**Arrêté royal fixant les normes du programme de soins aux personnes âgées.**

**Partie hôpital.**

1. **Dispositions générales**

Pour être agréé, le programme de soins aux personnes âgées - partie hôpital doit répondre aux normes fixées par le présent arrêté.

Le programme de soins personnes âgées partie hôpital est dénommé « programme de soins aux personnes âgées » dans le présent arrêté royal.

§ 1. Tout hôpital général doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

§ 2. Chaque site hospitalier susceptible d’accueillir des patients de 75 ans ou plus doit disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec un hôpital général du même réseau disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

1. **Groupe cible et objet.**

Le programme de soins aux personnes âgées s’adresse aux patients présentant un risque de fragilité biopsychosociale. Il inclut la prévention, la détection et le traitement des pathologies, des syndromes gériatriques et de la fragilité.

L’âge moyen des patients pris en charge en unité d’hospitalisation de gériatrie (telle que définie Chapitre V) doit être égal ou supérieur à 80 ans.

Les patients de moins de 70 ans ne font pas partie du groupe cible du programme de soins aux personnes âgées.

Tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé dans l'hôpital fait l'objet, par un membre de l’équipe où le patient séjourne (y compris les urgences), d'un dépistage au moyen d'un instrument scientifiquement validé (défini par le Collège de gériatrie mentionné au chapitre XXX) afin de vérifier s’il figure parmi le groupe cible des patients du programme de soins aux personnes âgées justifiant une intervention gériatrique.

Si le dépistage est positif, l’équipe des soignants du service où est hébergé le patient doit collecter les informations concernant les comorbidités et médications, la mobilité, l’état mental, la nutrition, le contexte social. Elle doit statuer sur l’intérêt d’appeler l’équipe de liaison interne gériatrique et noter le résultat de cette réflexion dans le dossier du patient.

*Afin d’assurer la meilleure orientation possible de chaque patient hospitalisé, un dépistage initial est souhaitable à la porte d’entrée de l’hôpital (pour une admission urgente via le service des urgences, pour une admission planifiée idéalement via les acteurs de première ligne ou une consultation externe chez un médecin spécialiste).*

Lorsque l’équipe des soignants du service où est hébergé le patient rédige une demande d’intervention de la liaison interne gériatrique, elle précise le motif de l’appel. L’équipe de liaison interne gériatrique évalue de manière complémentaire le patient et fait ses recommandations qui figureront dans le dossier du patient.

À la sortie du patient, les résultats sont intégrés dans le rapport de sortie.

1. **Nature et contenu**

Le programme de soins s’inscrit dans la continuité des soins et intègre les éventuels trajets de soins existants du patient et doit être en coordination avec les autres prestataires de soins de première et de deuxième ligne.

Parmi les objectifs du programme de soins, se retrouvent :

* La prévention de l’entrée en fragilité,
* Le dépistage de la fragilité et des syndromes gériatriques, le plus souvent suite à une demande d’un acteur de la 1ère ligne ou d’un acteur hospitalier.
* La prise en charge de patients fragiles ou présentant des syndromes gériatriques.

Ces objectifs doivent permettre un maintien et/ou une récupération optimale des performances fonctionnelles et une meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

L’évaluation gériatrique standardisée et personnalisée est un des outils privilégiés durant les soins des patients hospitalisés ou ambulants.

Une attention particulière sera consacrée à la participation et l’autonomisation du patient, et de sa famille. Dans ce contexte, il convient d’avoir un environnement participatif et d’impliquer activement les aidants informels dans la prise en charge dispensée le service.

Au niveau organisationnel hospitalier, les missions de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins consistent notamment :

1° à contribuer à la culture de la continuité des soins visant la personne âgée

2° à proposer et mettre en œuvre des actions relatives à la politique menée par l'hôpital en matière de continuité des soins visant la personne âgée

3° à participer à la formation continue du personnel en matière de principes de continuité des soins

4° à développer des synergies de collaboration pluridisciplinaire dans l'ensemble des unités de l'hôpital et hors de l’hôpital permettant des soins transversaux et transmuraux

6° à développer des liens de collaboration avec les services intégrés de soins à domicile, et avec les structures d'aide et de soins à domicile

7° à mettre en place des réseaux de collaboration avec les autres établissements de soins pour personnes âgées.

