

Faculté de santé publique

Etude qualitative sur l'hôpital de jour gériatrique :

« L'hôpital de jour gériatrique de la Clinique St Pierre d'Ottignies répond-il aux besoins et attentes des patients, des aidants et des professionnels de la santé ? »

Mémoire réalisé par
DANDOIS Daphné & WILMOTTE Anne-Julie

Promoteur(s)
CORNETTE Pascale

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Nous adressons nos remerciements aux personnes qui nous ont aidés pour la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier notre promotrice, le Professeur Cornette. Merci pour sa disponibilité et son écoute. Elle a été notre guide tout au long de ce travail.

Ensuite, nous remercions l'équipe de l'hôpital de jour gériatrique de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies et principalement le Docteur Vanderhofstad et Nadège Tilleux pour les précieuses informations reçues.

Nous remercions Mme Creteur pour son temps accordé.

Nous remercions également toutes les personnes : médecins, patients et aidants pour leur participation. Nous les remercions d'avoir donné un peu de leur temps pour répondre à nos entretiens. Cela nous a permis d'enrichir nos données.

Pour terminer, nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont aidées dans la relecture et la correction de ce mémoire.

Déclarations

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation des sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

1	Introduction	7
2	Revue de la littérature	8
2.1	Contexte.....	9
2.2	L'hôpital de jour gériatrique.....	10
2.2.1	Historique : de la gériatrie à l'hôpital de jour gériatrique	10
2.2.2	Au niveau mondial	11
2.2.3	Le développement de l'hôpital de jour gériatrique en Belgique	13
2.2.4	A la Clinique Saint Pierre à Ottignies	19
2.3	Les relations.....	22
2.3.1	La relation interprofessionnelle : le médecin généraliste et le gériatre.....	22
2.3.2	Le patient et le professionnel de la santé.....	24
2.3.3	La place des aidants proches	24
3	Méthodologie	26
3.1	La question de recherche	26
3.2	Choix de l'approche qualitative.....	27
3.3	Stratégie d'échantillonnage	28
3.4	Les guides d'entretien.....	28
3.4.1	Éthique et anonymat.....	28
3.5	La collecte des données	29
3.5.1	Description de l'échantillonnage des médecins par Daphné Dandois	29
3.5.2	Description de l'échantillonnage des patients et des aidants par Anne Julie Wilmotte.....	30
4	Résultats	30
4.1	Analyse des résultats patients-aidants	31
4.2	Analyse des résultats des médecins	41

5	Discussion	51
5.1	Lien entre les résultats et la littérature.....	51
5.2	Perspectives	56
5.3	Pistes d'amélioration	57
5.4	Limites.....	58
6	Conclusion.....	60
7	Bibliographie.....	62
8	Annexes.....	68
8.1	Annexe 1 : Le guide d'entretien des médecins.....	68
8.2	Annexe 2 : Le guide d'entretien des patients et des aidants	69
8.3	Annexe 3 : Lettre au comité d'éthique de la Clinique St Pierre d'Ottignies	71
8.4	Annexe 4 : Modalité d'étude pour les patients et aidant	73
8.5	Annexe 5 : Courrier envoyé aux médecins.....	75
8.6	Annexe 6 : Description de l'échantillon des participants médecins	76
8.7	Annexe 7 : Description échantillon des patients	77
8.8	Annexe 8 : Description échantillon des aidants.....	77

1 Introduction

Actuellement, un des enjeux majeurs de la sécurité sociale et de notre système de santé est la gestion du vieillissement de la population. En effet, le système fait face à de plus en plus de personnes âgées voire très âgées avec un profil de fragilité. Cette évolution démographique s'accompagne également d'une augmentation des besoins ainsi que d'une complexification des soins (polypathologie active, pathologies chroniques vieillissantes, dépendance, etc.). Ces divers changements entraînent une réflexion structurelle et éthique sur l'organisation de nos soins de santé en Belgique.

D'après l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans va quant à elle plus que doubler, passant de 4% en 2010 à 10 % en 2050 (OCDE, 2018). Selon Eurostat (2020), la part des personnes âgées de 80 ans ou plus dans l'Union des 27 va être multipliée par deux et demi entre 2019 et 2100 pour passer de 5,8 % à 14,6 %. En Belgique, selon le Bureau Fédéral du Plan (2017), les 85 ans et plus vont passer quant à eux de 2.9% en 2020 à 5.9% en 2060.

Afin de répondre à ce défi ainsi qu'aux besoins des personnes âgées lors d'une hospitalisation, un programme de soins spécifique leur est consacré en Belgique depuis 2007. Celui-ci fixe les normes auxquelles les hôpitaux et leurs structures doivent répondre pour soigner les patients âgés de plus de 75 ans qui requièrent une prise en charge particulière en raison de leurs fragilités.

Nous sommes toutes les deux infirmières spécialisées en gériatrie, travaillant en unité de médecine au sein de la Clinique St Pierre d'Ottignies. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons décidé de nous intéresser à une de ces offres de soins qu'est l'hôpital de jour gériatrique. Cette structure permet aux patients âgés en moyenne de 75 ans et plus, d'être admis à l'hôpital pour une journée et d'y effectuer une mise au point diagnostique, un traitement ou encore une revalidation.

Afin de traiter au mieux le sujet, il nous semble pertinent d'aborder ce thème sous deux angles différents mais complémentaires. D'une part, celui de la personne âgée et de l'aidant. D'autre part, celui des médecins traitants et/ou spécialistes faisant appel à l'expertise de l'hôpital de jour gériatrique.

Au fil de nos discussions et de nos lectures, nous avons précisé notre sujet et élaboré notre question de recherche :

« L'hôpital de jour gériatrique de la Clinique St Pierre d'Ottignies répond-il aux besoins et attentes des patients, des aidants et des professionnels de la santé ? »

Au fil de ce mémoire, les deux thématiques sont tout d'abord abordées individuellement pour la réalisation des entretiens et leurs analyses. Elles sont ensuite mises en commun dans le but de répondre de manière exhaustive à la question de recherche.

Au travers de notre travail, notre objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans notre institution par une meilleure connaissance des besoins et des attentes des publics concernés. Nous souhaitons également fournir des pistes d'amélioration sur le fonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique et son développement.

Dans la partie théorique, nous définissons dans un premier temps différents concepts liés à la gériatrie. Dans un deuxième temps, nous abordons plus particulièrement le sujet de l'hôpital de jour gériatrique à différentes échelles : son fonctionnement, ses caractéristiques et les relations entre les différents acteurs. A ce sujet, nous étudierons la relation du médecin spécialiste avec le médecin généraliste, la relation patient-médecin et le rôle des aidants dans la prise en charge gériatrique.

Dans la partie pratique, nous présentons notre méthodologie, le contexte de notre recherche ainsi que la récolte des données réalisée. Ensuite, nous mettons en lien nos différentes analyses dans la discussion et nous évoquons quelques pistes d'amélioration.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

2 Revue de la littérature

Dans cette partie, nous avons abordé différents points de théorie nécessaires à notre recherche. Nous sommes parties du contexte actuel, de l'évolution démographique des personnes âgées et de leurs besoins en termes de soins de santé. Ensuite, nous développons le programme de soins gériatrique, son évolution en Belgique et plus précisément à la Clinique St Pierre d'Ottignies avec quelques analyses statistiques. Enfin, nous abordons la relation entre les professionnels et l'hôpital de jour gériatrique ainsi que la relation entre les professionnels de santé, le patient et les aidants.

Dans le but de réaliser une revue de littérature la plus complète possible, nous sommes tout d'abord passés par libellule, le portail documentaire des bibliothèques de l'UCL lors de la conception et la réalisation de ce mémoire.

Les différentes bases de données consultées sont : CAIRN, Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect, OECD Health data et STATBEL. Pour cibler le sujet de notre recherche, les mots clés utilisés sont : « Geriatrician-hospitalists », « Frailty », « Comprehensive Geriatric Assessment », « elderly people », « geriatric day hospitals », « caregiver », « general practitioner » et « geriatrics ».

Nous avons également consulté les sites internet de l'INAMI pour les honoraires médicaux et remboursements aux malades, de la justice Belge pour les différents arrêtés royaux et du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement pour tout ce qui a trait à la gestion et à l'organisation de l'hôpital de jour gériatrique en Belgique.

Nous avons complété nos données par la lecture de différents rapports provenant du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et de la fondation Roi Baudouin traitant les thèmes de la gériatrie et des aidants.

2.1 Contexte

Depuis quelques années, la Belgique se prépare à faire face au vieillissement démographique. L'espérance de vie augmente, le taux de natalité diminue et la part des personnes âgées augmente. La population âgée comprend l'ensemble des personnes ayant plus de 65 ans. Cette population est divisée en deux catégories : les personnes âgées et les très âgées. La dernière regroupe les personnes de plus de 75 ans.

En 2020, nous nous situons à l'aube de l'ère du « papy-boom » ; cette génération de personnes nées après-guerre, période pendant laquelle le taux de natalité était important durant plusieurs années. Cette cohorte de personnes aura 75 ans et plus dans moins de 5 ans.

Selon « StatBel » (2021), en région wallonne, les 67 ans et plus, sont passés de 14,87 % (en 2000) à 16,51 % (en 2020) et passeront à 22,14 % (en 2040). Les prévisions prévoient qu'en 2070, pour la Belgique, un quart de la population sera essentiellement des personnes âgées de 67 ans et plus.

Selon une étude de Van de Voorde & al (2017) publié par le KCE, en 2030, les patients de plus de 75 ans représenteront 28 % des admissions hospitalières. En 2014, ils représentaient déjà 25% des admissions.

Ce vieillissement a et aura un impact sur la capacité et la gestion hospitalière. Cette capacité hospitalière est définie selon des normes de programmation. Ces normes sont établies par des arrêtés royaux qui définissent, à l'aide de critères, le niveau d'équipement au sein d'un hôpital, d'un service, en fonction des besoins de la population.

En Belgique, les normes de programmation sont décidées par le SPF Santé publique. Selon l'arrêté royal du 21 mars 1977, la norme de programmation des lits gériatriques (indice G) est déterminée à 6 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 65 ans.

De ce fait, les directions hospitalières ont pris des décisions. Récemment, ils ont transformé des lits de médecine (indice D) et de chirurgie (indice C) en lits gériatriques (indice G) pour passer d'un total de lits de 7.340 lits G agréés en 2014 à 7.772 en 2017 (Van de Voorde, C. & al, 2017).

Le 1^{er} janvier 2016, il y avait 7 664 lits G agréés. Or, nous devons avoir une capacité de 12.1622,34 lits (Dehaspe, P., n.d.).

Cependant, toute personne âgée n'est pas nécessairement une personne dite « gériatrique ». Cette notion est développée dans le point suivant : 2.2.3.1. Législation.

2.2 L'hôpital de jour gériatrique

2.2.1 Historique : de la gériatrie à l'hôpital de jour gériatrique

La gériatrie a été pensée au début du siècle dernier par deux personnages importants de l'histoire. Il y a eu tout d'abord Ignatz Leo Nascher (1863 – 1944) et Marjory Warren (1897-1960). Elle s'est développée dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ce qui fait d'elle la plus jeune spécialité médicale.

Le premier, médecin New-Yorkais, ayant le surnom de « Père de la Gériatrie », est né à Vienne et a migré aux Etats-Unis en 1909. Au cours de sa carrière, il s'est intéressé au vieillissement. D'après lui, la mort naturelle pouvait être le résultat de la vieillesse et la durée de vie d'une personne était liée au mode de vie. Il est le premier gériatre et invente le mot « gériatrie », mot dont les origines viennent du grec « geras », vieillard et « iatrikos », médecin.

Il souhaitait l'existence d'une spécialité qui couvre le domaine de la vieillesse tout comme la pédiatrie le fait pour le domaine de l'enfance. Il s'est battu pour cela et c'est dans les années 1960 que la pratique de la gériatrie a commencé aux Etats-Unis.

La deuxième, appelée également « La Mère de la Gériatrie », était britannique. Elle a également demandé la reconnaissance de la spécialité en gériatrie suite à sa pratique professionnelle. Elle s'est rendu compte que les patients âgés ayant des maladies chroniques étaient ignorés des responsables de la médecine pour diverses raisons telle que l'incurabilité de la maladie mais également, le manque d'intérêt apporté. Ces patients laissés pour compte ont malgré tout inspiré Marjory Warren. Elle a commencé par créer un environnement plus stimulant et mis en place la réadaptation. Elle a évalué les patients en identifiant leur potentiel. Elle a ensuite appuyé la création d'unités de gériatrie pour qu'il n'y ait plus de négligences médicales vis-à-vis de ces patients abandonnés. Elle s'est battue pour la reconnaissance de la médecine gériatrique jusqu'en 1948, date à partir de laquelle la médecine gériatrique est devenue une spécialité au Royaume-Uni.

C'est dans les années 50 que les premiers hôpitaux de jour gériatrique sont apparus au Royaume-Uni. Dans un premier temps, c'était pour mettre en place un programme de revalidation ambulatoire aux malades. Ensuite, dans les années 70-80, ils ont continué à se développer vers un service dédié à la revalidation.

2.2.2 Au niveau mondial

Plusieurs mots anglosaxons peuvent traduire l'hôpital de jour gériatrique mais nous pouvons nous rendre compte comme le signale le professeur Schoevaerds D. et son équipe (2019) qu'ils « désignent des réalités parfois différentes ». Cela a permis de comprendre d'autres fonctions que peut avoir un hôpital de jour gériatrique.

Au Royaume-Uni, actuellement, on retrouve différentes fonctions au sein des hôpitaux de jour. Tout d'abord, nous retrouvons la fonction de réhabilitation. Ils entendent par là des activités d'évaluation, de diagnostic et de mise au point thérapeutique dans le but de retrouver les capacités fonctionnelles et d'améliorer celles-ci chez les personnes âgées souffrant de handicaps.

Ensuite, il y a la fonction d'intervention de crise. Il s'agit de la prise en charge rapide d'un patient âgé se présentant avec un problème aigu. À la place de se présenter en salle d'urgence,

il est orienté vers l'hôpital de jour gériatrique. Il va être vite pris en charge pour que son hospitalisation soit de courte durée.

Pour terminer, il y a la fonction « trajet de soins ». Elle s'adresse aux patients âgés qui ont un problème médical subaigu. Ces personnes âgées peuvent bénéficier d'un trajet de soins, c'est-à-dire une prise en charge pluridisciplinaire avec un accès au plateau technique (services et examens) dans le but de proposer une solution immédiate au patient âgé. D'autres trajets de soins sont spécialisés dans la prise en charge de certains syndromes gériatriques.

En France, il existe différents types d'hôpitaux de jours que l'APHJPA ou l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées a classé en trois catégories selon leurs activités et la typologie des patients (Durand-Gasselin B., 2002). Il y a les « HJG (hôpitaux de jour gériatrique) d'évaluation gérontologique » qui permettent des évaluations exclusivement diagnostiques, les « HJG d'évaluation et réadaptation » qui s'occupent de la prise en charge des maladies chroniques et les « HJG géronto-psychiatrique » qui sont plus liés à la psychiatrie. Chaque hôpital de jour est spécialisé dans un des 3 domaines.

Dans la première catégorie, le patient sera vu en moyenne 2 fois. Dans la seconde, il sera vu en moyenne 24 fois sur 8 mois.

L'objectif commun de ces hôpitaux de jour gériatrique est le « maintien à domicile des personnes âgées par le soin ambulatoire » (Durand-Grasselin B., 2002).

Dans leur étude sur la prise en charge des chutes par les hôpitaux de jour gériatrique en France, Robinet M. et Puisieux F. (2014) mettent en lumière qu'il y a « une grande hétérogénéité dans l'organisation et les moyens investis » dans la prise en charge des chutes chez les personnes âgées mais également une distribution non homogène des structures sur le territoire français. Un même constat avait été fait par Durand-Grasselin B. (2002) : « les hôpitaux de jours semblaient très hétérogènes dans leur organisation et leur mission ».

En 2007, une circulaire relative à la filière des soins gériatriques (Circulaire, 2007) définit les rôles et les missions de l'hospitalisation de jour gériatrique. Les rôles sont de l'ordre de la prévention, du diagnostic et de l'évaluation, réalisés en ambulatoire dans le but d'éviter les traumatismes que peut causer une hospitalisation classique. Elle s'adresse aux personnes âgées de 70 ans et plus après avoir eu une consultation avec le gériatre demandée par le médecin traitant.

Aux Etats-Unis, les centres de réadaptation sont plus utilisés pour les patients âgés. Les patients gériatriques y sont envoyés après un passage de courte durée dans une unité de soins aigu, allant de 2 à 4 jours, au contraire des centres de jours où la durée peut varier entre 30 et 40 jours.

En Suisse, Carlo Knöpfel (2019) signale qu'« aucune loi ne régleme de manière globale et uniforme la prise en charge des personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soins ». Il signale également qu'« il en résulte d'importantes disparités régionales dans la façon de concevoir et d'assurer la prise en charge des personnes âgées ».

2.2.3 Le développement de l'hôpital de jour gériatrique en Belgique

2.2.3.1 Législation

En Belgique, l'évolution de la gériatrie a eu du retard. Ce n'est qu'en 2005 qu'est reconnu la spécialité hospitalière de la gériatrie dans le domaine médical et ce n'est qu'en 2007 qu'apparaît un texte de loi, l'arrêté royal du 29 janvier 2007, définissant le programme de soins gériatriques qui fixe les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé.

Ce programme de soins se compose de 5 entités, à savoir : l'unité de gériatrie classique, la gériatrie ambulatoire avec les consultations, l'hôpital de jour gériatrique ainsi que la liaison interne et la liaison externe.

Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients ayant une moyenne d'âge de 75 ans et plus et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs raisons parmi les suivantes : une fragilité et une homéostasie réduite, une polypathologie active, un tableau clinique atypique, une pharmacocinétique perturbée, un risque de déclin fonctionnel, un risque de malnutrition, une tendance à être inactif et à rester alité avec un risque d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et des problèmes psychosociaux (Arrêté Royal, 29/01/2007).

Comme le signale le programme de soins pour le patient gériatrique, le profil gériatrique n'est pas défini par l'âge et toute personne de plus de 75 ans n'est pas forcément gériatrique mais ce profil doit répondre à certaines caractéristiques telles que celles citées dans l'arrêté.

La fragilité est un concept évolutif et multidimensionnel qui est défini comme « la diminution de la capacité à maintenir ou à récupérer un état d'homéostasie dans le décours d'un stress » (de Saint-Hubert, M. 2019). Sans interventions, elle peut entraîner un déclin fonctionnel et des incapacités pouvant même aller jusqu'à la mortalité.

Le déclin fonctionnel est un processus dynamique qui est défini par l'apparition de syndromes gériatriques ou d'incapacités dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées fragiles. Ces incapacités entraînent une dépendance.

C'est pour ces raisons que les objectifs du programme de soins pour le patient gériatrique sont d'organiser, de structurer et d'optimiser la prise en charge des patients âgés fragiles afin d'éviter un déclin fonctionnel, de préserver l'autonomie et de maintenir une qualité de vie.

L'une de ces cinq entités, l'hôpital de jour gériatrique, « se définit comme une unité qui propose une évaluation gériatrique globale, des programmes de revalidation et des soins spécialisés, de manière ambulatoire, à l'aide d'une approche multi- et interdisciplinaire » (Schoevaerdt, D. & al., 2019).

Dans ce cadre, l'hôpital de jour gériatrique accueille des patients âgés en moyenne de plus de 75 ans référés par un médecin. Ils y bénéficient d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) par l'équipe pluridisciplinaire, spécialisée en gériatrie. Il s'agit d'une « évaluation globale des facteurs physiques, psychologiques, cognitifs et sociaux qui influencent l'état de santé des personnes âgées » (Cornette, P. & al., 2019), réalisée à l'aide d'outils et d'échelles validées. Le but étant de connaître les pathologies, les traitements et les ressources d'aide dans l'intention de proposer un plan de soin individualisé, intégré et coordonné et de permettre un suivi. L'objectif final étant d'améliorer ou de maintenir les capacités fonctionnelles et la qualité de vie de la personne âgée sur le long terme. Cette prise en charge est centralisée sur le patient dans un laps de temps réduit (une journée).

Les missions de l'hôpital de jour gériatrique comprennent aussi bien l'évaluation diagnostique que la prise en charge thérapeutique ou la revalidation.

Il octroie un certain confort pour le patient et sa famille. En une journée, il permet de faire un bilan et de concentrer différents examens et consultations, avec une évaluation médicale par un médecin spécialisé en gériatrie. Tout cela se fait sans hospitalisation et à un seul endroit. Cela permet d'éviter les effets néfastes de l'hospitalisation tel que le déclin fonctionnel, même si cette journée peut paraître longue et éprouvante pour la personne âgée.

Pour qu'un patient puisse bénéficier d'une prise en charge à l'hôpital de jour gériatrique, il faut que la demande vienne d'un médecin généraliste, d'un spécialiste ou d'un gériatre après une consultation.

Les prises en charge thérapeutiques et de revalidation ne peuvent se faire qu'après avoir fait une évaluation diagnostique par l'hôpital de jour gériatrique.

2.2.3.2 L'efficacité

L'hôpital de jour gériatrique est « une interface ambulatoire qui se présente comme une alternative aux hospitalisations » (Schoevaerds, D. et al., 2019).

En effet, l'hospitalisation dite classique peut avoir des retentissements néfastes sur la santé du patient. Elle peut induire l'apparition d'affections iatrogènes, de syndromes gériatriques (déclin fonctionnel, délirium, chutes, ...) et d'infections nosocomiales.

Dans ce cadre, l'hôpital de jour gériatrique offre au patient âgé la possibilité de bénéficier en une journée et en un seul lieu d'une approche multidisciplinaire tout en ayant accès à des spécialités et à des examens médico-techniques (scanner, radiologie, ...).

Les domaines évalués sont multidimensionnels comme les problèmes physiques, la douleur, le traitement médicamenteux, l'autonomie, l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, les fonctions cognitives, la motricité et le risque de chute, l'état nutritionnel, les organes sensoriels, la thymie, la continence, la situation sociale et les facteurs contextuels comme la santé de l'aidant proche.

Dans la littérature, bien que l'efficacité de l'évaluation gériatrique standardisée soit démontrée, l'efficacité de l'hôpital de jour gériatrique ne fait pas l'unanimité. L'évaluation de son efficacité est rendue difficile étant donné les différences qui existent entre les différents hôpitaux de jour. De plus, la plupart des publications sont axées sur l'activité de revalidation et les critères permettant d'établir un bénéfice sont limités.

Selon la revue de littérature de Petermans et al. (2011), il n'y a pas de données probantes sur le bénéfice d'une prise en charge en hôpital de jour gériatrique par rapport à une hospitalisation « classique » en gériatrie. De plus, la valeur économique des hôpitaux de jour par rapport à d'autres services de soins de santé reste à estimer.

D'un autre côté, l'analyse systématique de littérature parue dans la Cochrane Library réalisée par Brown et al. (2015), compare les hôpitaux de jour avec d'autres services complets (y

compris les services aux patients hospitalisés et ambulatoires), les soins à domicile et l'absence de service complet. Il en ressort que l'utilisation de l'hôpital de jour apporte des avantages par rapport à l'absence de traitement. Il y a une diminution de la mortalité, de l'institutionnalisation et du risque de déclin fonctionnel. Toutefois, Il n'y a pas d'avantage significatif lorsque l'on compare les hôpitaux de jour à d'autres services complets ou aux soins à domicile.

2.2.3.3 Le financement

Etant donné qu'il y a moins de lits G qu'il ne le faudrait, certaines personnes âgées sont hospitalisées dans d'autres unités de soins. C'est un des problèmes que les soins de santé ont voulu régler en mettant en application le programme de soins pour le patient gériatrique. Il offre la possibilité aux patients gériatriques « fragiles » déterminés par les échelles de fragilité (l'échelle ISAR ou SEGA), de pouvoir bénéficier d'une expertise gériatrique avec l'aide de la liaison gériatrique interne. Cette liaison est formée d'une équipe composée d'un gériatre, d'infirmiers et de paramédicaux, tous spécialisés en gériatrie.

Une hospitalisation en gériatrie a un certain coût. Un coût beaucoup plus élevé que dans d'autres unités de soins. Cela s'explique par le fait qu'un patient hospitalisé dans un service de gériatrie a droit à une prise en charge globale, pluridisciplinaire, lors de la phase aiguë de l'épisode de soin et dans le décours de celui-ci. L'objectif étant de garder une autonomie, une indépendance et de permettre un retour à domicile le plus rapide possible avec la mise en place d'aides. Cette prise en charge globale comprend plusieurs phases : la phase diagnostique, la phase thérapeutique et la phase de réadaptation. Elle a des répercussions sur la durée de l'hospitalisation qui sera plus longue mais cela permet d'éviter les complications liées à l'hospitalisation des personnes âgées fragiles telles que citées précédemment : la perte d'autonomie, le déclin fonctionnel et l'institutionnalisation.

En Belgique, le financement des hôpitaux provient de sources différentes. Les plus grosses sources de financement sont les honoraires médicaux, le financement du Budget des Moyens Financiers (BMF) et des produits pharmaceutiques et assimilés. Ensuite, arrivent les forfaits conventions INAMI, les suppléments de chambres et les produits accessoires.

Le BMF comprend l'hébergement et les soins aux patients. Il est calculé selon les règles de fixation du prix de journée établies par le SPF Santé publique.

Selon l'arrêté royal du 25 avril 2002, le financement du BMF est basé sur l'activité liée aux patients. Cette activité est dite « justifiée » et est déterminée par hôpital en fonction du nombre et du type d'admission d'une année de référence (appelée aussi case-mix).

L'activité justifiée est calculée depuis 1994 selon les APDRGs (All Patient Diagnostic Related Groups). Il s'agit d'une manière de classer les pathologies pour obtenir une durée de séjour. Actuellement, l'utilisation des APD DRG (All Patient Refined – Diagnostic Related Group) est instaurée. Il s'agit de la même classification avec une attention particulière pour les niveaux de sévérité et les risques de mortalité liés à la maladie.

Le calcul du prix de journée par APR DRG dans les services de gériatrie aiguës n'est pas équitable à cause du fait qu'un patient hospitalisé en gériatrie est plus fragile et nécessite des soins de plus longue durée comme expliqué précédemment. Pour cela, un facteur de correction a été créé. Il s'agit du GFIN. Il peut être appliqué à condition que le patient soit hospitalisé en gériatrie au moins 10 jours avec une sévérité de la maladie au moins de niveau 2 sur une échelle de 4 et ayant une durée de séjour de 30 % plus élevé qu'un patient de plus de 75 ans dans une autre unité de soins.

Concernant l'hôpital de jour gériatrique, il existe également différentes sources de financement. Premièrement, depuis le 1^{er} juillet 2014, les hôpitaux agréés sont financés pour développer une hospitalisation de jour gériatrique. Un forfait annuel, venant de la sous-partie B4 du BMF (appelé montant forfaitaire), est dès lors octroyé en fonction du nombre de patients gériatriques admis à l'hôpital de jour. Selon la circulaire du 9 juillet 2014, « un forfait annuel est octroyé en fonction du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique. » Jusqu'à 520 séjours, l'hôpital bénéficie d'un forfait annuel de 81.900 € (2013, Circulaire). Ce forfait augmente par pallier selon le nombre d'admissions. Plus on a d'admissions, plus on reçoit de l'argent. Il permet en partie le financement de trois équivalents temps pleins (ETP), nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital de jour gériatrique. Deuxièmement, cette somme étant insuffisante, une partie de la sous-partie B2 (services cliniques) finance le personnel soignant et une partie de la sous-partie B1 (frais communs) finance les frais généraux : chauffage, etc. La troisième source de financement est constituée des honoraires médicaux. Le patient reçoit sans paiement supplémentaire un service d'hébergement comprenant l'installation (mise à sa disposition d'une chambre avec un lit et un fauteuil) et le repas.

En hospitalisation classique, le patient hospitalisé paye un forfait journalier. Dans le cadre de l'hôpital de jour, le patient ne paye que les honoraires médicaux.

Au niveau de la nomenclature médicale, le gériatre a deux possibilités de facturation de soins au patient. Selon l'INAMI (2021), il a soit le code de nomenclature 102 911 (consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel) avec un honoraire fixé à 42,52 €, soit le code 102 233 (évaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec un rapport au médecin généraliste prescripteur) avec un honoraire fixé à 118,38 €. Ce deuxième code mentionne l'obligation d'avoir une prescription médicale. De plus, il est nécessaire d'avoir l'intervention d'au moins deux intervenants paramédicaux en plus du gériatre.

Selon l'arrêté royal du 19 février 2013, « la prestation 102 233 est prescrite par le médecin généraliste traitant ; elle est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie (G 300) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés. »

Une personne âgée de moins de 75 ans peut se rendre à l'hôpital de jour gériatrique mais on ne pourra pas lui facturer l'évaluation pluridisciplinaire, code nomenclature 102 233 qui stipule la condition d'être âgé d'au moins 75 ans.

Toujours selon ce même arrêté royal, cette prestation « comprend un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans un établissement de soins chroniques. »

Si la demande est de faire un bilan mémoire, deux codes honoraires seront facturés au patient. Le premier est le 102 933 (évaluation diagnostique spécialisée de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie avec un rapport écrit) ou 102 992 (idem mais pour le médecin spécialiste accrédité), le second 477 573 (examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient chez qui on suspecte un début de démence).

Selon le même arrêté royal, « les prestations 102 933 et 102 992 sont attestables uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante. Chacune des prestations 102 933 et 102 992 peut être

prise en compte seulement avec la prestation 477 573. Les deux prestations sont mentionnées sur la même attestation de soins donnés. »

En ce qui concerne le rapport écrit communiqué au médecin traitant prescripteur, « il comporte le résultat des examens effectués, le diagnostic et un plan de traitement avec une proposition de traitement médicamenteux éventuel, d'appui aux soignants informels, de suivi psychosocial et de revalidation psycho-cognitive éventuelle » (arrêté royal, 19/02/2013).

En ce qui concerne le remboursement, l'arrêté royal signale que « seule une de ces prestations, 102 933 ou 102992, est remboursable par bénéficiaire, et au maximum 1 fois. »

Attention, il stipule également qu'« aucune de ces deux prestations 102 933 et 102 992 ne peut être cumulée avec la prestation 102 233 » (arrêté royal, 19/02/2013).

D'autres honoraires possibles seront facturés en fonction des besoins du patient.

Le montant qui reste à sa charge, selon les honoraires cités précédemment, est dans tous les cas de 12€ s'il ne dispose pas d'une tarification préférentielle. Dans ce cas, la somme de 3€ lui sera demandé.

L'INAMI (2021) nous signale que le patient qui consulte un spécialiste, dans ce cas-ci, un gériatre, a droit à un remboursement plus important une fois par an selon deux conditions : être envoyé par son médecin généraliste et avoir un dossier médical global.

2.2.4 A la Clinique Saint Pierre à Ottignies

2.2.4.1 Présentation

La Clinique St Pierre d'Ottignies est une ASBL de 425 lits agréés : 30 lits de psychiatrie, 130 lits de chirurgie, 15 lits de soins intensifs, 156 lits de médecine, 26 lits de pédiatrie, 38 lits de gériatrie, 24 lits de maternité et 6 lits de soins palliatifs (chiffre de juillet 2020).

Elle fait partie du réseau hospitalier H.UNI en association avec les Cliniques Universitaires St-Luc, les Cliniques de l'Europe et la Clinique St-Jean.

La gériatrie y est en constante évolution. Le premier service de gériatrie a ouvert ses portes en 1999. En 2014, elle a ouvert son service de liaison gériatrique interne. En 2015, son nombre de lits a été augmenté, passant de 30 lits à 38 lits nécessitant l'ouverture d'un deuxième service et l'accueil d'une nouvelle gériatre. C'est également en octobre 2015 que l'hôpital de jour gériatrique est né. En 2021, le transfert de lits de chirurgie en lits gériatriques a permis

d'augmenter le nombre de lits agréés à 49, répartis dans deux unités de soins consacrées essentiellement à la prise en charge de patients gériatriques (une unité de 25 lits au 4^{ème} étage et une unité de 24 lits au 2^{ème} étage).

Au niveau médical, la gériatre cheffe de service le Docteur Luyx s'occupe des consultations, de la liaison et du service d'hospitalisation aigu du 2^{ème} aile 4. La deuxième gériatre le Docteur Vanderhofstadt s'occupe quant à elle de l'hôpital de jour gériatrique et de l'unité d'hospitalisation du 4^{ème} aile 1.

Depuis son ouverture, l'hôpital de jour gériatrique est sous la conduite d'une des deux géiatries avec l'infirmière responsable du programme de soins pour le patient gériatrique. Il peut accueillir jusqu'à 6 patients à raison de deux jours par semaine : le mercredi et le vendredi de 8h30 à 16h30. Il se situe au début du service de gériatrie 2^{ème} aile 4 et se compose de trois chambres doubles, d'un bureau, d'une salle de consultation ainsi que d'une salle de séjour et d'une salle kiné toutes deux partagées avec le service d'hospitalisation. Cette disposition actuelle ne respecte pas les prescrits architecturaux c'est pourquoi il est prévu un aménagement spécifique pour l'hôpital de jour dans une nouvelle aile en construction.

L'accueil à l'hôpital de jour se fait uniquement sur rendez-vous et nécessite une prescription d'un médecin. La prise de rendez-vous s'effectue généralement auprès de l'infirmière par téléphone ou par mail. Celle-ci fixe la date du bilan selon les disponibilités à l'hôpital de jour gériatrique et les examens médicotechniques devant être réalisés. La gériatre peut également transmettre des demandes émanant de médecins généralistes après un contact téléphonique.

Pour la réalisation des bilans, une équipe pluridisciplinaire est à disposition et se compose : d'une gériatre, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale, d'une logopède, d'une diététicienne et d'une psychologue. Il est également possible d'avoir l'avis de spécialistes (neuropsychologue, diabétologue, ...) travaillant dans l'institution pour compléter le bilan.

L'hôpital de jour gériatrique dispose d'1,4 équivalent temps plein (ETP) : 0,4 ETP médical (gériatre), 0,4 ETP infirmier et 0,6 ETP paramédical (0,2 ETP kiné, 0,2 ETP ergo et 0,2 ETP neuropsychologue) (CSPO, 2019).

Pour finir, les résultats des tests effectués ainsi que les recommandations sur le traitement et la prise en charge sont envoyés au médecin traitant. Comme vu précédemment, il s'agit d'une obligation légale.

Depuis 2019, on y retrouve également un groupe de revalidation sur le thème de la prévention des chutes. Ce groupe s'organise en huit séances d'une heure trente à raison de deux fois par semaine. Cette activité a été mise en pause depuis l'arrivée du coronavirus.

2.2.4.2 Statistiques

Selon les statistiques reçues par la responsable du programme de soins gériatriques (Tillieux, N. & Vanderhofstadt, M., 2019-2020) , nous avons pu analyser différents aspects de l'hôpital de jour de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies.

L'hôpital de jour accueille des patients ayant une moyenne d'âge de 84,9 ans dont 60% de femmes. Sa fréquentation est en augmentation d'années en années.

