

SYNTHÈSE

APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE : RÔLE DES ÉQUIPES DE LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE



SYNTHÈSE

APPROCHE GÉRIATRIQUE GLOBALE : RÔLE DES ÉQUIPES DE LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE

MIEKE DESCHODT, VEERLE CLAES, BASTIAAN VAN GROOTVEN, KOEN MILISEN, BENOIT BOLAND, JOHAN FLAMAING, ALAIN DENIS, FRANÇOIS DAUE, LUT MERGAERT, CARL DEVOS, PATRIEK MISTIAEN, KOEN VAN DEN HEEDÉ



■ PRÉFACE

On l'a maintes fois dit et répété: le vieillissement de notre population est avant tout une bonne nouvelle. C'est le signe que nous vivons plus longtemps, et surtout que nous vivons plus longtemps en bonne santé. Il n'est donc pas étonnant que ceux qui fréquentent nos hôpitaux atteignent eux aussi un âge moyen de plus en plus élevé. Presque la moitié des journées d'hospitalisation sont à mettre au compte de personnes de plus de 75 ans, pour les services non gériatriques.

Les personnes (très) âgées vulnérables doivent de préférence être admises dans des services de gériatrie, où l'on met en œuvre une 'approche gériatrique', c'est-à-dire qu'à côté des problèmes purement médicaux, on prête également attention aux problèmes psychosociaux et fonctionnels de la personne. Toutefois, on ne peut éviter que des personnes âgées, malgré un profil clairement gériatrique, soient également hospitalisées dans d'autres services - et cela ne va pas diminuer à l'avenir. Même si ces services sont tout à fait adéquats eu égard aux problèmes pour lesquels ces personnes sont hospitalisées, il n'en reste pas moins vrai qu'elles requièrent elles aussi une approche gériatrique spécifique. C'est pour cette raison que, depuis 2007, notre pays a opté pour la mise en place d'une fonction de 'liaison gériatrique': des équipes mobiles qui mettent leur savoir-faire gériatrique à la disposition des équipes soignantes des autres services. Un financement a également été mis en place, ainsi qu'un cadre réglementaire ad hoc.

Quel regard portons-nous sur tout cela presque dix ans plus tard ? Ce modèle de soins atteint-il les objectifs qui avaient été fixés ? D'autres modèles n'auraient-ils entretemps pas fait leurs preuves ? Le cadre réglementaire si précis qui avait été mis en place par les autorités se révèle-t-il adéquat, ou au contraire freine-t-il les initiatives locales ? Ou est-ce que l'admission du patient gériatrique devrait plutôt être abordée de manière préventive, en amont de l'hôpital ? Ces questions nous ont été soumises par des soignants du terrain, avec le plein soutien du SPF Santé publique.

Il est à espérer que cette étude pourra donner, aussi bien aux soignants du terrain qu'aux décideurs politiques, quelques repères utiles pour pouvoir adapter encore mieux les soins aux besoins spécifiques de chaque patient gériatrique, quel que soit l'endroit où ces soins sont dispensés. Nous avons déjà pu compter sur le soutien et l'engagement de nombreux experts – cliniciens et autorités – qui ont pris ce problème à bras le corps, ce dont nous leur sommes extrêmement reconnaissants.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RÉSUMÉ

OBJET DE CE RAPPORT

Cette étude est une **évaluation de la fonction de liaison interne gériatrique**. Dans le **programme belge de soins pour les patients gériatriques**, cette fonction constitue **le complément des services de gériatrie aiguë (lits G)** et s'adresse aux patients hospitalisés dans les services non gériatriques.

Le rôle des équipes de liaison interne gériatrique est entre autres

- **d'évaluer les besoins gériatriques** des patients hospitalisés en dehors des services de gériatrie
- de **formuler des recommandations** à l'adresse du médecin et/ou de l'équipe de nursing de ces services durant la période d'hospitalisation.

Dans cette étude nous avons tenté :

- d'évaluer les forces et faiblesses du fonctionnement actuel des équipes de liaison interne gériatrique ;
- de tirer des enseignements en matière d'organisation des soins à partir d'une analyse des bonnes pratiques au niveau international.



MESSAGES-CLÉS

- Les **services de gériatrie aigüe** restent le modèle de référence pour la prise en charge hospitalière des patients de ≥ 75 ans présentant un **profil gériatrique**, mais ces services, déjà à l'heure actuelle, **ne peuvent plus faire face à la hausse attendue du nombre de ces patients** qui devront être hospitalisés dans les années à venir.
- En Belgique, la solution complémentaire qui a été privilégiée par les pouvoirs publics est la fonction de **liaison interne gériatrique**. Il s'agit d'une équipe mobile ayant une expertise spécifique en gériatrie, qui visite les patients identifiés à haut risque hospitalisés dans les services non gériatriques, pour réaliser une évaluation gériatrique globale et formuler des recommandations à l'adresse du médecin et/ou de l'équipe de nursing du service.
- Cette fonction bénéficie d'une **bonne perception (face validity)** auprès des cliniciens **malgré des preuves scientifiques d'efficacité limitées**.
- Dans les hôpitaux belges, les principes de l'approche gériatrique globale sont implémentés de façon très hétérogène par les équipes de liaison interne gériatrique. Cette même hétérogénéité se retrouve également à l'échelon international.
- La **capacité** du programme belge de soins aux patients gériatriques est clairement en **déficit** par rapport aux besoins actuels et plus encore par rapport à ceux de ces prochaines années. Il est urgent de prendre des mesures pour augmenter le niveau global de connaissances en gériatrie du personnel soignant et la culture gériatrique des hôpitaux en général, et pour augmenter l'attractivité des disciplines gériatriques pour les infirmiers et les médecins.
- **L'absence d'évaluation structurée et de lieu formel d'échanges de pratiques** est un obstacle majeur à l'expérimentation de **modèles de soins innovants** qui commencent à émerger, comme par exemple le co-management.
- Il est important de veiller à ce que les **procédures d'assurance de qualité accordent une attention particulière à la gériatrie** dans les audits de qualité et les processus d'accréditation des institutions hospitalières.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	RÉSUMÉ	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	CONTEXTE	6
1.1.	UNE POPULATION (HOSPITALIÈRE) VIEILLISSANTE.....	6
1.2.	LE PROFIL GÉRIATRIQUE	6
1.3.	LES SOINS GÉRIATRIQUES GLOBAUX : UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE.....	7
1.4.	UN MODÈLE DE RÉFÉRENCE QUI DEVIENT INSUFFISANT	7
1.5.	LA LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE	7
2.	L'ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS POUR LES PATIENTS GÉRIATRIQUES EN BELGIQUE	8
2.1.	LE PROGRAMME DE SOINS POUR LES PATIENTS GÉRIATRIQUES: CINQ APPROCHES POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX PATIENTS ÂGÉS.	8
2.1.1.	Le service de gériatrie aigüe	9
2.1.2.	La consultation de liaison interne gériatrique.....	9
2.1.3.	Une fonction de liaison gériatrique externe.....	10
2.1.4.	Les consultations gériatriques ambulatoires.....	10
2.1.5.	Les hôpitaux de jour gériatriques.	10
2.2.	LES GÉRIATRES: UNE DEMANDE LARGEMENT SUPÉRIEURE À L'OFFRE.....	10
2.3.	TROP PEU D'INFIRMIERS SPÉCIALISÉS EN SOINS GÉRIATRIQUES.....	11
3.	LES DÉFIS À RELEVER POUR LES ÉQUIPES DE LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE.....	12
3.1.	EFFICACITÉ DES ÉQUIPES DE LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE : DES PREUVES SCIENTIFIQUES LIMITÉES.....	12
3.1.1.	Une perception positive.....	12
3.1.2.	Un concept peu répandu au niveau international	12
3.2.	TANT LE MODÈLE DE SOINS QUE SON IMPLÉMENTATION SONT HÉTÉROGÈNES.....	13
3.2.1.	Hétérogénéité dans la mise en application des principes de l'approche gériatrique globale.....	13



	3.2.2. Hétérogénéité des aspects organisationnels	15
3.3.	DES MODÈLES DE SOINS ALTERNATIFS ÉMERGENT	17
3.4.	L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS GÉRIATRIQUES EN EST ENCORE À SES BALBUTIEMENTS.....	18
4.	CONCLUSIONS	19
■	RECOMMANDATIONS	20
■	RÉFÉRENCES	23



1. CONTEXTE

1.1. Une population (hospitalière) vieillissante

Une Europe de plus en plus vieille

L'allongement de l'espérance de vie et le déclin de la natalité entraînent un vieillissement de la population à travers toute l'Europe. En 2012, les plus de 65 ans représentaient 17.9% de la population des 27 états membres, et ce chiffre sera de 29.3 % en 2060.¹

La Belgique ne fait pas exception: en 2014, 17.9% des Belges étaient âgés de 65 ans et plus, et leur proportion augmentera à 25.8% en 2060.² Même si la majorité (72%) des personnes de la tranche d'âge 65-74 ans se déclarent en bonne santé³, le fardeau des pathologies multiples augmente.⁴ Chez les 75 ans et plus, il n'y a plus que 57% des personnes qui se perçoivent en bonne santé.³ Cette évolution représente un défi pour notre système de soins de santé, qui devra subir une réorganisation profonde pour pouvoir y faire face.

À l'hôpital aussi, la population vieillit

La proportion de patients de plus de 75 ans hospitalisés dans des services de soins aigus non gériatriques^a (services non G) est déjà relativement élevée : ils représentaient 27.24% des patients en 2011, et totalisaient 43% des journées d'hospitalisation dans ces services non gériatriques. Le groupe des ≥ 85 ans représentait pour sa part respectivement 9.19% des patients non G et 16.25% des journées d'hospitalisation. On peut s'attendre à ce que cette proportion de patients très âgés hospitalisés continue à croître au cours des décennies à venir.⁵

Au sein de cette population âgée, **la proportion des patients qui présentent un profil gériatrique est élevée**. Le concept de profil gériatrique est toutefois interprété de façon variable selon les études, ce qui donne des chiffres allant de 39 à 51% en Belgique^{6, 7} à plus de 80% dans d'autres pays^{8, 9} selon les critères employés.

