



# MANUEL GERIATRIQUE PLURIDISCIPLINAIRE

Service de Gériatrie



Date de rédaction : Septembre 2023

## TABLE DES MATIÈRES :

<b>LEXIQUE</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>LA CITADELLE</b>	<b>5</b>
<b>LA GÉRIATRIE À LA CITADELLE</b>	<b>6</b>
<i>INTRODUCTION</i>	6
<i>CONSÉQUENCES</i>	6
<i>IMPLICATION</i>	6
<i>OUTIL</i>	6
<b>POLITIQUE DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ</b>	<b>7</b>
<b>QUALITÉ</b>	<b>7</b>
<b>VALEURS</b>	<b>8</b>
<b>OBJECTIF ET MISSIONS</b>	<b>9</b>
<i>OBJECTIF</i>	9
<i>MISSIONS</i>	9
<b>LES TRAJETS DE SOINS SPÉCIFIQUES</b>	<b>10</b>
<i>LA CARDIO-GÉRIATRIE : DESCRIPTION DU TRAJET DE SOINS SPÉCIFIQUES POUR LE TAVI</i>	10
<i>L'ORTHO-GÉRIATRIE : DESCRIPTION DU TRAJET DE SOINS SPÉCIFIQUE</i>	11
<b>LE PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GÉRIATRIQUE</b>	<b>13</b>
<b>LES PRINCIPES DE BASE</b>	<b>13</b>
<b>POPULATION CIBLE : PROFIL DU PATIENT GÉRIATRIQUE</b>	<b>14</b>
<i>CADRE LÉGAL</i>	15
<b>LE DÉPISTAGE DU PATIENT GÉRIATRIQUE</b>	<b>15</b>
<b>L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE</b>	<b>16</b>
<i>COORDINATION</i>	16
<i>OBJECTIF DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE</i>	16
<i>CADRE LÉGAL</i>	16
<i>L'ÉQUIPE MÉDICALE</i>	17
<i>L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE ET SOIGNANTE</i>	18
<b>LES 5 COMPOSANTES DU PROGRAMME DE SOINS GÉRIATRIQUE</b>	<b>23</b>
<i>LES UNITÉS D'HOSPITALISATION BANALISÉE</i>	23
<i>LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE (LIG)</i>	26
<i>L'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE (HDJG)</i>	31
<i>LA CONSULTATION GÉRIATRIQUE</i>	35
<i>LA LIAISON EXTERNE GÉRIATRIQUE (LEG)</i>	36
<b>LES PROJETS GÉRIATRIQUES</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>39</b>



## Lexique

- PSG = Programme de Soins Gériatriques ;
- TAVI = Transcatheter Aortic Valve Implantation (implantation de valve aortique par voie percutanée) ;
- ISAR = Identification de Senior A Risque ;
- CCS = Cellule de Coordination des Séjours ;
- AVJ = Activités de la vie journalière ;
- MEOPA = Mélange Equimolaire Oxygène et de Protoxyde d'Azote ;
- Midline = Cathéter Veineux périphérique de longueur moyenne ;
- Piccline = Cathéter Central à Insertion Périphérique ;
- ETP = Equivalent temps-plein ;
- LIG = Liaison Interne Gériatrique ;
- US = Unité de soins ;
- HDJG = Hôpital de Jour Gériatrique ;
- GLEM = Groupe Locale d'Evaluation Médicale.

## Introduction

### La Citadelle

La Citadelle, hôpital public a pour objectif de répondre aux besoins médicaux de toutes les catégories socio-économiques de la population. A La Citadelle, l'accès à tous aux soins de santé est un droit et l'égalité de traitement un devoir. L'hôpital n'opère pas de distinction sur base des revenus, de l'assurabilité, des convictions philosophiques, religieuses ou culturelles des patients.

La Citadelle en quelques chiffres (2022) :

- 9 sites (hospitalisation, administratif et polycliniques) ;
- 4.100 collaborateurs et médecins ;
- 902 lits agréés ;
- 32.964 admissions en hospitalisation classique ;
- 32.031 interventions chirurgicales ;
- 40.913 admissions en hôpital de jour ;
- 769.326 rendez-vous médicaux ;
- 169.885 passages en imagerie ;
- 540.345 passages en polycliniques ;
- 468.879 passages au laboratoire ;
- 80.184 nettoyages de chambre ;
- 804.557 repas distribués ;
- 762.113 kilogrammes de linge traité ;
- 1.407 tonnes de déchets.

## La Gériatrie à La Citadelle

### Introduction

Depuis sa création il y a plus de 30 ans, le service de Gériatrie de La Citadelle se développe continuellement. Cette évolution est engendrée par la nécessité croissante d'accompagner les personnes âgées dont le nombre est en augmentation dans notre population.

En effet, en 1960, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est de 382 727 personnes (soit 8,34% de la population). En 2020, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est de 1 034 079 personnes (soit 17,85% de la population). Sur 58 ans, la proportion des 75 ans et plus a augmenté de 9,51%.

### Conséquences

Le vieillissement de la population entraîne le renforcement des paramètres suivants :

- Une augmentation du pourcentage de pathologies chroniques ;
- Une augmentation du nombre de polypathologies ;
- Une augmentation du pourcentage de pertes d'autonomie.

### Implication

- Une obligation d'adapter les structures de soins au sein des hôpitaux ;
- Une obligation pour les hôpitaux de proposer et d'acquérir une expertise gériatrique.

Il a donc fallu que notre institution s'adapte à l'évolution des données démographiques, des connaissances médicales et des pratiques hospitalières. La Citadelle possédant un service de gériatrie il était obligatoire de développer un Programme de Soins Gériatrique (PSG) afin de pouvoir répondre aux besoins de nos aînés.

### Outil

En 2007, un arrêté royal fixe les règles auxquelles doit répondre ce Programme de Soins Gériatrique. Cet arrêté royal modifié en 2014 structure l'organisation de l'activité clinique en Gériatrie dans tout hôpital, y compris à La Citadelle.

L'objectif de ce Programme de Soins Gériatrique dans lequel s'inscrit La Citadelle est le développement d'un réseau de soignants et de soins de qualité autour du patient âgé, fragile

devant être hospitalisé pour permettre la meilleure prise en compte de ses spécificités et la continuité des soins.

Tout patient dépisté « fragile », c'est-à-dire avec un risque de déclin fonctionnel, de dénutrition, de polymédication, etc. doit être inclus dans ce programme.

## Politique de qualité et d'efficacité

### Qualité

Tout programme de soins gériatrique doit répondre à certaines normes de qualité :

- **Tout hôpital disposant d'un PSG possède un plan de soins et une concertation pluridisciplinaire ;**

Pour tout patient gériatrique admis dans un service de gériatrie, en hospitalisation de jour gériatrique ou dans un autre service, l'équipe de première ligne (sera détaillée plus bas dans cet écrit) doit établir un plan de soins pluridisciplinaire.

Une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques est organisée une fois par semaine par l'équipe gériatrique pluridisciplinaire.

Peuvent également participer à cette concertation, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste et d'autres médecins ou prestataires de soins associés au traitement du patient.

- **Tout hôpital disposant d'un PSG promeut la continuité des soins ;**

Le référent hospitalier pour la continuité des soins, le service social et toute l'équipe de liaison collaborent étroitement afin de promouvoir la continuité des soins.

- **Tout hôpital disposant d'un PSG possède un manuel gériatrique.**

Le manuel gériatrique multidisciplinaire rassemble les conventions et les accords de collaboration de soins pour le patient gériatrique.

Il reprend les modalités spécifiques d'organisation du programme de soins et est mis à disposition de tous les collaborateurs. Il peut donc être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins ainsi que par le patient ou son représentant.

