

**SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

BRUXELLES, le 16 mai 2013

**DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Sections "Programmation et Agrément" et « Financement »

Réf. : CNEH/D/429-3(*)

Avis relatif au programme de soins pour le patient gériatrique

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 16 mai 2013

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 4 |
| PREAMBULE..... | 5 |
| 1. L'hôpital de jour gériatrique..... | 5 |
| • Les bonnes pratiques :..... | 6 |
| • Les problèmes :..... | 7 |
| 2. La Liaison Interne..... | 8 |
| • Les bonnes pratiques..... | 8 |
| • Les problèmes..... | 9 |
| Le programme de soins pour le patient gériatrique..... | 10 |
| AVIS..... | 12 |
| 1. Préambule budgétaire..... | 12 |
| 2. L'Unité G..... | 12 |
| 3. L'Hôpital gériatrique de Jour (HGJ)..... | 14 |
| 4. La Liaison Interne..... | 18 |
| • Utilité..... | 18 |
| • Remarque concernant le screening..... | 18 |
| • Financement..... | 18 |
| • Composition de l'équipe de Liaison Interne..... | 20 |
| REPONSES AUX QUESTIONS DE LA MINISTRE..... | 21 |
| 1. Public cible et screening des patients avec un profil gériatrique (phase du processus de screening ? Instruments pour le screening et l'assessment ? Par qui le (pré)screening est-t-il fait : infirmier de référence ou tous les infirmiers sur service ?)..... | 21 |
| 2. Meilleure définition de la consultation gériatrique et distinction entre consultation gériatrique et Hôpital de Jour gériatrique en ce qui concerne les aspects médicaux..... | 22 |
| 3. Description de l'organisation et des missions de l'Hôpital de Jour gériatrique (composition de l'équipe, niveau d'activités, normes architecturales)..... | 22 |
| 4. Description de l'organisation et des missions de la liaison interne (composition de l'équipe, niveau d'activités) :..... | 24 |
| 5. Meilleure définition de l'organisation et des missions de la gériatrie de liaison externe et relation avec le management des sorties et le service social..... | 25 |
| 6. Échange de données à l'admission et à la sortie du patient :..... | 26 |
| 7. Statut de l'infirmier coordinateur du programme de soins :..... | 27 |

| | |
|---|----|
| CONCLUSIONS :..... | 27 |
| <i>Cadre général</i> | 27 |
| <i>L'Hôpital de Jour Gériatrique</i> | 29 |
| <i>La Liaison Interne Gériatrique</i> | 30 |
| <i>Échange de données à l'admission et à la sortie du patient :</i> | 31 |

Avis du CNEH sur le programme de soins pour le patient gériatrique

La Ministre demande endéans le mois au CNEH un avis pour généraliser l'application de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 concernant le programme de soins pour le patient gériatrique, en particulier le volet de l'hôpital de jour gériatrique et celui de la liaison interne.

INTRODUCTION

Depuis 1950 (date de la création de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie et de la création de l'Association Internationale de la Gérontologie et de Gériatrie à Liège par le Professeur Brull et une vingtaines de sommités mondiales du domaine) les démographes et les gérontologues n'ont cessé d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le phénomène du vieillissement de la population. Ce phénomène ne cesse de s'amplifier. En effet depuis plus de cent ans l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter : en moyenne de trois mois chaque année. Le nombre d'octogénaires double tous les dix ans. Les « pyramides » classiques de la démographie sont remplacées par de « champignons atomiques ». En 1890 lors de l'introduction de la retraite à 65 ans, l'espérance de vie à la naissance était de 46 ans (maintenant 79,5). Actuellement 18% de la population a atteint l'âge de 65 ans. En 2030 ce chiffre sera 23%. Un chiffre qui est d'ailleurs déjà atteint à la côte belge et dans les arrondissements d'Eeklo et de Oudenaarde.

Il faut également souligner que les personnes qui ont maintenant 80 ans et plus sont sans exceptions tous nés il y a au moins 80 ans... . Le vieillissement de la population était donc déjà à prévoir de longue date!

La peste et le choléra d'autrefois, la tuberculose avec ses sanatoriums, la poliomyélite ont disparus et la santé publique a dû s'y adapter. Il en va de même aujourd'hui : de plus en plus de maladies chroniques apparaissent et doivent être approchées de façon spécifique. Souvent plusieurs maladies chroniques sont simultanées, ce qui conduit à devoir soigner des patients complexes souvent âgés. Une approche inadaptée de ces patients leur cause une mauvaise qualité de vie et coûte très cher à la sécurité sociale. Il s'agit donc ici d'une **PRIORITE ABSOLUE** en termes de Santé Publique : les soins à offrir sont différents de ceux qu'ils étaient il y a une vingtaine d'années.

PREAMBULE

Plusieurs groupes de travail et études effectuées à la demande du SPF Santé Publique et du KCE ont analysés l'activité des équipes de liaison interne gériatriques (LIG) et des hôpitaux de jour gériatriques (HJG) pendant les six dernières années. Ces travaux ont permis d'identifier des bonnes pratiques et des problèmes pour leur mise en place. Beaucoup de ces aspects ont déjà été énoncés dans le « Livre Vert » de la « Plateforme du Programme de soins pour le patient gériatrique » en 2010. Depuis 2006 aux Journées d'Automne à Liège et aux Winter Meeting à Ostende, 93 (nonante trois) travaux ont été présentés à propos de l'Hôpital de Jour Gériatrique et de Liaison Interne Gériatrique. En plus il faut noter que de multiples publications sur ces sujets sont parues dans des revues nationales et internationales^{i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii}.

1. L'hôpital de jour gériatrique

Une évaluation de l'activité de l'Hôpital de jour gériatrique a été faite sur initiative du SPF et du KCE en 2008, et ensuite fin 2008, sur les barrières et stimuli possibles^{ix}. Le KCE a réalisé une étude sur le financement de l'hôpital gériatrique de jour en 2009^x. Une présentation powerpoint a été confectionnée en collaboration avec le Collège de Gériatrie en 2009^{xi}, pour permettre aux gériatres de présenter cette activité de façon standardisée aux généralistes de leur région. Ce ppt est disponible sur le site web de la SBGG (Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie).

L'étude du KCE proposa quelques idées. Par exemple :

- enregistrer les RCM (en employant également le thésaurus gériatrique),
- suivre annuellement les pourcentages de cas diagnostiques, thérapeutiques et de revalidation,
- comparer les durées de séjour en gériatrie avec ceux des RCM de 2004, 2005, 2006
- limiter le financement si le degré d'occupation est trop bas
- poursuivre une recherche complémentaire avec entre autre : préciser les buts de cette activité, quels moyens sont mis à la disposition, le degré de satisfaction des patients et de leurs proches, le coût pour le patient, une méthode alternative de financement, mettre un seuil minimum au financement à au moins 3 patients par jour.

Une enquête détaillée a été envoyée par le groupe de travail de la SBGG à toutes les équipes, mesurant leur activité pendant 15 jours en juin 2009. Sept centres (de tous genres) ont participé : Mont Godinne, AZ Alma Eeklo, CHR Namur, St Pierre et César de Paepe, CHBAH Seraing, GH Charleroi, UZ Gent . Ils encodèrent 283 patients de façon détaillée pendant deux semaines.

Toutes ces études sont concordantes : l'activité principale est de loin le diagnostic, suivi d'une activité thérapeutique et seulement peu de revalidation. Les temps de soins par patient et par discipline furent relevés de même que les échelles utilisées, les examens réalisés. Fin 2012 une nouvelle enquête a été envoyée concernant les activités actuelle. 45 réponses furent enregistrées. Le nombre de patients soignés par semaine à l'HJG varient entre 1 et 41, dont 24 centres qui voient plus de 10 patients par semaine et 12 centres plus de 20 patients.