1.2. Le profil gériatrique

Une personne à profil gériatrique est une personne âgée qui présente une fragilité importante en raison d'une ou plusieurs des raisons suivantes : *homéostasie réduite (NB : l'homéostasie est l'équilibre de toutes les fonctions de l'organisme, telles que la température, la pression artérielle et la respiration, et la capacité de l'organisme à maintenir cet équilibre) polypathologie active, tableau clinique atypique, pharmacocinétique perturbée, risque de déclin fonctionnel, risque de malnutrition, 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, problèmes psychosociaux.* »¹⁰

Seule une partie de la population des ≥ 75 ans correspond à cette définition, mais certains patients de moins de 75 ans peuvent également y être englobés.

Chez ces personnes, la survenue de pathologies peut revêtir une présentation atypique, différente des présentations classiques, ce qui rend leur diagnostic moins aisé. La réponse aux traitements instaurés peut être différente, ou retardée. Le besoin d'accompagnement social est souvent une composante surajoutée. Pour toutes ces raisons, la gériatrie ne peut pas se concevoir comme une « médecine d'organes » mais comme une approche holistique et multidisciplinaire. Plutôt qu'une éventuelle « guérison », son objectif premier est d'optimiser le statut fonctionnel de la personne, son autonomie et sa qualité de vie.¹¹

^a Source: linked database MZG/RHM and AZV/SHA by the TCT including all hospitalised patients (inpatient stays only, with exclusion of stays on N*, E, M, NIC, K, K1, K2 units)



1.3. Les soins gériatriques globaux : une approche multidisciplinaire

Les patients présentant un profil gériatrique requièrent donc une approche différente de celle d'autres patients du même âge. Cette approche dite **Comprehensive Geriatric Assessment** (traduit en français par « évaluation gériatrique globale ») est en réalité bien plus qu'une simple évaluation, puisqu'elle comprend trois étapes successives¹²:

- **un repérage (screening)** à l'aide d'instruments standardisés pour identifier les patients à haut risque de déclin fonctionnel, nécessitant une approche gériatrique.^{12, 13}
- **une évaluation globale** des patients identifiés à haut risque, ciblant leurs besoins multiples (capacités fonctionnelles, performances cognitives, état nutritionnel, état médical, situation sociale) en vue de développer des recommandations pour leur plan de soins.¹⁴
- **l'implémentation des soins evidence-based appropriés** si des problèmes gériatriques sont identifiés.¹²

L'évaluation gériatrique globale

L'évaluation gériatrique globale, également appelée « évaluation gériatrique standardisée » ou « approche gérontologique globale », est « *un processus interdisciplinaire multidimensionnel visant à déterminer les capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée fragile/vulnérable dans le but de développer un plan coordonné et intégré pour son traitement et son suivi à long terme* ». ^{12, 15}

Pour éviter toute confusion entre la phase d'évaluation proprement dite et l'approche globale, nous désignerons cette dernière, dans ce rapport, par le terme « **approche gériatrique (globale)** ».

L'approche gériatrique globale a été évaluée par des méta-analyses robustes^{14,15} qui ont démontré ses effets bénéfiques en comparaison avec les soins conventionnels : diminution de la mortalité, proportion plus élevée de retours à domicile, meilleur fonctionnement cognitif.

1.4. Un modèle de référence qui devient insuffisant

Les **services de gériatrie aigüe** (lits G) restent le modèle de référence dans la littérature, mais les évolutions démographiques en cours sont telles qu'il faut prévoir d'autres modalités, complémentaires, pour pouvoir accueillir avec une égale qualité des soins l'ensemble des patients gériatriques.

Les services de gériatrie aigüe sont des **unités hospitalières spécifiques**, disposant d'une **équipe multidisciplinaire** coordonnée par un **médecin spécialiste gériatre**. Ces unités spécifiques sont désignées par des noms variables, en fonction de leur spécialisation en soins aigus et/ou de revalidation (par ex. *acute care for elders* or *ACE units*; *geriatric evaluation and management units* ou *GEMU*).¹⁴ Il est démontré que ces unités donnent de meilleurs résultats que les services d'hospitalisation classiques, avec notamment moins de chutes, d'états confusionnels aigus, d'institutionnalisations, de mortalité intra-hospitalière et de déclin fonctionnels.¹⁴⁻¹⁸

Outre ce modèle de référence, on trouve principalement dans la littérature, **deux autres modèles de soins qui permettent la mise en œuvre d'une approche gériatrique globale** chez des patients hospitalisés¹⁴: les équipes de **liaison interne gériatrique** et le **modèle de co-management**.

1.5. La liaison interne gériatrique

Cette étude porte sur les équipes de liaison interne gériatrique pour lesquelles nous avons tenté :

- **d'évaluer les forces et faiblesses du fonctionnement actuel ;**
- **de tirer des enseignements en matière d'organisation des soins à partir d'une analyse des bonnes pratiques au niveau international.**

L'équipe de liaison interne gériatrique est une **équipe mobile** disposant d'une expertise gériatrique spécifique (gériatre et infirmier spécialisé principalement). Cette équipe rend visite aux patients à haut risque



(identifiés comme tels lors d'une procédure de screening préalable) quand ils sont admis dans un service d'hospitalisation **non gériatrique**.

L'équipe de liaison interne réalise une **évaluation** gériatrique approfondie et formule des **recommandations** à l'adresse du médecin et/ou de l'équipe de nursing du service.

Ces équipes intrahospitalières sont désignées dans la littérature par différents termes tels que « *inpatient geriatric consultation teams* » (IGCT), « équipes (pluridisciplinaires) de liaison interne gériatrique », « équipes d'évaluation gériatrique », « équipes de consultation gériatrique interdisciplinaire ».

Méthodes

Cette étude combine plusieurs méthodes de travail:

- **Une description de l'organisation des équipes de liaison interne gériatrique** sur base des données provenant de la littérature grise belge, de documents légaux, de données du SPF Santé publique, de l'INAMI et de banques de données administratives (données couplées du RHM-MZG et des données de facturation AZV – SHA).
- **Une SWOT-analyse** en deux vagues de respectivement 4 et 2 focus groups avec des gériatres (n=9), des infirmiers (n=24) et d'autres professionnels de la santé travaillant dans des équipes de liaison interne gériatrique (n=4), des professionnels de la santé travaillant dans des unités faisant appel à ces équipes (n=4) et des gestionnaires d'hôpitaux (n=11).
- **Une revue de littérature pour identifier les bonnes pratiques à l'échelon international**, complétée par une **enquête** auprès d'équipes de liaison interne gériatrique et de gestionnaires d'hôpitaux en France (n= 14 hôpitaux) et aux Pays-Bas (n=11 hôpitaux) ainsi que des **interviews semi-structurées** avec des chercheurs américains (n=4) spécialistes de ce domaine.

2. L'ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS POUR LES PATIENTS GÉRIATRIQUES EN BELGIQUE

En Belgique, l'organisation des soins gériatriques à l'hôpital a débuté formellement avec l'Arrêté Royal de 1985 sur la régulation des services de gériatrie aiguë (lits G). Cette organisation a ensuite été élargie via le programme de soins pour patients gériatriques déjà cité (Arrêté Royal de 2007, revu en avril 2014)¹⁰ qui spécifie que chaque hôpital doté d'un service de gériatrie aiguë (n=99) doit disposer d'un programme de soins pour patients gériatriques, et que chaque hôpital aigu sans service de gériatrie (n=5) doit établir une convention de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital aigu le plus proche disposant d'un programme gériatrique agréé.

2.1. Le programme de soins pour les patients gériatriques: cinq approches pour améliorer les soins aux patients âgés

L'objectif principal du programme de soins pour les patients gériatriques est « *d'obtenir, à travers une approche interdisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles de la personne âgée ainsi que sa meilleure autonomie de vie.* »

Depuis avril 2014, la loi spécifie que tout patient hospitalisé âgé de ≥ 75 ans doit faire l'objet d'un screening gériatrique par un membre de l'équipe du service où il est admis et ce à l'aide d'une échelle d'évaluation scientifiquement validée. Les patients dépistés comme étant à risque (càd susceptibles d'avoir un profil gériatrique) doivent ensuite être vus par l'équipe multidisciplinaire de liaison interne (ou, si ce n'est pas le cas, la raison doit être documentée dans leur dossier). Des patients de moins de 75 ans peuvent également être éligibles pour ce programme s'ils présentent un profil gériatrique.

Outre la spécification de critères d'agrément (par ex. la composition de l'équipe multidisciplinaire et le niveau de formation des intervenants, le rôle et le profil des coordinateurs du programme, certaines normes architecturales), l'Arrêté Royal spécifie essentiellement que le programme de soins doit structurer les soins gériatriques au sein des hôpitaux belges



selon 5 composantes (voir chapitre 2 du [rapport scientifique](#) pour les détails).

2.1.1. Le service de gériatrie aigüe

Il existe une norme qui fixe le nombre de lits gériatriques (lits G) dans les hôpitaux belges (6 lits G par 1 000 habitants de ≥ 65 ans).¹⁹ Toutefois, en 2013, il y avait 11 755 lits programmés dont seulement 7 341 (62.45%) agréés comme lits G.

Les lits G sont financés via le budget hospitalier (Budget des Moyens Financiers ou BMF). Le nombre de lits G 'justifiés' (càd les lits pour lesquels l'hôpital reçoit un budget) est toutefois plus élevé que le nombre de lits G agréés. En d'autres mots, les autorités publiques ont programmé un certain nombre de lits G nécessaires, mais ceux-ci n'ont jamais été entièrement mis en oeuvre par les hôpitaux, pour diverses raisons (p.ex. pénurie de gériatres, incitants financiers). L'évaluation des raisons et des solutions possibles à ce problème sont en dehors du cadre de cette étude.