## Valeurs

Parmi les valeurs essentielles que prône le service de Gériatrie figurent :

- L'idéal d'assurer des **soins gériatriques de qualité** mettant en œuvre les techniques de pointe validées associées à une approche humaine et globale ;
- La **rigueur** : Le personnel recherche l'excellence dans ses réflexions et ses actes ;
- La **dignité** et le **respect** : Le personnel veille, sans discrimination, à l'estime du patient dans ses dimensions physique, psychique et sociale ;
- Le **sens des soins** : Selon les capacités du patient, le personnel adapte le soin qu'il lui prodigue ;
- L'**interdisciplinarité** : Le personnel travaille en interaction complète pour une prise en charge globale du patient ;
- Le **respect du secret professionnel** ;
- Le **respect du travail de chacun** : Le personnel valorise le travail accompli par les collègues quelle que soit la profession ;
- L'**humanité** : Le personnel prend en charge le patient comme un individu à part entière avec ses valeurs et sa culture.



## Objectif et missions

### Objectif

L'objectif principal est donc de réaliser « ***le bon soin, au bon patient, au bon endroit, par des prestataires de soins formés et ayant une expertise clinique gériatrique développée*** ».

Le service a pour mission de veiller à orienter au mieux le patient, durant son trajet intra-hospitalier dans les 5 axes du programme de soins pour le patient gériatrique mais également d'assurer la (meilleure) continuité des soins en dehors du milieu hospitalier avec une collaboration efficace avec les médecins traitants, les maisons de repos et tous les autres services de première ligne.

Un numéro de téléphone est réservé aux médecins traitants 04 321 74 00 les jours ouvrables de 9h à 17h. Durant cette période, un gériatre répondra à leurs questions (demande de renseignements, d'attitude à adopter, d'hospitalisation, ...).

### Missions

Le personnel pluridisciplinaire de gériatrie<sup>1</sup> se consacre aux aspects curatifs, préventifs, cliniques de réadaptations et sociaux des personnes âgées ainsi que de leur santé.

Nos équipes pluridisciplinaires ont pour missions avec la collaboration du patient, de sa famille et/ou des aidants formels et informels :

- La prise en charge globale du patient ;
- L'optimisation des fonctions et de l'autonomie ;
- La réintégration dans la vie sociale ;
- L'accompagnement en cas de fin de vie.

---

<sup>1</sup> La composition complète de l'équipe pluridisciplinaire se trouve à partir de la page 18

## Les trajets de soins spécifiques

Bien qu'ils existent déjà au sein de La Citadelle, plusieurs trajets de soins cliniques spécifiques doivent être rédigés afin d'accroître la qualité et l'efficacité des soins gériatriques pluridisciplinaires. Ces trajets de soins cliniques spécifiques concernent :

- La cardio-gériatrie : Partenariat entre la cardiologie et l'Hôpital de Jour Gériatrique pour la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou pour la mise en place d'un TAVI (implantation d'une valve aortique par voie percutanée) ;
- L'onco-gériatrie : Réalisation de bilans onco-gériatrique à l'Hôpital de Jour Gériatrique et suivi des patients par la Liaison Interne Gériatrique ;
- L'ortho-gériatrie : Prise en charge des patients âgés en chirurgie orthopédique.

### La cardio-gériatrie : description du trajet de soins spécifiques pour le TAVI

Un patient de 75 ans ou plus qui serait redevable d'un TAVI c'est-à-dire la mise en place d'une prothèse valvulaire aortique sans circulation extra-corporelle permettant de diminuer la mortalité opératoire sera convoqué en HJG (Cette intervention est souvent proposée aux patients âgés ne pouvant subir une chirurgie interventionnelle invasive).

Le but de cette collaboration est de déterminer si le patient est éligible à une intervention chirurgicale du TAVI c'est-à-dire la mise en place d'une prothèse valvulaire aortique sans circulation extra-corporelle permettant de diminuer la mortalité opératoire. Cette intervention est souvent proposée aux patients âgés ne pouvant subir une chirurgie interventionnelle invasive. Le patient va alors être convoqué pour passer une journée à l'Hôpital de Jour Gériatrique. Durant cette journée, le patient va avoir une évaluation pluridisciplinaire gériatrique afin de savoir s'il est suffisamment robuste pour pouvoir bénéficier de cette intervention ainsi qu'un angioscan pré-tavi et une nouvelle échographie transthoracique. Si le bilan est favorable à l'implantation d'une valve, le patient est convoqué deux semaines plus tard en Hôpital de jour en cardiologie (Salle 33) pour y subir une coronarographie. Minimum deux semaines après la réalisation de la coronarographie, le patient est opéré de son TAVI après une visite préalable chez l'anesthésiste 2 jours avant l'intervention. Le jour de l'opération le patient est hospitalisé dans une salle de cardiologie le matin. La valve est implantée dans l'après-midi puis il est transféré aux soins intensifs pour surveillance durant une nuit. Il sera ensuite retransféré en cardiologie le lendemain où une

échographie de contrôle sera réalisée à J+2 de l'intervention. Si le patient ne présente pas de complication il pourra sortir ce jour-là avec une échographie et une consultation programmée chez le cardiologue 1 mois après l'intervention. En parallèle de ce trajet de soins spécifiques pour le TAVI, l'infirmière de la Liaison Interne Gériatrique passe à la demande du gériatre visiter le patient en post-TAVI lorsqu'il est toujours hospitalisé en cardiologie afin de savoir comment il va.

### **L'ortho-gériatrie : description du trajet de soins spécifique**

Lorsqu'un patient arrive aux urgences pour une fracture nécessitant une intervention chirurgicale deux orientations sont possibles selon certains critères :

- Le patient a en-dessous de 75 ans : un score ISAR (« Identification de Senior A Risque ») est réalisé par le service des urgences. Si celui-ci est positif, le médecin des urgences prend contact avec le gériatre de garde au 04/321.74.00 afin de savoir si le patient peut être transféré en gériatrie. Si le gériatre donne son accord les urgences retournent auprès de la Cellule de Coordination des Séjours (le CCS) afin de pouvoir transférer le patient en ortho-gériatrie (la salle 32). Si le score ISAR est négatif, le patient sera transféré en salle 22, (salle de chirurgie orthopédique) pour la prise en charge chirurgicale.
- Le patient a 75 ans et plus : il est transféré en ortho-gériatrie en salle 32.
- Le patient a 75 ans et plus mais la salle 32 est complète : il est transféré en salle 22. Si l'état du patient le nécessite, un transfert peut être réalisé avec l'accord du gériatre chargé de donner les avis gériatriques en salle 22 lorsqu'un lit se libère en ortho-gériatrie pour la suite de la prise en charge.

Lorsque le patient est hospitalisé en ortho-gériatrie et qu'il doit être opéré un anesthésiste se présente au chevet de celui-ci afin de réaliser le bilan préopératoire. Le patient est ensuite opéré puis reviendra en ortho-gériatrie en postopératoire. Une radiographie de contrôle est prévue au J1 afin de savoir comment le patient peut être mobilisé. Il sortira du service avec un rendez-vous de contrôle radiographique ainsi qu'une consultation chez le chirurgien orthopédique à 6 semaines. Durant les 3 premiers jours postopératoires les assistants de chirurgie passent voir les patients ainsi que le pansement.

Après les 3 jours postopératoires les assistants de chirurgie iront voir les patients à la demande du personnel soignant (par exemple si le personnel soignant trouve que la suture du patient

n'est pas saine). Durant cette hospitalisation une prise en charge gériatrique et un bilan pluridisciplinaire est réalisé à la demande des gériatres :

- Un bilan avec l'ergothérapeute afin de savoir quelles étaient les capacités du patient s'il provient du domicile, une prise en charge AVJ (activités de la vie journalière) pour évaluer ses capacités actuelles et l'éventuelle nécessité d'une revalidation ou encore la mise en place d'aide technique en vue d'aider le patient en collaboration avec le kiné par exemple, etc. ;
- Un bilan avec le kinésithérapeute pour évaluer les capacités du patient par exemple à la marche, la réalisation d'un test de marche afin de savoir si le patient est à risque de chute, l'instauration d'aide technique, une relance fonctionnelle, etc. ;
- Un bilan avec la psychologue pour évaluer les capacités cognitives du patient ou un soutien thymique, etc. ;
- Un bilan avec la logopède pour évaluer la déglutition, etc. ;
- Un bilan avec la diététicienne pour évaluer la nutrition du patient et adapté le régime alimentaire, etc. ;
- Un bilan avec l'assistante sociale afin de savoir quelles sont les volontés du patient et de sa famille après l'hospitalisation ;

En parallèle de ce bilan pluridisciplinaire les gériatres réalisent un bilan complet si par exemple la fracture a été occasionnée par une chute, revoient les traitements des patients ; etc. Au terme de cette prise en charge et après discussion lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire plusieurs orientations de sortie sont possibles pour le patient :

- Il a presque récupéré ses capacités antérieures : un retour au domicile avec des aides lui sont proposées et un suivi à l'Hôpital de Jour Gériatrique si nécessaire ;
- Il récupère tout doucement ses capacités mais à besoin de poursuivre la relance fonctionnelle : une revalidation sera proposée au patient avant d'envisager le retour au domicile ;
- Il ne récupère pas ses capacités antérieures et la revalidation ne peut être envisagée par exemple parce que le patient a des troubles cognitifs : une convalescence sera proposée au patient ;
- Le patient était déjà institutionnalisé, le but de l'hospitalisation sera d'essayer de lui rendre ses capacités antérieures afin qu'il puisse rentrer à sa maison de repos.

