unités se situent au deuxième étage de la tour d'hospitalisation (route 23 et route 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 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 départs des patients ont lieu avant 11h.
- 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, diététicienne, Logopède)
 - un tableau récapitulatif du traitement médicamenteux établi par le gériatre et la pharmacienne clinicienne.
 - les prescriptions de médicaments et demandes de soins éventuelles
 - les rendez-vous en consultation externe si nécessaire.
- Le médecin généraliste est contacté, le plus souvent par téléphone, au moins une fois au cours du séjour.
- Le médecin généraliste est invité à la concertation pluridisciplinaire hebdomadaire.
- Selon les nécessités médicales, des réunions de famille (ou personne de référence) peuvent être organisées. Y participent l'assistante sociale, le médecin gériatre, la psychologue, l'infirmier ou l'ergothérapeute.
- Grâce à nos assistantes sociales, le service de gériatrie est en contact régulier avec les unités gériatriques des hôpitaux partenaires, les équipes d'aide au domicile. L'hôpital met 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.
- Voir annexe 4 : brochure gériatrique.

Cadre légal

(Voir annexes 1 et 2 : textes de loi complets)

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

Article 13 (AR du 29 janvier 2007)

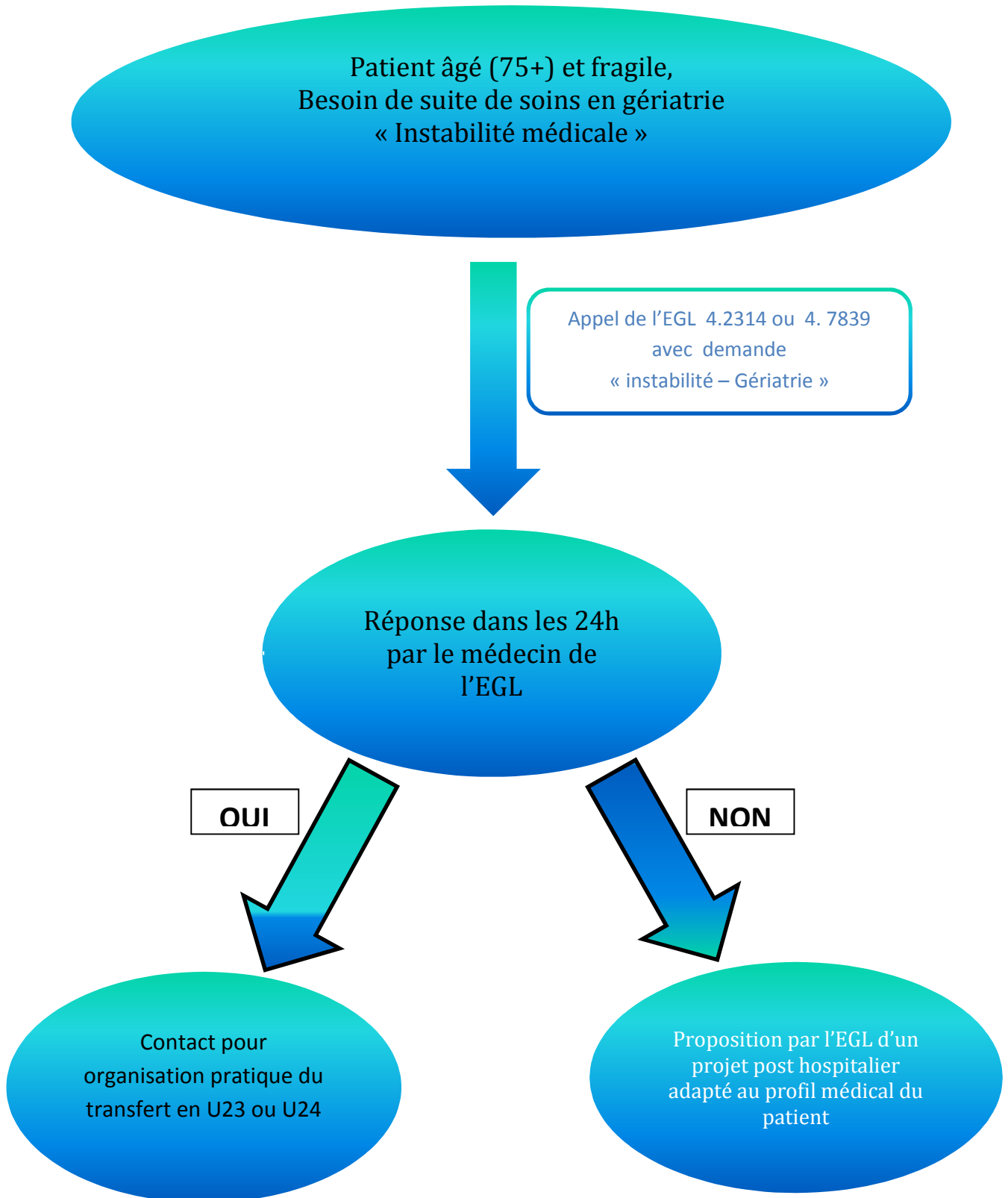
Le programme de soins comprend **un service de gériatrie (indice G)**, tel que visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

ANNEXE 20 : NORMES SPECIALES POUR LE SERVICE DE GERIATRIE.

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.
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 subaiguë, 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.

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



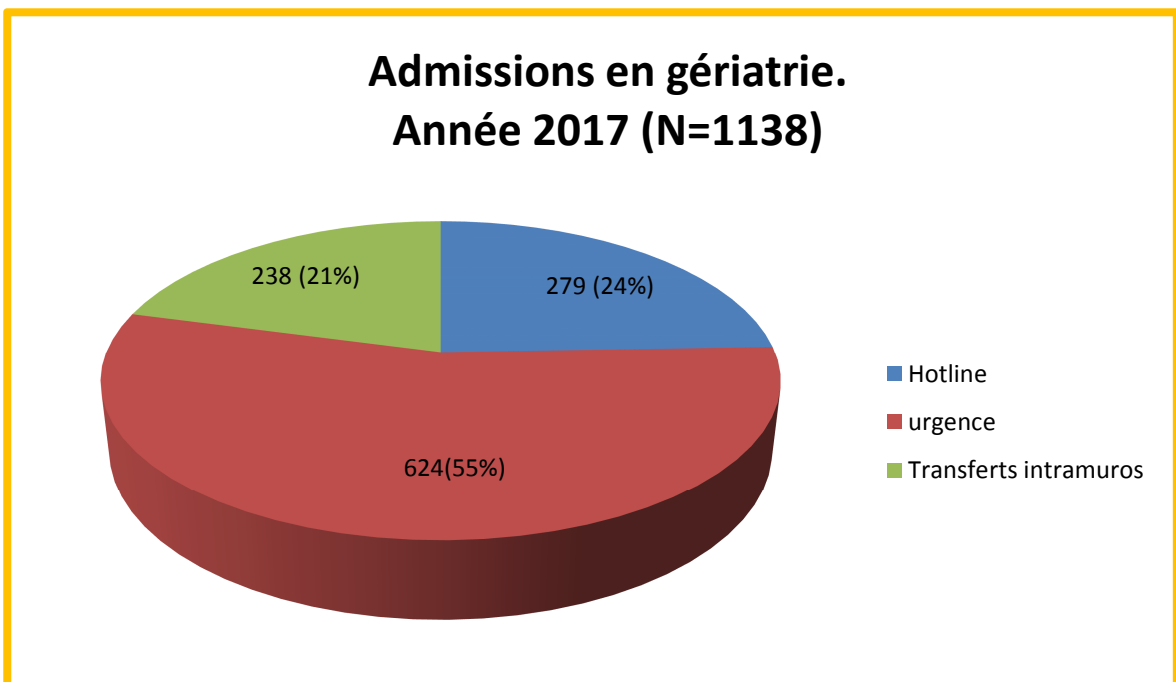
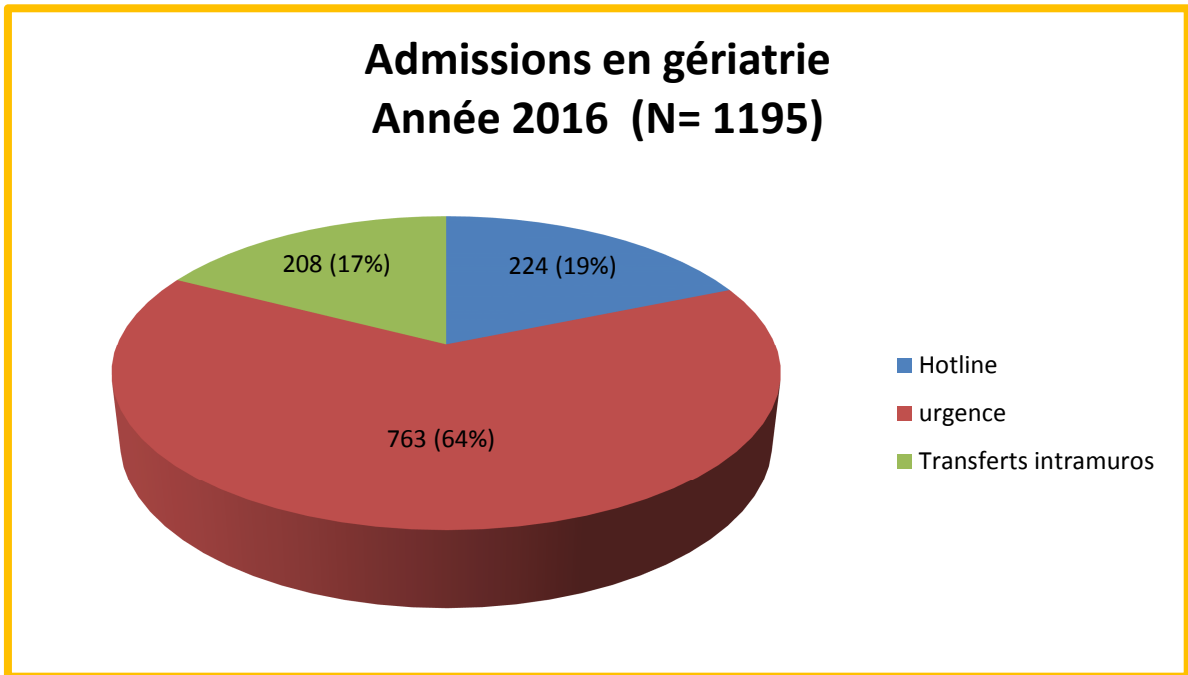
L'équipe pluridisciplinaire

- ✚ 4 Gériatres supervisent les 2 unités de gériatrie. Soit 1 gériatre pour 14 patients.
- ✚ 29 Infirmiers (25 ETP) sont répartis sur les deux unités. 45% possèdent le titre d'infirmière spécialisée en gériatrie.
- ✚ 12 Aides-soignants (8,5 ETP) sont répartis sur les deux unités.
- ✚ 3 Kinésithérapeutes (2 ETP) répartis sur les deux unités.
- ✚ 4 Ergothérapeutes (2,55 ETP) répartis sur les deux unités.
- ✚ 1 Diététicienne (1 ETP) 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.
- ✚ 2 Psychologues (1ETP) réparties sur les deux unités
- ✚ 2 Assistantes-sociales (1 ETP) réparties sur les deux unités.
- ✚ 3 Pharmaciennes Cliniciennes

Viennent compléter cette équipe pluridisciplinaire :

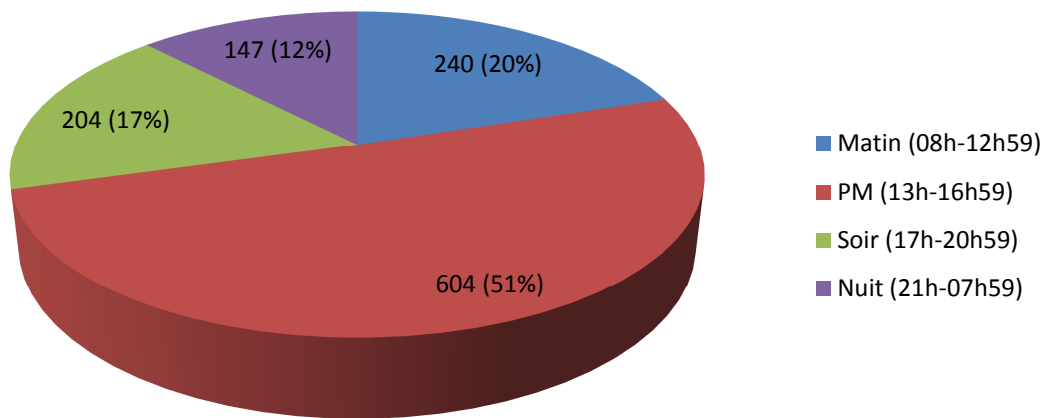
- ✚ 2 **Assistants En Logistique** (1,8 ETP) et 2 **Aides Infirmières Administratives** (1,75 ETP) répartis sur les deux unités.
- ✚ Quelques volontaires qui se relaient au service des patients pour leur apporter présence et soutien.

Statistiques

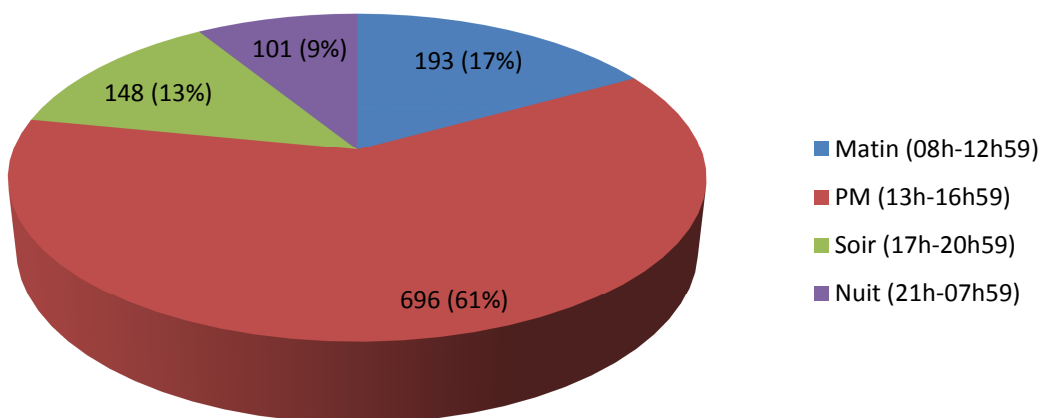
Provenance des patients admis en gériatrie (U23-U24)

Heures d'admission des patients en gériatrie (U23-U24)

Heures d'admissions en gériatrie. Année 2016 (N=1195)



Heures d'admissions en gériatrie. Année 2017 (N= 1138)



La liaison interne gériatrique (EGL)



Objectif

L'EGL est une équipe de seconde ligne qui propose son expertise aux autres services de l'hôpital pour les patients âgés fragiles (CF. page 7) 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 SaintLuc, 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 (ISAR = Indentification de **S**énior **A** Risque) afin de dépister s'il est à risque potentiel de déclin 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 infirmiers des unités de soins (**voir algorithme page 27**)

Cadre légal

(voir annexe 2 : texte de loi complet)

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

Section IV. - La liaison interne (AR du 29 janvier 2007 modifié le 26 mars 2014)

*** Article 16.** La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste traitant et des équipes, pour les patients gériatriques, hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital et qui n'ont pas été admis en service agréé de gériatrie (indice G) ni en hospitalisation de jour.

*** Article 17.** La liaison interne est assurée par une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette liaison est organisée de telle sorte qu'il soit possible, pour les patients gériatriques séjournant dans des services autres que le service de gériatrie de l'hôpital, d'avoir recours à l'expertise de chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l'équipe d'un de ces services.

*** Article 18.**

§ 1er. L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique est composée de personnes représentant les qualifications visées à l'article 12, 1°, 2°, 4°, 5°, 6°, 7° et 8°.

§ 2. Cette équipe est constituée d'au moins 2 équivalents temps plein, sans compter le médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, et son nombre dépend du nombre annuel de patients de 75 ans et plus hospitalisés dans l'hôpital pour lesquels une admission en service agréé de gériatrie, visé à l'article 13, n'est pas possible.

Article 19.

L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique est chargée:

1° de l'évaluation visant à déterminer si des patients, après le dépistage au moyen d'instruments scientifiquement validés visé à l'article 4, premier alinéa, présentent ou non un profil gériatrique. Le rapport de cette évaluation est repris dans le dossier du patient et transmis au médecin généraliste traitant. Le patient est informé de cette transmission d'information;

2° des évaluations gériatriques pluridisciplinaires de patients présentant un profil gériatrique;

3° de fournir des recommandations à l'équipe de soins et au médecin spécialiste traitant pendant la durée de l'hospitalisation. Ces recommandations sont reprises dans le dossier du patient;

4° d'établir des recommandations à l'usage du médecin généraliste afin d'éviter une réadmission après la sortie du patient. Ces recommandations sont reprises dans le dossier du patient;

5° de la diffusion de l'approche gériatrique dans l'hôpital, notamment par l'apprentissage de la détection systématique des patients présentant un profil gériatrique par les infirmiers et l'organisation de formations ou de recyclages, en particulier le coaching du personnel infirmier et paramédical.

L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique n'accomplit aucune tâche de soins.