2.1.2. La consultation de liaison interne gériatrique

L'objectif principal des consultations de liaison interne gériatrique est de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire à la disposition des soignants des autres unités d'hospitalisation, et cela **pour tous les patients ≥ 75 ans avec un profil gériatrique pris en charge dans l'hôpital**, y compris en hôpital de jour. L'équipe de liaison gériatrique comprend des gériatres (le plus souvent à temps partiel), des infirmiers spécialisés en gériatrie, des ergothérapeutes, ainsi qu'éventuellement des kinésithérapeutes, des logopèdes et des psychologues. L'équipe doit compter au minimum 2 ETP mais sa taille précise est calculée sur base du nombre annuel de patients de ≥ 75 ans qui sont admis dans les services non G de l'hôpital. Le rôle de liaison interne inclut les éléments suivants :

- une première évaluation du profil gériatrique des patients qui ont été étiquetés à risque lors du screening préalable effectué dans les services d'hospitalisation non G;
- une évaluation gériatrique multidisciplinaire des patients dont le profil gériatrique est confirmé par cette première évaluation ;
- la formulation de recommandations pour l'équipe et le médecin du service non G, et ce pendant toute la durée de l'hospitalisation;

- la formulation de recommandations pour le médecin généraliste lors de la sortie du patient, dans le but de prévenir les réadmissions ;
- la diffusion des principes gériatriques dans tout l'hôpital, comme par ex. la sensibilisation à la détection des patients à profil gériatrique, l'organisation de formations pour le personnel médical et paramédical, etc.

L'équipe de liaison interne ne prodigue donc pas directement des soins aux patients. Elle doit se réunir au moins une fois par semaine pour discuter de ses différentes interventions. Toutes ses observations sont consignées dans le dossier des patients et communiquées aux équipes soignantes.

Financement des équipes de liaison interne gériatrique

Entre 2007 et 2013, le financement des équipes de liaison interne gériatrique se faisait dans le cadre de **projets pilotes** et était identique pour tous les hôpitaux participants (environ € 184 000 pour financer 4 ETP, ce qui représentait € 16 884 208 pour 92 hôpitaux.²⁰).

Depuis le 1^{er} janvier 2014, ces fonds sont structurellement intégrés au financement hospitalier. Tout hôpital aigu qui possède un service de gériatrie agréé (en plus d'un service de chirurgie et d'un service de médecine interne) reçoit un financement destiné à développer et activer une consultation de liaison interne gériatrique. Ce budget garantit un minimum de 2 ETP (1 ETP vaut € 58 000) avec un maximum de 6 ETP. Ce nombre d'ETP dépend du nombre de patients de ≥ 75 ans hospitalisés dans les services non G.²¹

Deux codes de nomenclature spécifiques sont prévus pour les gériatres de liaison, l'un pour la consultation en unité non G (maximum 2 par séjour) et un pour la participation à la réunion multidisciplinaire (maximum 2 par semaine).²⁰

L'évolution des projets pilotes initiaux vers un fonctionnement structurel est vue comme très **positive** par les professionnels interviewés, mais ils soulignent néanmoins que les ambitions du législateur sont beaucoup plus hautes que les moyens accordés. Outre les financements jugés trop limités pour la constitution de l'équipe elle-même, ils considèrent que les remboursements des prestations à l'acte sont insuffisants (par ex : le temps



mis par un gériatre pour effectuer une évaluation gériatrique ou pour faire le tour des unités d'hospitalisation n'est pas suffisamment rémunéré, le temps des kinésithérapeutes pour assister aux réunions multidisciplinaires n'est pas rémunéré, la nomenclature de la consultation de liaison gériatrique n'est pas applicable aux patients de moins de 75 ans). Par conséquent, les hôpitaux doivent souvent faire des choix – qui les placent parfois en porte-à-faux avec la législation – pour rendre la charge de travail de ces équipes plus réaliste, par exemple en sélectionnant les services d'hospitalisation pouvant y faire appel, ou en relevant le seuil des instruments de repérage des patients à profil gériatrique.

2.1.3. Une fonction de liaison gériatrique externe

La fonction de liaison gériatrique externe vise à mettre les principes et l'expertise gériatriques à la disposition des **médecins généralistes** et des autres **intervenants de première ligne**. L'objectif est d'optimiser la continuité des soins, d'éviter les (ré)admissions inappropriées, de créer des synergies et de développer des réseaux entre les intervenants avant et après l'hospitalisation.

2.1.4. Les consultations gériatriques ambulatoires

Ces consultations monodisciplinaires effectuées par des gériatres s'adressent en principe à des patients référés par leur médecin généraliste. L'objectif de ces consultations est de formuler des conseils gériatriques ou de pratiquer des interventions qui ne requièrent pas une approche multidisciplinaire.

2.1.5. Les hôpitaux de jour gériatriques

L'objectif de ces hôpitaux de jour est d'organiser une évaluation et une revalidation gériatriques selon une approche multidisciplinaire. Les patients y sont admis sur demande de leur médecin généraliste, d'un spécialiste ou après une consultation gériatrique telle que mentionnée ci-dessus.

Après plusieurs années comme projets pilotes, les hôpitaux de jour gériatriques ont obtenu un financement structurel depuis le 1 juillet 2014.²¹

2.2. Les gériatres: une demande largement supérieure à l'offre

Les spécialistes en médecine interne pouvaient prestre en tant que gériatres depuis 1986 grâce à une '*qualification professionnelle particulière en gériatrie*'. Le titre de '*médecin spécialiste en gériatrie*' existe quant à lui depuis 2005.¹⁹ En 2013, le nombre de gériatres actifs en milieu hospitalier (sans compter les assistants en formation) est d'environ 280. Par ailleurs, 210 gériatres ont facturé des prestations dans le cadre d'équipes de liaison interne.

La plateforme de concertation sur le programme de soins pour le patient gériatrique a calculé **le nombre de gériatres en formation qui seront nécessaires chaque année** pour satisfaire aux exigences du programme. Selon ces experts, le nombre de gériatres nécessaire serait d'au moins 1.5 ETP pour 24 lits G accrédités²² Sur base de ce scénario minimal, il a été calculé que le déficit était de 143 ETP gériatres en 2010.²³

La commission de planification de l'offre médicale a recommandé un quota minimum de 20 nouveaux gériatres par an entre 2010 et 2018 et suggère même d'abandonner tout quota maximum pour les années 2020 et suivantes. Elle a également signalé que cette progression ne pourrait pas être réalisée avec le nombre actuel de places de formation.²⁴ Entre 2010 et 2013, seuls 28 médecins ont débuté une formation en gériatrie, ce qui correspond à un déficit de 52 gériatres par rapport au planning minimal de 80 ETP pour ces 4 années.²⁵

Les professionnels interviewés dans le cadre de cette étude sont donc d'avis qu'il faut prendre d'autres mesures politiques pour augmenter l'attractivité de cette spécialisation médicale, notamment une augmentation du nombre de places de formation²⁴ et une réévaluation à la hausse des honoraires.²⁶



2.3. Trop peu d'infirmiers spécialisés en soins gériatriques

Depuis 2007, les infirmiers ayant une expertise spécifique en gériatrie (formation spécifique, expérience de travail en milieu gériatrique) peuvent se prévaloir d'un '*titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie*' (accessible aux infirmiers gradués et aux bacheliers en soins infirmiers) ou d'une '*qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie*' (accessible aussi aux infirmiers brevetés), qui leur procurent un bonus annuel.²² En 2010, le nombre d'infirmiers reconnus comme tels était respectivement de 668 et 628. Pourtant, selon le RIM (Résumé infirmier minimum), il y avait au 1^{er} décembre 2010 l'équivalent de respectivement 321 ETP et 139 ETP infirmiers correspondant à ces reconnaissances dans les hôpitaux belges, ce qui laisse supposer que beaucoup de ces infirmiers travaillent à temps partiel, ou sont employés en dehors des hôpitaux.²⁷ En 2013, le nombre d'infirmiers reconnus avait déjà augmenté drastiquement, passant à respectivement 1 960 et 3 020. Il n'est cependant pas facile de savoir quel est leur taux d'emploi dans les programmes de soins gériatriques des hôpitaux aigus, d'autant plus que, depuis 2012, la reconnaissance a été élargie aux infirmiers travaillant en MRS.^{28, 29}

Toutefois, la majorité des infirmiers travaillant dans des services G ou dans le cadre du programme de soins gériatriques en général ne sont pas détenteurs du titre ou de la qualification en soins gériatriques. Ceci est considéré comme problématique par les professionnels de la santé interviewés dans le cadre de cette étude, car ils estiment insuffisantes les compétences en gériatrie des infirmiers ayant reçu une formation générale. Cette opinion est confortée par un audit des programmes flamands de formation en nursing, qui pointe une grande hétérogénéité entre écoles en termes de nombres d'heures de cours dédiées à la gériatrie, de nombres de stages et d'expertise disponible.³⁰

Dans ce contexte, il faut aussi noter que le système des « infirmiers-relais pour les soins gériatriques » dans les services non G a été abandonné lors de la révision du programme de soins pour patients gériatriques en avril 2014.¹⁰ Ce système – qui concernait des infirmiers d'unités d'hospitalisation générale ayant un intérêt/une formation particuliers pour les questions de gériatrie – semble avoir échoué pour cause de manque de ressources financières mais aussi de manque d'intérêt/d'expertise de la part des infirmiers des services non G.



3. LES DÉFIS À RELEVER POUR LES ÉQUIPES DE LIAISON INTERNE GÉRIATRIQUE

Le problème auquel doit aujourd'hui faire face le programme de soins pour les patients gériatriques est double : d'une part les services aigus de gériatrie (services G) ne sont pas en nombre suffisant pour rencontrer les besoins d'une population âgée qui croît rapidement – certains indicateurs laissent d'ailleurs à penser que leur capacité actuelle est déjà insuffisante par rapport à la demande (nombre de lits G justifiés supérieur au nombre de lits G agréés, nombre de lits G agréés inférieur au nombre de lits G programmés) – et une pénurie déjà bien présente de gériatres et d'infirmiers spécialisés en gériatrie.

Il faut donc trouver des solutions pour que **les patients avec un profil gériatrique hospitalisés dans les services non G puissent eux aussi recevoir des 'soins gériatriques globaux'**. C'est dans cette optique que nous avons analysé les forces et les faiblesses du modèle de liaison interne gériatrique tel qu'il est implémenté chez nous.