## Le Programme de Soins pour le patient Gériatrique

Le présent manuel gériatrique est appelé à constamment être mis à jour en fonction de l'évolution hospitalière belge et wallonne, des connaissances scientifiques et des bonnes pratiques gériatriques ainsi que les réflexions constantes que nous avons lors des rencontres avec les patients et les acteurs de première ligne.

Entre autres, les médecins traitants sont contactés afin d'optimiser la prise en charge des patients gériatriques au sein de l'hôpital mais également dans le cadre de la continuité des soins.

### Les principes de base

Le programme de soins gériatrique se **centre sur le patient gériatrique**, pas seulement sur le lit « G ». Cela signifie qu'il dépasse les limites de l'unité de soins classique de gériatrie à l'hôpital. Si celui-ci ne peut aller dans une unité adaptée, c'est la gériatrie qui se déplacera à lui par le biais de la Liaison Interne Gériatrique. En effet, l'équipe pluridisciplinaire collabore au **diagnostic**, au **traitement**, au **plan de soins** et à la **rééducation fonctionnelle** visant à améliorer l'autonomie pour l'ensemble des patients gériatriques.

Les soins doivent être dispensés avec le **niveau de qualité le plus adéquat** possible impliquant la nécessité d'organiser l'offre de soins spécialisés selon chaque type de besoin. Cela signifie qu'il faut offrir au patient gériatrique les soins adéquats au bon moment, dans le bon endroit et avec les bons moyens.

Le développement d'un système qui garantit une **complémentarité** entre les dispensateurs de soins et les structures de soins. L'offre doit être disponible à l'endroit le plus efficient, tout en favorisant le domicile ou le milieu de remplacement de celui-ci.

Le principe ultime est le développement d'une **culture de soins gériatriques** qui implique l'approche globale du patient tout en tenant compte des poly-pathologies existantes, de la situation socio-économique, du besoin accru de soins, du risque de dépendance chronique ou permanente, etc. du patient gériatrique.

Pour instaurer cette culture de soins gériatriques plusieurs éléments sont nécessaires :

- La collaboration et la concertation pluridisciplinaire ;
- Une offre de soins qui doit être spécialisée ;
- Une intégration et une continuité des soins ;
- Le médecin généraliste joue un rôle clé pour le patient gériatrique. En effet, en cas d'hospitalisation de son patient il doit pouvoir participer aux réunions et à la planification des soins lors de la sortie du patient ;
- Le fonctionnement en réseau permet une approche globale et transversale du patient nécessitant l'établissement de liens de collaborations efficaces et étendus. Le but de ce fonctionnement en réseau est une optimisation de la continuité.

### Population cible : profil du patient gériatrique

On entend par profil gériatrique, le patient âgé de 75 ans et plus (en moyenne) qui a besoin d'une approche spécifique pour différentes raisons :

- **Fragilité et homéostasie diminuée :**

L'organisme humain évolue au cours du temps. Après la phase de développement et de son arrivée à maturité, les possibilités fonctionnelles des divers organes vont progressivement diminuer. Cette perte réduit les possibilités d'homéostasie. Des incidents mineurs peuvent alors perturber cet équilibre devenu instable. Les modifications physiques et psychiques ne s'opèrent pas de la même manière chez les personnes âgées. À mesure que l'âge avance, ces modifications vont devenir plus individuelles et l'âge chronologique fournit moins d'informations chez les seniors.

- **Polypathologie et polymédication :**

La polypathologie est une notion importante en gériatrie. Elle comprend des affections chroniques de nature dégénérative principalement. Dans ce contexte, le rôle du médecin est plutôt de soigner des poussées aiguës, de freiner l'évolution de l'affection et de maintenir les fonctions résiduelles.

La polymédication qui en découle augmente le risque d'effets secondaires, les interactions et les erreurs de prise fragilisant davantage le patient âgé aux réserves fonctionnelles physiologiquement réduites comme la fonction rénale.

- **Tableau clinique atypique :**

Une personne âgée malade présente souvent un tableau clinique inhabituel, différent d'un patient adulte. L'anamnèse devient moins précise et doit souvent être complétée d'une hétéro-anamnèse de l'entourage. Les symptômes sont plus frustrés : altération de l'état général, anorexie, chute, confusion, incontinence, dénutrition, ...

Certains symptômes peuvent également être atténués par le vieillissement. Ces modifications risquent de retarder voire même de rendre impossible le diagnostic et aggraver le pronostic.

- **Risque de déclin fonctionnel ;**
- **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 ;**
- **Risque de malnutrition ;**
- **Coexistence d'aspects somatiques, psychologiques et sociaux :** Chez le patient gériatrique, l'interaction entre le psychique et le physique est évidente. Ainsi, un tableau clinique somatique peut se présenter sous la forme d'une affection psychiatrique ou se compliquer en problèmes physiques. Le contraire est également avéré (par exemple : délirium). D'autres éléments relèvent de la sphère sociale du patient comme l'instauration d'un encadrement afin d'assurer le maintien au domicile ou la recherche de solutions alternatives lorsque celui-ci n'est plus possible. *Cette imbrication entre les problèmes somatiques, psychologiques et sociaux est propre au patient âgé gériatrique et implique donc une prise en charge pluridisciplinaire.*

***Les personnes âgées et surtout les personnes très âgées, sont susceptibles de requérir une approche spécialisée, pluridisciplinaire et intensive et ce, avant, pendant et après une hospitalisation.***

**Ce n'est toutefois pas l'âge qui définit le patient gériatrique mais bien la coexistence de ces diverses caractéristiques.**

## **Cadre légal**

Cf. Annexe 1.

## **Le dépistage du patient gériatrique**

Tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé à La Citadelle, 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 l'ISAR afin de dépister s'il est à risque de déclin et si la Liaison Interne Gériatrique 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 la liaison par les infirmiers des unités de soins. L'échelle ISAR est et doit également être réalisée au service des Urgences.

## L'équipe pluridisciplinaire du Programme de Soins Gériatrique

### Coordination

Sur le plan **médical**, la coordination du PSG est assurée par le docteur E. Warzée, gériatre et cheffe de service.

Contact : 04/321.84.85 ou [emmanuelle.warzee@citadelle.be](mailto:emmanuelle.warzee@citadelle.be)

Sur le plan **infirmier**, la coordinatrice du PSG est assurée par Mme M. Kerstenne, infirmière en cheffe de la salle 32.

Contact : 04/321.53.88 ou [morgane.kerstenne@citadelle.be](mailto:morgane.kerstenne@citadelle.be)

### Objectif de l'équipe pluridisciplinaire

L'objectif de l'équipe est de travailler en interdisciplinarité. En effet, chaque métier a ses compétences propres qui s'intègrent à celles de ses collègues. Le travail en équipe interdisciplinaire apporte plus que la somme du travail de chaque membre de cette équipe.

### Cadre légal

Cf. Annexe 1.



## **L'équipe médicale**

### ***Gériatres***

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

- Docteur Sabine Almer ;
- Docteur Julie Bricmaan ;
- Docteur Solange Craenen ;
- Docteur Gaëlle Delandsheere ;
- Docteur Cécile Dequinze ;
- Docteur Marie Goffin ;
- Docteur Livia Mirea ;
- Docteur Elise Populaire ;
- Docteur Pascale Servais ;
- Docteur Emmanuelle Warzée.

