

Manuel Gériatrique pluridisciplinaire

Centres Hospitaliers Jolimont
Sites Jolimont-Lobbes

Mis à jour mai 2017

1. La population cible : profil du patient gériatrique

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

- **Fragilité et homéostasie diminuée :**

L'organisme humain évolue au cours du temps. Après la phase de développement et son arrivée à maturité, les possibilités fonctionnelles des divers organes vont progressivement diminuer. Cette perte va réduire les possibilités d'homéostasie. Des incidents mineurs peuvent alors perturber cet équilibre devenu instable...

Les modifications physiques et psychiques ne s'opèrent pas de la même manière chez les personnes âgées. A mesure que l'âge avance, ces modifications vont devenir plus individuelles et l'âge chronologique fournit moins d'informations chez les seniors.

- **Polypathologie et polymédication**

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

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

- **Tableau clinique atypique**

Une personne âgée malade présente souvent un tableau clinique inhabituel, différent. L'anamnèse devient moins précise et doit souvent être complétée d'une hétéro-anamnèse de l'entourage. Les symptômes sont moins précis : altération de l'état général, anorexie, chute, confusion, incontinence, dénutrition, Certains symptômes peuvent également être atténués par le vieillissement. Ces modifications risquent de retarder voire même de rendre impossible le diagnostic et aggraver le pronostic

- **Coexistence d'aspects somatiques, psychologiques et sociaux**
- **Risque de déclin fonctionnel**
- **Tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne**
- **Risque de malnutrition**

Chez le patient âgé gériatrique, l'interaction entre le psychique et le physique est évidente. Ainsi un tableau clinique psychiatrique peut se présenter sous la forme d'une affection somatique ou se compliquer en problèmes physiques. Le contraire est également avéré (exemple du delirium).

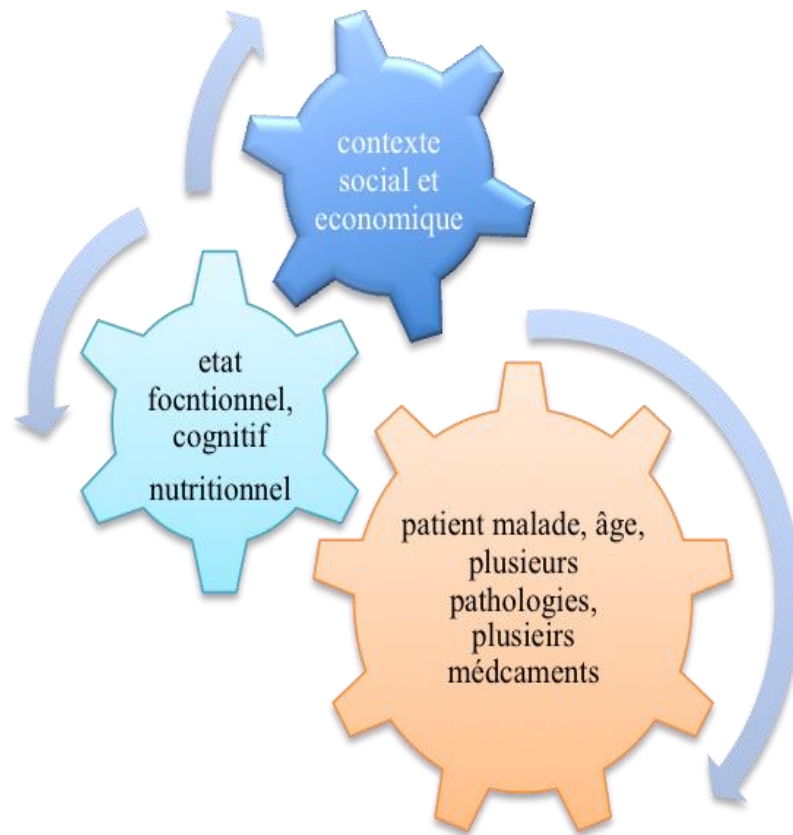
D'autres éléments relèvent de la sphère sociale du patient comme l'instauration d'un encadrement afin d'assurer le maintien au domicile ou la recherche de solutions alternatives lorsque celui-ci n'est plus possible.

Cette imbrication entre les problèmes somatiques, psychologiques et sociaux est propre au patient âgé gériatrique et implique donc une prise en charge pluridisciplinaire.

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

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

Intrication et complexité du patient âgé



2. Vision et missions

Visions

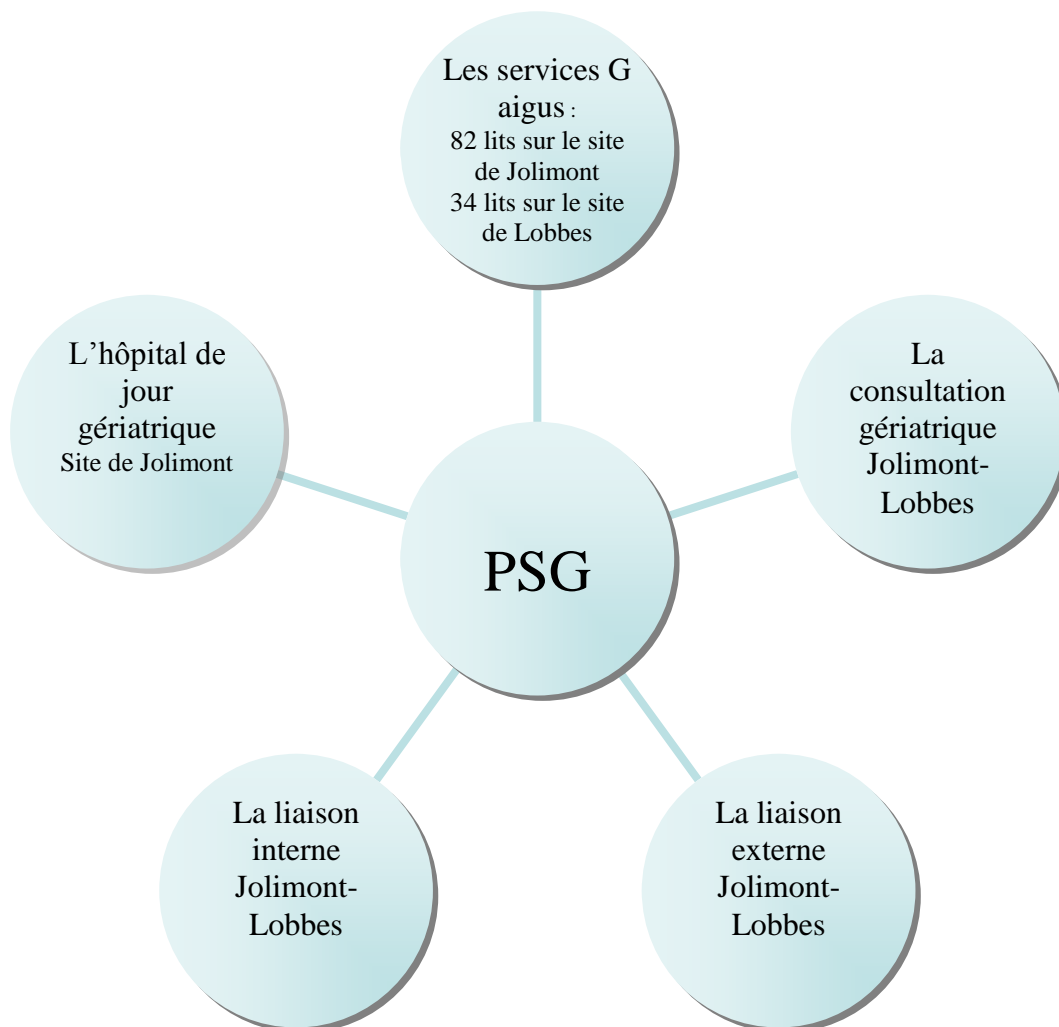
Les valeurs que nous tenons à offrir dans ce programme de soins sont :

- Prise en charge diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire du patient âgé
- Avec le souci du maintien de son autonomie et de la récupération fonctionnelle
- En respectant ses choix
- En le soulageant
- Pour une qualité de vie
- Avec un projet de soins+
- Ecoute du patient, de ses proches mais également des soignants du domicile, des maisons de repos et du médecin traitant
- Assurer une continuité des soins et une collaboration entre les différents intervenants de soins
- Un travail multidisciplinaire avec le respect de chaque métier
- Formation du personnel et éducation
- Prévention

