



H.U.B.

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

INSTITUT
JULES BORDET
PASTEUR

Hôpital
Klinique



ULB



Manuel de gériatrie

Service de Gériatrie

SOMMAIRE

Population cible : Profil du patient gériatrique	3	L'hospitalisation de jour gériatrique	22
Population cible	3	La liaison Interne Gériatrique (LIG)	26
Missions et valeurs de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles	3	La liaison externe gériatrique	30
Missions du Service de Gériatrie	4	Le centre de revalidation gériatrique (CRG)	32
Coordination, composition et fonctions du personnel du programme de soins pour le patient gériatrique	4	Compétences valorisées, formations, stages, recherche	38
Coordination du programme de soins gériatrique	4	Compétences valorisées	38
Composition et fonctions du personnel du programme de soins gériatrique	5	Médecin gériatres avec une formation complémentaires	38
Équipe médicale	6	Formation en nutrition gériatrique	38
Le médecin gériatre	6	Formation en oncogériatrie	38
Équipe infirmière	6	Formation en cardiogériatrie	38
Infirmier	6	Formation en urgences gériatriques et en orthogériatrie	39
Aide-Soignant	7	Formation en psychogériatrie	39
Éducateur	7	Infirmiers avec un titre particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie	39
Équipe paramédicale	8	Paramédicaux avec une formation particulière	40
Kinésithérapeute	8	Master en gérontologie	40
Ergothérapeute	8	Docteurs en neuropsychologie	40
Diététicien	8	Formation continue et stages	40
Logopède	8	Formation continue de l'équipe de gériatrie	40
Neuropsychologue	9	Formation continue organisée pour les autres professionnels de la santé	41
Psychologue	9	Formation des étudiants (stages)	42
Assistant social	10	Développement et encadrement de projets de recherche	42
Équipe logistique	10	Qualité	43
Secrétaire de service	10	Accréditation	43
Aide logistique	10	Procédures institutionnelles et spécifiques au service de Gériatrie	43
Les 5 composantes du programme de soins gériatrique	11	Procédures institutionnelles	43
L'hospitalisation gériatrique	11	Procédures spécifiques au service de Gériatrie	43
Consultation gériatrique	12	Comité d'éthique et groupes de travail institutionnels	44
L'hospitalisation de jour gériatrique	12	Brochures	44
La liaison interne gériatrique	13	Procédures de prise en charge	44
La liaison externe gériatrique	13		
Le mode de fonctionnement des 5 composantes du Programme de Soins Gériatrique	14		
L'hospitalisation gériatrique	14		
La consultation gériatrique	21		

Ce manuel de gériatrie décrit le programme de soins pour le patient gériatrique. Il est applicable pour l'ensemble des patients gériatriques de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles, à tout moment de leur prise en charge.

POPULATION CIBLE : PROFIL DU PATIENT GÉRIATRIQUE

POPULATION CIBLE

Le programme de soins pour le patient gériatrique est défini pour les patients de plus de 75 ans avec un profil gériatrique.

Le patient de plus de 75 ans requiert une approche spécifique pour une ou plusieurs des raisons suivantes (*Arrêté Royal du 26 mars 2014 - Article 3*) :

- ◆ Fragilité et homéostasie réduite
- ◆ Polypathologie 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.

MISSIONS ET VALEURS DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES

L'Hôpital Universitaire de Bruxelles exerce une triple mission en tant qu'hôpital académique :

- ◆ L'enseignement
- ◆ La recherche scientifique
- ◆ Les soins au patient.

Les valeurs fondamentales véhiculées par notre institution sont :

- ◆ Intérêt du patient
- ◆ Respect
- ◆ Engagement
- ◆ Solidarité
- ◆ Diversité et Inclusion
- ◆ Libre examen.

Il existe une Charte des droits et devoirs du patient, que vous pouvez consulter sur notre site en suivant ce lien :

<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/droits-et-devoirs-du-patient>

MISSIONS DU SERVICE DE GÉRIATRIE

Le service de gériatrie a plusieurs missions :

- ◆ La prise en charge des personnes âgées fragilisées par une affection médicale et/ou chirurgicale, en veillant à garantir des soins de la plus haute qualité
- ◆ La prévention du déclin fonctionnel ou la récupération optimale des performances fonctionnelles
- ◆ Le maintien ou l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie
- ◆ La diffusion de la culture gériatrique dans l'institution.

COORDINATION, COMPOSITION ET FONCTIONS DU PERSONNEL DU PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GÉRIATRIQUE

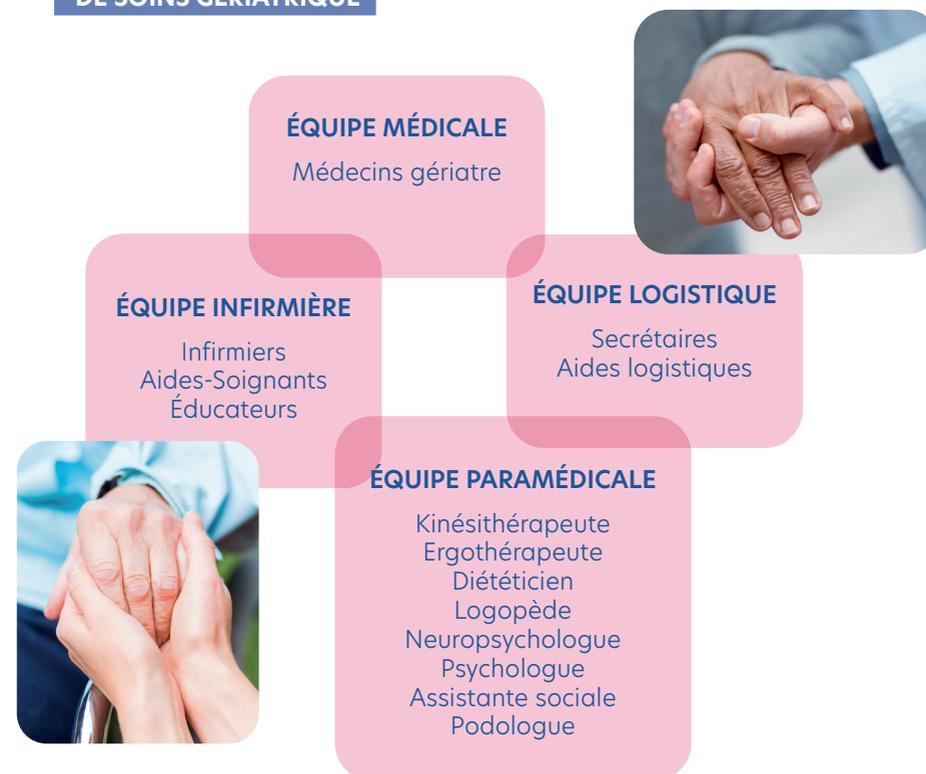
COORDINATION DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE

Sur base légale, le programme de soins gériatriques est coordonné par le Médecin Chef de Service (Prof Dr Sandra De Breucker) et l'infirmière responsable du programme de soins gériatrique (Mme Béatrice Leruste). Les responsables paramédicaux jouent cependant un rôle prépondérant dans son organisation sur le terrain.

Les fonctions de la coordination du programme des soins pour le patient gériatrique sont :

- ◆ La rédaction et l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire sur base régulière
- ◆ La rédaction et la réalisation d'une politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire
- ◆ Le respect des normes fixées dans le présent arrêté
- ◆ L'enregistrement des données gériatriques du service
- ◆ La continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients
- ◆ L'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et du compte rendu de celle-ci.

COMPOSITION ET FONCTIONS DU PERSONNEL DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE



ÉQUIPE MÉDICALE

Le médecin gériatre

Le gériatre est un médecin spécialisé dans le vieillissement et dans la prise en charge des pathologies qui touchent les personnes âgées. Il est formé à dépister, hiérarchiser, évaluer et traiter les affections fréquemment associées avec l'âge, appelées également « syndromes gériatriques ».

Parmi ceux-ci, on retrouve entre autres :

- ◆ La polymédication, les interactions médicamenteuses et la prescription inappropriée
- ◆ Les déficits sensoriels, comme la surdité ou la malvoyance
- ◆ Les chutes et les traumatismes, qui peuvent avoir des conséquences plus importantes qu'à un âge moins avancé (citons par exemple la fracture du col du fémur)
- ◆ L'ostéoporose et l'arthrose
- ◆ Les maladies neurologiques, comme la démence
- ◆ Les troubles dépressifs
- ◆ Les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires
- ◆ Les troubles nutritionnels
- ◆ Les troubles du sommeil
- ◆ Les problématiques sociales complexes.

Le gériatre est également régulièrement sollicité pour évaluer des personnes âgées avant une chirurgie, une dialyse, un traitement du cancer, un remplacement de valve cardiaque par voie fémorale (TAVI), etc.

ÉQUIPE INFIRMIÈRE

Infirmier

Le rôle des infirmiers est la dispensation de soins globaux aux patients afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir leur niveau de santé, leur bien-être et une certaine autonomie. L'infirmier accueille le patient dans l'unité, effectue avec lui ou ses proches l'entretien de santé dans les premières 24 heures de l'admission. Il installe le patient, observe et analyse le degré d'autonomie de celui-ci. Il met en place selon son jugement cli-

nique les activités infirmières ainsi que la surveillance des constantes du patient. Des consignes de sécurité, et du matériel adapté sont installés dans la chambre lorsque c'est nécessaire.