### ***Médecin résident***

- Docteur Françoise Goffin.

### ***Assistants en gériatrie***

### ***Assistants en médecine interne, en médecine générale***

## **L'équipe paramédicale et soignante**

(Voir annexe 3 : Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé – 10 novembre 1967)

(Voir Annexe 4 : Les différentes descriptions de fonction de l'équipe paramédicale et soignante de la Citadelle)

### ***Infirmière chef de service***

Monsieur Christian Keba (04/321.84.04) est l'infirmier chef de service pour tout le plateau gériatrique.

### ***Cheffes infirmières des unités d'hospitalisation***

- Madame Marie Joassin (04/321.72.12) est responsable de la salle 24 : 04/321.63.72 ;
- Madame Colette Huynen (04/321.72.79) est responsable de la salle 28 : 04/321.63.78 ;
- Madame Morgane Kerstenne (04/321.53.88) est responsable de la salle 32 : 04/321.65.70 ;
- Madame Anne-Sophie Lacroix (04/321.70.88) est responsable de la salle 53 : 04/321.66.29 ;
- Madame Sonia Martinuzzi (04/321.89.49) est responsable de la salle 56 : 04/321.66.31 ;
- Madame Magali Rychlik (04/321.78.84) est responsable de l'Hôpital de Jour Gériatrique : 04/321.84.00 et la Liaison Interne Gériatrique : 04/321.63.34.

Leurs rôles :

- Elles sont responsables de l'organisation, de la qualité et de la continuité des soins dans leur unité ;
- Superviser les collaborateurs ;
- Organiser l'unité ;
- Optimiser les services aux patients ;
- Effectuer des tâches infirmières ;
- Gérer les conflits.

### ***Infirmiers***

De nombreux infirmiers évoluent au travers des différents axes de Gériatrie.

Leurs rôles :

- Privilégier l'autonomie du patient
- Aider à la toilette, l'habillage
- Avoir des compétences dans la prise en charge et le suivi de l'incontinence
- Être attentifs aux aspects nutritionnels (prise des repas, suivi des documents de bilans alimentaires, etc.)
- Développer un intérêt pour le travail en collaboration avec les autres métiers

### ***Aides-soignants***

De nombreux aides-soignants évoluent dans les cinq salles d'hospitalisation gériatrique.

Leurs rôles :

- Effectuer des tâches soignantes et infirmières déléguées ;
- Exécuter des tâches ménagères ;
- Participer au soutien psychosocial des patients et de leurs proches ;
- Effectuer des tâches administratives.

### ***Kinésithérapeutes***

Plusieurs kinésithérapeutes travaillent sur l'ensemble du plateau gériatrique.

Leurs rôles :

- Pratiquer des examens et établir des diagnostics kinésithérapiques pour le patient ;
- Traiter des patients et suivre leur évolution ;
- Faire le suivi administratif des traitements effectués ;
- Participer à des activités interdisciplinaires, de prévention ou d'éducation.

## ***Ergothérapeutes***

Nous avons huit ergothérapeutes qui travaillent sur le secteur de la gériatrie.

Leurs rôles :

- Etablir des diagnostics ergothérapeutiques chez des patients/résidents concernant des problèmes dans leur fonctionnement quotidien ;
- Traiter les patients/résidents et suivre leur évolution ;
- Faire le suivi administratif des traitements effectués ;
- L'ergothérapeute 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 ;
  - Par la réalisation d'éducation thérapeutique du patient ;

Exemples : Patient sous anticoagulants, patient avec de l'hypotension orthostatique, etc.

## ***Psychologues***

Plusieurs psychologues travaillent sur l'ensemble des services de la gériatrie.

Leurs rôles :

- Etablir des diagnostics psychothérapeutiques et définir un traitement pour des patients concernant des problèmes psychologiques ;
- Traiter des patients et suivre leur évolution ;
- Collaborer à l'optimisation de l'assistance.

### ***Assistants-sociaux***

L'équipe est constituée de plusieurs assistants sociaux évoluant sur l'ensemble du plateau gériatrique.

Leurs rôles :

- Evaluer les ressources psychosociales ;
- Assurer la prévention et sensibilisation ;
- Etre à l'écoute et soutenir le patient et sa famille ;
- Donner des informations et assurer un accompagnement dans les démarches ;
- Proposer des aides et conseils par rapport au projet de vie ;
- Elaborer un projet avec le patient, son entourage et le réseau de professionnels existants hors de l'hôpital ;
- Organiser la sortie ainsi que la destination de sortie.

### ***Diététiciens***

Plusieurs diététiciens travaillent auprès de nos patients sur le secteur de la gériatrie.

Leurs rôles :

- Evaluer de l'état nutritionnel et prévention de la dénutrition ;
- Adapter des menus aux habitudes alimentaires des patients et à leurs besoins nutritionnels ;
- Prévenir des troubles de la déglutition en adaptant la texture des repas en collaboration avec les logopèdes ;
- Suivre les patients le temps de l'hospitalisation et lors de leurs transferts vers le domicile ou autres institutions (dossier diététique détaillé) ;
- Intégrer la prise en charge nutritionnelle dans une dynamique pluridisciplinaire autour du patient (projet thérapeutique, mode de vie, autonomie, etc.) ;
- Rencontrer les aidants-proches si nécessaires.

### ***Logopèdes***

Trois logopèdes travaillent sur le secteur de la gériatrie.

Leurs rôles :

- Évaluer la déglutition ;
- Éduquer et informer le patient et son entourage ;
- Adapter la texture des repas ;
- Rééduquer les troubles de la déglutition ;
- Analyser, évaluer, prévenir et traiter les troubles liés à toute pathologie de la parole (articulation), de la voix, du langage oral et écrit.

### ***Pharmaciens cliniciens***

Deux pharmaciens cliniciens sont présents pour aider le plateau gériatrique pour les traitements.

Leurs rôles :

- Optimiser les traitements médicamenteux :
  - Validation des prescriptions ;
  - Analyse d'interactions, incompatibilités ;
  - Ajustement de dose ;
  - Suivi de protocoles thérapeutiques (antibiothérapie).
- Réaliser l'anamnèse médicamenteuse ;
- Vérifier le traitement médicamenteux à la sortie du patient (réconciliation médicamenteuse) ;
- Participer aux réunions interdisciplinaires ;
- Réaliser un travail pour l'accréditation sur les médicaments « Look-Alike, Sound-Alike ».

**Les rôles des membres de l'équipe paramédicale et soignante décrite ci-dessus est une liste exhaustive ne reprenant pas l'ensemble des tâches de ces professionnels telles que décrites dans les descriptions de fonction de la Citadelle (voir annexe 4).**

## Les 5 composantes du Programme de Soins Gériatrique

### Les unités d'hospitalisation banalisée

L'Hôpital de la Citadelle compte 5 unités de gériatrie pour un total de 153 lits.

#### **Objectifs**

- Les unités d'hospitalisation en gériatrie assurent une prise en soins globale et multidisciplinaire de la personne âgée de plus de 75 ans et 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 une 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 mais dont l'état nécessite la prise en charge pluridisciplinaire dans une unité de gériatrie.