Il faut toutefois signaler que les professionnels de la santé consultés dans notre étude ont émis des doutes sur la possibilité de maintenir un niveau équivalent de qualité des soins en dehors d'unités spécifiquement dédiées à la gériatrie. Ils considèrent donc que les modèles d'organisation proposés comme alternatives sont sub-optimaux et qu'ils ne constituent pas nécessairement une solution au problème.

3.1. Efficacité des équipes de liaison interne gériatrique : des preuves scientifiques limitées

Le premier constat que nous avons été amenés à poser dans cette étude d'évaluation est qu'il n'existe pas, dans la littérature scientifique, de preuves de **l'efficacité** des équipes de liaison interne gériatrique, ni de données validées sur leurs **éléments constitutifs** (composition des équipes, choix des méthodes de repérage, limites de la pratique). Nous n'avons pu identifier que 30 publications, portant sur 24 équipes différentes dans 7 pays et couvrant une période de 30 ans (1983-2012). La majorité de ces publications datent d'avant 1999 et proviennent de façon prédominante des États-Unis et du Canada, sauf quelques études plus récentes, d'origine

européenne. Notamment, une revue récente par Deschodt et al. (2013)³¹ a montré **qu'il n'existe actuellement aucune preuve de l'efficacité clinique de ces équipes** sur des paramètres tels que le statut fonctionnel du patient, le taux de réadmissions ou la durée du séjour. L'effet sur la mortalité est significatif à 6 et 8 mois, mais pas aux autres temps (1 mois, 3 mois, 1 an) ; ces résultats non significatifs peuvent toutefois être expliqués par certaines limitations des études reprises dans la revue (par ex. hétérogénéité des interventions, composition des équipes, fréquence des réunions multidisciplinaires, choix des paramètres, peu de prise sur l'implémentation de l'intervention).

3.1.1. Une perception positive

Malgré le faible niveau de preuves d'efficacité, les professionnels de la santé belges que nous avons interviewés considèrent les équipes de liaison interne comme un modèle d'organisation permettant d'augmenter le niveau d'expertise gériatrique dans la prise en charge des patients à profil gériatrique admis dans des services non G. Ils soutiennent que ce modèle permet de diminuer les taux de réadmissions et d'améliorer les résultats fonctionnels de ces patients. Ils mettent également en avant **l'approche holistique et multidisciplinaire** et la **diffusion au sein des institutions d'une expertise et d'une culture gériatriques**.³²

Cet engagement en faveur des équipes de liaison fait écho aux recommandations publiées par différentes institutions belges, notamment le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et la Société belge de Gériatrie et de Gérontologie (SBGG), recommandations qui reposent elles aussi principalement sur **la validité apparente élevée** dont bénéficie le modèle des équipes de liaison interne dans la pratique clinique.

3.1.2. Un concept peu répandu au niveau international

La plupart des pays occidentaux font face à des défis démographiques similaires aux nôtres et pourtant **le modèle d'équipe de liaison interne gériatrique n'y est pas très répandu**. À part en Belgique, on ne le trouve largement implémenté qu'en France et aux Pays-Bas. Il faut également noter que, bien que ce modèle soit originaire des États-Unis, il n'a jamais été mis en pratique à large échelle là-bas. Les hôpitaux qui l'ont adopté ont dû faire face à des problèmes de rentabilité financière (en l'absence de



budget spécifique pour ce modèle) et de pénurie de gériatres. Il faut également souligner que les USA ont une population âgée relativement moins importante que celle de la plupart des pays européens. La proportion actuelle de 17,9% des Belges ayant ≥ 65 ans ne sera atteinte aux États-Unis que vers l'an 2025.^{2, 33}

3.2. Tant le modèle de soins que son implémentation sont hétérogènes

L'implémentation de la fonction de liaison interne en gériatrie dans les hôpitaux belges est fort hétérogène, en particulier au niveau du repérage et des méthodes d'évaluation des patients, et au niveau des services hospitaliers concernés par leur intervention. L'explication en est probablement que les hôpitaux doivent souvent faire des choix opérationnels vu le déséquilibre entre la demande et les possibilités de leur offre de soins gériatriques. La même hétérogénéité se retrouve à l'échelon international (voir chapitre 4 du [rapport scientifique](#) pour les détails de la comparaison internationale).

3.2.1. Hétérogénéité dans la mise en application des principes de l'approche gériatrique globale

Repérage des personnes âgées présentant un profil gériatrique : les méthodes sont variées, mais laquelle faut-il utiliser ?

Il existe dans la littérature **plusieurs instruments de screening** pour identifier les personnes âgées ayant un profil gériatrique, mais **aucun de ces instruments n'est entièrement satisfaisant**.³⁴⁻³⁶ Les recherches menées en Belgique montrent également que les différents instruments étudiés, même utilisés avec un cut-off moins sensible, gardent une spécificité très basse (càd un nombre élevé de faux positifs), ce qui va à l'encontre d'interventions ciblées.³⁷

Même si aucun des instruments existants n'est idéal, leur utilisation est nécessaire pour identifier les patients présentant un profil gériatrique. Les équipes de liaison sélectionnent donc leurs outils en fonction de divers critères comme la convivialité d'emploi, la validité apparente, l'objectif du screening (par ex. pour prédire un déclin fonctionnel ou pour décider d'une institutionnalisation).³⁵

Les instruments les plus utilisés dans les hôpitaux belges sont le Triage Risk Screening Tool (TRST) et l'Identification of Seniors At Risk (ISAR). Plusieurs hôpitaux les utilisent avec des valeurs de cut-off moins sensibles que celles recommandées par la littérature³⁸, pour tenter de diminuer le nombre de faux positifs, au risque de passer à côté de personnes qui ont bel et bien un profil gériatrique. Et malgré la récente obligation de dépister tous les patients de ≥ 75 ans, une sélection supplémentaire est parfois aussi introduite en amont du screening (par ex. en fonction du service d'hospitalisation ou des caractéristiques cliniques).

Au niveau international, on observe aussi une grande variabilité dans le choix des méthodes de repérage. Dans les hôpitaux néerlandais, l'utilisation d'instruments validés est systématiquement mentionnée (ce qui peut être lié au fait que ce screening est un indicateur de qualité pour les hôpitaux dans ce pays), tandis qu'en France, la méthode de repérage se limite à l'évaluation d'une série de paramètres arbitrairement définis et varient d'un hôpital à l'autre (par ex. âge de ≥ 75 ans et présence de fracture de hanche).

Patients à haut risque : un screening positif mène-t-il toujours à une visite de l'équipe de liaison interne ?

Une fois la sélection des patients effectuée, une **intervention appropriée** doit être entreprise sur base **d'une évaluation plus approfondie**. Mais laquelle ?

Parmi les équipes de liaison gériatrique françaises et néerlandaises qui ont répondu à notre enquête, seules la moitié initiaient automatiquement une évaluation gériatrique globale après un screening positif, en raison de la charge de travail trop importante que cela représente par rapport à la taille de l'équipe. Par contre, dans la majorité des hôpitaux belges, tout screening positif entraîne une demande de passage de l'équipe de liaison. On peut toutefois se demander si ce screening est vraiment réalisé systématiquement et si le nombre de patients avec un screening positif est correctement évalué, étant donné les chiffres de prévalence relativement bas présentés dans les études belges (voir point 1.1) et le fait que seulement 6% des patients de ≥ 75 ans se sont vus facturer une consultation de liaison gériatrique interne en 2011.

Les chiffres relatifs au respect de la nouvelle obligation légale d'effectuer un screening chez tous les patients de ≥ 75 ans ne sont pas encore disponibles,



mais, de l'avis des intervenants belges interviewés, il est fort probable que ce respect soit fort hétérogène également. Il nous a également été rapporté lors des interviews que la qualité du screening, quand il est effectué, ne correspond pas toujours aux standards exigés. Des solutions telles que rendre obligatoire le champ 'résultat du screening' dans le dossier informatisé du patient ne sont que partielles, et n'apportent certainement pas une garantie de qualité. Pour les professionnels interviewés, la qualité du screening pourrait être améliorée par la promotion d'une culture d'ouverture à la gériatrie dans les services non G, mais cela nécessiterait des formations continues et le soutien du management de l'hôpital.

L'évaluation des patients gériatriques est-elle vraiment « globale » ?

L'approche gériatrique globale est un **processus multidimensionnel**. En d'autres mots, elle doit prendre en compte les dimensions médicale, fonctionnelle, mentale et sociale du patient. Beaucoup de publications internationales étudiées dans notre revue de littérature évoquent les performances de l'évaluation gériatrique initiale, mais à peine plus de la moitié considèrent les quatre dimensions susmentionnées. De plus, la plupart des équipes de liaison se limitent à évaluer quelques items dans chacune de ces dimensions.

Les résultats de notre enquête auprès des équipes de liaison en France et aux Pays-Bas sont plus positifs, c'est-à-dire que tous les domaines et tous les items de l'évaluation sont investigués par la plupart des équipes. Aux Pays-Bas, cette évaluation fait l'objet d'un guideline ('CGA guidelines for geriatric co-management').

En Belgique, les résultats semblent également meilleurs que dans la littérature. En 2010, 87% des hôpitaux belges ayant une équipe de liaison interne gériatrique disent utiliser une grille d'évaluation structurée. Dans la plupart des cas, cette évaluation se déroule uniquement dans les **services d'hospitalisation générale**. Dans 11% des cas seulement, les **services d'urgences** font aussi partie du champ d'action des équipes de liaison interne.³⁸ De l'avis des professionnels de la santé interviewés, le rôle de l'équipe de liaison interne aux urgences devrait faire l'objet de recherches plus poussées. Ils soulignent l'importance de pratiquer ce screening et cette évaluation le plus tôt possible, de manière à mettre en route le plus

rapidement possible le programme de soins et à orienter les patients vers les services les plus appropriés. Cette évaluation 'précoce' pourrait se faire par exemple lors des admissions non programmées via les urgences, ou lors des consultations précédant une hospitalisation programmée.

En France, suite à la canicule de 2003, la loi oblige les équipes de liaison interne gériatrique à intervenir dès les urgences. Par contre, aux Pays-Bas, elles n'interviennent que rarement aux urgences.

Suivi des recommandations : trop faible pour avoir un impact ?