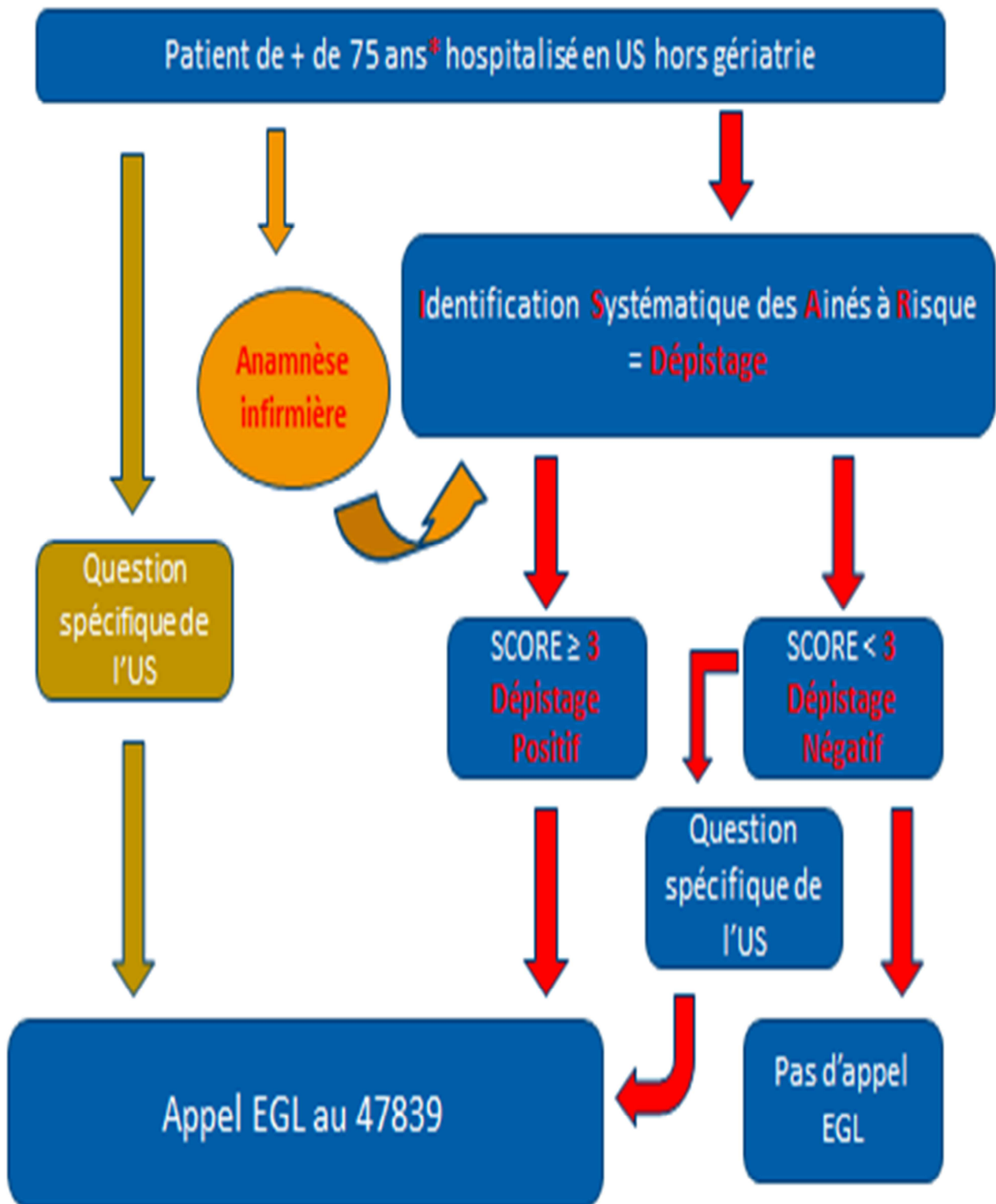
§ 3. *L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique tient une réunion au moins 1 fois par semaine concernant les patients pour lesquels une intervention de la liaison interne gériatrique a eu lieu au cours de la semaine écoulée. Les observations sont reprises dans le dossier du patient et transmises à l'équipe de soins qui traite le patient.*

Rôle de l'équipe de gériatrie de liaison

- ✓ Tout appel de l'EGL est une occasion potentielle de réaliser une sensibilisation et une information du personnel infirmier et paramédical des unités de soins hors gériatrie par rapport aux besoins et soins spécifiques des personnes âgées fragiles.
- ✓ Discuter avec le collègue qui appelle, 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 réalisé par les infirmiers des unités de soins (hors gériatrie) et ayant justifié l'appel de l'EGL).
- ✓ Réaliser une évaluation gériatrique pluridisciplinaire standardisée (EGS).
- ✓ Sur base de ces évaluations :
 - fournir des recommandations à l'équipe de soins durant l'hospitalisation par le biais de divers canaux de communication (échange verbal, lettre informatisée pluridisciplinaire, dossier infirmier informatisé, document papier de transmissions ciblées)
 - fournir des recommandations au médecin spécialiste durant l'hospitalisation via la lettre informatisée pluridisciplinaire, et via un feed-back verbal réalisé par l'assistant sénior.
 - Etablir des recommandations à l'usage du médecin généraliste traitant (si retour dans son lieu de vie) ou du médecin revalidateur si séjour de réadaptation.

- ✓ Les patients vus par l'EGL sont le sujet d'une concertation pluridisciplinaire quotidienne. Le médecin spécialiste et le médecin généraliste sont invités à celle-ci.
- ✓ Organiser des formations contribuant à la diffusion de l'approche gériatrique au sein des CUSL

Algorithme



L'équipe pluridisciplinaire de l'EGL

Permanents :

- ✚ 1 gériatre
- ✚ 4 infirmiers
- ✚ 1 ergothérapeute

Sur activation :

- ✚ 1 diététicienne
- ✚ 1 logopède

En collaboration :

- ✚ 2 kinésithérapeutes évoluant dans le PSG peuvent être activés afin de réaliser des évaluations fonctionnelles, bilans de chutes.
- ✚ 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 difficultés sociales sont gérées par les assistantes sociales des unités de soins au sein desquelles les patients sont hospitalisés.

Les différents motifs d'appel à l'EGL :

Appel infirmier : appel au 4.7839 par les infirmiers ou autre collègue des unités de soins, sur base d'un ISAR+ ou d'une question gériatrique. (CF. Algorithme page 27 et procédure d'avis EGL en annexe 7).

Appel médical : Le médecin en charge du patient (plus souvent le médecin assistant) fait appel à l'EGL pour un avis expert (question spécifiquement médical ou pluridisciplinaire). En appelant la première ligne (4.7839) ou l'assistant sénior de l'EGL (4.2314)

Appel pour transfert en gériatrie : Lorsque les patients qui sont hospitalisés pour diverses raisons (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. Voir algorithme page 20.

Appel pour évaluation gériatrique pré-TAVI : Lors de la programmation de l'hospitalisation en cardiologie d'un patient dans le cadre d'un bilan pré-TAVI, le passage de l'EGL en chambre est prévu via l'agenda électronique. Une EGS est alors réalisée au moment du rendez-vous fixé durant l'hospitalisation du patient. Un rapport de cette évaluation est alors rapidement transmis au cardiologue. Ce rapport contiendra nos recommandations gériatriques quant au bienfondé de la réalisation d'un TAVI et/ou de la réalisation d'une intervention chirurgicale par voie classique.

Appel pour évaluation oncogériatrique d'un patient hospitalisé : (voir annexe 13 : **Algorithme de collaboration Onco Gériatrique**) .La demande d'évaluation oncoG peut être activée par n'importe quel médecin ou par une CSO (Coordinatrice de Soins Oncologiques) (voir la liste des Coordinateurs de Soins Oncologiques dans le PACO). Une évaluation de la fragilité par le score **G8** (voir Document d'évaluation G8 dans le PACO) **doit avoir été réalisée pour justifier la demande**. La demande est formulée par téléphone ou mail à l'EGL. L'évaluation est réalisée par un infirmier et un gériatre qui participeront à la Concertation Multidisciplinaire Oncogériatrique (CMOG). Celle-ci propose un plan de soins au cancérologue traitant, au médecin spécialiste et au médecin généraliste. Le plan de soins est implémenté, après la CMOG, en concertation avec le gériatre, par l'infirmier de l'EGL selon le principe suivant (propositions non exhaustives à adapter selon les patients.):

- **Pour les aspects liés aux AVJ/AiVJ**, en activant si nécessaire l'ergothérapeute de l'EGL
- **Pour les aspects fonctionnels**, en activant si nécessaire le(a) kinésithérapeute de l'EGL.
- **Pour des difficultés liées aux aspects nutritionnels**, en activant une des 4 diététiciennes de référence en oncologie, selon la spécialité. (voir la liste des diététiciennes de référence en oncologie dans le PACO)
- **Pour des difficultés d'ordre psychologique, troubles thymiques**, en activant l'onco psychologue de référence. (voir la liste des psychologues de référence en oncologie dans le PACO)
- **Pour des difficultés liées aux aspects sociaux**, en activant l'assistante sociale de l'étage.

Appel par le service des urgences (SU) : 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 d'un outil support, à la disposition des praticiens du SU (voir Annexes 9 et PACO : **Support de dépistage des patients âgés fragiles au service des urgences**). Un algorithme adapté au projet de sortie du SU du patient est alors appliqué (voir Annexes 10 et PACO : **Algorithme adapté au projet de sortie du patient âgé dépisté fragile, du service des urgences**).

Le service des urgences appellera donc la liaison interne gériatrique (sur base de cet algorithme) lorsque le patient doit être hospitalisé dans une unité des CUSL hors gériatrie. Nous sommes alors informés de l'unité où le patient sera admis et nous programmons un suivi.

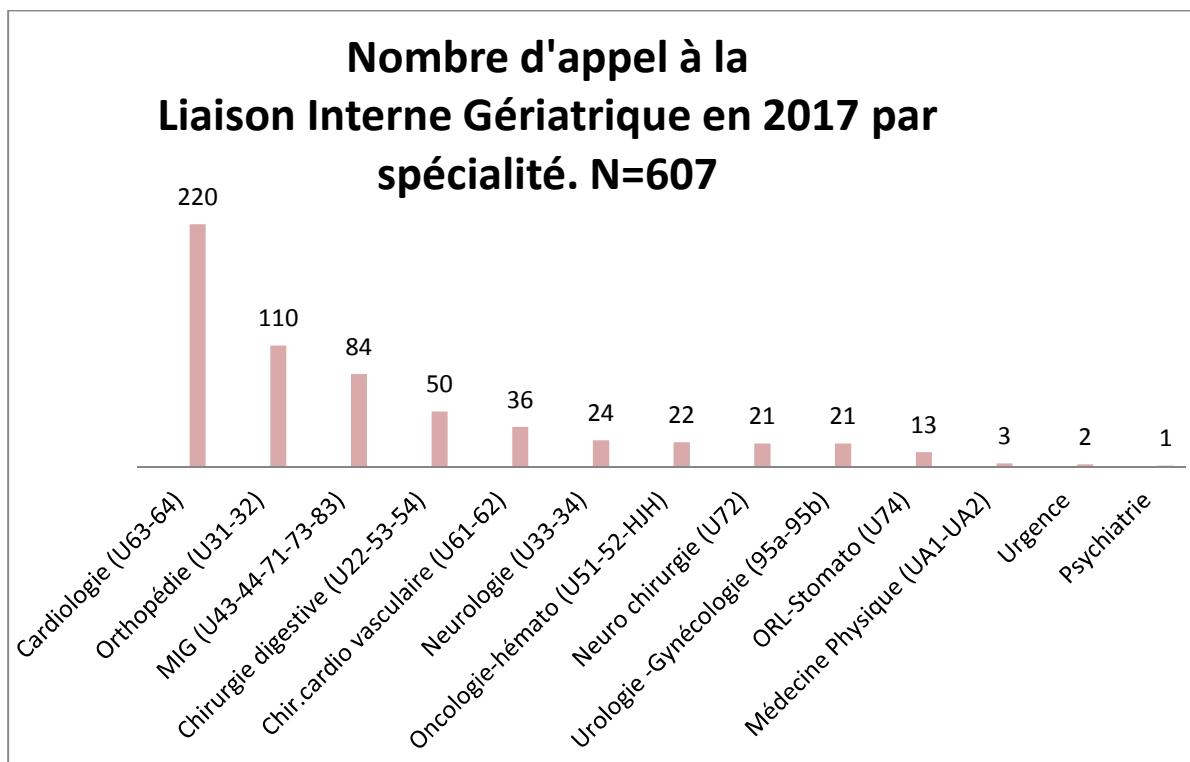
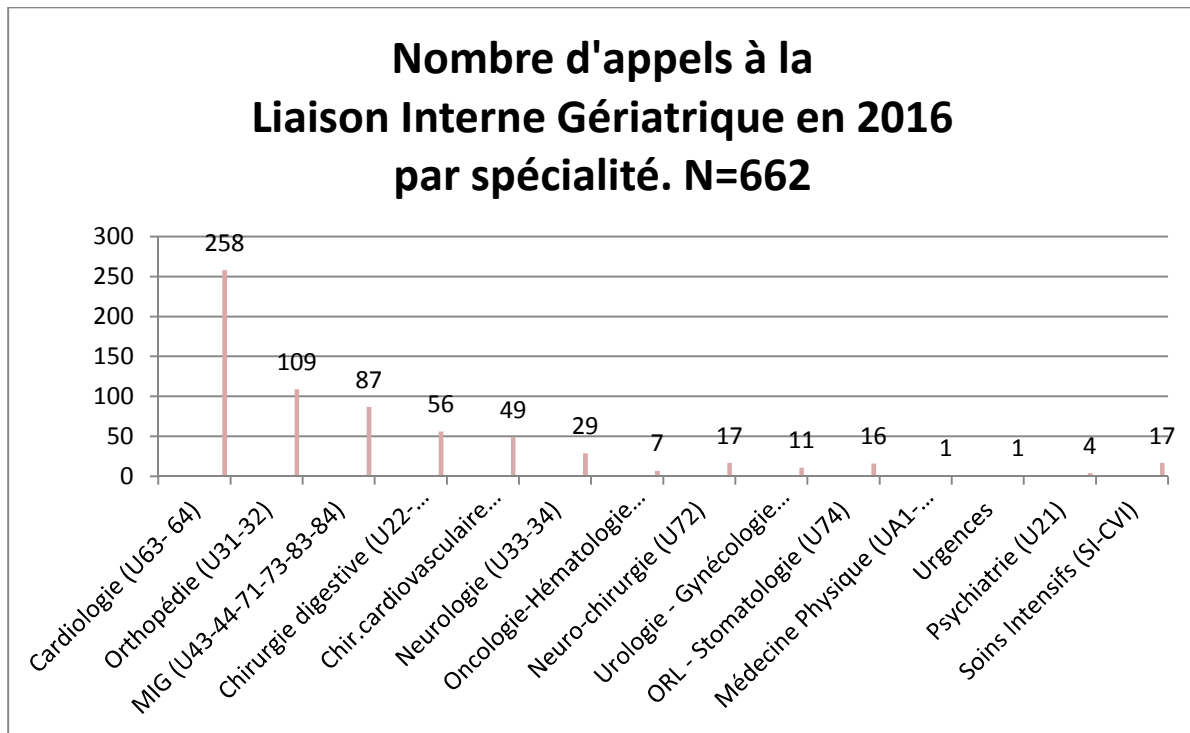
Les infirmiers de l'unité où le patient est hospitalisé sont informés que la Liaison interne gériatrique a été activée.

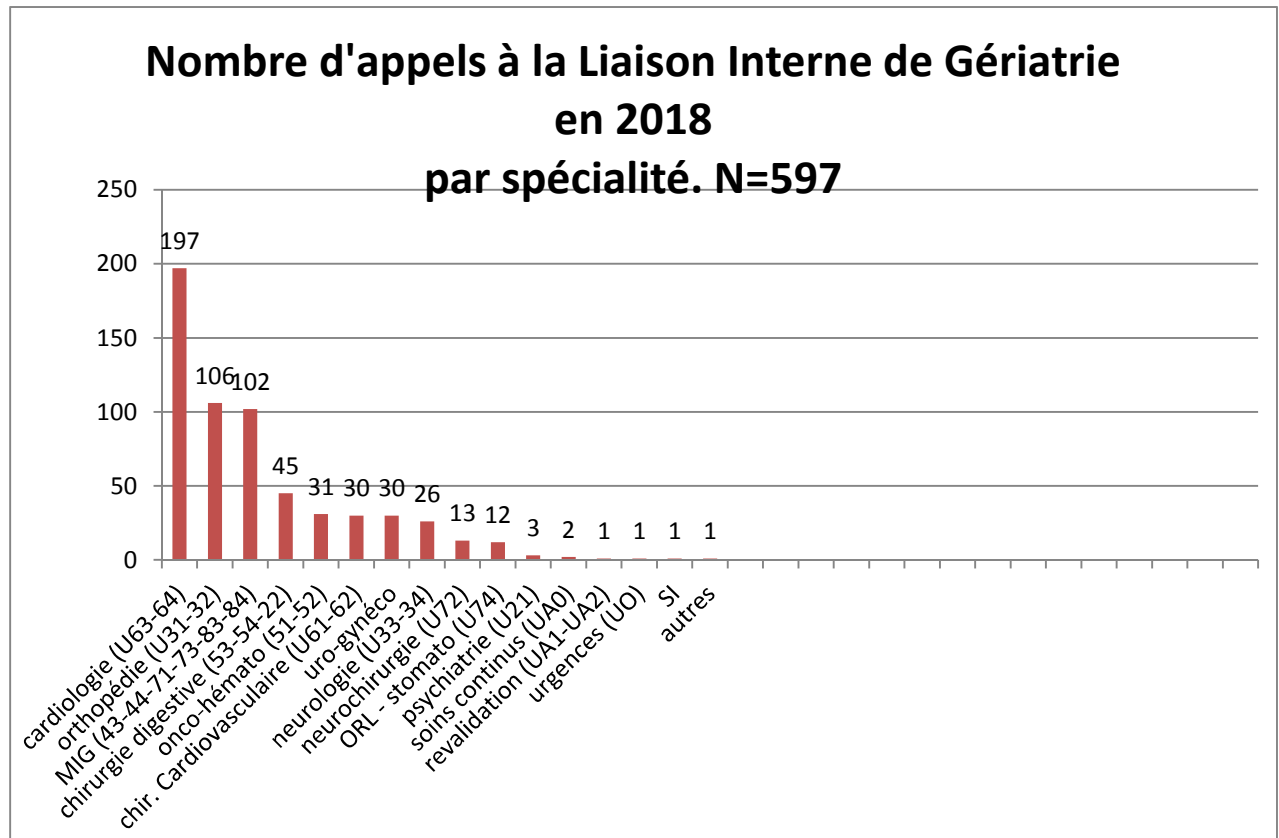
Comment joindre l'EGL ?

Via le numéro de téléphone : 02/764.78.39 ou 02/764.27.37

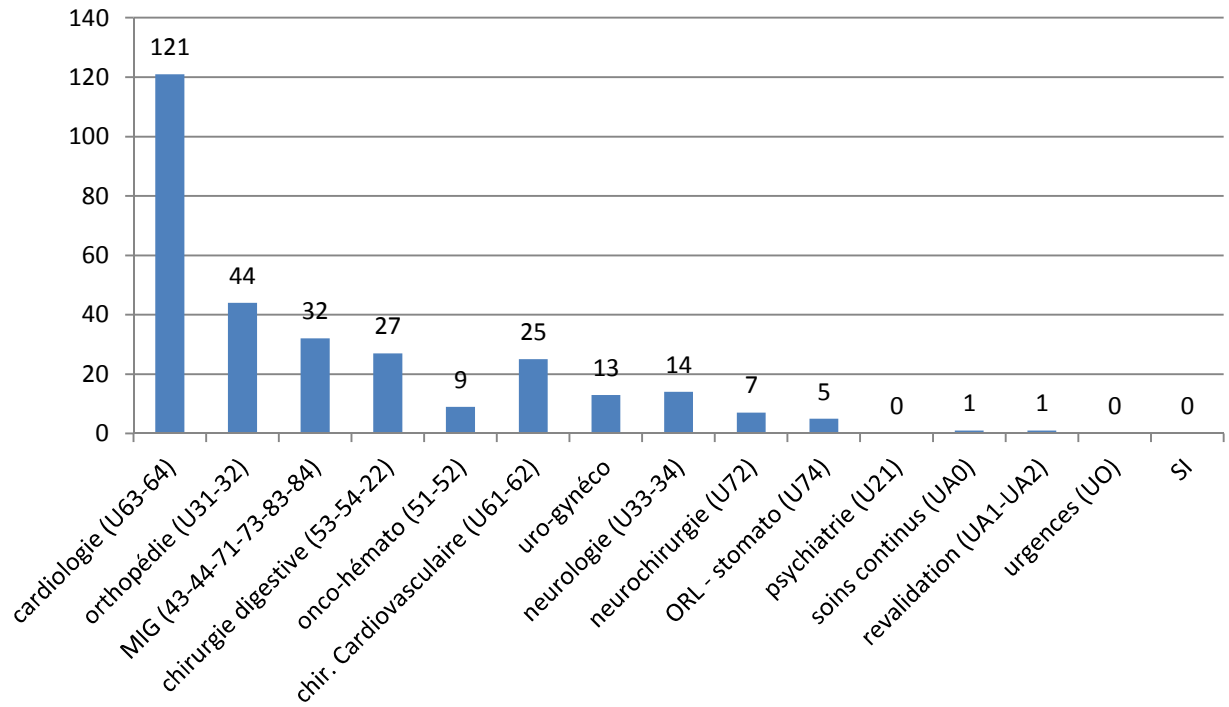
Adresse mail : geriatrieliason-saintluc@uclouvain.be

Statistiques





Nombre d'appels à la Liaison Interne de Gériatrie de 01 à 06/2019 n=298



L'hospitalisation de jour gériatrique (HJG)



Généralités

L'hôpital de jour peut être une alternative à l'hospitalisation et permet de réaliser, en une seule journée, l'ensemble des examens et visites nécessaires à une mise au point.