L'infirmier a également un rôle d'éducation au patient et à ses proches, afin d'augmenter et/ou maintenir l'autonomie du patient.

Il collabore avec l'équipe médicale et paramédicale ainsi que les équipes de soins de 2^{ème} ligne, comme l'équipe nutrition, l'équipe des plaies ou l'équipe des soins continus.

Etant au chevet du patient, il représente une aide utile pour l'établissement d'un diagnostic, ou la détection et le traitement des complications liées à l'hospitalisation.

Il prépare le patient et sa famille à la sortie dans la sérénité par une information adaptée.

Aide-Soignant

Le rôle des aides-soignants est la prise en charge globale des patients afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir leur santé, leur bien-être et leur niveau d'autonomie. D'un point de vue hiérarchique, les aides-soignants sont sous la responsabilité des infirmiers du service.

Ils participent avec les infirmiers du service à l'entretien de santé lors de l'admission d'un patient dans l'unité de gériatrie. Ils sont également impliqués dans l'éducation à la nutrition, en prodiguant des conseils nutritionnels au patient hospitalisé, dans une optique de prévention et de traitement de la dénutrition protéino-calorique.

Ils participent aux tâches de la vie de tous les jours, apportent un soutien émotionnel, et accompagnent le patient et sa famille dans les moments de fin de vie.

Ce sont les aides-soignants qui passent le plus de temps au chevet du patient. Leurs observations sont indispensables à l'établissement du projet de vie du patient.

Éducateur

Les éducateurs spécialisés aident les patients en difficulté à devenir plus autonomes. Ils aident le personnel soignant à assurer les soins d'hygiène, accueillent les familles des patients et œuvrent au bien-être des personnes hospitalisées dans le service de gériatrie.

ÉQUIPE PARAMÉDICALE

Kinésithérapeute

Le rôle du kinésithérapeute est de prendre en charge la rééducation fonctionnelle du patient au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il est responsable de l'évaluation et du traitement qui a pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles (respiratoires, cardio-vasculaires, musculo-squelettiques et neurologiques), de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute est un paramédical qui a pour objectifs de maximiser l'indépendance (le pouvoir faire) et l'autonomie (le vouloir faire) des patients. Pour ce faire, il analyse les aptitudes, les activités de la vie quotidienne ainsi que l'environnement architectural et social du patient (domicile, relations).

Son but est donc de s'assurer que le patient puisse vivre une vie qualitative dans son milieu de vie, en intégrant ses choix, ses rôles, ses valeurs et sa culture.

Diététicien

Le diététicien interprète l'évaluation nutritionnelle des patients réalisée par les aides-soignants dans le cadre du bilan multidisciplinaire et met en place un régime adapté aux besoins individuels du patient. Il dispense des conseils personnalisés aux patients en fin de séjour. Il s'occupe également de la mise en place d'un support nutritionnel adapté si nécessaire, et fait la proposition d'un éventuel suivi diététique en cas de besoin.

Logopède

Le logopède est un paramédical qui a pour objectifs le diagnostic des troubles du langage, de la parole et des troubles de la déglutition, qui repose sur un ensemble de tests et d'observations cliniques. Après le diagnostic, il propose la mise en place d'un programme de rééducation et ajuste celui-ci selon l'évolution du patient. Le logopède a également un rôle de formation/information du patient, de la famille et du personnel soignant.

Neuropsychologue

Le rôle du neuropsychologue est l'évaluation des troubles cognitifs et la mesure de l'impact de ces troubles cognitifs dans le quotidien des patients. Le bilan neuropsychologique comprend une anamnèse, suivie d'une série de tâches visant à évaluer les différentes fonctions cognitives (mnésiques, praxiques, attentionnelles et exécutives) en comparant les performances de chaque patient à des données normatives. Une hétéro-anamnèse est souvent réalisée. Une ou plusieurs hypothèses diagnostiques sont ensuite proposées, afin de contribuer au diagnostic différentiel (trouble neurocognitif de type Alzheimer, ou d'origine vasculaire, ou liés à un syndrome dépressif, etc.), ainsi que des suggestions de prise en charge.

Avec l'ergothérapeute, le neuropsychologue organise des séances destinées aux patients et aux familles afin de les accompagner dans les situations difficiles qu'ils peuvent rencontrer (annonce diagnostique de maladie de la mémoire, adaptation des comportements face aux changements cognitifs et comportementaux, mises en place d'aides au domicile, etc.).

Psychologue

Le rôle du psychologue clinicien est d'évaluer et de prendre en charge les aspects psychologiques du patient gériatrique. En premier lieu, le psychologue évalue le fonctionnement psychologique du patient, les difficultés émotionnelles de celui-ci et l'impact qu'ont ces éventuelles difficultés sur sa vie et son fonctionnement. Ensuite, le psychologue peut également soutenir le patient afin qu'il puisse s'adapter à une situation fragile et délicate induite par sa phase de vie telle que : une situation de deuil, une situation médicale difficile, une situation familiale compliquée, la perte d'autonomie, un syndrome de stress post-traumatique, etc. Enfin, le psychologue assure l'accompagnement des proches en difficulté face à la situation du patient, quand il y a un besoin ou une demande. Il propose un soutien en parallèle du suivi du patient et/ou des entretiens patient-proches.

Assistant social

L'assistant social aide au maintien au domicile du patient pour une meilleure qualité de vie, en effectuant des adaptations environnementales qui visent à prévenir et/ou surmonter les difficultés liées à la perte d'autonomie, qu'elle soit temporaire ou définitive. L'assistante sociale accompagne également les patients et les familles dans les démarches de changement de lieu de vie ou en situation palliative. Il effectue également les tâches administratives pour et/ou avec le patient. Le service social intervient soit à la demande des prestataires hospitaliers et/ou extrahospitaliers, soit à la demande du patient et/ou de son entourage.

ÉQUIPE LOGISTIQUE

Secrétaire de service

Le rôle des secrétaires est d'effectuer des travaux de secrétariat afin de soutenir administrativement le service en accueillant les patients, en assurant l'organisation, la gestion de rendez-vous à l'intérieur et à l'extérieur du service de gériatrie, avant, pendant et après l'hospitalisation. Le relais est ensuite fait avec la secrétaire médicale du service, qui assure la continuité entre le patient, le médecin, l'équipe gériatrique, et le médecin traitant.

Aide logistique

L'objectif de l'aide logistique est de soutenir, d'un point de vue logistique, les collaborateurs de l'unité afin de leur permettre de se concentrer sur les soins aux patients et d'améliorer leur confort de travail. Il veille à maintenir un environnement propre et rangé, s'occupe de servir les repas, ainsi que les collations de l'après-midi, et répond également à certaines sollicitations non-médicales des patients.

LES 5 COMPOSANTES DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE



L'HOSPITALISATION GÉRIATRIQUE

- **Localisation**
Hôpital Général, Niveau 6, Route 557
- **Horaire**
Visites : 12h-14h
16h-20h
- **Contact**
T + 32 (0)2 555 3757
F + 32 (0)2 555 8292

Une brochure d'hospitalisation est disponible sur notre site internet :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/votre-hospitalisation-dans-le-service-de-geriatrie>

CONSULTATION GÉRIATRIQUE

- **Localisation**
Hôpital Général, Niveau 0, Route 218
- **Horaire**
Du lundi au vendredi, de 8h à 16h30
- **Contact**
T + 32 (0)2 555 49 14
+ 32 (0)2 555 51 84
F + 32 (0)2 555 48 27

Formulaire de prise de rendez-vous sur notre site :

<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/formulaires/formulaire-rendez-vous-en-ligne>

Pour en savoir plus : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/services-medicaux/geriatrie/consultation-de-geriatrie>

L'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

- **Localisation**
Hôpital Général, Niveau 0, Route 218
- **Horaire**
Du lundi au vendredi, de 7h30 à 16h30
- **Contact**
T + 32 (0)2 555 49 14
+ 32 (0)2 555 51 84
F + 32 (0)2 555 48 27
Adresse Email : Secretariat.HDJG.erasme@hubruxelles.be

Formulaire de prise de rendez-vous : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/formulaires/formulaire-rendez-vous-en-ligne>

Pour en savoir plus : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/services-multidisciplinaires/hospitalisation-de-jour-geriatrique>

LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE

- **Localisation**
Hôpital Général, Niveau 4, Route 441
- **Horaire**
Du lundi au vendredi, de 8h00 à 17h00
- **Contact**
T + 32 (0)2 555 46 59
+ 32 (0)2 555 35 21
F + 32 (0)2 555 82 92
Adresse Email : L.i.Geria@erasme.ulb.ac.be

LA LIAISON EXTERNE GÉRIATRIQUE

- **Localisation**
Secrétariat de Gériatrie, Niveau 4, Route 497
- **Horaire**
Du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00
- **Contact**
T + 32 (0)2 555 35 87
F + 32 (0)2 555 68 85
Adresse Email : secmed.geria@hubruxelles.be

LE MODE DE FONCTIONNEMENT DES 5 COMPOSANTES DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE

L'HOSPITALISATION GÉRIATRIQUE

Fonction

Les fonctions de l'hospitalisation de gériatrie sont de permettre aux patients âgés fragiles de maintenir et de retrouver leurs aptitudes lorsque leur état de santé ne permet pas d'être évalués en Hôpital de Jour dans le but de proposer un plan de soins et de sortie visant au maintien de l'autonomie du patient âgé. Le service offre l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire qui évaluera le potentiel fonctionnel, cognitif, nutritionnel, social, etc. du patient âgé tout en traitant les maladies selon les recommandations actuelles.