Missions

- Dépistage des patients gériatriques aux urgences et dans les différentes unités de soins
- Sensibilisation des soignants à la prise en charge du patient âgé et fragile
- Assurer une qualité des soins

3. Description des composantes du programme de soins gériatriques



3.1. La coordination du programme de soins est assurée par :

Dr Hanotier Pierre, gériatre, médecin responsable

Mme Lorenzano Teresa, coordinatrice, Infirmière spécialisée en gériatrie et psychogériatrie

3.2. Composantes du programme de soins

3.2.1. Les services aigus

Les équipes

	G2 (28 lits) Jolimont	G3 (28 lits) Jolimont	G4 (26 lits) Jolimont	LG (34 lits) Lobbès
Spécialité	Onco-gériatrie	Gériatrie Générale	Ortho-gériatrie	Psychogériatrie
Médecins Géiatres	Dr Bettens	Dr Hanotier	Dr Hanotier	Dr Fiorito
Médecins	Dr Petit et Dr Ngirabacou (Oncologue)		Dr Coyette (médecin interniste)	Dr Boyjonauth (oncologue)
Médecins généralistes hospitaliers	/	Dr Baneton	Dr.Vandenbroucke	/
Assistants	2	1	1	1
Infirmiers en chef	Mme. Dejehansart	Mme.Beheydt	Mme.Lorenzano	Mr.Didion
Infirmière chef de service	Mme Bosquillon	Mme Bosquillon	Mme Bosquillon	Mme Bosquillon
Kinésithérapeute	Collard Louise et Colette	Albert Anna Catherine	Baudouin Véronique et Boe Sacha	Maitre christian, Nicaise Laetitia et Cowe Sarah
Ergothérapeute	Foret Morgane	Davin Vincianne	Falzone Marie	Quaresme Catherine
Logopède	A la demande	A la demande	A la demande	A la demande
Psychologue	Moreau Stéphanie	Moreau Stéphanie	Moreau Stéphanie	Godin Céline
Diététique	Carpentier Vanille	Carpentier Vanille	Carpentier Vanille	Deblander Laura
Assistante sociale	Van Der Bracht Florence	Audeline Collet	Callens Muriel	Merci Pina Toupet Isabelle
Heures de visites	15h à 16h 18h30 à 19h30	15h à 16h 18h30 à 19h30	15h à 16h 18h30 à 19h30	15h à 16h 18h30 à 19h30
Rencontres familles	Sur RDV Ou mardi et mercredi	Sur RDV, le lundi, mercredi, jeudi et vendredi.	Sur RDV du mardi au vendredi	Sur RDV ou le mardi
Réunions pluridisciplinaire	Mardi 13h	Mardi 13h30	Jeudi 13h30	Mardi 13h
Téléphone bureau infirmier	064/23.56.71	064/23.57.71	064/23.58.71	071/59.94.01
Téléphone bureau médical	064/23.56.73	064/23.57.73	064/23.58.73	071/59.94.03

L'Infrastructure:

- Jolimont :

G2 et G3 : Ces services se composent de 9 chambres à deux lits et 10 chambres à 1 lit, munies de toilettes et de douche

G4 : Ce service se compose de 5 chambres à 2 lits et 16 chambres à 1 lit, munies de toilettes et de douche.

- Lobbes :

LG: Ce service se compose de 17 chambres à 2 lits, munies d'une toilette et d'un lavabo.

Deux salles de bains avec douches adaptées sont disponibles dans le service (il n'y a plus de salle de bain avec « baignoire adaptée).

Toutes les chambres (Jolimont- Lobbes) sont pourvues d'une horloge et d'un calendrier.

Les salles de kinésithérapie sont équipées :

- Barres parallèles
- Ballons
- Obstacles à franchir
- Espaliers
- Tapis Mousse

Les salles à manger et d'ergothérapie pour activités diverses se composent de cuisine, fauteuils, jeux de société, lecture chutes, mise en situation.

Les salles de bain avec vaste baignoire adaptée pour personnes à mobilité réduite (sauf sur Lobbes).

Les systèmes anti-fugue (bracelet avec puce électronique sur le site de Jolimont, porte à code sur le site de Lobbes).

3.2.2. L'hospitalisation de jour gériatrique

L'équipe

L'équipe	
Gériatre :	Dr Hanotier
	Dr Bettens
	Dr Fiorito
Médecin interniste	Dr Coyette
Infirmière	Ruggiero Loredana
	Huet Myriam
	Hassaini Karima
	Guichart Virginie
Ergothérapeute	Davin Vincianne
Neuropsychologue	Delbruyère Morgane
Kinésithérapeute	Anne Catherine Albert – Collard Louise
Assistante Sociale	Lanteir Lorie
Logopède	Sur appel
Diététicienne	Sur appel
Secrétaire	Descamps Nelly
	Moreau Sandra

Les locaux

- Sur le site de Jolimont, au bâtiment H, 2^{ème} étage (H2)
- Entrée possible directement par le rez-de-chaussée H-2 (face à la dialyse)
- Trois places de parking réservées en bas du bloc H (H-2)
- Salle commune avec 4 fauteuils et 2 brancards
- Deux chambres sont également disponibles
- Salle de kinésithérapie et d'ergothérapie

3.2.3. La consultation de gériatrie

Sur le site de Jolimont au H2 (dans les locaux de l'hôpital de jour) :

- Dr Bettens
- Dr Hanotier
- Dr Coyette

Rendez- vous : 064/23.30.52

Sur le site de Lobbes (Près du local de l'équipe de la liaison interne gériatrique)

- Dr Fiorito 071/599.400

3.2.4. La liaison interne

Les équipes

	Jolimont	Lobbès
Infirmière	Ruggiero Loredana	Bossers Catherine
	Hassaini Karima	
	Huet Myriam	
	Guichart Virginie	
Ergothérapeute	Davin Vincianne	Quaresme Catherine
Psychologue	Moreau Stéphanie	Godin Céline
Logopède	Sur appel	Sur appel
Diététicienne	Sur appel	Sur appel

Les locaux

- Jolimont : bureau situé au H2 (hôpital de jour)
- Lobbès : bureau près du bureau de consultation du gériatre

3.2.5. La liaison externe

La fonction de liaison externe doit favoriser le développement de réseaux et d'une culture de collaboration entre l'hôpital général et d'autres établissements, services dans lesquels séjournent des patients gériatriques. La liaison externe est **représentée par le référent hospitalier pour la continuité des soins**. Celui-ci est **attaché au service social et d'un point de vue organisationnel, cette fonction est répartie sur chaque membre du service social**. C'est dans ce cadre que chaque assistante sociale d'unité de soins propose des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital mais aussi avec les structures extra hospitalières d'aide et de soins à domicile de façon à garantir la continuité des soins après la sortie du patient.