#### **Généralités**

- La salle 24 se trouve route B297 – La salle 28 se trouve route B265 – La salle 32 se trouve route B390 – La salle 53 se trouve route A548 – La salle 56 se trouve route B570 ;
- L'admission des patients peut avoir lieu 24h/24 depuis le service des urgences
- Les heures de visites sont organisées dans chaque unité de 10h00 à 20h00 pour les chambres seules et de 14h00 à 20h00 pour les chambres communes ;
- Les gériatres et les assistants se rendent disponibles pour les familles selon les dispositions de chaque salle de soins ;
- Le gériatre décide de la sortie des patients. Celle-ci est préparée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec le patient et sa famille ;

- Les documents de sortie comprennent :
  - Un rapport détaillé adressé au médecin traitant avec le plan de soins de sortie ;
  - Un rapport infirmier (macro-cible de sortie) pour la poursuite des soins infirmiers ;
  - Les différents rapports pluridisciplinaires ;
  - Une feuille récapitulative du traitement médicamenteux établi par le gériatre et le pharmacien clinicien si cela s'avère nécessaire ;
  - Les prescriptions de médicaments et demandes de soins si nécessaire ;
  - Les rendez-vous en consultation externe si nécessaire.
- Dans chaque salle, une réunion pluridisciplinaire est organisée tous les mardis **matin** afin de discuter individuellement de tous les patients hospitalisés. Les médecins traitants y sont les bienvenus (dans ce cas, merci d'avertir le secrétariat du service de Gériatrie au 04/321 66 01) ;
- Selon les nécessités médicales, des réunions familiales (ou personne de référence) peuvent être organisées. Y prennent part toutes les personnes ayant suivi le patient selon la nécessité ;
- Grâce à nos assistants-sociaux, les services de gériatrie sont en contact régulier avec les unités gériatriques des hôpitaux partenaires, les équipes d'aide à 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 ;
- La salle 32 a la particularité d'accueillir des patients pour de la chirurgie orthopédique principalement. Une prise en charge de ces patients est réalisée en commun avec les chirurgiens et les anesthésistes.

### ***Cadre légal***

Cf. Annexe 1.

### ***L'équipe pluridisciplinaire***

- 10 Gériatres soit 69 ETP supervisent les cinq unités de soins. Soit 1 gériatre pour +/- 15,3 patients ;
- Des Infirmiers sont répartis sur les cinq unités ;
- Des Aides-soignants sont répartis sur les cinq unités ;



- 5 Kinésithérapeutes sont répartis sur les cinq unités ;
- 5 Ergothérapeutes (5 ETP) sont répartis sur les cinq unités ;
- 5 Diététiciens (2 ETP) sont répartis sur les cinq unités ;
- 3 Logopèdes (2,5 ETP) sont répartis sur les cinq unités ;
- 5 Psychologues (2,5 ETP) sont répartis sur les cinq unités ;
- 5 Assistants-sociaux sont répartis sur les cinq unités ;
- 2 Pharmaciens cliniciens ;
- 10 Assistants logistiques (7,8 ETP) répartis sur les cinq unités ;
- Les bénévoles et le service d'aumônerie qui se relaient pour apporter aux patients leur présence et soutien (ne se fait plus actuellement à cause du contexte pandémique).

## La Liaison Interne Gériatrique (LIG)

### **Objectifs**

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 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 à La Citadelle, fait l'objet, par un membre de l'équipe de l'unité où le patient séjourne, d'un dépistage par l'ISAR afin de dépister s'il est à risque potentiel de déclin et si la LIG doit être activée. Depuis le 12 janvier 2021, la Liaison Interne Gériatrique a modifié son fonctionnement. Un passage spontané est réalisé auprès de tout patient de 75 ans et plus hospitalisé dans une salle de soins non gériatrique. Le but de cette démarche est de réaliser le test de dépistage de la SEGA (« Short Emergency Geriatric Assesment ») pour évaluer la fragilité du patient âgé. Après une évaluation du patient, des recommandations seront adressées à l'équipe de soins qui prend en charge celui-ci. Ce passage spontané sera également réalisé par les gériatres.

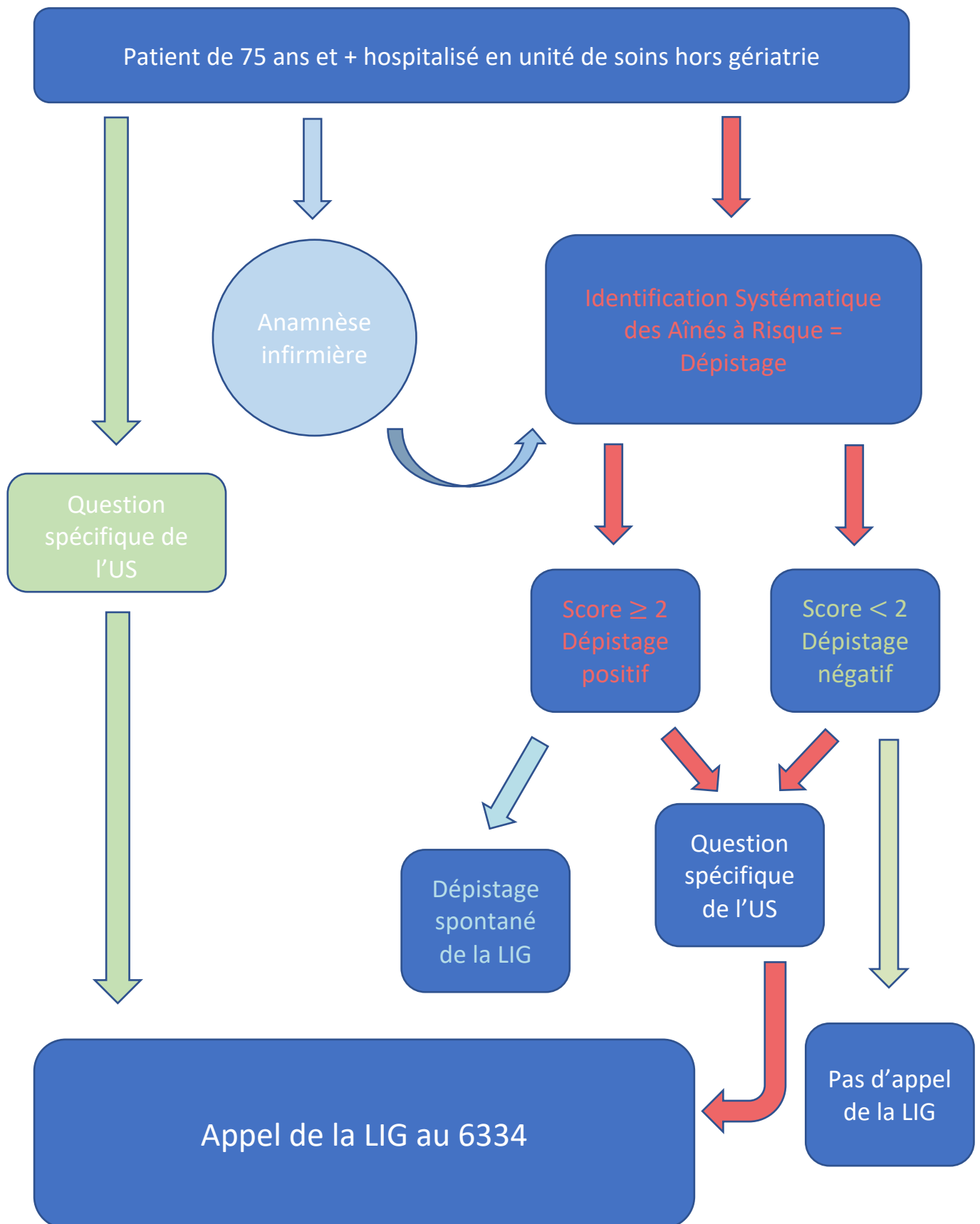
### **Cadre légal**

Cf. Annexe 1.

### ***Rôles de l'équipe de la Liaison Interne Gériatrique***

- Tout appel à la LIG 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 de cette patientèle;
- Discuter avec le professionnel de la salle de soins non gériatrique qui appelle, pour recueillir les informations précises sur le patient et sur le(s) motif(s) d'appel de la liaison, en invitant à formuler des questions ;
- Évaluer 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 à la LIG) ;
- Réaliser une EGS (« Evaluation Gériatrique pluridisciplinaire Standardisée ») ;
- 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, document papier de transmissions (feuille de liaison), etc.) ;
  - Fournir des recommandations au médecin spécialiste durant l'hospitalisation via la lettre informatisée pluridisciplinaire, et via un feed-back verbal réalisé par le gériatre ;
  - Établir 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 pris en charge par la LIG sont le sujet d'une concertation pluridisciplinaire quotidienne ;
- Organiser des formations contribuant à la diffusion de l'approche gériatrique au sein des autres unités de soins.