8° à appliquer les recommandations du collège de gériatrie (mentionné dans le chapitre XXX)

1. **Expertise et effectifs requis**

Le programme de soins doit disposer d’une équipe gériatrique pluridisciplinaire complète.

Cette équipe est composée au moins de personnes ayant les qualifications suivantes :

* Médecin spécialiste en Gériatrie,
* Infirmier porteur du titre professionnel particulier d’infirmier spécialisé en Gériatrie ou possédant la qualification professionnelle particulière d’infirmier disposant d’une expertise particulière en Gériatrie,
* Assistant social ou infirmier spécialisé en santé communautaire,
* Kinésithérapeute,
* Ergothérapeute,
* Logopède,
* Diététicien,
* Master en Psychologie,
* Aide-soignant,
* Pharmacien clinicien,
* Aide logistique
* Secrétaire.

§ 1. La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef du programme de soins aux personnes âgées et à un coordinateur non-médecin du programme de soins aux personnes âgées.

§ 2. Le médecin chef du programme de soins aux personnes âgées est un médecin spécialiste en gériatrie. Il organise les aspects médicaux du programme de soins aux personnes âgées. Il consacre au moins un demi équivalent temps plein à la coordination des activités du programme de soins aux personnes âgées et à la formation permanente du personnel.

§ 3. Le coordinateur non-médecin du programme de soins aux personnes âgées doit être porteur d’un master en rapport avec la gérontologie et la gériatrie et avoir une expertise dans ces domaines. Il organise l’aspect soignant du programme de soins. Il consacre au moins un demi équivalent temps plein à la coordination des activités du programme de soins.

§ 4. Le médecin chef du programme de soins et le coordinateur non-médecin du programme de soins aux personnes âgées organisent conjointement toutes les activités paramédicales du programme de soins aux personnes âgées.

En concertation avec l’équipe pluridisciplinaire et sur base de recommandations du collège de gériatrie mentionné chapitre XXXX, ils veillent à :

* La rédaction et l'actualisation du « Guide pratique du programme de soins aux personnes âgées de (nom de l'hôpital) » défini article XXX.
* La rédaction et la réalisation de la politique en matière de qualité,
* L'enregistrement de données gériatriques,
* La continuité des soins, notamment par la transmission de données des patients,
* L'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et le compte-rendu de celle-ci.

§ 5. Le médecin chef du programme de soins aux personnes âgées et le coordinateur non-médecin du programme de soins aux personnes âgées sont occupés chacun minimum à mi-temps pour assurer leur travail de coordination pour un maximum de 96 lits d’hospitalisation classique, 1500 passages par an à l’hôpital de jour et 2000 avis de liaison.

Ces temps doivent être augmentés d’1/10ème temps par tranche de 48 lits supplémentaires ou 1500 passages à l’hôpital de jour ou 2000 avis de liaison supplémentaires.

1. **Unité d’hospitalisation de gériatrie**

Le nombre de lits minimum pour un programme de soins pour le patient gériatrique est de 48 lits. Une unité classique de gériatrie comporte 24 lits et idéalement 2 unités doivent être couplées afin d’optimaliser l’utilisation d’éventuels locaux communs.

Une unité de Gériatrie aiguë se situe sur un site où il y a un service des Urgences et des lits de soins intensifs. Sur ce site, un large cadre de compétences médicales et cliniques doit être présent avec au minimum des techniques d’imagerie (radiographie, échographie, CT scan, IRM) et d’endoscopie. Des tests de laboratoire doivent pouvoir être disponibles rapidement. Certaines compétences médicales moins urgentes peuvent être organisées en coordination avec l’ensemble du réseau auquel appartient l’hôpital et le site en particulier.

L’organisation et le fonctionnement des transports secondaires et interhospitaliers doivent être clairement définis.

Il peut être envisagé une flexibilité du nombre de lits hospitaliers ouverts dans un service de gériatrie pour tenir compte des fluctuations saisonnières.

Une réunion multidisciplinaire hebdomadaire est organisée pour discuter de la prise en charge et du projet de soins personnalisés de chaque patient. Un plan de soins est établi pour chaque patient en fonction de ses besoins et de ses souhaits. Les actions des différents membres de l'équipe sont précisées si nécessaire au cours de cette réunion. Le médecin traitant est informé de la tenue de la réunion multidisciplinaire et en est l’invité permanent.

1. **Hôpital de jour gériatrique**

§1. L’hôpital de jour gériatrique doit se trouver sur un site hospitalier où il y a un service d’hospitalisation de Gériatrie aiguë.