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

Motifs d'admissions en HJG

1. Pour réaliser une mise au point médicale globale sans être hospitalisé, avec différents examens et une évaluation pluridisciplinaire si nécessaire.
2. Pour une 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
3. Pour être suivi après une hospitalisation.
4. Pour recevoir un traitement spécifique tel qu'une transfusion, une perfusion, un pansement compliqué

Programmation de la journée

- 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. Celui-ci programme le rendez-vous en fonction du bilan souhaité. Une confirmation de ce rendez-vous est envoyée par courrier postal. (voir annexe 12 : **lettre type de confirmation de rendez-vous pour un bilan pluridisciplinaire**).
- Le médecin traitant peut également se mettre en contact directement par téléphone ou par voie de mail avec l'HJG: gdejour-saintluc@uclouvain.be

En cas d'annulation, il est demandé de la communiquer plus de 24 heures à l'avance, afin de pouvoir éventuellement faire bénéficier un autre patient de la plage horaire. Dans le cas contraire, les Cliniques Universitaires SaintLuc se réservent le droit de vous facturer une indemnité forfaitaire de 15€.

Nécessaire dont il faut se munir

- La carte d'identité électronique (une copie ne suffit pas car nous devons l'introduire dans un lecteur de carte)
- La liste des médicaments que le patient prend habituellement.
- Les prothèses auditives et lunettes.
- Si possible, les aides mécaniques habituelles à la marche (canne, ...).
- La demande du médecin traitant (celle-ci est indispensable pour obtenir le remboursement par la mutuelle).

Organisation de la journée

Le patient est accueilli par l'infirmière qui prend les paramètres, réalise éventuellement une prise de sang si nécessaire et rédige l'anamnèse (macro-cible d'accueil).

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.

L'équipe pluridisciplinaire rencontre le patient en fonction des besoins. Cette équipe, outre les **gériatres** et les **infirmiers** est composée de **kinésithérapeutes**, d'**ergothérapeutes**, d'une **neuropsychologue**, d'une **logopède** et d'une **diététicienne**.

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 agréable et 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.

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 Ier – Reine Elisabeth. Le parking Esplanade à disposition.

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

Cadre légal

(Voir annexe 2 : texte de loi complet)

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

Section III. - L'hospitalisation de jour pour le patient gériatrique

Article 15.

L'admission en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objectif est d'organiser, de manière pluridisciplinaire, l'évaluation gériatrique et la réadaptation fonctionnelle.

Au sein de l'entité d'hospitalisation de jour visée à l'article 30, un infirmier visé à l'article 12, 2°, est présent en permanence.

Article 15/1.

L'évaluation gériatrique pluridisciplinaire s'effectue au moyen d'instruments scientifiquement validés et est réalisée par un médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, un infirmier visé à l'article 12, 2° et encore au moins un autre dispensateur de soins visé à l'article 12, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8°.

Article 15/2.

Un rapport final, établi par le médecin spécialiste, de l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire visée à l'article 15/1 comprenant l'anamnèse, le diagnostic, l'historique de la maladie, le résultat des échelles d'évaluation scientifiquement validées, les conclusions et la proposition de plan de soins est transmis au médecin généraliste traitant et, le cas échéant, au médecin spécialiste qui a envoyé le patient et aux autres dispensateurs de soins que le patient désigne. Ce rapport final est repris dans le dossier du patient et le patient est informé de cette transmission d'information.

Article 15/3.

La réadaptation fonctionnelle gériatrique pluridisciplinaire est axée sur le traitement des difficultés au niveau cognitif ainsi qu'au niveau de la continence, de l'équilibre et de la déglutition qui nécessitent une approche pluridisciplinaire

Article 15/4.

Une réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire par l'équipe gériatrique pluridisciplinaire répond aux conditions suivantes:

- 1° elle repose sur une évaluation gériatrique pluridisciplinaire préalable au moyen d'instruments scientifiquement validés qui démontre un besoin de réadaptation fonctionnelle;*
- 2° en préalable à la réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire, un plan individuel de réadaptation fonctionnelle est établi, qui est repris dans le dossier du patient;*
- 3° la réadaptation fonctionnelle est assurée par au moins 2 dispensateurs de soins par patient gériatrique représentant chacun une qualification différente telle que visée à l'article 12, 4°, 5°, 6° et 8° ;*
- 4° une réunion d'équipe hebdomadaire est organisée pour évaluer les progrès du patient et adapter éventuellement le plan individuel de réadaptation fonctionnelle;*
- 5° après la réadaptation fonctionnelle, un rapport est établi décrivant l'évolution du patient et comprenant un plan de suivi pour la poursuite des soins à domicile. Ces documents sont repris dans le dossier du patient et transmis au médecin généraliste traitant et, le cas échéant, au médecin spécialiste qui a envoyé le patient et aux autres dispensateurs de soins que le patient désigne. Le patient est informé de cette transmission d'information;*
- 6° la réadaptation fonctionnelle gériatrique pluridisciplinaire est limitée à un maximum de 40 sessions sur une période de 12 semaines. La réadaptation fonctionnelle gériatrique ne peut avoir lieu qu'1 fois par an.*

L'équipe pluridisciplinaire de l'HJG.

Permanents :

- ✚ 3 gériatres
- ✚ 1 neuro Psychologue (0,5 ETP)
- ✚ 3 infirmiers (1,8 ETP)

Sur activation :

- ✚ 2 kinésithérapeutes (0,5 ETP)
- ✚ 1 ergothérapeute (0,35 ETP)
- ✚ 1 diététicienne (0,25 ETP)
- ✚ 1 logopède (0,25 ETP)
- ✚ 1 psychologue (0,2 ETP)

Différentes prestations

- Consultations gériatriques (voir page 40)
- Bilans gériatriques pluridisciplinaires (en cours de rédaction)
- Prestations techniques
- Evaluation Onco Gériatrique

Statistiques.

Année	2015	2016	2017	2018 (1er sem)
Nombre de jour d'activité	235	235	234	120
Types d'acte	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Bilan Pluridisciplinaire	310	319	340	221
Consultation	333	502	540	289
Guidance - Psychoéducation	35	123	98	70
Guidance ergothérapeutique	17	20	22	12
	695	964	1000	592

La consultation gériatrique



Cadre légal

(Voir annexe 2 : texte de loi complet)

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

Section II. - La consultation gériatrique

Article 14.

§ 1er. La consultation gériatrique est accomplie par un médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°. Elle vise, de préférence à la demande du médecin généraliste traitant, à fournir un avis gériatrique et en vue de la réalisation d'interventions ne nécessitant pas une approche pluridisciplinaire.

§ 2. Si la consultation gériatrique s'effectue à la demande du médecin généraliste traitant, les observations du médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, sont communiquées par écrit, dans le cadre de la continuité des soins, à ce médecin généraliste et, le cas échéant, aux autres dispensateurs de soins désignés par le patient. Ces observations sont reprises dans le dossier du patient et le patient est informé de cette transmission d'information.

Objectifs de la consultation gériatrique

Une consultation gériatrique est organisée tous les jours ouvrables dans les locaux de l'Hospitalisation de Jour gériatrique entre 09h00 et 16h.

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 :

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 : Scanner, bilan de mémoire par la neuropsychologue.

La Liaison Externe Gériatrique (LEG)



Cadre légal :

(voir annexe 2 : texte de loi complet)

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

Section V. - La liaison externe

Article 20.

§ 1er. La liaison externe est une mission transversale du programme de soins pour le patient gériatrique qui est accomplie par les équipes du service de gériatrie, de l'hospitalisation de jour gériatrique, de la liaison interne gériatrique et de la consultation gériatrique dès l'admission jusqu'à la sortie du patient.

§ 2. La liaison externe a pour but de mettre les principes gériatriques et l'expertise gériatrique pluridisciplinaire à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins du groupe cible en dehors de l'hôpital, de façon à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins et les structures du groupe cible avant et après l'hospitalisation.

Article 22.

[§ 1er. Chaque programme de soins instaure dans le cadre de la liaison externe du programme de soins une collaboration formelle avec :

- 1° un ou des services intégrés de soins à domicile;
- 2° des cercles de médecins généralistes;
- 3° des maisons de repos et de soins;
- 4° des centres de soins de jour.

§ 2. Chaque programme de soins conclut, dans le cadre de la liaison externe du programme de soins, un maximum d'accords concernant la préparation de la sortie du patient gériatrique avec le service social de l'hôpital et, le cas échéant, l'équipe traitante.

La collaboration fonctionnelle avec le Seso

La liaison externe nécessite un partenariat fort avec le service social. Le service de gériatrie peut compter sur la collaboration de deux assistantes sociales (0.5 ETP dans chaque unité).

Dans ses activités, l'EGL collabore étroitement avec le service social. Bien entendu, toutes les relations tissées depuis de longues années par le service social avec les acteurs de première ligne bénéficient au service de gériatrie.

Les accords de collaboration :

❖ **2 accords de collaboration fonctionnelle avec d'autres institutions hospitalières :**

En dehors des Cliniques Universitaires Saint Luc, les gériatres supervisent directement 50 lits de gériatrie (CRG-Erasme et Centre Hospitalier Valida). Cette activité permet aussi à l'équipe de gériatrie de développer des compétences en réadaptation, d'orienter au mieux les patients après leur hospitalisation aux Cliniques Universitaires Saint Luc avec comme objectif principal la continuité des soins, elle permet d'entretenir des liens forts avec les institutions partenaires.

Centre Hospitalier Valida (Valisana asbl)

Depuis Avril 2009, la collaboration du service de gériatrie avec le centre hospitalier Valida (Valisana asbl) est très étroite. Cette collaboration est aussi personnalisée par la présence d'un gériatre praticien hospitalier des Cliniques Universitaires Saint Luc détaché dans ce centre hospitalier pour 4/11ème de son activité clinique. Il y supervise 25 lits de gériatrie. Une convention de collaboration entre les deux services de gériatrie de Valisana asbl et les Cliniques Universitaires Saint Luc existe depuis 2010

Centre de Revalidation Gériatrique (CRG-Erasme)

Depuis 2004, nos gériatres assurent une supervision de 25 lits de gériatrie au Centre de Médecine Gériatrique, 3^{ième} étage. Une convention de collaboration existe entre le CRG Erasme et les Cliniques Universitaires Saint Luc. Un gériatre praticien hospitalier des CUSL est détaché dans ce centre de revalidation pour 3/11ème de son activité clinique.

❖ 20 accords de collaboration formelle avec MRPA - MRS

- Voir annexe 8 : modèle de convention dans le cadre d'une liaison fonctionnelle
- Voir annexe 14 : tableau récapitulatif des institutions conventionnées (réseau Gériatrique)

Au fil des ans et dans le cadre du PSG, la gériatrie des Cliniques Universitaires Saint Luc a établi des liens formels de collaboration vers la première ligne. Ces accords de collaboration sont au nombre de 20 actuellement.

Voici la liste des institutions avec lesquels ces conventions ont été signées:

1. Home Saint-Lambert (CPAS-WSL- 1200)
2. Les Jardins d'Ariane – Orpea (WSL – 1200)
3. Malibran – ASBL ACIS (Ixelles - 1050)
4. Résidence « Alizés » (Auderghem - 1160)
5. Résidence « Arcade » (WSL - 1200)
6. Clos de la Quiétude (Evere - 1140)
7. MRS Exclusiv – SA Senior Living Group (Evere - 1140)
8. MRS Résidence porte de Hal (BXL - 1000)
9. Henry Dunant – Armonea (Evere - 1140)
10. Home Roi Baudouin (CPAS – WSP - 1150)
11. Eureka (Evere – 1140)
12. Bruyère II (Auderghem – 1160)
13. Résidence Rinsdelle – Orpea (Etterbeek – 1040)
14. Résidence du Souverain – Orpea (Auderghem – 1160)
15. Résidence de l'Eden (WSL - 1200)
16. Maison Notre-Dame de Stockel (WSP -1150)
17. Seniorie Linthout – Orpea (Schaerbeek – 1030)
18. Vivalys (WSL – 1200)
19. La Cambre (Ixelles – 1050)
20. Résidence Azalées (Evere – 1140)

❖ 1 accord de collaboration avec cercle de médecins généralistes

- Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (**FAMGB**)

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.

❖ **1 accord de collaboration avec centre de soins de jour**

- « La colline, centre de soins de jour » (HSL – CPAS – WSL 1200)

Aspects formatifs : les rencontres de gériatrie

Les rencontres de gériatrie ont été initiées en novembre 2011 sous leur forme actuelle. Initialement organisées le samedi matin, elles ont maintenant lieu le 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.

Voir annexe 15 : **tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie.**

Les réunions bi annuelles du réseau gériatrique des CUSL : voir annexe 19 : **résumés des réunions bi annuelles du réseau de liaison externe gériatrique.**

Formation continue

Rencontres de gériatrie

Formations aux CUSL

Démarche qualité

Le projet d'accompagnement Professionnel collectif pluridisciplinaire.

But du projet : Promouvoir des actions soignantes pluridisciplinaires qui optimaliseront la qualité du retour à domicile.

Contexte :

Une partie des aînés, et en proportion croissante avec l'âge, présente un profil gériatrique caractérisé par la fragilité, la perte d'autonomie et la dépendance, dont l'origine est souvent multifactorielle et les manifestations variées. La poly pathologie est courante : démence, maladie de parkinson, dégénérescence maculaire liée à l'âge, fracture de hanche, diabète, broncho-pneumonie chronique obstructive... L'hospitalisation est fréquente ; après 85 ans, le taux annuel d'hospitalisation atteint 50%. Cet évènement marque parfois un tournant dans la vie du patient, dans ses habitudes de vie. Au quotidien, ces derniers 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 donc 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 RAD est souhaité...Ce qui provoque souvent de vives discussions au sein de l'équipe pluridisciplinaire, avec les familles et le patient... 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. Ce genre de discussion s'inscrit dans un contexte institutionnel où chaque profession, mais aussi chaque individu, a son point de vue. Des avis opposés, des points de vue différents, le tout conjugué à l'ambivalence des patients et des familles, peut provoquer tensions et malaises...

...à une réponse de soutien

Face à cette constatation, et grâce au soutien financier des CUSL et de la Gériatrie, une des deux unités d'hospitalisation a bénéficié de 10 séances de supervision mensuelle de type « institutionnelle ». Ces supervisions ont été menées par un psychothérapeute systémicien aguerri et se sont terminées le 26 juin 2014. Elles nous ont permis de revoir le projet de service, au travers des valeurs partagées, de la collaboration intra- et inter-métiers, et de réflexions quant à la façon de communiquer.

Au terme de ces supervisions institutionnelles, l'équipe a exprimé le souhait, l'intérêt et même le besoin de prolonger cette supervision sur un mode clinique et donc non plus centrées sur le fonctionnement institutionnel, mais bien sur des situations concrètes vécues avec des patients.

Et sa concrétisation par le projet d'Accompagnement Professionnel Clinique et Collectif

Nous souhaitons donc permettre aux équipes pluridisciplinaires des différents axes du PSG d'avoir accès à ces supervisions : les équipes des unités d'hospitalisations, l'équipe de la G de jour (hôpital de jour), de la liaison interne, de la liaison externe (AUXAD). Les modalités des supervisions devant être adaptées à chaque axe, mais les objectifs poursuivis seraient communs et multiples. Tous tendent vers une optimisation de la qualité des soins et de la prise en charge pluridisciplinaire en adéquation avec le projet de sortie du patient âgé.

Concrètement, la supervision clinique sera l'occasion de débriefer en équipe une situation concrète avec un patient. Le choix se portera sur une situation qui aura posé problème à l'équipe, que ce soit de par sa complexité, son point de vue éthique, la difficulté de se mettre d'accord en équipe, de respecter la volonté du patient, ... 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 ce cas concret. Non seulement, la situation pourrait alors se débloquer pour le patient en particulier, mais la réflexion pourrait aller plus loin en dégagant des pistes pour les prises en charge futures. Voici quelques illustrations concrètes de réflexions en supervision :

- Comment mieux accompagner les P Agées dans la réalisation de leurs soins quotidiens ?
- Entamer une réflexion éthique dans une situation donnée.
- Concevoir et conduire un projet de soins et un projet de vie individualisé visant à maintenir un lien social et familial.
- Comment mieux communiquer et être en relation dans un contexte de prise en charge soignante ? Comment s'adapter aux situations particulières et gérer les besoins et demandes de l'entourage ?
- Optimiser l'organisation et la coordination des prises en charge.

Nous avons sollicité le fonds Gommers pour financer ces supervisions cliniques collectives par un psychothérapeute spécialement formé. Nous sommes en effet persuadés que cet accompagnement est indubitablement une démarche favorisant une meilleure prise en charge et qualité de vie de nos P Agées à leur domicile. Bénéficier d'un lieu de réflexion collectif permet de mieux appréhender la prise en charge du patient, et donc aussi le projet de sortie. Choisir d'écouter et d'accompagner le patient et sa famille dans leur projet de retour au domicile nécessite une réflexion concertée et la confrontation d'avis parfois divergents au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Peser le pour et le contre, faire la balance des risques par rapport à la qualité de vie subjective, nécessite une réflexion éthique et les équipes n'en ont pas toujours ni les outils ni le temps. La conséquence en est alors soit de refuser la possibilité d'un retour au domicile ; soit d'accepter un retour au domicile dans des conditions parfois précaires, avec l'impression pour certains professionnels de ne pas avoir assez protégé le patient (et/ou la famille) ou de l'avoir « abandonné ». Il en est de même lorsqu'il s'agit de préparer l'encadrement à domicile avec le risque, pour le patient, de se sentir « envahi » « surprotégé » ou au contraire « abandonné » « insécurisé ». Une supervision clinique permet de revenir sur ce genre de situations, d'en tirer certaines conclusions et de prévenir leur réapparition.

Le projet delirium (en cours de rédaction)

Le projet vit ma vie (en cours de rédaction)

Le projet musiQualité (en cours de rédaction)

Le projet Snoezelen (en cours de rédaction)

Le programme de guidance de l'aidant du patient atteint de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en Hospitalisation de Jour Gériatrique (en cours de rédaction)

Les annexes

Annexe 1 (avec lien pdf): 23 OCTOBRE 1964. - Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Annexe 2 (avec lien pdf): 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 (avec lien pdf): 10 NOVEMBRE 1967. - [Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé] (L 2001-08-10/49, art. 27).

Annexe 4 : (avec lien pdf) Brochure gériatrique destinée au public des Cliniques Universitaires Saint Luc.



LA



SE PRESENTE

L'équipe

Géiatres

- **Pr. P. Cornette**
- Pr. B. Boland
- Dr. I. De Brauwer
- Dr. I. Gilard
- Dr. E. Meert
- Dr. J. Paul
- Dr. S. Marien
- Pr. C. Swine (gériatre consultant)
- Dr. J. Van Raemdonck (consultant)

Pharmacienne Clinicienne

- *Mme. Olivia Dalleur*
- *Mme. Fanny Vaillant*
- *Mme Caroline Van de Velde*

Equipe pluridisciplinaire

Infirmier Chef responsable du programme de soins
pour le patient gériatrique : Mr Remo Vergnasco

- Infirmiers
- Aides-soignants
- Kinésithérapeutes
- Ergothérapeutes
- Logopèdes
- Psychologues
- Neuropsychologue
- Diététiciens
- Assistants sociaux

Comment nous joindre

Hospitalisation

Unité 23

Bâtiment principal, 2^{ème} étage, route 23

Tél. : 02/ 764 23 02

Unité 24

Bâtiment principal, 2^{ème} étage, route 24

Tél. : 02/ 764 24 02

Liaison Interne Gériatrique

Téléphone interne : 4 2737 ou 4 7839

geriatrieliason@stluc.ucl.ac.be

Hospitalisation de Jour Gériatrique

Bâtiment principal, route 681. Accès aisé par le
bâtiment Albert 1^{er} et Reine Elisabeth

Téléphone : 02/764 24 53

Fax : 02/764 25 55

gdejour-saintluc@uclouvain.be

Consultations

Bâtiment principal, route 681. Accès aisé par le
bâtiment Albert 1^{er} et Reine Elisabeth

Téléphone : 02/764 24 53

Fax : 02/764 25 55

gdejour-saintluc@uclouvain.be

Secrétariat du service de gériatrie :

Mme Pascale Malengreau

Tél. : 02/764 10 53

Email : geriatrie-saintluc@uclouvain.be

LA GERIATRIE : C'EST POUR QUI ?