### Algorithme d'appel



## ***L'équipe pluridisciplinaire de la Liaison Interne Gériatrique***

### Permanents :

- 1 gériatre
- 2 infirmières (1,6 ETP)
- 1 ergothérapeute (0,5 ETP)
- 1 Psychologue (0,3 ETP)

### Sur activation :

- 1 diététicien
- 1 kinésithérapeute
- 1 logopède
- 1 assistant social

## ***Les différents motifs d'appel de la Liaison Interne Gériatrique***

Appel infirmier : Appel au 6334 par les infirmiers ou autre collègue des unités de soins, sur base d'un score ISAR positif ou d'une question gériatrique (Cf. algorithme).

Appel médical : Le médecin en charge du patient fait appel à la LIG pour un avis expert (question spécifiquement médical ou pluridisciplinaire).

Appel pour une évaluation onco-gériatrique d'un patient hospitalisé : La demande d'évaluation d'onco-gériatrie peut être activée par n'importe quel médecin. Une évaluation de la fragilité par le score G8 doit être réalisée pour justifier la demande. La demande est formulée par téléphone ou par mail à la LIG.

Appel par le service des urgences : Lorsqu'un patient de 75 ans et plus est admis au service des urgences, il fait l'objet d'un dépistage de fragilité. En cas de questionnement sur un patient gériatrique, le service des urgences peut faire appel à l'équipe de Liaison Interne Gériatrique qui passera voir le patient pour émettre un avis.

Appel pour transfert en gériatrie : Les patients hospitalisés pour diverses raisons dans les salles de soins non gériatriques et qui nécessite une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire peuvent être transférés dans les unités de gériatrie.

Pour qu'un patient soit transféré en gériatrie, il doit répondre à certains critères qui sont les suivants, avoir :

- 75 ans et plus ;
- Un état de santé nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire (la réalisation d'un bilan n'est pas suffisante) ;
- Des polypathologies ;
- Un projet thérapeutique pour le patient.

N.B : C'est le gériatre de la Liaison Interne Gériatrique qui décide et accepte le transfert vers une salle de gériatrie.

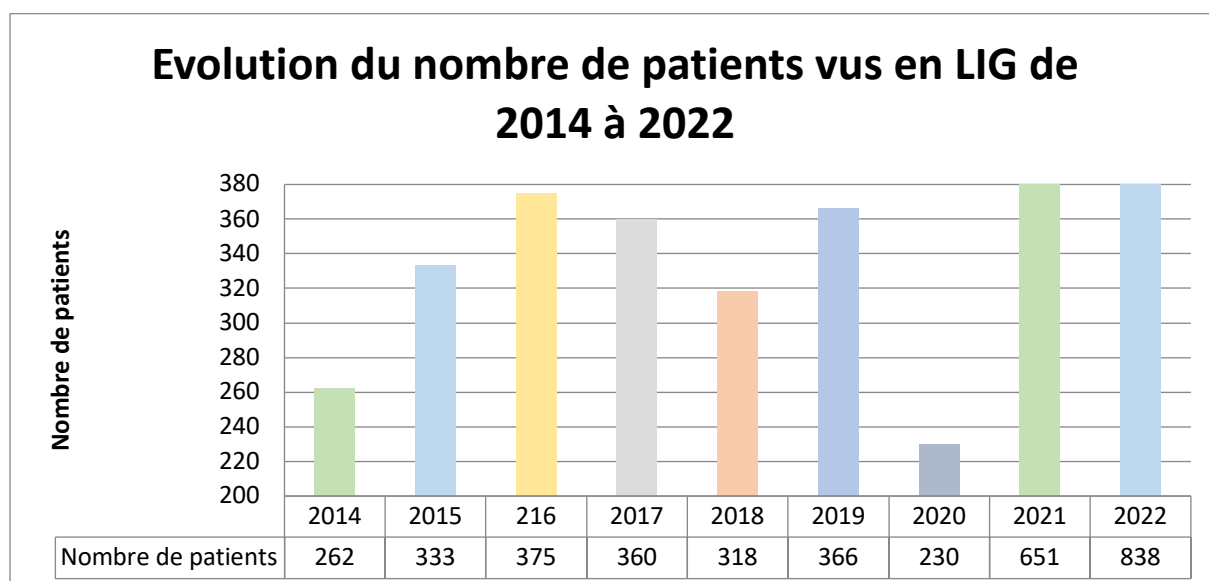
### ***Fonctionnement à La Citadelle***

La LIG est sollicitée pour les raisons évoquées ci-dessus.

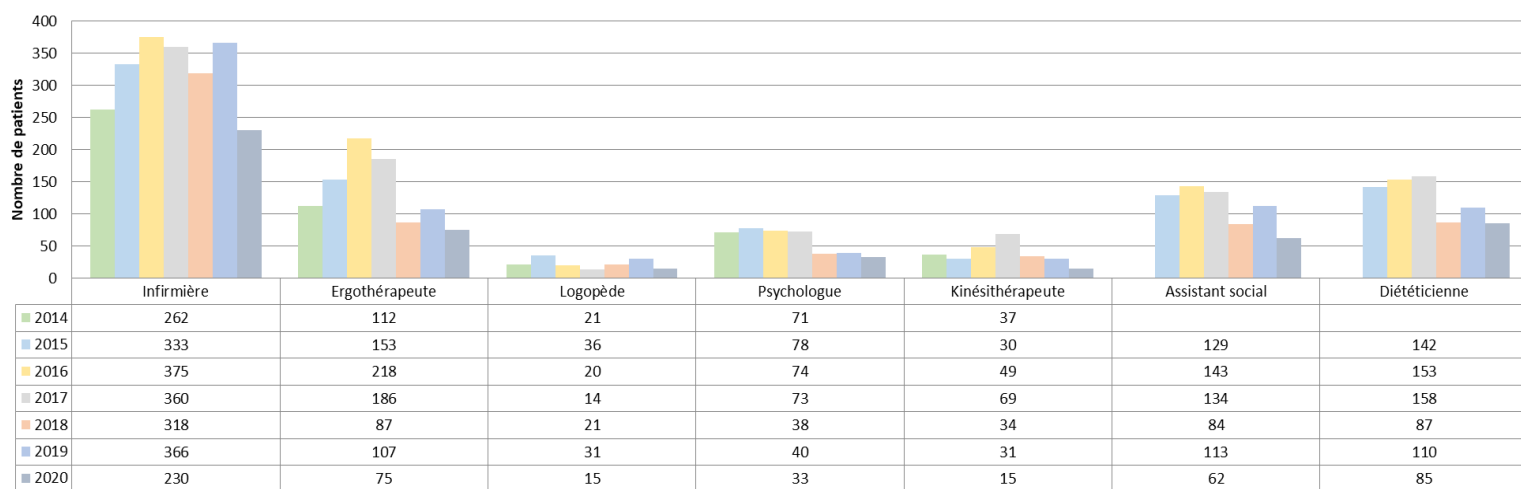
Des réunions avec l'ensemble de l'équipe de liaison sont organisées 4x/semaine.

Pour joindre la gériatrie interne : 04/321.63.34 ou au 6334 pour l'appel interne.

### ***Statistiques***



### Nombre de patients suivis en LIG par l'équipe pluridisciplinaire de 2014 à 2022



N.B : La Liaison Interne Gériatrique a fermé du 6 mars au 12 mai 2020 inclus à cause de la pandémie COVID.

### L'Hospitalisation de Jour Gériatrique (HDJG)



Photographie de la salle d'attente de l'Hôpital de Jour Gériatrique à La Citadelle

### 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'admission en Hospitalisation de Jour Gériatrique***

- Réaliser une mise au point médicale globale sans être hospitalisé, avec différents examens et une évaluation pluridisciplinaire si nécessaire ;
- 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.
- Réalisation de bilan pluridisciplinaire onco-gériatrique ;
- Réalisation de bilan pluridisciplinaire gériatrique avant un acte en coronarographie interventionnelle, par exemple pour un Pré-Tavi (« Transcatheter Aortic Valve Implantation ») ;
- Pour être suivi après une hospitalisation ;
- 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 04/321.84.00 durant les jours ouvrables et pendant l'ouverture du service soit de 8h00 à 16h00 ;
- Une confirmation de rendez-vous est envoyée par courrier postal ;
- Le médecin traitant peut également se mettre en contact directement par téléphone ou par mail avec l'HDJG : [hjg@citadelle.be](mailto:hjg@citadelle.be).