§2. L’hôpital de jour gériatrique doit être en relation avec l’ensemble des services disponibles à l’hôpital pour permettre des consultations et des examens techniques multiples le même jour.

L’hôpital de jour prend en charge les patients définis au chapitre II comme groupe cible du programme de soins gériatriques.

Les interventions réalisées à l’hôpital de jour peuvent être de type mise au point, suivi, réhabilitation spécifique ou traitements particuliers dans un environnement adapté.

Une intention plus particulière est portée pour mettre à disposition l’évaluation gériatrique globale pour des problèmes du comportement et/ou de démence, pour des réflexions sur l’intensité des soins et sur les plans de soins personnalisés et pour d’autres spécialistes comme l’oncologie, la cardiologie, l’insuffisance rénale, le diabète, l’orthopédie (liste non exhaustive).

Des évaluations préinterventions doivent permettre d’adopter les meilleurs choix thérapeutiques et de mieux préparer les patients.

Les mises au point d’affections diverses incluent les syndromes gériatriques tels que chute, troubles cognitifs, malnutrition (liste non exhaustive).

Les réhabilitations en hôpital de jour gériatrique sont réalisées pour des troubles fonctionnels (par exemple, pathologies de la marche et/ou de l’équilibre, interventions post-chirurgicales, affections cardiaques et pulmonaires, dysphagies, perturbations cognitives, (liste non exhaustive)) et sont réalisés au bénéfice de patients ayant des vulnérabilités sous-jacentes, qui rendent la réhabilitation impossible dans le cadre des programmes non gériatriques.

Les interventions thérapeutiques sont réalisées dans le cadre de la prise en charge des patients du programme chez les personnes âgées et plus particulièrement ceux présentant un syndrome de vulnérabilité.

Le bilan peut aussi être orienté vers la prévention primaire chez les patients pré-fragiles, et de préférence adressés par le médecin traitant ou un médecin spécialiste.



Les patients sont adressés à l’hôpital de jour par un médecin traitant ou un médecin spécialiste.

Une réhabilitation fonctionnelle pluridisciplinaire en hôpital de jour gériatrique 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 au sein de l’équipe multidisciplinaire gériatrique.

4° Une réunion multidisciplinaire 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 en hôpital de jour 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.

1. **Consultation et téléconsultation gériatriques**

§1. La consultation se déroule dans un environnement adapté au groupe cible.

§2. Une diversification des moyens et objectifs doit permettre d’aider au mieux les patients du groupe cible.

§3. La consultation peut avoir lieu au sein de l’hôpital de jour gériatrique.

§4. En collaboration avec les acteurs de première ligne, différents types de consultation à distance peuvent s’organiser notamment :

Téléconsultation d’un gériatre avec un patient et/ou un proche aidant.

Téléconsultation d’un gériatre avec un patient accompagné d’un professionnel et/ou d’un proche aidant.

Téléconsultation d’un gériatre avec un patient et son médecin traitant/spécialiste.

Télécoordination d’un gériatre avec le médecin traitant du patient pour déterminer la prise en charge utile.

§5. Un gériatre ou des membres de l’équipe gériatrique multidisciplinaire peut se rendre à domicile ou lieu de substitution (comme par exemple les maisons de repos et de soins) à la demande des acteurs de première ligne.

1. **Liaison interne gériatrique**

La liaison interne gériatrique 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 de Gériatrie ou en hospitalisation de jour gériatrique. Elle peut également bénéficier aux équipes et patients admis au service des Urgences de l’hôpital.

La liaison interne gériatrique est assurée par une équipe gériatrique pluridisciplinaire composée entre autres d’infirmières possédant une expertise gériatrique et de autres qualifications mentionnées à l’article XXX.

Cette liaison est organisée de telle sorte qu’il est possible, pour les patients gériatriques séjournant au service des Urgences et dans les autres services que le service de Gériatrie de l’hôpital, d’avoir recours à chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l’équipe d’un de ces services.

Tous les services et programmes non gériatriques (hormis pédiatrie et maternité) doivent disposer d’au moins 2 infirmières de référence gériatrique pour stimuler la mise en œuvre des principes de soins gériatriques au niveau de leur service. Elles doivent maintenir leur expertise par le biais d’une formation continue en Gériatrie. Elles contribuent à la réalisation des tests de dépistages et évaluations gériatriques nécessaires pour tous les patients de 75 ans ou plus. Elles peuvent participer à l’élaboration du plan de soins gériatriques.