Il faut quand même signaler que le nombre d'absences des patients planifiés au programme est important. Il y a presque une absence par jour d'ouverture en 2020. On passe de 4,3 patients prévus par jour à 3,4 patients. Les raisons sont multiples. Dans 46,4 % des cas, le patient refuse dont 8,9 % des cas étaient liés au Covid. Dans 23,2 % des cas, le patient est hospitalisé et dans 7,1 % des cas, le patient est décédé.

Les patients y sont envoyés par différents professionnels. Dans 41,2 % des cas, il s'agit des médecins généralistes, dans 33,8 % des cas, ce sont les médecins spécialistes de la clinique dont 13,2 % envoyés par leurs assistants, dans 10,3 %, ce sont les gériatres qui convoquent le patient et dans 4,8 %, ce sont les urgences de la clinique qui proposent aux patients de s'y présenter.

Les motifs de prise en charges sont divers. On retrouve majoritairement des bilans cognitifs et des bilans de confusion aiguë dans 36,6 % des cas mais aussi 12 % de bilans de chute, des bilans mixtes de chute et cognition dans 9,7 % des cas, des bilans gériatriques globaux dans 9,3 % des cas et 8,6% des cas concernent des bilans sociaux.

Dans les statistiques reçues, nous n'avons pas de connaissance sur le lieu de vie des patients qui fréquentent l'hôpital de jour.

Malgré tout, selon Dubourg, D. (2014), nous apprenons « qu'environ 10% des personnes de 80 à 84 ans vivent en maison de repos. Cette proportion augmente avec l'âge. Elle est de 22% entre 85 et 89 ans, de 43 % entre 90 et 94 ans et de 55% au-delà de 95 ans. » Ils estiment selon le taux d'occupation des maisons de repos que 6 % de la population des personnes âgées

de plus de 60 ans (âge à partir duquel une personne âgée peut être admise en maison de repos) vit institution.

2.3 Les relations

Lors de la prise en charge du patient gériatrique à l'hôpital de jour, lui et sa famille vont avoir l'occasion d'interagir avec une multitude de professionnels spécialisés. Nous avons étudié une partie de ces relations, les relations médicales qui sont loin d'être les plus importantes dans cette prise en charge.

Dans un premier temps, il y a la relation entre le médecin spécialiste, le gériatre et le médecin généraliste. Ensuite, il y a la relation entre le gériatre et le patient. Et pour finir, nous pouvons observer de temps en temps, si la personne est présente, la relation de l'aidant proche avec le gériatre.

Nous avons décidé d'aborder dans ce point, les interactions qu'il y a au sein de ces trois relations.

2.3.1 La relation interprofessionnelle : le médecin généraliste et le gériatre

Le premier, médecin généraliste communément appelé « médecin de famille » est un médecin qui va intervenir dans la première ligne des soins de santé. Il s'agit d'un médecin qui est proche du patient, proche de son milieu de vie, proche de son histoire de vie.

Le deuxième, un médecin spécialiste, présent en milieu hospitalier, va donner une expertise. Il ne va connaître le patient qu'à partir du moment où il a passé l'âge moyen de 75 ans.

Selon l'étude réalisée en 2008 par l'université de Gand et de Liège sur l'évaluation des hôpitaux de jour gériatrique en Belgique (Van Den Noortgate, N. & al. 2008), « les médecins généralistes réfèrent peu aux hôpitaux de jour gériatrique » et voici pourquoi.

Il y a, de manière générale, un manque de confiance de leur part et une perception négative envers les hôpitaux. Il existe une relation difficile entre les intervenants de première et de deuxième ligne. Plusieurs éléments entrent en compte tels que l'avantage financier de la création des hôpitaux de jour gériatrique pour les gériatres et non pour les médecins généralistes. Ils n'ont pas d'avantage financiers à faire appel à ce service. Il y a aussi la peur que les soins de deuxième ligne arrivent à faire des soins de première ligne, le manque de

collaboration dans les prises de décision et donc une peur de perdre le contrôle sur la prise en charge.

Les médecins généralistes ont en quelque sorte une frustration lorsqu'ils ne sont pas impliqués dans les décisions concernant la prise en charge de leur patient. Ils ont le sentiment d'être menacés par les spécialistes.

Les médecins généralistes ont peu de connaissance sur l'utilisation et le fonctionnement d'un hôpital de jour gériatrique.

Pour les auteurs (Van Den Noortgate, N. & al. 2008), il est nécessaire de développer une relation de confiance entre les professionnels de la santé.

L'étude réalisée en 2011 par le docteur Dagneaux et ses confrères sur la relation entre le médecin généraliste et le gériatre en Belgique (Dagneaux, I., Gilard, I., & De Lepeleire, J., 2012) met en lumière les sentiments et les questionnements que peuvent avoir les médecins généralistes face à la prise en charge de leur patient à l'hôpital de jour gériatrique.

Nous apprenons dans un premier temps que le milieu dans lequel les médecins travaillent jouent un rôle dans la collaboration professionnelle. Si le médecin généraliste travaille dans un milieu rural, il y aura peu d'offres de soins autour de lui contrairement à la ville où l'offre de soins est proposée dans différents hôpitaux. S'il y a peu d'offre, il peut y avoir plusieurs difficultés tant au niveau relationnel, qu'organisationnel, que de communication, etc.

Dans un deuxième temps, ils ont pu remarquer que l'âge du médecin généraliste joue un rôle dans la manière de collaborer avec un gériatre. Depuis quelques années, la gériatrie fait partie des matières de cours dans le cursus des médecins. La gériatrie leur est donc plus familière.

Dans un troisième temps, ils font un lien entre les médecins généralistes et les appels réguliers à une prise en charge à l'hôpital de jour. Ceux qui n'en voient pas l'utilité n'appellent pas.

Ensuite, ils comprennent que les rôles et les compétences de chacun ne sont pas clairement définis et que certaines compétences communes laissent place à une confusion des rôles.

Pour finir, selon eux, la collaboration entre les médecins généralistes et les gériatres doit être renforcée. Pour cela, ils proposent d'améliorer l'information et les échanges mais également de définir les rôles et les compétences de chacun.

2.3.2 Le patient et le professionnel de la santé

De manière générale, la relation entre le patient et le professionnel de la santé et plus particulièrement le médecin généraliste a évolué. Auparavant, il s'agissait plutôt d'une relation dite « paternaliste » qui était le modèle de communication dominant et directif centré sur le professionnel. Actuellement, nous sommes face à une relation de type « pluraliste » avec un « empowerment individuel » qui est un modèle centré sur le patient.

La revue de littérature réalisée par le docteur Geneviève Hubert et son équipe (2009) sur « les facteurs qui influencent la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale » nous partage différentes observations de différents auteurs sur la question.

Tout d'abord, elle met en avant que lorsque le patient participe à la consultation, à son trajet de soins, ce n'est que bénéfique pour lui. Mais, certains auteurs signalent que pour certains patients, ce n'est pas le cas. Comme par exemple certains patients préfèrent un style directif et se soumettent à la décision du médecin.

Ensuite, certaines études montrent que les patients âgés semblent plus participer à la conversation. La participation se situe dans une relation de dialogue et de partage de décision et est déterminée par les patients et les professionnels.

Par ailleurs certains facteurs influencent cette participation. Il peut y avoir des facteurs organisationnels comme le temps, l'accessibilité, des facteurs comportementaux tel qu'une attitude verbale et non verbale (des encouragements, des silences, l'empathie, etc.) mais aussi des barrières. Ces barrières peuvent être d'ordre cognitives et/ou affectives, tel que l'inacceptabilité de poser des questions aux professionnels, l'oubli de poser des questions ou bien le sentiment d'embarras.

Pour conclure, pour qu'il y ait une bonne relation entre le médecin généraliste et le patient, il faut avant tout une bonne communication et prêter une attention aux besoins du patient et du professionnel.

2.3.3 La place des aidants proches

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans notre pays a une influence importante sur les besoins en soins de longue durée. Ce changement a pour conséquence d'accroître la pression sur le système de santé et l'aide professionnelle mais il entraîne également une augmentation de la demande d'aide informelle.

L'OCDE définit les soins de longue durée comme « un ensemble de services nécessaires aux personnes qui, en raison d'une réduction de leur capacités fonctionnelles, physiques ou cognitives, sont, pendant une durée prolongée, dépendantes d'une aide extérieure pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne » (as cited in Anthierens, S. & al, 2014, p.7).

Ces soins incluent d'une part des soins dits formels qui sont dispensés par des professionnels de la santé et d'autre part des soins dits informels qui sont dispensés par les aidants proches.

Dans la littérature, la définition de l'aidant proche peut varier en fonction de son rôle et des spécificités de la personne aidée. En effet, les catégories de personnes aidées ainsi que les formes d'aides informelles sont diverses.

Selon Jacobs et al. (2005) l'aide informelle se définit comme « toutes les formes d'aides apportées par les membres de la famille, des amis ou des voisins aux personnes qui en ont besoin parce qu'elles sont malades, qu'elles souffrent d'une incapacité ou qu'elles sont âgées » (as cited in Humpers, L., Petit, S. & Casman, M-T., 2007).

Ces aides peuvent prendre des formes variées comme la préparation des médicaments, les aides aux soins corporels, la surveillance ainsi que l'organisation et la coordination des soins formels.

Selon l'Enquête nationale de Santé (Gisle, L. et Demarest, S., 2013), il ressort que 9% de la population belge de plus de 15 ans indique apporter une aide ou des soins informels au moins une fois par semaine à une autre personne.

Le pourcentage de personnes prodiguant de l'aide à un membre de son ménage est le plus élevé dans la tranche d'âge des 75 ans et plus, ce qui indique le plus souvent une aide à son conjoint. Les aides dédiées à des membres de la famille extérieurs au ménage, se retrouvent principalement dans le groupe des 55-64 ans. Par ailleurs, 2% de la population affirme apporter une aide non professionnelle à une personne extérieure à son cercle familial (Gisle, L. et Demarest, S., 2013).

Le temps réservé par les aidants à l'aide apportée à leur proche est variable. Ils sont 63% à y consacrer moins de 10 heures par semaine, 18 % s'y adonnent entre 10 et 19 heures par semaine tandis que 20 % y accordent 20 heures ou plus par semaine (Gisle, L. et Demarest, S., 2013).

Dans la revue systématique de la littérature réalisée par Plöthner et al. (2019), la décision d'apporter une aide informelle dépend de plusieurs éléments. Ces facteurs d'influences sont : le degré de parenté, la qualité de la relation, l'aspect financier, la perception des soins en maisons de repos, la santé du soignant, le type de déficience de la personne nécessitant des soins et le temps de travail de l'aidant.

Cette revue met également en lumière les besoins des aidants qui peuvent être classifiés dans quatre catégories bien distinctes. Les besoins organisationnels tels que l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée ainsi que la nécessité de répit, le besoin d'information, de partage d'informations et de conseil, le besoin de soutien et pour terminer le besoin de reconnaissance sociale.

3 Méthodologie

Dans cette partie, nous expliquons le cheminement qui nous a conduit à répondre à notre question de recherche. Tout d'abord, nous expliquons comment nous l'avons définie. Ensuite, nous décrivons la méthode utilisée pour y répondre. Pour continuer, nous énonçons nos stratégies d'échantillonnage pour les deux publics cibles à savoir, d'une part les médecins (généralistes et spécialistes) et d'autre part les bénéficiaires (les personnes âgées et les aidants). Enfin, nous présentons nos guides d'entretien ainsi que la collecte des données.

3.1 La question de recherche

Ce mémoire a été pensé de manière à ce que nous puissions en tirer un bénéfice dans notre profession ainsi qu'au sein de notre institution, la Clinique Saint Pierre d'Ottignies. De fait, depuis quelques années, nous y côtoyons l'hôpital de jour gériatrique. Celui-ci y est une offre de soins encore récente et sa capacité d'accueil maximale n'est pas encore atteinte.

Notre objectif principal à la réalisation de ce mémoire est de promouvoir son activité pour que celui-ci puisse se développer davantage et augmenter son offre de soins.

D'autres objectifs secondaires ont été réfléchis tels que :

- Comprendre les motivations des médecins à faire appel à l'hôpital de jour gériatrique
- Comprendre les besoins et les attentes des médecins

- Comprendre les besoins et les attentes des personnes âgées fréquentant l'hôpital de jour gériatrique et leur famille
- Repérer le profil des patients pris en charge par l'hôpital de jour gériatrique
- Etc.

Dans notre recherche, nous avons souhaité être complètes. Nous nous sommes donc intéressées aux publics concernés par l'offre, tel que cité plus haut : les médecins, les personnes âgées et les aidants.

Nous avons alors construit notre question de recherche comme suit :

« L'hôpital de jour gériatrique de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies répond-il aux besoins et attentes des patients, des aidants et des professionnels de la santé ? »

Selon le Larousse (2021), le besoin est « la chose considérée comme nécessaire à l'existence » et l'attente est « l'action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose ».

La finalité de ce travail est de pouvoir émettre des recommandations aux responsables de l'hôpital de jour gériatrique en vue d'y adapter au mieux l'offre de soins.

3.2 Choix de l'approche qualitative

Dans l'intention de répondre à notre question de recherche et d'explorer le sujet, nous avons choisi d'effectuer de manière conjointe une étude qualitative prospective interventionnelle. Celle-ci s'intéresse aux patients, aux aidants et aux médecins utilisant l'hôpital de jour gériatrique de la Clinique St Pierre d'Ottignies.

Cette méthode nous permet de récolter « des informations riches et nombreuses, qui révèlent la subjectivité d'une personne, d'une expérience, d'une histoire » (Aujoulat, I. 2017).

Pour la collecte de nos données, nous avons choisi de procéder à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens sont réalisés a posteriori et se déroulent par téléphone pour faciliter leurs réalisations tout en respectant les mesures sanitaires liées au coronavirus.

3.3 Stratégie d'échantillonnage

Lors d'une étude qualitative, l'échantillon n'est pas une représentation statistique significative de la population étudiée. Pour pouvoir comprendre au mieux le sujet, nous recherchons un échantillon le plus diversifié possible.

C'est pourquoi nous avons choisi des critères d'inclusions assez larges afin d'obtenir des données variées. D'un côté tous patients et aidants se présentant pour un bilan à l'hôpital de jour gériatrique à la Clinique St Pierre et de l'autre tous les médecins généralistes ou spécialistes qui y envoient leurs patients.

En ce qui concerne le recrutement des participants, celui-ci s'effectue directement auprès des patients et des aidants lors de leurs venues à l'hôpital. Les médecins sont quant à eux contactés par mail pour solliciter leurs participations sur base de l'enregistrement des données statistiques des médecins faisant appel à l'hospitalisation de jour en gériatrie pour l'année 2020.

3.4 Les guides d'entretien

Afin de nous aider dans la récolte de nos données, nous avons élaboré toutes les deux un guide d'entretien à destination de la population étudiée. Un consacré aux médecins et l'autre comportant une base commune pour les patients et les aidants (voir annexe 1 et 2).

La construction de ces guides se base sur des thématiques communes comme la connaissance de la structure de soins, son utilité, la disponibilité de l'offre, les soins proposés, le rapport de soins ainsi que ses avantages et ses inconvénients. D'autres thématiques sont plus spécifiques comme la collaboration entre les professionnels pour les médecins et le déroulement du bilan pour les patients et les aidants.

3.4.1 Éthique et anonymat

De manière à nous assurer du respect de l'aspect éthique de notre recherche, nous avons fait appel au comité d'éthique de la Clinique St Pierre d'Ottignies (voir annexe 3). Nous leurs avons soumis le thème de notre mémoire ainsi que les guides d'entretiens utilisés auprès des différents participants.

Chaque participant a donné un accord oral quant à l'enregistrement audio de son entretien.

De plus, les patients et les aidants participants ont signés un document de consentement. Ils ont également reçu en plus de l'explication orale un document d'information écrit reprenant les modalités de l'étude (voir annexe 4).

3.5 La collecte des données

À partir de cette étape, nous avons procédé individuellement. Nous y décrivons nos échantillons respectifs ainsi que les difficultés rencontrées au cours de la collecte d'informations.

3.5.1 Description de l'échantillonnage des médecins par Daphné Dandois

Pour créer le premier échantillon concernant les médecins généralistes et spécialistes, je suis partie de la base de données statistiques de l'hôpital de jour gériatrique. Cela m'a permis de contacter les médecins qui y ont fait appel dans le courant de l'année 2020.

L'unique critère d'exclusion utilisé, était l'absence d'expérience avec l'hôpital de jour gériatrique de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies.

Quarante médecins généralistes ont été contactés dans un premier temps par courrier postal (annexe 5). Un m'a répondu négativement. N'ayant pas eu d'autres réponses, j'ai pris le temps de les contacter un par un par téléphone. J'ai eu treize refus à cause en général, d'un manque de temps et d'une charge de travail lourde, huit réponses positives et d'autres, sans réponses malgré un message vocal laissé ou un e-mail envoyé.

Concernant les médecins spécialistes, il y en a treize qui ont été contacté par mail. Cinq ont montré un intérêt et m'ont répondu positivement.

Lors de ces entretiens, j'ai demandé leurs âges ainsi que leur nombre d'années professionnelles. La moyenne d'âge (46 pour les spécialistes et 41 pour les généralistes) et la moyenne du nombre d'années de carrière (15 ans pour les deux) sont semblables dans les deux groupes.

La réalisation des entretiens s'est déroulée sur la période du 4 au 26 mars 2021.

Au total, je comptabilise treize entretiens dont cinq venant de médecins spécialistes de l'institution : deux neurologues, deux néphrologues et une urgentiste. L'annexe 6 reprend un tableau avec les caractéristiques des participants.