La gériatrie s'adresse au patient âgé, généralement de plus de 75 ans. Ce n'est pas tellement l'âge qui définit le patient gériatrique mais plutôt un ensemble de caractéristiques qui forme un profil particulier :

- Pathologies multiples et chroniques
- Symptômes atypiques
- Nombreux médicaments
- Réponse aux médicaments différente
- Problèmes psychologiques et sociaux

Ces caractéristiques expliquent la fragilité et le risque de déclin fonctionnel des personnes âgées. Le patient gériatrique risque plus qu'un autre de perdre son autonomie et son indépendance. Cette fragilité l'expose également à l'apparition de grands syndromes gériatriques tels que les chutes, la confusion aiguë, l'incontinence, la dénutrition, la déshydratation, les troubles de la mémoire ou encore la dépression.

Cette complexité impose une prise en charge globale, par une équipe pluridisciplinaire. Le but sera de préserver et optimiser les capacités fonctionnelles, c'est-à-dire toutes les aptitudes qui permettent de gérer le quotidien et de vivre de la façon la plus autonome et indépendante. La prise en charge englobe donc non seulement les aspects biologiques, mais également psychologiques et sociaux.

Pour répondre à ces objectifs, l'hôpital doit appliquer le programme de soins pour le patient gériatrique (AR du 29/01/2007). Celui-ci s'organise en 5 axes : l'hospitalisation, la gériatrie de liaison interne, l'hôpital de jour gériatrique, les consultations de gériatrie et la gériatrie de liaison externe.

HOSPITALISATION

Nous disposons de 48 lits agréés de gériatrie aiguë répartis dans deux unités de soins au 2^{ème} étage : l'unité 23 et l'unité 24. Nous y accueillons des patients âgés fragiles admis pour un problème de santé aigu. Notre objectif est de traiter cette affection aiguë tout en préservant les capacités fonctionnelles des patients. Les Cliniques Universitaires Saint Luc offrent une infrastructure moderne et à la pointe de la technologie permettant une prise en charge de qualité.

LIAISON INTERNE GERIATRIQUE

Il s'agit d'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 aide celles-ci dans la résolution de problèmes typiquement gériatriques. Elle aide également à prévenir les grands syndromes gériatriques et peut réaliser une évaluation globale et pluridisciplinaire pour préparer la sortie de l'hôpital.

HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE

L'hôpital de jour peut être une alternative à l'hospitalisation et permet de réaliser, en une seule journée, l'ensemble des examens et visites nécessaires à une mise au point. Les activités principales de l'hôpital de jour sont :

- Evaluation gériatrique : réalisation de bilans pluridisciplinaires (tests de mémoire, évaluation du risque de chute, évaluation de l'autonomie et de l'indépendance mais aussi mises au point

diverses et approche préventive des pathologies liées au vieillissement).

- Appliquer certains traitements ne nécessitant pas une hospitalisation (transfusion de sang, soins de plaie complexe,...)

Le bilan se fait à la demande du médecin traitant et est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire dans un cadre chaleureux et confortable, en une demi-journée le plus souvent.

CONSULTATIONS

Les consultations permettent de rencontrer un gériatre pour un avis gériatrique et/ou la réalisation d'interventions ne nécessitant pas une approche pluridisciplinaire.

LIAISON EXTERNE GERIATRIQUE

Nos services de gériatrie ont développé des partenariats et des réseaux de collaboration avec diverses structures de soins (services de révalidation, maisons de repos et de soins, médecins traitants, services de soins à domicile).

Le but de la liaison externe est d'optimiser la continuité des soins et éviter les hospitalisations inutiles en favorisant la collaboration des différents intervenants hospitaliers et extrahospitaliers.

Nos valeurs

- Le respect du patient dans sa globalité et ses choix de vie.
- La valorisation de l'autonomie.
- L'accompagnement des proches.
- Le travail en équipe pluridisciplinaire.
- La continuité des soins.

Annexe 5 : Echelles d'évaluation couramment utilisées en gériatrie (voir PACO).

ISAR

SHERPA

KATZ

LAWTON

MMSE

CODEX

CAM

GDS

TIMED UP AND GO

TINETTI

MNA sf

ZARIT

G8

Annexe 6 : Le delirium

L'Equipe de Gériatrie de Liaison
vous présente,

Le DELIRIUM

(ou Syndrome confusionnel aigu)

de la personne âgée

En 10 messages

10 messages

au sujet du

DELIRIUM ou Syndrome confusionnel aigu de la personne âgée

1) Le delirium se présente comme un changement soudain du comportement

Le delirium se manifeste par un changement soudain du comportement. Ce **changement soudain** est provoqué par une modification dans le fonctionnement du cerveau. Le patient est, tout-à-coup, perdu, méconnaissable, agité ou endormi, désorienté (et donc, comme le souligne l'expression, « à l'ouest »).

Sa capacité d'attention est amoindrie, il devient **incapable de rester attentif** plus de quelques secondes lors d'une discussion par exemple.

L'état de conscience est le plus souvent modifié, et variable dans le temps. Le delirium qui se manifeste par de l'**agitation** attire l'attention du personnel soignant. Mais il se manifeste de manière plus fréquente encore par de l'**apathie**. Celle-ci est plus insidieuse et passe souvent inaperçue dans le flux de l'action des soignants.

Une caractéristique majeure du delirium est la **fluctuation du comportement**. En effet, il sera tantôt agité, tantôt apathique et ce, de manière très aléatoire. Par exemple, il pourra être agité durant la nuit, plus calme en début de matinée pour à nouveau être agité dans le courant de la journée, sans règle bien définie.

Le delirium dure habituellement quelques jours, il est donc **limité dans le temps**.

2) Le delirium est une situation pénible mais réversible

Dans la majorité des cas, le patient retrouve son état mental initial une fois que l'« orage » est passé. Le delirium est donc bien **réversible**, comme un orage, une tempête.

Mais, il n'en demeure pas moins vrai que cette situation est pénible :

Pour le patient : car le DELIRIUM est **vécu comme un long cauchemar**.

Le patient vit un grand désordre mental où la conscience et la lucidité se mélangent à de la confusion et à des images cauchemardesques, voire des hallucinations.

Pour ses proches : car ils ne comprennent pas ce qui arrive à leur parent ou ami. Ils ne le reconnaissent plus. Ils sont souvent impressionnés, voire effrayés par cette situation... « On dirait qu'il est devenu fou. »

Pour les soignants : car ce patient demande un surcroît d'attention. En effet, il s'agit d'un patient âgé, souvent fragile, qui, à présent, doit affronter cette tempête. Il est en danger. L'agitation et l'apathie demandent plus de vigilance de la part de tous les soignants.

Cette situation est également pénible pour le personnel soignant dans le sens où il est tiraillé entre l'ensemble de la charge de travail dans son unité et cette situation très accaparante où il faut à la fois soigner son patient et rassurer une famille désemparée.

Le personnel soignant ressort souvent de cette situation avec un sentiment d'inutilité, d'impuissance... alors, avant de vous présenter quelques pistes pour aider le patient à sortir de ce marasme, ... un seul mot d'ordre :

RESTEZ AUSSI ZEN QUE POSSIBLE.

Votre nervosité, votre panique, votre incertitude, votre manque de « self control » ne feront qu'envenimer la situation et la rendre plus pénible encore.

3) Le delirium est fréquent.

Le delirium est **très** fréquent chez les patients à profil gériatrique. Il touche 25% des patients de plus de 75 ans qui sont hospitalisés (1 patient sur 4). Cette fréquence passe à 50% si ce patient de plus de 75 ans hospitalisé présente une démence sous-jacente.

Le delirium peut survenir à tout moment dans le décours de l'hospitalisation, même dès la salle d'urgence.

Certains moments sont très propices à la survenue d'un delirium comme par exemple le **retour du bloc opératoire** ou après un séjour aux **soins intensifs** : l'anesthésie, l'inconfort, le stress, le changement de lieu, la douleur, les nombreux appareillages souvent impressionnants, le bruit, ... sont autant d'éléments qui, seuls ou associés, ont un effet « confusiogène » sur le patient.

Certaines situations peuvent paraître plus « mineures » mais sont tout aussi irritantes pour le cerveau et peuvent générer un delirium. Ces événements sont par exemple le globe vésical, le fécalome, la fièvre, etc.

4) Le delirium est grave.

Le delirium de la personne âgée est **grave**. Les statistiques démontrent que sur l'ensemble des patients de plus de 75 ans hospitalisés victimes d'un delirium, 40% seront décédés après 1 an.

Il est clair que ce n'est pas le delirium en lui-même qui tue. Les circonstances sous-jacentes qui favorisent sa survenue et les complications fréquentes qu'il génère conduisent vers ce pronostic fatal.

En effet, le patient âgé, victime de ce syndrome, était souvent très fragile dès son admission à l'hôpital. Le delirium va le rendre encore plus vulnérable et les risques de complications sont nombreux. Voici deux exemples de situations qui illustrent le caractère grave du delirium.

Situation 1 : Une patiente de 95 ans est hospitalisée suite à une pneumonie. Elle souffre également d'un gros déclin fonctionnel récent. Elle marchait chez elle avec une aide mécanique et le soutien d'une personne. Elle est victime d'un delirium dans les heures qui suivent son admission. Durant un épisode d'agitation, elle tente de se lever de son fauteuil et tombe. Elle se fracture le fémur. Dès lors elle doit faire face à une série de complications qui aggravent son état de manière significative (Alitement prolongé avant et après intervention, assorti d'une contention, apparition d'escarres, fonte musculaire, aggravation de l'état pulmonaire, majoration du déclin fonctionnel, etc.)

Situation 2 : Un patient âgé de 89 ans est hospitalisé pour une septicémie d'origine urinaire et déshydratation majeure. Dès son arrivée en salle d'urgence, il présente des signes évidents de delirium. Lorsqu'il intègre sa chambre, il est très apathique mais quelques dizaines de minutes plus tard, il devient agité, saisi la bouteille d'eau qui se trouve sur sa table de nuit et tente de boire. Il est affaibli et également en très mauvaise position pour boire. Il « avale de travers », fait une fausse déglutition. Cette fausse route engendre une pneumonie et dès lors, là aussi, le patient doit faire face à une série de complications qui aggravent son état de manière significative.

5) Les aidants proches, source d'information utile.

Afin de vous aider dans l'établissement du diagnostic de delirium, il est important de s'entretenir avec la famille et/ou les proches qui connaissent bien le patient. Les questionner sur leur perception de l'état actuel du patient peut nous guider, nous permettre de différencier l'état actuel de l'état habituel.

Ce point est essentiel, puisque par définition, le delirium est soudain
Le patient était très différent la veille du début de delirium.

En situation de delirium, lors de cette hétéro-anamnèse, les proches vous diront qu'ils ne le reconnaissent pas du tout. Que ce changement de comportement le rend méconnaissable. Ils vous diront : « **il n'est pas comme ça d'habitude** ».

Ce caractère soudain permet de distinguer le delirium d'un déclin cognitif chronique qui est souvent présent. En effet, de nombreux patients en delirium ont une démence sous-jacente.

6) L'EGL, soutien des équipes soignantes.

Pour les patients âgés hospitalisés dans les Cliniques Universitaires Saint Luc en dehors des unités de gériatries, si un delirium est suspecté ou avéré, il est utile d'appeler l'Equipe de Gériatrie de Liaison (EGL). Cette équipe de seconde ligne mettra toute son expertise gériatrique pluridisciplinaire à votre disposition pour vous aider à prendre les meilleures décisions dans la situation singulière que vous vivez avec votre patient.

Face à vos difficultés, les infirmiers et l'ergothérapeute de cette équipe vous guideront afin de mettre en évidence les facteurs déclenchant de cet état de delirium et vous donneront certains conseils pour adapter votre prise en charge.

Ils pourront également assurer le suivi quotidien de ces patients jusqu'à la résolution du problème.

Le numéro d'appel de l'EGL est le **4.7839**.

D'un point de vue médical, le gériatre et son assistant, qui supervisent la liaison gériatrique, sont à la disposition de vos équipes et transmettront certaines recommandations quant au traitement médicamenteux du patient.

7) L'infirmier et/ou l'aide-soignant doivent chercher les causes.

Que faire lorsque le diagnostic de delirium est posé ?

Avant tout, il est important que les infirmiers et aides-soignants recherchent et éliminent toutes les causes réversibles. Les causes possibles sont nombreuses :

- Le globe vésical est une des causes les plus fréquentes. En cas de doute, faire un sondage vésical « in-out ».
- Le fécalome. En cas de doute, un toucher rectal, voire une radiographie de l'abdomen/petit bassin.
- L'hyperthermie
- La déshydratation
- La douleur
- La dyspnée assortie d'une désaturation en oxygène

Vous ne devez jamais vous contenter d'une seule cause car le DELIRIUM est souvent **MULTIFACTORIEL**.

Continuez à chercher d'autres raisons susceptibles d'avoir généré cet état. Une cause en cache souvent une autre,...

Observez votre patient, cherchez les causes et résolvez les problèmes les uns après les autres.

Cela contribuera à ce que votre patient sorte progressivement de cette zone orageuse et se retrouve à nouveau sous un ciel plus serein...

8) Le médecin doit chercher les causes médicamenteuses.

Parallèlement, il est impératif de chercher une cause médicamenteuse.

Ce point doit être abordé sous deux angles différents :

D'abord, il est important de s'assurer que les renseignements médicamenteux reçus à l'entrée du patient, lors de l'anamnèse infirmière soient complets. Ne vous contentez pas de retranscrire la liste de médicaments que le patient vous a remis. Assurez-vous aussi qu'il n'a pas oublié de vous parler d'un somnifère qu'il a laissé sur sa table de nuit et qu'il prend chaque soir depuis des années. Dans tel cas, le

patient n'en fait pas souvent mention spontanément lors de l'anamnèse car pour lui, ce somnifère n'est pas un traitement mais juste « une pilule pour l'aider à dormir ». Cependant, ce médicament (très souvent une benzodiazépine : Temesta, Xanax, etc.), s'il ne le prend pas durant quelques jours, risque de provoquer un état de sevrage et donc, ... UN DELIRIUM.

Ensuite, il faut que le médecin vérifie le traitement qui est instauré depuis l'hospitalisation de son patient. Nombreux sont les médicaments qui sont perturbants pour le cerveau. On dit qu'ils sont **confusiogènes**, qu'ils provoquent des troubles du système nerveux central...

Voici quelques exemples de médicaments de ce type:

Les **anticholinergiques** (Atrovent, Buscopan, etc.), sont confusiogènes à plus d'un titre : ils ont des effets indésirables centraux et peuvent provoquer des troubles cognitifs, de l'agitation, un delirium. Mais aussi périphériques tels que de la constipation, de la rétention urinaire, de la difficulté mictionnelle, ... autant d'éléments qui constituent, comme nous l'avons vu précédemment, des causes possibles de delirium.

Le Zantac (**Ranitidine**), dans la catégorie des inhibiteurs de la sécrétion d'acide gastrique, a un effet confusiogène surtout chez les personnes âgées avec insuffisance rénale (qui est fréquente).

Les **Quinolones**, dans la catégorie des antibiotiques (Ciproxine, Ciprofloxacine), provoquent des troubles du système nerveux central.

Il est donc important que le médecin décèle ce type de médicament et adapte son traitement afin de réduire au maximum le risque d'effets secondaires.

9) Les aidants proches, partenaires de soins potentiels.

Les personnes habituellement proches du patient, qui nous ont déjà aidés dans l'établissement du diagnostic de delirium lors de l'hétéro anamnèse, peuvent également être d'une grande utilité lors de la prise en charge d'une personne âgée victime d'un delirium.

Il est recommandé de réaliser une concertation en équipe afin de réfléchir ensemble dans quelle mesure la famille, les proches peuvent être pour la circonstance, partenaires de soins. Ce sont des décisions qui doivent-être prise au cas par cas, en fonction des situations socio-familiales qui sont souvent un atout aidant mais qui peuvent aussi être parfois un inconvénient, compliquant la situation du patient.

Être présent, durant toute la journée ou un peu plus en dehors des visites, ou lors des repas ou durant la nuit. Le fait d'avoir à ses côtés un visage familier, qui le stimule et le rend plus compliant, contribuera à remettre les pièces du puzzle au bon endroit.

10) Contention et DELIRIUM ne font pas bon ménage

Qu'en est-il de la contention en cas de delirium de la personne âgée ?

Avant tout, il faut savoir qu'au sein des CUSL, dans le cadre de l'établissement de procédure pour l'utilisation sécuritaire de la contention physique, deux arbres décisionnels ont été créés. Ceux-ci aident :

d'une part, à évaluer la nécessité de mise en place d'une contention. D'autre part, à choisir le type de contention le plus approprié. Nous invitons donc les infirmières à respecter ces arbres décisionnels. Les recommandations que nous vous détaillons dans cette présentation en matière de contention sont conformes à ces procédures institutionnelles.

Notre pratique courante démontre que la contention chez un patient âgé en situation de delirium augmente très fort son agitation. Nous conseillons donc vivement au premier abord de ne pas avoir recours systématiquement à la contention physique mais de trouver des solutions alternatives efficaces comme cela est également prévu dans les arbres décisionnels institutionnels. Outre cette contention physique, certains appareillages thérapeutiques peuvent être perçus par le patient en delirium comme une contention. Nous pensons à la perfusion (centrale ou périphérique), la lunette à oxygène, la sonde nasogastrique en décharge ou d'alimentation entérale, la sonde vésicale à demeure et autres système de drainage. Il s'agit là de toute une série d'appareillages irritants pour le cerveau du patient en delirium.

Les solutions alternatives pourraient par exemple être :

- Avoir un proche ou un volontaire qui reste près du patient et qui veille sur lui durant une période définie de la journée de manière programmée avec l'équipe soignante.
- Garder le patient dans son fauteuil ou sur une chaise ou déambulant (pour autant qu'il ne soit pas à risque de chute) à un endroit où le personnel est omniprésent et peut veiller sur lui.
- Occuper le patient autant que possible en le faisant participer à ses soins (hygiène corporelle, rasage, brossage de dents), en le mobilisant (remettre au fauteuil, puis debout, puis en marche), le faire participer à des activités avec l'ergothérapeute et à des exercices physiques avec le kinésithérapeute, etc.
Toutes ces choses vont finalement contribuer à ce que le patient retrouve progressivement certaines de ses habitudes routinières qu'il avait perdues suite au delirium.
- Remettre en questions l'utilité des différents appareillages dont bénéficie le patient. Sa perfusion est-elle toujours indispensable, ne peut-on pas envisager une hydratation sous-cutanée la nuit ou un traitement per os ? Ne peut-on pas le libérer de sa sonde vésicale ? Etc.

Cependant, certaines situations sont parfois très difficiles,...