Organisation

► ADMISSION

Il existe trois types d'hospitalisations en gériatrie : l'hospitalisation depuis le service des urgences, le transfert interne provenant d'une autre unité d'hospitalisation de l'hôpital et les hospitalisations programmées.

Hospitalisation depuis le service d'urgences

Les patients ayant un profil gériatrique (moyenne de 75 ans, avec un profil de fragilité dépisté à l'aide du score ISAR, dont la durée de séjour estimée est supérieure à 10 jours) sont orientés par l'équipe des urgences vers l'unité d'hospitalisation de gériatrie. Un accord préalable du médecin gériatre est demandé les jours ouvrables entre 8h30 et 17h00. Un médecin gériatre est également joignable 24h/24h pour les contacts entre médecins via la centrale de l'hôpital.

Hospitalisation par transfert interne d'une autre unité d'hospitalisation

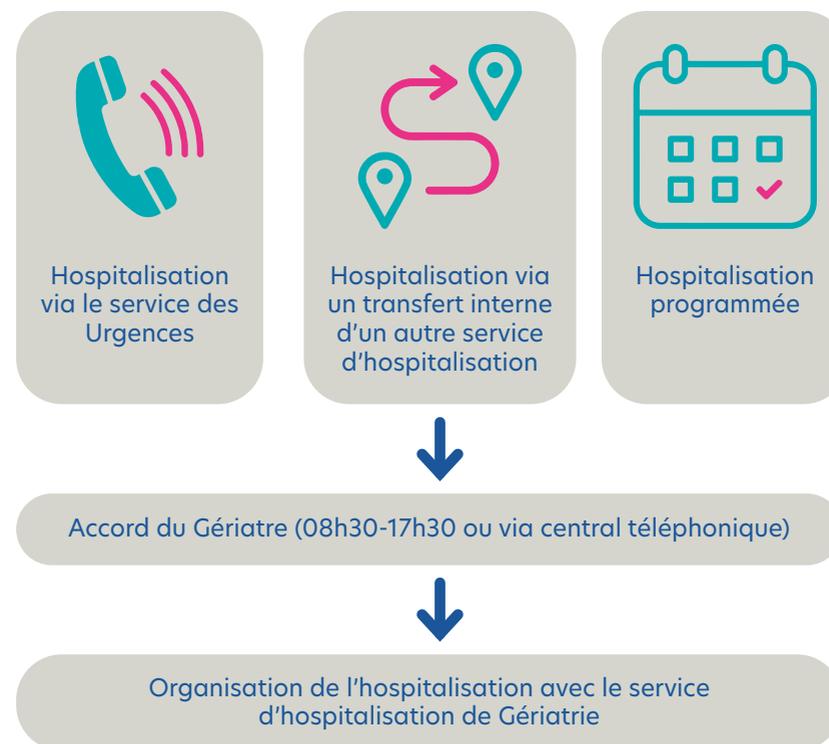
Un contact préalable est pris par le médecin spécialiste avec le gériatre pour organiser le transfert du patient en unité de gériatrie, idéalement après évaluation par l'équipe de liaison interne gériatrique qui évalue la pertinence du transfert (qui doit avoir une « valeur ajoutée » en termes de prise en charge pluridisciplinaire).

Hospitalisation programmée

Le médecin traitant/spécialiste prend contact avec le gériatre au préalable pour organiser l'hospitalisation du patient. La date d'admission est fixée un à plusieurs jours avant, selon les disponibilités et l'urgence. Une fois le lit réservé, la secrétaire du service d'hospitalisation se met en contact avec le patient et/ou la personne de contact afin de communiquer la date d'hospitalisation et les modalités pratiques de l'admission (heure de l'hospitalisation, patient à jeun ou non, médicaments qu'il doit apporter, déroulement des journées, etc.).

Unité d'orthogériatrie

Le service comprend 48 lits dont 25 lits d'orthogériatrie organisés en un couloir. L'unité d'orthogériatrie accueille des patients âgés présentant une fracture de hanche, ou tout autre fracture ne nécessitant pas de chirurgie. Cette unité accueille aussi des patients critiques admis aux soins intensifs.



› ACCUEIL

Le patient et sa famille sont accueillis par un membre de l'équipe soignante.

■ Déroulement d'une journée d'hospitalisation



MATIN

- Rapport entre l'équipe de nuit et de jour
- Distribution des médicaments et prise des paramètres par l'infirmier
- Distribution simultanée des petits déjeuners par l'aide-soignant et par l'aide hospitalière et logistique
- Soins d'hygiène et actes techniques (réalisés par l'infirmière et par l'aide hospitalière et logistique)
- Soins et évaluations par les paramédicaux
- Examens techniques en fonction de l'heure des rendez-vous
- Visite médicale



MIDI

- Distribution des médicaments par l'infirmière
- Distribution des repas de midi par les aides-soignants, aide hôtelière et aide logistique
- Rapport entre l'équipe infirmière du matin et celle de l'après-midi
- Soins et évaluations par les paramédicaux



APRÈS-MIDI

- Réinstallation des patients pour une sieste
- Visite des familles tous les jours de 12h à 13h et de 16h à 20h
- Préparation des perfusions et antibiotiques
- Réalisation des pansements et autres soins
- Distribution des médicaments prévus pour l'heure du souper
- Soins et évaluations par les paramédicaux



SOIR

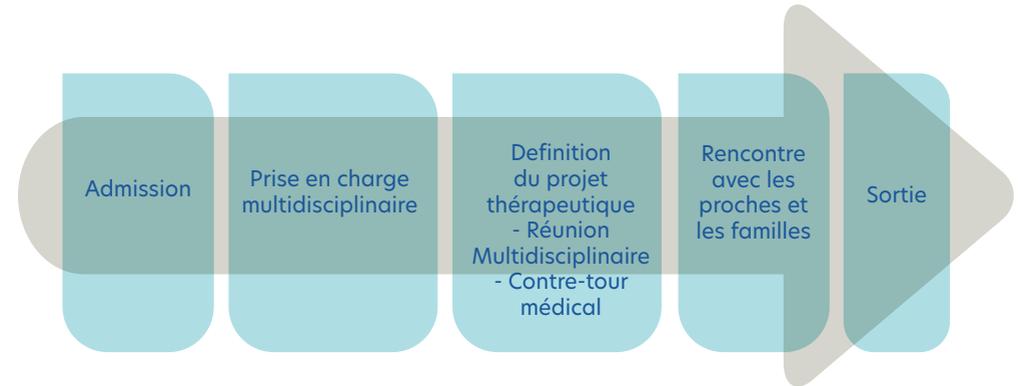
- Distribution des soupers
- Installation pour la soirée
- Rapport entre l'équipe de l'après-midi et celle de la nuit



NUIT

- Distribution de médicaments
- Réinstallation durant la nuit si cela s'avère nécessaire (procédure de mobilisation, escarre)

■ Parcours d'hospitalisation



Admission

Admission via les urgences

- Le patient est dirigé vers l'unité de gériatrie par le personnel du brancardage de notre institution.
- Le patient est accueilli par un membre de l'équipe du service de gériatrie qui va le conduire dans sa chambre. La personne accueillante aide le patient à s'installer dans la chambre et lui explique les informations importantes pour le bon déroulement de l'hospitalisation (heures de visite, heures de soins, heures de RDV avec le médecin).
- L'équipe de soins procède à la « collecte de données » (qui vise à recueillir les informations les plus importantes pour bien comprendre les motifs d'admission et adapter la prise en charge) et évalue les paramètres vitaux.

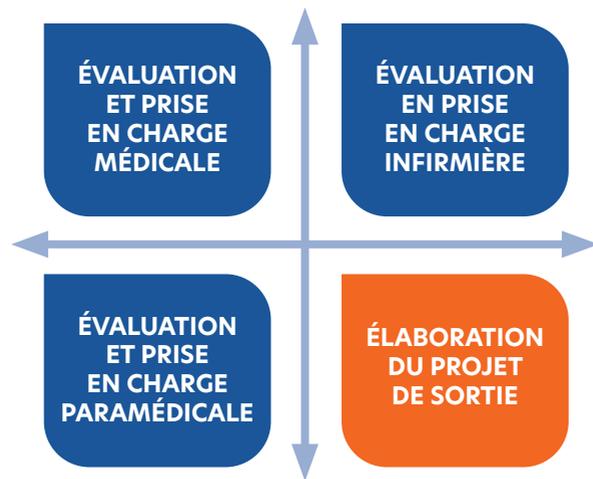
Admission programmée

- Avant l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation, le patient (et sa famille) se rendent au service des admissions (situé dans le hall d'entrée) pour les démarches administratives.
- En cas de difficultés de mobilité, l'équipe de bénévoles présents à l'accueil de l'hôpital peuvent aider le patient à se rendre au service des admissions et à rejoindre ensuite le service.
- Le patient est accueilli par un membre du personnel du service de gériatrie qui va le conduire dans sa chambre. La personne

accueillante aide le patient à s'installer dans la chambre et lui explique les informations importantes pour le bon déroulement de l'hospitalisation (heures de visite, heures de soins, heures de RDV avec le médecin).