3.5.2 Description de l'échantillonnage des patients et des aidants par Anne Julie Wilmotte

Le recrutement des participants a été réalisé au sein du service de jour gériatrique de la Clinique St Pierre d'Ottignies entre le 10 février et le 31 mars 2021. Lors de leur venue, il a été proposé à chaque patient et aidant de prendre part à l'étude. Durant cette phase, j'ai reçu dix-neuf réponses positives mais quatre des patients se sont ensuite désistés lors de l'entretien téléphonique. Les raisons de ces refus tardifs sont diverses : un des patients n'a pas répondu à mon appel, un autre a rapporté ne pas être concerné et les deux derniers ont invoqué un manque de temps. Finalement, quinze entretiens ont été réalisés auprès de neuf patients et six aidants.

En ce qui concerne l'échantillon des patients, celui-ci se compose de cinq hommes et quatre femmes âgés de 72 à 92 ans. Le lieu de vie principal des personnes interviewées est le domicile, seule une des personnes réside en résidence service. Les motifs d'admissions pour les bilans sont variés : deux pour chutes, un pour troubles de la mobilité, deux pour la mémoire dont un en suivi d'hospitalisation, un pour une mise au point nutritionnelle, un pour altération de l'état général associée à une perte de poids, un pour évaluation pré traitement chimio, un pour bilan ORL/Gastro (Voir annexe 7).

Quant aux aidants, l'échantillon se constitue de quatre femmes et deux hommes âgés entre 59 et 84 ans. Au niveau de leurs caractéristiques, trois partagent le lieu de vie de la personne aidée et les trois autres habitent séparément. Trois sont restés durant toute la journée et les trois autres ont été présents en début et fin de journée. Pour finir, quatre apportent un soutien quotidien tandis que pour les deux autres, il s'agit d'un soutien occasionnel. Les motifs d'admissions de leurs proches pour un bilan sont divers : un pour la mémoire, un pour un suivi post hospitalisation, un pour altération de l'état général, un pour troubles de la mobilité, un pour mise au point nutritionnelle, un pour maladie de Parkinson (voir annexe 8).

4 Résultats

Dans cette partie nous exposons, après analyse individuelle, les différents résultats reçus lors des différents entretiens. Pour ce faire, plusieurs étapes ont été indispensables.

Dans un premier temps, l'enregistrement audio, nous a permis de retranscrire toutes les informations reçues (les mots mais aussi les expressions). Cette première partie nous a permis ensuite, dans un second temps, une analyse, « une lecture seconde de ces informations pour en saisir le sens au-delà des significations premières » (Aujoulat, I. 2018) pour permettre « un découpage du matériau en unités d'analyse (unités de sens, de signification), qui correspondent fréquemment (au départ) à des thèmes à valeur de descriptions. » (Aujoulat, I. 2018)

Ce découpage d'unité d'analyse nous a permis dans un troisième temps leur organisation.

« Les résultats issus de l'analyse des informations recueillies par une approche qualitative ne se veulent pas généralisables à une population. Ces résultats sont souvent contextualisés et concernent l'échantillon dont les informations sont issues. » (Aujoulat, I. 2018)

4.1 Analyse des résultats patients-aidants

1) La connaissance

Que ce soient les patients ou les aidants interrogés, l'hôpital de jour gériatrique reste méconnu. Sur les neuf entretiens réalisés auprès des patients, un seul des répondants connaît la structure parce que son mari y avait déjà réalisé un bilan, deux l'associent à l'hôpital de jour médical ou chirurgical et six ne le connaissent pas.

P2 « Oui, je savais que ça existait mais pas celui-là en particulier, ma mère faisait ses chimio en hôpital de jour »

P7 « Je connaissais car mon mari y avait déjà été deux fois »

P8 « Je connais parce que j'y avais été lorsque je me suis fait opérer de la cataracte »

Du côté des aidants, sur les six entretiens, un aidant en a entendu parler par une autre personne, un l'associe à l'hôpital de jour médical et les quatre autres ne le connaissent pas.

A5 « Oui par une amie car elle avait déjà fait un bilan gériatrique avec son papa »

A2 « Absolument pas »

A4 « Oui je connais la clinique de jour car j'ai déjà été pour une tumeur »

2) L'origine de la demande

Chez tous les répondants, la demande n'est pas une démarche personnelle. Celle-ci émane soit du médecin traitant soit d'un médecin spécialiste.

Dans le cas des patients, six demandeurs sont généralistes, un est oncologue, un est rhumatologue et le dernier est chirurgien orthopédiste.

P1 « C'est le rhumatologue qui m'a mis à l'hôpital de jour parce qu'il y avait plusieurs examens à faire »

P2 « C'est à la demande de mon médecin traitant »

P3 « C'était à la demande de mon oncologue pour voir si je suis en état de supporter une chimiothérapie »

P5 « Le médecin généraliste voulait que je passe toutes sortes d'examens, faire le bilan quoi »

P6 « C'est le chirurgien qui m'a opéré qui m'a demandé de faire un bilan »

Dans le cas des aidants, il s'agit de trois médecins traitants, un médecin hospitalier, un neurologue et un rhumatologue.

A5 « Suite à une hospitalisation mais de toute façon j'allais en faire la demande »

A6 « C'est à la demande du médecin de famille »

A1 « C'est le rhumatologue qui a fait la demande »

A3 « J'ai été voir le neurologue parce que maman a vraiment changé en peu de temps et j'étais angoissée. Je lui ai demandé de faire un examen plus approfondi »

A4 « C'est le médecin traitant »

A2 « C'est la demande du médecin traitant et on est suivi par la neurologue »

3) La prise de rendez-vous

Dans les faits, ce sont les médecins qui prennent contact avec le service de jour. Le patient est ensuite contacté par l'infirmière coordinatrice pour lui communiquer la date de son rendez-vous. Le délai d'attente est globalement vu comme tout à fait raisonnable par le patient et même trop rapide pour une des personnes interrogées. Celui-ci est compris entre cinq jours et un mois.

P2 « C'est le médecin traitant qui a pris rendez-vous [...] Je pense qu'il y avait une dizaine de jours entre la demande et le rendez-vous donc c'était bien »

P5 « Une semaine de délai »

P7 « Ma fille a reporté le rendez-vous car c'était trop proche de mon hospitalisation, rien n'avait changé »

Le délai est également cohérent pour les aidants.

A5 « J'ai reçu le rendez-vous suite à l'hospitalisation de ma maman qui avait fait un délirium »

A6 « Le rendez-vous a eu lieu suite à la visite du médecin traitant le vendredi et nous avons eu un rendez-vous le mercredi »

A1 « C'est le rhumatologue qui a pris rendez-vous et qui a dit voilà vous allez là pour un jour [...] Pas longtemps je crois mais on n'y va pas du jour au lendemain comme on dit »

4) Les attentes

Il n'y a pas beaucoup d'attentes exprimées du côté des patients, ils ne sont pas enthousiastes à l'idée de venir. C'est sur conseil de leur médecin qu'ils sont venus, pour que celui-ci obtienne les données dont il a besoin.

P9 « Je n'avais pas d'attente particulière »

P7 « Moi, je n'attendais rien c'était plutôt le médecin »

P8 « Je n'avais pas tellement envie d'y aller »

Les attentes sont plus nombreuses pour les aidants qui espèrent une amélioration de l'état de santé de leurs proches. Ils sont aussi en recherche d'informations sur le diagnostic et de conseils à mettre en œuvre.

A5 « Je voulais savoir ce qu'ils allaient dire sur la mémoire de maman, ce que je peux faire pour y remédier »

A6 « Je voulais qu'on mette au point sa situation pour améliorer sa santé et trouver la meilleure solution au niveau des médicaments »

A1 « On avait déjà fait plein d'exams c'est inimaginable pour trouver ce qu'il avait. Il a tellement maigri, il est tellement mince que je cherche par tous les moyens ce qu'on pourrait lui donner comme aliments nutritifs pour qu'il grossisse quoi »

A3 « Je voulais savoir vers quoi on allait, ce que maman avait [...] Parfois je ne sais absolument pas comment réagir à telle situation après avoir répété dix fois la même chose »

A2 « Je dois dire que moi j'attendais des conseils, d'avoir des pistes que je pourrais suivre »

5) La perception de la nécessité du bilan

Avant leur venue, les patients ne sont pas convaincus de la nécessité de s'y rendre. Le fait d'être intégré dans un programme gériatrique peut être surprenant et vu négativement. Par contre, la rencontre de plusieurs intervenants dans un même lieu est perçue comme positive.

P1 « Avec tous les examens qu'ils ont faits oui je suis d'accord [...] J'ai quand même vu cinq médecins autour de moi. »

P3 « Je n'en ai jamais eu donc disons que j'imagine que c'est, que ça peut être intéressant. »

P5 « J'étais un peu surpris de devoir le faire mais ça ne me dérange pas. »

P6 « Pas nécessairement gériatrie mais enfin, je suis content d'avoir fait tous les examens. »

Du point de vue des aidants, la dégradation de l'état du proche nécessite leur venue. Ils sont également preneurs de cette rencontre pour eux même.

A6 « Oui, elle n'était plus capable de se lever, d'aller à la toilette seule donc sa situation s'aggravait. »

A3 « J'avoue, j'arrive au moment où je me disais c'est moi qui dois consulter quelqu'un. »

6) Les besoins

Les besoins formulés par les patients concernent l'information sur le diagnostic, le besoin de savoir ce qu'il se passe et de faire le point sur leurs états de santé. Le maintien de l'autonomie et de la liberté est également apparu au travers de la peur et du refus d'une hospitalisation classique et de l'évaluation de la capacité à la conduite automobile.

P3 « Obtenir des résultats pour savoir si une chimio va être lancée. »

P6 « Savoir ce qu'il se passe, pourquoi je suis tombée. »

P7 « Avoir l'autorisation du médecin pour reconduire, c'est ma liberté. »

P9 « Plus de connaissance sur mon état de santé, j'étais très anxieux avant de venir, je me demandais ce qu'ils allaient trouver. »

P1 « On voulait me mettre à l'hôpital mais moi je n'ai pas voulu, je ne veux plus être hospitalisée. »

Les besoins énoncés par les aidants se situent au niveau de l'écoute et de l'obtention d'informations et de conseils sur l'état de santé du proche, des aides disponibles et du comportement à adopter. Ils ont également besoin de soutien, qu'il soit émotionnel au travers de l'écoute de leurs difficultés, organisationnel pour allier vie privée et vie professionnelle ou décisionnel pour les conforter dans leurs choix et approches.

A3 « Pouvoir m'organiser car maman vit chez moi et je travaille encore [...] Je cherche un peu de soutien dans le corps médical en me disant que ce n'est pas moi qui prends les décisions »

A5 « J'ai été écoutée, soutenue, je ne me suis pas sentie comme un numéro »

7) L'organisation des examens

Les examens sont planifiés en fonction de la demande et du type de bilan réalisé (radio, scanner, ...). Le transport entre le service et le plateau technique s'effectue à l'aide d'une équipe de brancardage. L'organisation des examens est un point qui a suscité de nombreux retours sur le temps d'attente, la fatigue des allers et retours et la prise de repas différée.

P2 « On m'a conduit en chaise roulante alors que je suis encore valide, je me suis senti un peu plus vieille que je ne suis »

P1 « Tu rentres à jeun pour un scanner et puis tu as l'examen seulement le soir »

P4 « Les machines on reste longtemps »

P5 « J'ai attendu 1h dans le couloir, on m'avait oublié, je me suis même endormi »

P9 « On m'a conduit aux examens mai j'aurais pu m'y rendre seul »

Durant cette période particulière de pandémie, les aidants n'ont pas accompagné leurs proches en dehors du service.

A5 « On l'a emmené sur une chaise roulante parce qu'elle marche avec une tribune. J'ai attendu dans la chambre, je ne voulais pas trainer dans les couloirs et attraper le virus »

A6 « J'aurais voulu pouvoir accompagner la personne pour la rassurer »

8) L'information reçue avant le bilan

L'information pré-bilan se réalise essentiellement par le médecin à l'origine de la demande qui va expliquer au patient la raison de sa venue. Par la suite, le patient reçoit une lettre d'informations de l'hôpital reprenant le jour et l'heure d'arrivée attendue ainsi que les examens à réaliser. Pourtant, le déroulement de la journée reste assez flou.

P1 « On ne m'a pas fait de commentaires, on est parti pour un scanner et disons qu'on a fait quelques examens en plus »

P8 « Mon médecin traitant m'avait évoqué les types d'examens qu'on allait faire »

P2 « J'ai reçu un mail reprenant le déroulement de la journée. Ce n'était pas très clair, il y avait des phrases mélangées dans un texte pré fait »

P3 « On ne m'a pas expliqué comment ça allait se passer, je ne savais pas exactement ce qu'on allait me faire. On m'a dit qu'on voulait tester mes capacités à supporter

physiquement et mentalement une chimio »

P4 « Chaque fois j'avais un papier pour chaque jour avec ce qu'on me faisait »

P6 « On m'a envoyé un document qui disait voilà vous rentrez à telle heure pour faire telle examen et vous pouvez sortir à 16h »

P7 « On m'a expliqué que j'allais voir plusieurs médecins pour faire le point après mon hospitalisation »

Pour les aidants, la vision de la journée n'est pas non plus complète.

A5 « Non pas vraiment on m'a dit que c'était un bilan gériatrique »

A6 « Je savais juste que c'était pour passer plusieurs examens dans la journée »

A1 « On m'a dit qu'il devait faire un scanner et qu'on verra ce qu'il faut encore faire mais que ce ne se sera que sur un jour »

9) L'information lors du bilan

Des conseils sont dispensés par les différents intervenants en fonction de leurs expertises. Ceux-ci ont été perçus comme utiles par les patients. En fin de journée, un temps est consacré avec le patient et l'aidant, s'il y en a un, pour faire une synthèse de la journée. Pour une partie, tous les résultats ne sont pas disponibles et ils attendent les résultats et le compte rendu qui est fait avec leurs médecins.

P2 « On vous fournit des conseils utiles, des conseils pratiques »

P8 « J'ai vu la gériatre qui a fait la synthèse de tout »

P3 « Je n'ai eu aucun résultat, j'imagine qu'on fera un compte-rendu avec mon médecin »

P7 « J'ai reçu des conseils utiles, il y avait des choses que je savais déjà »

Certains des aidants sont satisfaits des informations reçues tandis que d'autres attendent d'obtenir la totalité du rapport qui est envoyé au médecin.

A5 « Les informations ont confirmé ce que j'avais remarqué »

A5 « L'infirmière chef nous a bien expliqué comment la journée allait se dérouler à notre arrivée »

A6 « Lors de la deuxième journée, j'ai eu un rapport assez précis du docteur de l'hôpital de jour [...] Elle m'a expliqué clairement par un schéma très explicatif pour quelqu'un qui est novice au niveau de la médecine sur la problématique que madame avait »

A2 « Pour l'instant, j'ai la base. On va partir de là et on va avancer un petit peu mais pour

l'instant, je pense que c'est bien c'est un bon départ »

A4 « On ne dit pas grand-chose sur les examens, on ne m'a pas dit ça va ou ça ne va pas.

On a dit, on enverra les résultats à votre médecin traitant »

A3 « On m'a dit ce qu'elle avait c'était déjà une grande chose »

10) Le vécu de la journée

Les personnes reprises dans l'échantillon ont bien vécu le bilan même si cela reste long et fatiguant.

P3 « Ça s'est bien passé, tout le monde est très gentil, il y a eu un peu d'attente mais c'est normal »

P6 « Cela m'a paru long et quand je suis rentré, j'étais vraiment fatigué »

C'est aussi ce qui est rapporté par les aidants. Cela a également permis à une des patientes qui nécessite un bilan plus poussé d'accepter une hospitalisation.

A6 « Elle m'a dit qu'elle avait passé beaucoup d'examens et qu'elle en a refusé un examen [...] Je l'ai accompagné en pensant que je pourrais l'accompagner pour aller fumer mais l'infirmière et le kiné lui on interdit c'est pourquoi elle était très nerveuse »

A1 « Pour moi c'était quand même long de rester là toute la journée »

A2 « Elle m'a dit qu'elle était fatiguée [...] Elle n'a pas compris le but de la visite »

A4 « Très bien puisque j'étais avec lui »

A6 « Ce bilan l'a aidé à voir qu'elle allait de moins en moins bien et de fait la situation ne s'améliorant pas, elle a accepté de se faire hospitaliser ce mercredi »

11) Les avantages

Les patients relèvent l'évitement de l'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge globale, la possibilité de se reposer et la temporalité du bilan en une journée comme des atouts.

P1 « Ne pas devoir être hospitalisé »

P2 « Tout a été regroupé, c'est plus facile que d'avoir trois rendez-vous et de voir les trois spécialistes différents à des jours différents »

P3 « L'avantage c'est qu'on fait tout en une fois, on ne doit pas courir 36 fois pour voir chaque spécialiste »

P4 « L'accueil et vous avez votre dîner »

P5 « On dit la vérité sur tout ce qu'on fait »

P6 « Si j'avais été ailleurs, j'aurais peut-être dû venir plusieurs jours différents »

P2 « Je ne m'attendais pas à ce qu'on s'inquiète de la manière dont je vivais »

P7 « Je n'ai pas pensé que j'allais avoir une chambre, c'est mieux qu'une salle d'attente »

Pour les aidants, il s'agit de la prise en compte de leurs rôles et de leurs besoins et du rassemblement des examens qui leurs permet de obtenir un rapport complet et de faciliter leurs organisations.

