

## COMMENT NOUS CONTACTER ?



### **Chef du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique**

Prof Christophe BULA  
Tel : 021 314 38 03



### **Unité de Soins Aigus aux Seniors (SAS)**

Hôpital Nestlé - GERH  
5 avenue Pierre Decker  
CH - 1011 Lausanne  
Tel : 021 314 77 34  
Email : [regine.salaz@chuv.ch](mailto:regine.salaz@chuv.ch)  
Responsable → Dr Pierre-Olivier LANG



### **Filière de Soins Aigus aux Seniors (Filière SAS)**

Consultation Equipe Mobile Interdisciplinaire de Gériatrie (EMI-GER)  
Tel : 021 314 31 35  
Consultations Gériatrique aux Urgences (URG-GER)  
Tel : 021 314 31 33  
Responsable → Prof Philippe CHASSAGNE

### **Centre de Gériatrie Ambulatoire et Communautaire (CGA-C)**

16 chemin de Mont-Paisible, CH - 1011 Lausanne  
Tel : 021 314 50 79  
Email : [nadine.corbaz@chuv.ch](mailto:nadine.corbaz@chuv.ch)  
Responsable → Prof Philippe CHASSAGNE



### **Unité de réadaptation gériatrique (CUTR-Sylvana)**

10 chemin de Sylvana  
CH - 1066 Epalinges  
Tel : 021 314 38 11  
Email : [syl.gl@chuv.ch](mailto:syl.gl@chuv.ch)  
Responsables → Dre Wanda BOSSHARD (à partir du 1<sup>er</sup> février 2017)  
→ Dr Kristof MAJOR, Médecin Hospitalier



Service de gériatrie et réadaptation gériatrique

## Newsletter Info-GER

« L'évaluation gériatrique »

Numéro 5  
Janvier 2017

[www.geriatrie-chuv.ch](http://www.geriatrie-chuv.ch)



### **EVALUATION GLOBALE GÉRIATRIQUE .....**

Depuis quelques années, le nombre de patients très âgés s'accroît. Ces patients ont un risque particulièrement élevé d'être hospitalisés à répétition, de souffrir d'effets secondaires dus à certains médicaments ou encore de subir de nombreux examens.

Comment identifier ces patients à risque? L'évaluation standardisée développée en Gériatrie permet de détecter ces patients fragiles en mettant en évidence les syndromes gériatriques et en favorisant leur prise en charge afin de prévenir le déclin fonctionnel, et de réduire les hospitalisations pour raisons médico-sociales. A cette fin, on peut par exemple utiliser l'outil validé ABCDEF qui évalue les domaines suivants : Autonomie (activités instrumentales de la vie quotidienne), BMI (marqueur de l'état nutritionnel), Co-morbidité (pathologies chroniques et/ou hospitalisation rapprochée), Drugs (Polymédication), Equilibre (chutes, troubles de la marche, fractures), Fonctions cognitives. Il a été mis au point par le Prof Philippe Chassagne et son équipe au CHU de Rouen (*Amalou L, et al. Tracking tool for frailty: ABCDEF. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016;14(3):287-95*). Cet outil facile et rapide à utiliser permet à tous les partenaires de soins d'identifier les patients qui ont besoin d'une évaluation gériatrique globale standardisée. L'arrivée du Prof Chassagne dans le Service en mai 2016 nous permet de poursuivre la recherche dans le domaine de l'évaluation gériatrique pour le patient fragile comme dans les investigations avant certains traitements spécifiques.

Le dépistage en tant que tel ne sert cependant à rien s'il n'est pas suivi d'un plan de prise en charge interdisciplinaire individualisé, partagé par les différents partenaires tant du domicile que du milieu hospitalier.

**Dre Cindi SMITH & Dr Marc HUMBERT**

Le dispositif mis en place par le Service de Gériatrie du CHUV permet d'évaluer et de prendre en charge le patient âgé tant à l'hôpital qu'à domicile afin de favoriser ainsi la transition entre ces deux structures.

#### • **A l'hôpital**

Le Service de gériatrie dispose, dans le cadre de la Filière de Soins Aigus aux Seniors (SAS), d'une équipe mobile gériatrique interdisciplinaire qui évalue les patients âgés depuis leur admission aux Urgences du CHUV et tout au long de leur parcours dans les services d'hospitalisation au moyen de consultations pro actives et/ou sur appel. L'intervention de cette équipe interdisciplinaire s'inscrit dans 3 axes principaux : 1) l'appui à la prise en charge des syndromes gériatriques, 2) l'aide à l'orientation, 3) le transfert des compétences gériatriques. De plus, l'équipe peut être sollicitée pour des évaluations pré-thérapeutiques, par exemple avant un remplacement de valve aortique par TAVI.

#### • **Au domicile**

Les patients âgés vivant à domicile présentent souvent des problématiques medico-psycho-sociales complexes et sont suivis par leur médecin de famille souvent avec l'appui des services de soins à domicile. Le Service de gériatrie, par son Centre de Gériatrie Ambulatoire et Communautaire (CGAC), peut offrir aux partenaires de la communauté un appui dans l'évaluation gériatrique globale ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de soins individualisé. Nos prestations suivent aussi le patient âgé à la sortie de l'hôpital en l'accompagnant dans sa réadaptation avec le programme READOM (réadaptation à domicile).

L'objectif de la prise en charge tant au domicile qu'à l'hôpital est de prévenir le déclin fonctionnel et ainsi favoriser le maintien à domicile du patient.

***Le Service de Gériatrie du CHUV est composé d'un ensemble de professionnels de la santé qui œuvrent dans le respect de l'identité et des habitudes de vie du patient, en créant un environnement de confiance et de chaleur humaine.***

L'activité des physiothérapeutes vise à prévenir le déclin fonctionnel en inscrivant les activités physiques au cœur du quotidien de la personne âgée. Les physiothérapeutes interviennent dans la prévention et dans la réadaptation ; ils aident à la récupération des capacités physiques.

L'activité des ergothérapeutes continue à préserver l'indépendance des personnes âgées pour favoriser leur maintien à domicile. Les ergothérapeutes aident à trouver de nouvelles façons pour réaliser les activités quotidiennes en toute sécurité.

Les infirmières cliniciennes spécialisées développent une expertise clinique gériatrique et un leadership leur permettant d'implanter des pratiques basées sur les preuves scientifiques afin d'améliorer la prise en soin des patients et de leurs proches.



Les infirmières de liaison (BRIO) s'assurent que le patient bénéficie à la sortie de l'hôpital des aides adaptées à son état de santé. Elles organisent ainsi :

- un retour à domicile avec l'aide d'un service de soins à domicile (centre medico-social: CMS),
- la poursuite le cas échéant, de l'hospitalisation dans un Centre de Traitement et de Réadaptation (CTR),
- un court séjour de transition dans un Etablissement Médico-Social (EMS),
- une entrée dans un nouveau lieu de vie (EMS), si le retour à domicile n'est plus envisageable.

Les médecins, outre l'évaluation gériatrique globale, soutiennent leurs collègues des unités d'hospitalisation dans la prise en charge des personnes âgées dans toute leur complexité. Le dispositif gériatrique actuel tant ambulatoire qu'hospitalier a pour but de faciliter les transitions entre les divers lieux de prise en charge.

***Après des années d'expérience, nous voyons des filières du même type se développer dans d'autres régions, démontrant ainsi la pertinence d'un suivi gériatrique pluridisciplinaire.***