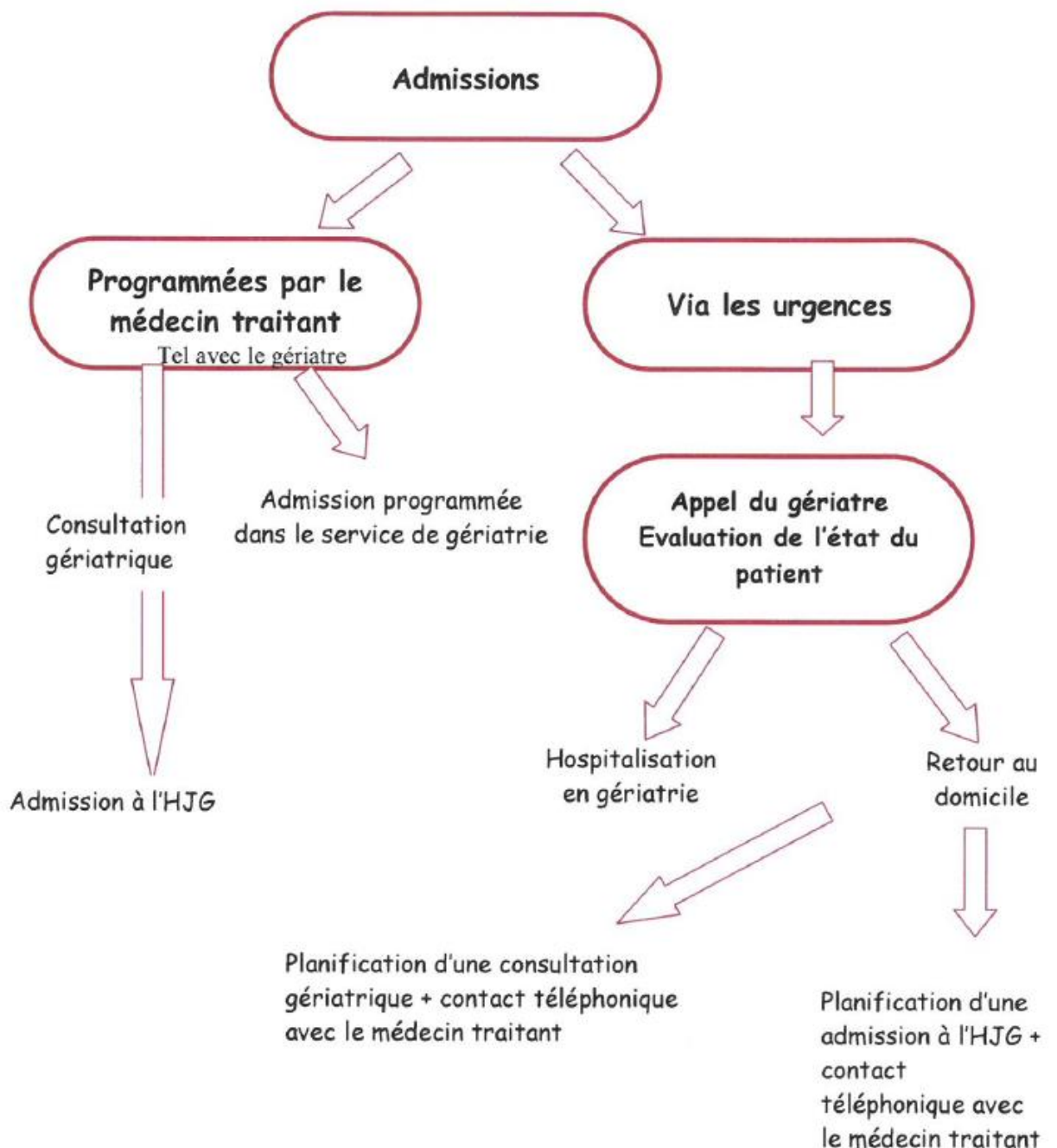
Bureau du service social : H2

Téléphone : 064/23.40.25 du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h30 à 17h

4. Fonctionnement des composantes du programme de soins pour le patient gériatrique

Les services d'hospitalisation en gériatrie (lits G)

Admissions :



Les différentes unités :

Actuellement, il y a quatre unités de gériatrie. Ces unités, sans différenciation, assurent une prise en charge globale et multidisciplinaire de la personne âgée de 75 ans et ayant un profil gériatrique. Différents professionnels interviennent dans les unités pour apporter un accompagnement spécifique de la personne âgée.

De plus, afin d'optimiser la prise en charge des patients dans l'institution. L'institution a rapproché deux spécialités avec la gériatrie : l'oncogériatrie et l'orthogériatrie.

Le service d'oncogériatrie (G2) : Ce service prend en charge des patients gériatriques oncologiques. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de mieux adapter leurs traitements par des décisions prises en concertation entre oncologues et gériatres suite à des bilans oncogériatriques (A noter que tout traitement oncologique se réalise à l'hôpital de jour oncologique).

Le service d'ortho-gériatrie (G4) : Ce service prend en charge des patients gériatriques présentant une pathologie orthopédique (généralement des fractures suite à une chute). L'objectif est d'améliorer leur prise en charge par la présence d'une équipe pluridisciplinaire (orthopédistes, gériatres, infirmiers,, ergothérapeutes, kinésithérapeute,...)et ainsi en collaboration, de restaurer le niveau d'autonomie, de rééduquer dans les plus brefs délais et de réaliser un bilan gériatrique global.

Spécificités d'un service de gériatrie :

Priorités de la prise en charge d'un patient âgé hospitalisé en gériatrie :

- **Diagnostic et traitement** du problème médical motivant son admission en ayant recours à toutes les spécificités médicales si nécessaire
- **Sauvegarder voire améliorer l'autonomie du patient**

Par une **approche GLOBALE et MULTIDISCIPLINAIRE**

Evaluation gériatrique globale

L'évaluation globale du patient hospitalisé en gériatrie repose sur différentes échelles validées, utilisées systématiquement dans nos unités.

Etat fonctionnel	Echelle de Katz	Dépendance, activités de la vie quotidienne, AVJ	Infirmière
	Echelle de Lawton	Activités de la vie quotidienne instrumentales IAVJ	Ergothérapeute
Mobilité	Timed get up and Go Tinetti	Equilibre, risque de chute	Infirmière, médecin Kinésithérapeute
Cognitifs	Test des cinq mots Teste de l'horloge MMSE	Mémoire	Ergothérapeute Ergothérapeute Ergothérapeute
Nutritionnel	MNA Suivi nutritionnel, poids une fois/semaine		Diététicienne Equipe soignante
Humeur	GDS		Psychologue
Déglutition			logopède
Social		Environnement	Assistante sociale

Evaluation multidisciplinaire hebdomadaire

Une réunion multidisciplinaire a lieu une fois par semaine dans chaque unité afin de rassembler les différents points de vue de la prise en charge du patient (médical, nursing, kiné, ergothérapeute, social, nutritionnel,...) et permet de fixer des objectifs réalisables en fonction de l'évolution tout en tenant compte du patient, de ses proches et des soignants habituels. Elle permet d'établir un projet de soins en présence et concertation avec les différents intervenants. Une date de sortie est éventuellement envisagée à ce moment-là afin de préparer au mieux le retour du patient dans son lieu de vie habituel.

	G2	G3	G4	GL
Fréquence	Mardi de 13h à 16h	Mardi de 13h30 à 16h	Jeudi de 13h30 à 16h	Mardi 13h30 à 16h

Rencontre avec les familles

Les médecins, infirmiers et assistantes sociale sont disponibles pour rencontrer les familles 2x/semaine soit aux heures de visite, soit sur rendez-vous.

Les familles sont invitées au bureau infirmier de chaque unité pour les renseignements. Dans la majorité des, le patient est à présent lors de ces réunions.

	G2	G3	G4	GL
Rendez-vous	Mardi ou mercredi sur RDV	Le lundi – mercredi – jeudi ou vendredi sur RDV	Du mardi au jeudi sur RDV	Mardi de 16h à 17h

En dehors de ces plages, le médecin se tient à la disposition des familles pour informer de l'évolution ou transmettre certains résultats d'examens. Les informations téléphoniques sont en général refusées par souci du secret médical et pour éviter de transmettre des informations importantes par contact indirect.

Afin de permettre au personnel soignant de prodiguer les soins nécessaires aux patients et de pouvoir mieux organiser ceux-ci, les visites en dehors des heures sont à proscrire sauf circonstances particulières et exceptionnelles. Sachant toutefois, l'importance d'un bon apport nutritionnel, l'accompagnement par les proches lors des repas est proposé chez les patients dépendants pour s'alimenter.

Procédure de sortie

La grande majorité des sorties se programme au moment de la réunion pluridisciplinaire afin de les préparer au mieux.

Un tableau récapitulatif des sorties est disponible dans les unités.

Un contact téléphonique préalable avec le médecin traitant et/ou l'équipe soignante du domicile est effectué pour informer de la sortie du patient afin d'optimiser la continuité des soins (soit par le médecin soit par l'assistante sociale).

La secrétaire confirme, au plus tard la veille si possible, toute sortie à la famille de référence et /ou à la maison de repos.

Les documents au moment de la sortie comprennent :

- Le rapport provisoire, destiné au médecin généraliste, reprenant les conclusions, l'évaluation fonctionnelle, cognitive, sociale avec le traitement et le plan de soins ainsi que le suivi proposé ;
- Le tableau récapitulatif des médicaments (posologie, fréquence, horaire, durée du traitement et remarques éventuelles) destiné au patient, à la famille et au personnel soignant. Tant que possible, les médicaments repris sont ceux que le patient prenait habituellement avant son admission. Toute modification sera bien spécifiée avec la raison de celle-ci ;
- Les prescriptions médicamenteuses, des soins infirmiers ou de kinésithérapeute si nécessaire. Les rendez- vous pris en fonction de la nécessité du suivi médical spécialisé ;
- Le rapport de sortie infirmier destiné au patient au praticien traitant désigné par le patient.

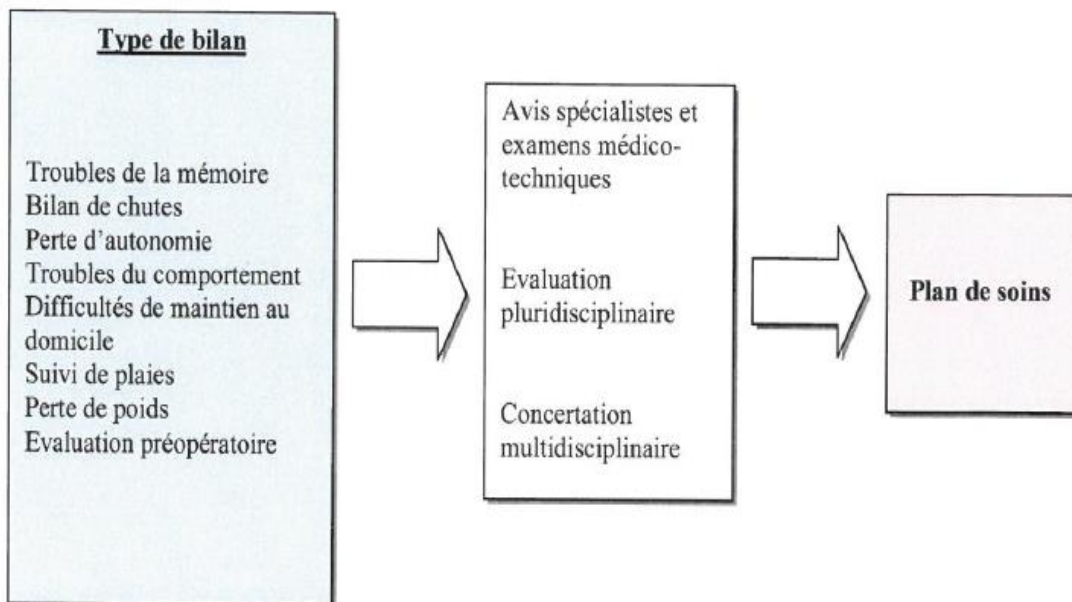
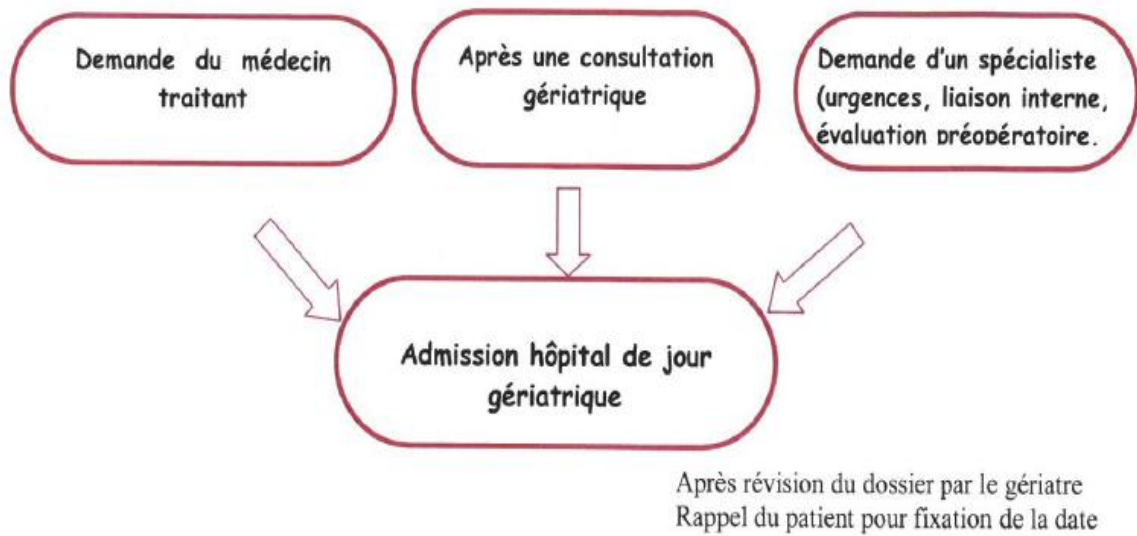
Un rapport définitif est envoyé au médecin traitant ultérieurement par courrier

Rôle de gardes.

Pendant la journée, toute admission doit être validée par un médecin du service de gériatrie disponible au dect 1972.

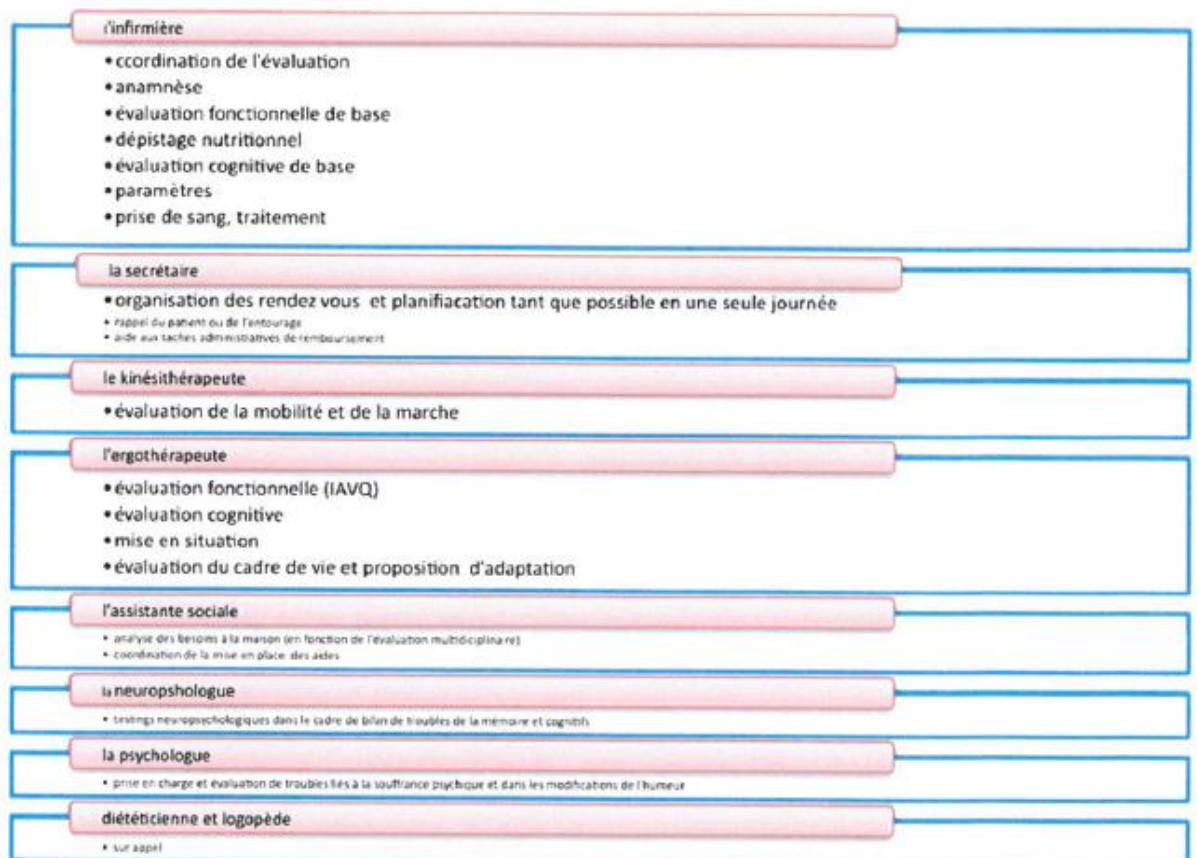
Pendant les horaires de garde, le médecin du rôle de garde Médecine Interne-Gériatrie doit être systématiquement averti d'une hospitalisation en ayant marqué son accord.

L'hospitalisation de jour gériatrique

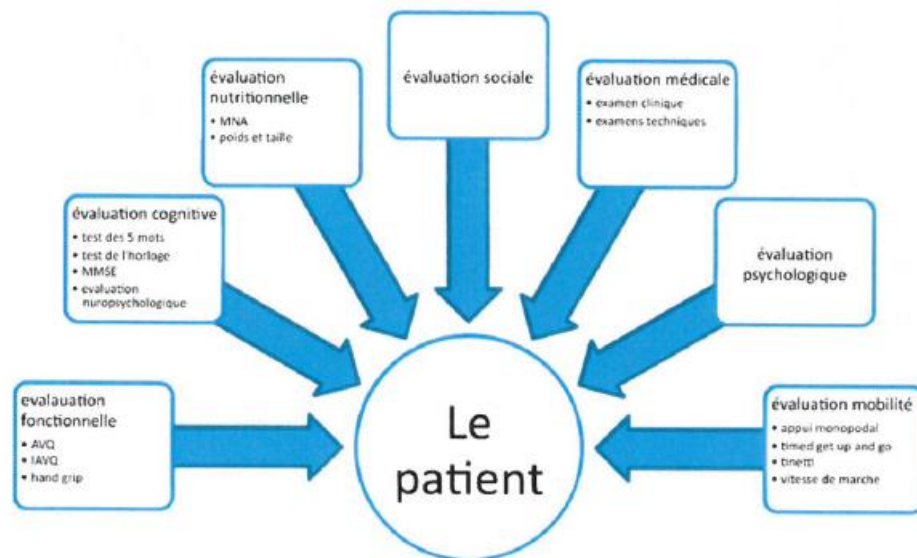


L'évaluation est faite au rythme du patient âgé accueilli

- Dans une **infrastructure adaptée** (fauteuil, lits) ;
- Par une **équipe pluridisciplinaire** ;
- Avec la **possibilité d'être véhiculé** aux différents examens par un service de brancardage dans tout l'hôpital.



Le bilan préopératoire classique associe un dépistage de certains points plus spécifiques en se basant sur l'échelle d'Edmonton.

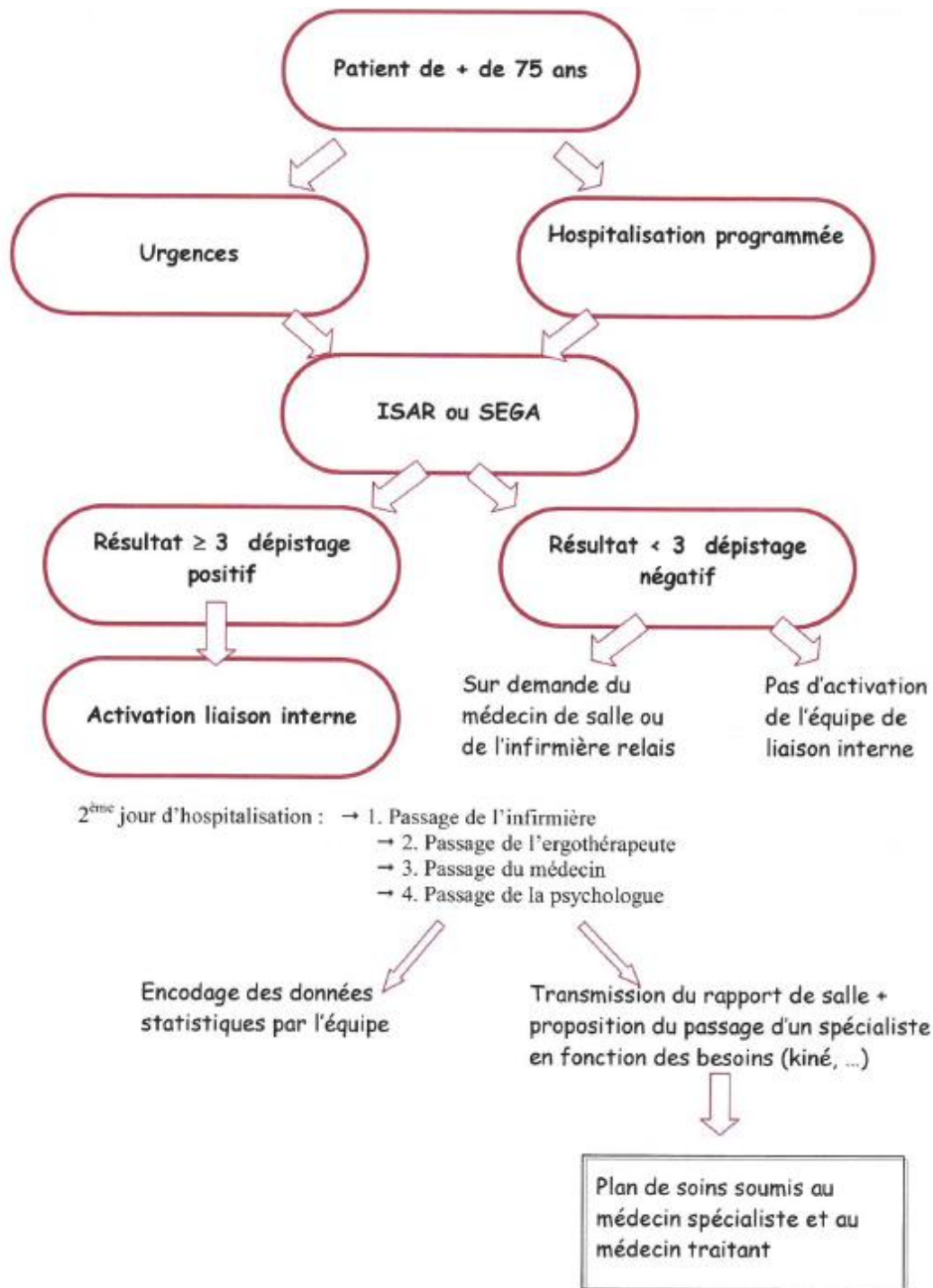


Au terme de cette évaluation, un plan de soins est proposé avec rapport rédigé à destination du médecin traitant :

- Soit au terme de la journée d'hospitalisation dans la mesure du possible
- Soit après concertation multidisciplinaire les cas plus compliqués sont discutés une fois par semaine en équipe le mardi midi

Des contacts directs sont souvent pris par téléphone avec le médecin traitant ou les équipes soignantes dès le jour même.

La liaison interne



La liaison interne se compose d'une équipe pluridisciplinaire qui a pour mission d'entourer le patient âgé fragile quelle que soit l'unité de soins dans laquelle il est hospitalisé. L'objectif de cette liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition des équipes pour les patients gériatriques hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital. Elle exerce une fonction de seconde ligne pour soutenir et conseiller les équipes de soins de première ligne. Elle formule des propositions de soins concrètes aux médecins spécialistes et aux infirmiers.

Depuis 2014, la fonction d'infirmier relais a été supprimée.

Une **réunion multidisciplinaire** a lieu une fois par semaine au minimum au sein de la liaison interne. Chaque cas est discuté plusieurs fois par semaine avec l'équipe de liaison et le médecin gériatre en fonction des nouvelles données de l'hospitalisation et de l'évaluation par l'équipe de liaison (même si le gériatre ne voit pas le patient).

De plus cette équipe participe aux concertations de différents services comme celles de l'orthopédie une fois par semaine, de l'hématologie.

Un compte rendu de l'évaluation est soumis au médecin spécialiste qui a en charge le patient ainsi qu'au médecin traitant avec une proposition de plans de soins.

La consultation gériatrique

Le médecin généraliste peut solliciter un avis gériatrique via la consultation gériatrique.

Cette première consultation est une consultation de « débroussaillage ».

Celle-ci s'intègre de plus en plus dans l'hôpital de jour avec une évaluation multidisciplinaire si nécessaire et en fonction des disponibilités de l'équipe.

L'objectif est bien entendu d'offrir l'expertise gériatrique à un patient ambulat. Il s'agit d'une consultation gériatrique générale avec une sensibilité à la prise en charge globale et le respect des souhaits du patient, les rendez-vous sont fixés.

Un rapport destiné au médecin généraliste est remis au patient à la fin de la consultation avec l'évaluation et le plan de soins proposé.

Si besoin, un contact téléphonique avec le médecin généraliste est effectué lors de la consultation ou après celle-ci.

La liaison externe

La liaison externe permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise multidisciplinaire gériatrique non seulement à la disposition du médecin généraliste (qui s'occupe du suivi du dossier médical global et qui joue donc un rôle clé pour le patient gériatrique) mais encore des autres professionnels de la santé, pour des patients gériatriques qui sont soignés à domicile ou dans un milieu de « remplacement du chez soi ».

La **fonction de liaison externe** doit favoriser le développement de réseaux et d'une **culture de collaboration entre l'hôpital général et d'autres établissements et services** dans lesquels séjournent des patients gériatriques.

La liaison externe est représentée par le référent hospitalier pour la continuité des soins. Celui-ci est attaché au service social et d'un point de vue organisationnel, cette fonction est répartie sur chaque membre du service social. C'est dans ce cadre que chaque assistante sociale d'unité de soins propose des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital mais aussi avec les structures extra hospitalières d'aide et de soins à domicile de façon à garantir la continuité des soins après la sortie du patient.

Bureau du service social : H2
Téléphone 064/234025

5. Accords de collaboration

Maison de Repos et Maisons de repos et de soins

Deux réunions par an sont organisées par le corps médical et les soins infirmiers hospitaliers. Cette collaboration est assurée par Dr Fiorito.

Les sujets abordés en 2016 :

Le 22 décembre 2016 : « **Alcool et personnes âgées** ». Présentation assurée par Mr Chevalier Christophe - Coordinateur Administratif Dispositif Alcool – CH Jolimont

Le 22 juin 2016 : « **La maladie d'Alzheimer** ». Présentation est assurée par le Docteur Salvatrice FIORITO – Gériatre- CH Jolimont site de Lobbes

Sujet abordé en 2017 :

Le 24 mars 2017 : « **Les bactéries multi-résistantes en MR-MRS** ». Présentation assurée par le Dr KIDD F. – Infectiologue CH Jolimont

Les buissonnets : Avenue de l'Europe 65, 7100 Saint-Vasst	Notre dame de la fontaine : Rue du château 28, 7950 Chièvres
La Seniorie : Rue des Rentiers 86, 7100 La Louvière	La visitation : Rue Paschal 15, 6540 Lobbes
Les chartriers : Rue des chartriers 12, 7000 Mons	Comme chez soi : Rue Ch. Stiernon 16, 7190 Ecaussines
Les Récollets : Rue des Récollets, 7130 Binche	Le Royal : Chaussée de Charleroi 115, 6150 Anderlues.
Résidence Sainte- Claire. Mr Toupet Pascal : Chaussée de Charleroi 11, 6500 Beaumont	Le Progrès : Chaussée de Jolimont, 88, 7100 Haine-Saint- Paul
Résidence du parc : Rue du Parc 6, 7160 Chapelle-lez- Herlaimont	Le château de la providence : Rue André Renard 18, 7110 Houdeng- Goegnies
Résidence Jeanne –Mertens : Rue du Moulin Blanc 15, 7130 Binche	Foyer Espérance. Rue de la Chapelette 60, 7130 Bray
Jardins de Scailmont : Place Bantigny 6, 7170 Mange	Le doux repos : Rue Albert Wart 1, 7170 Manage.
Les foyers de Bascoups : Chaussée de Bascoup 2, 7140 Morlanwelz	Résidence de la Fontaine : Rue d'Anderlues 30, 7134 Leval-Trahegnies
Home Notre Dame : Rue Dufonteny 13, 7141 Carnières	Maison Marie-Immaculée : Grand Chenin 61,7063 Nefvilles
L'espoir : Rue des canadiens 117, 7110 Strépy- Bracquegnies	Le gai séjour : Drève des Alliés 1, .6530 Thuin
Le quartier Fleuri. : Rue des canadiens 117, 7110 Strépy- Bracquegnies	Le Rouveroy : Rue Roi Albert 40, 7120 Rouveroy
Le Centre Public d'Aide Sociale de la Ville de Binche : Rue de la Triperie, 16 7130 Binche	Les Cerisiers Rue du Marais 3, 6150 Anderlues

Les peupliers Avenue de la Motte Baraffe 6, 7180 Seneffe	Les acanthes Rue de la Halle 3, 6560 Erquelinnes
La Villa Rue Wayez, 34. 1420 Braine- L'Alleud	

6. Ordres permanents

La confusion aigue

**TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX
DU DÉLIIRIUM DE SEVRAGE**

**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX
DU DÉLIIRIUM MULTIFACTEURS**

PRISE EN CHARGE DU DÉLIIRIUM

Les benzodiazépines à longue durée d'action (Diazépam[®] et Flunitrazépam[®]) sont contre-indiquées chez le patient à profil psychotique à tout stade de détresse respiratoire, et chez le patient présentant une fonction hépatique altérée.

Chez ces patients, une benzodiazépine à courte durée d'action doit être privilégiée, telle que le Lorazépam et à la plus petite dose possible. Le Lorazépam n'a pas de métabolite actif, ni de métabolisation hépatique (glucuronidation).

Choix médicamenteux aux symptômes sévères

- Réponse initiale systématique à 100 mg/jour
- Retour ultérieur de l'état de conscience au 3^e jour de l'arrêt
- Hypersensibilité connue ou présumée de l'adulte aux anesthésiques sédatifs et antipsychotiques
- Antécédents de troubles de rythme ventriculaires sévères (Bridgman et al 2013)
- QTc > 480 ms

Le choix de l'usage de l'halopéridol

Effets positifs	Des effets négatifs
Déliirium agité <ul style="list-style-type: none"> - Halopéridol 1 mg par 6 heures pendant 48h à 60 jours en cas de délirium agité sévère - Halopéridol 1 mg par 6 heures jusqu'à la prise en charge définitive d'origine connue - Dose maximale journalière de 16 mg par 6 heures (soit 150 mg de la dose à 150 mg/jour) - Le risque de syndrome sévère agité persiste à une dose totale de 1 à 2 mg d'halopéridol 	<ul style="list-style-type: none"> - Si nécessaire la dose d'halopéridol pour des symptômes sévères agités est de 16 mg/jour (soit 1 mg par 6 heures) - Si nécessaire la dose d'halopéridol pour un délirium agité sévère est de 16 mg/jour (soit 1 mg par 6 heures)
Déliirium calme <ul style="list-style-type: none"> - Halopéridol 1 mg par 6 heures, soit 16 mg/jour - Si après l'initiation d'une dose de 16 mg/jour, l'halopéridol 1 mg par 6 heures est à répéter après 60 jours ou une dose maximale de 16 mg - antipsychotique pour les symptômes sévères du délirium 1 à 2 mg par 6 heures par 6 heures - en cas de délirium sévère, consultez un spécialiste sévère 	<ul style="list-style-type: none"> - Halopéridol 1 mg par 6 heures, soit 16 mg/jour - Si après l'initiation d'une dose de 16 mg/jour, l'halopéridol 1 mg par 6 heures est à répéter après 60 jours ou une dose maximale de 16 mg - antipsychotique pour les symptômes sévères du délirium 1 à 2 mg par 6 heures par 6 heures - en cas de délirium sévère, consultez un spécialiste sévère

Prévention des symptômes

Les deux traitements suivants sont souvent indiqués chez le patient agité

- dexpropriprazine 125 mg/jour, 10 mg par 6 heures par 6 heures
- propofol (Propofol[®]) 1 à 4 mg/kg par 6 heures par 6 heures par 6 heures
- propofol (Propofol[®]) 1 à 4 mg/kg par 6 heures par 6 heures par 6 heures

Attention à la prise d'opiacés avec la propofol et la dexpropriprazine.

En cas de délirium à type de délirium de l'adulte à propofol et la dexpropriprazine.

En cas de symptômes sévères, il est recommandé de commencer par une benzodiazépine à courte durée d'action.

- 1. Identifier le patient à haut risque de délirium**
 - 1. Patients avec troubles cognitifs, troubles de la mémoire et de l'attention
 - 2. Patients à risque de délirium de type agité, de type calme ou de type mixte
 - 3. Patients à risque de délirium de type agité, de type calme ou de type mixte
 - 4. Patients à risque de délirium de type agité, de type calme ou de type mixte
 - 5. Patients à risque de délirium de type agité, de type calme ou de type mixte
 - 6. Patients à risque de délirium de type agité, de type calme ou de type mixte
- 2. Réviser les ordres de soins**
 - 1. Vérifier les ordres de soins
 - 2. Vérifier les ordres de soins
 - 3. Vérifier les ordres de soins
 - 4. Vérifier les ordres de soins
 - 5. Vérifier les ordres de soins
 - 6. Vérifier les ordres de soins
- 3. Identifier les causes de délirium**
 - 1. Délirium de type agité
 - 2. Délirium de type calme
 - 3. Délirium de type mixte
- 4. Choisir un traitement**
 - 1. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
 - 2. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
 - 3. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
 - 4. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
 - 5. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
 - 6. Les patients avec des troubles de la conscience, de l'attention et de la mémoire
- 5. Suivre les symptômes**
 - 1. Suivre les symptômes
 - 2. Suivre les symptômes
 - 3. Suivre les symptômes
 - 4. Suivre les symptômes
 - 5. Suivre les symptômes
 - 6. Suivre les symptômes

© 2014, Elsevier SAS. Tous droits réservés. Ce document est une reproduction autorisée de l'ouvrage "Le délirium de l'adulte".

Document communiqué par le service de pharmacie

Document communiqué par le service de pharmacie

GESTION DU DELIRIUM

Déterminez le risque de délirium :
- Identifiez et réduisez les
facteurs de risque prédominants

NO Patient à risque ? OUI

Implémentez des mesures préventives
Soyez attentif aux signes avant-coureurs
de délirium de tout

Utilisez l'échelle EDSS pour évaluer
systématiquement l'état mental du
patient (l'échelle EDSS est adaptée au
multimédical ou non)

EDSS score > 7
sur l'échelle
synthétique du score

Implémentez des mesures préventives
- Réalisez le CatScan
Assessment Method
CAM (après une
évaluation de risque si
possible)
- Faisez le diagnostic
différentiel (dépression,
démence, dépression)

DELIRIUM
NON

DELIRIUM
CONFIRMÉ

Y a-t-il une contribution d'alcool, de
médicaments ou d'autres substances (incl. nicotine) ?

NO OUI

DELIRIUM INDUITS
- Commencez un traitement
médicamenteux en fonction de cause
- Engagez aussi un traitement non
médicamenteux et des mesures
supportives

DELIRIUM MULTIFACTEURS
- Commencez un traitement causal
- Commencez un traitement non
médicamenteux
- Implémentez des mesures
supportives
- Utilisez pour une forme hyperactive
de délirium un traitement
médicamenteux en fonction de cause

Évaluez le résultat thérapeutique
au moyen de l'échelle EDSS
Norme à l'arrêt du délirium et du traitement
du délirium
Faites un entretien d'information avec le
patient à l'initiation du délirium

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DELIRIUM MULTIFACTEUR

Contre-indication aux antipsychotiques ?

OUI NON

Lanzapine 6.5 à 17 mg po

Contrôle soignant des symptômes ?

OUI NON

Recherchez le Lanzapine
après 1 à 2 semaines (4mg)

Contrôle soignant des symptômes

OUI NON

Consultez un expert

Réduisez sur plusieurs jours
en fonction de la durée et
de la sévérité

Hépatite
à dose dépendante
de l'état d'hydratation

• En cas de symptômes
entopysychiques envisagez une
réduction de dose ou passage à un
antipsychotique atypique
• Réajustez la dose quotidienne
en fonction de l'état d'hydratation
• Il est indispensable de maintenir
en permanence les effets et de
r'adapter les doses en fonction
de l'évaluation (starburst, grise)
• Maintenez la dose efficace 2 à 3
jours d'essai et les 3 à 5 jours
suivants de diminuer en fonction de
la durée

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DU DELIRIUM DE SEVRAGE

DELIRIUM DE SEVRAGE

Alcool ou benzodiazépines
Lanzapine 6.5 à 17 mg po ou
Thiorazine 60 mg po 2 ou 3 fois
à jeun (état d'hydratation)

Vicrine
Norme en patch
(dose de 7, 14 ou 21 mg par 24h)

Contrôle des symptômes ?

OUI NON

Schéma de délirium
sur 1 semaine en fonction
de la durée

• Adhécitez la nuit de la dose matinale
après 120 min si possible à 8h
ou 9h, avec un maximum de 4 mg/jour
• Consultez un expert disponible

Ces recommandations ont été réalisées par le Collège de Geriatrie
en collaboration avec les experts de la clinique de délirium. Il est de
l'avis responsable de l'usage responsable de ces recommandations
à l'attention des professionnels de santé et de leur responsabilité.



Chutes évaluation chez le patient hospitalisé

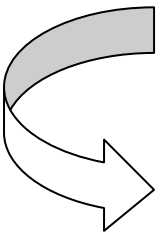
SI

Hospitalisation pour chutes
Chutes endéans les 6 mois
Chutes en cours d'hospitalisation

OU

Risque de chute évalué par le personnel soignant

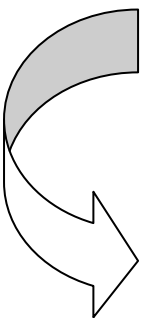
ALORS



Evaluation multifactorielle :

- Equilibre, mobilité et force musculaire
- Médication
- Etat mental
- Peur de tomber
- Hypotension orthostatique
- Vue

ET



Interventions multifactorielles :

- Mesures standard
- Mesures spécifiques :
 - Équilibre
 - mobilité et force
 - médication état mental,
 - Peur de tomber,
 - Hypotension orthostatique,
 - Vue, pieds et chaussures,
 - risques de fractures,
 - mesures de restriction de liberté.

Informations à la sortie d'hospitalisation.

Evaluation gériatrique préopératoire

- Lister les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Liste des médicaments (tous, attention au somnifère !)
- S'informer si le patient est connu d'autres spécialistes (neuro, cardio, pneumo...) et de la liaison interne
- Test des 5 mots et test de l'horloge
- MMS (à discuter)
- Mobilité/chutes
 - Chute récente < 6 mois
 - Timed et up and go
 - Appui monopodal
 - Vitesse de marche
 - Hand grip
 - Test des 6 minutes (SN)
- Mini MNA
- Paramètres : poids –taille- TA couché – TA debout
- Vision – surdité
- Perception globale de sa propre santé
- Anamnèse sociale pour contexte de vie et projet de sortie après intervention

Bilan troubles de mémoire

Anamnèse

Depuis quand ?

Qui s'en plaint ?

Répercussion sur la vie quotidienne ? IAVQ

Changement par rapport à « avant »

Troubles du comportement associés (item du NPI)

Identification de l'aidant principal et des ressources

Antécédents médicaux et paramédicaux classiques

Bilan mémoire réalisé ?

Déjà eu des problèmes de ce type, (ôlé d'une intervention, d'un évènement)

Médicaments (tous)

Modification récente ?

Qui prépare les médicaments ? Surveillance ?

Examen clinique

Poids , taille

TA couché-débout, FC

Examen clinique et neurologique de base

Dépistage

Cinq mots

Horloge

MMS

Examen neuropsychologique à la demande du gériatre ou après discussion avec le médecin traitant

Imagerie cérébrale (ct scan, irm, scinti) et biologie à la demande de médecin traitant

7. Compétence et formations continues

La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service (Dr P. Hanotier) et à la coordinatrice infirmière (Mme T. Lorenzano) du programme de soins pour le patient gériatrique. Ils organisent la formation permanente du personnel des Centres Hospitaliers (Site de Jolimont et de Lobbes) en vue de favoriser le développement de l'approche gériatrique le dépistage des patients gériatriques hospitalisés en dehors d'un service gériatrique (indice G)

Les séances de formation permanente abordent les syndromes gériatriques. Un planning annuel est disponible dans chaque unité de soins. Chaque mois, un sujet est exposé soit par un membre de l'équipe de liaison interne ou par un orateur externe (médecin spécialiste du Centre Hospitalier Jolimont- Lobbes ou tout autre invité).

Nous collaborons avec l'asbl Jolimont- Formation pour les journées de perfectionnement en soins infirmiers en gérontologie. Ces journées sont organisées 1 à 2 fois par an. Le programme de ces journées est envoyé aux unités de soins du CHJL par la secrétaire de l'asbl Jolimont- Formation. Le personnel soignant a donc l'opportunité de s'y inscrire en fonction des sujets. Les équipes de gériatrie participent à l'élaboration de ces journées.

D'autres organismes tels que la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG), ACN organisent des journées de gérontologie.

Le Dr Hanotier donne le cours de gériatrie à la HELHA (section paramédicale- soins infirmiers).

Le service de gériatrie accueille également des médecins candidats spécialistes en médecins interne (tronc commun).

La maîtrise de stage de Dr Hanotier permet la formation de futurs gériatres.

Les médecins de service sont fréquemment invités aux programmes de formation en maison de repos, en dodécagroupe pour les médecins traitants.

Planning des formations 2016-2017

- Risques de dénutrition et prise en charge : 27/10/16
- Les pathologies onco-gériatriques : 7/11/16
- Les complexités du traitement : Pratiques et alternatives : 25/11/16
- L'incontinence et le respect : 17/01/17
- La contention : 26/01/17

8. Education patient-entourage

- 8.1. Alimentation (annexe I)
- 8.2. Chutes (Annexe II)

9. Qualité

9.1. Escarres –chutes –infections

Les centres Hospitaliers Jolimont (sites Jolimont et Lobbes) participent à l'enregistrement d'indicateurs via le logiciel DEVIN.

DEVIN est un système de déclaration des incidents et des presque-incidents concernant le patient. Différents comités/services en assurent le traitement et le suivi pour mettre en place des actions d'amélioration.

DEVIN a été conçu pour permettre une déclaration sécurisée en ligne. Son objectif est d'**apprendre des évènements indésirables** pour éviter qu'ils ne se reproduisent.

9.2. Séances de psychoéducation

Dans le cadre de soutien aux proches d'un patient de l'hospitalisation de jour gériatrique souffrant de Maladie d'Alzheimer et d'autres maladies apparentées, l'équipe de jour collabore avec les équipes du service de neurologie et de psychiatrie pour l'élaboration des séances de psychoéducation.

8 modules de 2 heures abordent des thèmes différents par divers orateurs :

- Description de la maladie (diagnostic, traitement, pronostic, hérédité)
- Troubles du comportement
- Aide au quotidien, anticipation, adaptation au domicile et problématique sociale
- Description des tests neuropsychologiques

Ces séances donnent une information mais surtout permettent un échange direct avec les principaux aidants de patients souffrant de troubles de mémoire et de comportement.

La participation à ces modules est de 30 euros par personne inscrite.

Informations et inscriptions : 064/23.30.52

9.3. Aromathérapie

Dans un souci de bien être pour les patients âgés et hospitalisés, une des équipes gériatriques s'est formées à l'aromathérapie pour offrir ses bienfaits lors de bains, massages ou autres soins.

Des fiches techniques sont disponibles dans chaque unité et les huiles essentielles sont gardées sous clé.

Le projet est bien instauré au G3 et sera étendu aux différentes unités de gériatrie.

Il y a toujours concertation avec le corps médical pour la mise en route de ce type de prise en charge.

10. Répertoire téléphonique

Coordinatrice du programme de soins pour le patient gériatrique	Mme Lorenzano	064/23.18.26
Médecin chef de service de gériatrie	Dr P. Hanotier	064/23.49.74
La consultation gériatrique	Dr Hanotier	064/23.49.74
	Dr Bettens	064/23.49.73
	Dr Fiorito	071/59.94.01
Hôpital de jour gériatrique (jolimont)	Secrétariat	064/23.30.52
Liaison interne gériatrique	Jolimont	064/23.49.77
	Lobbès	064/71.73.73
Hospitalisation	G2	064/23.56.71
	G3	064/23.57.71
	G4	064/23.58.71
	Lobbès	071/59.94.01
Dect admission gériatrique	Jolimont	064/23.19172 (hors horaires de garde)

11. Brochures

- 11.1. [Les unités de gériatrie \(annexe\)](#)
- 11.2. [L'hospitalisation de jour gériatrique \(annexe\)](#)
- 11.3. [L'hospitalisation de jour gériatrique – Chirurgie \(annexe\)](#)

12. Echelles et outils (annexe)

Dépistage

- ISAR (indice des seniors à risque de déclin fonctionnel)
- SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment)

Etat fonctionnel

- ADL : KATZ (Activité de la vie quotidienne)
- IADL : Lawton (Activité instrumentale de la vie quotidienne)

Risque de plaie : Echelle de Norton

Nutrition

- MNA (Mini Nutritionnal Assessment)
- Echelle de Tully (Eating Behaviour Scale EBS)

Etat cognitif :

- Test des cinq mots
- Test de l'horloge
- MMSE

Marche et mobilité

- Appui monopodal
- Timed get up and go
- Tinetti
- Handgrip

Humeur :

- GDS
- Echelle gériatrique de dépression

Douleur

- EVA (échelle visuelle analogique)
- Algoplus

Comportement : NPI

Edmonton (Evaluation pré-opératoire)

13. Annexes

Annexe I

Alimentation préconisée dans le cadre des troubles de la déglutition

Annexe II

- Protocole de l'atelier prévention des chutes
- Protocole de l'atelier prévention des chutes
- Prévention des chutes au domicile : Brochure

Protocole de l'atelier prévention des chutes

A. Fonctionnement de l'atelier

Fréquence des séances : 3x/semaine

a. 1^{ère} : informations générales

- Les patients répondent à un questionnaire individuellement (cf. questionnaire en annexe II)
- Tour de table et mise en commun des expériences
- Les informations sont distillées suivant les situations vécues
- Distributions des fascicules d'information (cf. fascicule en annexe 2)

But : L'objectif principal est la prise de conscience du problème de chute et l'information.

L'utilisation du groupe a pour effet de dédramatiser le problème sans pour autant le banaliser.

b. 2^{ème} séance : travail sur les troubles de l'équilibre

Utilisation d'un parcours visant à améliorer les capacités nécessaires à une marche correcte

- Travail de la longueur du pas
- Travail de la hauteur du pas
- Travail sensoriel et proprioceptif
- Travail des transferts
- Travail global de l'équilibre

c. 3^{ème} séance : mise en situation et application des conseils

L'objectif principal est la mise en pratique des informations données à la 1^{ère} séance. Elle permet également d'avoir un feed-back sur les informations que le patient a bien retenues.

B. Type de patients concernés

- Patients admis pour un bilan de chutes
- Patient vivant seul au domicile
- Patient vivant en famille
- Patient autonome à la maison de repos

C. Utilité de la visite à domicile

Dans le cadre de bilans de chute, l'évaluation de l'environnement du patient est nécessaire.

Cette visite s'effectue avec le consentement du patient et se décide en équipe

pluridisciplinaire. L'idéal est de faire cette visite en compagnie du patient et d'un membre de la famille.

Questionnaire « prévention contre les chutes »

1. Je suis déjà tombé ?

- Oui
- Non

2. Causes de cette chute ?

- Je ne sais pas
- Difficultés à la marche
- Malaise, vertige (hypotension, hypoglycémie)
- TAPIS
- Chaussures mal adaptées.
- Troubles de la vue
- Problème de pieds
- Animal de compagnie
- Imprudence
- Médicaments

3. Aménagements avant la chute ?

- Infirmière
- Aide familiale³
- Aide-ménagère
- Repas chauds
- Aide de la famille

4. Aménagements après la chute ?

- Aucun
- Tribune/ cannes
- Supprimer les tapis
- Installation d'une téléalarme
- Changement du traitement médicamenteux
- Aide en plus à la maison (aide familiale et/ou ménagère)
- Changements de lunettes

- Soins pédicure
- Chambre au rez-de-chaussée
- Placement

5. Dans quelles pièce de la maison êtes – vous tombé ?

- Cuisine
- Chambre
- WX
- Salon
- Cave
- Salle de bain
- Escalier
- Autre

6. Combien de temps êtes-vous resté sur le sol ?

- Moins d'une heure
- Plusieurs heures
- Une journée /nuit
- Plus d'une journée

7. Comment vous êtes-vous sorti de cette situation ?

- Seul
- Aide extérieure
- Autre

Prévention des chutes au domicile

Annexe III

Folder : Mieux comprendre pour mieux vivre avec un proche souffrant de la maladie
d'Alzheimer

Annexe IV

Brochure d'information : services de gériatrie

Annexe V

Folder « hôpital de jour gériatrique »

Annexe VI

Folder « Hôpital de jour gériatrique – chirurgie »

Annexe VII

- Outil de dépistage ISAR
- Grille SEGA
- Echelle de Katz
- Echelle de Lawton
- Echelle de Norton
- MNA
- Echelle de Tully
- Epreuve des 5 mots de Dubois
- Test de l'horloge
- MMSE
- Timed get up and go
- Echelle de TINETTI
- Mini GDS
- Echelle gériatrique de dépression
- Echelle Algoplus
- Inventaire neuropsychiatrique NPI
- Echelle d'edmonton