A6 « La réalisation d'une batterie d'examen et le rapport »

A2 « Cela m'a aidé à voir qu'on n'est pas seul, qu'on peut obtenir de l'aide »

A4 « Je ne peux pas dire quelque chose qui n'était pas bien, le personnel d'une gentillesse et de bonne humeur. Il avait aussi son dîner bien entendu »

A3 « on a tous les rendez-vous en même temps. J'ai consacré une journée pour elle et pas une heure à droite et à gauche [...] Et puis pour eux, c'est mieux psychologiquement, c'est plus facile à accepter. C'est fatiguant de faire des allers et retours »

12) Les inconvénients

Pour les patients, ce sont l'organisation des examens, la fatigue et les temps d'attentes qui sont soulignés.

P3 « Le temps d'attente, disons que moi j'avais pris un bouquin heureusement »

P5 « La gestion des examens »

P6 « Je suis allée faire échographie et puis un quart d'heure après faire un scanner avec le même cinéma vous descendez vous devez vous déshabiller puis vous rhabiller mais moi avec mon bras ça me fais mal, c'est difficile [...] Je suis restée jusque 17h30 alors que je devais sortir à 16h »

P4 « On est venu me chercher pour un examen quand j'allais avoir le repas et j'ai dû attendre 14h pour manger »

P7 « Pour moi, ça a été fort fatiguant, je n'ai fait que monter et descendre »

Pour les aidants, c'est également l'organisation des examens et les temps d'attentes qui ressortent. Un des participants a aussi évoqué la localisation du service à proximité de l'unité de soins palliatif.

A4 « Mon mari devait passer un Dat-scan pour le parkinson le 5 mais il faut attendre 3

heures après l'injection. On a donc été à l'hôpital de jour gériatrique mais finalement l'examen n'a pas eu lieu car il y avait un problème avec le produit »

A5 « On était au 311 en soins palliatifs, ça m'a fait drôle quand je suis arrivée dans le couloir, pour moi ça sentait la mort »

A6 « Les périodes d'attentes entre les examens »

13) L'infrastructure

Du côté de l'infrastructure, la localisation du service a été chamboulée et celle-ci était différente en fonction des dates de venues. Cependant, tous ont reçu les bonnes indications et ont trouvé facilement le service grâce au système de routes. Pour l'agencement des locaux, certains préfèrent un lit pour se reposer et d'autres n'en veulent pas.

A1 « Ben écoutez, on vous indique et quand on demande on arrive comme on dit [...] C'était dans une chambre avec deux lits, pour une journée on n'y attache pas tellement d'importance »

A4 « On était dans une pièce avec quatre fauteuils. On allait dans une pièce à côté et on questionnait mon mari et moi un petit peu aussi »

14) La rencontre avec les professionnels

Chaque intervenant se présente lors de leur évaluation mais cela reste difficile pour les patients de les distinguer. Cela s'explique par les nombres importants de personnes rencontrées, la fatigue ainsi que par le port du masque et la ressemblance entre les uniformes. De plus, peu de participants se souviennent de leurs fonctions et certains ne s'y intéressent pas. Par contre, il n'y a pas eu de perception de répétitions entre les différents professionnels croisés.

P1 « Quand quelqu'un rentre dans votre chambre, vous savez difficilement distingués si c'est un docteur ou un infirmier »

P3 « Il y avait parfois des questions qui étaient les mêmes mais à mon avis, c'est un peu pour vérifier si je répondais bien toujours la même chose [...] Je suis resté tout le temps dans la chambre, toutes les personnes sont venues me voir dans la chambre »

P5 « Je ne me pose pas la question de leur rôle, tous ces gens sont super gentils et ils font ce qu'il faut j'imagine »

P6 « Moi à 86 ans, je n'ai rien compris. Je préfère que les résultats soient envoyés à mon

médecin traitant, lui sait comment m'expliquer [...] Je ne sais plus qui j'ai rencontré »
P7 « Quand ils sont venus, ils se sont présentés »

Du côté des aidants, la reconnaissance n'est pas non plus optimale. Ils sont sollicités pour compléter l'anamnèse et évaluer la situation au quotidien. C'est aussi un temps destiné pour écouter, répondre à leurs questions et leur fournir des conseils.

A6 « Quelque part pour moi ce n'était pas nécessaire que je sois présent »
A1 « Durant la journée, vous êtes dans la chambre et au fur et à mesure l'un rentre et puis l'autre [...] Ils se présentent je suis le docteur, je suis le kinésithérapeute je viens faire ça... »
A2 « On m'a dit ce que je pourrais avoir comme aide pour maman, on m'a aussi parlé des centres de jour où je pourrais éventuellement emmener maman [...] Une ergothérapeute qui m'a appelé parce qu'elle n'arrivait pas à obtenir les informations »
A4 « C'était toutes des dames même le docteur qui l'a vu c'était une dame. Elles ont dit leurs noms mais je ne m'en souviens pas [...] Le docteur on l'a vu en dernier lieu, il avait déjà des résultats de la prise de sang et il a dit qu'il allait envoyer des nouvelles à mon médecin traitant et faire suivre à la maison de repos »

15) Les pistes d'amélioration

Selon le point de vue des patients, les améliorations à effectuer se situent au niveau de l'information reçue avant le bilan, de l'organisation des examens et du manque d'occupations.

P2 « Le mail reçu n'était pas très clair, plus simplement noter les heures de différents examens et ne pas faire des phrases compliquées »
P6 « L'organisation des examens »
P9 « Prévenir qu'il faut prendre de quoi s'occuper pendant la journée »

Selon les aidants, une amélioration peut être apportée sur l'aspect moins « clinique » de la structure et de l'information reçue durant l'absence du proche.

A6 « Les temps d'attentes, on pourrait nous informer un peu plus. Avec la covid on doit rester à l'étage, la personne part pendant deux heures et on ne sait pas trop ce qui se passe »
A3 « Comme on n'est pas hospitalisé, être plus dans un petit salon avec un fauteuil plutôt qu'un lit. Ça fait plus chaleureux et moins malade »

4.2 Analyse des résultats des médecins

Nous présentons les résultats recueillis lors des entretiens des médecins par unité d'analyse. Ces unités d'analyse sont classées par groupe : l'émotionnel, les points positifs et négatifs, la prise en charge et les pistes d'amélioration

1) L'émotionnel

Les sentiments des médecins

Au cours des différents entretiens, beaucoup de médecins interrogés souhaitent que l'hôpital de jour gériatrique se développe davantage au sein de l'institution. Pour commencer, certains montrent un certain intérêt :

E1 « *Cet hôpital de jour gériatrique me semble hyper important. C'est sans doute l'avenir de la médecine de la personne âgée.* »

E1 « *En plus, c'est l'avenir de nos hôpitaux.* »

E11 « *C'est un endroit merveilleux.* »

E1 « *J'espère qu'on pourra développer tout ça, parce que franchement, on est très très preneur.* »

E3 « *Je trouve que c'est un truc nickel, indispensable. Il y a beaucoup de potentiel je trouve. [...] C'est quelque chose qu'on aimerait développer à l'avenir.* »

D'autres, restent sur des déceptions des expériences passées telles que :

E3 « *Au départ, on était fort emballé et puis, on voit qu'en pratique, ce n'est pas si simple. [...] J'ai l'impression que ça ne démarre pas. [...] Je me dis à chaque fois, c'est extra, c'est génial ... et puis, en pratique, c'est un peu parfois le flop. [...] Mon sentiment pour l'instant, c'est que ce n'est malheureusement pas assez souvent exploité.* »

Les expériences personnelles des médecins

Certains médecins ont évoqué par eux-mêmes le fait que l'hôpital de jour est peut-être encore mal connu au niveau de la pratique médicale et l'une d'entre-eux l'exprime clairement.

E10 « *je pense qu'il y a même beaucoup de médecins généralistes avec lesquels j'ai travaillé après, pendant l'assistanat, qui n'étaient pas au courant que ça existait* »

E4 « je n'ai, je n'avoue jamais fait moi appel à l'hôpital de jour parce que c'est justement ça [...] c'est toujours des patients qui sont reconvoqués après leur hospitalisation. [...] je n'ai jamais fait appel parce que je ne sais pas très bien si on peut »

Les sentiments des patients perçus par les médecins

Lors des entretiens avec les médecins, j'ai souhaité connaître quelles étaient les réactions des patients face à l'annonce du bilan à l'hôpital de jour gériatrique ainsi que leur attitude après la journée passée. Dans la plupart des cas, le patient semble assez réticent comme on peut le voir dans ces extraits :

E6 « Au début de l'annonce de la journée, je trouve que tout le monde est réticent. Honnêtement, rien que le terme hôpital de jour gériatrique ... Donc, souvent, je dis hôpital de jour ; comme ça, les gens ne sont pas trop vexés. [...] Passer une journée à l'hôpital, ça les dérange aussi beaucoup mais quand j'explique que ça va leur faire gagner beaucoup de temps et qu'il y aura beaucoup d'expert, ... [...] Je trouve que ça se passe bien. »

E8 « Je pense qu'ils sont soulagés [...] de ne pas devoir y aller 10 fois, [...] de faire plusieurs examens sans devoir rester.

E9 « Ils sont contents en général ».

Ces différents extraits montrent que l'information donnée au patient est importante.

Les médecins expliquent cette réticence selon eux, par le fait que :

E2 « Dès qu'on parle d'hôpital, ils n'aiment pas trop sortir de chez eux ; c'est surtout le déplacement hors des habitudes. »

E11 « Il y a beaucoup de gens qui ne souhaitent pas être hospitalisés. »

Mais on peut aussi voir que l'hôpital de jour peut être nécessaire aux patients qui sont plus réticents :

E9 « Elle est d'accord d'aller une seule fois à l'hôpital ».

Après cette journée passée à l'hôpital de jour gériatrique, les médecins relatent différents sentiments des patients :

E11 « Ils (les patients) sont content [...] et ils sont souvent rassuré d'avoir été pris en charge. [...] Le retour est positif. »

E6 « Ils (les patients) sont rassurés déjà qu'on ait une petite idée de diagnostic ou des changements de traitement après l'hospitalisation.

E5 « C'est assez positif parce qu'ils (les patients) ont l'impression effectivement qu'on a un peu creusé leur problème et ça apporte une amélioration. »

E6 « Le retour est toujours très bon. [...] L'entourage aussi est très content. »

2) Les points positifs et négatifs

Les avantages de l'hôpital de jour gériatrique

Les avantages exprimés par les médecins concernent aussi bien les patients que les médecins.

Dans un premier temps, il y a les avantages pour le patient :

- ✓ Une journée d'hospitalisation

E8 « L'avantage qu'on évite une hospitalisation parce que ça évite qu'ils soient désorientés. »

E3 « Éviter une hospitalisation et pour éviter de faire venir le patient trois, quatre fois d'affilée. »

E9 « L'avantage c'est que tout est fait le même jour. Ça évite de faire pleins d'aller-retours. »

- ✓ Éviter une hospitalisation

E4 « qu'effectivement, ça éviterait beaucoup d'hospitalisation parce qu'on sait très bien qu'une hospitalisation chez une personne âgée même de quelques jours, ça peut parfois leur coûter cher. »

E9 « c'est vraiment super en fait, parce que la dame idéalement devrait être hospitalisée mais elle ne veut pas. Idéalement, elle devrait être placée mais elle ne veut pas. Mais le fait de pouvoir avoir ce point de chute à l'hôpital de jour gériatrique, c'est génial »

- ✓ Ça favorise la compliance du patient

E11 « Très bon pour la compliance du patient parce que la plupart des personnes âgées, [...] vous leur faites une liste avec des examens qu'ils vont aller faire à des jours différents, ils abandonnent avant même d'arriver au bout de la liste ».

E9 « Elle est d'accord d'aller une seule fois à l'hôpital. »

Dans un deuxième temps, il y a les avantages pour le médecin :

- ✓ D'une prise en charge globale

E3 « C'est centraliser pas mal de chose en un jour. »

E9 « Il y a surtout cette centralisation avec cette vision bien plus généraliste de la personne âgée avec ... Finalement, la personne sort de là. On a une vraie mise au point complète, on a

des vraies aides, une vraie adaptation soit de l'environnement, soit des aides que l'on peut proposer, avec un diagnostic précis sur la pathologie du patient. C'est vraiment un point intéressant, sans pour autant, hospitaliser des gens. »

E9 « [...] d'avoir la globalisation par le gériatre après qu'il ait vu kiné, ergo, logo, assistante sociale en fonction en fait, des besoins. »

✓ L'organisation

E11 « On peut déjà avoir des imageries accessibles d'une toute autre manière qu'elles le seraient pour nous en tant que médecin généraliste et surtout de manière groupée. [...] il faut déjà avoir tous ces rendez-vous. »

E10 « Le fait que ce soit pluridisciplinaire. [...] Il y a des avis auquel moi, je n'ai pas accès en tant que médecin généraliste concrètement, comme une ergothérapeute »

E14 « Un gain de temps pour les médecins généralistes. »

✓ Un gain de temps pour le médecin et le patient

E11 « Je suis impressionné de voir à quel point effectivement, on peut se retrouver avec des bilans en un ou deux jours [...] si j'avais dû faire ça chez moi, fin de mon côté, ça aurait pris 6 mois »

E14 « Ça fait gagner du temps au médecin. »

✓ D'un avis spécialisé

E6 « Je suis contente d'avoir une autre évaluation quoi, un autre point de vue parce que finalement en neuro, on est un peu surspécialisé sur des trucs et puis en fait, on n'a pas de vision d'ensemble notamment en médecine interne. [...] J'ai avoir l'expertise par rapport à tout ce qui est social plutôt, ce qui est fait à la maison, le niveau d'autonomie, etc. [...] pour qu'on puisse adapter. »

E2 « Avoir un avis des confrères spécialisé. »

E9 « avoir un regard extérieur parce qu'on est seul avec toujours son nez dans le guidon, en fait, avoir du recul et avoir d'autres professionnels de la santé qui ne connaissent pas le patient et qui le découvrent pour la première fois. »

Un médecin exprime le manque de formation non reçue sur la gériatrie.

E3 « Et la gériatrie, en fait, on n'est pas formée donc, ce n'est pas toujours facile. »

Inconvénients – Points négatifs

Les inconvénients pour l'hôpital de jour concernent principalement d'après eux, le patient.

- La journée semble être longue pour certains.

E4 « *C'est parfois long pour certains patients* »

- L'accessibilité pour le patient âgé et la disponibilité

E2 « *L'accessibilité. Il faut surtout que le patient sache aller jusque-là et la disponibilité aussi* ».

E10 « *la mobilité du patient [...] parce qu'il y a des patients qui ne sont pas entre guillemet, transportables et qui ont beaucoup de problèmes de mobilité [...] qui n'ont pas d'entourage pour les aider* »

- Le délai

E11 « *[...] le délai ne serait pas de l'aigu [...] Souvent, il y a un délai de quelques semaines [...] ce qui est généralement suffisant* »

Certains médecins évoquent le statut de la prise en charge du patient. Si celui-ci est subaigu, il ne pourra pas faire appel à l'hôpital de jour gériatrique.

E10 « *L'inconvénient, c'est que de temps en temps, c'est des demandes semi-urgentes. Et donc là, c'est un peu compliqué parce que si je comprends bien, c'est quelque chose qui est organisé une fois par semaine* »

Comme pour ce néphrologue qui souhaiterait faire une mise au point à l'hôpital de jour gériatrique :

E1 « *c'est qu'on voit que c'est difficile d'organiser un bilan rapidement avec 4-5 examens. S'il faut une écho, un scan, etc. tout ça ne peut pas toujours s'organiser comme ça, au pied levé. [...] Souvent, c'est quelque chose qui doit s'organiser beaucoup plus rapidement* »

Un médecin conclut ce point comme suit :

E11 « *ils (les inconvénients) sont largement à l'arrière-plan par rapport aux avantages qu'on peut y retrouver* »

3) La prise en charge

Définition de l'hôpital de jour gériatrique.

Lorsque les médecins expliquent ce qu'est un hôpital de jour gériatrique, beaucoup utilisent les mots : « bilans », « évaluation », « prise en charge globale », « patients gériatriques », « une journée » et « équipe pluridisciplinaire ». Pour certains, la définition de l'hôpital de jour est claire comme par exemple :

E1 « L'idée, c'était de pouvoir faire un bilan assez rapide et exhaustif chez une personne âgée, qui soit évalué en ambulatoire. Donc qui arrive le matin, qui repart en fin d'après-midi. Et, dans le cadre de ce bilan, on peut avoir une vue globale de son problème. Soit il y a un problème ponctuel à résoudre et qui nécessite 3 – 4 examens et donc ça, c'est idéal. Soit, c'est plus une évaluation sur une perte d'autonomie ou éventuellement, des troubles cognitifs et de réfléchir pour la suite et donc, dans ce cadre-là, une journée peut très bien faire l'affaire pour faire le point sur ce problème-là. »

E10 « ça sert à évaluer les forces et les faiblesses des patients gériatriques. Donc gériatrique, c'est censé être des patients de plus de 75 ans. Mais bon, ça peut être avant si la personne a un déclin fonctionnel ou déficit important. [...] ça permet d'établir des aides qui peuvent être mises en place pour le patient pour faciliter sa vie quotidienne »

Pour d'autre un peu moins :

E4 « ça tombe bien votre petite enquête [...] Moi, je pensais que c'était principalement cognitif moi l'hôpital de jour. »

Le profil des patients

Quelques médecins évoquent le profil des patients qu'ils sont susceptibles de confier à l'hôpital de jour gériatrique. Ce qu'ils mettent surtout en avant, c'est la difficulté de confier des patients qui ont des difficultés pour se mobiliser ou qui sont grabataires.