Les premiers hôpitaux de jour gériatrique virent le jour au Royaume Uni en 1972. A cette époque, la médecine était différente de ce qu'elle est aujourd'hui. Il y avait beaucoup moins de techniques diagnostiques facilement accessibles et une observation en une journée était impossible. Les hôpitaux de jour étaient donc principalement orientés vers la revalidation, qui évolua souvent en activité de « centres de jour », donc plutôt de type social, et pour des durées illimités dans le temps, devenu financièrement insupportable. L'activité diagnostique était peu prise en compte.

En 2009 une étude du Cochrane Library^{xii} de Forster A, Young J, Lambley R et Langhorne P a prouvé l'utilité des hôpitaux gériatriques de jour. Treize études incluant 3.007 participants ont été analysées. Ces études comparent l'hôpital de jour gériatrique avec a) unité aiguë de soins gériatrique (Comprehensive Geriatric Assessment) (5 trials), b)soins à domicile (5 trials) ou c) soins aux personnes âgées sans Comprehensive Geriatric Assessment (3 trials). Le résultat est nettement meilleur pour les décès et dépendance dans le groupe traité en hôpital de jour par rapport au groupe traité sans Comprehensive Geriatric Assessment. Le groupe de l'hôpital de jour gériatrique génère moins de journées d'hospitalisation et moins de placements en institutions pour soins chroniques.

- **Les bonnes pratiques :**

- Il y a nécessité de permanence de surveillance. La possibilité d'une présence infirmière continue est importante.

- L'équipe est de préférence composée d'un personnel avec une bonne expérience (et donc souvent d'ancienneté) en gériatrie. L'infirmier est de préférence porteur du Titre ou de la Qualification en Gériatrie.

- Une architecture adaptée est nécessaire pour pouvoir effectuer toutes les tâches de l'HJG et ceci en multidisciplinarité.

- Tous les patients doivent être suivis par le gériatre ; les autres médecins spécialistes éventuels sont appelés comme consultants. L'HJG n'est pas un hôtel pour faciliter une multitude d'exams (éventuellement inutiles).

- Le diagnostic se fait grâce à l'outil gériatrique, (le Comprehensive Geriatric Assessment), par l'équipe multidisciplinaire. Cet outil est constitué d'échelles validées répondant aux mêmes critères méthodologiques que tout moyen d'évaluation diagnostique (imagerie, endoscopie,...).

- Lorsque le nombre de patients est faible (principalement au début du développement de cette activité), les patients sont de préférence concentrés sur un ou quelques jours par semaine.

- Eviter une hospitalisation est quelque chose de très important pour la personne âgée. Cela favorise un très haut degré de satisfaction chez les patients et leurs proches

• **Les problèmes :**

- Il est impossible de mesurer l'effet de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique par l'emploi du RCM.

- Certains centres souffrent d'un manque de gériatres

-Le coût du personnel est plus élevé que le subside fourni par les projets pilote , vu l'ancienneté nécessaire pour bien fonctionner avec suffisamment d'expérience.

- L'âge des patients est de 5 à 10 années plus bas que l'âge moyen en unité de gériatrie. La limite de 75 ans d'âge est donc trop haute. Il faut descendre la limite d'âge de 75 à 70 ans. L'âge moyen de l'ensemble des patients vu sur une année doit comme en hospitalisation gériatrique néanmoins de situer au-dessus de 75 ans.

- Les pratiques sont hétérogènes, suivant les problèmes locaux et les centres d'intérêts du gériatre et de son équipe, ce qui est inévitable pour des initiatives nouvelles et des prises en charges innovantes . Le case mix est toutefois assez standardisé, avec une

importante activité diagnostique des grand syndromes gériatriques (chutes, problème cognitifs, dénutrition, mobilité, perte de poids, frailty, etc).

- Dans certains hôpitaux la direction a délocalisé cette équipe (ou une partie de cette équipe) vers d'autres taches, ce qui rend l'activité de l'hôpital gériatrique de jour impossible ou problématique. A noter que certains centres hospitaliers, conscients de l'importance de l'HJG, ont financé sur leurs fonds propres du personnel plus nombreux que les 3 ETP prévus dans les projets pilotes.

2. La Liaison Interne

Tous les services de gériatrie participants aux expériences de la Liaison Interne Gériatrique (LIG) ont été invités à envoyer un rapport détaillé sur leur activité en 2010. Sur base de ces données un groupe représentatif de 12 équipes a été sélectionné, pour participer aux réunions du groupe de travail de la SBGG. Par ailleurs la SBGG a interrogé en 2010 l'ensemble des hôpitaux du pays. 66 hôpitaux ont répondu. De ces rapports et observations ont retient :

• Les bonnes pratiques

-L'hôpital doit disposer de suffisamment de lits G. La bonne moyenne se situe entre 15 et 20% de l'ensemble des lits de l'hôpital. Ceci peut être déduit de la relation inverse entre le nombre de G-Pot et de lits de gériatrie.

-Disposer d'une équipe avec suffisamment d'expérience gériatrique (et donc d'ancienneté) où l'infirmier (de préférence porteur du Titre ou de la Qualification en Gériatrie) et l'ergothérapeute et naturellement le gériatre sont essentiels.

- Le screening du profil gériatrique avec un instrument simple comme ISAR, GRP, VIP est effectué systématiquement dès l'entrée par l'infirmier qui accueille le patient (aux urgences ou dans l'unité de soins) et non pas par l'équipe de liaison.

- Sur base du screening ou de leur impression clinique, les différentes équipes soignantes peuvent demander l'avis de la liaison interne. Celle-ci visite ces patients et fait le tri entre les patients fragiles et ceux plus robustes. Les fragiles sont soumis à un évaluation gériatrique globale (CGA) qui décrit entre autres l'état nutritionnel, cognitif, fonctionnel et psycho-social du patient âgé fragile. Des recommandations sont formulées pour l'équipe qui traite le patient.

- Un accord est réalisé avec des médecins spécialistes responsables d'unité d'hospitalisation pour que le résultat de l'intervention de la liaison gériatrique soit également communiqué au médecin de famille et à la première ligne.

- - L'équipe de la LIG ainsi que d'ailleurs tout le programme de soins pour le patient gériatrique a également pour mission de former les équipes des différentes unités de soins de l'hôpital aux grands principes de la gériatrie.

• Les problèmes.

-Souvent la demande d'avis excède les possibilités de l'équipe (dans les grands hôpitaux avec peu de lits G). Quand il y a trop peu de lits G dans l'hôpital, la mission de la liaison interne est rendue extrêmement difficile. Dans ce cas il est préférable de se concentrer sur des groupes de patients à haut risque.

- Une grande diversité causée principalement par l'inadéquation entre la taille de l'équipe de liaison et le nombre de patients gériatriques à évaluer.

- La non-disponibilité pour cette tâche du personnel, qui est parfois affecté ailleurs dans l'hôpital.

- Le screening des patients de plus de 75 ans par l'infirmier qui réceptionne le patient ne se fait pas partout systématiquement. Parfois ce screening est effectué par l'équipe de LIG, ce qui est évidemment une erreur stratégique.

- Le coût du personnel en LIG est plus élevé que le subside prévu par le projet pilote, vu l'ancienneté nécessaire pour bien fonctionner avec suffisamment d'expérience et d'autonomie.

- Les conseils donnés par l'équipe de liaison ne sont souvent suivis que partiellement par les équipes soignantes des unités de soins, qui ont d'autres priorités. Ceci demande une adaptation de la mentalité et du comportement des équipes soignantes.

- Souvent la demande excède les possibilités de l'équipe (dans les grands hôpitaux avec peu de lits G). Quand il y a trop peu de lits G dans l'hôpital, la mission de la liaison interne est rendue extrêmement difficile.

