

Hôpital de Jour Gériatrique

Cours Inter Universitaire, Master de
Gériatrie
Mai - 2023
S. Gillain

Objectifs

- Vous expliquer/rappeler l'importance de l'HJG (programme)
- Vous présenter un HJG « type »
- Vous laisser travailler (groupes)
 - Réfléchissez « EGS »
 - Partagez vos expériences / « trucs et astuces »
 - Présentation rapide du résultat de votre travail de groupe
 - Un échange de commentaires/ questions-réponses

Contenu

- Courte introduction « théorique »
 - Un élément du Programme de soins pour le patient âgé
 - Objectifs de l'HJG : population
 - Moyens mis à disposition
 - Ressources humaines / Compétences
 - Organisation(s)
- Travail de groupes : 4 cas cliniques
 - Patient en perte d'autonomie
 - Patient adressé pour perte de poids
 - Patient chuteur
 - Patient adressé par le service d'oncologie
- Rapport des groupes
- Courte conclusion

Le programme de soins pour le PA

- A.R. de 2007, modifié en 2014
- Guide et protection unique en son genre
 - Population cible
 - Objectifs
 - Fonctions : Salle, **HJG**, Consultations, Liaison I, Liaison E
 - Compétences : G, Inf, E, K, N, Logo, Diet, AS
 - Ressources humaines (ETP)
 - Normes architecturales
- En cours de révision -> adapter aux défis actuels/ futures
 - Invitation à saisir membre(s) du CA de la SBGG proche(s) de vous

Objectifs et Population cible de l'HJG

- Améliorer le plan de soins et revoir les médicaments
- Prévenir le déclin fonctionnel
- Préciser les soins du patient / représentant
- Assurer la continuité des soins avec les autres lignes de soins
 - MT, Autres médecins spécialistes, Paramédicaux, Services sociaux

- PA de 75 ans et plus
 - Tarification « HJG »
- PA de moins de 75 ans mais « fragilisée », critères de population cible du Programme de Soins du PA
- Domicile , adressé par MT, Autre spécialiste
 - Suivi hospitalisation,
 - Bilan fonctionnel dans le contexte d'un syndrome gériatrique,
 - Perte de poids, d'autonomie, troubles cognitifs ou thymiques, chutes, incontinence
 - Mais aussi douleurs chroniques, troubles du sommeil, polymédication, automédication...
 - Cas particuliers

HJG au CHU de Liège : le staff

- Organisation selon les ressources disponibles
 - Nombreux HJG différents
 - CHU évoqué mais pas de référence absolue
- Equipe
 - Secrétaire (RDV, Planning, Accueil, Repas, Brancardage)
 - Infirmière (Paramètres, Médications, Mini EGS « anamnétique », Echelles)
 - Ergothérapeute (Environnement, Aides, Afférences, Mobilité, Autonomie)
 - Neuropsychologue (Bilan, Suivi, Soutien ; Cognitif, Thymique, Anxieux, Discernement)
 - Médecin (Bilan médical, Conclusion de l'EGS, Plan de soins et projet ET Rédaction d'un rapport médical complet adressé au MT et...)
 - Kinésithérapeute (Bilan marche, équilibre, force, masse, TUG, Tinetti, Vitesse de marche, SPPB Pathologie F chronique ?)
 - Avis diététique, logopédique, psychiatrique, ... sur demande

HJG (CHU): le public

- **PA > 75 ans**
 - Hospitalisé en gériatrie à NDB et nécessitant un suivi fonctionnel
 - Hospitalisé au S-T « dépisté » fragile par la liaison
 - Reçu aux urgences NDB ou S-T, non hospitalisé mais nécessitant un bilan en raison de la présence d'un syndrome gériatrique
 - Référé par leur médecin traitant pour un bilan multidisciplinaire
- **Plus rarement, patient de < 75 ans avec profil gériatrique**
 - Polypathologie, polymédication, isolement social...

HJG : les rôles / actions

- Suivi de l'évolution du motif d'hospitalisation
 - BPN, diabète, troubles ioniques, mise en place d'aides, compliance medic et réglette...
- Dépistage des syndromes gériatriques
 - Chutes
 - Troubles cognitifs et/ thymiques
 - Anorexie, Tr déglutition et malnutrition
 - Plaies, ulcères, incontinence
 - Déficits sensoriels
 - Isolement social
 - Aptitude à la conduite, Cara



Bilan fonctionnel
multidisciplinaire

HJG : le fonctionnement le plus fréquent

- Première consultation

- Bilan infirmier
 - Paramètres, Anamnèse, Revue des médicaments
 - MNA, Test à l'eau, Plaies ...
- Bilan moteur (réalisé par le kiné)
 - Non cumulable avec une autre séance de kiné
- Bilan médical
 - Motifs d'hospitalisation / consultation
 - Anamnèse et examen clinique (+marche)
 - Dépistage des syndromes gériatriques au besoins



Bilan fonctionnel et éventuels examens complémentaires

Hôpital de jour gériatrique

- **Bilan fonctionnel multidisciplinaire**

- **Infirmière:**

- Anamnèse et hétéroanamnèse
- Poids, taille, BMI, PA, Test à l'eau, plaies
- Traitement et mode de gestion
- Echelles: ADL, IADL, MNA, NPI, GDS,
- Informations: aides, lieux d'accueil, formalités administratives
- relais AS au besoin

Hôpital de jour gériatrique

- **Bilan fonctionnel multidisciplinaire**
 - Ergothérapeute:
 - Revue de l'environnement, de la marche, chaussures, aides
 - Gestion médicamenteuse
 - Mise en situation pratique
 - Bilan des afférences sensorielles: vue et ouïe
 - Utilisation des prothèses

La revue de l'environnement ... Pourquoi ? Intérêt ?



Barres d'appuie



Rehausseur



Ouvre-bouteille



Conseils chaussage



Montre parlante



Tortillons et

lacets élastiques ...

Dépistage des afférences visuelles: Intérêt ?

La désafférentation visuelle peut entraîner :

- des chutes
- réduire la qualité de vie
- l'isolement social, la dépression, l'anxiété
- le dysfonctionnement cognitif : désorientation, confusion, délire, hallucinations

Assessing the interest of systematic screening of sensory desafferentation in geriatric day clinic,
A. Mergam, V. Wojtasik , & al, 2009.

- 95 P : Visual deficits were observed in 75% (far vision) and 46% (near vision) of patients.
- 56% of patients showing visual deficit did not have an ophthalmologic consultation during the previous year and 12% did not wear correction glasses.

Conclusion: Dépistage de déficit visuel+ (anormal) pour $\frac{3}{4}$ des patients reçus

□ Consultation en ophtalmologie et discussion « voiture »

Evaluation de la vision de loin

Matériel de dépistage standard

Projecteur d'optotypes

Pièce plutôt sombre

P. assis à 3m du tableau

+ lunettes monoculaire et binoculaire

Norme > à 5/10



Evaluation de la vision de près

Matériel de dépistage simple et standard:

Le Tableau de Parinaud :

P. Assis + lunettes de lecture

P. tient le tableau (observer!)

Binoculaire

Norme P= 4 binoculaire

Inconvénient : savoir lire

Connaître le français



Dépistage de la DMLA

Matériel de dépistage simple et standard:

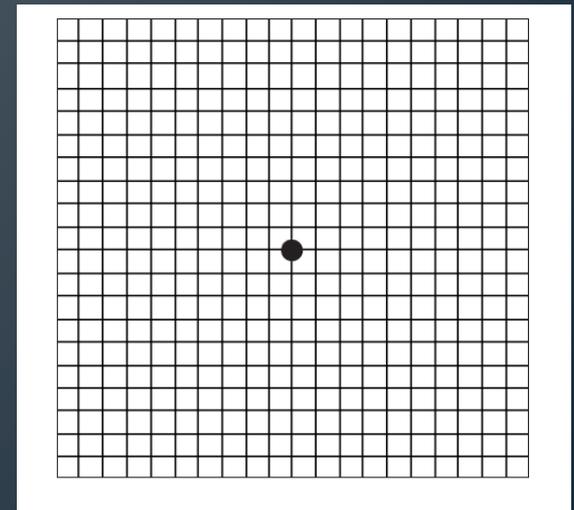
La Grille d'Amsler :

P. Assis + lunettes de lecture (ou V+ ou dble F),

Th. tient la grille (+-35 cm)

Monoculaire, luminosité +

Relever les distorsions



Dépistage des afférences auditives: Intérêt ?

La désafférentation auditive peut entraîner :

- l'isolement social, la dépression, l'anxiété
- réduire la qualité de vie
- le dysfonctionnement cognitif : désorientation, hallucinations , ...

Assessing the interest of systematic screening of sensory desafferentation in geriatric day clinic,
A-N Mergam, V. Wojtasik , & al, 2009 □ Presbycusis screening showed 35% of consulting patients had an auditory deficit –only 23% of these had a hearing-aid.

Conclusion: Dépistage de déficit auditif + pour 1/3 des patients reçus

- Consultation chez ORL, surtout en présence de plaintes cognitives

Les afférences auditives

Matériel de dépistage standard :

**Test d'audiométrie vocale : Listes de Fournier
10 mots dissyllabiques / oreille.**

Voix enregistrées à un niveau constant,

Diffusion par MP3 + casque, calibré à l'aide d'un
audiomètre, P. assis, casque s/ 1 oreille à la fois :

« Répétez les mots que vous entendez »

Diffusion de 2X10 mots à 70 décibel

Dépistage des afférences auditives

Test d'audiométrie vocale : Listes de Fournier , 10 mots dissyllabiques/oreille

« Répétez Les mots que vous entendez. »	Oreille droite piste 24 – 70 db Vol mp3 19		Oreille gauche piste 28 – 70 db	
	Le souci		Le repas	
	Le tripot		Le complot	
	Le balai		Le savon	
	Le vallon		Le curé	
	Le saindoux		Le sanglot	
	Le brigand		Le poulet	
	Le rouleau		Le chainon	
	Le défi		Le sachet	
	Le bambin		Le remous	
Le secret		Le coquin		
	... /10		... /10	
performances < 80% = pathologique ☐ ORL !				

HJG : bilan neuropsychologique

- Neuropsychologue

- Bilan neuropsychologique « adapté »
 - A visée thymique, A visée cognitive ou les deux
 - En fonction de votre demande
 - 45 minutes
- Suivi neuropsychologique
 - Cognitif / Thymique
 - Accompagnement du patient ou de sa famille
 - Prise en charge des familles « counseling »
- La revalidation cognitive
 - Bilan réalisé en HJG
 - Réunion □ dossier □ contacts mutuelle et patient □ programme

HJG : bilan neuropsychologique

- **Neuropsychologue**
 - Anamnèse complète; langue, formation, métier, activités...
 - Bilan thymique
 - Anamnèse, GDS 15, HADS, Critères diagnostique du DSM-V
 - Bilan cognitif
 - Echelles cognitives globales
 - MMSE, MoCA, Mattis
 - (Tests attentionnels)
 - Batterie TEA
 - Tests mnésiques
 - Test des 5 mots, Grober et buschke 16 items
 - Tests des fonctions exécutives
 - Copie de la figure de Rey, Luria, Trail Making test , Stroop
 - Batterie rapide d'évaluation frontale, BREF
 - Fluences langagières
 - Sémantique / phonétique

Hôpital de jour gériatrique

- **Kinésithérapeute**
 - Bilan de mobilité systématique et global
 - Bilan musculo-squelettique
 - Bilan moteur analytique
 - Evaluation de la marche et compris en double tâche
 - Bilan de marche et d'équilibre: Tinetti, vitesse de marche, timed chair stand, Timed up and go
 - Patho F chronique : 60+20 séances de kiné (/année civile)
 - Tinetti <20, Lever de chaise > 14 secondes, TUG > 20 secondes
 - Vitesse de marche < 0.8 m/sec = chute récente et/ou chute dans les 6 mois !
 - Indication de revalidation ? Mise en place d'une aide mécanique ?
- Proposition de revalidation individuelle sur le site NDB
 - Selon disponibilité de l'équipe de kiné
- Suivi des patients, sur demande

Hôpital de jour gériatrique

- **Seconde rencontre médicale**
 - **Moment important pour le patient, la famille, le MT**
 - Réaliser la synthèse du bilan organique et fonctionnel
 - Intégration des différents diagnostics et déficits fonctionnels
 - Elaboration d'un plan de prise en charge personnalisé
 - Proposer le cas échéant une revalidation
 - Proposer le cas échéant un traitement
 - Encadrer le déclin d'autonomie
 - Assurer l'autonomie résiduelle

C'est pas fini !!

Et après le bilan ... le rôle du gériatre ?



- Intégrer le bilan fonctionnel au « dossier organique »
- Proposer des solutions
 - Etre pratique
 - Etre réaliste
- Transmettre l'info
 - Patient, famille, MT, soignants, autres spécialistes
- Etre à l'écoute, accompagner

HJG : cas particuliers

- Le bilan pré-TAVI
- Le patient oncologique
- L'aptitude automobile
- Le patient adressé en post-hospitalisation
- Le patient adressé via la liaison

Le patient pré-TAVI

- La loi définit le cadre du remboursement de la mise en place de tout **stent valvulaire percutané implantable en position aortique**.
- https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2016072005
- Ces critères concernent : le centre hospitalier (ou réseau), le service de cardiologie, l'équipement et les RH nécessaires avant, pendant et après l'intervention.
- Et comprennent la présence d'un gériatre au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui rend un avis concernant l'indication de la mise en place du dispositif.

Le patient pré-TAVI

La concertation multidisciplinaire réalisée par une équipe multidisciplinaire composée au minimum des six ou sept médecins-spécialistes suivants :

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque qui effectueront l'intervention **ET**

1 cardiologue interventionnel et 1 chirurgien cardiaque supplémentaires **ET**

1 cardiologue avec une expérience en échocardiographie transoesophagienne **ET**

1 cardiologue avec une expérience en insuffisance cardiaque **ET**

1 gériatre si le bénéficiaire a 75 ans ou plus.

Le patient pré-TAVI

Critères concernant le bénéficiaire : la prestation 172734-172745 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond simultanément aux critères suivants:

- 1) **Symptomatique** du fait d'une sténose sévère de la valve aortique, comme défini par les directives ESC les plus récentes;
- 2) **Risque opératoire élevé** ou patient ne pouvant pas entrer en ligne de compte pour une opération, tel qu'évalué par l'équipe multidisciplinaire, en tenant compte de tous les éléments du dossier médical;
- 3) **Faisabilité technique d'une implantation percutanée** d'une valve aortique;
- 4) Une estimation de **l'espérance de vie générale suffisante** après l'intervention au moyen du dispositif.

Critères concernant le dispositif

Le patient pré-TAVI : En pratique

Organisation

- Quand l'indication « théorique » est posée □ l'infirmière de cardiologie contacte nos secrétaires de l'HJG
- HJG souvent placé « durant » le bilan cardiologique
- Améliorations possibles : avant la coronaro, brochure HJG, brochure cardio

Objectifs du bilan

Symptômes ?

Compréhension du geste / risque

Evaluation des risques : chute, confusion, polymédication...

Prise en charge des facteurs de risque « modifiables » :
médications, marche, risque de chute, aide au domicile...

Suivi non « prévu d'office » mais souvent souhaitable

Le patient en bilan oncologique

PA > 75 ans et G8 ≤ 14

Bilan complet dès la première visite

Objectifs du bilan

Symptômes ?

Compréhension de la situation ? Traitement ? Craintes ?

Evaluation des risques : chute, confusion, polymédication + Score de LEE, Score
Crash

Prise en charge des facteurs de risque « modifiables »

Suivi toujours « prévu d'office »

Echelle G8 adresse le patient au gériatre

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

- Plan cancer
- Validée en français
 - Soubeyran P. Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project.
- Obligatoire en France
- Score **≤ 14**
- Implication d'un gériatre dans le plan de soins

Le patient en bilan oncologique

PA > 75 ans et G8 ≤ 14

Bilan complet dès la première visite

Objectifs du bilan

Symptômes ?

Compréhension de la situation ? Traitement ? Craintes ?

Evaluation des risques : chute, confusion, polymédication + **Score de LEE,**
Score Crash

Prise en charge des facteurs de risque « modifiables »

Suivi toujours « prévu d'office »

Score de Lee

- Risque de mortalité “toutes causes” à 4 ans
- SJ Lee et al. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA 2006 295: 801-808.

Facteurs de risque	Points
Age	
60-64	1
65-69	2
70-74	3
75-79	4
80-84	5
>85	7
Masculin	2
Diabète	1
Cancer	2
Pathologie pulmonaire	2
Insuffisance cardiaque	2
BMI<25	1
Fumeur (tabagisme actif)	2
Problèmes de dépendance	
Dépendance pour la toilette	2
Dépendance pour la gestion de l'argent	2
Difficultés à marcher au-delà de 500 m	2
Difficultés à pousser ou tirer des objets lourds (> 5 kg)	1
Total	

0-5 points : mortalité à 4 ans estimée à 3%,
 6-9 points : mortalité à 4 ans estimée 15%,
 10-13 points : mortalité à 4 ans estimée 41%,
 ≥14 points : mortalité à 4 ans estimée 65%,

Low risk
 Medium risk
 high risk
 highest risk

Score de Lee

- Risque de mortalité “toutes causes” à 4 ans
- SJ Lee et al. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA 2006 295: 801-808.



Cycles : validation cohort

Facteurs de risque	Points
Age	
60-64	1
65-69	2
70-74	3
75-79	4
80-84	5
>85	7
Masculin	2
Diabète	1
Cancer	2
Pathologie pulmonaire	2
Insuffisance cardiaque	2
BMI<25	1
Fumeur (tabagisme actif)	2
Problèmes de dépendance	
Dépendance pour la toilette	2
Dépendance pour la gestion de l'argent	2
Difficultés à marcher au-delà de 500 m	2
Difficultés à pousser ou tirer des objets lourds (> 5 kg)	1
Total	

0-5 points : mortalité à 4 ans estimée à 3%,
 6-9 points : mortalité à 4 ans estimée 15%,
 10-13 points : mortalité à 4 ans estimée 41%,
 ≥14 points : mortalité à 4 ans estimée 65%,

Low risk
 Medium risk
 high risk
 highest risk

Score CRASH, en cas de chimiothérapie

- [4 catégories de risque de développer une toxicité sévère](#)
- <https://moffitt.org/eforms/crashscoreform>
- <https://www.mdcalc.com/calc/10425/chemotherapy-risk-assessment-scale-high-age-patients-crash-score#evidence>
- Extermann et al. Cancer, Epub Nov 9,2011

- Risque lié à
 - Chimiothérapie (slide suivant)
 - Pression artérielle diastolique
 - IADL
 - PS
 - MNA
 - MMSE

Score CRASH, en cas de chimiothérapie

0	1	2
Capecitabine 2g	Capecitabine 2.5 g	5-FU/LV (Roswell-Park)
Cisplatin/pemetrexed	Carboplatin/gemcitabine AUC 4-6/1 g d1,d8	5-FU/LV (Mayo)
Dacarbazine	Carboplatin/pemetrexed	5-FU/LV and bevacizumab
Docetaxel weekly	Carboplatin/paclitaxel q3w	CAF
FOLFIRI	Cisplatin/gemcitabine d1,d8	Carboplatin/docetaxel q3w
Gemcitabine 1 g 3/4 wk	ECF	CHOP
Gemcitabine 1.25 g 3/4 wk	Fludarabine	Cisplatin/docetaxel 75/75
Paclitaxel weekly	FOLFOX 85 mg	Cisplatin/etoposide
Pemetrexed	Gemcitabine 7/8 wk then 3/4 wk	Cisplatin/gemcitabine d1,d8,d15
	Gemcitabine/irinotecan	Cisplatin/paclitaxel 135-24 h q3w
	PEG doxorubicin 50 mg q4w	CMF classic
	Topotecan weekly	Doxorubicin q3w
	XELOX	FOLFOX 100-130 mg
		Gemcitabine/pemetrexed d8
		Irinotecan q3w
		Paclitaxel q3w
		Docetaxel q3w
		Topotecan monthly

Abbreviations: 5-FU, 5-fluorouracil; AUC, area under the concentration-time curve; CAF, cyclophosphamide, doxorubicin, and 5-fluorouracil; CHOP, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone; CMF, cyclophosphamide, methotrexate, and 5-fluorouracil; CRASH, Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients; ECF, epirubicin, cisplatin and 5-fluorouracil; FOLFIRI, irinotecan, leucovorin, and 5-fluorouracil; FOLFOX, folinic acid, 5-fluorouracil, and oxaliplatin; LV, leucovorin; PEG, pegylated; q3w, every 3 weeks; q4w, every 4 weeks; XELOX, capecitabine and oxaliplatin.

^aRegimens that are not listed should be scored by analogy. For more precise numbers (eg, research purpose), please contact Dr. Extermann (martine.extermann@moffitt.org).

Score CRASH, en cas de chimiothérapie

Chemotherapy risk See chemotox table in Evidence for examples.	0 0	1 +1	2 +2
Hematologic Score			
Diastolic blood pressure, mmHg	≤72 mmHg		0
	>72 mmHg		+1
Instrumental Activities of Daily Living score (IADL)	26-29	0	10-25 +1
	Lactate dehydrogenase, U/L		
0-459 U/L		0	
>459 U/L		+2	
Nonhematologic Score			
Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status	0 0	1-2 +1	3-4 +2
Mini Mental Health Status	30		0
	<30		+2
Mini Nutritional Assessment	28-30		0
	<28		+2

Score CRASH, en cas de chimiothérapie

Score	Points	Risk category
Hematologic Score	0-1	Low
	2-3	Low-intermediate
	4-5	Intermediate-high
	≥6	High
Nonhematologic Score	0-2	Low
	3-4	Low-intermediate
	5-6	Intermediate-high
	≥7	High
Combined Score	0-3	Low
	4-6	Low-intermediate
	7-9	Intermediate-high
	≥10	High

HJG : autres échelles utiles

- A rendre disponibles dans le dossier
- SEGA, CFS, ISAR, Edmonton
- DRAS (risque de confusion)
- ADL/IADL
- TUG, Tinetti, SPPB
- MNA complet
- GDS 15, HADS

- Echelles de dépistage >< de diagnostique
- **Le diagnostic de fragilité c'est EGS faite en HJG**

Le patient adressé pour un bilan Onco-G

□ Clés du succès / efficacité / collaboration

- Travailler en complémentarité avec l'oncologue
 - Chacun son métier/ ses spécificités
- Ne pas perdre de temps
 - Prioriser si nécessaire
- Travailler ensemble et donc à l'unisson
 - Discuter avec l'oncologue avant de rédiger votre plan de soins
- Communiquer vos conclusions / recommandations
 - Diffuser largement les résultats du précieux bilan réalisé

HJG: l'aptitude à la conduite

- Le médecin a l'obligation d'informer son patient que son état physique ou psychique n'est plus conforme aux normes médicales minimales (art. 46 AR 23 mars 1998). A son tour, le patient doit restituer son permis de conduire auprès de l'autorité compétente dans un délai de quatre jours ouvrables à dater du jour où il a eu connaissance du défaut ou de l'affection.
- **Si le médecin est d'avis que le patient n'est plus en état de se déplacer en sécurité avec un véhicule à moteur, doit-il en informer les autorités judiciaires ?**
- Dans un avis rendu le 15 décembre 1990, le Conseil National de l'Ordre des Médecins estimait que "si un médecin, en son âme et conscience, estime que la personne concernée risque de provoquer un accident avec de lourdes conséquences pour elle-même ou pour autrui, cela justifie la mise au courant du Procureur du Roi à propos des doutes sur l'aptitude à la conduite de cette personne".

HJG: l'aptitude à la conduite

- **Y penser devant** : plaintes cognitives, plaintes attentionnelles, une altération de la vigilance, des troubles thymiques, les pathologies du sommeil, déficit visuel (vision de loin), plaintes de la famille concernant la conduite !
- **Bilan centralisé DAC**
 - Rôle central de l'ERGOTHérapeute
 - Tests neuropsychologiques attentionnels
 - Bilan neuropsychologique autre selon contexte
 - Bilan ophtalmologique
 - Dossier médical rempli par le MT
- **Autorisation de circulation**
 - Véhicule
 - Territoire
 - Horaire

HJG: pour le patient hospitalisé

- Envisager l'HJG lors de la dernière réunion pluridisciplinaire
 - Définir clairement ce qu'on attend de l'HJG, le noter dans votre lettre
 - A prévoir, selon les objectifs
 - Souvent 4 à 6 semaines après la sortie de l'hôpital
 - Déjà un gériatre référent ? Assistant en charge du patient ? Superviseur connaît le cas?
 - Contact avec le MT pour expliquer le projet HJG
 - Contacter la secrétaire pour prévoir le RDV et le noter dans la lettre de sortie
- Expliquer cette démarche à votre patient/ famille
 - Développer le projet/ les objectifs dans la lettre de sortie
- Une lettre de rappel et un contact téléphonique seront prévus une semaine avant la date du RDV en HJG

HJG: adressé à partir de la liaison

- Envisager l'HJG pour répondre aux demandes de « bilan » ne nécessitant pas d'hospitalisation
 - Ambulant vu aux urgences pour un syndrome G
 - Appel du médecin traitant pour un « bilan général »
 - Appel des collègues d'autres services de médecine interne
 - Procédure:
 - Le médecin (pas vous, l'autre) contact le secrétariat
 - Le médecin (toujours l'autre) transmet : son numéro de GSM, le motif de la consultation, toute information utile et notamment une mise à jour des médicaments

The background features a gradient from light grey at the top to a darker grey at the bottom. Overlaid on this are numerous thin, vertical, slightly wavy lines in a teal color. A solid teal horizontal band is positioned in the lower third of the image, containing the text.

A vous de travailler maintenant...

Groupes de travail

- Travail de groupes : 4 cas cliniques
 - Patient souhaitant un bilan « fonctionnel »
 - Patient adressé pour perte de poids
 - Patient chuteur
 - Patient adressé par le service d'oncologie
- Salles dédiées aux groupes formés « au hasard »
 - 30 minutes de préparation/ discussion / rédaction
- Retour en salle commune
 - 10 minutes de présentation/ question-réponses / cas

Le cas de Jeannine

- Jeannine, 76 ans, vit seule dans un appartement social au 3^{ème} étage d'un immeuble dont l'ascenseur est en panne.
- Adressée par son médecin traitant pour perte de poids
 - Ancien poids disponible dans le dossier onco de 2013 : 78 kilos
- Antécédents : HTA; Néoplasie mammaire traitée par chir, rx et chimio en 2013, suivi de 5 ans d'hormonothérapie, sans traitement depuis 2019; CLE non opéré; Polyarthrose
- Traitement: Zanidip 20 le soir, Coversyl 10 le matin, Tramadol 200 mg retard matin et soir

Le cas de Pol

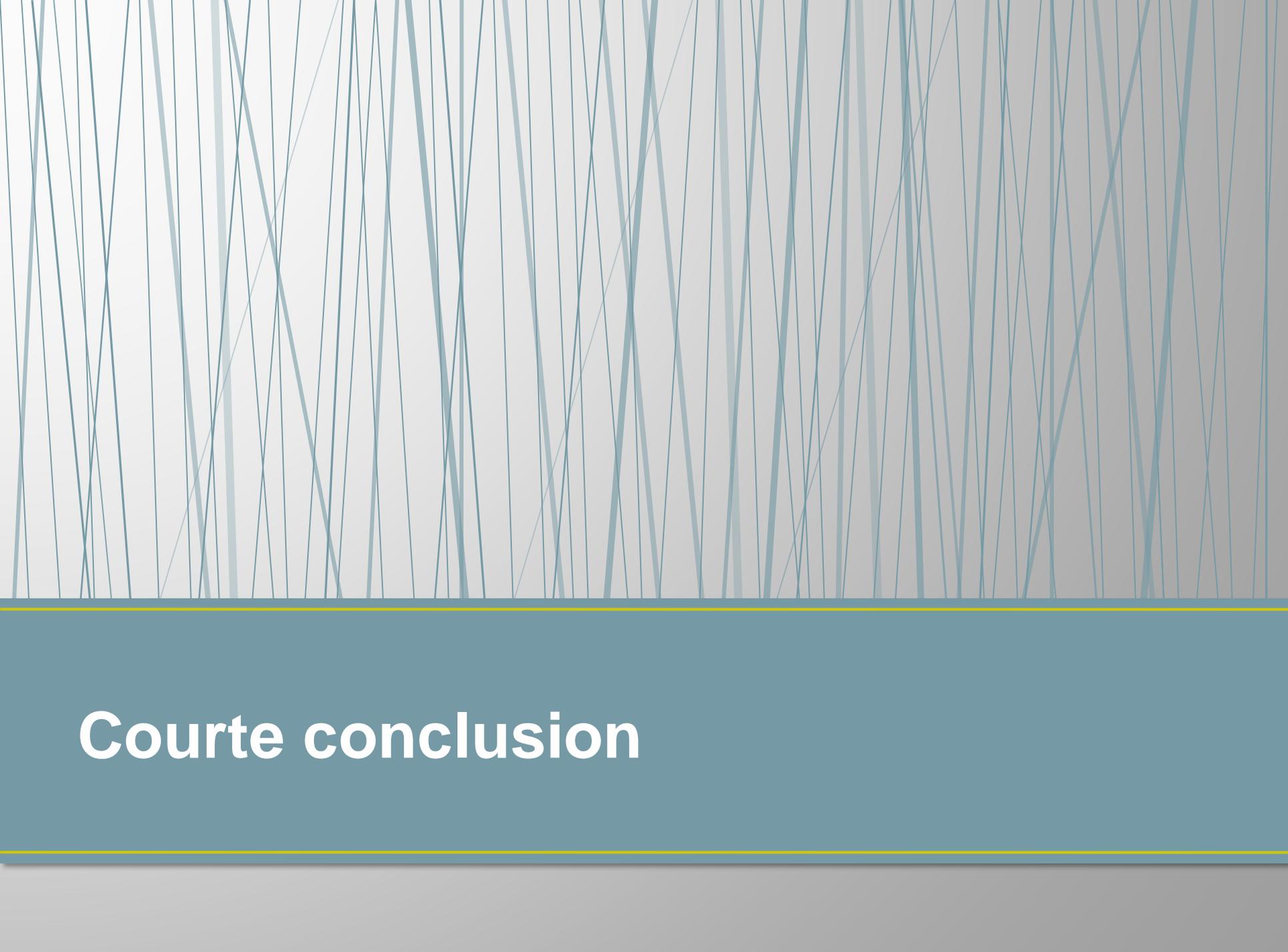
- Pol a 82 ans et vit avec son épouse dont il est l'aidant proche (Alzheimer)
- Il a récemment été hospitalisé pour des douleurs lombaires; un diagnostic de néoplasie de la prostate vient d'être posé. Le bilan d'extension confirme les métastases osseuses lombaires. L'oncologue souhaiterait votre avis concernant le traitement et la prise en charge globale.
 - La COM recommande : une castration chimique et un traitement par Xtandi.
 - Le patient souhaite savoir pourquoi on ne lui enlève pas la prostate
- Antécédents : BPCO post-tabagique, Diabète de type2 NIR, FA consacrée, artériopathie périphérique, PNP et rétinopathie post-diabétique
- Traitement : Eliquis 5 2/jour, Asaflow 80, Lyrica 75 le soir, Janumet (50+850) 2/jour

Le cas de Jean

- Jean, 75 ans est un ancien médecin généraliste travaillant dans la province du Luxembourg
- Il consulte pour la première fois un confrère
- « En excellente santé, robuste et travailleur » ; il s'est toujours soigné lui-même
- Il pense tout de même s'arrêter car il ressent des difficultés lors des visites à ses anciens patients. Le médecin de garde ne semble pas d'accord avec les changements de traitement effectués. Lui-même ne se souvenait plus de ce qu'il avait recommandé.

Le cas de Mathilde

- Mathilde a 92 ans, elle vit dans un grande maison entourée d'un magnifique jardin à la campagne. Mathilde est accompagnée de sa fille (résidant à Bruxelles mais ayant pris congé pour la consultation et qui voudrait vous parler « seule à seule »)
- Adressée aux urgences récemment pour chutes à répétition et confusion par son médecin traitant, elle vous est adressée par l'urgentiste pour « prise en charge globale et bilan de chutes »
 - Bilan réalisé aux urgences : Scanner cérébral sans contraste (normal pour l'âge), biologie « blanche », un grill costal droit sans lésion traumatique, ECG : FA lente à 56 bpm.
- Antécédents : FA consacrée sous sintrom, Sténose Ao, HTA, CLE non opéré
- Traitement : Sintrom selon schéma, Asaflow, Tritace 5 mg le matin, Bisoprolol selon tension (tensiomètre électronique)

The background of the slide features a series of vertical lines in various shades of teal and grey, creating a textured, forest-like appearance. A solid teal horizontal band spans the width of the slide, containing the text.

Courte conclusion

THM / Courte conclusion

- HJG est un des outils du Programme de soins permettant une prise en charge holistique, fonctionnelle et personnalisée de la personne âgée (malade ou non).
- Il n'y a pas une recette / organisation / façon de faire
- Il faut composer avec le patient et vos ressources.
- La société, la population âgée, la médecine ... évoluent
- ... vos pratiques aussi > la vérité d'aujourd'hui n'est donc ni universelle ni définitive.
- Faites évoluer vos pratiques et vous ne vous lasserez jamais !