E11 « Je pense que les gens pour qui on ne sait pas le faire à l'hôpital de jour gériatrique, c'est vraiment qu'ils n'ont pas du tout les capacités fonctionnelles de s'y rendre »

E1 « Nos patients dialysés notamment, sont des patients de plus en plus âgés avec des problèmes multiples qu'ils développent. [...] Nos patients ont ce profil-là, des patients âgés, qui perdent leur autonomie progressivement, qui ont besoin d'être encadrés sur le plan paramédical, sur le plan social heu ... sur le plan des aides. »

Procédure

Chaque médecin a sa façon de procéder. En général, pour la plupart des médecins généralistes interrogés, ils contactent directement par téléphone la gériatre qui s'occupe de la prise en charge des patients à l'hôpital de jour gériatrique. Pour les médecins spécialistes, qui ont un pied dans la clinique, ils la contactent en règle générale par « omnimail » (les mails médicaux en lien avec le programme « omnipro »).

E6 « J'envoie un mail à Maud avec les différents examens que je propose »

E11 « J'appelle directement le docteur Vanderhofstad. [...]. On appelle pour expliquer le motif. Le patient se fait rappeler par l'hôpital de jour pour fixer le rendez-vous. »

Un médecin généraliste met en avant l'avantage d'avoir la gériatre au téléphone mais elle met aussi en garde sur le risque d'épuisement.

E9 « Au niveau de la logistique, je pense que c'est plus le fait que heu ... si on doit à chaque fois passer par Maud, je pense qu'au bout d'un moment en fait, elle risque de s'épuiser surtout en fait en faisant ce côté gestion. [...] mais le problème c'est que c'est difficile parce que le fait d'avoir le gériatre au téléphone permet qu'il ait une idée et de prévoir les examens d'avance [...] quand je parle des cas à Maud, elle sait d'avance en fait, les trucs qu'elle doit prévoir et elle sait du coup si c'est possible ou pas. »

Ce même médecin parle d'une certaine crainte si elle a l'infirmière au téléphone :

E9 « l'infirmière n'aura pas Elle aura pas mal d'expertises mais elle n'aura peut-être pas ce côté diagnostic différentiel en tête et elle ne pourra peut-être pas orienter au mieux les examens et donc, on risque de se retrouver le jour J à ne pas pouvoir avoir l'examen alors que c'est ça la plus-value de l'hôpital de jour ; c'est de pouvoir centraliser l'ensemble des examens le même jour et de ne pas faire revenir la personne. »

Les raisons médicales

Les raisons médicales sont généralement les mêmes. Celles qui reviennent souvent sont des mises au point de problèmes généraux telle que les chutes, la perte d'autonomie, les troubles cognitifs, le déclin fonctionnel. Comme dans ces extraits :

E10 « Les deux raisons principales, c'est le déclin fonctionnel au niveau physique et le deuxième, c'est l'apparition de troubles cognitifs qui deviennent invalidants dans le quotidien »

E9 pp 2 « *Donc, en gros, troubles cognitifs, bilan de chute et peut-être déclin fonctionnel. [...] Globalement, quand je n'ai pas de signes d'inquiétude, ça peut attendre. Ça permet d'avoir l'ensemble des informations qui sont gérées le même jour. »*

Pour un médecin généraliste, lorsque le bilan est plus spécifique, elle préfère le faire par elle-même.

E10 « *Si non, le reste, que ce soit une perte de poids ou des choses comme ça, en général, je fais le bilan par moi-même en externe »*

Lorsqu'un médecin spécialiste dans ce cas-ci, un néphrologue, fait appel à l'hôpital de jour, c'est pour des raisons plus spécifiques, liées à sa discipline comme on peut le voir dans cet extrait :

E3 « *C'est pour évaluer ensemble, avec l'aide des gériatres si le patient est un bon candidat ou pas pour les dialyses. Également, des bilans d'insuffisances rénales parce que donc on fait quand même plusieurs examens. [...] Donc, c'est essentiellement ça, bilan d'insuffisance rénale chez le patient gériatrique et bilan avant prise en dialyse. »*

Un médecin évoque une certaine crainte quant à la demande de prise en charge. Elle différencie la demande de prise en charge spécifique et la demande de prise en charge globale.

E8 « *mais je pense que ça dépend de la demande qu'on fait vous voyez ? Quand elle est trop spécifique, je pense qu'on en fait moins que si ... dans ce sens-là. Je pense oui ... Parce que s'ils viennent pour une chose, ce sera moins fait que si on demande par exemple une évaluation plus globale quoi. »*

Les besoins des médecins

➤ La psychogériatrie

E10 « *Il n'y a pas de psychogériatrie je pense, dans votre structure. Et donc, ça pose problème. [...] ça devient vraiment invalidant pour la région ici du Brabant Wallon »*

E11 « *des vraies dépressions avec composantes anxieuses, sévères, chez des personnes âgées [...] qui sont très très difficiles à traiter [...], j'envoie plus souvent chez des psychogériatries soit sur Charleroi, soit à Saint Jean Bruxelles. [...] c'est quelque chose qui pourrait être offert en plus »*

➤ Le suivi psychologique

E6 « le côté évaluation psychologique »

➤ L'information

E7 « Bon, ce qui serait bien aussi, ce serait de venir refaire une présentation. Tu vois, que Maud et accompagnée de ... vienne refaire une présentation. Par exemple, si on place une boîte ou quelque chose qui puisse fluidifier ou aider à la prise en charge heu ... ou organiser, planifier, ben de venir représenter pour bien redire ce qu'eux peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire quoi. »

Mais il n'y a pas que l'hôpital de jour gériatrique à qui revient la faute comme ce médecin le signale :

E2 « Le manque d'informations, je ne sais pas à qui il faut s'adresser. » [...] « J'ai reçu des informations mais parfois ... le classement vertical »

➤ Le manque de suivi

E1 « ce qui est un peu dommage, c'est que, c'est un état des lieux. On émet un problème et puis après heu ... il n'y a plus de suite. Il n'y a pas vraiment de reconvoction pour réévaluer la situation. Donc, c'est plutôt une évaluation ponctuelle sans suivi. » « Par rapport à ma question, la gériatre donne des propositions. Le courrier est écrit, donc tout ça suit. [...] Il n'est pas reconvoqué, il n'y a pas de discussion par la suite. Ça s'est un peu dommage » « C'est vraiment le suivi qu'il manque »

4) Solutions proposées

Projet – solution à développer

Certains médecins souhaiteraient qu'il y ait un suivi qui soit organisé par l'hôpital de jour gériatrique pour leur patient.

E10 « Je pense qu'un suivi pourrait être bénéfique pour certains patients [...] un suivi, peut-être un an plus tard, pour voir comment ça se passe peut-être intéressant ».

D'après une urgentiste, pour les patients qui se présentent aux urgences, la difficulté est qu'ils viennent pour un problème. Après, soit ils sont hospitalisés, soit ils retournent à la maison. Certains médecins des urgences leurs proposent de faire un bilan à l'hôpital de jour

gériatrique. À ce moment-là, la communication n'est pas simple pour transmettre à la gériatre. Elle a proposé cette solution : développer un feuillet d'admission.

E7 « Si Maud est là dans la journée jusque 18 h, j'en parle à Maud. Si c'est hors présence de Maud, je mets une conclusion sur le dossier médical, donc je dis qu'il faudrait faire un bilan et j'en parle à la famille. L'idée c'était de donner les coordonnées, un feuillet en fait. »

E7 « on avait dit qu'on ferait bien un petit feuillet pour mettre en place... tu vois, un petit feuillet que je pourrais donner aux gens. Heu ... ils appelleraient avec le numéro de téléphone et ce qu'on voulait faire comme motifs et heu ... les différents examens »

Cette urgentiste proposait également de pouvoir avoir des plages horaires qui leur (l'équipe des urgences) seraient consacrées pour inscrire le patient eux-mêmes, la difficulté étant de prendre en charge des patients en dehors des heures de présence de la gériatre dans l'institution (soirs, nuits, week-end).

E7 « Les infectiologues par exemple, il a des dates de consultations qu'ils donnent en disant tel jour j'ai encore 2-3 plages en consult mais ici, comme c'est des trucs déjà fixé à l'avance, je ne sais pas si fixer une date c'est heu ... c'est possible »

Un médecin généraliste qui n'avait pas bien compris l'utilisation de l'hôpital de jour gériatrique propose de le réexpliquer.

E4 « En faisant votre mémoire, vous vous rendez compte que dans la région, on est plusieurs à ne pas avoir tout à fait bien compris apparemment le but, et bien ce serait peut-être bien du coup qu'elle fasse un peu leur pub »

Un sentiment partagé par d'autres médecins :

E9 « il faut sensibiliser les généralistes parce que peut être, qu'ils y en aient qui ne savent même pas ce que c'est. »

E11 « un flyer [...] explicatif pourrait être utile pour les médecins généralistes parce que c'est vrai qu'on apprend [...] en cours de route, façon de parler »

Mais aussi, avoir des explications pratico-pratiques pour améliorer la collaboration.

E4 « ça m'intéresserait une fois ... c'est peut-être moi qui devrais appeler Catherine (une des gériatres) mais de ... savoir exactement heu ... ce qui est fait [...] savoir exactement quels étaient leurs attentes à eux par rapport à nous »

Un médecin généraliste proposait d'ajouter certains avis de spécialistes dans la prise en charge. Elle l'explique comme suit :

E 8 « le problème avec la personne âgée c'est qu'il faut toujours les accompagner. C'est toujours compliqué. Vous voyez ? Comme là, avec le Covid, la procédure est beaucoup plus compliquée. Au plus on peut mettre dans le package, d'examens possibles à effectuer pendant cette journée, au mieux, c'est. Il y a des choses qu'on ne fait jamais. Par exemple, ophtalmo, on n'a jamais d'examens avant des mois ... Vous voyez ce que je veux dire ? [...] Peut-être ORL. [...] faire un bilan nutritionnel. »

Avoir encore une meilleure collaboration. Certains médecins sont très satisfaits du travail réalisé par la gériatre, de la prise en charge, de la rédaction du rapport et de sa disponibilité avant la prise en charge du patient. Ils trouvent dommage qu'il n'y ait pas un contact après la visite à l'hôpital de jour. Certains souhaiterait un contact téléphonique (plutôt les médecins généraliste), d'autres, un contact physique (les médecins spécialistes).

E10 « Je pense que ça peut être intéressant d'avoir quand même un entretien téléphonique avec le médecin, peut-être à la fin de cette journée-là pour préciser certains points s'il y a eu des questionnements ou que ce soit par n'importe quel membre de votre équipe ; [...] peut-être certains points à éclaircir [...] C'est s'il y a vraiment une nécessité ». Cet extrait est en lien avec un problème rencontré où un questionnaire avait été émis à la fin du courrier.

5 Discussion

Dans cette dernière partie, nous mettons tout d'abord en lien l'analyse des résultats obtenus lors des entretiens avec la littérature. Ensuite, nous exposons les perspectives du point de vue national et nous proposons des pistes d'amélioration propre à notre hôpital. Pour finir, nous présentons les limites de notre travail.

5.1 Lien entre les résultats et la littérature

La réalisation des interviews nous a permis de réunir auprès des bénéficiaires les données essentielles à notre recherche. C'est sur cette base, associée aux théories reprises dans la littérature, que nous tentons d'expliquer et d'interpréter nos résultats.

Le premier constat que nous avons établi est le peu de connaissance lié à la prise en charge gériatrique effectuée au sein d'un service de jour. Ce manque de clarté et d'informations peut d'ailleurs expliquer le peu de demandes de bilan venant de la part des patients eux-mêmes ou de leurs aidants. Ce sont principalement les médecins traitants ou les spécialistes qui orientent le patient vers l'hôpital de jour.

Du côté des médecins, une partie de ceux-ci relèvent également un manque de connaissance sur le fonctionnement la structure. Cet aspect avait d'ailleurs déjà été mis en lumière il y a plusieurs années par l'étude de 2008 réalisé par l'université de Gand et de Liège (Van Den Noortgate, N. & al. 2008) sur l'évaluation des hôpitaux de jours en Belgique. D'ailleurs, seulement 41,2% des patients qui ont bénéficié de l'hospitalisation de jour en 2020 ont été adressés par des médecins généralistes. D'après l'étude de Dagneaux, I., Gilard, I., & De Lepeleire, J. (2012) concernant la relation entre le médecin généraliste et le gériatre, l'âge des médecins est un facteur qui influence le recours. Cela est dû à l'intégration de la gériatrie dans le cursus de médecine. Selon le cadastre wallon des médecins généralistes effectué par l'AVIQ en 2016, l'âge moyen est de 57 ans pour les hommes et de 46.4 ans chez les femmes. Dans le cas de notre échantillon, la moyenne d'âge des médecins n'est pas très élevée. Elle est de 46 ans pour les spécialistes et de 41 ans pour les généralistes ce qui est bien en dessous de la moyenne wallonne. Tous perçoivent l'expertise gériatrique ainsi que la prise en charge holistique et multidimensionnelle des patients comme une plus-value. De plus, l'étude de Dagneaux et al. (2012) relève aussi le fait que ce sont ceux qui ne voient pas d'utilité dans l'hospitalisation de jour gériatrique qui n'y font pas appel.

Selon les médecins interrogés, l'hospitalisation de jour gériatrique comporte plusieurs avantages pour le patient et pour lui-même. Elle permet de réaliser un bilan en une seule journée et favorise ainsi la compliance des patients. Le regroupement des examens à réaliser et des spécialistes à consulter permet d'obtenir le bilan plus rapidement qu'en externe et d'éviter dans certain cas une hospitalisation. C'est un gain de temps considérable qui est relevé mais aussi une compliance du patient qui est plus enclin à se libérer durant une journée. Celui-ci est moins découragé par la liste de tous les examens et consultations à faire, cela diminue le risque qu'il ne commence pas son bilan et/ou l'abandonne en cours de route. Le gain de temps pour le médecin se situe quant à lui dans l'organisation du bilan car il y a un seul rendez-vous à prendre et dans l'obtention des résultats qui sont regroupés. Ils sont aussi intéressés par l'obtention d'un avis extérieur et par l'accès à une équipe pluridisciplinaire qui s'intéresse à l'aspect médical mais aussi social et psychologique de la personne. Toutefois,

dans le rapport d'évaluation mené par Van Den Noortgate, N. & al. (2008) le temps et l'énergie consacrés à préparer l'admission du patient est vue comme une contrainte. De plus, actuellement aucun financement n'existe pour valoriser ce temps de travail. Une hypothèse de cette différence de perception peut être le degré de collaboration qui existe entre les deux prestataires de soins ainsi que l'existence d'une personne de référence pour la prise de contact. Par contre, comme expliqué par certains médecins dans ce même rapport, une des contre-indications relevées par un des médecins de notre étude concernant l'hôpital de jour se trouve être les difficultés de mobilité. Ce n'est pourtant pas une contre-indication à la venue des patients. Des services de transports sont disponibles et peuvent effectuer les trajets entre le service et le lieu de vie des patients. Ceux-ci sont ensuite pris en charge durant toute la journée par le personnel de soins et l'équipe de brancardage notamment pour se rendre aux examens ou aux consultations. C'est donc un aspect important à mettre en avant lors de la diffusion d'informations auprès des médecins.

La réalisation d'un bilan sur une seule journée est également appréciée par le patient. Pour les aidants, cela permet de pouvoir se libérer uniquement à un seul moment. Cela facilite son organisation pour accompagner le proche ou tout simplement le conduire. Cependant, les interviews ont révélé le peu d'attentes des patients face à leurs venues, ce qui peut expliquer en partie le nombre important de patients (presque un par jour en 2020) qui ne se présentent pas lors de la journée. Beaucoup de patients viennent sur demande de leurs médecins et ne perçoivent pas toujours l'utilité d'un tel bilan. Ils suivent leurs instructions car ils ont confiance en eux pour le suivi de leurs santés. Selon eux, ils savent ce dont ils ont besoins et comment leur expliquer les choses. Cette préférence pour un style directif et cette notion de paternalisme dans la relation entre certains patients âgés et leur médecin est soulignée dans la revue de littérature réalisée par le docteur Geneviève Hubert et son équipe (2009) sur « les facteurs qui influencent la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ». Néanmoins, cela reste une alternative appréciée par les patients qui redoutent de quitter leurs lieux de vie et leurs habitudes pour se retrouver hospitalisés pour une durée plus ou moins longue. Ils veulent avoir accès à un diagnostic et garder leur autonomie.

En revanche, la dénomination gériatrique n'est pas toujours bien perçue et acceptée. C'est pourquoi il est important d'améliorer les connaissances des médecins afin que ceux-ci puissent informer au mieux les patients et ainsi augmenter leur adhésion. Toutefois, les attentes des patients pris en charge en hôpital de jour gériatrique sont peu étudiées dans la littérature.

Pour les aidants, les attentes relevées concernent principalement le besoin d'obtenir des informations sur la santé de leur proche et d'avoir des conseils pratiques et utiles pour gérer le quotidien. L'avis extérieur d'un professionnel est aussi important pour conforter l'aidant dans la prise de décisions. Un des répondants indique même que finalement, c'est peut-être lui qui a le plus besoin d'être pris en charge lors de ce bilan. Les besoins exprimés lors des entretiens correspondent aux catégories définies par la revue de littérature de Plöthner et al. (2019) à savoir le besoin organisationnel, d'information et de soutien. Le besoin de reconnaissance sociale n'a lui pas été abordé par les répondants. Dans l'ensemble, le retour des aidants sur la prise en charge en hôpital de jour gériatrique est positif, ils se sentent impliqués et écoutés.

