

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET  
DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 24 juillet 1997

-----  
Administration des soins de santé

-----  
Direction des soins de santé

-----  
Direction de la politique  
des Soins de Santé

-----  
CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

-----  
Section "Programmation et  
Agrément"

-----  
Réf. : CNEH/D/120-2

**AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME**

**"GERIATRIE"**

**DANS LE CADRE DU NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER \*)**

(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 10 juillet 1997

## Objectif

Mission : évaluer le programme "gériatrie" sur la base du nouveau concept hospitalier et, en particulier, du texte "Hôpital général (anciennement hôpital de base) et de l'AR "associations hospitalières".

## Définition

La gériatrie est la branche de la médecine spécialisée axée sur la prise en charge des problèmes de santé des patients gériatriques.

Le profil moyen du patient gériatrique peut être défini comme suit:

1. personne âgée;
2. polypathologies et polypharmacies actives;
3. homéostasie plus faible;
4. tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation;
5. problèmes psychosociaux.

Le profil du patient exige la présence d'une équipe pluridisciplinaire: interniste-gériatre, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, psychologue, travailleur social, représentant du culte ou conseiller laïque.

Outre l'observation pluridisciplinaire et la thérapie, une attitude et une activité de réadaptation fonctionnelle intensive sont nécessaires dès le premier jour afin de permettre à un grand nombre de ces patients de retourner le plus tôt possible à domicile.

## Remarques préliminaires importantes

Compte tenu de l'évolution démographique et du vieillissement rapide des patients des hôpitaux généraux en raison du glissement progressif des pathologies vers les classes d'âge supérieures, le programme "gériatrie" a sa place dans chaque hôpital général.

Quand un hôpital est implanté sur plusieurs sites, le programme "gériatrie" ne peut certes pas se trouver sur le site le plus éloigné. Dans certaines situations actuelles, le programme "gériatrie" se présente de manière isolée. Ces programmes peuvent subsister lorsqu'ils présentent une grande similitude avec le fonctionnement d'un programme "gériatrie" dans un hôpital général. En outre, il convient de veiller dans ce cas à ce qu'un accord suffisamment large soit conclu avec un hôpital général sous la forme d'une association durable, de préférence entre services.

Les services Sp de psychogériatrie tels qu'ils existent à l'heure actuelle ne sont pas en mesure, ni sur le plan matériel, ni sur le plan fonctionnel, de dispenser les soins somatiques que ces patients nécessitent et auxquels ils ont droit.

Pour tous les autres programmes axés sur les patients gériatriques une convention doit être conclue avec un programme gériatrie.

Il est préférable de prévoir des incitants afin de maintenir et de promouvoir le programme "gériatrie" dans les hôpitaux généraux. Il convient d'éliminer toute discrimination liée au financement par le biais du prix de journée. Par le biais d'honoraires adaptés, on doit conférer à l'interniste-gériatre un statut à part entière qui lui permette de s'acquitter correctement de ses missions spécifiques.

Par le biais d'une peer review, il convient de veiller à une dispensation correcte et adaptée des soins à tous les patients hospitalisés présentant un profil gériatrique. On ne peut accepter que les patients présentant un profil gériatrique ne reçoivent pas les soins adéquats dans le cadre d'un programme "gériatrie".

Dans la même optique, on peut se demander comment organiser les soins dans les services Sp chroniques qui traitent en majorité des patients présentant essentiellement un profil gériatrique.

On doit se demander comment il est possible, dans le cadre de soins coordonnés aux personnes âgées, d'éviter que des personnes âgées ne soient admises dans des maisons de repos et des MRS, lorsqu'elles pourraient tranquillement rester chez elles.

### Programme

Dans un hôpital général, l'interniste-gériatre peut avoir une triple approche du patient gériatrique.

1. ambulatoire: l'activité policlinique :  
les patients ayant un profil gériatrique lui sont adressés lorsqu'il s'avère qu'ils présentent un certain nombre de problèmes qui ne peuvent être expliqués ni pris en charge par le médecin généraliste, en particulier lorsque les premiers signes d'un dépendance croissante sur le plan des actes de la vie quotidienne se manifestent. Certains membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent, si nécessaire, participer à cette consultation.