### **Nécessaire dont il faut se munir**

- La carte d'identité électronique ;
- La liste des médicaments que le patient prend habituellement ;
- Les prothèses auditives et les lunettes ;



- Si possible, les aides-techniques habituelles (canne, etc.) ;
- La demande du médecin traitant (indispensable pour obtenir le remboursement par la mutuelle).

### Organisation de la journée

Le jour de la prise en charge à l'Hôpital de Jour Gériatrique, le patient est accueilli par l'infirmière qui se présente, réalise un contrôle d'identitovigilance en demandant le nom, prénom et date de naissance de la personne puis lui place le bracelet d'identification.

L'infirmière réalise ensuite la prise de paramètres, une prise de sang si nécessaire et rédige l'anamnèse infirmière.

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, de psychologues, de logopèdes et de diététiciens.

Au cours de la journée, différents examens peuvent être réalisés en fonction des nécessités : radiologie, consultation, etc.

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

Un repas sandwich est prévu à midi uniquement pour le patient qui doit rester la journée. Une salle à manger est à disposition du patient et de son accompagnant dans le service.

Au terme du bilan, une conclusion est établie par le gériatre avec une proposition de plan de soins adressée au médecin traitant.

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

L'Hôpital de Jour Gériatrique se trouve au rez-de-chaussée du côté pair à la route A078.

### ***Cadre légal***

Cf. Annexe 1.

### ***L'équipe pluridisciplinaire de l'Hôpital de Jour Gériatrique***

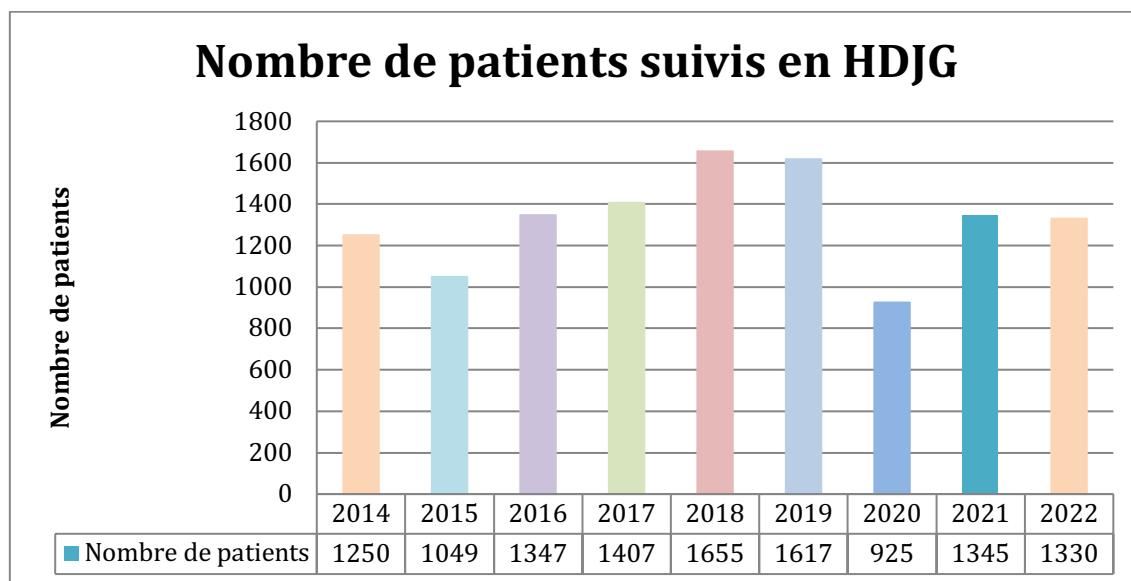
#### Permanents :

- 10 gériatres
- 4 psychologues (1,1 ETP)
- 2 infirmières (1,6 ETP)
- 2 ergothérapeutes (1 ETP)

#### Sur activation :

- Kinésithérapeutes
- Diététiciens
- Logopèdes
- Assistants-sociaux

## Statistiques



N.B : L'Hôpital de Jour Gériatrique a été fermé 3 mois à la suite de la crise COVID, début 2020.

### La Consultation Gériatrique

#### **Cadre légal**

Cf. Annexe 1.

#### **Objectifs de la Consultation Gériatrique**

Le gériatre est à disposition du patient (et de son médecin traitant) pour assurer une première analyse ou assurer un suivi d'un problème particulier. Parfois cette consultation sert à programmer une prise en charge plus importante (hospitalisation de jour gériatrique, hospitalisation en unité de soins, Etc.).

Idéalement le patient vient avec la demande du médecin traitant ou d'un autre spécialiste.

Pour la prise d'un rendez-vous : 04/321 84 00 ou [hjg@citadelle.be](mailto:hjg@citadelle.be)

## La Liaison Externe Gériatrique (LEG)

### ***Cadre légal***

Cf. Annexe 1.

### ***Organisation***

Les principes de bonne prise en charge gériatrique et de continuité des soins sont primordiaux. Les gériatres ont des contacts fréquents avec les médecins traitants pour discuter des patients hospitalisés ou examinés en consultation à l'Hôpital de Jour Gériatrique, mais également pour définir de meilleures modalités relationnelles afin d'optimiser la continuité des soins.

Dans ce cadre, des rencontres ont lieu fréquemment (dodécagroupes, GLEM, réunions à l'initiative du service, etc.). Des rencontres ont également lieu avec des services de soins à domicile via les gériatres mais également via les assistants sociaux.

Plus d'une vingtaine de maisons de repos ont des conventions de collaboration formalisées avec des services de Gériatrie de La Citadelle.

## Les Projets gériatriques

Le service de Gériatrie a un souci d'évolution constante. C'est pour cette raison que de nombreux projets se sont développés ou sont en cours de développement.

### ***La manutention***

Une ergothérapeute relais en manutention propose des séances de révision de la manutention à l'ensemble de l'équipe gériatrique, et ce de façon périodique.

### ***Le MEOPA***

Le personnel responsable de l'algologie a formé une infirmière en chef de gériatrie à l'utilisation du MEOPA (« Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote ») lors de la réalisation de soins douloureux du patient âgé. La technique consiste en l'inhalation d'un gaz dit hilarant ayant un effet anxiolytique, analgésique et euphorisant. Le MEOPA peut être utilisé avec d'autres antalgiques des différents paliers pour diminuer la douleur induite lors des soins. Le but, à terme, est de former des relais MEOPA dans chaque salle de soins pour développer l'utilisation de la technique.

### ***La valise de simulation***

Le service de gériatrie possède une valise de simulation virtuelle pour expliquer aux différents membres des équipes les troubles présents chez les personnes âgées (problème de vue, difficultés de préhension des objets, ...). Une relance de cette valise sera faite pour permettre aux équipes de mieux prendre conscience des difficultés éprouvées par certaines personnes âgées.

### ***La contention***

Des relais contention sont présents au sein de la gériatrie. Des réunions de réactualisation seront effectuées de manière systématique et organisée sur l'ensemble des services gériatriques.

### ***Le Midline***

La gériatrie possède son propre matériel pour la mise en place de Midline (« Cathéter Veineux Périphérique de taille moyenne »). Des référents sont présents pour la mise en place de ce dispositif chez les personnes âgées dont le capital veineux est limité ou encore en attente de Piccline (« Cathéter Central à Insertion Périphérique »), voie centrale par exemple. Un souhait de la part du service est de recruter un référent par salle de soins qui se chargerait de former ses collègues.

### ***Un E-learning gériatrique***

Il s'agit d'un projet qui n'est pas encore développé dans l'institution. Le souhait de la Gériatrie serait de développer un E-learning gériatrique comprenant des explications ou encore des vidéos sur différentes thématiques rencontrées dans la discipline. Le développement de ce projet a pour but de conscientiser les différentes équipes gériatriques aux éléments qui sont indispensables pour une prise en charge optimale et de qualité des patients. Ces différents modules se termineraient par la réalisation d'un test permettant d'évaluer les connaissances des différentes équipes pour permettre l'ajustement de la formation par la suite.