Au niveau de l'activité, celle-ci est principalement orientée sur le diagnostic comme dans la majorité des hôpitaux de jour en Belgique même si chaque structure possède son propre mode de fonctionnement. Sur le plan organisationnel, les données que nous avons récoltées lors de nos entretiens indiquent que la prise de rendez-vous s'effectue la plupart du temps directement entre médecins soit par téléphone soit par omnimail pour les médecins de la Clinique. Ce premier contact de collaboration est apprécié des médecins et leurs apparaît comme essentiel. Il leur permet d'échanger ensemble sur le patient et de cibler ensemble les examens et le bilan à réaliser. Toutefois, il est relevé dans une des interviews un élément important à prendre en compte qui est l'épuisement de la gériatre qui doit se rendre disponible en permanence pour les demandes. En ce qui concerne le patient, ce n'est qu'une fois la date du bilan arrêté qu'il est recontacté par téléphone et qu'une lettre lui est envoyée pour lui communiquer la date du bilan.

Au sujet du délai, nous n'avons pas de statistiques disponibles à la Clinique St Pierre sur le temps qui s'écoule entre la demande et la réalisation du bilan. Ce facteur temps est pourtant un élément qui influence le recours. Selon le rapport du KCE sur l'évaluation des hôpitaux de jour en Belgique datant de 2008, le délai médian se situe aux environs de dix jours. Dans le cas de notre échantillon, celui-ci est perçu comme acceptable pour les patients et les aidants. Pour une des participantes, il est même trop rapide quand il s'agit du suivi post hospitalisation. Les médecins quant à eux relèvent le fait que celui-ci ne permet pas des prises en charge semi-urgentes. De surcroit, il est parfois difficile de coupler les examens, ce qui peut retarder la prise en charge.

Durant la réalisation du bilan, le nombre de personnes rencontrées par le patient est important et, avec la fatigue, certains ne savent plus très bien qui ils ont rencontrés. Reconnaître les

membres du personnel de soins n'est pas aisé avec les uniformes qui se ressemblent et cette difficulté est accentuée par le port du masque. Pour certains, le fait que le personnel de soins se nomme est suffisant pour se repérer tandis que pour d'autres, il y a confusion. A noter que peu de patients rapportent se souvenir d'avoir rencontré l'ergothérapeute ce qui peut s'expliquer par son rôle encore méconnu auprès de la population. Malgré tout, les patients sont agréablement surpris de la prise en charge des différents intervenants qui prennent en compte la personne dans sa globalité et son contexte de vie. Ils ne relèvent pas de répétitions entre les interventions des différents prestataires et interprètent celles-ci quand elles ont lieu comme une vérification de leurs états cognitifs. La composition de l'équipe pluridisciplinaire rencontrée dépend des besoins du patient et du type de bilan demandé et peut mobiliser un grand nombre de prestataires. L'article 15 de l'arrêté royal du 26 mars 2014 qui fixe les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé précise que le patient doit au moins rencontrer un médecin spécialiste, un infirmier et un autre dispensateur de soins. Cependant, le nombre d'intervenants dans l'évaluation pluridisciplinaire n'intervient pas dans son prix qui est forfaitaire, ce qui est avantageux pour le patient.

A propos de la perception de la journée, celle-ci apparaît comme longue et fatigante pour le patient. C'est aussi un inconvénient qui est rapporté par les médecins interrogés et qui est retrouvé dans la littérature. De plus, en fonction de la demande, du nombre d'examen à réaliser et des intervenants à voir, les transports et les temps d'attentes peuvent être nombreux. Dans le cadre d'une visite qui ne dure qu'une journée, les patients n'accordent pas trop d'importances aux locaux. C'est plutôt la notion de calme qui est appréciée. Par contre, il apparaît comme nécessaire de prévoir un espace de repos adapté aux profils des patients accueillis. Pour certains un fauteuil sera suffisant tandis que pour d'autres un lit sera préférable. Actuellement le service ne correspond pas en tout point aux normes architecturales telles que fixées dans l'article 30 de l'arrêté royal du 26 mars 2014 qui fixe les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé. Celui-ci ne dispose pas encore d'une entité distincte au vue de sa localisation dans la première partie d'un des deux services de gériatrie. C'est pourquoi il est prévu l'aménagement d'un lieu spécifique pour accueillir l'hôpital de jour. C'est l'occasion de repenser l'agencement en fonction des besoins des patients et de l'orientation donnée à son développement.

Concernant la suggestion de pistes d'amélioration propre à l'institution, tous les patients et aidants relèvent un bon niveau d'accueil au cours de leur séjour mais certains d'entre eux

notent des progrès à réaliser du point de vue de l'organisation des examens. L'organisation des examens est un élément compliqué à planifier. Il ne dépend pas uniquement de l'hôpital de jour mais il s'inscrit dans une dynamique intra-hospitalière. De même que les délais chez certains spécialistes qui peuvent également être importants.

Au niveau de l'information reçue en amont, la lettre reprenant la convocation à la journée mériterait selon deux des patients d'être plus claire et de contenir un planning des rencontres et des examens pour mieux se retrouver dans la journée. L'ajout de ces informations pourrait favoriser la compliance des patients âgés et les inciter à se rendre à l'hôpital de jour gériatrique.

Les médecins expriment quant à eux le manque de prise en charge psychogériatrique dans la région et leur désir d'avoir un suivi plus régulier dans le temps de leurs patients. C'est une offre de soins qui manque dans le Brabant Wallon et qui pourrait être développée sachant que la Clinique St Pierre va déménager pour l'horizon 2028. Ils aimeraient également avoir un contact post évaluation avec la gériatre pour pouvoir éclaircir certains points en cas de besoins. L'urgentiste interrogée relève la possibilité de mettre en place un accès à des plages disponibles pour inscrire directement le patient qui nécessite une prise en charge semi-urgente. L'hôpital de jour gériatrique, par son mode de fonctionnement, ne pourra jamais permettre une prise en charge aiguë mais cela pourrait être un complément de prise en charge du patient gériatrique aux urgences.

5.2 Perspectives

Dans le but de rencontrer les besoins et attentes des utilisateurs et de déployer la structure, plusieurs éléments sont à prendre en considération au niveau national.

Tout d'abord, la diffusion de l'offre de soins est insuffisante. La connaissance de la structure même ainsi que des activités qui y sont réalisées reste parcellaire que ce soit du côté des professionnels de la santé ou du côté du grand public.

De plus, le manque de données scientifiques sur l'efficacité de l'hospitalisation de jour gériatrique tel qu'il est proposé en Belgique peut représenter un frein à son utilisation.

Au niveau de la réglementation, la tarification d'une évaluation multidisciplinaire est conditionnée par une prescription du médecin traitant. Cependant, les médecins spécialistes en

sont tout aussi demandeurs. Permettre aux spécialistes d'effectuer également cette prescription peut permettre d'alléger l'aspect administratif et faciliter l'accessibilité.

Au niveau du financement, la collaboration entre la première et la deuxième ligne de soins est une notion centrale pour une prise en charge de qualité. Pourtant, ce temps de partage d'informations et de discussion autour des cas des patients n'est pas pris en compte sur le plan du financement. A l'heure actuelle, il n'existe aucun code prévu pour valoriser ce temps d'échange entre professionnels.

Pour finir, du point de vue organisationnel, il peut être intéressant d'y développer l'aspect préventif en plus de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et de revalidation. En effet, l'évaluation clinique et fonctionnelle à l'aide d'échelles de dépistage validées permet de déterminer le statut de fragilité de la personne âgée et ainsi établir un plan de soins pour prévenir l'apparition d'un déclin fonctionnel.

5.3 Pistes d'amélioration

Le point de départ de notre réflexion sur les pistes d'amélioration reste les besoins et les attentes. Les diverses informations collectées auprès de notre public cible nous permettent de présenter un panel d'actions pouvant être mises en œuvre. Ces propositions ont pour but d'une part d'améliorer le service et les soins proposés et d'autre part d'augmenter la fréquentation et l'utilisation de l'hospitalisation de jour gériatrique.

Au niveau de la connaissance de la structure, il est possible de réaliser des réunions d'information sur les indications et le fonctionnement via notamment les cercles de médecins traitants de la région. En plus de la diffusion d'informations, c'est aussi l'occasion pour les médecins traitants de rencontrer les gériatres, de poser leurs questions et de favoriser la collaboration.

Au niveau de l'information fournie, la lettre envoyée au patient peut être complétée avec des données sur le déroulement de la journée, les heures d'examen et la fonction des personnes rencontrées, de façon à répondre aux attentes des patients et des aidants. Un fascicule à l'intention des patients peut aussi être élaboré pour leur fournir des renseignements adaptés sur les particularités de la prise en charge ambulatoire en hôpital de jour gériatrique. C'est un outil complémentaire à l'information reçue par le médecin traitant ou le spécialiste pour améliorer la compliance du patient.

Au niveau de l'offre de soins, des plages horaires peuvent être rendues accessibles aux urgentistes pour l'inscription à un bilan multidisciplinaire afin d'assurer le suivi des patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation ou qui la refusent. Pour les consultations, un axe dédié à l'information et l'accompagnement des aidants peut être proposé. De plus, pour répondre à la demande de soins psychogériatriques dans la région, des consultations de psychiatrie peuvent être instaurées dans le cadre de l'hospitalisation de jour.

Au niveau du suivi des statistiques, l'encodage du lieu de vie des patients peut affiner l'offre de soins et cibler le profil des patients qui fréquentent l'hôpital de jour. Le calcul des délais de prise en charge peut lui être intéressant pour évaluer la capacité à répondre à la demande.

Au niveau architectural, il est possible de prévoir un espace détente commun où les personnes peuvent se rencontrer avec des occupations (revue, livre, carte, ...) durant les temps d'attente en vue de diminuer la perception de longueur tout en permettant aux personnes de créer du lien.

Au niveau de la planification des examens, les rassembler en fonction de leur localisation permettrait d'éviter les allers et retours, de diminuer la fatigue des patients et d'accroître l'efficacité du service de brancardage.

5.4 Limites

Au travers de ce travail de recherche, nous avons relevé certaines limites qui sont importantes à souligner. Premièrement, nous sommes novices dans la méthodologie qualitative. La réalisation d'entretiens semi-directifs nécessite une écoute active et une réactivité pour recentrer et rebondir sur les propos de la personne interviewée. De plus, le fait de réaliser les entretiens de manière téléphonique nous a privé d'une partie des observations sur le non-verbal.

Deuxièmement, notre recherche se base sur un échantillon qualitatif et contextuel à la Clinique St Pierre d'Ottignies. Celui-ci n'est pas représentatif de toute la population et les résultats ne sont donc pas généralisables. Par ailleurs, la composition de notre échantillon a joué sur la variété de nos données. En ce qui concerne les patients, nous n'avons pas pu obtenir d'entretiens avec des personnes vivant en maison de repos et de soins. Pourtant, la moyenne d'âge des patients accueillis à l'hôpital de jour gériatrique de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies en 2020 est de 84.9 ans et selon Dubourg, D. (2014) la proportion des

personnes de cet âge qui vivent en maison de repos se situe entre 10 et 22%. Quant aux médecins, nous avons principalement interrogés des médecins qui envoyaient déjà leurs patients et dont la moyenne d'âge n'est pas représentative. De plus, nous n'avons pas d'informations sur les patients qui ne se sont pas présentés ou sur les médecins qui n'utilisent pas ce service. Pour finir, nous n'avons pas abordé les relations qui existent au sein de l'équipe multidisciplinaire qui constitue ce pilier de la prise en charge en hôpital de jour gériatrique et qui pourrait faire l'objet d'un autre mémoire.

6 Conclusion

A travers ce mémoire, nous avons dans un premier temps cherché à investiguer le point de vue des trois bénéficiaires de l'hôpital de jour gériatrique à savoir les médecins, la personne âgée et l'aidant. Suite à notre recherche, nous constatons que la structure reste en partie méconnue et donc sous utilisée. Les médecins interrogés se disent intéressés par l'offre de soins proposée qui est vue comme une plus-value pour le patient tout en étant complémentaire à leur prise en charge. Son atout majeur est de permettre l'accès à l'avis de spécialistes et à l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire. Ils y trouvent également des avantages comme un gain de temps dans l'organisation de plusieurs examens, l'obtention de résultats regroupés et une augmentation de la compliance du patient. Les patients ne voient pas toujours la nécessité de leur venue mais ils apprécient la prise en charge global, le regroupement du bilan en une journée et l'alternative à l'hospitalisation « classique ». Pour les aidants, cela facilite également l'aménagement de leur planning. Ils peuvent y obtenir un avis externe et recevoir des informations et conseils adaptés à leur situation.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à comprendre comment l'hôpital de jour gériatrique de la Clinique Saint Pierre d'Ottignies répond à leurs besoins et attentes. Concernant les médecins, l'aspect collaboratif est primordial pour mettre en place un bilan adapté. Pour eux, le contact pré-bilan est satisfaisant mais il est nécessaire de pouvoir contacter également la gériatre après réception du rapport en cas de besoin. Obtenir tous les examens et avis nécessaires sur une journée n'est pas toujours possible et il est difficile d'y effectuer une prise en charge semi-urgente. À propos des patients, les besoins se situent au niveau de l'établissement du diagnostic et du maintien de l'autonomie. Le retour sur le diagnostic se fait en partie le jour du bilan avec la gériatre et dans un second temps avec le médecin traitant ou spécialiste à l'origine de la demande. La prise en charge globale et multidisciplinaire est appréciée et permet d'établir un plan de soins individuel favorisant l'autonomie. Au sujet des aidants, le retour est positif sur la prise en compte de leurs besoins comme obtenir de l'information, des conseils et du soutien dans l'organisation des soins et la prise de décision.

Dans un troisième temps, nous évoquons des perspectives sur le plan national au niveau de la diffusion de la structure, de la recherche d'efficacité, de la réglementation, du financement et

de l'axe préventif. Pour finir, nous avons élaboré, en fonction des données récoltées, des pistes d'actions qui peuvent être mises en place sur le plan institutionnel. Celles-ci concernent notamment la collaboration interprofessionnelle, l'information sur la structure et les soins prodigués, l'accessibilité aux plages horaires, le panel de services proposés et la planification des examens.

7 Bibliographie

- Afschrift, M. & al. (2002). *Médecine gériatrique – Pratique quotidienne*. Deuxième édition. Retrieved from <https://geriatrie.be/fr/la-sbgg/activites/travaux-et-contributions/publications/medecine-geriatrique-pratique-quotidienne/>
- Anthierens, S. & al. (2014). *Mesures de soutien aux aidants proches – une analyse exploratoire*. (KCE Report 223Bs). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_223_BS_aidants_proches_Synthese.pdf
- Aujoulat, I. (2018). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Arrêté royal : Arrêté royal fixant, d'une part les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autres part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément des hôpitaux et de services hospitaliers. (2007). Moniteur belge, 29 janvier, pp. 33-41.
- Arrêté royal : Arrêté royal fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers. (1977). Moniteur belge, 30 avril.
- Arrêté royal : Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière 'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2013). Moniteur belge, 19 février.
- Arrêté royal : Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. (2002). Moniteur belge, 25 avril.
- Brown, L., Forster, A., Young, J., Crocker, T., Benham, A. & Langhorne, P. (2015) Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001730.pub3>.

- Bureau fédéral du Plan. (2017). *Perspectives démographique 2016-2060. Population et ménages*. https://www.plan.be/uploaded/documents/201703070756530.FOR_POP1660_11440_F.pdf
- Cadastre wallon des médecins généralistes (2016) AVIQ. Retrieved from <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A-S., Pauwen, N. & Macq, J. (2016) *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Circulaire : Budget des moyens financiers (BMF) aux 1^{er} janvier et 1^{er} juillet 2014. Modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. (2014). Moniteur belge, 9 juillet.
- Circulaire : Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. (2007). *Journal Officiel de la République française*.
- Clarfield, A-M. (1990). Dr Ignatz Nascher and the birth of geriatrics. *Canadian medical association journal*, 143(9) 944-948
- Closon, M-C., Gobert, M., Pepersack, T., Falez, F., Baeyens, J-P, Kohn, L., ... & Leonard, C. (2008). Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique (*KCE reports 73B*). Retrieved from <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/financement-du-programme-de-soins-pour-le-patient-g%C3%A9riatrique-dans-l%E2%80%99h%C3%B4pital-clas>
- Cornette, P., Schoevaerds, D. & Vanmarsenille, J-M. (2018). *Evaluation et réadaptation en gériatrie* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Cornette, P. (n.d.). *Evaluation gériatrique standardisée* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- CSPO (2019) *Manuel gériatrique pluridisciplinaire*. [Document wordt]. Retrieved from <https://intranet.cspo.be>

- Dagneaux, I., Gilard, I & De Lepeleire, J. (2012). *Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium : a qualitative study of their relationship*. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2012 : 5 17-25.
- Dehaspe, P. (n.d). *Gestion financière des hôpitaux en Belgique* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- De Saint-Hubert, M. (n.d.) *Fragilité et déclin fonctionnel* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Demaret, S. (2013). Aide informelle. *Enquête de santé 2013, Rapport 4 : Environnement physique et social, WIV-ISP, pp. 367-418*. Retrieved from https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/IC_FR_2013.pdf
- Dubourg, D. (2014). *Les services pour les personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation*. Wallonie Santé, n°5. Namur (Jambes), 2014
- Durand-Gasselien, B. (2010). Hôpital de jour gériatrique : un dispositif pertinent dans la filière de soins. *Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées, N°532, 68-69*. Retrieved from <https://www.aphjpa.org/>
- Durand-Gasselien, B. (2002). Les hôpitaux de jour gériatriques en France, description and characteristics of geriatrics day-care hospitals. *La revue de gériatrie, 27(5) 319-322*. Retrieved from <https://www.aphjpa.org/>
- Eurostat. (2020). *Structure et vieillissement de la population, Augmentation de la part de la population âgée de 65 ans ou plus entre 2009 et 2019*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr#La_part_des_personnes_.C3.A2g.C3.A9es_continue_d.E2.80.99augmenter
- Gisles L. & Demarest, S. (2013) Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. *Institut scientifique de santé publique*.
- Hubert, G. & Doumont, D. (2009) *Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ?* (UCL-RESO, Dossier technique 09-55). Retrieved from <https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/Dossier55.pdf>