En effet, le patient peut être très agité, tout-à-fait confus voire agressif et l'événement survenir à un moment où les soignants sont moins nombreux (par exemple la nuit ou en fin d'après-midi). Le choix de la contention ne peut alors être évité parce que le risque de chute est trop important, le risque lié à l'inconscience des dangers est majeur et le comportement du patient est vraiment inadapté.

Il faut alors faire le bon choix de contention, parce qu'il y a danger.

Si le patient est dans son lit, préférer le SECURIDRAP (plus communément appelé PYJADRAP aux CUSL) assorti de barreaux de lit. Eviter les liens de poignets, de chevilles et la ceinture de contention.

S'il est dans son fauteuil, préférer la ceinture de bassin, assortie ou pas (selon la situation) d'une ceinture de torse et épaule. Eviter la tablette systématique qui donne une impression d'emprisonnement au patient et peut accentuer son agitation.

Nous ré insistons cependant sur la nécessité de respecter les procédures institutionnelles en matière de contention et prévention de chute. Evaluation de la nécessité et mise en place d'une contention ; choix des moyens de contention ; évaluation et surveillance de la contention.

Outre la contention physique, dans pareille situation, il est évident que les médecins doivent prescrire un traitement adapté en conditionnel, afin d'apaiser le patient et le mettre hors de danger.

Nous vous remercions pour votre lecture attentive et espérons que ces messages vous aideront à mieux appréhender la situation de DELIRIUM de la personne âgée.

PENSEZ-Y...un seul mot d'ordre : **RESTEZ ZEN**

Annexe 7 : Fascicule d'accueil des nouveaux collaborateurs en gériatrie aigue.

Gériatrie aigue

Fascicule d'accueil des nouveaux collaborateurs

Infirmières cheffes :

Mme Marie-Christine Heyndrickx (U23)

Mme Nadine De Man (U24)

Infirmière cheffe adjointe :

Mme Liliane Kabale (U23)

Cher collègue,

Ce fascicule a été créé à ton intention, nous t'en souhaitons une agréable lecture. Tu y trouveras réponse à toute une série de questions importantes, en lien avec notre mode de fonctionnement:

- D'où proviennent les patients admis dans nos unités? Quels sont les objectifs de l'hospitalisation en gériatrie ?
- Quel est le profil de ces patients admis en gériatrie, quelle est notre spécificité, quelle est notre mission ?
- En quoi consiste l'établissement d'un projet de soins et quelle en est la finalité ?
- Quelles seront tes prestations horaires ?
- Quelles sont les grandes lignes de notre organisation quotidienne? Quel y sera ton rôle, ta fonction?
- Comment sera organisée ton évaluation? En tant qu'infirmier **ou** infirmier spécialisé en Gériatrie **ou** Aide-soignant, qu'attendons-nous de toi en termes de compétence, et dans quels délais?...
- Quelles sont les abréviations les plus couramment utilisées en gériatrie.

Nous espérons que les informations contenues dans ce fascicule contribueront à faciliter ton intégration au sein de notre groupe. N'hésite pas à revenir vers nous si tu as d'autres questions.

Au nom de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de Gériatrie, nous te souhaitons la bienvenue.

1. D'où proviennent les patients admis dans nos unités et quels sont les objectifs de leur hospitalisation?

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

- A. « **Aigus** », c'est-à-dire admis directement en gériatrie depuis la salle d'urgence ou à la demande du médecin généraliste. Cela représente 80% des admissions, elles sont dites « non-programmées ».
- B. « **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, ...) et qui nécessitent à présent d'être suivi par une équipe pluridisciplinaire experte dans la prise en charge de patients âgés fragiles.

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.

Quelques mots clés au sujet de nos objectifs:

- Soins globaux de la personne
- Amélioration, stabilisation de l'état de santé ou accompagnement dans la fin de vie.
- Accompagnement, soutien des familles
- Orientation du patient vers le devenir correspondant le mieux à son état de santé (Domicile, Maison de repos, séjour en réadaptation, etc.)

2. Quel est le profil des patients admis en gériatrie ?

Les unités de gériatrie font partie de la filière de médecine interne.

Les patients admis en gériatrie sont âgés de plus de 75 ans.

Ils proviennent dans la plupart des cas de la salle d'urgence. Ceux-ci requièrent une approche spécifique, consécutive à plusieurs des raisons suivantes : fragilité et homéostasie réduite; poly pathologie active; tableau clinique atypique; pharmacocinétique perturbée; risque de déclin fonctionnel; risque de malnutrition; 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; problèmes psychosociaux.

Les autres patients, ont été initialement hospitalisés dans une autre unité spécialisée (y compris soins intensifs) pour des raisons diverses: traumatique (ex : # fémur, etc.) ; urologique (ex : infection urinaire, etc.) ; digestif (ex: sigmoïdite, etc.) ; pulmonaire (ex : pneumonie, etc.) ; cardiologique (ex : infarctus myocardique, etc.) ; etc. Lorsqu'ils sont sortis de la phase aiguë pour laquelle ils ont été admis mais qu'ils nécessitent encore une prise en charge pluridisciplinaire gériatrique rapprochée, ces patients peuvent être transférés dans nos unités mais, selon quel processus ?

Le médecin de l'unité (hors gériatrie) en charge du patient, estime que celui-ci est encore trop fragile et encore trop instable pour envisager un retour dans son lieu de vie. Dès lors, il demande l'avis du gériatre qui supervise l'activité de la liaison interne gériatrique (EGL). Une **E**valuation **G**ériatrique globale **S**tandardisée est réalisée par l'EGL. Suite à cette EGS, la décision de transfert est acceptée ou refusée.

3. Qu'entend-on par Projet de SOINS ? En quoi consiste-t-il ? Quelle en est sa finalité ?

Le document « projet de soins » assure l'échange d'information entre tous les intervenants quant aux directions thérapeutiques à prendre pour le patient dans l'évolution de son séjour à l'hôpital. Ce document remplace le document « projet thérapeutique » et doit être complété pour tout patient hospitalisé.

Le nouveau document **unique et obligatoire pour tous les patients hospitalisés** comporte quatre projets différents afin que ceux-ci ciblent au maximum les thérapeutiques à mettre en oeuvre le cas échéant.

- ☒ **Projet 1** : Soins visant à prolonger la vie par toutes les thérapeutiques nécessaires
- ☒ **Projet 2** : Soins visant à prolonger la vie avec des thérapeutiques limitées
- ☒ **Projet 3** : Soins susceptibles de prolonger la vie pour autant qu'ils n'altèrent pas le confort
- ☒ **Projet 4** : Soins visant à assurer le confort du patient sans en prolonger la vie

Le projet de soins doit être rempli à chaque hospitalisation par le médecin responsable. Pour témoigner de la dimension interdisciplinaire, plusieurs acteurs signent aux côtés du médecin, à savoir l'assistant et l'infirmière de l'équipe en charge du patient. Une place est prévue pour la signature par une tierce personne. Celle-ci peut être un proche du patient ou un autre professionnel qui ont participé ou ont été témoin du fait que le document a été complété.

Un guide d'utilisation a été rédigé et détaille clairement les différentes rubriques du document. La création de ce document a eu lieu au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de médecins et infirmiers de différentes filières, sous l'impulsion du Conseil infirmier. Il anticipe un formulaire dont le traitement sera obligatoire dans le futur dossier médical informatisé (l'EMR d'Epic).

Le document et le guide d'utilisation se trouvent sur PACO :

- Le document : DIRMED-FORM-007
- Le guide d'utilisation : DIRMED-DSQ-007

4. Quelles prestations horaires devras-tu assurer ?

Le règlement de travail des CUSL fixe les règles concernant les prestations horaires du matin, de l'après-midi et de la nuit que tu assureras tant les jours ouvrables que les week-ends et autres jours fériés.

Tu presteras d'emblée des matins et des après-midi.

Dès ton arrivée, l'infirmière en chef organisera ton écolage (assuré par un collègue). Cette période d'écolage devrait durer une quinzaine de jours (en fonction de l'effectif disponible).

Nous souhaitons que tu sois autonome pour prester des nuits endéans les 6 mois sur base d'une évaluation de ton infirmière en chef.

Nous insistons fortement pour que toi et tes collègues preniez conscience que le temps de pause de 10 minutes (ni plus ni moins) est nécessaire durant vos prestations du matin. Il est plus que souhaitable que vous vous accordiez ce mini break.

Le temps de table de midi est de 45 minutes. Il doit s'organiser de manière fluide, entre collègues, en fonction de la situation.

L'horaire de l'équipe est réalisé par l'infirmière chef. Cet horaire doit, idéalement, respecter les impératifs d'encadrement suivants:

- 6 personnes le matin dont l'infirmière chef et au moins deux autres infirmières.
- 3 personnes l'après-midi dont au moins deux infirmières.
- 1 personne supplémentaire de 17 à 21h (aide-soignante).
- 1 personne la nuit (infirmière).

Sur base de ces impératifs, l'horaire est établi, en tenant compte autant que possible des desideratas de l'équipe. Les IC et ICA s'efforcent, dans la mesure du possible (rien n'est acquis) de répondre globalement à ces desideratas et surtout de manière équitable.

Un desiderata reste un desiderata, il n'est pas un dû !

En réponse à la rigueur du respect des impératifs d'encadrement et de l'équité entre membres de l'équipe par l'infirmière en chef, nous attendons que tu fasses preuve de souplesse et de compréhension dans des situations difficiles. Le dialogue est de mise.

Une fois l'horaire établi, il te sera encore loisible de réaliser les changements horaires que tu souhaites, en arrangement avec tes collègues. Tu ne perdras pas de vue les impératifs d'encadrement repris ci-dessus.

En cas d'incapacité de travail : Cela arrive à tout le monde ! Nous te demandons d'avertir le service le plus rapidement possible. Un contact téléphonique direct avec ton infirmière en chef ou infirmière en chef adjointe (ou sa remplaçante si elle est absente) sera très apprécié. Ce contact sera l'occasion pour nous de collecter des informations utiles relatives à ton absence et pour toi de recevoir les informations administratives nécessaires.

Ces quelques recommandations en la matière sont conformes au règlement de travail (article 13 et 14).

Planification des congés annuels : Chaque année sont publiées les règles institutionnelles en matière de planification des congés annuels. Nous, IC et ICA, sommes tenues de faire respecter ces règles scrupuleusement. Elles sont affichées dans ton unité dès leur parution.

Nous devons remettre le planning des congés de l'année pour l'ensemble de l'équipe à notre CID au plus tard le 01 mars. Cela signifie que tes collègues et toi devez remettre les dates de vos congés souhaités au plus tard le 15 février pour que nous puissions encoder ce planning dans les temps.

Tout élément de planification qui ne répond pas aux règles définies par la direction en la matière sera un motif de refus de la part de notre CID, ce qui postpose l'accord sur les congés et la possibilité pour chacun de programmer ses vacances !

5. Comment se déroulera ton évaluation (compétences attendues assorties de délais) ?

En préambule à cette question, nous t'invitons à visiter le site internet des CUSL. Il te permettra d'accéder à toute une série d'informations dont la connaissance est plus que souhaitable avant ton intégration dans l'équipe. Ces informations sont notamment : le plan MASH, la procédure ARCA, etc.

Dans le site internet, tu pourras également te rendre dans la rubrique « gériatrie ». Celle-ci te donnera accès au MGP (Manuel Gériatrique Pluridisciplinaire). Il constitue à lui seul la « bible » gériatrique des CUSL. Il est également décliné en divers pavés numériques qui te permettront d'accéder à des informations sur le fonctionnement de la gériatrie dans son ensemble mais aussi de manière plus ciblée.

1 mois après ta prise de fonction, nous te proposerons de nous remettre un rapport d'étonnement. Ce rapport d'étonnement se présente sous forme d'un mini- livret contenant diverses questions. L'idée étant de nous livrer ta première impression sur différents sujets et sur la façon dont se passe ton intégration dans l'équipe.

Tes évaluations auront lieu après 3, 6 et 12 mois.

Au-delà de la première année nous entrons dans une dynamique d'entretien de progrès tous les 2-3 ans.

6. Comment s'organise le travail dans les deux unités de gériatrie ?

L'objectif poursuivi par notre organisation est de rendre le processus de prise en charge du patient plus fluide afin de permettre de mieux le soigner avec les ressources existantes. Il vise à améliorer la qualité des soins, réduire les temps d'attentes, maîtriser les coûts, réduire les risques et augmenter la satisfaction de l'équipe.

Un groupe de travail constitué des IC et ICA de gériatrie se penche sur cette question permanente et se réunit régulièrement afin d'y apporter les modifications et adaptations nécessaires. La philosophie étant de travailler autrement et ensemble, ... donc, mieux !

La finalité de ce profil serait qu'il s'étende à l'ensemble des disciplines représentant l'équipe pluridisciplinaire des unités de gériatrie.

LE PERSONNEL

Répartition minimale du personnel 7 jours sur 7 : le matin : 6 personnes (dont au moins 3 infirmières), l'après-midi : 3 personnes (dont au moins 2 infirmières), de 17 à 21h une aide-soignante supplémentaire et la nuit : 1 infirmière de 20h30 à 07h30.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL DU MATIN

07h00 Précise: L'ensemble du personnel du matin est à son poste, prêt à entendre le rapport de l'infirmière de nuit.

LE RAPPORT DOIT ETRE PRECIS ET CONCIS

En cas de lourdeur extrême il prendra tout au plus 30'. Les éléments essentiels à une bonne continuité de prise en charge doivent y être relatés. Le reste des informations sera facilement accessible, par chacun, à tout moment, dans les dossiers infirmiers correctement tenus, selon le principe des transmissions ciblées.

En règle générale, durant toutes les relèves infirmières, lorsqu'un appel patient survient, le personnel qui n'a pas la responsabilité des patients dont on parle est tenu de répondre à l'appel au plus vite. Ceci afin de permettre au personnel responsable de se concentrer pleinement sur les informations reçues.

La répartition des tâches est établie par l'infirmière en cheffe adjointe ou sa remplaçante. 6 personnes (dont l'ICA) constituent 3 binômes infirmier/aide-soignant. Ces binômes sont alors répartis dans 3 groupes de chambres. Les étudiants seront également répartis de la sorte. Cette répartition sera réalisée en tenant compte de la meilleure continuité possible dans les soins.

Idéalement, le personnel aidant supplémentaire des équipes mobiles écoutera la totalité du rapport et sera dirigée en fonction de la charge de travail dans un des 3 groupes.

Remarque :

- 1) Chaque jour, une personne est désignée dans la feuille de répartition (marqueur Fluo), pour être responsable de la clé des stupéfiants.**
- 2) C'est cette même personne qui assurera le remplissage de l'outil de charge de travail pour l'après-midi, avant 12h30.**

Rôle des binômes

Chaque binôme doit s'organiser en tenant compte des différentes priorités du jour et en réalisant un nursing intégré des patients dont il a la charge.

1. La distribution des médicaments.
2. De 09h00 à 09h30 maximum, le briefing du matin avec les gériatres a lieu.
3. Réaliser les prélèvements sanguins des patients dont ils ont la charge.
4. Assurer l'alimentation des patients et leur suivi alimentaire (matin et midi)
5. Une coordination fluide doit se mettre en place par binôme.

Les IC et ICA sont très sensibles à une collaboration efficace entre infirmier et aide-soignant.

Tous les soins seront toujours réalisés dans le cadre du nursing intégré. Les pansements seront reportés à plus tard dans la matinée, si et seulement si, le binôme le juge plus opportun pour des impératifs organisationnels.

6. Au signal de l'AEL, vers 8h15, une personne du binôme se détachera des soins afin de l'aider à la distribution des déjeuners des patients dont il a la charge. Chaque groupe assure avec l'AEL la distribution des déjeuners de ses patients. Une participation active de notre Aide Infirmière Administrative sera la bienvenue également dans cette tâche si elle en a la possibilité.

...entre 10h00 et 10h30, l'équipe s'octroiera une pause de 10 minutes.

Cette pause sera dans la mesure du possible prise en commun.

7. Une fois les soins terminés, les binômes assureront la bonne maintenance des chambres, réfection des lits. Une participation de notre Aide En Logistique sera la bienvenue le cas échéant.

- L'équipe ne perdra pas de vue la mesure du score de **BRADEN** (1x/sem)
- Le **POIDS** des patients sera mesuré systématiquement 1x/sem et plus si la situation du patient le nécessite.

NB : Les IC et ICA insistent sur la nécessité de noter les poids et différences de poids rapidement dans le dossier infirmier afin que nous puissions bénéficier de l'information la plus actuelle lors de la réunion pluridisciplinaire du **JEUDI (U23) ou du VENDREDI (U24)** à 11h.

8. vers midi : Notre AEL en collaboration avec le binôme concerné assurera la distribution des repas de midi. Les patients qui nécessitent une présence pendant le repas, seront assistés. Les bilans alimentaires correctement documentés.
9. L'infirmière réalise la distribution des médicaments et traitements de midi de son groupe.
10. Un tour complet de change sera assuré par les binômes et les patients qui le désirent seront installés dans leur lit afin de se reposer.
11. L'infirmière valide les soins dans le DSI informatisé, assure la mise à jour du plan de soins selon le canevas gériatrique et prend en compte les changements de traitements médicaux.
12. Elle assure la bonne tenue des données minimales du SSSI selon le canevas défini en U23 ou U24.

13. Prend en charge les entrées (Transferts ou urgences).

14. La tarification des spécialités pharmaceutiques (médicartes) doit se faire simultanément par scannage.

La pause de midi doit se prendre entre 12 et 13h : 45'

NB1 : une mesure spéciale est toujours d'actualité pour le personnel de l'U24 ayant participé en son temps au référendum précisant qu'ils bénéficient d'une pause de midi de 30', ce qui signifie qu'ils terminent la pause Matin à 15h06 contrairement à tous les autres qui terminent à 15h21.

NB2 : AIA et AEL bénéficient obligatoirement d'une pause de 45'

Toute personne travaillant plus de 6H, doit impérativement bénéficier de cette pause. Ce qui signifie que les personnes qui prestant de 07h à 13h ne prennent pas de pause de midi.

Remarques : 1) Afin que le groupe qui prend sa pause ne soit pas dérangé, le personnel terminant à 13h et les étudiants éventuels, assurent la continuité des soins (réponse aux appels, aide à la remise au lit, etc.) et toutes tâches nécessaires au bon déroulement de l'organisation. Chacun veillera à ce que ses collègues puissent prendre sa pause de 30 ou 45'sans dérangement.

2) de **13h00 à 13h24**, l'ensemble de l'équipe doit reprendre ses activités (CF. points 10 à 14) là où elle les avait interrompues pour la pause.

Les infirmiers en chefs de gériatrie tiennent à rappeler que notre dossier infirmier est un outil de travail indispensable et une couverture juridique qui peut s'avérer du plus grand intérêt. Par le principe des transmissions ciblées, un maximum d'événements concernant le patient y sera donc noté au fur et à mesure des soins du matin, de l'après-midi et de la nuit.

Réunion gériatrique pluridisciplinaire hebdomadaire

✓ Unité 23 : le jeudi de 11 à 13h

✓ Unité 24 : le vendredi de 11 à 13h

Consultance palliative pluridisciplinaire hebdomadaire

✓ Unité 23 : le lundi de 11 à 12h

✓ Unité 24 : le jeudi de 14 à 15h

L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'APRES-MIDI

13h24 précise : l'ensemble du personnel de l'après-midi est à son poste (2 infirmières et 1 aide-soignante) pour écouter le rapport (Leur horaire se termine à 21h00 précise). L'ensemble de l'équipe assiste au rapport. Durant le rapport, chaque binôme répond aux appels des patients dont il a la charge.