### ***Un site d'équipe gériatrique***

Le but du site d'équipe est de pouvoir y placer les procédures liées aux différents services, les notes d'équipes, les spécificités présentes en gériatrie, le livret d'accueil des nouveaux agents, etc.

## Bibliographie

**Citadelle**, « Valeurs, missions et attractivité », <https://www.citadelle.be/Notre-Hopital/Valeurs,-missions-et-attractivite.aspx>

**Statbel**, « Structure de la population », 16 juin 2021, <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

**Bayens J.P.**, « Structure des soins », Volume 1 : Aspects généraux, 2002, Edition Pfizer

**Pelemans W.**, « Le profil Gériatrique », Volume 1 : Aspects généraux, 2002, Edition Pfizer

**Citadelle**, « Rapport d'activités 22 », <https://www.citadelle.be/Notre-Hopital/Rapports-annuels.aspx>

## Annexes :

### Annexe 1 : Arrêté royal fixant les normes du Programme de Soins Gériatrique

**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**

**(NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 07-03-2007 et mise à jour au 18-04-2014)**

**Art. 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.

**Art. 4.** [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.]

**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.

#### *CHAPITRE IV. - L'expertise et les effectifs médicaux et non-médicaux requis.*

##### *Section Ire. - La coordination du programme de soins.*

**Art. 8.** La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l' [1 infirmier responsable du programme de soins]1, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

**Art. 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.

**Art. 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.

**Art. 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.

**Art. 13.** 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.

#### *Section II. - La consultation gériatrique.*

**Art. 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.

#### *Section III. - [1 L'hospitalisation de jour pour le patient gériatrique]1*

**Art. 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.

**Art. 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°.

**Art. 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 résultats 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.

**Art. 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

**Art. 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.

#### *Section IV. - La liaison interne.*

**Art. 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

**Art. 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.

**Art. 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

**Art. 19. § 1er.** 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'informations;

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.

§ 2. 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.

#### *Section V. - La liaison externe.*

**Art. 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.

**Art. 22.** § 1<sup>er</sup> 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.

**Annexe 2 : Arrêté royal portant sur la 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.

### **Annexe 3 : Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des soins de santé**

Annexe qui se trouve sur le site :

<https://wallex.wallonie.be/contents/acts/9/9497/1.html?doc=8789>

### **Annexe 4 : Les différentes descriptions de fonction de l'équipe paramédicale et soignante à La Citadelle**

Annexe qui se trouve sur le site :

<https://intranetsites.citadelle.be/SitePages/Choix-Site.aspx>

## Annexe 5 : Liste des conventions de La Citadelle avec les institutions partenaires

Etablissement	Adresse			Secteur	Directeur	Téléphone	Adresse mail	Coordonnées méd. coordinateur	Convention CHR
Closerie Sainte-Walburge	Rue Sainte-Walburge, 352	4000	LIEGE	MR	Jacoby Jean-Marc	04/224.27.74	closeriestew@gmail.com	URBAIN Valérie (0487/967737)	Liaison fonctionnelle
Résidence Quentin	Place Xavier Neujean, 7-9	4000	LIEGE	MR	Michel Nathalie	04/222.28.90		MICHELSON A.P. (04/365 05 42)	Covid 2020
Résidence Aurore	Rue Grétry, 172-174 (5e étage)	4020	LIEGE	MR		04/340.57.00	residence.aurore@scarlet.be	VANDENBREDE Jeannine (0495/63 75 34)	Covid 2020
Résidence Franki	Rue Grétry, 196	4020	LIEGE	MR	Hajaoui Abdelkebir	04/340.50.10	info@residencefranki.be	TONNEAU Ingrid (0496/41 17 61)	Covid 2020
Résidence de Bavière	Boulevard de la Constitution, 59	4020	LIEGE	MR	Petit Pascale	04/341.14.34	baviere@skynet.be	LECLERCQ Daniel (0475 24 59 40)	Liaison fonctionnelle
Maison Saint-Joseph	Quai de Coronmeuse, 5	4000	LIEGE	MR	Zander Suzanne	04/228.97.11	suzanne.zander@acis-group.org	PETIT Pascale (0494/87 78 38)	
Résidence Charlemagne	Rue de Bois de Breux, 53	4020	LIEGE	MR	Avelange Valmy	04/362.16.94	charlemagne@lrch.be	TAZIAUX Marc (0475/425054)	Covid 2020
Résidence Les Beaux Chênes	Rue d'Ans, 98	4000	LIEGE	MR	Habib Gabriel et Pirard Pascale	0475/65.10.39 0497/99.07.09	habib@skynet.be secretariat@lesbeauxchenes.be	PASQUAIN Amélie (0499/134885)	Liaison fonctionnelle
Résidence Elisabeth	Montagne Sainte-Walburge, 94	4000	LIEGE	MR	Lemaire M.	04/224.22.40	residenceelisabeth@skynet.be	DECLERCK Antoine (0477/48 28 49)	Liaison fonctionnelle
Couvent de la Chartreuse	Thier de la Chartreuse, 47	4020	LIEGE	MR	Van Den Broeck Philippe	04/340.57.00	info@lachartreuse.be	RATY (0496/87 44 19)	Liaison fonctionnelle
Résidence Springuel-Hellin	Chaussée de Gaulle, 1	4420	SAINT-NICOLAS	MR	Gendarme Aude	04/263.58.98	aude.gendarme@cpasdesaintnicolas.be	LEVA Jean-Michel (04/343 91 94)	Liaison fonctionnelle
Domaine des Alizés	Chaussée Brunehault, 475	4041	HERSTAL	MR	Ramaekers Tammy	04/227.82.16	domainedesalizees@skynet.be	VAN DUYSE Jean-Luc (0474 98 07 87)	Covid 2020
Résidence Brunehault	En Plein Haren, 52	4040	HERSTAL	MR	Jonckx Carole	04/248.23.85	carole.jonckx@brunehault.be	LITT Pierre (0499/90 39 56)	Liaison fonctionnelle
Le Domaine d'Archis	Rue Lambert Darchis, 32	4040	HERSTAL	MR	Vos Nathalie	04/289.91.00	nathalie.vos@domainedarchis.be	KOKOU Anne (0495/85 66 50)	Liaison fonctionnelle
Séniorie de Nandrin	Rue Haie Monseu, 21	4550	NANDRIN	MR	De Candido Alexandre	085/51.11.43	a.decandido@senoriedenandrin.be	MULDER Bernard (0477/51 49 13)	Liaison fonctionnelle
Résidence Les Prés Fleuris	Rue Henri Crahay, 2	4340	AWANS	MR	Dal Pont Alberto	04/257.92.00	info@presfleuris.eu	JACKERS Ludivine (0470/978804)	Liaison fonctionnelle
Château d'Awans	Rue du Château, 1	4340	AWANS	MR	Hayen ?	04/246.77.77	accueil@chateau-awans.be	MEUNIER Eric (0477/61 88 63)	Liaison fonctionnelle
La Reverdie I	Grand Route, 274	4610	BEYNE-HEUSAY	MR	Carayenzi Vincent	04/358.12.82		BRABANDER (0498/75 60 59)	Liaison fonctionnelle
Résidence Baccara	Rue des Quatre Grands, 5	4101	SERAING (Jemeppe-sur-Meuse)	MR	Graitson ?	04/234.76.76		ROUYR J.C. (04/2639993)	Liaison fonctionnelle
Résidence Les Cheveux d'Argent	Avenue Fernand Jérôme, 38	4845	JALHAY	MR	Dislaire Anne-Laure	087/77.44.20	direction@residencelescheveuxdargent.be	D'INVERNO Geoffrey (0477/57 94 02)	Liaison fonctionnelle
Mère Joséphine	Rue de la Station, 25	4670	BLEGNY	MR	Lamberts Hilde	04/387.41.35	direction@merejosephine.be	RATY (0496/87 44 19)	Liaison fonctionnelle
								MEURIS Michel (087/77 14 33)	Liaison fonctionnelle
								VASSEN (0497/77 89 59)	Covid 2020