Une évaluation gériatrique globale doit mener à l'élaboration d'un **plan de soins intégré et coordonné**. Dans le modèle de gériatrie de liaison, cet objectif est atteint via la formulation de recommandations au sujet des soins à apporter au patient concerné. Selon la littérature, **les taux de suivi des recommandations sont cependant très variables**.^{14, 31}

Ce problème est bien connu dans le contexte belge ; il est rapporté par une majorité des équipes interviewées³⁸ et a aussi été identifié comme une **faiblesse majeure** dans la SWOT-analyse. La cause la plus fréquemment citée pour expliquer cet état de fait est **que les équipes de liaison n'ont qu'un rôle consultatif**.^{20, 32} D'autres raisons évoquées sont le manque de possibilités de suivi des recommandations par l'équipe elle-même³², le manque d'ouverture aux principes gériatriques dans le chef des autres spécialisations médicales, et le manque de temps pour implémenter les recommandations pendant la période d'hospitalisation (à cause du raccourcissement des durées de séjour). D'autres obstacles se situent au niveau du management de l'hôpital (manque de soutien), et du système de soins dans sa globalité (par ex. problèmes de financement, de staffing ou de niveau de formation).

Nous avons également questionné les participants sur les solutions possibles à ce problème. Quasi tous les hôpitaux néerlandais ayant participé à l'enquête ont rapporté avoir instauré des sessions de formation ou un coaching des équipes soignantes. Une autre solution que nous avons identifiée est de donner aux équipes de liaison un rôle hybride, par exemple en les autorisant à prescrire directement certaines interventions de soins ou à implémenter elles-mêmes une partie de leurs propres recommandations.³¹ Mais cette dernière option mènerait à augmenter leur charge de travail alors qu'elles sont déjà surchargées.



Quoi qu'il en soit, étant donné que les problèmes de suivi sont le plus fréquemment mentionnés par les équipes ayant uniquement un rôle consultatif, il serait sans doute judicieux d'explorer l'impact potentiel d'un ajustement de ce rôle. Les interviews semi-structurées menées avec les experts nord-américains révèlent par exemple un intérêt croissant pour le modèle de co-management (voir plus loin).

Quel suivi en post-hospitalisation ?

Si les professionnels interviewés signalent de nombreux problèmes de suivi en intra-hospitalier, ces problèmes sont bien plus aigus encore au niveau de la collaboration avec les soins de première ligne.

Depuis avril 2014, il est devenu obligatoire de transmettre les recommandations de l'équipe de liaison gériatrique au médecin généraliste. Hélas, leur implémentation n'en est guère plus avancée. L'un des obstacles, selon ce que rapportent les professionnels interviewés, est la réticence des médecins hospitaliers à inclure ces recommandations dans la lettre de sortie destinée au généraliste. Certains avancent même que cette réticence est due au fait que cela mettrait en lumière la non-compliance des équipes hospitalières elles-mêmes à ces recommandations...

Signalons que, dans les hôpitaux français que nous avons contactés, presque toutes les équipes de liaison communiquent leur évaluation et leurs recommandations à la première ligne. Par contre, aux Pays-Bas, malgré des guidelines soulignant l'importance de la continuité des soins, seule la moitié des hôpitaux communique les recommandations à la première ligne.

3.2.2. Hétérogénéité des aspects organisationnels

L'offre est-elle globalement suffisante pour rencontrer la demande?

Durant la phase d'implémentation des projets pilotes, les équipes de liaison interne gériatrique belges comptaient en moyenne 4,3 ETP (1,9 à 10,1). Cela signifie que certains hôpitaux finançaient leurs équipes par d'autres moyens que les fonds prévus à cet effet (qui couvraient 4 ETP) parce qu'ils étaient convaincus de l'apport de ces équipes à la qualité des soins. Néanmoins, le contraire a également été rapporté, à savoir que les budgets des équipes de liaison étaient utilisés à d'autres fins (par ex. pour augmenter le nombre d'infirmiers des unités G ou pour engager un psychologue sans l'impliquer dans l'équipe de liaison).

Les professionnels de la santé interviewés ont unanimement affirmé que **les demandes en soins gériatriques dépassent largement les possibilités des ressources humaines disponibles** (et les budgets qui leur sont alloués). Le déficit en gériatres et en personnel infirmier qualifié, déjà évoqué, a été identifié comme l'un des obstacles les plus importants. Il manque cependant des chiffres précis, tant sur l'offre que sur la demande (nombre de patients identifiés à haut risque, nombre d'évaluations réalisées par les équipes de liaison). Les seuls chiffres disponibles sont les estimations de la charge de travail des équipes réalisées au cours des projets pilotes. La médiane était de 591 consultations par an et par équipe et de 423 patients pour lesquels des recommandations furent établies.³⁸ En outre, la proportion de patients ≥75 ans admis dans des services non G pour qui un code de nomenclature correspondant à une visite de l'équipe de liaison a été facturé (en moyenne 6% en 2011 avec une large variabilité entre hôpitaux) est beaucoup plus bas que ce qui était attendu sur base de la littérature.^{6, 8, 35}



Quelle composition (et quel financement) pour les équipes ?

La composition actuelle des équipes de liaison gériatrique sur le terrain est assez variable, tant en Belgique que dans les autres pays. **Ce sont les infirmiers et les gériatres qui en constituent le noyau.** Pendant la phase des projets pilotes, les infirmiers et les ergothérapeutes étaient présents dans plus de 90% des équipes. Les gériatres, diététiciens, psychologues et logopèdes venaient compléter les effectifs dans plus de la moitié des cas. Les travailleurs sociaux, les kinésithérapeutes et les psychiatres étaient plutôt appelables à la demande.³⁸

Les infirmiers combinent souvent une grande expertise et une bonne formation en gériatrie. Aux USA, la majorité des infirmiers ont un niveau de Master et occupent des fonctions **d'advanced practice nurses** (*clinical nurse specialist in gerontology/geriatrics, geriatric nurse specialist practitioner*). Malgré l'absence de cadre légal et financier, un certain nombre d'hôpitaux belges expérimentent actuellement des fonctions similaires.³⁹

Le problème de l'implication des gériatres a déjà été évoqué ; il est similaire en Belgique, en France et aux Pays-Bas. Leur charge de travail est telle qu'ils doivent souvent concentrer leurs activités sur leur travail dans les unités G. Le faible nombre de réunions multidisciplinaires organisées pour discuter des patients des unités non G est un reflet de ce problème. Pourtant les professionnels interviewés reconnaissent que la présence des membres de l'équipe de liaison apporte une valeur ajoutée indiscutable à ces réunions (par ex. meilleure adhésion aux recommandations, demandes mieux ciblées). Mais le raccourcissement des durées de séjour dans les unités d'hospitalisation générale réduit les possibilités pour les membres des équipes de liaison de participer à ces réunions.

L'implication des kinésithérapeutes dans les réunions d'équipe multidisciplinaires est un problème particulier dans la mesure où ces professionnels ont souvent un statut d'indépendant. Certains hôpitaux les indemnisent sur fonds propres pour le temps passé en réunion multidisciplinaire.

Un appel à l'échange de savoirs

Lors du premier lot de projets pilotes de 2007, l'implémentation des équipes de liaison interne gériatrique avait été soutenue par un **consortium d'équipes académiques** financé par le SPF Santé publique. Une description des tâches et des fonctions avait été développée selon une approche ascendante participative. Ce document a ensuite été utilisé comme point de départ pour les autres hôpitaux rejoignant les projets pilotes. Ces travaux préparatoires s'appuyaient sur un processus assez intensif d'échange d'informations et de réflexions sur la pratique quotidienne, organisé par région géographique. Cela a permis de déboucher sur un large consensus et donc une très bonne acceptation de la part du terrain.⁴⁰ Malheureusement, ces échanges interactifs, très appréciés par les hôpitaux participants, se sont progressivement éteints, quand le support des autorités publiques a été stoppé.

Aujourd'hui, si l'on fait abstraction de quelques initiatives volontairement organisées entre quelques hôpitaux⁴¹, les professionnels interviewés ont souligné que l'absence de plateforme formelle permettant un partage d'informations, d'expériences et de pratiques innovantes constituait un manque important. Et de fait, en dépit d'une législation très normative (que les hôpitaux ne parviennent pas à mettre en application), on voit apparaître sur le terrain plusieurs « poches d'innovation » (par ex. le repérage des patients lors de consultations préalables à des hospitalisations programmées, l'intégration des recommandations des équipes de liaison à la lettre de sortie via le dossier informatisé). Ces idées ne sont pas suffisamment reprises par les autres hôpitaux puisqu'il n'y a pas d'échange de savoirs organisé. Plusieurs exemples de « communautés de pratiques » existent pourtant dans les soins de santé (et notamment en matière de gériatrie) soutenues par des autorités fédérales et fédérées.^{42, 43}



3.3. Des modèles de soins alternatifs émergent

Le manque de données validées au sujet de l'implémentation des équipes de liaison interne appelle le développement de nouveaux modèles innovants pour les personnes âgées hospitalisées dans les services généraux des hôpitaux. Les exemples qui émergent de la littérature sont le **co-management**, les innovations en matière de **ressources humaines** et les **modèles organisationnels transmuraux**.

Co-management : consultation ou décision partagée?

On observe actuellement dans certains pays, comme par exemple aux USA et aux Pays-Bas, un glissement vers un **modèle de co-management**. Ce modèle est apparu récemment, principalement pour les patients orthopédiques présentant un profil gériatrique. On peut le décrire comme « *le modèle le plus ambitieux de soins partagés (shared care) entre un médecin du service où le patient est hospitalisé et un gériatre, qui gèrent ensemble la prise en charge du patient depuis son admission jusqu'à sa sortie et qui assument ensemble les responsabilités de l'entièreté du processus et des résultats* », ^{44, 45}

Le modèle de co-management tel qu'il est proposé dans les guidelines de la **Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)** ⁴⁶ ressemble assez fort à celui des équipes de liaison belges, mais en allant plus loin qu'un simple rôle consultatif.

L'intérêt pour les modèles de décision partagée trouve son origine dans le constat du manque d'efficacité clinique du modèle consultatif. Les interviews semi-structurées menées avec les experts américains nous ont permis d'entrevoir plusieurs bénéfices potentiels à l'implémentation proactive de soins gériatriques en complément des soins aigus, par comparaison au rôle consultatif seul. Les premières méta-analyses portant sur l'efficacité ^{44, 45} de ces approches n'incluent que quelques études, souvent modestes, dont les résultats sont (encore) peu concluants. Il est donc prématuré d'en tirer des conclusions.

Toutefois, ces nouveaux modèles seront eux aussi confrontés au manque de gériatres (et d'infirmiers spécialisés en gériatrie, si l'on en croit nos interlocuteurs), ce qui représentera un obstacle majeur à leur implémentation plus large. Donc, même si des preuves de l'efficacité de ce

modèle devaient nous arriver bientôt, cela ne suffira pas à garantir des soins suffisamment imprégnés de principes gériatriques dans les unités non G.

Les modèles transmuraux

Notre recherche dans la littérature internationale nous a également permis de mettre en lumière une tendance vers des modèles qui transcendent les murs des hôpitaux. Ainsi par exemple en France, les consultations de liaison interne ne sont plus limitées au contexte hospitalier et délivrent aussi des soins au sein des communautés locales (par décision politique, suite à la canicule de 2003).

Par ailleurs, des modèles d'hospitalisation à domicile prennent aussi de l'importance, comme nous l'ont confirmé nos contacts avec les experts US. Il existe toutefois encore d'autres modèles alternatifs ou complémentaires, comme les hôtels médicalisés, la télé-médecine, les centres de convalescence. ^{47,48} On peut s'attendre à ce que ce foisonnement de modèles alternatifs gagne du terrain en Belgique aussi. Et ce d'autant plus que le raccourcissement des durées de séjour hospitalier est tel qu'il n'y a souvent plus suffisamment de temps pour des prises en charges globales.

De plus, selon les participants au projet belge de soins onco-gériatriques, le screening et l'évaluation gériatrique se déroulent déjà au domicile du patient, en consultation ou dans les hôpitaux gériatriques de jour, ce qui peut se révéler très utile pour des patients requérant essentiellement des soins ambulatoires. ⁴⁹

Les innovations en matière de ressources humaines

Les médecins qui n'ont pas été spécifiquement formés à la gériatrie en ont parfois une connaissance assez lacunaire, ce qui a été dénoncé comme l'un des obstacles à des soins de qualité dans la SWOT-analyse. Il semble toutefois peu réaliste d'espérer que les mesures politiques prises actuellement réussissent à faire augmenter le nombre de gériatres de façon suffisante pour résoudre la pénurie. Il serait donc judicieux de s'intéresser aux solutions qui ont été apportées dans d'autres pays confrontés à des problèmes similaires.



L'analyse des exemples internationaux nous a montré que, en particulier aux USA, les infirmiers des équipes de liaison ont reçu une formation de niveau Master et jouent souvent un rôle d'*advanced practice nurse*. Avec l'augmentation du nombre d'infirmiers de niveau Master en Belgique⁵⁰, il vaudrait la peine de replacer cette piste de solution sur l'agenda politique, et pas seulement pour la liaison gériatrique.^{51,39}

3.4. L'évaluation de la qualité des soins gériatriques en est encore à ses balbutiements

Une évaluation approfondie de la qualité des soins fait impérativement partie d'une politique de soins digne de ce nom.⁵² Pourtant, nous avons dû constater que l'évaluation de la qualité des soins prodigués par les équipes de liaison interne en gériatrie n'a reçu à ce jour que **très peu d'attention dans la littérature internationale**. Pratiquement aucune équipe de liaison n'a pu nous fournir des données à ce sujet (par ex. les processus d'évaluation des soins mis en œuvre, les domaines de soins qui devraient être compris dans les évaluations de qualité), et ni la littérature, ni notre enquête n'ont pu nous en fournir davantage. Étant donné que l'ambition est de délivrer des soins de haute qualité à tous les patients (gériatriques) indépendamment du type de service où ils sont hospitalisés, **il est de première importance de consentir davantage d'investissements dans ce domaine**.

Parmi les différentes initiatives actuellement en cours, signalons, aux Pays-Bas, un programme d'accréditation qui porte une attention spécifique à la qualité des soins des personnes âgées vulnérables dans les hôpitaux (*Senior Friendly Hospitals-project*). Les critères d'évaluation de ce projet comprennent un screening systématique des patients âgés et la possibilité de faire appel 24h/24 et 7j/7 à une équipe de liaison gériatrique.⁵³ Le concept de « *Senior Friendly Hospitals* » a été récemment lancé en Belgique par la Fondation Roi Baudouin.⁵⁴

En Flandre, les audits de qualité des autorités publiques prévoient aussi l'évaluation du « screening des personnes âgées pour dépister des profils gériatriques » dans les unités de médecine interne et de chirurgie générale. Par ailleurs, de nombreux hôpitaux belges s'engagent dans un processus d'accréditation pour l'ensemble de leur institution, mais malheureusement, ces programmes d'accréditation (par ex. de la Joint Commission International (JCI) ou du Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ-Qmentum) n'accordent pas une importance spécifique aux soins gériatriques.²⁶

Il existe pourtant une pléthore d'études internationales sur le développement d'indicateurs de qualité pour les soins aux patients gériatriques hospitalisés (en services G). Ces indicateurs seraient en partie pertinents pour évaluer la qualité des soins gériatriques en services non G et/ou par les équipes de liaison interne. Plusieurs initiatives de qualité sont en cours (par ex. VIP² - Vlaams Indicatoren Project). Il serait donc recommandé d'intégrer un set d'indicateurs spécifiques à l'évaluation de la qualité des soins gériatriques à ces initiatives.^{26, 55}



4. CONCLUSIONS

Les services de gériatrie aigüe sont et restent le modèle organisationnel de référence pour accueillir les personnes âgées dans le respect des principes des « soins gériatriques globaux ». Toutefois, aujourd'hui déjà, en raison de la pénurie de lits gériatriques, de gériatres et d'infirmiers spécialisés en gériatrie, il n'est pas possible d'admettre tous les patients dans les services de gériatrie existants. Comme la proportion de patients âgés devant être hospitalisés va aller en grandissant, il est nécessaire et urgent d'investir dans des modèles complémentaires permettant de garantir que ces patients seront également pris en charge dans le respect des principes gériatriques dans les autres services des hôpitaux (ou ailleurs). Or, il n'existe pas, dans la littérature, d'autre modèle organisationnel de référence qui satisfasse à ces principes.

La Belgique a investi dans l'implémentation d'équipes de liaison interne gériatrique, pour lesquelles elle a prévu des normes strictes et un budget spécifique structurellement intégré au financement hospitalier (mais considéré par beaucoup comme insuffisant). Ce modèle bénéficie d'une validité apparente élevée dans la perception des cliniciens, mais n'est pas étayé par des preuves scientifiques. À part en France et aux Pays-Bas, il n'est pas très répandu dans d'autres pays. Plusieurs modèles alternatifs pourraient aussi bien être envisagés, comme le co-management ou les infirmiers de pratique avancée en gériatrie travaillant dans des unités non-gériatriques. Les modèles (semi)ambulatoires ou extramuraux n'ont pas été analysés ici, car sortant du périmètre de cette étude.

De plus, malgré une législation relativement précise, **la liaison interne gériatrique est mise en pratique de façon très variable, en fonction des priorités des hôpitaux**. Les professionnels de la santé interviewés dans le cadre de cette étude insistent sur le besoin de laisser une certaine marge de manœuvre aux hôpitaux pour expérimenter des solutions adaptées au niveau local. Ils soulignent également que les modèles exclusivement centrés sur l'hôpital seront mis en difficulté par les évolutions actuelles que sont le raccourcissement des durées de séjour et l'augmentation du nombre de patients avec des pathologies chroniques multiples.

Les mêmes professionnels considèrent comme un problème majeur **l'absence de lieu formel d'échanges de pratiques**. Ils font remarquer qu'une communauté de pratique – très appréciée – existait lors du lancement des projets pilotes de gériatrie de liaison⁵⁶, mais que, privée du soutien des autorités publiques, l'initiative s'est progressivement essouffée. Seules quelques (modestes) initiatives isolées subsistent. Etant donné qu'il faudra à présent expérimenter de nouveaux modèles sans savoir à l'avance lequel fonctionnera le mieux, une nouvelle communauté de pratique doit impérativement être remise en place, soutenue par les pouvoirs publics et encadrée par des experts académiques, notamment pour l'évaluation des initiatives prises sur le terrain.

À côté de l'exploration d'autres modèles organisationnels visant à augmenter la disponibilité d'expertise en gériatrie au sein des unités non gériatriques, plusieurs autres mesures peuvent être envisagées.

La première est **d'augmenter le niveau de connaissances gériatriques** de tous les soignants en donnant une place plus importante à leur enseignement dans les facultés de médecine, les écoles de nursing et les autres formations liées à la santé.

La deuxième est **d'augmenter l'attractivité des disciplines gériatriques pour les infirmiers et les médecins**. Il est notamment important de réévaluer la nomenclature des médecins entre les différentes disciplines médicales.

Des investissements sont également à faire dans le nombre de places de formation pour les jeunes gériatres.

Enfin, la qualité des soins hospitaliers doit être indépendante du type de service où ils sont délivrés (service d'hospitalisation générale ou gériatrique). Pour cela, il est important de veiller à ce que les **procédures d'assurance de qualité** accordent une attention particulière à la gériatrie dans les audits de qualité globaux des institutions hospitalières (ou les programmes d'accréditation) et que les initiatives de promotion de la qualité existantes incluent des indicateurs de qualité spécifiques pour l'évaluation des soins aux patients présentant un profil gériatrique.



■ RECOMMANDATIONS^b

Les services de gériatrie aigus restent le modèle de référence en matière de soins aux personnes âgées hospitalisées présentant un profil gériatrique. Toutefois, dans les hôpitaux belges, des investissements sont nécessaires pour permettre aux patients âgés hospitalisés en dehors de ces services de bénéficier également d'une prise en charge qui respecte les principes des 'soins gériatriques globaux'. À l'heure actuelle, les données disponibles dans la littérature ne permettent pas de mettre en avant l'un ou l'autre modèle comme alternative au modèle de liaison interne gériatrique, privilégié dans les hôpitaux belges. Pour ces raisons, le KCE recommande :

Au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique :

- De prendre des mesures de politique à long terme incluant:
 - une révision de la capacité des services de gériatrie en Belgique dans le contexte d'une réforme plus large du paysage hospitalier.
 - une augmentation de l'attractivité de la spécialisation en gériatrie pour les médecins. Ceci nécessite notamment une révision de la nomenclature pour assurer un équilibre de revenus entre les différentes spécialités médicales.
 - une étude de la faisabilité et des conditions nécessaires à la création de fonctions infirmières de pratique avancée (*advanced practice nurses*) en gériatrie de manière à pouvoir répartir la charge de travail entre les gériatres et des infirmiers de niveau Master.
- De continuer les investissements dans le programme de soins pour le patient gériatrique en y incluant les ressources prévues pour la dissémination de l'expertise gériatrique dans les services non gériatriques, mais en adaptant cette politique pour le court terme.
 - en autorisant une certaine flexibilité dans l'allocation de ces ressources, pour permettre d'expérimenter des modèles de soins innovants adaptés aux contextes locaux. L'expérimentation de modèles de co-management (décision partagée entre le gériatre et les autres médecins au sujet de patients admis en services non gériatriques) devrait être considérée. L'implémentation de ces expériences devrait aller de pair avec leur évaluation. Par ailleurs, l'articulation avec la fonction de liaison gériatrique externe et les autres modèles centrés sur les patients ambulatoires devrait également être considérée avec plus d'attention.

^b The KCE has sole responsibility for the recommendations.



- en installant une plateforme d'échange de bonnes pratiques entre hôpitaux. Ceci nécessite d'investir de façon continue dans une équipe d'experts responsables du partage de savoirs de manière à diffuser les bonnes pratiques entre hôpitaux. Cet échange de savoirs peut être développé par l'équipe d'experts susmentionnée (par exemple, visite d'hôpitaux par des pairs). Cette initiative pourrait être financée par une petite part des ressources actuellement investies dans les équipes de liaison interne gériatrique.
- en autorisant les gériatres à facturer des codes de nomenclature pour les consultations de l'équipe de liaison interne et pour les réunions multidisciplinaires (càd les codes. 599045 & 597623) pour des patients de 75 ans ou moins, si ceux-ci remplissent les critères du profil gériatrique tels que spécifiés dans le programme de soins pour le patient gériatrique.
- D'accorder une attention particulière à la spécialisation des infirmiers dans le cadre du plan fédéral d'amélioration de l'attractivité de la profession infirmière, sans perdre de vue l'attractivité générale de la profession.

Aux Entités fédérées :

- D'intégrer (ou de développer) des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des soins aux patients gériatriques (hospitalisés) tant dans les services de gériatrie que dans les services non gériatriques. Ceci devrait être fait en collaboration avec le Collège de Médecins Gériatres.
- De concevoir et d'intégrer une formation en gériatrie (cours et stages) dans le cursus de base des médecins, infirmiers et autres professions de santé concernées.
- De garantir que la 'qualité des soins gériatriques' fasse l'objet d'une attention particulière dans les audits de qualité globale des hôpitaux (par ex. un point spécifique dans les programmes d'accréditation des hôpitaux).

Aux facultés de médecine et aux écoles de nursing et d'autres professions concernées :

- D'intégrer une formation de base obligatoire à la gériatrie (cours et stages) dans tous les programmes de cours.

***Aux hôpitaux :***

- De promouvoir une culture où tous les professionnels seraient sensibilisés à l'approche gériatrique (diffusion des savoirs, réunions multidisciplinaires). Ceci nécessitera des efforts soutenus et un soutien de la part des gestionnaires d'hôpitaux.



■ RÉFÉRENCES

1. EUROSTAT. Population projections [Web page].2011 [cited 10/10/2014]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections
2. FOD economie KMO middenstand en energie. Bevolking - Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2014-2061. In; 2014.
3. Van Der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013, rapport 1: gezondheid en welzijn. Brussels: WIV; 2014. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/SH_NL_2013.pdf
4. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 190C (D/2012/10.273/81) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190C_o rganisation_care_chronic_patients.pdf
5. Pacolet J, Deliège D, Artoisenet C, Cattaert G, Coudron V, Leroy X, et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderzorg in België. In: FOD Sociale Zekerheid; 2005.
6. Deschodt M, Wellens NI, Braes T, De Vuyst A, Boonen S, Flamaing J, et al. Prediction of functional decline in older hospitalized patients: a comparative multicenter study of three screening tools. Aging Clin Exp Res. 2011;23(5-6):421-6.
7. Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van Puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. Ann Oncol. 2013;24(5):1306-12.
8. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PLoS One. 2011;6(11):e26951.



9. Oo MT, Tencheva A, Khalid N, Chan YP, Ho SF. Assessing frailty in the acute medical admission of elderly patients. *J R Coll Physicians Edinb*. 2013;43(4):301-8.
10. Koninklijk Besluit 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (tekstbijwerking 18-04-2014), B.S. 18 april 2014.
11. UEMS. Definition Geriatric medicine [Web page]. UEMS;2008 [cited 02/02/2015]. Available from: http://uemsgeriatricmedicine.org/UEMS1/dok/geriatric_medicine_definition.pdf
12. Deschodt M. Multidisciplinary geriatric consultation teams in acute hospitals: organisational aspects and outcomes [Doctoral Thesis in Biomedical Sciences]. Leuven: KULeuven; 2013.
13. Winograd CH. Targeting strategies: an overview of criteria and outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(9 Pt 2):25S-35S.
14. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj*. 2011;343:d6553.
15. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(7):Cd006211.
16. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b50.
17. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(12):2237-45.
18. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(1):83-92.
19. Koninklijk Besluit 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. , B.S. 8 augustus 2014.
20. Advies betreffende het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, 2013.
21. Omzendbrief ter attentie van de ziekenhuisbeheerder. Budget van financiële middelen (BFM) op 1 januari en 1 juli 2014. Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen., 9 juli 2014.
22. Ministerieel Besluit 19 april 2007 tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel te dragen van verpleegkundige gespecialiseerd in geriatrie, B.S. 8 juni 2007.
23. Het Federaal overleg platform voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Het Groenboek: Aanbevelingennota betreffende het Zorgprogramma voor de Geriatrische Patiënt. In; 2010.
24. Advies inzake de planning van het medisch aanbod (KB van 12 juni 2008): de artsen-specialisten in de geriatrie, 2009.
25. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid VvdVeL. Jaarverslag 2013 van de planningscommissie medisch aanbod: Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België. 2014.
26. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf



27. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.. Nationale Feedback van de MZG personeelsgegevens 2010. 2013.
28. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.. Jaarstatistieken met betrekking tot beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Brussel: 2014.
29. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.. Jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België, 2011. 2012.
30. Deschodt M, de Casterle BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):139-48.
31. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2013;11:48.
32. Braes T, Flamaing J, Pelemans W, Milisen K. Geriatrics on the run: rationale, implementation, and preliminary findings of a Belgian internal liaison team. *Acta Clin Belg*. 2009;64(5):384-92.
33. Shrestha LB, Heisler EJ. The Changing Demographic Profile of the United States. In: service Cr, editor.; 2011.
34. Closon M-C, Gobert M, Pepersack T, Falez F, Baeyens J-P, Kohn L, et al. Financing of the care program for geriatric patients in classic hospital. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 22/01/2008. KCE Reports 73 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-the-care-program-for-geriatric-patients-in-classic-hospital>
35. De Saint-Hubert M, Schoevaerds D, Cornette P, D'Hoore W, Boland B, Swine C. Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: a systematic review of screening tools. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(5):394-9.
36. Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing*. 2012;41(3):381-7.
37. Braes T, Flamaing J, Sterckx W, Lipkens P, Sabbe M, de Rooij SE, et al. Predicting the risk of functional decline in older patients admitted to the hospital: a comparison of three screening instruments. *Age Ageing*. 2009;38(5):600-3.
38. Deschodt M, Flamaing J, Rock G, Boland B, Boonen S, Milisen K. Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals: a national survey study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(7):842-9.
39. Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. Differentiated practice in nursing: opportunities and limits. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 15/09/2008. KCE Reports 86 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/differentiated-practice-in-nursing-opportunities-and-limits>
40. Milisen K, Flamaing J, De Vuyst A, Huyghe E, Braes T, Wellens N, et al. Wetenschappelijk onderzoek inzake de liaisonfunctie in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2008.
41. Huysmans LW, M.; De Cuyper, K. Uitnodiging startvergadering reflectiegroep voor geriatrische liaisonteams (15 januari 2015). In; 2014.
42. Zorgproeftuinen [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.zorgproeftuinen.be/nl>
43. RIZIV. Vernieuwing via alternatieve zorgvormen voor ouderen [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/ouderenzorg/alternatieven-ouderen/Paginas/default.aspx>
44. Buecking B, Timmesfeld N, Riem S, Bliemel C, Hartwig E, Friess T, et al. Early orthogeriatric treatment of trauma in the elderly: a systematic review and metaanalysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2013;110(15):255-62.
45. Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Trauma*. 2014;28(3):e49-55.



46. Geriatrie NVvK. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment bij consult en medebehandeling - Addendum behorende bij de richtlijn CGA. In; 2013. p. 120.
47. Pearson M, H. Hunt, C. Cooper, S. Shepperd, R. Pawson and R. Anderson . Intermediate care: a realist review and conceptual framework. Exeter, UK: National Institute for Health; 2013. NIHR Service Delivery and Organisation Programme
48. Ettelt S, Nolte E, Mays N, Thomson S, McKee M, Network IHC. Health care outside hospital: Accessing generalist and specialist care in 8 countries. European Observatory on Health Systems and Policies; 2006. Policy briefs
49. Wildiers H, Milisen K, Flamaing J, Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, et al. Tailored, multi-project implementation of geriatric assessment in Belgian cancer patients: a nationwide hospital survey. In: Belgian Cancer Plan; 2013.
50. Holtzer L. Boordtabellet 2014 - 2015. In: Ik ga ervoor campagne. Brussel: Vlaamse Overheid; 2014.
51. Griffiths P, Bridges J, Sheldon H, Thompson R. The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. J Clin Nurs. 2014.
52. Committee on Quality of Health Care in America IoM. Crossing the quality chasm - A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
53. Samenwerkende ouderenorganisaties Unie KBO P, NOOM en NVOG. Kwaliteitsaspecten Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2015 [Web page].2014 [cited 24/12/2014]. Available from: <http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/wp-content/uploads/2014/10/Kwaliteitsaspecten-2015-keurmerk-Seniorvriendelijk-Ziekenhuis-def.pdf>
54. Koning Boudewijstichting. Zilverzacht Ziekenhuis [Web page].2013 [cited 12/02/2015]. Available from: <http://www.kbs-frb.be/call.aspx?id=306147&langtype=2067&src=true>
55. Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Clinical Quality Indicators. Objective Elements - Communication (OEC). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006 19/10/2006. KCE Reports 41 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/clinical-quality-indicators>
56. Milisen K, Flamaing J, De Vuyst A, Huyghe E, Braes T, Wellens N, et al. Wetenschappelijk onderzoek inzake de liaisonfunctie in het kader van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt Brussel: Dederale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu; 2008.



COLOPHON

Titre :	Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique – Synthèse
Auteurs :	Mieke Deschodt (KU Leuven/UZ Leuven), Veerle Claes (KU Leuven/UNIBAS), Bastiaan Van Grootven (KU Leuven/UZ Leuven), Koen Milisen (KU Leuven/UZ Leuven), Benoit Boland (UCL/Cliniques universitaires Saint-Luc), Johan Flamaing (UZ Leuven), Alain Denis (Yellow Window), François Daue (Yellow Window), Lut Mergaert (Yellow Window), Carl Devos (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Coordinatrice du projet :	Dominique Paulus (KCE)
Relecture :	Nadia Benahmed (KCE), Wendy Christiaens (KCE)
Experts externes :	Jean-Pierre Baeyens (Observatoire des maladies chroniques), Katrien Cobaert (AZ Delta), Hugo Daniels (Ziekenhuis Oost-Limburg Genk), Anne De Bievre (OLV Aalst), Patrick Dufrane (INAMI – RIZIV), Griet De Bodt (UZ Gent), Daniel Gillain (ULg), Pierre Hanotier (CHU Tivoli), Sandra Higuët (CHU de Charleroi), Lia Huysmans (GasthuisZusters Antwerpen), Lambeau Jean-luc (Grand Hôpital de Charleroi), Margareta Lambert (AZ Brugge, Sint-Jan), Jean-Claude Lemper (Geriatrisch Ziekenhuis Scheutbos), Julie Leroy (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Véronique Lesage (Groupe Jolimont), Joris Meeuwissen (Ziekenhuis Oost-Limburg Genk), Christel Menozzi (CHU de Liège), Thierry Pepersack (ULB), Johan Pauwels (Zorgnet Vlaanderen), Jan Petermans (ULg), Christian Swine (CHU-UCL Godinne), Nele Van Den Noortgate (UZ Gent), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
Stakeholders :	Stefaan Alongi (Grand Hôpital de Charleroi), Hilde Baeyens (AZ Alma), Françoise Bardiau (CHU Charleroi), Claire Beckers (Cliniques de l'Europe), Evelyn Carels (Centre Hospitalier de Mouscron), Michael Chenal (Centres Hospitaliers Jolimont), Nathalie Closset (Clinique André Renard), Isabelle Cremers (Centre Hospitalier Régional de Huy), Kenny Decuyper (AZ Nicolaas), Corry Deschamps (AZ Groeninge Kortrijk), Johan Devoghel (AZ Sint-Jan Brugge), Claire Dewitte (AZ Sint-Rembert), Filip De Bruycker (UZ Gent), Alain Fournier (Cliniques de l'Europe), Timothy Gruwez (AZ Sint-Lucas Brugge), Françoise Hardenne (Centre Hospitalier de l'Ardenne), Marlies Hermans (Ziekenhuis Oost-Limburg), Christian Hilkens (CHR Citadelle), Luc Hoornaart (AZ Sint-Jan Brugge), Jean-Pierre Hoste (CHC Liège), Hilde Huygen (Emmaüs vzw), Bernadette Kibambo (Clinique St Luc Bouge), Alex Koussonsky (Hôpitaux Iris Sud), Annie Lambert (CHR Haute Senne), Trui Lambrecht (Sint-Andriesziekenhuis Tielt), Sophie Lambrecht (AZ Sint-Maria Halle), Elke Lambrix (Jessa Ziekenhuis), Véronique Latteur (Grand Hôpital de Charleroi), Anne Lenfant (CHU Tivoli), Steve Lervant (Sint-Jozefskliniek Izegem), Anne-Françoise Loiseau (CHU de Liège), Anne-Lise Lurquin (CHR Sambre et Meuse), Terry Maes (AZ Sint-Maarten), Catherine Magnette (CHR Namur), Michelle Mévis (Centres Hospitaliers Jolimont), Nathalie Passemier (CHU Tivoli), Lutgarde Peleman (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst), Luc Rosseel (AZ Delta), Anke Schelfhout (Mariaziekenhuis Noord-Limburg), Luc Suvee (UZ Brussel), Laurent Tonnoir (UCL), Heidi Tops (H. Hartziekenhuis Mol), Vinciane Vandenput (Vivalia), Els Van De Perre (AZ Turnhout), Nathalie Van Vyve (H. Hartziekenhuis Mol), Nathalie



Validateurs externes :

Vereecke (AZ Nikolaas), Hilde Vervecken (UZ Leuven), Evelyne Veys (O.L.V Van Lourdes Waregem), Liesbet Willems (huisarts), Nadine Wittevrongen (AZ Sint-Jan Brugge), Ludivine Wauquier (CHR Haute Senne)

Wilco Achterberg (Leids Universitair Medisch Centrum, Pays-Bas), Nathalie Salles (CHU Bordeaux, France), Peter Van Bogaert (Universiteit Antwerpen)

Remerciements :

Nous tenons à remercier Johan Devoghel (AZ Sint-Jan Brugge), Lia Husymans (GasthuisZusters Antwerpen), Margareta Lambert (AZ Brugge), Nele Van Den Noortgate (UZ Gent), Elli Sydow (UZ Leuven), Hilde Malfait (AZ Groeninge), Marc Vankerhoven (AZ Maria Middelaes Gent), Jean-Pierre Baeyens (Observatoire des maladies chroniques), Hans Crampe (AZ Maria Middelaes Gent j), Laurence Decorte (CHU Brugmann), Marc Leonard (Cliniques de l'Europe), Beatrice Leruste (Hôpital Erasme ULB), Eric Lechanteur (UCL), Sophie Allepaerts (CHU de Liège) et Véronique Latteur (Grand Hôpital de Charleroi) pour leur précieuse contribution à la validation du contenu de la comparaison internationale.

Nous tenons à remercier Christelle Savoy (CH Henri Duffaut Avignon, France), Nathalie Salles (CHU de Bordeaux, France), Jean-Luc Perié (CH de Dax-Côte d'Argent, France), Paul Couturier (CHU de Grenoble, France), Chokri Boubakri (CHRU de Montpellier Antonin-Balmes, France), Pascal Blanc (CHR d'Orléans, France), Tristan Cudennec (Hôpital Ambroise Paré Paris, France), Frédéric Bloch (Hôpital Broca Paris, France), Olivier Saint-Jean (Hôpital Européen George Pompidou Paris, France), Laurent Druésne (CHU de Rouen, France), Anne Grapin-Klinger (CH de Sélestat, France), Catherine Fernandez (CHU de Strasbourg, France), Thierry Voisin (CHU de Toulouse, France), Laure Ducastaing-ducroq (CHU de Brest, France), Corry Veen (Ijsselland Ziekenhuis Capelle-aan-den-Ijssel, The Netherlands), Ellen A. Elbrecht (Deventer Ziekenhuis, The Netherlands), Andre Janse (Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede, The Netherlands), Esther van Vugt (Beatrixziekenhuis Gorinchem, The Netherlands), Jos Verkuyl (Martini Ziekenhuis Groningen, The Netherlands), Dieneke Z.B.van Asselt (Medisch Centrum Leeuwarden, The Netherlands), Jantien P. Brouwer (Diaconessenhuis Leiden, The Netherlands), Yvonne Schoon (Radboud Medical Center Nijmegen, The Netherlands), Herbert Habets (Orbis Medical Center Sittard, The Netherlands), Paul Crougths (ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen, The Netherlands), Ralf W. Vingerhoets (TweeStedenziekenhuis Tilburg, The Netherlands) pour leur participation à la comparaison internationale.

Nous tenons à remercier les professeurs suivants pour leur participation aux interviews: Prof.Dr. Bruce Leff (MD at John Hopkins Bayview Medical Center, professor of Medicine at the John Hopkins University School of Medicine, US), Prof. Dr. Kenneth Covinsky (MD and professor of Medicine of the UCSF Division of Geriatrics, US), Prof. Dr. Michael Malone (MD at the Aurora Health Care Foundation and professor of Medicine at the University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, US), Prof.Dr Steve Counsell (MD at Wishard Health Services, founding director of Indiana University (IU) Geriatrics, at John A. Hartford Foundation Center of Excellence in Geriatric Medicine and Professor and chair in geriatrics at IU School of Medicine, US).

Enfin nous tenons à remercier Stephan Devriese (KCE) pour son aide lors de l'analyse des bases de données administratives et Nadia Benhamed (KCE) pour son aide à la description de l'organisation de la gériatrie de liaison en Belgique.



Autres intérêts déclarés :

Tous les experts consultés dans ce rapport étaient sélectionnés sur base de leur engagement dans les soins de gériatrie. Par conséquent ils ont un conflit d'intérêt potentiel en lien avec le sujet de ce rapport.

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication :

5 juin 2015

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Geriatrics; Health Services Research; Geriatric Assessment, Geriatric Assessment, Multidisciplinary meeting (MDM)

Classification NLM :

WT 100

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Depot légal :

D/2015/10.273/46

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport?

Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Milisen K, Boland B, Flamaing J, Denis A, Daue F, Mergaert L, Devos C, Mistiaen P, Van den Heede K. Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique – Synthesis. Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 245Bs. D/2015/10.273/46.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.