- L'efficacité de la LIG n'a pas été prouvée, sauf si les recommandations sont effectivement suivies. Une méta-analyse ne démontre pas que la LIG aurait un effet sur la mortalité, la fonctionnalité, la durée d'hospitalisation ou le nombre de réadmissions.

La diminution du nombre d'épisode de délirium et une amélioration de la fonction cognitive sont prouvés.

- Une tâche importante de la LIG est de promouvoir une bonne sélection des patients gériatriques qui bénéficieront le plus des soins prodigués par l'unité de gériatrie.

- Dans seulement 11% des hôpitaux la LIG est impliquée au service des urgences. Une meilleure approche gériatrique aux urgences permettrait d'orienter un patient gériatrique plus rapidement vers le service G ou l'HJG, et aussi d'éviter des admissions et réadmissions inutiles.

Le programme de soins pour le patient gériatrique

Le Programme de soins pour le Patient Gériatrique (PSG) officialisé par l'Arrêté Royal du 28 janvier 2007 a donc maintenant plus de six ans d'existence. Plus de dix années de travail et de réflexion avaient précédé cette publication.

Sur le terrain il y a un grand enthousiasme pour l'application du programme, suite au lancement de projets-pilotes. En témoigne la mise en place de 92 expériences de « Liaison Interne » (LGI) et de 84 expériences d' « Hôpital de Jour Gériatrique » (HJG), parmi les 102 hôpitaux généraux du pays. Certains hôpitaux généraux avaient même ouvert un hôpital de jour gériatrique ou établi une liaison gériatrique interne avant le financement des projets-pilotes, avec leurs propres moyens (en raison de la valeur ajoutée du service rendu aux patients). Certains hôpitaux ajoutent au financement des projets pilotes des moyens financiers propres, tant ils sont convaincus de l'utilité du programme pour les personnes âgées vulnérables.

Un facteur limitatif important à cet enthousiasme est aujourd'hui une pénurie relative en gériatres. Les mesures nécessaires doivent donc être prises d'urgence pour augmenter le nombre de gériatres en formation. L'image de la gériatrie doit être améliorée dans nos universités. Un stage obligatoire dans un service de gériatrie devrait être prévu pour tous les étudiants en médecine. Ils seront en effet dans leur pratique professionnelle tous confrontés à des patients gériatriques (excepté les pédiatres et les obstétriciens). Le financement des hôpitaux devrait favoriser le travail en équipe et le travail du gériatre.

D'autres obstacles sont une pénurie en infirmiers et paramédicaux spécialisés, le manque de lits d'indice G dans la plupart des hôpitaux du pays (la programmation n'est pas encore réalisée), et les difficultés liées au financement via des projets pilotes.

La collaboration du médecin généraliste et de la première ligne avec le programme de soins pour le patient gériatrique est importante. La détection du profil gériatrique devrait idéalement déjà se faire avant l'admission du patient par l'équipe de la première ligne. Ces données devraient transiter systématiquement chez les différents intervenants. Un trajet de soins pour le patient gériatrique mérite d'être institué. La collaboration entre le programme de soins pour le patient gériatrique et les MRS doit être stimulée. Cela préviendrait beaucoup d'admission hospitalières inutiles. Il est dans ce cadre d'ailleurs à regretter que les unités G soient exclues des projets pilotes pour la réforme des soins (protocole III).

La liaison externe sera un élément important dans le programme pour Les Maladies Chroniques.

À la vue de cette évolution fort positive, il serait utile de sortir de la phase « expérimentale » en la remplaçant par une organisation et un financement structurels dans le BMF des hôpitaux ou un financement INAMI ainsi que par la mise en place d'une rémunération adaptée des gériatres pour ces activités. Actuellement le financement de l'hôpital de jour gériatrique et de la liaison interne ne tient pas compte ni de l'activité réelle ni de la taille de l'hôpital.

La SBGG et le Collège de Gériatrie soulignent que toutes les remarques et propositions décrites dans le livre vert (2009-2010) restent toujours d'actualité et que peu ont été concrétisées. Le Programme de soins du patient gériatrique est en accord avec les données du Rapport récent du KCE sur les soins aux Malades Chroniques (KCE Report 190 A, 2012). Le programme de soins pour le patient gériatrique y est même donné en exemple. La SBGG et le Collège insistent pour que les recommandations du livre vert soient appliquées aussi vite que possible.

Trois éléments du Programme semblent les plus importants et les plus urgents et par ordre de priorité : l'unité G, l'hôpital de jour gériatrique, et la liaison interne.

AVIS

1. Préambule budgétaire.

Le budget actuel pour les expériences LIG et HJG.

Liaison Interne $183.524 * 92 = 16.884.208$ € (destinés à payer 4 ETP * 92 soit 368 ETP)

HGJ $137.643 * 84 = 11.562.012$ € (destinés à payer 3 ETP * 84 soit 252 ETP)

$121.312,96 * 84 = 10.190.288,64$ € (frais de fonctionnement)

Il convient au minimum de garder ce budget de près de quarante millions d'euros pour financer le personnel de l'hôpital de jour gériatrique et de la liaison interne. Ce budget attribué est néanmoins insuffisant, car il ne permet pas d'encadrer aujourd'hui tous les patients qui en ont besoin.

Un autre problème est que la somme attribuée pour les forfaits des « projets pilotes » HJG et LI sont fixes et non adaptés à l'index, ni à l'ancienneté du personnel. En effet pour avoir de bons résultats il est nécessaire d'embaucher des personnes avec une certaine expérience de la Gériatrie, donc avec une certaine ancienneté. Actuellement le budget est calculé sur 0 année d'ancienneté pour le personnel des équipes. Les calculs ici présentés sont basés sur l'index 2010 et l'ancienneté 0 année.

2. L'Unité G

L'Unité G EST et RESTERA l'ETALON OR de la gériatrie. Son efficacité a été confirmée à maintes reprises (déjà en 1984)^{xiii} et maintenant (juillet 2011) par la Cochrane Library^{xiv}.

Au sein des unités G les patients bénéficient d'une médecine intensive pour des pathologies dont le degré de sévérité est comparable à celui constaté pour les patients séjournant en service de soins intensifs (RCM et RIM cf. l'étude de Tom Defloor^{xv}).

Le développement de la liaison interne ne peut pas se faire au détriment des patients gériatriques, qui devraient pour la plupart être soignés en unité G. Il est évident que beaucoup d'hôpitaux ont une proportion insuffisante de lits « G ». La proportion idéale est actuellement entre 15 et 20%.

L'augmentation du nombre de lits G dans nos hôpitaux est essentielle à la bonne prise en charge des patients à profil G. Nous constatons qu'il y a des différences importantes entre les hôpitaux quant à la proportion de patients âgés admis dans les lits G.

L'augmentation (2009) de la programmation des lits G de 5 à 6 pour mille personnes de 65+ n'a pas été suivie d'une implémentation complète sur le terrain. Plusieurs raisons peuvent être avancées. D'abord, dans ce domaine, le manque de gériatres se fait aussi ressentir. Ensuite, les hôpitaux sont financièrement pénalisés pendant trois années s'ils reconvertissent des lits C ou D en G. En effet, le calcul du financement de l'activité hospitalière est basé sur l'activité réalisée 3 ans avant et dès lors pendant 3 ans, les soignants complémentaires nécessaires aux normes des services G ne sont pas financés. Des mesures appropriées doivent donc être prises pour éliminer cet obstacle et favoriser l'adéquation du nombre de lits G à la réalité de la population hospitalisée. Certains hôpitaux hésitent à se voir labélisé comme « hôpital gériatrique » par l'opinion publique en ayant un nombre relativement élevé de lits gériatriques (manifestation d'âgisme inadmissible). Enfin, certains hôpitaux hésitent à reconvertir des lits D ou C en G par la crainte de perdre leur reconnaissance de service de stage pour la formation de médecins en spécialités. Le Conseil Supérieur devrait supprimer les normes de « lits » pour agréer des services comme services de stage. Beaucoup d'activités se font maintenant en effet en ambulatoire.

Programmation et agrément de lits G en 2011

| | Flandre | Wallonie | Brussel | Belgique |
|---|----------|----------|---------|-----------|
| Programmation lits G par 1000p > 65ans | 6.880,04 | 3.468,16 | 919.00 | 11.267,20 |
| Agréments au 01/01/2011 | 4.133 | 1.832 | 1.055 | 7.020 |
| Non-agrésés | 2.747 | 1.636 | -136 | 4.247 |

L'Unité G rencontre actuellement de sérieuses difficultés. Les patients âgés y sont devenus beaucoup plus lourds en soins et plus complexes (cf. degré de sévérité 3 et 4). La médecine gériatrique s'est de plus en plus développée, ce qui occasionne des besoins accrus en personnel très qualifié. Cependant, le staff infirmier et soignant dont le cadre

a été décidé en 1985 (12.8 ETP/24lits) pour les unités de Gériatrie aiguë est encore toujours inchangé (hors équipe volante et autres mesures insuffisamment efficaces). La Belgique se situe à peine à la moitié des normes de personnel infirmier et soignant qui sont appliquées dans la plupart des pays européens^{xvi}.

En plus, selon l'expérience des gériatres, l'HJG permet d'évaluer des patients qui sinon auraient été hospitalisés. Cela entraîne que les cas hospitalisés sont les plus « lourds » à gérer. Les taux d'occupation sont pratiquement toujours supérieur à 95% et les durées moyennes de séjour diminuent constamment.

L'augmentation en personnel infirmier et soignant est donc une nécessité urgente. Nous rappelons une nouvelle fois les recommandations du « livre vert ». Dans la pratique l'étude Peer Review montre que les services emploient déjà en moyenne 14.8 ETP (deux de plus que le financement). L'expérience de terrain montre que c'est insuffisant et qu'il faudrait encore deux infirmiers supplémentaires. Le financement doit progressivement permettre de rétribuer ces agents afin d'assurer la qualité des soins. Il est d'autre part, vu la complexité accrue des soins, utile et nécessaire d'avoir au moins 75% de personnel infirmier parmi le personnel soignant.

D'autre part le nombre de paramédicaux est insuffisant. Déjà en 1988 la SBGG a publié un mémorandum demandant 4 ETP par 24 lits.

Enfin, prévoir une somme forfaitaire pour la fonction de coordination par le Gériatre et par l'infirmier responsable du Programme de soins du Patient Gériatrique serait également logique. Cela faisait aussi partie des recommandations du livre vert. Cela est déjà réalisé pour d'autres fonctions médicales transversales, telle celle du médecin hygiéniste, le médecin chef ou le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs.

3. L'Hôpital gériatrique de Jour (HGJ).

- **Utilité**

L'hôpital gériatrique de jour a pour but d'éviter une hospitalisation ou un placement en essayant de faire un diagnostic, un traitement, voire une revalidation, en journée, pour des « patients âgés complexes » qui vivent à leur domicile ou leur domicile de remplacement (MRA-MRS).

- **Financement**

L'étude, effectuée par le groupe de travail de la SBGG consacré à l'hôpital de jour gériatrique, a démontré qu'une somme forfaitaire de 161€/jour/patient, à l'index de 2010 était nécessaire pour financer l'équipe (hors gériatre et hors frais de fonctionnement), tenant compte du case-mix des unités d'HGJ (case mix mentionné dans le rapport SPF de 2008). Les autres formes d'hôpitaux de jour reçoivent en moyenne un forfait de 171€ par jour, par patient (financé en 2010 de 156.08€ à 200.68€ selon le type de forfait).

Les patients pouvant bénéficier d'un remboursement du forfait en HJG doivent répondre à au moins un des critères groupes suivant:

1. Personne de 70 ans ou plus, nécessitant un « bilan gériatrique » au moyen « d'outils validés » comprenant la consultation du gériatre, d'un infirmier et d'au moins une autre personne (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, logopède, ...) conclu par un rapport du gériatre reprenant un résumé des évaluations. Cette activité est remboursée par un forfait par patient et par journée (175€, incluant l'ancienneté et l'index). Ce forfait ne comprend pas le financement du gériatre.
2. Personne de 70 ans ou plus nécessitant un « soin devenu complexe » en raison du profil gériatrique du patient (démonstré par une évaluation gériatrique standardisée). Cette activité est remboursée par les forfaits prévu pour les thérapies en hôpital de jour classique.
3. Personne de 70 ans ou plus, ayant subi un assessment avec un instrument validé, nécessitant une « revalidation pluridisciplinaire » durant maximum 3 mois. Cette révalidation se fait par une équipe multidisciplinaire gériatrique spécifique en concertation avec le service de revalidation de l'hôpital.

Une étude du groupe de travail de la SBGG portait sur le temps nécessaire pour la prise en charge des patients à l'HJG. Pour la revalidation les temps suivant ont été retenus :

| Soins de b | admin | infirm | ergo | Soc | Psychol | Kine | logo | Diét | Total |
|---------------------------------|-------|--------|------|-----|---------|------|------|------|---------|
| Katz O-A | 10 | 30 | 10 | 10 | 5 | 5 | | 5 | 75 min |
| Katz B-C | 15 | 65 | 15 | 15 | 10 | 10 | | 5 | 135 min |
| Activité spécifique Revalidatio | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|----|----|----|--|---|---------|
| | 5 | 20 | 45 | 10 | 10 | 45 | | 2 | 140 min |
|--|---|----|----|----|----|----|--|---|---------|

Ce qui résulte à 215 à 275 minutes par patient. Ceci est un temps un plus élevé que pour le diagnostic ou le traitement.

L'âge minimum est mis en contradiction avec les normes de remboursement pour le gériatre de l'INAMI à 70 ans au lieu de 75 ans, car souvent les patients visitants l'hôpital de jour gériatrique sont un peu plus jeune. L'âge moyen de tous les patients doit néanmoins rester sur base annuelle au dessus des 75 ans, conformément aux principes généraux du programme de soins du patient gériatrique.

Il faut néanmoins prévoir des limitations :

- il doit y avoir préalablement un *Comprehensive Geriatric Assessment* avec un instrument validé,
- maximum 40 sessions durant maximum 12 semaines,
- après approbation par le médecin conseil de la mutuelle du plan de revalidation (avec le *CGA* inclus) et envoi en fin de parcours d'un rapport avec les résultats obtenus et un plan de suivi à domicile. Ces documents doivent également être envoyés au médecin traitant et au médecin de famille, et à la première ligne.
- En collaboration et en harmonisation entre et avec le service de réadaptation fonctionnelle et revalidation dans l'hôpital.
- une réunion hebdomadaire du team doit se tenir pour évaluer les progrès et éventuellement pour adapter la revalidation,
- au moins 2 paramédicaux sont impliqués dans cette revalidation (p.ex. kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, psychologue, assistante sociale, etc.)
- les jours de passage à l'HJG pour revalidation aucune autre forme de revalidation n'est remboursable.
- La transition éventuelle vers un « centre de jours » (qui se situe dans une MRS et où l'aspect social est très important) devrait être envisagée dès que possible, en accord avec le médecin généraliste du patient. Des collaborations entre l'HJG et un ou plusieurs centres de jour, les services de soins à domicile, les SISD et autres coordinations sont recommandés.

- Composition de l'équipe de l'Hôpital de jour gériatrique :

Minimum 40% infirmier + Minimum 40% paramédicaux

4. La Liaison Interne

• Utilité

Tout patient gériatrique doit être hospitalisé de préférence en gériatrie (lit G). La liaison interne est une activité de soutien en réponse à l'insuffisance actuelle du nombre de lits G dans les hôpitaux généraux.

Elle permet de

- a) dépister et évaluer des problèmes gériatriques concrets ;
- b) donner des recommandations au médecin spécialiste traitant et au généraliste pour le suivi au domicile afin d'éviter des réadmissions ;
- c) diffuser l'approche gériatrique dans l'hôpital ;
- d) aider à sélectionner les patients qui profiteraient le plus d'une admission dans une unité G.

• Remarque concernant le screening

Le screening de tous les patients de 75 ans et plus lors de l'admission à l'hôpital est une activité indépendante de la liaison interne. Chaque infirmier qui accueille un patient a le devoir de réaliser l'anamnèse infirmière, de prendre la tension, de mesurer le poids, etc., et donc également d'évaluer si le patient a éventuellement un profil gériatrique avec une des échelles validées et simples (ISAR, GRP, VIP,...). Ceci permet de sensibiliser toute l'équipe soignante et le médecin traitant aux aspects gériatriques spécifiques de ce patient, de demander éventuellement l'aide et l'expertise de l'équipe multidisciplinaire de liaison interne et éventuellement d'envisager un transfert précoce dans un lit G

• Financement

Au terme de 5 années du projet-pilote de LI, il apparaît que le nombre d'ETP ne doit pas être fixe (4 ETP actuellement) mais varier en fonction du nombre de patients de 75 ans et plus admis dans l'hôpital chaque année.

Selon une proposition de la Task force de la SBBG (2011), pour répartir les ressources limitées de façon équitable, ce nombre est ramené à 2 ETP pour les hôpitaux avec moins de 1.000 séjours de patients âgés de 75 ans et plus/an. La formule proposée répartit le personnel, entre 2 et 6 ETP par hôpital. La task force a fait un calcul en veillant à ne pas augmenter le nombre d'ETP par rapport au nombre prévu dans les 92 hôpitaux actuellement financés (cadre et budget constant).

Le financement doit tenir compte du nombre de patient de 75 ans et plus admis par année à l'hôpital. Pour rester dans le budget actuel (tenant compte de l'ancienneté et de l'index) il faut partir d'un minimum de 2 ETP par hôpital et distribuer le reste ($368 - 2 * 102 = 164$) suivant le nombre de patients de 75 ans et plus admis dans l'ensemble de l'hôpital (pour arriver à un total entre 2 et 6 ETP par hôpital).

Le montant versé par ETP ne doit pas ignorer l'ancienneté du personnel travaillant en gériatrie de liaison. Le salaire d'un infirmier ou paramédical doit tenir compte d'une ancienneté moyenne de 10 années. Ce travail complexe nécessite des collègues expérimentés, crédibles et autonomes. L'enquête de 2010 a montré que ce salaire annuel moyen était de 58.000 euros. Actuellement ce coût salarial se situerait autour de 63.000€. Le montant global défini ci-dessus tient compte du salaire moyen d'un infirmier/para-médical en LI : 58.000 Euros/an, alors que le projet-pilote a prévu 45.000 Euros/an (différence de 22%).

Par ailleurs, le travail du gériatre qui coordonne l'équipe, doit être rémunéré car il est indispensable au bon fonctionnement de la liaison interne.

Une considération importante est le constat que l'activité de la LI se déroule dans les autres services. C'est un service que l'équipe de gériatrie rend aux autres services spécialisés de l'hôpital. Ceci leur permet d'augmenter leur efficacité et la qualité des soins.

La liaison interne gériatrique n'est efficace que si les avis donnés par l'équipe multidisciplinaire de liaison interne gériatrique sont concrètement suivis, aussi bien pendant l'hospitalisation que par après au domicile (ou MRS). Pour ce motif il est conseillé aux équipes de liaison interne de favoriser la collaboration avec les unités, équipes de médecins qui s'engagent à réaliser les recommandations de

l'équipe de liaison interne et de transmettre toutes ces informations et recommandations au médecin de famille.

Le grand nombre de patients âgés admis dans des lits non-gériatriques ainsi que le manque de gériatres, pour le moment, ne permettent pas de suivre tous les patients avec un profil gériatrique admis dans des lits non-gériatriques. La liaison interne peut donc s'orienter vers des groupes spécifiques (ou unités) à haut risque, avec un plus grand degré d'efficacité.

Des critères de qualité seront établis par le Collège de Gériatrie et adaptés dans le futur. Comme critères de qualité l'on peut envisager : la communication et action coordonnée avec l'équipe de l'unité de soins, la liaison avec la première ligne, le nombre d'avis effectivement suivis, etc.

- **Composition de l'équipe de Liaison Interne**

A l'avenir, la composition de l'équipe de liaison serait idéalement proportionnelle au volume d'activité gériatrique de l'hôpital, avec un minimum de 2 ETP, composé de la façon suivante :

50% infirmier + 20% ergo + 30% au choix

REPONSES AUX QUESTIONS DE LA MINISTRE

1. Public cible et screening des patients avec un profil gériatrique (phase du processus de screening ? Instruments pour le screening et l'assessment ? Par qui le (pré)screening est-t-il fait : infirmier de référence ou tous les infirmiers sur service ?).

Dans le programme de soin pour le patient gériatrique, tout patient de plus de 75 ans admis à l'Hôpital, que ce soit via les urgences, via un transfert ou en admission directe doit pouvoir bénéficier d'un dépistage afin de vérifier s'il correspond à des critères de fragilité justifiant une approche gériatrique

L'article 3 de l'Arrêté royal du 29.01.2007 précise le public cible du programme de soin pour le patient gériatrique. Cette définition assez large peut convenir.

Pour ce qui est du screening demandé dans l'article 4 du même arrêté, la majorité des hôpitaux emploie comme échelle de dépistage la grille ISAR ou GRP et dans une moindre mesure le VIP. Ces échelles ont l'avantage d'être facilement réalisables (sans nécessiter une formation gériatrique) et pas trop consommatrices de temps. Leur spécificité et sensibilité relative a été étudiée (cf. par exemple article dans *Age and Ageing* 2009^{xvii})

Comme le flux des patients, tant en admission directe qu'en salle qu'aux urgences est très important, il convient que tout infirmier du service puisse réaliser cette échelle de dépistage. Cette donnée devrait figurer dans le profil de patient qui est réalisé dans tout service à l'admission. Une alerte d'information devrait apparaître en cas de dépistage positif (cela pourra être facilité en cas support électronique du dossier).

Quand le patient est identifié avec un profil gériatrique, l'équipe où réside le patient doit être alertée et peut décider de faire appel à la liaison interne. Dans ce cas l'équipe de liaison interne visite le patient et évalue (grâce à son expérience ou avec une échelle plus détaillée) si le profil est vraiment gériatrique, pour éviter les faux positifs.

Si le patient a vraiment un profil gériatrique, il peut être transféré vers le service G, ou une évaluation plus approfondie devra être envisagée. Parfois la méthode la plus simple sera de revoir ce patient à l'HGJ plus tard, quand le problème aigu pour lequel le patient est admis dans un autre service sera résolu.

2. Meilleure définition de la consultation gériatrique et distinction entre consultation gériatrique et Hôpital de Jour gériatrique en ce qui concerne les aspects médicaux.

La consultation de gériatrie est une consultation relativement classique même si elle est souvent consommatrice de temps. Le médecin se retrouve seul ou avec éventuellement un infirmier qui aidera le patient, par exemple pour se dévêtir et se vêtir, prendre en charge des données administratives et éventuellement quelques récoltes de données plus cliniques et fonctionnelles.

A l'hôpital de jour gériatrique, comme pendant une hospitalisation classique, c'est le médecin mais également l'équipe pluridisciplinaire qui prend le patient avec un profil gériatrique en charge. Il y a la prestation du gériatre mais également d'un infirmier et d'au moins un autre professionnel (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, logopède, AS...). Il peut également s'y effectuer des traitements chez des patients complexes en raison de leur profil gériatrique (évoqué par une évaluation gériatrique) et également une revalidation pluridisciplinaire pendant maximum 3 mois.

Il est proposé pour l'Hôpital de Jour que l'âge permettant un remboursement soit abaissé à 70 ans.

La consultation, qui est un élément beaucoup plus ponctuel, n'inclut pas la prise en charge plus globale du patient et son aspect pluridisciplinaire. La consultation gériatrique permet de voir ou de revoir un patient pour régler l'un ou l'autre élément plus ponctuel. Elle est remboursée selon la tarification INAMI. Vu le type de patient, la majorité des consultations gériatriques se passent actuellement en milieu hospitalier.

3. Description de l'organisation et des missions de l'Hôpital de Jour gériatrique (composition de l'équipe, niveau d'activités, normes architecturales).

Missions de l'HJG

L'hôpital gériatrique de jour a pour but d'éviter une hospitalisation ou un placement en essayant de faire un diagnostic, un traitement ou une revalidation, en journée, pour des patients âgés complexes qui vivent à leur domicile ou leur domicile de remplacement (MRS).

Les patients pouvant bénéficier d'un remboursement du forfait en HJG doivent répondre à au moins un des critères groupes suivant :

1. Personne de 70 ans ou plus nécessitant un bilan gériatrique (CGA) au moyen d'outils validés comprenant la consultation du gériatre, d'un infirmier et d'au moins une autre personne (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, logopède, ...) conclu par un rapport remboursé du gériatre reprenant un résumé des évaluations.
2. Personne de 70 ans ou plus, nécessitant un traitement chez un patient complexe en raison de son profil gériatrique (évoqué par une évaluation gériatrique).
3. Personne de 70 ans ou plus, ayant subi une évaluation gériatrique, nécessitant une revalidation pluridisciplinaire durant maximum 3 mois.

Conditions particulières :

- a. il doit y avoir préalablement un *Comprehensive Geriatric Assessment* avec un instrument validé,
- b. maximum 40 sessions durant maximum 12 semaines,
- c. après approbation par le médecin conseil de la mutuelle du plan de revalidation (avec le CGA inclus) et envoi en fin de parcours d'un rapport avec les résultats obtenus et un plan de suivi à domicile. Ces documents doivent également être envoyés au médecin traitant et au médecin généraliste et à la première ligne.
- d. une réunion hebdomadaire du team doit se tenir pour évaluer les progrès et éventuellement pour adapter la revalidation.
- e. au moins 2 paramédicaux sont impliqués dans cette revalidation (p.ex. kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, psychologue, assistante sociale, etc.)
- f. les jours de passage à l'HJG pour revalidation, aucune autre forme de revalidation n'est remboursable.

La transition éventuelle vers un centre de jours (qui se situe dans une MRS et où l'aspect social est très important) doit être envisagée dès que possible, en accord avec le médecin généraliste du patient. Des collaborations entre l'HJG et un ou plusieurs centres de jour, les services de soins à domicile, les SISD et autres coordinations sont recommandés.

Niveau d'activité

En fonction du recrutement et de spécificités locales, il est impossible que tous les HJG aient le même niveau d'activité. C'est une des raisons pour lesquelles un financement lié au moins en partie à l'activité doit être envisagé. Le personnel pourrait être financé selon un forfait de 175 euros par jour par patient pour l'activité diagnostique et de

revalidation. Pour les activités thérapeutiques il est proposé de se servir de la nomenclature des hôpitaux de jour classiques.

Composition de l'équipe de l'hôpital de jour gériatrique

Les proportions de l'équipe suggérée, selon les études du groupe de travail de la SBGG sont minimum 40% d'infirmiers et minimum 40% de paramédicaux. Les 20% restants étant laissés à l'appréciation des besoins locaux déterminés par le gériatre. Le nombre absolu de personnel dépend du nombre de patients pris en charge.

→ Normes architecturales de l'HJG :

Sur base des expériences réalisées dans le cadre des projets pilotes finançant des HJG, une bonne partie des normes mentionnées dans l'article 30 de l'AR de 2007 sont pertinentes. L'HJG doit être une entité architecturale distincte et reconnaissable. Les locaux doivent être spécifiquement réservés aux patients admis à l'HJG. Ils doivent être adaptés au confort et à la sécurité des patients gériatriques. Il doit disposer de locaux suffisants pour assurer les fonctions suivantes : examen du patient, des soins, du repos, la rééducation fonctionnelle, les repas, des sanitaires adaptés en suffisance, des locaux en suffisance permettant toutes les interventions nécessaires de l'équipe pluridisciplinaire.

Le système proposé de financement dépend du nombre de patients vus afin d'être juste et objectif. Un financement des frais de fonctionnement doit être prévu dans le BMF.

4. Description de l'organisation et des missions de la liaison interne (composition de l'équipe, niveau d'activités) :

Si le screening de base est positif et/ou que le médecin hospitalier traitant le juge utile, l'intervention de l'équipe multidisciplinaire de liaison interne est nécessaire. Celle-ci jugera par expérience ou avec une échelle plus approfondie si il s'agit en effet d'un patient avec un profil gériatrique. Ceci afin d'éviter des interventions inutiles chez de faux positifs. Une comprehensive geriatric assessment (CGA) doit alors être réalisé. Ce CGA doit explorer les domaines cognitifs, de la nutrition, de mobilité, ... avec pour chaque domaine exploré au moins une échelle validée

Les avis remis peuvent être importants pour le futur du patient. Le travail de la liaison ne doit pas être d'organiser les sorties des personnes hospitalisées

S'il y a nécessité d'un diagnostic ou d'un suivi, le plus souvent, la place du patient est hospitalisation en gériatrie ou séjour à l'HJG.

Le financement doit tenir compte de la charge de travail théorique que l'équipe reçoit. Le meilleur paramètre semble être le nombre de patient de 75 ans et plus admis à l'hôpital. Pour rester dans le budget actuel (tenant compte de l'ancienneté et de l'index) il faut partir du minimum de 2 ETP (50% infirmier, 20% ergothérapeute, 30% au choix) par hôpital et distribuer le reste ($368 - 2 \times 102 = 164$) suivant le nombre de patients de 75 ans et plus (entre 2 et 6ETP/hôpital).

Des critères de qualité seront établis par le Collège de Gériatrie et adaptés dans le futur. Comme critères de qualité l'on doit envisager : la communication et action coordonnée avec l'équipe de l'unité (accords écrits), la liaison avec la première ligne, le nombre d'avis effectivement suivis, etc.

5. Meilleure définition de l'organisation et des missions de la gériatrie de liaison externe et relation avec le management des sorties et le service social.

Il faut faire la différence entre le niveau macro et le niveau micro.

D'un point de vue macro, la gériatrie de liaison externe comporte tout l'aspect relationnel qu'il y a entre le service de gériatrie et les possibilités de soins avant et après l'Hôpital. Cela inclut bien entendu les relations avec les médecins généralistes mais également les différentes structures de service de soins à domicile et structures d'hébergement telles que MR, MRS, MRPA, services de revalidation, centres de jour, ...

Des réunions de concertation afin d'assurer une meilleure fluidité des patients entre ces différentes structures de soins sont indispensables et parfois chronophages. Ces idées sont déjà reprise dans le « Livre vert ».

Du point de vue micro, au niveau individuel, bien entendu, une coordination précise doit être effectuée dans chaque cas entre l'équipe hospitalière globale (où l'Assistant Social joue un rôle particulier) et l'extérieur de l'hôpital (où parfois des coordinateurs de soins à domicile sont des interlocuteurs privilégiés).

Dans l'esprit de la prise en charge gériatrique, l'Assistant Social fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire assurant le suivi du patient tant en hospitalisation en gériatrie qu'en HJG.

6.Échange de données à l'admission et à la sortie du patient :

D'abord d'un point de vue technique, les moyens techniques, tel la plateforme E-health ou le réseau wallon de la santé et Vitalink en Flandre, ainsi que les hups reliant les hôpitaux, devront permettre une meilleure circulation rapide des informations pertinentes au bon interlocuteur et au bon moment.

Concernant l'admission à l'hôpital (service G ou HJG), il convient que le médecin généraliste fasse une demande la plus circonstanciée possible avec, éventuellement, des apports additionnels de l'équipe de soins à domicile ou de la MRS.

Au moment de la sortie, un rapport médical doit être rédigé reprenant toutes les conclusions de l'équipe pluridisciplinaire et des autres examens complémentaires éventuellement réalisés. Ce rapport doit insister sur des modifications proposées quant au suivi et la prise en charge du patient. Le niveau de pertinence des données doit être si possible confirmé par des échelles validées et adaptées à chaque cas précis. Il s'agira de fournir un diagnostic fonctionnel et la façon la plus adéquate de traiter le patient.

Concernant la gériatrie de liaison, il est suggéré à l'équipe qui a en charge le patient de remettre les données et conclusions du l'équipe de liaison interne dans le rapport final adressé au médecin généraliste. Là également, si des échelles validées ont été effectuées, les résultats méritent d'être transmis à la fois au médecin de famille et aux différents services qui continueront d'assurer les soins après la sortie du patient de l'Hôpital. Le développement d'une plateforme électronique intégrée pour échange de données et suivis est donc nécessaire.

7. Statut de l'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique :

L'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique joue un rôle dans l'application pratique de la politique gériatrique décidée en commun avec le gériatre chef de service. Il doit disposer du titre ou de la qualification en gériatrie. Il participera au coaching et à la direction des équipes de l'ensemble du programme de soins, de l'organisation des formations et du maintien d'une cohésion globale dans le service. Ce rôle ne peut être envisagé qu'en parfait tandem avec le gériatre chef de service. Son financement doit dès lors être prévu.

CONCLUSIONS :

Cadre général

Depuis 1950 les démographes et gérontologues n'ont cessé d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le phénomène du vieillissement de la population. Ce phénomène ne cesse de s'amplifier. En effet depuis 100 ans l'espérance de vie à la naissance augmente de 3 mois chaque année. Le nombre d'octogénaires double tous les dix ans. Les « pyramides » classiques de la démographie sont remplacées par des « champignons atomiques ».

La peste et le choléra d'autrefois, la tuberculose avec ses sanatoriums, la poliomyélite ont disparu et la santé publique a dû s'y adapter. Il y va de même maintenant : de plus en plus de maladies chroniques apparaissent et doivent être abordées de façon spécifique. Souvent plusieurs maladies chroniques sont simultanées, ce qui entraîne des malades complexes souvent âgés. Une approche inadaptée de ces patients cause une mauvaise qualité de vie pour ces personnes et coûte très cher à la sécurité sociale. La prise en charge adaptée et réfléchie, de ces populations complexes est donc une **PRIORITE ABSOLUE** en termes de Santé Publique. Celle-ci doit comprendre toutes les formes de soins du domicile à l'institution.

Une des mesures prises par les autorités pour répondre à ce nouveau défi a été l'instauration en 2007 du Programme de soins pour le patient gériatrique (consultation, unité de soins, hôpital de jour gériatrique, liaison interne, liaison externe) qui, hormis

pour l'hospitalisation gériatrique classique et la consultation, se trouve toujours dans sa phase expérimentale car le financement n'est pas pérennisé.

L'unité de soins "G" reste et restera l'« étalon or » pour les soins aux patients ayant un profil gériatrique. Il est donc opportun d'optimiser autant que possible cette forme de soins dans le cadre du Programme de soins pour le patient gériatrique.

Une augmentation de nombre d'ETP infirmiers et soignants est indiquée vu la lourdeur accrue des patients admis en « G ». Une augmentation du nombre du personnel paramédical au sens large du terme est également à envisager dans le futur. À l'avenir une évaluation des profils de soins requis permettrait d'objectiver les besoins en personnel en nombre et en qualification.

Les facteurs conduisant à la pénurie de gériatres et d'infirmières doivent être étudiés afin de prendre les mesures adéquates. L'image de la gériatrie doit être améliorée dans les hautes écoles et les universités. Un stage obligatoire dans un service de gériatrie devrait être prévu pour tous les étudiants en médecine et en soins infirmiers. Le financement des hôpitaux devrait favoriser et valoriser le travail en équipe et le travail du gériatre.

Un moyen devrait être trouvé pour réaliser effectivement la programmation des lits G.

La collaboration du médecin généraliste et de la première ligne avec le programme de soins pour le patient gériatrique est importante. La détection du profil gériatrique devrait se faire déjà avant l'admission du patient gériatrique par l'équipe de la première ligne. Ces données devraient transiter systématiquement chez les différents intervenants. Un trajet de soins pour le patient gériatrique mérite d'être institué. La collaboration entre le programme de soins pour le patient gériatrique et les MRS doit être organisée au mieux. Cela préviendrait beaucoup d'admissions hospitalières inutiles. Dans ce cadre, il est d'ailleurs à regretter que les unités G sont exclues des projets pilotes pour la réforme des soins (protocole III).

La liaison externe sera un élément important dans le développement optimal de la médecine et de la gériatrie car elle permettra de situer le patient au bon endroit avec les bons moyens.

Le CNEH propose de terminer la phase expérimentale du programme de soins pour le patient gériatrique et de passer au financement structurel. Le principe fondamental est que le financement doit être proportionnel au travail effectué.

L'hôpital de Jour gériatrique est comme dans toutes les autres disciplines médicales le complément normal de l'unité d'hospitalisation, où l'on essaye de ramener le temps d'hospitalisation à une journée. La liaison interne est une activité de soutien pour les patients avec profil gériatriques admis dans des lits non-G, dont l'efficacité n'est prouvée que dans des circonstances bien précises. Elle nécessite une participation active des équipes monospécialisées et par là une formation de ces équipes à l'approche gériatrique.

L'infirmier chef du programme de soins pour le patient gériatrique joue un rôle dans l'application pratique de la politique gériatrique décidée en commun avec le gériatre chef de service. Il doit disposer du titre ou de la qualification en gériatrie. Il participera au coaching et à la direction des équipes de l'ensemble du programme de soins, de l'organisation des formations et du maintien d'une cohésion globale dans le service. Ce rôle ne peut être envisagé qu'en parfait tandem avec le gériatre chef de service. Son financement doit dès lors être prévu.

L'Hôpital de Jour Gériatrique

L'hôpital de Jour gériatrique est prévu pour des patients avec un profil gériatrique. Ce profil doit être évalué par un « Comprehensive Geriatric Assessment » avec un instrument validé, soit avant l'admission, soit durant celle-ci. Seul un gériatre peut être le médecin traitant du patient admis à l'HJG.

La composition de l'équipe recommandée est au minimum 40% infirmier et au minimum 40% paramédicaux.

Les patients pouvant bénéficier d'un remboursement du forfait HJG doivent répondre à au moins un des critères suivants :

- 70 ans ou plus, nécessitant un bilan gériatrique au moyen d'outils validés, comprenant la consultation du gériatre, d'un infirmier, et d'au moins une autre personne (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien, logopède, ...), avec un rapport final.
- 70 ans ou plus, nécessitant un traitement chez un patient complexe en raison de son profil gériatrique (évoqué par une évaluation gériatrique).
- 70 ans et plus, ayant subi une évaluation gériatrique standardisée, nécessitant une révalidation multidisciplinaire durant maximum 3 mois (max 40 sessions). Cette révalidation se fait par une équipe multidisciplinaire gériatrique spécifique en concertation avec le service de révalidation de l'hôpital.

Les frais de fonctionnement sont à charge du BMF. Les sommes octroyées durant la période expérimentale semblent satisfaisantes si elles sont indexées.

Pour les activités diagnostiques et de revalidation (moyennant des limitations dans le nombre et la durée, et moyennant des coopérations avec des centres de jour et les SISD/GDT), un forfait par jour par patient de 175€ est proposé. Ceci peut se faire par le biais du BMF ou de l'INAMI.

Pour les activités thérapeutiques demandant un accompagnement spécifiquement gériatrique les forfaits prévus pour les activités des autres hôpitaux de jour sont d'application.

L'honoraire du gériatre n'est pas inclus dans le forfait de l'HJG.

Un plan de soins doit être établi à la sortie de l'HJG et communiqué à la première ligne.

La Liaison Interne Gériatrique

Le screening de tous les patients de 75 ans et plus lors de l'admission à l'hôpital est une activité indépendante de la liaison interne. Chaque infirmier qui accueille un patient a le devoir de compléter l'anamnèse infirmière, de prendre la tension, de mesurer le poids, etc, et donc également d'évaluer si le patient a éventuellement un profil gériatrique avec une des échelles validées (ISAR, GRP, VIP,...). Ceci permet de sensibiliser toute l'équipe soignante et le médecin traitant aux aspects gériatriques spécifiques de ce patient, de demander l'aide et l'expertise de l'équipe multidisciplinaire de liaison interne et éventuellement d'envisager un transfert dans un lit G

La liaison interne gériatrique n'est efficace que si les avis donnés par l'équipe multidisciplinaire de liaison interne gériatrique soient effectivement concrètement suivis, aussi bien pendant l'hospitalisation que par après au domicile (ou MRS). Pour ce motif il est conseillé aux équipes de liaison interne de favoriser la collaboration avec les unités de soins et équipes de médecins qui s'engagent à tenir compte des recommandations de l'équipe de liaison interne et de transmettre toutes ces informations et recommandations à la première ligne.

Le grand nombre de patients âgés admis dans des lits non-gériatriques ainsi que le manque de gériatres, pour le moment, ne permettent pas de superviser tous les patients avec un profil gériatrique admis dans des lits non-gériatriques. La liaison interne peut

donc s'orienter vers des groupes spécifiques (ou unités) à haut risque, avec un plus grand degré d'efficacité. Elle pourra donc aussi s'exercer aux urgences.

Le financement doit tenir compte du nombre de patient de 75 ans et plus admis à l'hôpital durant une année. Pour rester dans le budget actuel (tenant compte de l'ancienneté et de l'index) il faut partir du minimum de 2 ETP (50% infirmier, 20% ergothérapeute, 30% au choix) par hôpital et distribuer le reste (cf. supra) suivant le nombre de patients de 75 ans et plus (entre 2 et 6 ETP/hôpital). Il va de soi que les infirmiers soient de préférence porteur du Titre ou de la Qualification en Gériatrie.

Des critères de qualité seront établis par le Collège de Gériatrie et adaptés dans le futur. Comme critères de qualité l'on doit envisager : la communication et action coordonnée avec l'équipe de l'unité , la liaison avec la première ligne, le nombre d'avis effectivement suivis, etc.

La liaison externe

Il faut faire la différence entre le niveau macro et le niveau micro.

Dans l'esprit de la prise en charge gériatrique, l'Assistant Social fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire assurant le suivi du patient tant en hospitalisation en gériatrie qu'en HJG.

Échange de données à l'admission et à la sortie du patient :

D'abord d'un point de vue technique, les moyens techniques, tel la plateforme E-health ou le réseau wallon de la santé et Vitalink en Flandre, ainsi que les hups reliant les hôpitaux, devront permettre une meilleure circulation rapide des informations pertinentes au bon interlocuteur et au bon moment. (Niveau Macro)

Concernant l'admission à l'hôpital (service G ou HJG), il convient que le médecin traitant fasse une demande la plus circonstanciée possible avec, éventuellement, des apports additionnels de l'équipe de soins à domicile ou de la MR.

Au moment de la sortie, un rapport médical doit être rédigé reprenant toutes les conclusions de l'équipe pluridisciplinaire et des autres examens complémentaires éventuellement réalisés. Ce rapport doit insister sur des modifications proposées quant au suivi et la prise en charge du patient. Le niveau de pertinence des données doit être

si possible confirmé par des échelles validées et adaptées à chaque cas précis. (Niveau micro).

Il va de soi que la liaison interne doit pouvoir être disponible non seulement pour les hôpitaux généraux, mais également pour les hôpitaux spécialisés.

-
- ⁱ Petermans J et al. Geriatric day hospital: what evidence? A systematic review. *Geriatr. Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011 Sep 9(3); 295-303
- ⁱⁱ Velghe A et al The Belgian geriatric day hospitals as part of a care program for the geriatric patient: first results of the implementation at the national level. *Acta Clin Belg* 2011 may-june 66(3): 186-190
- ⁱⁱⁱ Cameron ID et al Geriatric consultation service: are wards more effective than teams? *BMC Med* 2013; febr 22(1); 49
- ^{iv} Deschodt M et al Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2013; febr 22; 11:48
- ^v Deschodt M et al. Prediction of functional decline in older hospitalized patients : a comparative multicenter study of three screening tools. *Aging Clin Exp Res* 2011, 23((-§);421-6
- ^{vi} Deschodt M et al Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *JAGS* 2012, 60(4); 733-9
- ^{vii} Deschodt M et al Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals: a national survey study. *Int J Nurs Stud* 2012, 49 (7); 842-9
- ^f Deschodt M et al Effect of an inpatient geriatric consultation team on functional outcome, mortality, institutionalisation and readmission rate in older adults with hip fracture: a controlled trial. *JAGS* 2011,59(7);1299-308
- ^{ix} Van Den Noortgate N, Petermans J, Onderzoeksrapport Evaluatie van de geriatrische dagziekenhuizen in België. Partim. Exploratie van de barrières en stimuli voor het doorverwijzen naar de geriatrische dagziekenhuizen zoals gepercipieerd door de huisartsen. FOD Volksgezondheid, 2008.
- ^x KCE, Financiering Geriatrisch Dagziekenhuis, 2008 Studie 99A
- ^{xi} PPT presentatie geriatrisch dagziekenhuis, www.geriatric.be
- ^{xii} Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P, Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Review). The Cochrane Collaboration. Wiley, 2009
- ^{xiii} Rubenstein L et al, Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A Randomized Clinical Trial, *NEJM* 311,26, 1664-1670, 1984
- ^{xiv} Ellis G, et al, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). The Cochrane Collaboration, Wiley, 2011.
- ^{xv} Defloor T et al, The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general Hospitals. In *Nursing and healthcare management policy*. Blackwell Publishing Ltd 2006
- ^{xvi} Baeyens JP et al, Differences in nurse (aid) staffing in acute geriatric departments in general hospitals in Europe. *European Geriatric medicine*. 1, 320-322, 2010
- ^{xvii} Braes T, Flamaing J et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital : a comparison of three screening instruments. *Age and Ageing* 2009; 38 (5), 600-3