2. hospitalisation: l'activité clinique:  
lorsque des patients ayant un profil gériatrique présentent des problèmes majeurs à domicile (ou dans la maison de repos ou la MRS), accompagnés de symptômes graves et d'une dépendance accrue, ils sont hospitalisés en vue d'une observation pluridisciplinaire, d'une thérapie et d'une réadaptation fonctionnelle.

3. hospitalisation gériatrique de jour :  
permet d'observer les patients en ambulatoire, de leur dispenser un traitement et de les soumettre à une réadaptation fonctionnelle dans un contexte pluridisciplinaire (et ainsi de raccourcir la

durée de séjour). L'hospitalisation gériatrique de jour se distingue du centre gériatrique de jour, qui en est le complément indispensable. Le centre gériatrique de jour, dans la maison de repos, la MRS ou le centre de services, assure un rôle de soutien et de confirmation de l'autonomie retrouvée pour les actes de la vie quotidienne, mais également un rôle social important de soutien en ce qui concerne les soins dispensés par l'entourage. L'hospitalisation gériatrique de jour visera, au contraire, à accroître le niveau d'autonomie par le biais d'un comportement actif sur le plan de la réadaptation fonctionnelle dans un contexte pluridisciplinaire.

### Contenu du programme:

#### 1. l'activité policlinique

Tout programme "gériatrie" comprend une activité policlinique.

A la policlinique, il doit être possible d'assurer une observation pluridisciplinaire.

En général, le fonctionnement de cette activité policlinique gériatrique doit être coordonnée avec le fonctionnement de l'activité policlinique de l'hôpital général, de sorte qu'une expertise médicale spécialisée supplémentaire soit rapidement disponible pour le patient gériatrique, lequel présente par définition des pathologies multiples.

#### 2. l'activité clinique

Le programme "gériatrie" fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire spécifique comprenant, outre l'équipe infirmière (12,8 équivalents temps plein par 24 lits) (disposant d'une formation gériatrique), quatre paramédicaux équivalents temps plein pour 24 patients, répartis entre 5 fonctions: kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, assistant social ou infirmier social et psychologue.

L'interniste-gériatre est le responsable médical désigné pour tous les patients admis dans le service et est garant du fonctionnement pluridisciplinaire de l'équipe. A cet égard, il est présent à temps plein (au moins 8/10) à l'hôpital.

Compte tenu de la présence de pathologies multiples, le service d'hospitalisation du programme "gériatrie" doit pouvoir faire appel dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 48 heures à la plupart des spécialités de l'hôpital général telles que l'urologie, la chirurgie orthopédique, la chirurgie générale, la cardiologie (échocardiographie), la gastroentérologie (colonoscopie, ERCP, papillotomie etc), la gynécologie, l'ophtalmologie et l'ORL, la dermatologie, la neurologie et la psychiatrie, la radiologie, la biologie clinique etc. Les spécialistes de ces disciplines sont sollicités comme consultants.

Chaque semaine, une réunion où toutes les disciplines de l'équipe sont représentées est organisée. On y passe systématiquement en revue tous les patients, en procédant à une évaluation des progrès réalisés au cours de la semaine écoulée et en établissant un programme pour la semaine à venir. Tout cela est soigneusement indiqué dans le dossier. On accorde une attention toute particulière non seulement à la rigueur du diagnostic au sens le plus large, mais également à un traitement actif et surtout à une réadaptation fonctionnelle intensive visant à restaurer une autonomie aussi grande que possible du patient gériatrique. A cet effet, on active les patients autant que possible durant la journée, on leur met le plus rapidement possible leurs vêtements normaux de jour et ils prennent dès que possible leurs repas dans la salle de restaurant de la section gériatrie. Dans la section, il convient également de prévoir une salle d'exercice de kinésithérapie et d'ergothérapie. Il convient de créer et d'entretenir un climat familial. L'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble doit assurer l'animation.