L’équipe pluridisciplinaire de liaison interne gériatrique est chargée :

1. De clarifier éventuellement la demande du service demandeur,
2. D’effectuer, s’il y a lieu, une évaluation gériatrique complémentaire personnalisée et adaptée au contexte,
3. De collaborer avec l’équipe de soins et le médecin spécialiste traitant concernant les aspects gériatriques de la prise en charge.
4. **Liaison externe gériatrique**

La liaison externe est une mission transversale et transmurale du programme de soins pour le patient gériatrique qui est accomplie par les équipes du service de Gériatrie, de l’hôpital de jour gériatrique, de la liaison interne et de la consultation gériatrique avec des intérêts particuliers au moment de l’admission et de la sortie du patient et de la programmation de celle-ci.

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 de maison de repos et de soins et des prestataires de soins des patients de plus de 75 ans en dehors de l’hôpital. Elle a pour objectif d’optimaliser la continuité des soins, d’éviter les admissions inutiles et de développer les synergies et les réseaux de collaboration fonctionnels avec les patients, leurs familles, les aidants naturels et professionnels, tous les prestataires de soins et les intervenants psycho-médicosociaux.

La liaison externe de l’hôpital doit s’intégrer dans les réseaux de soins hospitaliers et tous les réseaux et organisations de soins locorégionaux (y compris les services intégrés de soins à domicile, les cercles de médecins généralistes, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour).

*La liaison externe participe et collabore aux dépistages systématiques de la fragilité et des syndromes gériatriques pour la population vieillissante. Elle peut participer en tant que seconde ligne aux conseils de prévention dans divers domaines (nutrition, mobilité, vaccination, révision de traitement, (liste non-exhaustive).*

Un agent de l’équipe pluridisciplinaire gériatrique doit être clairement identifiée vis-à-vis des acteurs de première ligne et des autres institutions comme étant la personne de référence gériatrie externe.

1. ***SP gériatrique. (à voir avec physiothérapeutes et psychogériatres)***

*1.* ***Indications de revalidation :***

* + *Lésions neurologiques et cérébrales : AVC, hémorragies cérébrales, lésions médullaires*
  + *Lésions osseuses et articulaires : amputations, traumatisme grave, fracture col fémoral et autres fractures graves, prothèses de genou et de hanche, problèmes articulaires sévères (arthrose grave, arthrite rhumatoïde, vascularites)*
  + *Lésions vasculaires périphériques (artérite), cardiaques (infarctus, chirurgie cardiaque-valvulaire, pontages)*
  + *Déconditionnement sévère (post affections internistiques, infectieuses, chirurgicales), sarcopénie sévère réversible*
  + *Brûlures et plaies complexes*
  + *Autres revalidation complexe chez un patient gériatrique*

*2.* ***Indications de « stabililisation »*** *d’affection ne nécessitant plus des soins aigus.*

***3. Indications psychogériatriques***

***Thérapie :***

* + *Le patient prend part à une thérapie la plus intensive possible (dans le cadre de revalidation : au moins 60 min /jour de thérapie intensive pluridisciplinaire, 6j/semaine)*
  + *Empowerment du patient possible*
  + *Lors de la sortie le patient est de préférence orienté vers le domicile, qui sera préalablement adapté aux capacités récupérées afin de garantir la continuité des soins avec le domicile. Si les capacités du patient sont insuffisantes, le patient sera réorienté vers une institution de long séjour.*

***Moyens :***

* + *Soins infirmiers 24h/24h*
  + *Soins médicaux :* 
    - *Tour de salle quotidien*
    - *Permanence téléphonique 24h/24h*
    - *Disponibilité de soins spécialisés*
  + *Équipe gériatrique pluridisciplinaire*

1. **Normes de personnel**
2. **Unité d’hospitalisation (par 24 lits)**

* Une infirmière en chef
* Infirmiers (calcul de ce qu’il faut comme personnel infirmier pour avoir sur une journée 7 pauses d’infirmières et 5,5 pauses d’aide-soignante),
* Kiné (calcul pour avoir 1.5 agent/J la semaine et 0.5 les JF et WE),
* Ergo (idem),
* Psy (présence de 8 demi-journées par semaine),
* Assistant social (présence de 8 demi-journées par semaine),
* Diététicien (présence 12h par semaine),
* Logo (présence 2h par jour WE compris),
* Aide logistique (un temps plein présent tous les jours),
* Hygiéniste bucco-dentaire (0,2 équivalent temps plein)
* Pharmacien clinicien 0.5 ETP
* Gériatre 3 équivalents temps plein pour 48 lits (médecin coordinateur non compris).

1. **Liaison interne gériatrique**

L’équipe pluridisciplinaire de liaison interne gériatrique est composée de personnes ayant les qualifications de l’équipe gériatrique de base. Les proportions exactes de ces différents métiers seront déterminées par le gériatre chef du programme de soins aux patient gériatrique et le coordinateur non-médecin responsable du programme de soins pour le patient gériatrique.

Le nombre d’équivalents temps plein inclus dans l’équipe dépend du nombre d’admissions de patients de plus de 75 ans admis dans des services non-gériatriques. Il y a au minimum 3 équivalents temps plein additionnés de 0,25 équivalent temps plein par tranche entamée de 500 admissions supplémentaires au-delà de 1000 admissions (gériatres non compris).

1. **Hôpital de jour gériatrique**

Tous les métiers de l’’équipe multidisciplinaire du programme de soins gériatriques doit pouvoir intervenir à l’hôpital de jour gériatrique.

Le financement doit prévoir la présence de 6 équivalents temps plein pour un hôpital de jour gériatrique qui accueillerait 6 patients par jour (1500 admissions par an).

La répartition entre les paramédicaux peut varier selon les besoins de chaque hôpital de jour gériatrique.

Présence quotidienne d’un gériatre pour un hôpital de jour de minimum 6 places.

1. **Sp gériatrique.**

*Reprendre (et ajuster ?) les normes de SP locomoteur SP psychogériatrie + accès possible à tous les métiers décrits pour l’hospitalisation en gériatrie*

*Voir quid physiothérapeute, gériatre, psychogériatre, …*

1. **Liaison externe gériatrique.**

Un membre de l’équipe pluridisciplinaire gériatrique doit consacrer au minimum un demi équivalent temps plein aux activités de liaison externe gériatrique.

1. **Normes architecturales**

L’ensemble du service de Gériatrie doit être équipé pour pouvoir accueillir des personnes à mobilité réduite. Les couloirs doivent être équipés de mains courantes.

1. Unité d’hospitalisation

Les locaux et leur accessibilité doivent être adaptés aux personnes à mobilité réduite.

Outre les chambres et les locaux classiques d’une unité d’hospitalisation, chaque unité doit pouvoir disposer :

* D’un local d’exercices pour le kiné,
* De locaux en suffisance pour l’activité de chacun des membres de l’équipe pluridisciplinaire, certains locaux pouvant avoir des affectations mixtes,
* Un espace de vie pour les patients où une partie peut être aménagée en salle à manger et/ou en salon,
* Un local d’entretien pour des conversations avec le patient et/ou les proches,
* Chaque chambre doit être équipée d’une salle de bain avec sonnette, toilettes, douche et lavabo adaptés,
* Idéalement, une baignoire à hauteur variable doit être accessible pour les patients dans des situations particulières (sans qu’il n’y en ait forcément une pour chaque unité de soins),
* Des signalisations adaptées doivent être clairement visibles afin que les patients et les familles s’orientent facilement dans le service.

1. Hôpital de jour gériatrique

L’hôpital de jour gériatrique doit comporter :

* un local d’examen,
* 4 bureaux pour ergo, psycho, infirmier et un polyvalent,
* un local kiné,
* un bureau secrétariat,
* une salle de soins (matériel de prélèvements, de soins de pansement, etc.)
* une salle d’attente permettant d’accueillir les patients mais également les familles qui doivent pouvoir rester présentes durant le séjour du patient à l’hôpital de jour.
* au minimum une chambre pouvant accueillir plusieurs patients ou plusieurs chambres individuelles.

1. Liaison interne gériatrique

L’équipe pluridisciplinaire de liaison interne gériatrique doit pouvoir disposer de :

* locaux de travail permettant la rédaction des notes et la réalisation des réunions pluridisciplinaires
* locaux permettant des rencontres avec des patients (si les conditions des salles d’hospitalisation ne le permettent pas avec l’intimité nécessaire)

1. Sp gériatrique
2. **Parcours de soins des patients de 75 ans et plus au sein de l’hôpital**
3. Système d’évaluation transversale standardisée

§ 1. *Idéalement, toute personne âgée devrait bénéficier d’un dépistage de la fragilité et des syndromes gériatriques et, si besoin est, d’évaluation dans le contexte des soins et suivi effectués par la 1ère ligne de soins.*

*Ces dépistages et évaluations doivent idéalement figurer dans le dossier électronique du patient et pouvoir être transmis aux différents milieux de soins, lieux et systèmes de soins, dossiers médicaux des médecins traitants, dossiers des résidents en maison de repos et de soins, dossiers des services de soins à domicile et également dossiers des hôpitaux.*

§ 2. Pour toute admission au service des urgences ou dans un service hospitalier y compris les hôpitaux de jour gériatriques, un dépistage au moyen d’un instrument scientifiquement validé est nécessaire afin de vérifier si le patient de 75 ans ou plus justifie une intervention particulière dans le cadre du programme de soins pour les personnes âgées.

§ 3. L’équipe médicale et de soins où est hébergé le patient doit statuer sur l’intérêt d’appeler l’équipe de liaison interne gériatrique et noter le résultat de cette réflexion dans le dossier du patient (tel que décrit à l’article 5). Cette réflexion est basée sur une évaluation minimale de des aspects médicaux, fonctionnels, mentaux et sociaux. Afin d’assurer la meilleure orientation possible, un dépistage initial est souhaitable dès avant la porte d’entrée de l’hôpital. Les données issues des dépistages et évaluations en 1ère ligne doivent idéalement être transmises à l’hôpital.

§ 4. L’équipe médicale et de soins où est hébergé le patient peut rédiger une demande d’intervention de l’équipe de liaison interne gériatrique. Il convient de préciser le motif de l’appel. L’équipe de liaison interne évalue de manière complémentaire le patient et fait ses recommandations qui figureront dans le dossier du patient.

Si le patient n’est pas hospitalisé en gériatrie, les résultats des rapports de liaison interne gériatrique sont intégrés dans le rapport de sortie.

Si le patient est hospitalisé en gériatrie, le rapport de sortie reprendra les résultats des évaluations et avis de l’équipe pluridisciplinaire.

1. **« Suivi de la revalidation et réhabilitation » (à revoir avec la première ligne)**

§1. Dès que nécessaire, la revalidation et la réhabilitation font partie intégrante des soins gériatriques et nécessite un échelonnement, des normes et des infrastructures adaptées.

§2. **Échelonnement de la revalidation pour le patient âgé / gériatrique et des critères d’admission**

1. Revalidation lors de la phase aiguë d’hospitalisation en gériatrie :

* La revalidation (ou la prévention du déclin fonctionnel) débute dès que médicalement possible pour tout patient hospitalisé.
* Le patient prend part à des activités visant à préserver/améliorer ses capacités fonctionnelles
* En fonction de la problématique, du potentiel de revalidation et des réserves du patient, l’équipe soignante inclura dans le plan de sortie un transfert vers l’infrastructure la plus adéquate.

1. Sp gériatrique :

Ce service peut servir pour des revalidations gériatriques complexifiées par la fragilité et/ou la dépendance.

1. Revalidation ambulatoire pour le patient gériatrique

*La majorité des revalidations relève de la première ligne à domicile et/ou résidentiel.*

*Certaines pathologies relèvent de service de revalidation spécialisé.*

*Des revalidations spécifiques peuvent être effectuée en hôpital de jour gériatrique.*

1. ***Dépistage global et parcours de soins pour les populations vieillissantes (Chapitre a revoir avec la première ligne)***
2. *Organisation du dépistage systématisé (grand public) de la fragilité et de la dépendance.*

*§1. La 1ère étape est l’utilisation d’outils d’auto-évaluation validés comparables à ceux promus par l’OMS.*

*Les différents prestataires de soins qui travaillent en 1ère ligne veillent au dépistage chez les personnes qui ne l’auraient pas effectué avec des outils d’auto-évaluation.*

*§2. Si le dépistage est négatif, des conseils préventifs sont donnés à la personne qui est invitée à réeffectuer une évaluation systématiquement après 6 mois.*

*§3. En cas d’éléments positifs dans les outils de dépistage, le médecin généraliste est prévenu.*

*§4. Un « centre de santé préventive pour les personnes âgées » effectue l’interprétation d’éléments positifs, les premiers triages et des éventuels conseils sont générés.*

*Pour réaliser ces évaluations et interventions, le centre est composé d’une équipe d’intervenants de la 1ère ligne en étroite collaboration avec le réseau gériatrique local (liaison externe gériatrique)*

1. ***Parcours de soins « Prévention + ».*** ***(Dénomination à revoir, chapitre à revoir avec la première ligne)***

*§1 Les personnes détectées comme ayant un ou plusieurs critères de fragilité entrent dans un parcours de soins intitulé « Prévention + ».*

*§2. Les patients sont admis dans ce parcours de soins soit suite au dépistage effectué en 1ère ligne, soit suite à l’intervention de l’équipe d’une des composantes du programme de soins pour le patient gériatrique,*

*§3. Les patients entrant dans cette catégorie doivent avoir un médecin généraliste et un dossier médical global.*

*§4. Ils bénéficient d’un remboursement préférentiel pour les soins en lien avec la prévention et avec les répercussions de leur fragilité.*

*§5**. Une télécoordination annuelle entre l’équipe de première ligne coordonnée par le médecin traitant et l’équipe du programme de soins coordonnée par le gériatre est prévue.*

1. ***Parcours de soins « Dépendance gériatrique» (Dénomination à revoir, chapitre à revoir avec la première ligne)***

*§1. Les patients devenus très fragiles et/ou dépendants entrent dans le parcours de soins « dépendance gériatrique »*

*§2. Les patients sont admis dans ce parcours de soins soit suite au dépistage effectué en 1ère ligne, soit suite à l’intervention de l’équipe d’une composante du programme de soins pour le patient gériatrique,*

*§3. Les patients entrant dans cette catégorie doivent avoir un médecin généraliste et un dossier médical global.*

*§4. Ils bénéficient d’un remboursement préférentiel pour les soins en lien avec leur fragilité/dépendance.*

*§5. Une télécoordination semestrielle entre l’équipe de première ligne coordonnée par le médecin traitant et l’équipe du programme de soins coordonnée par le gériatre est prévue. Une évaluation gériatrique standardisée individualisée est prévue annuellement à l’hôpital de jour gériatrique, sauf si le médecin traitant n’en voit pas d’utilité.*

1. **« Guide pratique du programme de soins aux personnes âgées de (nom de l'hôpital) »**

Ce guide comprend les modalités pratiques :

* de mise en œuvre du programme de soins au sein de l’hôpital
* des interactions avec les acteurs et institutions de première ligne
* des relation avec les patients
* de la politique de qualité et son suivi
* de la diffusion des protocoles et guidelines

Le contenu de ce guide est précisé par le Collège de gériatrie.

Le guide pratique du programme de soins aux personnes âgées de (nom de l'hôpital) » est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins. Il peut être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital et par des autres prestataires associés au programme de soins en raison de la collaboration, ainsi que par le patient ou son représentant.

Ce guide fait l'objet d'une actualisation régulière.

1. **Collège de gériatrie**

Le collège de gériatrie émet des recommandations générales concernant des aspects pratiques du programme de soins aux personnes âgées et permet de mutuelliser des réflexions générales. Il veille au suivi de la qualité des soins.

Le Collège de gériatrie compte parmi ses missions :

* le soutien des hôpitaux dans la réalisation et l'adaptation d'un « Guide pratique du programme de soins aux personnes âgées de (nom de l'hôpital) »
* l’élaboration d’indicateurs de qualité
* l’élaboration de critères d’évaluation du suivi de la qualité, des objectifs de soins et de continuité du présent arrêté royal.
* la rédaction de recommandations sur les dépistages et les données de base à collecter dans les services non gériatriques

Le collège de gériatrie est composé de…. *(composition proche de celle du CA de la SBGG)*

1. **Système informatique**

La collecte et transmission de données du patient nécessite un système informatique multidisciplinaire partagé actualisé et transmural.

Les dépistages, évaluations, diagnostics et traitements doivent idéalement figurer dans le dossier électronique du patient et pouvoir être transmis dans les différents milieux de soins, lieux et systèmes de soins, dossiers médicaux des médecins traitants, dossiers des résidents en maison de repos et de soins, dossiers des services de soins à domicile et également des dossiers des hôpitaux.

1. ***Financement (doit faire l’objet d’un texte séparé)***

*Voir ce qui est financé dans le programme de soins, ce qui a un autre financement (diététicien, AS, …), ce qui doit être éventuellement changer (kiné ?)*

*Quid du financement académique complémentaire ?*