NB : Pour rappel, la réunion de consultance palliative à l'U24 de 14 à 15h le lundi (CF. supra).

Vers 14h00 : Le personnel du matin assurera les tâches n'ayant pas été réalisées parmi les suivantes :

- Maintenance des chambres
- Prise en charge des entrées éventuelles.
- Valider les soins dans le DSI informatisé et assurer la mise à jour du plan de soins selon le canevas de gériatrie.
- Valider les éventuels changements de traitements médicaux.
- Assurer la bonne tenue des données minimales du SSSI selon le canevas défini en U23 ou 24.
- Tarifier les spécialités pharmaceutiques (médicartes) utilisées durant toute la pause du matin.
- Assurer éventuellement des tâches en aide au personnel de l'après-midi (acte technique, etc.)

Vers 14h30 : notre AEL (ou une aide-soignante si celui-ci est absent) assure la distribution des collations et autres boissons.

15h21 : Départ du personnel du matin

NB1 : une mesure spéciale est toujours d'actualité pour le personnel de l'U24 ayant participé en son temps au référendum précisant qu'ils bénéficient d'une pause de midi de 30', ce qui signifie qu'ils terminent la pause Matin à 15h06 contrairement à tous les autres qui terminent à 15h21.

NB2 : AIA et AEL bénéficient obligatoirement d'une pause de 45'

L'organisation du travail de l'après-midi est répartie entre les deux infirmiers qui prendront chacun en charge la moitié du couloir.

Les infirmières de l'après-midi assureront la distribution des médicaments de 14h-17h-19h.

Afin de répondre aux impératifs organisationnels, nous demandons aux médecins d'uniformiser :

- la prescription des injections d'anti thrombotiques (fraxiparine ; clexane, etc.) à 17h00. Si deux injections sont nécessaires, 08h00 et 20h00.
- la prescription des perfusions à 16h.

A 17h00 : arrivée de l'AS jobiste (17-21h)

A 17h30 : distribution des repas du soir par les 2 AS. **Une attention particulière sera donnée à l'alimentation des patients qui nécessitent une présence permanente durant leur repas. Les feuilles de bilans alimentaires seront correctement documentées.**

A 18h15 : débarrassage des plateaux repas et réponse aux appels éventuels des patients.

C'est à ce moment-là que le personnel du soir prendra sa pause de **10 Minutes**.

18h45 : les 2 AS assurent le tour des chambres pour coucher les patients, changer les incontinents et les rafraichir si nécessaires. Pour les cas lourds, ce binôme fera appel à l'infirmier(ère) de qui dépend le patient.

Dès 19h00 :

L'infirmière :

- ❖ Assure la distribution des médicaments.
- ❖ Encode et valide les soins dans le SSSI.
- ❖ Apporte les modifications éventuelles dans les données minimales.
- ❖ Tarifie les spécialités pharmaceutiques (médicartes) utilisées durant toute la pause du soir.

L'aide-soignante et le Jobiste:

- ❖ Assurent le tour de change.
- ❖ Installent les patients dans leur lit.
- ❖ Répondent aux appels des patients.

20h30 Précise : Les infirmières du soir, chacune à leur tour, transmettent les informations à l'infirmière de nuit lors de la relève.

LE RAPPORT DOIT ETRE PRECIS ET CONCIS

en cas de lourdeur extrême il prendra tout au plus 30'. Les éléments essentiels à une bonne continuité de prise en charge doivent y être relatés. Le reste des informations sera facilement accessible, par chacun, à tout moment, dans les dossiers infirmiers correctement tenus, selon le principe des transmissions ciblées.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE LA NUIT

20H30-21h00 : Relève.

À partir de 21H :

- ❖ Distribution des médicaments
- ❖ Maintenance et ordre des casiers des patients

- ❖ Commande de médicaments manquants pour le lendemain ainsi que des poches d'alimentations parentérales.
- ❖ Retour de médicaments excédentaires
- ❖ Préparation des médicaments du lendemain* et sortie des traitements injectables des 24 prochaines heures dans les 3 chariots à médicaments.
* = sortir les médicaments, non dé blistérés, qui seront soumis à vérification avant l'administration par l'infirmière responsable de l'administration.
- ❖ Compléter le logiciel de calcul de la charge de travail du service dans le PC afin de définir si une aide en personnel est nécessaire pour notre unité.

Accessoirement, les tâches suivantes peuvent être réalisées selon la lourdeur dans le décours de la nuit:

- ❖ Vérifier l'ordre des chariots à pansements et prise de sang et de soins.
- ❖ Renouveler les feuilles de suivi dans le DSI.
- ❖ Mettre en ordre le casier d'étiquettes des patients.
- ❖ Contrôler les chariots Kanban et retourner les plaquettes si nécessaires

23h30 : Paramètres et glycémies

24h00 : Tour de change et installation des patients. CF. aide EMN

NB : entre 2h et 4h du matin, assurer le contrôle et le paramétrage de nos appareils à glycémie

4h00 : Tour de change et installation des patients CF. aide EMN.

Rôle infirmier propre :

- ❖ Valider les soins, rapport écrit, imprimer les données minimales pour le personnel du matin
- ❖ Clôturer les bilans (débits urinaires, débits iléostomies, drains)
- ❖ Assurer la maintenance du service : Vider les poubelles utilisées, vérifier les chariots à linge.
- ❖ Donner les traitements de 07h00 pour lesquels la prise « à jeun » est nécessaire (ex : Fosamax).
- ❖ Si une intervention chirurgicale est programmée chez un patient à la première heure (07h30-08h00), faire sa préparation pré-op.

- ❖ Peaufiner la Macro-cible de sortie et gérer les médicaments des patients sortants.

7. Abréviations couramment utilisées en gériatrie.

PT : Projet Thérapeutique

VC : Voie centrale

SNG : Sonde nasogastrique

LC : Toilette complète au lit

lc : Toilette complète au lavabo

L : Lange

SV : Sonde Vésicale

VP : Voie périphérique

SC : Sous-cutanée

@xl : matelas alternating

LP : Toilette partielle au lit

lp : Toilette partielle au lavabo

BF : Bambinette filet

EP : étui pénien

IF : incontinence fécale

8. Comment accéder à l'ensemble des informations gériatriques via le Manuel Gériatrique Pluridisciplinaire des CUSL ?

- 1) Site internet des CUSL : www.saintluc.be
- 2) Services Médicaux
- 3) Gériatrie
- 4) Pavé « télécharger le MGP complet en PDF »

Ou

- 1) www.saintluc.be/services/medicaux/geriatrie/
- 2) Pavé « télécharger le MGP complet en PDF »

Ou

- 1) Intranet des CUSL
- 2) PaCo
- 3) Taper dans moteur de recherche : « Manuel Gériatrique Pluridisciplinaire »

Annexe 8 : Modèle de convention dans le cadre d'une liaison fonctionnelle.**CONVENTION DE LIAISON FONCTIONNELLE**

Entre :

Les Cliniques universitaires Saint-Luc, valablement représentées par :

Monsieur, Administrateur délégué

Monsieur, Directeur médical

Ayant son siège social : 10, avenue Hippocrate à 1200 Bruxelles

Ci-après dénommées « St-Luc »

Et :

La *MR(S)* ..., *sise*, *à*

valablement représentée par :

.....

Ayant son siège social :

Ci-après dénommée

Il est convenu ce qui suit et qui est accepté par chacune des parties :

Article 1

La présente convention a pour objet d'organiser la liaison fonctionnelle entre les Cliniques universitaires Saint-Luc et la *MR(S)*....., visée à 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.

Elle définit les grandes lignes d'une collaboration entre les parties contractantes en matière médicale, paramédicale, infirmière, ainsi qu'en matière de transferts de patients ou résidents.

Article 2

A la demande du médecin traitant du résident ou du médecin coordonnateur de la MR(S) et dans les limites de places disponibles, un résident MR(S) peut être admis dans le service de gériatrie de St-Luc ou dans un autre service aigu de St-Luc, pour une mise au point ou un traitement, pour autant :

- qu'il satisfasse aux conditions d'admission reconnues dans ce service ;
- que l'évolution des symptômes et des traitements ne permette pas le maintien en MR(S) ;
- que ce transfert soit conforme au désir du résident et/ou de son répondant.

Les médecins responsables s'engagent à communiquer toutes les données utiles concernant le résident, dans un sens comme dans l'autre.

Le personnel infirmier des deux côtés s'engage également à transmettre toute information ou remarque utile concernant les soins.

Article 3

§1 « » s'engage à communiquer régulièrement au service social de St- Luc ses disponibilités de lits chaque semaine.

Dans le respect du libre choix du patient, « » s'engage à admettre en priorité au sein de la MR(S), tout patient qui, hospitalisé au sein de St-Luc, peut être déclaré admissible en maison de repos (et de soins).

§2 Il est toutefois alors attendu que :

- l'examen diagnostic doit être pratiqué avant l'admission ;
- le patient doit avoir subi tout traitement actif et réactivant sans qu'il se soit soldé par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie journalière ;
- une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent pas ;

§3 « » s'engage à accepter, sous réserve de place et de personnel compétent et en nombre adéquat, des résidents notamment :

- pour un court séjour (max 3 mois),
- et/ou en fin de vie,
- et/ou présentant des troubles cognitifs,
- et/ou nécessitant des soins spécialisés tels que gastrostomie ; ou avec perfusions sous-cutanées ou intraveineuses occasionnelles.

§4 « » mettra à la disposition des résidents admis le matériel adéquat nécessaire tel que barrières de lit, lits réglables en hauteur, matelas alternant, coussins anti-escarres, voiturettes, déambulateurs, 1 baignoire adaptée, 1 ascenseur pour civières, etc...

§5 « » répondra à toutes les normes requises, notamment en matière architecturale, fonctionnelle et organisationnelle, et développera notamment une politique de qualité ainsi qu'une culture de soins palliatifs. et permettra à son personnel une formation continue adéquate. (cfr article 8)

Article 4

- §1 L'application de l'article précédent est subordonné à la transmission du dossier d'admission résidentiel, lequel comprend notamment un rapport médical circonstancié décrivant de manière précise l'état de santé, tant fonctionnel que mental du patient et faisant mention des protocoles d'examens réalisés.
- §2 Le dossier d'admission résidentiel est communiqué au médecin traitant ou, à défaut, au médecin coordonnateur de la section MRS. Sa transmission intervient 24 heures au moins avant l'admission à la MR(S). Il comporte tous les renseignements utiles à la constitution, par la MR(S), du dossier médical et infirmier et contient obligatoirement le protocole de l'examen diagnostique précédant l'admission.
- §3 Le dossier d'admission résidentiel doit nécessairement démontrer que le patient en attente d'admission au sein de la section MR(S) est tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière.

Article 5

- §1 Avant toute admission hospitalière, telle que décrite aux articles 2 et 3 de la présente convention, la seconde partie communique à la première un dossier d'admission hospitalier.
- §2 Ce dossier d'admission hospitalier est complété et signé par le médecin traitant du résident ou, à défaut, par le médecin coordonnateur.
- §3 Il est transmis au Responsable médical du service de St-Luc où le patient doit être hospitalisé ou à défaut au Chef du service de gériatrie.

Article 6

Les deux parties veilleront scrupuleusement à ce que les convictions philosophiques et religieuses des patients soient respectées.

Article 7 Collaboration médicale :

- le médecin responsable du service G de St-Luc peut, à la demande du médecin coordonnateur MRS et/ou du médecin traitant du résident, émettre des avis non contraignants dans les matières spécifiques à la pratique de la gériatrie ;
- à la demande du médecin coordonnateur et/ou de la direction des soins infirmiers de la MR(S), et dans les limites de ses disponibilités, le médecin responsable du service G peut prêter son concours, directement ou indirectement, à la formation du personnel en MR(S) ;
- un stage dans le service G de St-Luc est envisageable, selon les besoins et disponibilités de chacun, pour le médecin coordonnateur de la MR(S).

Article 8

Seront organisées deux réunions minimum par an entre le staff médical et/ou infirmier et/ou social de la première partie et le médecin coordonnateur et/ou de la Direction des Soins infirmiers de la deuxième partie en vue de débattre de toute question d'ordre médical et/ou infirmier susceptible d'améliorer les soins dispensés aux patients hospitalisés dans l'hôpital ou aux résidents hébergés dans la MR(S)

Article 9

La présente convention prend cours le pour une durée indéterminée.
Elle est résolue de plein droit et sans indemnités en cas de décision, prise par le Ministre compétent, de retirer ou de ne pas renouveler l'agrément d'une des parties contractantes.
Chacune des parties peut mettre fin à la présente convention moyennant préavis de 3 mois.

Fait en double exemplaire à, le

Pour la MR(S)

Pour les CUSL,

.....
Administrateur délégué

.....
Directeur Médical

Annexe 9 : Support de dépistage des patients âgés fragiles au service des urgences**Support « guide » pour le dépistage des patients âgés fragiles au SU****Cognition**

- Quel jour sommes-nous aujourd'hui?
- Quelle est la date d'aujourd'hui?
- En quelle année sommes-nous?

Évaluation compatible avec une altération de la cognition si une seule réponse est incorrecte.

Chutes

- Le patient s'est-il présenté au SU à la suite d'une chute?
- Le patient a-t-il eu une ou plusieurs chutes durant les 12 derniers mois?

l'évaluation est compatible avec un risque de chute si une seule réponse est « oui »

Mobilité

Question à évaluer en tenant compte de toutes les ressources disponibles:

- Le patient avait-il besoin d'aide à la marche à l'intérieur de son lieu de vie avant de venir au SU (cane, rotator)?

Question à évaluer en fonction de la situation actuelle au SU:

- Le patient est-il actuellement confiné au brancard?
- Le patient a-t-il actuellement besoin d'aide à la marche ou pour sortir du brancard?

AVJ

Question à évaluer en tenant compte de toutes les ressources disponibles:

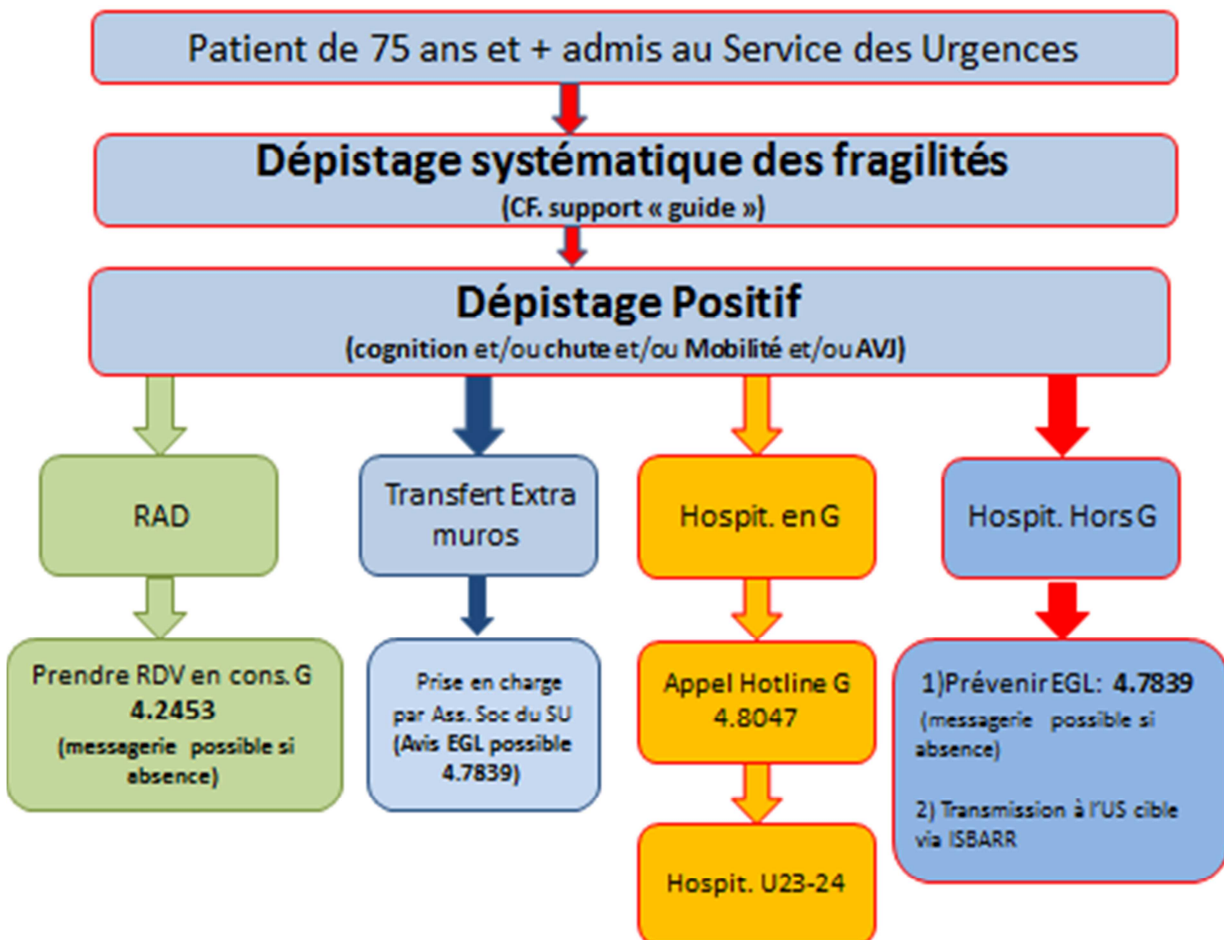
- Le patient avait-il besoin d'aide pour son hygiène personnelle (bain, douche, lavabo) avant de se présenter au SU?

Question à évaluer en fonction de la situation actuelle au SU:

- Le patient est-il actuellement au lit ou a-t-il besoin d'aide (à la marche ou pour sortir du lit)

l'évaluation est compatible avec une déficience des AVJ si une seule réponse est « oui »

Annexe 10 : Algorithme adapté au projet de sortie d'un patient âgé dépisté fragile du service des urgences



Annexe 11 : résumés des réunions biannuelles du réseau de liaison externe gériatrique.

**Première rencontre...
pour faire vivre notre
convention...**

26 janvier 2017

Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

- Introduction et présentation des participants
- Le PSG ou le Programme de Soins pour le patient Gériatrique
- Le PSG aux CUSL
- Brainstorming : comment faire vivre la convention ?
 - Collaborations autour du résident/patient
 - Formations
- Conclusions
- Calendrier
- Drink de clôture

Les responsables du PSG
Qui fait quoi?

Pr. Pascale Cornette : Gériatre, chef de service

Equipe médicale : Pr Benoit Boland
Dr Isabelle De Brauer
Dr Isabelle Gilard
Dr Emilie Meert
Dr Julie Paul

M. Remo Vergnasco : Infirmier en chef
Equipes infirmières et paramédicales

Collaboration : le Service Social
Mme Blasson, chef de service

- Le Clos de la Quiétude (1140)
- Campus Eureka (1140)
- Henri Dunant (1140)
- Le Home Saint Lambert (1200)
- Les Jardins d'Ariane (1200)
- Résidence Arcade (1200)
- Résidence Les Alizés (1160)
- Résidence Les Bruyères (1160)
- Résidence Exclusiv (1140)
- Résidence Malibran (1050)
- Résidence Porte de Hal (1000)
- Résidence Roi Baudoin (1150)
- La Fédération des Ass de Méd Gén de Bruxelles

Contexte

La gériatrie (1 unité de soins) existe aux CUSL depuis décembre 2002.

En 2013, 6500 personnes de 75 ans et plus hosp aux CUSL (18% des 36 000 patients).
Aux CUSL, entre 2007 et 2011, le n° de patients de 85+ ans augmente de 36% (de 1491 à 2031)

Patients âgés :

- Patients âgés, robustes, indemnes de pathochr
- Patients très âgés, à risque, lors d'un pbl aigu
- Patients âgés fragiles

La population âgée a des besoins en soins particuliers:
*La polyopathie justifie une approche globale, intégrée.
L'instabilité fonctionnelle justifie une approche continue.
Les pathologies chroniques et les situations aiguës doivent être intégrées dans un réseau.*

Le programme de soins pour le patient gériatrique
AR 29 janvier 2007 (MB 7 mars 2007, modif mars 2014)

Art. 3. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt richt zich tot de populatie geriatrische patiënten van gemiddeld ouder dan 75 jaar, welke een specifieke aanpak behoeft om verschillende van de hierna vermelde redenen:

1° fragiliteit en beperkte homeostase;	1° fragilité et homéostasie réduite ;
2° actieve polyopathie;	2° polyopathie active ;
3° atypische klinische tabel;	3° tableau clinique atypique ;
4° verstoorde farmacocinetica;	4° pharmacocinétique perturbée ;
5° gevaar van functionele achteruitgang;	5° risque de déclin fonctionnel ;
6° gevaar voor deficiënte voeding;	6° risque de malnutrition ;
7° tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven;	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° psychosociale problemen.	8° problèmes psychosociaux.

Art. 4. Elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt ouder dan 75 jaar, wordt geëvalueerd om na te gaan of hij voldoet aan één van de in artikel 3 bedoelde criteria, en of hij al dan niet in het zorgprogramma moet worden opgenomen.

Art. 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.

Art. 5. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt is gericht op het pluridisciplinair diagnostisch en therapeutisch proces, alsook op de revalidatie en de opvolging van de geriatrische patiënt. Tevens waarborgt het zorgprogramma, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers, het opsporen van geriatrische patiënten, alsook de continuïteit van de zorg. Het hoofddoel van het zorgprogramma bestaat erin via een pluridisciplinaire aanpak te streven naar een optimaal herstel van de functionele performance en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de oudere persoon.

Art. 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.

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

Différents axes du programme de soins

1° een erkende dienst voor geriatrie (kenletter G) zoals bedoeld in de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en de diensten moeten worden nageleefd;	1° d'un service de gériatrie agréé (indice G) tel que visé à l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre ;
2° een geriatrisch consult zoals bedoeld in artikel 14;	2° d'une consultation de gériatrie telle que visée à l'article 14 ;
3° een dagziekenhuis voor de geriatrische patiënt zoals bedoeld in artikel 15;	3° d'un hôpital de jour pour le patient gériatrique tel que visé à l'article 15 ;
4° een interne liaison zoals bedoeld in artikel 16;	4° d'une liaison interne telle que visée à l'article 16 ;
5° een externe liaison zoals bedoeld in artikel 20.	5° d'une liaison externe telle que visée à l'article 20.

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

Le « Programme de soins pour le patient gériatrique » aux CUSL

5 axes complémentaires

Globalité - Continuité

Psychologues Infirmier(ères)

Diététiciennes Aide-soignantes

Médecins Kinésithérapeutes

Secrétaire Assistantes Sociales

Logopèdes Pharmacien clinicien

Ergothérapeutes Neuropsychologues

Bénévoles

Patient(e)

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

La gériatrie aux CUSL

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

Unités d'hospitalisation en gériatrie

U23 – U24

Dans la tour d'hospitalisation

55 lits (48 lits Gagrées), haut turn over

Infirmière-chef U23 : Mme MC Heyndrickx
Infirmière-chef U24 : Mme I. Meyts
4 gériatres

Trajet patient: Voies d'admissions – Objectifs/DMS – Procédure de sortie

- 85 % des patients sont admis de manière non programmée.
- 25% de ces « non programmés » sur appel du MT (Hotline).
- Equipe médicale soignante, paramédicale pluridisciplinaire
- Organisation de la sortie

Hotline : 02 764 8047
9-18h, portée par un gériatre, pour le médecin traitant

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

La liaison interne gériatrique

EGL

02/ 764 7839
geriatrielliaison-saintluc@uclouvain.be

Equipe pluridisciplinaire

Gériatre (Pr Boland) – Infirmiers (IC: M. Remo Vergnasco) – Ergothérapeute – Diététicienne – Logopède – Kinésithérapeute – Psychologue (4,5 ETP)

- Objectif principal
- Champs d'action :
 - Evaluation G et conseils G pour les patients âgés hors unités de G, activité de seconde ligne
 - Soutien et formation des équipes aux syndromes G

50-60 patients suivis /mois en moyenne.

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de Forêtbur

L'Hospitalisation de Jour Gériatrique

G de jour

02/ 764 24 53
gdejour-saintluc@uclouvain.be

1 équipe pluridisciplinaire : Gériatres – Infirmiers (IC: M. R. Vergnasco) – Neuropsychologue – Kinésithérapeute – Ergothérapeute – Logopède – Diététicienne

Activités programmées :

- Consultations (de suivi ou pré-bilan ou annonce de résultats)
- Bilans pluridisciplinaires (demande du MG): cognitifs, de mobilité, médicaux, ...
- Actes techniques: Transfusions, Injection Injectafer, Aclasta, ...
- Activité d'oncogériatrie
- Programme de Guidance pour les aidants et les patients atteints de maladie d'Alzheimer (et autres maladies apparentées) (« psychoéducation »)



La Liaison Externe Gériatrique

- Mission transversale
- Collaboration interne avec le SeSo
- Collaboration externe CRG et Valida
Via l'activité des gériatres
- 13 Accords de collaboration formelle
- Réunion annuelle du réseau



« Comment faire vivre notre convention ? »

Brainstorming



Organisation du brainstorming

20 minutes pour émettre vos idées

- Aucune critique des idées émises
- Pas de limite à l'imagination
- Le plus d'idées possibles
- Le rebond sur les idées des autres est le bienvenu.

10 minutes pour hiérarchiser les idées

Fixer les 2 thématiques qui constitueront la priorité de nos actions.



Comment faire vivre notre convention?

Trajet patient	Aspects formatifs	Divers
# Text	# Text	# Text

Source

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'auteur

18

Deuxième rencontre du réseau... pour mieux communiquer...

22 juin 2017

Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'auteur

Travail de groupe

Rappel du contexte:

- Admission d'un nouveau résident ou retour d'hospitalisation de gériatrie
- Macroble -> support de réflexion pour optimiser cette transmission
- Pertinence des informations contenues dans ce document?
 - Informations, qui selon vous, devraient apparaître sur le document (et qui n'y figurent pas).
 - Informations qui doivent impérativement être complétées **dans tous les cas**.
 - Informations qui sont accessoirement utiles.
- 4 réponses reçues sur les 12 MRS
 - Dont une avec des « courts-séjours, des séjours de convalescence -> demandes de renseignements plus spécifiques

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'auteur

2

Résultats

Données administratives du patient :
Numéro National / Mutuelle / Lieu de naissance -> **CF. fiche sociale?**

Signalétique :
Nom et numéro du médecin traitant (**le rapport pluridisciplinaire est souvent adressé au MT**)
Numéro où joindre l'infirmière signataire (**Figure sur MC**)

Environnement :
Lister les aides en place à domicile, via quel service (Kiné, infirmière, aide familiale, aide-ménagère, etc.) (**CF. fiche sociale**)
Préciser si maison ou appartement (plain-pied ou escalier et/ou ascenseur) (**CF. rapport ERGO dans rapport médical pluri**)

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'auteur

3

Maladie :
Glycémie accessoirement utiles pour certains, très utiles pour d'autres.
Dans tous les cas, les **glycémies des dernières 24h devraient être transmises dans la macroble.**

Thérapeutique :
Importance des données relatives à l'**Hygiène Hospitalière**. Date et résultat du dernier screening. Indiqué s'il y a des maladies contagieuses ou pas.
(Nb : nouvelle dénomination : inf. référence PIAS). -> (**CF. rapport médical aussi**)

Indiqué s'il y a un pansement (fréquence, quel matériel,...), quand les fils doivent être enlevés

Les appareillages divers (perfusion...)

Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'auteur

4


Vécu :
infos accessoirement utiles

Développement :
Alimentation (appareillage divers + avis logo et diététique -> **(CF. Rapport médical pluridisciplinaire)**)

Importance de la date de prise des paramètres (toujours les paramètres du jour de sortie)

Date et score MMSE **(CF. Rapport médical pluridisciplinaire)**

Score de Braden actuel et matériels nécessaires qui en découlent



Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'enseignant

3

Autres informations vivement souhaitées


L'échelle de Katz **(CF. rapport ERGO dans rapport médical pluri)**

La fiche sociale (nom, prénom, adresse, numéros de contacts, numéro national, mutualité, code, médecin généraliste/spécialiste,...) **(CF. Rapport Ass. Sociales)**

Le rapport médical (antécédents,...) **(CF. Rapport médical)**

Précisez les rendez-vous futurs programmés: la date, l'heure, l'endroit. (Quid de l'organisation des transports) **(CF. Package de sortie, document AIA ?)**

Rapport kiné (appareillage requis, etc.) et prescription de séances **(CF. rapport médical, pluridisciplinaire et doc annexes)**



Cliniques universitaires Saint-Luc - Nom de l'enseignant

5

Durée probable de séjour chez nous **(CF. Rapport médical/social)** (difficile à dire, de + en + dans une logique de placement définitif selon nos Ass. Soc. Ou alors = demande de séjour de courte durée -> 3 mois max)

Le projet à envisager après **(CF. Rapport médical/Social)**

Tableau récapitulatif des médicaments (liste des médicaments, heure d'administration) **(CF. Rapport Médical)**

Envoyer les prescriptions de manière anticipative ? La veille ? **(Légal mais en pratique ? RECIP-E en 2018)**

Des médicaments pour la journée de l'admission **(NON. Car forfait journalier -> médicament)**



Rapport du médecin qui indique qu'une admission en « convalescence » est nécessaire (+ la raison) **(CF. Rapport médical)**

Des vignettes de la mutualité le jour de l'admission

Le choix entre chambre seule et chambre double (parfois l'hôpital demande une chambre double et quand les gens arrivent ils veulent une chambre seule et ce n'est pas préparé) **(CF. Rapport social)**

Indiquer si une demande a été faite à la mutualité (parfois les gens entendent ici qu'il n'y a pas de remboursement et ils veulent quitter) **(CF. Rapport social)**



Et de notre part, quelles sont les info souhaitées ?

- Pour les soignants et paramédicaux :
 - cf. anamnèse infirmière
 - Le nom et N° de tel de la personne « de référence »

- Pour les médecins :
 - Le nom et n° de tel du médecin traitant
 - Le traitement habituel et les modifications récentes
 - Le motif d'admission et si possible les changements récents en terme fonctionnel
 - Selon AVJ de base
 - Sur le plan cognitif



Troisième rencontre du réseau 08 février 2018

1

Bienvenue aux (futurs) nouveaux collaborateurs

- Résidence Rinsdelle (1040)
- Résidence Linthout (1030)
- Résidence Les Pléiades (1200)
- Résidence Les Tamaris (1140)
- Le Clos de la Quiétude (1140)
- Campus Eureka (1140)
- Henri Dunant (1140)
- Le Home Saint Lambert (1200)
- Les Jardins d'Ariane (1200)
- Résidence Arcade (1200)
- Résidence Les Alizés (1160)
- Résidence Les Bruyères (1160)
- Résidence Exclusiv (1140)
- Résidence Malibrant (1050)
- Résidence Porte de Hal (1000)
- Résidence Roi Baudoin (1150)
- La Fédération des Ass de Méd Gén de Bruxelles

2

Janvier 2017: première rencontre pour donner vie à notre convention.

Brainstorming « Comment faire vivre notre convention? »

=> En optimisant la transmission de l'information entre partenaire de soins.

Juin 2017: deuxième rencontre pour mieux communiquer
(en attendant une transmission électronique fiable des données pertinentes)

Analyse de documents

Récensement des informations à échanger: Données administratives du patient, sa Signalétique, son Environnement, sa Maladie, sa Thérapeutique, son Vécu, son Développement,...

3

22 décembre 2017: Publication du rapport du KCE
«Appropriate care at the end of life»

Le KCE préconise des initiatives visant à sensibiliser tant les soignants que le grand public à réfléchir à ce que l'on veut/ne veut pas lorsque la fin de la vie approche, et à en parler avec ses proches, son médecin de famille et les autres soignants.

D'après l'étude, les soins de fin de vie sont considérés comme appropriés lorsqu'ils répondent aux **souhaits et préférences du patient** et qu'ils lui apportent **confort et qualité de vie**, afin de lui permettre de donner un sens à la dernière phase de sa vie.
(Certains veulent prolonger leur vie par tous les moyens possibles, tandis que d'autres préfèrent stopper tous les traitements curatifs et privilégier les soins de confort)

Planification anticipée des soins (Advanced Care Planning)

4

Quelques brèves notions de législation

En Belgique 5 types de déclarations anticipées peuvent être établies à l'avance.

4 de ces déclarations permettent à chacun d'anticiper les circonstances de sa fin de vie:

- ✓ La déclaration anticipée négative
- ✓ La déclaration anticipée relative à l'euthanasie
- ✓ La déclaration de dernières volontés et/ou du choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat d'obsèques
- ✓ La déclaration de don d'organes

NB: Comme indiqué ci-dessus, il existe encore une 5ème déclaration anticipée. Celle-ci est relative au don du corps à la science.

5

Qu'est-ce que la planification anticipée des soins ?

- **Processus de concertation** entre le patient, ses proches et les dispensateurs de soins en vue de définir une orientation commune des soins et des traitements à mettre ou non en œuvre.
- Vise à fixer un objectif thérapeutique basé sur les valeurs et les priorités du patient.
- **Démarche proactive et anticipative**, qui facilite les prises de décision dans les situations d'urgence ou lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer clairement ses volontés. (...)
- Dans le décours d'une planification anticipée des soins, **le patient peut**, s'il le désire, **remplir et signer un ou plusieurs document(s) de directives anticipées** (p.ex. sur l'euthanasie, les traitements médicaux que l'on ne souhaite pas/plus recevoir, etc.).
- Ces documents et un résumé écrit de la planification anticipée des soins seront **consignés dans le dossier médical**. Ils sont **révocables à tout moment** et n'entreront en ligne de compte que si le patient devient incapable de faire connaître sa volonté. (...)
- Le soignant doit être prêt à respecter les valeurs philosophiques, culturelles et socio-familiales de chaque patient et lui permettre de s'exprimer librement sur la signification qu'il donne à sa vie, sur la façon dont il définit sa qualité de vie, sur ses attentes, ses préférences, ses craintes et ses préoccupations, **les soins qu'il désire et ceux qu'il refuse**.

(D'après la Fédération bruxelloise des soins palliatifs et continus www.fbsp.be/fr)

6

Troisième rencontre du réseau... pour une transmission appropriée du Projet Thérapeutique.

Le **P**rojet **T**hérapeutique, qu'en est-il en Gériatrie (CUSL)?

Analyse prospective du dossier des patients (N=100) hospitalisés aux CUSL dans les unités de gériatrie.

Logo Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES

RESUME DU PROJET THERAPEUTIQUE (Projet détaillé dans le dossier médical)

Finalité du projet: l'objectif est de définir un projet de soins global et cohérent, le projet thérapeutique (PT) de chaque patient, en tenant compte de son état de santé, de ses besoins, de ses souhaits et de ses attentes.

Objectifs du projet: l'objectif est de définir un projet de soins global et cohérent, le projet thérapeutique (PT) de chaque patient, en tenant compte de son état de santé, de ses besoins, de ses souhaits et de ses attentes.

Parties prenantes: l'objectif est de définir un projet de soins global et cohérent, le projet thérapeutique (PT) de chaque patient, en tenant compte de son état de santé, de ses besoins, de ses souhaits et de ses attentes.

Responsables: l'objectif est de définir un projet de soins global et cohérent, le projet thérapeutique (PT) de chaque patient, en tenant compte de son état de santé, de ses besoins, de ses souhaits et de ses attentes.

Objectifs

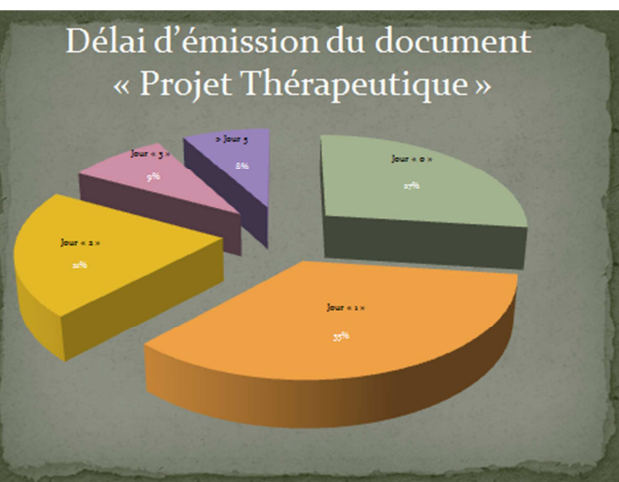
Établir un état des lieux :

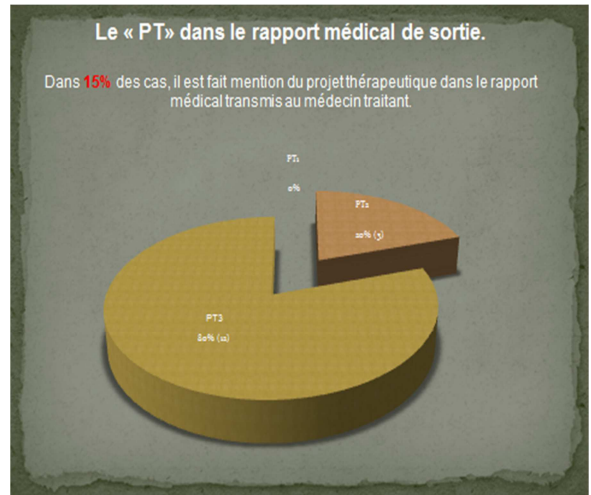
- De la bonne tenue du document « PT »
- De la formalisation du processus d'établissement du PT dans le dossier patient.
- De l'existence d'une transmission d'information vers le médecin traitant, coordinateur au sujet du PT.

Présence du document

Un document « Projet Thérapeutique » figure dans 100% des dossiers analysés.

Ce document est dans 100% des cas correctement classé dans le DSI (premier document du DSI)





Qu'en est-il dans votre institution?

La question de la planification anticipée des soins est-elle abordée dans le projet de vie de votre institution?

La systématisation de la transmission du choix du Projet Thérapeutique (établi durant l'hospitalisation et consigné dans le dossier du patient) dans le rapport médical de sortie serait-elle un élément facilitateur pour l'abord de la question avec votre résident? Dans quelle mesure?

15

Notre quatrième rencontre?...
18 novembre 2018...
... le service social, la gériatrie, notre réseau de liaison externe.

16

Service social

22/11/2018

Chloé Blasson
Chef de Service

Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES


Histoire de rencontres

1^{ère} rencontre de notre réseau:
Janvier 2017,... « Pour faire vivre notre convention »

2^{ème} rencontre:
Juin 2017,... « Pour mieux communiquer »

3^{ème} rencontre:
Février 2018,... « Pour une transmission appropriée du projet thérapeutique »

4^{ème} rencontre:
Novembre 2018,... « Transmission des données sociales »



5^{ème} rencontre du réseau gériatrique des CLUS - 25 mai 2019

1

Et pour cette 5^{ème} rencontre,... ...si nous parlons de nos **VALEURS?**




5^{ème} rencontre du réseau gériatrique des CLUS - 25 mai 2019

Norme de qualité de l'AR de septembre 2007 =>
Rédaction du Manuel Gériatrique Pluridisciplinaire

Vision, mission de la gériatrie,...

Réunion saisonnière de gériatrie en novembre 2018
=> Création d'un groupe de travail sur
« les valeurs en gériatrie »

Réunion saisonnière de gériatrie en février 2019
=> Brainstorming « quelles sont pour vous les valeurs
qui vous guident dans votre pratique professionnelle
quotidienne ? »



5^{ème} rencontre du réseau gériatrique des CLUS - 25 mai 2019

3


Formation accessible au personnel des maisons partenaires

Formation PICCLINE

- 1 date en juillet et 1 date en novembre
- Formation dispensée par Isabelle De Geest – Infirmière ressource en accès vasculaires

Formation en alimentation entérale

- 2 dates en novembre 2019
- Formation dispensée en collaboration par une diététicienne (Marine Etienne?) et une infirmière ressource en nutrition (Nadine Corman?)



5^{ème} rencontre du réseau gériatrique des CLUS - 25 mai 2019

4

Annexe 12 : lettre type de confirmation de rendez-vous pour un bilan pluridisciplinaire en hospitalisation de jour gériatrique.

Equipe infirmière : M. Beeckmans – M. Deswarte – I. Moreau – G. Tassone – MC. Van Ossel – R. Vergnasco

Cher, Chère Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous confirmer que vous êtes attendu dans le service de Gériatrie de Jour en suivant la route 681 (niveau -2) des Cliniques Universitaires Saint Luc le .../.../.... **entre 08h30 et 09h00**. Vos examens se dérouleront sur une journée, vous rentrerez chez vous en fin d'après-midi. Votre programme est le suivant :

- 08h30-09h00 : Accueil à l'hôpital de jour gériatrique et prise de sang (si nécessaire)
- Consultation avec l'équipe infirmière
- Consultation avec le médecin : Prof. P. Cornette - Dr I.Gilard – Dr E. Meert
- Consultation avec l'ergothérapeute : Mlle M. Gouget
- Consultation avec le kinésithérapeute: Mr G. Jacoby
- Consultation avec la neuropsychologue : Mme V. De Ryck
- Scanner Cérébral à blanc (si nécessaire)

Merci de vous munir ce jour de :

- Votre carte d'identité électronique
- La liste de vos médicaments
- Vos lunettes de lecture et appareils auditifs si vous en avez besoin
- La lettre de votre médecin traitant (indispensable pour obtenir le remboursement de la mutuelle de la journée passée chez nous. Le médecin traitant peut l'envoyer par mail à l'adresse: gdejour-saintluc@uclouvain.be ou par fax : 02/764.24.55).

Vous pouvez prendre votre petit-déjeuner à la maison. Le repas de midi est prévu dans notre service.

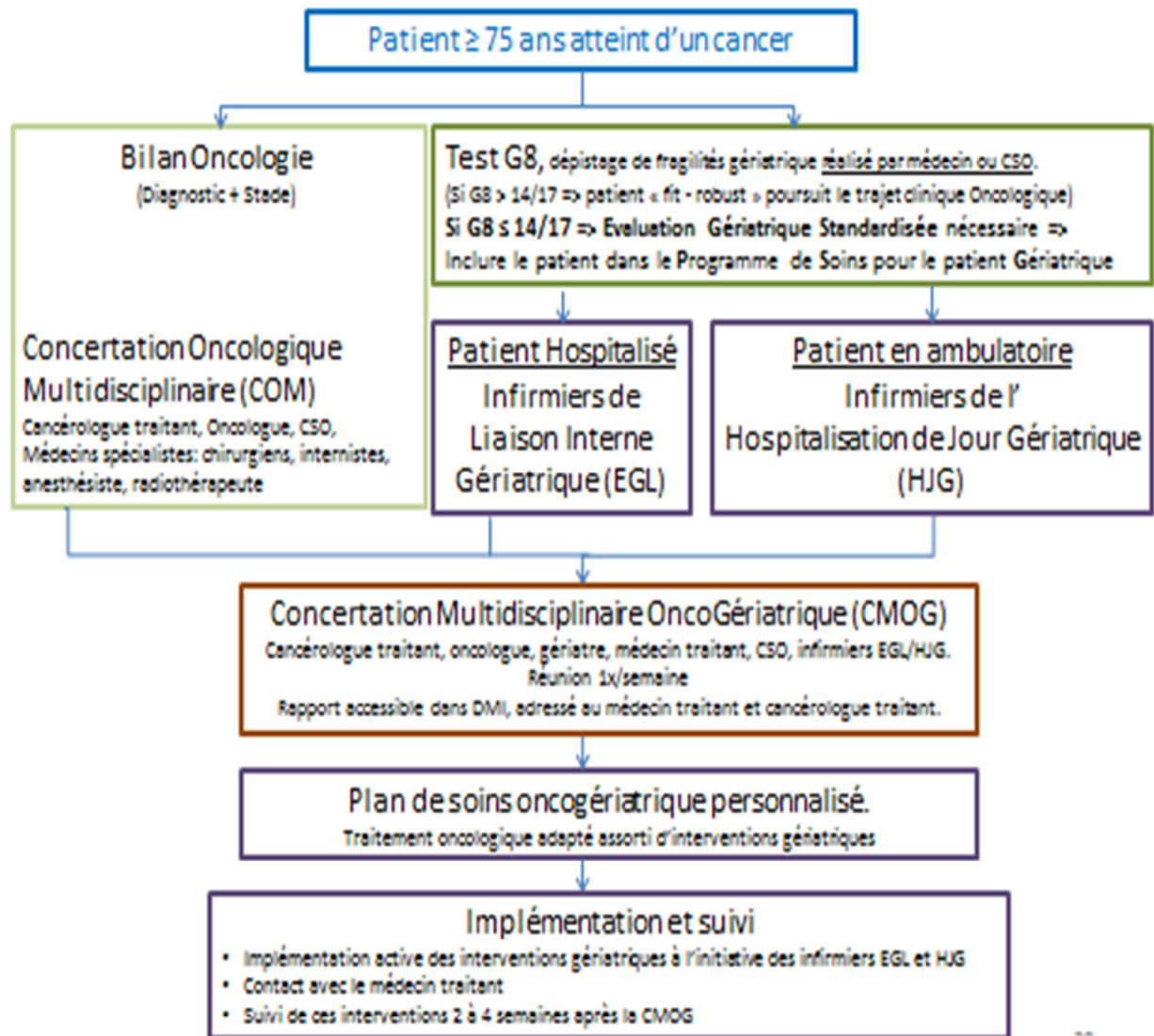
Nous demandons, dans la mesure du possible, à une personne de votre entourage qui vous connaît bien de vous accompagner dans notre service.

Vous pouvez accéder au service de Gériatrie soit par les Cliniques Saint-Luc, soit, plus facilement, par l'Institut Albert Elisabeth. Le parking Esplanade se trouve à votre disposition. Si vous êtes stationné à ce parking, vous pouvez emprunter les ascenseurs qui se trouvent juste après l'entrée sur votre droite. Vous devez alors descendre au -2 et suivre la route 681. Si ce rendez-vous ne vous convenait pas, ou si vous aviez des problèmes de transport, vous pouvez nous contacter au 02.764.24.53.

Tout désistement doit être communiqué plus de 24 heures à l'avance. Dans le cas contraire, les Cliniques Universitaires Saint-Luc se réservent le droit de vous facturer une indemnité forfaitaire de 15€.

En attendant d'avoir le plaisir de vous voir, nous vous prions d'agréer, Cher, Chère Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Infirmiers(ères) en Gériatrie de Jour

Annexe 13 : Algorithme de prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer.

Annexe 14 : Tableau récapitulatif des MRS conventionnées – réseau gériatrique.

Institution	Profession	Nom + Prénom	Téléphone	Fax	Adresse mail	Adresse
Les Jardins d'Ariane	Directeur	Madame Zekri	02/776 87 87			Avenue Ariane 1 - 1200 BXL
	Médecin Coordinateur	Dr Anne-Laurence Siebenaler				
	Adjointe de Direction	Mme Jessica Guillaume	02/776 87 87	02/776 87 86	jguillaume@orpea.net	
Armonéa Henri Dunant	Directrice	Mme Pascale Massotte	02/302 13 00	02/302 13 09	henridunant.dir@Armonea.Be	Rue Willy Van Der Meerenstraat 4 - 1140 BXL
	Responsable soins	Mme Valérie Dangremont	02/302 13 00	02/302 13 09	henridunant.care@Armonea.Be	
	Responsable admission	Mme Natacha Andonof	02/302 13 00	02/302 13 09	henridunant.admin@armonea.be	
Résidence Alizé	Directrice	Mme Martine Mathys	02/673 28 04	02/660 13 84	mm@residencealize.be	Avenue Jolé 21-23 - 1160 BXL
	Médecin Coordinateur	Docteur Patrick Ginion				
	Infirmière Chef	Mme Camelia Presdescu				
MRS Eureka	Directeur Général	Mr David Larmuseau	02/240 24 00	02/240 24 01	david.larmuseau@sint-vincentius-vzw.be	Rue August De Boeck 54-58 - 1140 BXL
	Médecin Coordinateur	Docteur René Pollet				Avenue G. Van Leeuw 79 - 1140 BXL
	Assistante Sociale	Mme Karen Mees	0470/18 50 66	02/240 24 01	Karen.Mees@sint-vincentius-vzw.be	
	Inf. Chef unité de convalescence et court séjour	Mme An Cochez				
Résidence Arcade	Adjointe de Direction	Mme Delphine Marquet	02/778 04 00		residencearcade@gmail.com	Avenue Paul Hymans 44 - 1200 BXL
Résidence de l'Eden	Directrice	Mme Anne Marmonier-Binet	02/771 26 59	02/772 71 16	anne.binet@valmontsante.com	Tomberg 77-79 - 1200 BXL
	Adjointe de Direction	Mme Delphine Marquet				
Résidentie Exclusiv	Directeur	Mr David Buyschaert	02/240 25 11	02/240 79 50	david.buyschaert@resexclusiv.be	J.B. Desmethstraat 50 - 1140 BXL
	SLG	Mr Dieter Verherstraeten				
	Médecin Coordinateur	Docteur Omid Khosan				
	Infirmière Coordinatrice	Mme Marie-Anne Monnet				
Home Saint-Lambert	Directeur	Mr Eric Van Goidsenhoven	02/777 75 15	02/779 16 33	e.vangoidsenhoven@cpas.woluwe1200.be	Rue de la Charrette 27 - 1200 BXL
	Médecin Coordinateur	Dr Maité Carbety				
	Directrice Nursing	Mme Martine Botte				
	Adjointe de Direction (liaison gériatrique)	Mme Pauline Sente	02/777 75 18		p.sente@cpas.woluwe1200.be	
Clos de la Quiétude	Directrice nursing	Mme Mitrea	02/702 09 20		cdlq@closdelaquietude.be	Avenue de la Quiétude 15 - 1140 BXL
	Directeur adjoint	Mr Sébastien Amand	02/702 09 20		sebastien.amand@closdelaquietude.be	Avenue de la Quiétude 15 - 1140 BXL

Résidence Roi Baudouin	Directrice	Mme Murielle Carels	02/773 58 51	02/773 58 90	mcarels@woluwe1150.be	Clos des Chasseurs 2 - 1150 BXL
	Assistante Sociale	Mme Charlène Genty				
	Président	Mr Philippe van Cranem	02/773 59 03		pvancranem@woluwe1150.irisnet.be	
	Secrétaire	Mr Thierry Van Ravestyn	02/773 59 04		tvavravestyn@woluwe1150.irisnet.be	
	Médecin Coordinateur	Dr Manuel Deschuiteneer				
Résidence Les Bruyères II	Directrice	Mme Virginie Minne				Avenue Jean Vanhaelen 2/A - 1160 BXL
Résidence Porte de Hal	Directrice des soins	Mme Daniel	02/508 05 03		direction@rpdh.be	Boulevard du Midi 142 - 1000 BXL
Résidence Rinsdelle	Directrice	Mme Claire Ducarme	02/740 26 10	02/740 26 11	c.ducarme@orpea.net	Place du Rinsdelle 1 - 1040 BXL
Résidence du Souverain	Directrice	Mme Christiane Barbason			c.barbason@orpea.net	Boulevard du Souverain 147 - 1160 BXL
	Médecin Coordinateur	Docteur Marc Veevaete			m.veevaete@orpea.net	
ACIS-Malibran	Directeur	Monsieur Pierre Damanet	02/627 81 20	02/627 81 21	malibran@acis-group.org	Rue Malibran 39 - 1050 BXL
	Médecin Coordinateur	Docteur François Tihon				
	Médecin Coordinateur	Docteur Claudia Haba				
Les Arcades			02/778 04 00	02/770 43 31		Avenue Paul Hymans 44 - 1200 BXL
Centre de Jour "La Colline	Directeur	Mr Eric Van Goidsenhoven	02/777 76 07	02/779 16 33	colline@cpas.woluwe1200.be	Rue de la Charrette 27 - 1200 BXL
	Médecin Coordinateur	Dr. Pierre Galand			p.galand@cpas.woluwe1200.be	
	Coordinatrice de Soins de Jour	Mme Sophie Degroote			s.degroote@cpas.woluwe1200.be	
Maison Notre Dame de St	Directrice	Mme Pascale De Koster	02/779 06 83	GSM : 0478/20	direction@nd-stockel.be	Avenue Baron Albert d'Huart 45 - 1150 BXL
	Médecin Coordinateur	Dr Marc Veevaete				
Séniorie Linthout	Directrice	Mme Marie-Louise Vololonirina	02/735 08 40 - 0498/69 13 96	02/735 07 39	ml.vololonirina@orpea.net	Rue de Linthout 65 - 1030 BXL
	Médecin Coordinateur	Dr. Claire Vanderhofstadt			claire.vanderhofstadt@uclouvain.be	Boulevard Auguste Reyers 67 - 1030 BXL
Vivalys	Direction	Monsieur Charles Culot	0470/25 08 79		charles.culot@vivaltohome.com	Boulevard de la Woluwe 106-108 - 1200 BXL
	Direction	Madame Pascale Bertrand	0483/42 16 58		pascale.bertrand@vivaltohome.com	
	Médecin Coordinateur	Docteur Audrey Meire			audrey.meire@gmail.com	
La Cambre			02/663 12 11	02/663 12 60	info@tklc.be	Chaussée de la Hulpe 167 - 1170 Bruxelles
Résidence Azalées	Directeur	Monsieur Olivier Huberty	02/382 01 00	02/382 01 01		Rue Colonel Bourg 143-145 - 1140 Bruxelles
ORPEA	Chargée des relations résidence	Madame Isabelle Lona	0491/542 926	02/333 45 68	i.lona@orpea.net	chaussée d'Alsemberg 1037 - 1180 Bruxelles
ARMONEA	Responsable Relations Externes	Monsieur Jérôme Looverie	0470/98 47 18		jerome.looverie@armonea.be	François Sebrechtslaan 40 - 1080 Brussel

Annexe 15 : Tableau récapitulatif des dates et thématiques abordées lors des rencontres de gériatrie.

1	27/10/2010	Soins aux personnes âgées, Soins « extra-ordinaires »	Pr Pascale Cornette Monsieur Jean-Michel Longneaux (philosophe) Myriam Hubinon, Christelle Desmedt, Philippe Cordier, Nathalie Chamelot, Leïla Rokbani
2	05/03/2011	Annonce du diagnostic d'une maladie d' Alzheimer , et après....	Dor Christophe Dumont Anne Jacquemin Sylvie Veyt Anne Lahaye
3	18/06/2011	Douleurs et Personne âgée ... un défi au quotidien	Docteur V. Vandeput M. Amato, S. Vanderheyden, Y. Schaub Professeur P. Lavand'homme
4	03/12/2011	Quand se nourrir devient difficile (alimentation)	Mathilde Gouget, Marie-Christine Van Ossel, Violette De Ryck Pr Pascale Cornette, Marie-Christine Heyndrickx Pr Gauthier Desuter Sylvie François
5	03/03/2012	Ne m'attache pas si tu peux ! (contention)	Florence Reusens Sylvain Lepage, Nathalie Servotte Dr Françoise Belche, Murielle Havet Pr Pascale Cornette, Christelle Desmedt
6	02/06/2012	Y a-t-il une limite d'âge à la dépression ?	Dr Gérald Deschietere, Pauline Chauvier Anne Spinewine, Nadia Mokrane
7	09/03/2013	Collaboration milieu hospitalier - lieu de vie « Entre les métiers et le patient, il n'y a qu'un fil à tisser »	Pr Jean Macq, Thérèse Vandurme Charlène Genty, Christelle Desmedt Françoise Cochez, Jean Desbeek, Marie-Claire Beudelot

8	04/05/2013	Onco-Gériatrie : une nouvelle collaboration	Dr Frank Cornelis, Pr Pascale Cornette Ramona Moor, Ingrid De Biourge Brigitte Bertrand, Yves Libert
9	21/11/2013	Etre ou ne pas être interdisciplinaire en Gériatrie	Pr Christian Swine, Nicole Owikoti, Remo Vergnasco Emmanuelle Wasterlain
10	23/01/2014	La réadaptation en Gériatrie : un bon projet pour qui ?	Dr Patricia Dessart Dr Julie Paul Julie Bonhomme, Françoise Gruslin
11	12/06/2014	Delirium - garder le cap pendant la tempête	Dr Héloïse Rouvière Equipe pluridisciplinaire de Gériatrie (EGL) Docteur Gérald Deschietere
12	23/10/2014	Aider les aidants : pourquoi ? pour qui ?	Violette De Ryck, Mathilde Gouget Céline Feuillat, Isabelle Boniver
13	22/01/2015	Vieillir ... et après ? (la fin de vie en Gériatrie)	Pr Pascale Cornette, Dr Julie Paul Dr Stéphane Baeyens Laetitia Yernaux
14	21/05/2015	A qui profite le bien être ?	Dr Julie Paul Marianne Beeckmans, Christelle Desmedt Vera Likaj, Bénédicte Vandenhove
15	21/01/2016	Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la fragilité sans jamais avoir osé le demander	Pr Pascale Cornette Dr Julie Paul
16	21/04/2016	La presbycusie : au-delà des appareils auditifs	Dr Daniele De Siati Lionel Vanderkerken, Lucie Derue
17	01/12/2016	Osons parler spiritualité dans le quotidien des soins	Pauline Chauvier, Pr Benoit Boland Dominique Jacquemin Florence Hosteau et Myriam Gosseye

18	26/01/2017	Prévention primaire et secondaire des douleurs du dos chez le soignant	Dr Patricia Dessart Gaël Bouchard
19	11/05/2017	Incontinence un jour, incontinence..... toujours	Prof. R.J. Opsomer A.F. Meurisse, M.A. Monnet P. Chauvier
20	30/11/2017	Troubles visuels , clair pour qui ?	Prof. P. De Potter Dr C. Kestens Mme L. Bossaert
21	08/02/2018	Désadaptation posturale - Syndrome post-chute	G. Cremer E. Verreckt Prof. P. Cornette Ch. Desmedt
22	17/05/2018	Croquer la vie à pleines dents	Diane Van Cleynenbreugel Marine Etienne Anna Petrov-Boinay Laure Spinhayer
23	22/11/2018	Gériatrie : problématiques sociales	Maria Alvarez Françoise Cochez
24	31/01/2019	Oncologie et Gériatrie : sens et évidences	Pascale Cornette Giorgio Tassone Christine Remacle Moïse Akon
25	23/05/2019	Moi et mes muscles ... BEF (Best Friends Forever)	Julie Paul Marie Etienne David Germeau et Pierre Magnien