- + L'équipe de soins procède à la « collecte de données » (qui vise à recueillir les informations les plus importantes pour bien comprendre les motifs d'admission et adapter la prise en charge) et évalue les paramètres vitaux.

Prise en charge multidisciplinaire



Élaboration du projet thérapeutique

Le projet thérapeutique du patient se veut individualisé, selon les besoins de chaque patient. Il est co-élaboré par l'équipe médicale, soignante et pluridisciplinaire, en gardant pour objectif principal le maintien ou la récupération fonctionnelle.

Rôle du gériatre

Le gériatre et les assistants en formation assurent le suivi quotidien des patients hospitalisés en gériatrie, 7 jours sur 7. Il est responsable de l'évaluation médicale et des traitements. Le médecin en formation est supervisé deux fois par semaine au lit du malade, et l'ensemble des problématiques médicales est discuté le vendredi après-midi (voir plus loin, contre-tour médical).

Le gériatre a également pour mission de coordonner la réunion multidisciplinaire hebdomadaire et d'établir le projet de soins du patient.

Réunion multidisciplinaire

La réunion multidisciplinaire a lieu une fois par semaine le lundi entre 14h30 et 16h pour les lits de 661 à 678 et le mardi entre 14h30 et 16h pour les lits de 641 à 658.

L'objectif de cette réunion est la discussion et la mise en commun des informations concernant les différentes évaluations médicales, infirmières et paramédicales récoltées auprès du patient et de ses proches. Lors de cette réunion, les objectifs de soins sont fixés en fonctions des attentes du patient, de l'entourage et de l'équipe de soins.

Le gériatre rédige le jour-même un compte-rendu du tour pluridisciplinaire qui est intégré dans le journalier du DMI du patient. Un tableau récapitulatif des numéros de dossiers des sortants de la semaine est envoyé par mail à toute l'équipe.

Contre-tour médical

Un contre-tour médical a lieu une fois par semaine le vendredi entre 14h et 17h00. Lors de ce contre-tour, tous les cas sont revus d'un point de vue médical. Au moins un gériatre, une infirmière, les assistants médecins en formation en gériatrie et les stagiaires médecins sont présents. L'objectif est de discuter les aspects médicaux, de définir de façon concertée l'intensité des soins, et de communiquer à l'ensemble du personnel soignant, médical et paramédical les informations médicales importantes pour que la continuité des soins soit la meilleure possible.

Rencontre avec les proches et les familles

Le médecin gériatre et les assistants en formation se mettent à disposition des familles et des proches le lundi et le jeudi de 16h à 17h (chambres 661 à 678), le mardi de 16h30 à 17h30 et le jeudi de 16h à 17h (chambres 641 à 657).

D'autres moments de rendez-vous sont possibles en contactant le service au : + 32 (0)2 555 37 57 (chambres 661 à 678) ou le + 32 (0)2 555 37 19 (chambres 641 à 657).

Sortie

La sortie du patient est décidée et programmée en fonction de l'évolution du patient et des décisions prises en concertation avec le patient, sa famille et en réunion pluridisciplinaire. Le patient et la famille sont prévenus au moins 24h à l'avance de la date de sortie. Une coordination entre l'équipe de soins et l'assistante sociale est mise en place afin de garantir la réussite de la sortie du patient (organisation de soins à domicile, coordination avec services de revalidation/maison de repos/maison de repos et de soins, coordination avec les familles etc.) et en ayant pour objectif de prévenir les réadmissions. Le médecin traitant est concerté par téléphone au moins une fois durant le séjour pour discuter du plan de soins de son patient, et prévenu par le gériatre ou l'assistant de la sortie de son patient.

A la sortie du patient, le rapport d'hospitalisation, le plan de traitement et les prescriptions de médicaments ou de soins sont remises au patient, à la famille et/ou ambulancier. Le rapport provisoire de sortie est envoyé le jour de la sortie par voie télématique au médecin traitant, et le rapport définitif est validé dans les jours qui suivent par un médecin gériatre.

LA CONSULTATION GÉRIATRIQUE

Fonction

Offrir un avis spécialisé pour une ou plusieurs problématiques liées au vieillissement.

Organisation

› ACCUEIL

Avant l'arrivée à la consultation de gériatrie, le patient valide son arrivée aux bornes à l'accueil de l'hôpital, via sa carte d'identité. Il est parfois dirigé vers un bureau d'accueil.

Si le patient a des problèmes de mobilité pour se rendre à la consultation, il peut solliciter l'aide des bénévoles qui se trouvent à l'accueil.

Une fois arrivé à la consultation, le patient est accueilli par l'équipe d'accueil et le médecin est prévenu de son arrivée dans le service. Une salle d'attente est à disposition.

› CONSULTATION DU GÉRIATRE

Lorsque le médecin spécialiste en gériatrie voit pour la première fois le patient en consultation, il collecte toutes les informations nécessaires pour avoir une connaissance globale de la situation clinique : anamnèse approfondie de la raison de consulter, antécédents, liste complète des médicaments, histoire personnelle et assuétudes, anamnèse systématique et hétéro-anamnèse (si le patient ne peut s'exprimer), brève évaluation de l'autonomie fonctionnelle, et de la situation sociale. Un examen clinique complet est également réalisé. Ensuite, en fonction de la problématique, diverses échelles de dépistage sont réalisées : MNA (nutritionnel), GDS (affects dépressifs), MMSE ou MoCA (troubles cognitifs), etc.

A l'issue de cette consultation, et si la situation le justifie, une évaluation sera programmée, permettant une mise au point de la ou des problématique(s) relevée(s). Le patient réalisera ce bilan en hospitalisation de jour gériatrique (ambulatoire) ou en hospitalisation de gériatrie (unité de soins) en fonction de la complexité du bilan et de la situation clinique, et/ou sociale.

Une consultation de suivi est prévue en fonction des besoins du patient (exemple : suivi bisannuel).

La première visite dure entre 45 et 60 minutes, les visites de suivi entre 30 et 45 minutes.

Une consultation d'urgence hebdomadaire permet d'accueillir les cas les plus urgents à la demande du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste. Une consultation téléphonique est également possible, il suffit d'en avertir le secrétariat lors de la prise du rendez-vous.

► CONSULTATIONS PARAMÉDICALES

Séances d'accompagnement

Les neuropsychologues et ergothérapeutes du service de gériatrie organisent conjointement des séances d'écoute, d'informations et de conseils destinées aux patients âgés présentant des vieillissements cognitifs difficiles ainsi qu'à leurs proches. L'objectif de ces séances est de les accompagner pour une meilleure gestion des changements cognitifs et comportementaux au quotidien.

Consultation de psychologie clinique

Une consultation de soutien et suivi psychologique en ambulatoire est disponible pour les patients qui sont suivis par l'équipe de gériatrie.

Consultation sociale

Une consultation avec l'assistante sociale du service est également mise à disposition pour aborder les problématiques sociales et informer le patient et/ou ses proches sur le réseau d'aide existant sur la Commune d'Anderlecht, la Région bruxelloise et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

Fonction

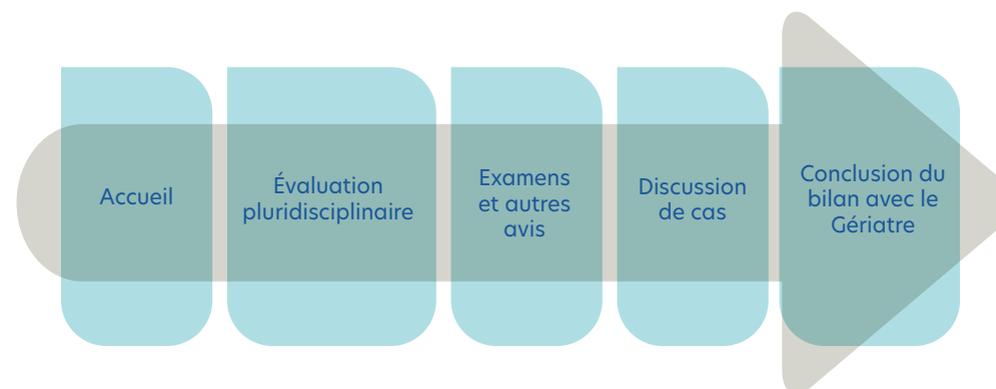
L'hôpital de jour gériatrique a trois fonctions :

- ◆ **Fonction diagnostique** : bilan de troubles de la mémoire, de chutes et troubles de la marche, de perte de poids, de fragilité, de problèmes médicaux spécifiques, de réflexion sur la polymédication, de bilan préopératoire, de bilan oncogériatrique ou cardiogériatrique, etc.

- ◆ **Fonction thérapeutique** : transfusion, perfusion ou injection de produits spécifiques (traitement de l'ostéoporose, fer intra-veineux), soins de plaies, etc.
- ◆ **Fonction de réadaptation** : accompagnement des patients avec atteinte cognitive. A l'issue d'une consultation de gériatrie, un bilan peut être programmé, et ainsi permettre une mise au point spécifique. Divers bilans ont été préétablis pour faciliter cette mise au point.

Organisation

■ Déroulement d'une journée en hospitalisation de jour gériatrique



Accueil

Le patient est accueilli par la secrétaire du service au sein de l'unité à partir de 7h30. Elle vérifie les coordonnées complètes du patient et la mise en place du bracelet d'identitovigilance. Ensuite, l'infirmier accueille le patient et lui explique les détails du programme de la journée. Les repas du patient sont pris en compte dans la programmation de la journée de bilan (petit-déjeuner et/ou repas de midi).

Évaluation pluridisciplinaire

Le patient est pris en charge par l'infirmier qui réalise systématiquement une collecte des données (avec le patient ou un proche en cas de besoin), un dépistage des problèmes les plus fréquemment rencontrés en gériatrie ainsi qu'une anamnèse de la situation sociale et des difficultés rencontrées dans les activités de la vie journalière du patient.

Réalisation d'actes techniques infirmiers : prises de sang, prises de paramètres (tension artérielle, rythme cardiaque, saturation en oxygène, évaluation de la douleur par EVN, poids, taille), réfection de pansements, test d'hypotension orthostatique de Schellong et gestion de la prise des médicaments au cours de la journée.

Réalisation d'évaluations oncogériatriques et cardiogériatriques.

Réalisation de tâches administratives : coordination des rendez-vous pour les évaluations et les examens techniques, facturation, gestion du matériel pour les études, de la pharmacie. Entretien et mise à jour des normes d'accréditation requises.

En cas de résultat anormal (TA élevée, arythmie, malaise, contact du labo pour un résultat anormal), l'infirmier en charge du patient contacte un gériatre pour avis et éventuelle prise en charge thérapeutique le jour de la visite du patient.

Une évaluation est également réalisée par les différents paramédicaux en fonction du type du bilan.

- + **Ergothérapeute** → évaluation de l'autonomie et de l'indépendance, élaboration de conseils et de recommandations, accompagnement des familles.
- + **Logopède** → évaluation de la déglutition, élaboration de conseils et de recommandations, bilan de langage, de la parole et orientation vers une prise en charge logopédique si nécessaire. .
- + **Kinésithérapeute** → évaluation de la mobilité, de l'équilibre, élaboration de conseils et de recommandations.
- + **Assistante sociale** → mise en place des aides nécessaires et/ou gestion du placement/ revalidation.
- + **Neuropsychologue** → évaluation cognitive, proposition d'un diagnostic, accompagnement des patients présentant un/des trouble(s) neurocognitif(s) et de leur famille.
- + **Psychologue** → entretien et soutien psychologique.

Examens techniques et autres avis

L'infirmier accompagne le patient tout au long de la journée en lui expliquant l'organisation de la journée mais également les divers examens programmés.

Une équipe de bénévoles accompagne le patient lors des examens techniques ou lors de consultations qui ont lieu dans d'autres services de l'hôpital.

Discussion de cas

► BILANS COGNITIFS

Les bilans cognitifs sont discutés lors d'une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire qui rassemble les neuropsychologues, neurologues, gériatres, ergothérapeutes, logopèdes et psychologues.

Sont aussi conviés suivant la situation à discuter : kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens et assistantes sociales.

Cette réunion a lieu le vendredi de 8h30 à 9h30. Les cas sont présentés par les neuropsychologues qui envoient un mail à l'ensemble de l'équipe le mercredi au plus tard pour transmettre les références des patients qui seront discutés.

► RÉUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE D'ONCOGÉRIATRIE (CMOG)

La Concertation Multidisciplinaire d'Oncogériatrie a lieu tous les jeudis à 14h dans la salle RH15 niveau ROH à l'Institut Jules Bordet. Lors de cette réunion, tous les cas qui ont fait l'objet d'une évaluation oncogériatrique en hospitalisation ou en ambulatoire sur les sites de l'hôpital Erasme et de l'Institut Jules Bordet sont discutés par l'équipe multidisciplinaire. Un mail reprenant la liste des patients qui seront discutés, est envoyé le mardi qui précède la CMOG aux différents référents en oncologie et en gériatrie. La CMOG rassemble l'oncologue général, l'oncogériatre, les ICSO (Infirmiers Coordinateurs en Soins Oncologiques) des différentes spécialités, l'ICSOG (Infirmiers Coordinateurs en Soins Oncologiques Gériatriques), et les médecins référents de chaque spécialité (en fonction de leurs disponibilités). Un anesthésiste référent peut aussi être convié

en fonction de la situation à discuter. Un document reprenant l'ensemble des recommandations émises lors de la CMOG est accessible dans le medical viewer le lendemain de la réunion sur le site Erasme et dans l'onglet « résumé » d'Oribase sur le site Bordet. Ce document est également envoyé sur le RSB.

Conclusion du bilan

Le gériatre réalise la synthèse des différents examens et tests réalisés pendant la journée de bilan et explique ces résultats au patient (et à sa famille) lors de la consultation de « conclusion de bilan ». La durée de la consultation est de 45 à 60 minutes.

Différentes recommandations sont alors transmises au patient et une proposition de suivi est faite.

Le médecin communique ensuite les résultats de ce bilan par écrit au médecin traitant du patient et éventuellement au médecin spécialiste, qui ont adressé le patient en consultation de gériatrie.

LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE (LIG)

Fonction

- ◆ Diffusion de la culture gériatrique dans l'institution
- ◆ Réalisation des évaluations gériatriques pluridisciplinaires de patients présentant un profil gériatrique
- ◆ Proposition des recommandations à l'équipe de soins et au médecin spécialiste traitant pendant la durée de l'hospitalisation
- ◆ Proposition de recommandations à l'usage du médecin généraliste afin d'éviter une réadmission après la sortie du patient.

Organisation

› MODALITÉS D'INTERVENTION



Intervention via les urgences

Un dépistage de la fragilité est fait de manière systématique avec l'aide d'échelle de dépistage ISAR pour tout patient de plus de 75 ans admis aux urgences. Les infirmiers de la LIG ont accès via un support électronique (EDMenuErasme - Visionneuse de rapports) de manière journalière à la liste des patients de plus de 75 ans hospitalisés en urgence et aux résultats des scores ISAR réalisés. Les infirmiers peuvent ainsi identifier les patients à évaluer dans l'hôpital. En cas de doute du médecin urgentiste sur la pertinence d'une hospitalisation et/ou en cas de besoin immédiat d'une expertise gériatrique, l'équipe de LIG se déplace directement aux urgences pour évaluer le patient. L'équipe de LIG aide ainsi le médecin urgentiste à orienter le patient vers son domicile en programmant un suivi à l'hôpital de jour gériatrique, vers une hospitalisation en gériatrie ou vers une autre spécialité avec suivi par l'équipe de liaison.

Intervention via le service de préadmission

Le service de préadmission permet aux patients hospitalisés de manière programmée d'être informés du déroulement de leur séjour et de limiter au mieux les durées de séjour. Notre souhait est d'avoir un dépistage systématique de la fragilité des plus de 75 ans, afin que l'équipe de liaison interne gériatrique soit informée de l'arrivée du patient âgé fragile

avant son admission. Les patients ayant fait l'objet d'une évaluation gériatrique préopératoire en hospitalisation de jour gériatrique sont également revus systématiquement en post-opératoire par l'équipe de liaison interne gériatrique.

Dépistage de la fragilité dans les unités d'hospitalisation non-gériatriques

La procédure institutionnelle sur le dépistage de la fragilité des personnes de plus de 75 ans établit qu'un dépistage de la fragilité avec l'outil ISAR doit être fait de manière systématique pour tout patient de plus de 75 ans hospitalisé dans une unité d'hospitalisation différente de la gériatrie dans les 24 heures qui suivent son admission. Conformément à l'article de loi de référence (AR 2014), si le résultat de l'ISAR est supérieur ou égal à 2/6, le patient est considéré comme fragile. Les coordonnées des patients avec un score ISAR positif est transmis par les infirmiers du service d'hospitalisation aux infirmiers de l'équipe de liaison gériatrique via le logiciel EPR. Si le score ISAR est positif et que le médecin de première ligne ou l'équipe soignante ne désire pas faire appel à l'équipe de la LIG, l'équipe doit notifier dans le DMI le motif de non appel de la LIG.