Etant donné que le retour du patient gériatrique à domicile est l'un des objectifs les plus spécifiques poursuivis, il convient de le préparer et de le planifier dès le premier jour. Une observation à domicile par l'ergothérapeute, permettant d'évaluer le patient dans son contexte familial, est une étape nécessaire dans certains cas. Il peut arriver qu'une réunion de l'équipe hospitalière et non hospitalière (en tout cas, en présence également du "médecin généraliste", représentant des médecins généralistes locaux), en présence du patient et de son entourage proche, soit nécessaire pour élaborer un plan de soins détaillant l'ensemble des tâches à réaliser et les intervenants à qui elles sont confiées. Tous les intéressés reçoivent une copie de ce plan de soins. Une fois rentré chez lui, le patient continue à bénéficier d'un suivi du médecin généraliste et des autres intervenants professionnels à domicile.

Une concertation formelle régulière (au moins tous les deux mois) entre le programme "gériatrie", d'une part, et les maisons de repos et les MRS de la région, d'autre part, est nécessaire afin de profiler les soins aux personnes âgées dans la région. Une concertation régulière entre le programme "gériatrie" et les centres gériatriques de jour au niveau local est également indispensable.

### 3. l'hospitalisation gériatrique de jour

Etant donné qu'il est très important pour le patient gériatrique de séjourner le moins longtemps possible à l'hôpital, le développement de l'hospitalisation gériatrique de jour est nécessaire. Cet objectif peut être réalisé progressivement, entre autres dans le cadre d'associations entre services. L'objectif est de permettre la sortie anticipée de patients en poursuivant la réadaptation fonctionnelle après la sortie, et ce dès que la situation s'est améliorée au point de ne plus nécessiter une hospitalisation de 24 heures. Cela permet également au soignant à domicile de se substituer progressivement à l'hôpital et de ne pas être submergé par une charge de travail trop importante en termes de soins. Cette hospitalisation gériatrique de jour pourra

également être utile afin de soumettre le patient, de manière ambulatoire, à une observation plus large. De cette manière, il est possible d'éviter les admissions et les réadmissions.

### Critères spécifiques.

1. L'hospitalisation gériatrique de jour fait architecturalement partie d'un hôpital disposant d'un programme "gériatrie" et s'inscrit de préférence dans le cadre de la section de gériatrie.
2. L'hospitalisation gériatrique de jour forme une entité reconnaissable et identifiable. Il y a une grande salle de repos avec des relax ou des lits. On utilise au maximum les espaces de traitement de la section de gériatrie, comme la kinésithérapie, l'ergothérapie, la logopédie, la cuisine d'exercice etc. Une salle à manger (un repas chaud est prévu par jour), des installations sanitaires en nombre suffisant (dotées d'une porte d'entrée suffisamment large et adaptée aux patients en chaise roulante, d'un nombre suffisant de mains courantes ainsi que d'un système d'appel efficace), un local de soins et un local de recherche sont disponibles. Quatre places (soit 4 patients par jour ouvrable) constituent un minimum. Lorsque cette hospitalisation gériatrique de jour fait architecturalement partie d'une section d'hospitalisation gériatrique, le local de repos au moins doit être identifiable séparément.
3. La durée du traitement est en principe limitée dans le temps: en moyenne trois mois.
4. Dans le cadre de l'hospitalisation gériatrique de jour, les effectifs sont désignés au jour le jour.  
Pour quatre places, on prévoit 1,25 infirmier équivalent temps plein; 0,4 ergothérapeute équivalent temps plein et 0,20 kinésithérapeute équivalent temps plein; l'hospitalisation gériatrique de jour doit pouvoir disposer d'un logopède, d'un travailleur social ou d'un infirmier social.
5. L'hospitalisation de jour a une organisation spécifique axée sur ce type de patients.  
L'infrastructure pour le secrétariat doit être disponible pour les rendez-vous et les informations écrites aux patients, aux familles, aux intervenants professionnels à domicile et aux médecins généralistes.  
Les équipements doivent être en nombre suffisant (fauteuils roulants, sièges adaptés, rollator, tribunes et béquilles).  
Il convient de prendre des dispositions précises en vue du transport des patients à partir de et vers l'hôpital.
6. Il convient de rédiger des procédures régulièrement adaptées en ce qui concerne:

toutes les activités afférentes à l'hospitalisation gériatrique de jour, y compris les critères de sélection des patients; les rendez-vous avec les prestataires de soins professionnels et les personnes de l'entourage dispensant des soins, et ce en vue de garantir la continuité des soins; la sortie de l'hospitalisation gériatrique de jour et la manière dont la continuité des soins est garantie, avec un éventuel transfert dans un centre gériatrique de jour en vue d'une thérapie d'entretien, de type social, et du soutien des personnes de l'entourage dispensant des soins. la manière dont les patients se rendront chaque fois à l'hospitalisation gériatrique de jour et regagneront leur domicile, les rendez-vous avec les intervenants à domicile professionnels et non professionnels, et la procédure afférente à la clôture du traitement, avec transfert éventuel dans un centre gériatrique de jour en vue d'une thérapie d'entretien, de type social.

7. l'interniste-gériatre est le responsable médical désigné pour les patients traités dans l'hôpital gériatrique de jour et est garant du fonctionnement pluridisciplinaire,
8. Un registre des activités par patient, le résultat escompté et finalement atteint au terme de la réadaptation fonctionnelle, avec le rapport de l'évaluation hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire sont indiqués dans le dossier.
9. L'hospitalisation gériatrique de jour doit être ouverte trois jours au moins par semaine.  
Un programme pluridisciplinaire de réadaptation fonctionnelle doit pouvoir être offert à chaque patient. Il doit apporter une réponse aux problèmes spécifiques de chaque patient gériatrique traité.

### Critères d'activité

Tout hôpital général doit posséder un programme "gériatrie". Il est souhaitable que les services de gériatrie soient suffisamment bien répartis dans l'ensemble du pays afin que les patients âgés puissent être pris en charge près de chez eux. En outre, cette catégorie de patients étant importante, il est essentiel que chaque hôpital général puisse offrir ce programme "gériatrie". Le ministre compétent peut prévoir des dérogations pour une période limitée de 10 ans. Ainsi, un hôpital général peut être dispensé de l'obligation de disposer d'un programme "gériatrie", lorsqu'il en existe déjà un, très complet, dans un hôpital proche et que l'hôpital général en question a un lien fonctionnel avec ce programme "gériatrie". En outre, une autre condition est que l'on réalise une évaluation des patients qui présentent un profil gériatrique, ont séjourné à l'hôpital général mais n'ont pas été intégrés dans le programme gériatrie.

La norme est portée à 6 places pour 1000 personnes de plus de 65 ans dans la région, vu la forte augmentation du nombre de personnes

très âgées et le glissement continu des pathologies vers les classes d'âge supérieures.

La programmation afférente à l'hospitalisation gériatrique de jour est fixée à 4 places par programme.

### Critères de qualité

Une bonne évaluation de la qualité n'est possible que si elle est réalisée par le groupe professionnel lui-même. Une commission peer review examinera donc dans quelle mesure un certain nombre de données chiffrées, de processus et de résultats peuvent être une indication de la qualité. A cet égard, certains éléments peuvent être évalués:

- la durée moyenne de séjour
- l'âge moyen des patients
- le pourcentage de retours à domicile
- le pourcentage de réadmissions
- la préparation professionnelle du retour à domicile
- les contacts formels avec les organisations de soins à domicile et les intervenants
- les contacts formels avec les maisons de repos et les MRS
- l'évaluation des soins dispensés à des patients gériatriques dans des services non gériatriques
- le RCM (de préférence adapté aux soins gériatriques) et le RIM.

### Mesures transitoires

Cette nouvelle vision ne peut être concrétisée que si les intervenants sont suffisamment préparés et si le nombre de mesures transitoires et l'étalement dans le temps sont suffisants.