- Humpers, L., Petit, S. & Casman, M-T. (2007). *Ecouter les aidants proches pour mieux les soutenir : aperçus quantitatif et qualitatif de la question*. Retrieved from https://www.kbs-frb.be/fr/~/_media/Files/Bib/Publications/Older/PUB2007-1754-EcouterLesAidantsProches.pdf
- INAMI (2021) *Circulaire OA n° 2021/39 : Tarifs ; médecins – consultation et visites ; 01-01-2021 corrigendum. 1 janvier 2021*. Retrieved from [en ligne] https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_medecins_partie01_20210101corr.pdf
- INAMI (2021). *Consultation chez certains spécialistes : moins chère si c'est votre généraliste qui vous y envoie. 5 mars 2021*. Retrieved from [en ligne] <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/consultations-certains-specialistes-moins-cheres-cas-renvoi-par-generaliste.aspx>
- Knöpfel, C. (2019). *Améliorer la prise en charge des personnes âgées*. Retrieved from <https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/artikel/ameliorer-la-prise-en-charge-des-personnes-agees/>
- Larousse (2021) Retrieved from : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>
- OCDE. (2018). *Débattre des enjeux : Complexité et action publique. Les essentiels de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264301672-fr>.
- Petermans, J. Velghe, A. Gillain, D. Broman, X. Van Den Noortgate, N. (2011). L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficience ? Une revue de littérature. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 9(3) 295-303. <http://dx.doi.org/10.1684/pnv.2011.0292>
- Plöthner, M., Schmidt, K., de Jong, L., Zeidher, J. & Damm, K. (2019). *Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly : a systematic literature review*. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>

- Ritch, A. (2012). History of geriatric medicine : from Hippocrate to Marjory Warren. *The journal of the royal college of physicians of Edinburgh*, 4, 368-374. <http://dx.doi.org/10.4997/JRCPE.2012.417>
- Robinet, P. & Puisieux, F. (2014) Les hôpitaux de jour gériatriques français prenant en charge les chutes. *Cairn Santé publique*. Vol. 26. N°6. Novembre-Décembre 2014. Retrieved from : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-795.htm>
- Schoevaerds, D., Dumont, C., Hanotier, P., Fournier, A., Piette, D., Almpanis, C., ... & Cornette, P. (2019). L'hôpital de jour gériatrique : une interface ambulatoire au service des personnes âgées. *Louvain médical*, 138(7), 417-422. <http://hdl.handle.net/2078.1/225042>
- StatBel & Vandresse, M. (01-15-2021). Population par région et âge, au 1^{er} janvier 1992-2071. Retrieved from <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population#panel-14>
- StatBel (20 mars 2021). *La Belgique comptait 11.492.641 habitants au 1^{er} janvier 2020*. Retrieved from <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/la-belgique-comptait-11492641-habitants-au-1er-janvier-2020#:~:text=Au%201er%20janvier%202020%2C%20la,%2C%20hors%20registre%20d'attente.>
- Swine, Ch. & Cornette, P. (2002). Le patient gériatrique. In Aschrift, M. & al. (Eds.), *Médecine gériatrique, pratique quotidienne*. Deuxième édition (pp. 49-60). Retrieved from <https://geriatrie.be/fr/la-sbgg/activites/travaux-et-contributions/publications/medecine-geriatrique-pratique-quotidienne/>
- Tillieux, N. & Vanderhofstadt, M. (2019 & 2020). *Statistiques de l'hôpital de jour gériatrique* [database record, doc excel]. Retrieved from Clinique Saint Pierre Ottignies.
- Van de Voorde, C & al. (2017). *Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse* (KCE Report 289Bs). Retrieved from [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/T%C3%A9l%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20\(84%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/T%C3%A9l%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20(84%20p.).pdf)

Van Den Noortgate, N. & al. (2008) *Rapport : évaluation des hôpitaux de jour gériatrique en Belgique*. SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, novembre 2008.

Velghe, A., Kohn, L., Petermans, J., Gillain, D., Petrovic, M. & Van Den Noortgate, N. (2011) The belgian geriatric day hospitals as part of a care program for the geriatric patient : first results of the implementation at the national level. *Acta clinica belgica*, 66(3), 186-190. <http://dx.doi.org/10.2143/ACB.66.3.2062544>

8 Annexes

8.1 Annexe 1 : Le guide d'entretien des médecins

Questionnaire professionnel

1. Qu'est-ce que pour vous l'hôpital de jour gériatrique et à quoi sert-il ?
2. Quelles sont les raisons médicales ou les motifs les plus fréquents pour lesquels vous faites appel à l'hôpital de jour gériatrique ?
3. A quelle fréquence référez-vous vos patients à l'hôpital de jour gériatrique ?
4. Selon vous, quelles sont les avantages et les inconvénients de l'hôpital de jour gériatrique du point de vue du médical et du point de vue patient/famille ?
5. Quelles sont vos attentes pour l'hôpital de jour gériatrique ?
6. Depuis que vous travaillez avec l'hôpital de jour gériatrique, avez-vous rencontré des difficultés ?
7. Y a-t-il, de votre point de vue, des besoins qui ne sont pas satisfaits pour la prise en charge de vos patients ?
8. Quelles sont les propositions de changement que vous pouvez proposer en vue d'une amélioration ?
9. Que pensez-vous de la collaboration interprofessionnelle avec l'hôpital de jour gériatrique ?
10. Comment procédez-vous pour faire appel à l'hôpital de jour gériatrique ? (Côté fonctionnement, organisation)
 - Prise de rendez-vous ?
 - Personne de contact ?
 - Connaissance de l'équipe ?
 - Accessibilité ?
 - Délai ?
11. Que pensez-vous du rapport de la journée ? En êtes-vous satisfait ?
12. Dans l'ensemble de vos expériences, qu'avez-vous pensé du plan de soin proposé ?
13. Si vous ne faites pas appel à l'hôpital de jour gériatrique, quels éléments constituent un frein à faire appel à l'hôpital de jour gériatrique ? de CSPO ?
14. Avez-vous des motifs pour lesquels vous aimeriez adresser vos patients à l'hôpital de jour gériatrique mais pour lesquels, il n'y a rien de prévu en termes de prise en charge ?
15. Lorsque vous adressez votre patient à l'hôpital de jour gériatrique, comment lui expliquez-vous le bilan ?
16. Quelles sont les réactions de vos patients avant et après une journée à l'hôpital de jour gériatrique ?

8.2 Annexe 2 : Le guide d'entretien des patients et des aidants

Questionnaire patient- aidant

1. Le jour du bilan gériatrique

Le jour de l'HJG pour le patient :	Le jour de l'HJG pour l'aidant :
Age :	Age :
Sexe :	Sexe :
Lieu de résidence :	Lieu de résidence commune avec le patient :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Support d'un aidant : Oui - Non	Type d'aide apportée au patient :
Date du bilan :	Date du bilan :
Type de bilan effectué :	Bilan effectué chez le proche aidé :
Présence d'un aidant proche lors du bilan : Oui - Non	Présence de l'aidant lors de la journée de bilan : Néante - Partielle - Totale

2. Entretien semi-directif par téléphone

Aviez-vous déjà entendu parler de l'hôpital de jour gériatrique auparavant ? Si oui, pouvez-vous me dire ce que vous en savez ?

Quel type de bilan venez-vous/votre proche est-il venu faire et qui en a fait la demande ?

Comment vous a-t-on expliqué le but et le déroulement de la journée ?

Selon vous, pourquoi la réalisation d'un bilan gériatrique chez vous/votre proche était-elle nécessaire ?

Quelles étaient vos attentes ?

Comment s'est passée la prise de rendez-vous à l'hôpital de jour gériatrique ?

Facilité de contact

Délais du rdv

Informations reçues

Comment avez-vous vécu votre journée ?

Qu'avez-vous pensé de votre accueil ?

Orientation dans la clinique

Installation à l'HJG

Informations reçues

Comment avez-vous trouvé le cadre, les locaux ?

Quels sont les examens que vous avez passés ?

Que pensez-vous de l'organisation des examens (radio, scanner, ...) ?

Transport

Temps d'attente

Déroulement

Quels sont les intervenants rencontrés ? Pouvez-vous m'expliquer leurs rôles ?

Comment se sont déroulées les rencontres avec les différents intervenants ?

Organisation

Reconnaissance des intervenants

Différenciation des rôles

Anamnèse

Comment s'est passée la clôture de la journée ?

Conclusion

Informations reçues

Organisation du retour

Comment cette journée a-t-elle répondu à vos besoins ?

Qu'est-ce que cette journée vous a apporté, y-a-t-il eu des changements ?

Conseil

Aide

Plan de soins

Quels sont pour vous les avantages et inconvénients d'un bilan en hôpital de jour ?

8.3 Annexe 3 : Lettre au comité d'éthique de la Clinique St Pierre d'Ottignies

Clinique St-Pierre asbl
OTTIGNIES



COMITE D'ETHIQUE 045

Président: Dr Bruno Pirene
Vice-Présidente : Dr Gaëtane Picard
Tél : 0032(0) 010/437 666
Fax : 0032(0) 010/437 164
E-Mail : ethique@cspo.be

Ottignies, le 08 février 2021

Concerne: Mémoire Master Santé Publique

Le Comité d'Ethique de la Clinique Saint-Pierre a examiné la demande d'avis faite par Mde Wilmotte et Mde Dandois, étudiantes en Master de santé publique à l'UC Louvain, concernant le mémoire suivant:

Les attentes et besoins des patients, aidants et professionnels à l'HIJG

Conclusion :

Le Comité d'Ethique émet un avis favorable.

Cet avis favorable ne signifie pas que le Comité prend la responsabilité de l'expérimentation et rappelle que c'est bien l'investigateur qui en assume la responsabilité.

Le Comité entend que les études cliniques soient réalisées selon les termes de la loi du 7 mai 2004 et selon les règles de bonne pratique clinique (« good clinical practice »).

Il est bien évident que, le cas échéant, les investigateurs faisant partie du Comité d'Ethique n'ont pas participé au vote.

Docteur Br Pirene



Liste des membres du Comité d’Ethique

Docteur Bruno Pirenne, Président du Comité d’Ethique, Service de Cardiologie
Docteur Gaetane Picard, Vice-Présidente, Service de Neurologie
Docteur Philippe Lebecq, Médecin généraliste
Docteur Nicolas De Schryver, Intensiviste
Docteur Grégoire Wieers, Service de Médecine Interne
Docteur Benoît Brasseur, Service de Pédiatrie
Docteur Vincent Scavée, Service Chirurgie Viscérale
Docteur Christophe Geus, Service de Psychiatrie
Docteur Renaud Poncin, Service d’oncologie
Monsieur Michel Dupuis, Docteur en philosophie
Monsieur Marc Van Overstraeten, juriste
Madame Emilie Chavée, Pharmacienne
Madame Joëlle Baader, Pharmacienne
Madame Isabelle Pologie, Assistante sociale
Madame Carine Roch, Psychologue
Madame Christina Ruytings, Sage-femme
Madame Monica Swinnen, Infirmière aux Soins intensifs
Madame Devi chanteux, infirmière aux Soins intensifs
Madame Isabelle Henrion, infirmière aux Soins palliatifs
Madame Anne Seulen, infirmière aux Soins palliatifs

8.4 Annexe 4 : Modalité d'étude pour les patients et aidant

Document d'informations

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de master en santé publique à l'UCLouvain par Dandois Daphné et Wilmotte Anne-Julie sous la supervision du Pr Cornette.

Le thème de celle-ci porte sur les attentes et les besoins des patients, aidants et professionnels de la santé par rapport à l'hôpital de jour gériatrique. Le but étant de mettre en relation les besoins des bénéficiaires et l'offre de soins proposée aux patients.

Le recrutement des participants se réalise au sein du service de jour gériatrique lors de la venue des patients et de leurs aidants pour un bilan.

En cas d'accord, les participants remplissent une fiche de contact.

Les données sont ensuite recueillies entre le mois de février et avril 2021 à l'aide d'un questionnaire réalisé lors d'un entretien téléphonique enregistré.

L'enregistrement des entretiens est effacé immédiatement après la retranscription des entretiens.

L'anonymat est garanti. Lors de la transcription, les données sont anonymisées par l'utilisation de pseudonymes et ne font pas mention d'informations pouvant porter à l'identification des participants.

Si des questions subsistent, des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de Wilmotte Anne-Julie (N° de téléphone communiqué)

Tout participant a le droit de se retirer à tout moment et ce sans justification.

Formulaire de consentement

Recherche sur les attentes et les besoins des patients, aidants et professionnels de la santé par rapport à l'hôpital de jour gériatrique

Mené par Dandois Daphné et Wilmotte Anne-Julie étudiantes en master de santé publique à L'UCLouvain

Je soussigné(e),.....

Déclare :

1. Avoir lu et reçu le document d'information concernant la recherche sur les attentes et les besoins des patients, aidants et professionnels de la santé par rapport à l'hôpital de jour gériatrique et marque mon accord pour y participer
2. Avoir été informé des modalités de l'étude ainsi que de la possibilité de recevoir des informations complémentaires
3. Avoir eu l'occasion de poser les questions nécessaires sur l'étude et avoir reçu une réponse satisfaisante.
4. Etre en accord avec l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données recueillies dans le respect l'anonymat
5. Etre libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. Consentir de mon plein gré à participer à cette étude.

Nom et Signature

Date

8.5 Annexe 5 : Courrier envoyé aux médecins

Cher(e) Docteur,

Infirmière cheffe à la Clinique Saint Pierre à Ottignies et étudiante en dernière année d'un master en santé publique à l'Université Catholique de Louvain, j'ai besoin de VOUS.

Je réalise mon mémoire en collaboration avec Anne-Julie Wilmotte (également infirmière cheffe à la Clinique) et supervisé par notre promotrice, le docteur Pascale Cornette (gériatre aux Cliniques Universitaires Saint Luc).

Notre mémoire s'intéresse à la prise en charge d'un patient à l'hôpital de jour gériatrique dans notre institution. Comme vous le savez, l'hôpital de jour gériatrique a 5 ans et est encore en plein développement. Nous souhaitons à travers notre mémoire faire une analyse de la situation actuelle.

Pour cela, nous interrogeons deux groupes de personnes (les professionnels d'un côté et les patients et famille de l'autre) sur les besoins et les attentes du service.

Je me permets de vous contacter parce que vous avez fait appel aux services de l'hôpital de jour gériatrique dans le courant de l'année 2020 et votre expérience m'intéresse. Je souhaite avoir votre aide pour répondre à différentes questions sous forme d'un entretien qualitatif avec des questions ouvertes. Ces entretiens seront réalisés, au vu des conditions actuelles, par contact téléphonique (téléphone, WhatsApp, Skype, ...), à votre convenance, au moment que vous souhaitez.

Dans l'attente d'une réponse qui, je l'espère sera positive, je reste à votre disposition pour toutes questions éventuelles.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porterez à ma demande.

Daphné Dandois

8.6 Annexe 6 : Description de l'échantillon des participants médecins

	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>Année de carrière</u>	<u>Médecin</u>	<u>Spécialité</u>
M 1	Homme	50 ans	19 ans	Spécialiste	Néphrologie
M 2	Homme	62 ans	30 ans	Généraliste	/
M 3	Femme	48 ans	16 ans	Spécialiste	Néphrologie
M 4	Femme	43 ans	18 ans	Généraliste	/
M 5	Homme	32 ans	8 ans	Généraliste	/
M 6	Femme	37 ans	6 ans	Spécialiste	Neurologie
M 7	Femme	48 ans	17 ans	Spécialiste	Urgence
M 8	Femme	67 ans	40 ans	Généraliste	/
M 9	Femme	35 ans	10 ans	Généraliste	/
M 10	Femme	31 ans	6 ans	Généraliste	/
M 11	Homme	32 ans	8 ans	Généraliste	/
M 12	Femme	46 ans	16 ans	Spécialiste	Neurologie
M 13	Femme	29 ans	1 an	Généraliste	/
M 14	Femme	30 ans		Généraliste	/

8.7 Annexe 7 : Description échantillon des patients

Type	Age	Sexe	Lieu de résidence	Bilan demandé	Présence d'un aidant lors du bilan
P1	85	M	Domicile + conjoint	Nutritionnel	Oui
P2	72	M	Domicile seul	Trouble de la marche	Non
P3	87	M	Domicile + conjoint	Pré traitement chimio	Non
P4	92	M	Domicile seul	Mémoire	Non
P5	86	F	Domicile + famille	Altération état générale +Perte de poids	Non
P6	77	M	Domicile seul	Chute	Non
P7	83	F	Résidence service	Chute	Non
P8	84	F	Domicile seul	Cognitif post hospitalisation	Non
P9	77	F	Domicile seul	ORL/Gastro	Non

8.8 Annexe 8 : Description échantillon des aidants

Type	Age	Sexe	Lieu de résidence commune	Bilan demandé	Présence durant le bilan	Soutien apporté	Lien avec la personne
A1	84	F	Oui	Nutritionnel	Totale	Quotidien	Épouse
A2	79	M	Oui	Trouble de la mobilité	Totale	Quotidien	Mari
A4	80	F	Non	Parkinson	Partielle	Occasionnel	Épouse
A3	61	F	Oui	Mémoire	Partielle	Quotidien	Fille
A5	59	F	Non	Suivis post hospitalisation	Totale	Quotidien	Fille
A6	73	M	Non	Altération état générale	Partielle	Occasionnel	Voisin

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp