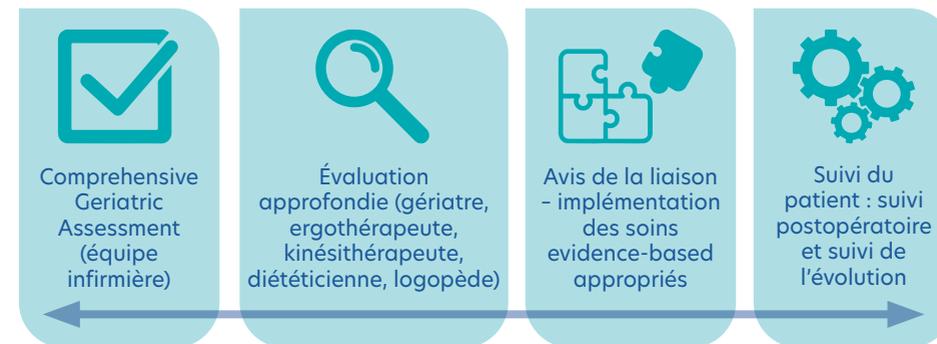
Intervention à la demande des médecins de première ligne

Les médecins de première ligne peuvent faire appel à l'équipe de LIG pour une évaluation globale gériatrique pour des patients de plus de 75 ans hospitalisés dans des unités d'hospitalisation non gériatriques.

Demande d'avis médical

Une demande d'avis médical peut être faite par des médecins des autres unités d'hospitalisation non gériatriques pour des patients de moins de 75 ans avec un profil gériatrique ou des patients de plus de 75 ans. Cette demande est alors adressée par le médecin au gériatre, qui décide si le patient doit également bénéficier d'une évaluation gériatrique, quel que soit son âge.

▸ MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT



Lorsque le patient est identifié comme fragile par le score ISAR, l'intervention de la LIG suit le schéma d'évaluation suivant :

- ◆ Une documentation des antécédents des patients est faite au préalable par le dossier médical informatisé.
- ◆ Une évaluation globale gériatrique à l'aide d'échelles validées est réalisée par l'infirmier de LIG lors du premier entretien avec le patient.
- ◆ L'infirmier de LIG donne des recommandations infirmières basées sur son expertise gériatrique aux équipes de première ligne. Ces recommandations sont placées au niveau du dossier médical informatisé (document/courrier/gériatrie, et note succincte dans le journalier). Une transmission orale des points les plus importants de l'évaluation est également faite à l'infirmier et au médecin en charge du patient.
- ◆ L'infirmier de LIG transmet par le biais d'un fichier partagé (disque dur interne à la gériatrie - onglet Liaison Interne Gériatrique) au reste des intervenants de l'équipe les résultats de l'évaluation du patient avec les problèmes potentiels retrouvés afin de permettre l'évaluation multidisciplinaire plus approfondie du patient :
 - + Ergothérapeute → évaluation de l'autonomie et recommandations.
 - + Diététicien → évaluation nutritionnelle et recommandations.
 - + Logopède → évaluation de la déglutition et recommandations.
 - + Kinésithérapeute → évaluation de la mobilité et recommandations
 - + Assistant Social → mise en place des aides nécessaires et/ou gestion du placement/ revalidation.

- ◆ Le gériatre de la LIG effectue un avis médical et écrit ses recommandations dans le journalier du patient, et signale son passage dans le dossier pluridisciplinaire partagé. Un assistant de gériatrie est dédié à l'activité de liaison du lundi au vendredi.
- ◆ Une réunion de coordination a lieu une fois par semaine (le vendredi de 10h30 à 12h30) afin de discuter des résultats des évaluations effectuées par les différents intervenants. Le gériatre responsable de la supervision de la LIG valide la note dans le dossier du patient.
- ◆ Le médecin et l'infirmier ayant fait appel à l'équipe de LIG, ainsi que le médecin traitant sont automatiquement conviés à la réunion pluridisciplinaire de la LIG.

L'évaluation de l'équipe de la LIG est intégrée dans le dossier du séjour du patient et envoyée par le service au médecin traitant du patient et sur le Réseau Santé Bruxellois ou autre si le patient y est inscrit.

LA LIAISON EXTERNE GÉRIATRIQUE

Fonction

La liaison externe permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et des prestataires de soins pour le groupe cible. Elle vise à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels. Fonction de communication externe des évaluations et recommandations entre l'hôpital et les structures de première et deuxième ligne telles que MRS, MR, centres de revalidation, centres de coordination de soins et médecin traitant.

Organisation

▶ COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les gériatres entretiennent des relations privilégiées avec leurs confrères généralistes d'Anderlecht et des communes avoisinantes. Ils sont disponibles pour tout conseil, demande de consultation ou d'admission programmée sur une hotline du lundi au vendredi de 9h à 17h, et 24h/24 via la liste de garde rappelable par la centrale téléphonique de l'hôpital.

Les gériatres et leurs équipes se mettent également à la disposition des médecins généralistes qui souhaitent organiser une intervention sur une thématique gériatrique lors d'un colloque de médecine générale, d'un GLEM (Groupe Local d'Évaluation Médicale) ou d'un « dodécagroupe ». Les médecins coordinateurs des maisons de repos et de soins de Bruxelles avec lesquelles l'HUB a une convention de collaboration sont également conviés aux séminaires hebdomadaires de gériatrie organisés par le service.

▶ COLLABORATION AVEC LES MAISONS DE REPOS (MR) ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS)

Un certain nombre de groupes de MR/MRS ont établi une convention de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital. Cette convention porte sur la transmission d'informations pertinentes pour assurer la qualité des soins lors des transferts de patients entre l'hôpital et la MR/MRS, mais aussi sur la formation continue (séminaires de gériatrie ouverts à tous), ainsi que sur la recherche.

Toute maison de repos désireuse d'établir une convention peut contacter le Chef de Service de la Gériatrie qui coordonne les conventions, en collaboration avec le service social.

Une consultation du gériatre en maison de repos peut également être organisée de façon structurelle ou ponctuelle.

▶ COLLABORATION AVEC LES SERVICES DE REVALIDATION

Dans un souci de continuité de soins, le service de gériatrie entretient des relations privilégiées avec les centres de revalidation gériatriques de proximité (Valida, Scheutbos) et de l'H.U.B (Centre de Revalidation Gériatrique (CRG) de Woluwé Saint Lambert).

Cette collaboration est coordonnée par le Service social de l'hôpital. Les patients à profil gériatrique sont orientés vers ces structures lorsqu'une prise en charge de revalidation est nécessaire, que ce soit en hospitalisation de gériatrie, dans un autre service de l'hôpital (contact privilégié entre les assistantes sociales et l'équipe de liaison interne gériatrique), ou en ambulatoire (avec possibilité d'admission programmée).

LE CENTRE DE REVALIDATION GÉRIATRIQUE (CRG)

Attaché à l'hôpital Érasme, le centre de revalidation gériatrique est une structure hospitalière gériatrique située à Woluwé-Saint-Lambert (Rue de la Charrette 27 -1200 Woluwé-Saint-Lambert). Il s'agit d'une institution spécialisée dans l'accueil des personnes de plus de 75 ans nécessitant une rééducation pluridisciplinaire.

Fonction

La démarche du CRG consiste à assurer à chaque patient un retour vers un lieu de vie adapté dans des conditions optimales. Pour l'atteindre, l'équipe pluridisciplinaire dépiste, en équipe, les éventuels syndromes gériatriques et axe son approche sur la qualité de vie.

Plusieurs buts sont poursuivis :

- ◆ Maintenir et/ou récupérer un maximum d'autonomie
- ◆ Renforcer les acquis en matière de capacités physiques
- ◆ Mettre le patient au centre du projet thérapeutique
- ◆ Aider la personne à avoir un regard positif vers l'avenir avec un projet thérapeutique cohérent

Organisation

► ADMISSION

Les admissions au CRG se font sur base d'un dossier de demande d'admission standard complété par les assistants sociaux, le médecin, l'infirmier(ère) et/ou le kinésithérapeute de l'hôpital référent ou encore directement par le médecin traitant à partir du domicile.

Les demandes d'admissions depuis l'hospitalisation et depuis le domicile peuvent être téléchargées sur le site internet de l'Hôpital Erasme

<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/sites-extra-muros/centre-de-revalidation-geriatrique-crg/presentation-du-crg>

► ORGANISATION DE LA REVALIDATION

■ Accueil

Lors de l'arrivée en revalidation le patient et sa famille sont accueillis dans la chambre par un membre de l'équipe soignante.

Le patient ou son proche, muni de sa carte d'identité ou des informations liées à son assurance santé, sont invités à se rendre au secrétariat médical (SecMed.CRG@hubruxelles.be) au rez-de-chaussée, pour mettre en ordre le dossier administratif.

Un bilan d'entrée est effectué, consistant en une évaluation pluridisciplinaire kinésithérapeutique, ergothérapeutique, infirmière et médicale.

L'équipe pluridisciplinaire du CRG se compose de médecins, infirmiers, aides-soignantes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, logopède, diététiciens, psychologue et assistant sociaux pour assurer une prise en charge globale des patients. Le patient bénéficie chaque jour de séance(s) de kinésithérapie, éventuellement accompagnée(s) de séances d'ergothérapie. Selon les besoins, des séances de psychologie, de logopédie et de diététique sont également mises en place.

Une évaluation par des spécialistes consultants est également possible. À ce jour, un psychiatre, un chirurgien orthopédique, une podologue et un bandagiste viennent réaliser des avis, traitements et suivis en revalidation.

Le bilan d'entrée et les suivis permettent de fixer et de discuter avec le patient de ses objectifs à atteindre au cours de la revalidation.

Pour y parvenir :

- ◆ Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires ont lieu afin de définir un projet thérapeutique adapté aux capacités et aux souhaits de chacun ;
- ◆ Des aménagements du domicile peuvent être proposés par les ergothérapeutes ;
- ◆ Des rencontres avec les proches et le patient peuvent également être organisées par le biais du service social. Celles-ci ont pour but de les écouter et de les aider dans leurs démarches, afin d'organiser au mieux la sortie de leurs proches (instauration d'aides à domicile, placement en maison de repos et de soins en court ou long séjour etc.).

■ Déroulement d'une journée de revalidation



MATIN

- Rapport entre l'équipe de nuit et de jour
- Distribution des médicaments et prise des paramètres
- Distribution simultanée des petits déjeuners
- Soins d'hygiène et soins infirmiers
- Soins et évaluations par les paramédicaux
- Visite médicale



MIDI

- Distribution des médicaments - Distribution des repas de midi
- Rapport entre l'équipe soignante du matin et celle de l'après-midi
- Soins et évaluations par les paramédicaux



APRÈS-MIDI

- Réinstallation des patients pour une sieste
- Visite des familles tous les jours de 14h à 20h
- Réalisation des pansements et autres soins
- Distribution des médicaments prévus pour l'heure du souper
- Soins et évaluations par les paramédicaux



SOIR

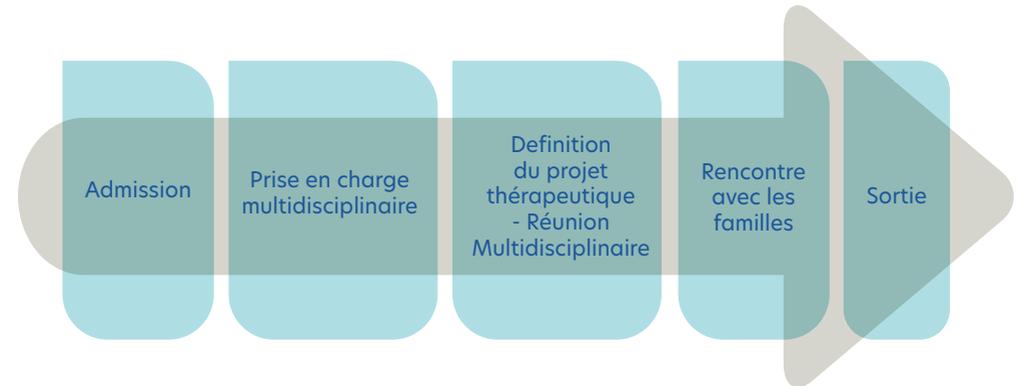
- Distribution des soupers
- Installation pour la soirée
- Rapport entre l'équipe de l'après-midi et celle de la nuit



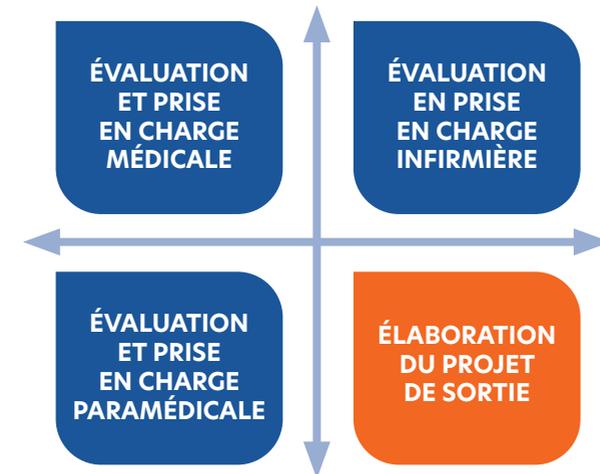
NUIT

- Distribution de médicaments
- Réinstallation durant la nuit si cela s'avère nécessaire (procédures de mobilisation et de prévention des plaies de décubitus)

■ Parcours en revalidation



Prise en charge multidisciplinaire



Élaboration du projet thérapeutique

Le projet thérapeutique du patient se veut individualisé, selon les besoins de chaque patient.

Il est co-élaboré par l'équipe pluridisciplinaire et le patient, en gardant pour objectif principal la récupération fonctionnelle.

› RÔLE DES MÉDECINS

Les médecins généralistes et les médecins assistants en formation assurent le suivi quotidien des patients en revalidation, 7 jours sur 7. Ils sont responsables de l'évaluation médicale et des traitements. L'ensemble des problématiques médicales est supervisé par un gériatre.

Les médecins ont également pour mission de coordonner la réunion multidisciplinaire hebdomadaire et d'établir le projet de soins du patient.

› RÉUNION MULTIDISCIPLINAIRE

La réunion multidisciplinaire a lieu une fois par semaine :

- + Au premier étage : le vendredi matin
- + Au 2^e étage : le jeudi matin
- + Au 3^e étage : le mercredi matin

L'objectif de cette réunion est la discussion et la mise en commun des informations concernant les différentes évaluations médicales, infirmières et paramédicales récoltées auprès du patient et de ses proches. Lors de cette réunion, les objectifs de soins sont fixés en fonction des attentes du patient, de l'entourage et de l'équipe de soins. Pour des raisons d'organisation, les dates de sortie des patients sont également fixées lors du tour multidisciplinaire.

Le gériatre ou le médecin généraliste rédige le jour-même un compte-rendu du tour pluridisciplinaire qui est intégré dans le dossier médical informatisé du patient.

› REMISE DES INFORMATIONS MÉDICALES POUR LE WEEK-END

Afin d'assurer une bonne continuité des soins durant le week-end, les informations médicales nécessaires sont partagées par tous les médecins avec le médecin de garde.

Rencontre avec les proches et les familles

Les médecins généralistes et les médecins assistants en formation se mettent à disposition des familles et des proches en début d'après-midi du lundi au vendredi. Ces réunions sont le plus souvent organisées au moyen de rendez-vous fixés par le médecin ou l'assistant(e) social(e).

Sortie

La sortie du patient est décidée et programmée en fonction de son évolution et des décisions prises en réunion pluridisciplinaire, toujours en concertation avec le patient et ses proches. Ces derniers sont prévenus au moins 48h à l'avance de la date de sortie. Une coordination entre l'équipe de soins et l'assistant(e) social(e) est mise en place afin de garantir la réussite de la sortie du patient (organisation de soins à domicile, coordination avec les services de revalidation/MR/MRS, coordination avec les familles etc.) et en ayant pour objectif d'éviter les réadmissions. Le médecin traitant est concerté par téléphone au moins une fois durant le séjour pour discuter du plan de soins de son patient, et prévenu par le médecin de sa sortie.

A la sortie du patient, le rapport d'hospitalisation, le plan de traitement et les prescriptions de médicaments et de soins sont remis au patient, à la famille et/ou à l'ambulancier chargé du transport du patient. Le rapport provisoire de sortie est envoyé le jour de la sortie par voie télématique au médecin traitant, et le rapport définitif est validé dans les jours qui suivent par un médecin gériatre.

Centre de Revalidation Gériatrique (CRG-Erasme)
T +32 (0)2 777 22 00
M SecMed.CRG@hubruxellesbe

COMPÉTENCES VALORISÉES, FORMATIONS, STAGES, RECHERCHE

COMPÉTENCES VALORISÉES

L'équipe de gériatrie est composée de professionnels avec une formation spécifique valorisée par un diplôme dans le domaine de la gériatrie.

MÉDECIN GÉRIATRES AVEC UNE FORMATION COMPLÉMENTAIRES

Formation en nutrition gériatrique

Un gériatre est formé au dépistage, à la prise en charge et au suivi des aspects nutritionnels spécifiques du patient gériatrique. Il met en place des stratégies de prise en charge nutritionnelle, en concertation avec l'équipe nutrition de l'hôpital dont il fait partie, et le service de diététique. Il possède également une expérience en matière de sarcopénie (fonte musculaire liée à l'âge) et d'ostéoporose.

Formation en oncogériatrie

Un gériatre est formé à l'oncogériatrie. Il réalise une évaluation globale du patient afin de mettre en évidence les fragilités potentielles qui pourraient compliquer la prise en charge de la pathologie cancéreuse. Il évalue, en concertation avec l'oncologue référent, le traitement le plus adapté au profil du patient. Il établit des recommandations de prise en charge qui ont pour but de renforcer les réserves fonctionnelles du patient en vue d'optimiser la tolérance au traitement. Il réalise un suivi des patients durant leur traitement. Un assistant de gériatrie est dédié à la prise en charge oncogériatrique. Il réalise des évaluations en ambulatoire et en hospitalisation sur les sites d'Erasmé et de Bordet sous la supervision de l'oncogéiatre.

Formation en cardiogériatrie

Un gériatre est formé en cardiogériatrie. Il évalue systématiquement tous les patients de plus de 75 ans éligibles pour une procédure TAVI, après la réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie, que ce soit en

hospitalisation ou en ambulatoire. Il procède de la même manière pour tous les patients de plus de 80 ans devant bénéficier d'un remplacement de valve aortique ou mitrale ou d'un pontage coronarien. Il réalise également un suivi de ces patients après l'intervention, en collaboration avec le cardiologue.

Formation en urgences gériatriques et en orthogériatrie

Un gériatre est formé en urgences gériatriques. Il évalue et forme les autres médecins à la prise en charge des patients âgés en urgence, et de l'urgence vitale en tenant compte du profil du patient gériatrique. Il implémente l'approche pluridisciplinaire en collaboration avec les urgentistes et les intensivistes. Il est également responsable de la trajectoire de soins du patient âgé présentant une fracture de la hanche, depuis le domicile jusqu'à la récupération fonctionnelle.

Formation en psychogériatrie

Un gériatre est formé au dépistage, au diagnostic, à la prise en charge et au suivi des patients psychogériatriques ; qu'ils présentent une pathologie psychiatrique vieillissante, ou une pathologie psychiatrique acquise à un âge avancé. Il se met à disposition des autres équipes de l'hôpital et des médecins généralistes pour donner des avis, et établir des stratégies de prise en charge et de suivi.

INFIRMIERS AVEC UN TITRE PARTICULIER D'INFIRMIER SPÉCIALISÉ EN GÉRIATRIE

Les connaissances et compétences requises :

- ◆ La connaissance de la problématique spécifique du vieillissement
- ◆ La connaissance des différents syndromes gériatriques et de la façon d'agir en fonction du domaine d'action de chaque professionnel
- ◆ La connaissance des outils d'évaluation spécifiques à la gériatrie
- ◆ La communication et le travail en équipe
- ◆ La connaissance de la gestion et de l'accompagnement du patient et de la famille.

PARAMÉDICAUX AVEC UNE FORMATION PARTICULIÈRE

Master en gérontologie

Un ergothérapeute rattaché à l'hospitalisation de jour gériatrique, à l'équipe mémoire et à l'hospitalisation est porteur d'un titre de Master Professionnel en gérontologie de la Faculté de Montpellier, France.

Docteurs en neuropsychologie

Deux neuropsychologues rattachés à l'hospitalisation de jour gériatrique et à l'équipe mémoire sont porteurs d'un titre de Docteur en Sciences psychologiques.

FORMATION CONTINUE ET STAGES

La formation dans le service de gériatrie se développe selon plusieurs axes :

Formation continue de l'équipe de gériatrie

L'Hôpital Erasme et le service de gériatrie veillent à la formation continue des différents professionnels qui font partie de l'équipe de gériatrie.

- ◆ Les séminaires du Service de Gériatrie ont lieu une fois par semaine et traitent de différents sujets d'actualité dans le domaine de la gériatrie. Une fois par mois, le séminaire de gériatrie est dédié à un sujet spécifique infirmier. Les professionnels de la gériatrie ainsi que d'autres professionnels intéressés sont conviés à participer à ces séminaires. Les étudiants y sont les bienvenus. Actuellement, le séminaire est diffusé par visioconférence Teams et coordonné avec le CHU Saint-Pierre et le CHU Brugmann, qui co-élaborent le programme. Chaque séminaire est accrédité par l'INAMI, et une attestation de participation peut être fournie sur demande à l'adresse suivante : SecMed.Geria@erasme.ulb.ac.be
- ◆ La liste des séminaires est disponible au lien suivant : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/formations>

- ◆ Les infirmiers et aides-soignants peuvent également participer à des modules de formation organisés par le département infirmier. Ces modules traitent de sujets pertinents pour la gériatrie, tels la nutrition, la douleur, les soins continus, les soins de plaies, etc.
Lien : <https://www.erasme.ulb.ac.be/module-de-formation>
- ◆ Les nouveaux arrivés, infirmiers et paramédicaux, sont aussi conviés à participer au module de formation continue en gériatrie, organisé par le département infirmier, et qui a lieu deux fois par an. Un projet de modules de formations en ligne est en cours d'élaboration avec l'H.U.B Academy.
- ◆ Les professionnels du service de gériatrie assistent également à différents congrès et rencontres professionnelles autour de l'actualité en gériatrie et d'autres domaines en rapport avec la gériatrie. Parmi les congrès, citons les Journées d'Automne de la Société belge de Gérontologie et de Gériatrie, les Winter meetings de la Société belge de Gérontologie et de Gériatrie, le Congrès de l'European Union of Geriatric Medicine, le Congrès de la Société française de Gérontologie et de Gériatrie, le Congrès international francophone de Gérontologie et de Gériatrie, les journées professionnelles des aides-soignants, etc.

Formation continue organisée pour les autres professionnels de la santé

Les professionnels de l'équipe de gériatrie participent de manière active à la transmission des actualités dans le domaine de la gériatrie par différents biais :

- ◆ Participation des différents professionnels de la gériatrie comme Professeur de différentes disciplines (Bachelier et Master en Médecine, Master en Sciences psychologiques, Master en Kinésithérapie, Bachelier en Soins infirmiers, Spécialisation Interdisciplinaire en gériatrie et Psychogériatrie, Cours de Promotion Sociale Infirmières, Cours interuniversitaire de Nutrition Clinique).
- ◆ Un gériatre forme également les étudiants en médecine en Master1 à la sémiologie clinique deux semaines par an.

- ◆ Participation comme orateurs à différents séminaires et congrès nationaux et internationaux afin de diffuser le résultat des recherches du service, la culture et la formation gériatriques.
- ◆ Participation à un projet de collaboration humanitaire (ULB Coopération, projet ARES) visant à promouvoir la culture gériatrique des soignants par la formation continue à Kinshasa, en République Démocratique du Congo.

Formation des étudiants (stages)

Encadrement et formation théorique et pratique des étudiants dans différentes disciplines :

- ◆ Master de spécialisation en Médecine interne et en Gériatrie
- ◆ Master de spécialisation en Médecine générale
- ◆ Master en Médecine (Ba1, Ma1, Ma2, Ma3)
- ◆ Master en Sciences Psychologiques et Neuropsychologie
- ◆ Master en Kinésithérapie
- ◆ Bachelier en Soins Infirmiers
- ◆ Bachelier en Diététique
- ◆ Bachelier en Podologie
- ◆ Master en Logopédie
- ◆ Spécialisation Interdisciplinaire en Gériatrie et Psychogériatrie
- ◆ Master en Santé Publique
- ◆ Formation des aides-soignants
- ◆ Médecins visiteurs étrangers

Développement et encadrement de projets de recherche

Les membres de l'équipe de gériatrie encadrent, en tant que promoteurs, chaque année plusieurs étudiants pour leur travail de fin d'étude ou de fin de spécialisation.

Les travaux concluants sont en général diffusés dans des congrès nationaux et internationaux.

De nombreux travaux ont également fait l'objet de publications dans des journaux scientifiques à comité de lecture indépendant.

QUALITÉ

L'équipe de gériatrie a comme priorité d'offrir des soins de la plus haute qualité possible en veillant à la sécurité des patients.

ACCREDITATION

Dans cette optique, le service a mis en place toutes les mesures nécessaires pour obtenir l'accréditation Canada, tant en hospitalisation qu'en hospitalisation de jour gériatrique, et en collaboration avec le département Qualité de l'hôpital.

PROCÉDURES INSTITUTIONNELLES ET SPÉCIFIQUES AU SERVICE DE GÉRIATRIE

Procédures institutionnelles

Plusieurs membres de l'équipe de gériatrie apportent leur expertise dans le développement de différentes procédures institutionnelles qui veillent à garantir la sécurité et qualité de soins des patients.

Parmi ces procédures institutionnelles, retenons :

- ◆ La contention physique passive du patient adulte
- ◆ La prévention des escarres
- ◆ La prévention du risque de chute
- ◆ La prévention et le traitement de la dénutrition
- ◆ Le protocole en cas de disparition d'un patient
- ◆ L'évaluation de l'intensité des soins

Procédures spécifiques au service de Gériatrie

Les différentes sous-spécialités développées en trajectoires de soins (voir chapitre VII.) ont également fait l'objet d'une procédure de fonctionnement, à savoir, l'oncogériatrie, la cardiogériatrie, et la trajectoire de soins pour la fracture de hanche.

L'ensemble de ces protocoles et procédures sont mis à disposition de l'hôpital sur le Sharepoint, en format institutionnel Gedoc.

Comité d'éthique et groupes de travail institutionnels

Enfin, plusieurs membres de l'équipe de gériatrie s'investissent dans le comité d'éthique hospitalo-facultaire, et dans des groupes de travail institutionnels, comme l'expérience patient, l'accueil du patient à besoins spécifiques, le groupe Hôpital Adapté aux Aînés, le groupe de la coagulation, le comité gestion de la douleur.

BROCHURES

- + Dépliant hospitalisation en gériatrie (annexe) :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/votre-hospitalisation-dans-le-service-de-geriatrie>
- + Séances d'accompagnement en gériatrie (annexe) :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/seance-d-ecoute-et-d-accompagnement-en-geriatrie>
- + L'hôpital gériatrique de Jour (annexe) :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/l-hopital-geriatrique-de-jour>
- + Prise en charge nutritionnelle des seniors (annexe) :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/conseils-alimentaires-pour-les-seniors>
- + Centre de revalidation gériatrique (annexe) :
<https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/infos-pratiques/depliants-et-brochures/centre-de-revalidation-geriatrique-crg>

PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE