

# Profil de fonction Ergothérapeute en gériatrie

---

## Définitions

---

En gériatrie, l'ergothérapeute place l'accent sur l'évaluation, l'activation, la validation et le maintien de l'énergie disponible et les capacités à agir présentes. Tout en tenant compte des restrictions, les anciennes actions sont réparées et de nouvelles sont enseignées.

Lorsque la dépendance des personnes est importante, l'ergothérapie s'oriente davantage vers le confort de vie et les possibilités d'autodétermination de la personne âgée.

En analysant chaque aspect de la relation « personne – environnement – activité », l'ergothérapeute peut soutenir et confirmer l'identité du patient gériatrique, en plaçant les actions du patient dans un contexte qui se focalise sur celui-ci.

L'observation permet de constater les points forts, les problèmes et les problèmes potentiels des actions. Pendant le processus thérapeutique, il évalue en permanence si l'action s'est améliorée.

Lorsque la fonction ne peut être rétablie, l'ergothérapeute applique des stratégies d'adaptation afin d'influencer de manière positive la qualité des actions dans les domaines d'action du patient. De la sorte, il lui enseigne des techniques alternatives ou compensatoires, il le conseille en matière de moyens d'aide et il adapte les tâches et/ou l'environnement physique et/ou matériel du patient.

Le programme de soins gériatrique est composé de divers éléments :

- La consultation gériatrique : les patients ayant un profil gériatrique peuvent être envoyés par le médecin généraliste à la consultation du gériatre lorsque l'autonomie diminue subitement. Ceci permet d'éviter ou de retarder un placement ou une hospitalisation.
- Un service de gériatrie : se charge du diagnostic gériatrique médical, du traitement et/ou de la rééducation des patients gériatriques sous la direction du gériatre.
- Un hôpital de jour : pour le patient gériatrique peut s'avérer utile dans le cas d'une observation et d'un traitement ambulatoire et pluridisciplinaire. Cela peut se faire à la demande d'un médecin de famille, d'un collègue médecin ou à la suite d'une consultation gériatrique.
- Une mission liaison interne : la compétence gériatrique pluridisciplinaire est mise à disposition du spécialiste traitant des patients gériatriques hospitalisés dans un autre service que le service de gériatrie.
- Une mission liaison externe : est mise à disposition du médecin généraliste pour les patients gériatriques soignés de manière ambulatoire à domicile ou dans un domicile de substitution.

La personne âgée détermine elle-même ce qui lui convient. En outre, elle garde son autonomie. Des « bons soins » sont donc des soins qui est préservée autant que possible l'autonomie individuelle, qui respectent le droit à l'autodétermination et qui stimulent l'indépendance tout en tenant compte de ce qui est le mieux réalisable.

L'ergothérapeute actif dans un service de gériatrie s'adresse aux demandeurs de soins dont le fonctionnement est limité de manière temporaire ou permanente. Ces limitations peuvent être de nature physique, mentale et cognitive ou psychologique/psychosocial point elles empêchent l'exécution d'activités de la vie quotidienne, d'activité professionnelle ou d'activités de détente et engendrent des

problèmes de participation. Si le rétablissement n'est plus possible, l'ergothérapeute se concentre sur :

- La proposition et l'offre de soutien et d'accompagnement ;
- Les conseils et l'apprentissage des changements de méthode ;
- Les conseils et l'instruction relatifs aux moyens d'aide ou aux adaptations de l'environnement de vie ;
- Le développement de nouvelles compétences.

En outre, l'ergothérapeute intervient chez les patients qui présentent en permanence une autonomie fonctionnelle limitée et durable en raison d'une forte dépendance. Il accepte la passivité et propose des soins de confort sur mesure.

---

## Actes concrets

---

### Le traitement :

#### **Analyser les besoins et les possibilités et en faire l'inventaire :**

L'ergothérapeute :

- Prend contact avec le patient et fait sa connaissance ;
- Se consulte avec la personne qui lui a envoyé le patient ;
- Observe, analyse et fait l'inventaire des possibilités et des restrictions du patient (fonctions et compétences) ainsi que de son entourage (encourageant ou limitant) ;
- Évalue les possibilités et les restrictions du patient et de son entourage à l'aide d'instruments d'évaluation gériatriques ;
- Formule la demande globale ;
- Sélectionne les données pertinentes sur le plan ergothérapeutique ;
- Place les données ergothérapeutiques dans un cadre pluridisciplinaire.

#### **Fixer des objectifs, planifier l'intervention :**

L'ergothérapeute :

- Fixe et classe les objectifs à l'aide d'une logique phénoménologique, médicale, paramédicale et agogique tout en tenant compte de l'apport du patient et de son entourage ;
- Définit les stratégies d'intervention, en ce compris la méthode, l'approche, le timing et la (les) méthode(s) d'évaluation à suivre ;
- Rend les sous-objectifs et les objectifs finaux opérationnels ;
- Détermine les priorités des fonctions et des compétences à entraîner ;
- Gradue les activités ergothérapeutiques à l'aide de matériel et de l'entourage ;
- Formule les exigences auxquelles les adaptations, les moyens d'aide et les orthèses doivent satisfaire.

### **Effectuer le traitement :**

L'ergothérapeute :

- Enseigne des fonctions et des compétences au patient, Il les entraîne et lui apprend à les intégrer dans son fonctionnement quotidien ;
- Soutient et conseille le patient dans l'analyse de ses possibilités et/ou de ses restrictions ;
- Apprend au patient à vivre avec ses restrictions et lui propose des alternatives ;
- Encourage le patient à traiter réellement ses possibilités et/ou ses restrictions ;
- Corrige le comportement, l'attitude et les actions déviants et, le cas échéant, il cherche des moyens de les compenser ;
- Adapte le matériel, l'équipement et l'environnement de la thérapie en fonction de l'accentuation de leur valeur thérapeutique et/ou de l'amplification des possibilités du patient ; élargit ses possibilités ;
- Crée des moyens d'aide, les contrôle et les adapte ;

- Crée des moyens de rééducation temporaires à l'aide de matériel thermo formable et les adapte ;
- Conforme et instruit les membres de l'équipe traitante quant aux restrictions et aux possibilités du patient ;
- Propose aux membres de l'équipe des formations et des exercices relatifs au maniement d'orthèses, de prothèses, de moyens d'aide et d'adaptations ;
- Fixe des exigences auxquelles doivent répondre les dispensateurs de soins, les prestataires de soins généraux et/ou l'accompagnement permanent et conclut des accords en matière de soins de suivi ;
- Evalue les résultats du traitement lors d'une discussion finale avec le demandeur d'aide ;
- Participe à des discussions relatives au patient et à son entourage ;
- Est ouvert aux contacts avec des experts externes en fonction du traitement et du traitement de suivi du patient ;
- Rapporte les résultats du traitement à l'équipe traitante (oralement ou par écrit) lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe ;
- Fixe le déroulement du traitement, adresse ses constatations et ses conseils dans des rapports internes aux membres de l'équipe et dans des rapports externes aux instances de contrôle, aux instances subventionnantes et aux instances financières ;
- Élabore un rapport final, un rapport de transfert ou un rapport d'orientation.

### **Évaluer :**

#### *Évaluation permanente en fonction de la correction du processus thérapeutique*

L'ergothérapeute :

- Evalue en permanence la qualité de ses actions thérapeutiques lors de chaque phase du traitement ainsi que le niveau de traitement atteint lors de chaque contact dans le cadre du traitement ;

- Examine si le patient met en pratique ce qu'il a appris, s'il l'utilise dans les situations quotidiennes et s'il l'applique dans la plupart des différentes situations possibles en exécutant des interventions à domicile et en dehors du domicile ;
- Adapte ses interventions grâce à une évaluation permanente (entre autres grâce aux résultats limités) ;
- Examine régulièrement l'évolution du traitement avec le patient ;
- Analyse pendant tout le traitement si l'environnement de vie actuel du patient influence le traitement de manière positive ou négative et en tient compte lors du traitement ;
- Évalue la qualité de la relation thérapeutique ;
- Évalue la collaboration au sein de l'équipe et son impact sur la qualité des actions thérapeutiques.

#### *L'évaluation en fonction des actions ergothérapeutiques futures*

L'ergothérapeute :

- Analyse et évalue l'approche, l'efficacité, les objectifs et le déroulement du traitement ;
- Évalue l'effet du traitement et examine si les objectifs ergothérapeutiques fixés à long terme ont été réalisés ;
- Se consulte avec l'équipe quant à la réalisation des objectifs de traitement généraux ;
- Affecte ses expériences et ses convictions dans le cadre d'actions futures.

#### **Les soins de suivi**

L'ergothérapeute :

- Prend des décisions concernant les soins de suivi (évaluation, contrôle) ;
- Communique aux personnes concernées les données pertinentes relatives aux soins de suivi ;

- Évalue, dans le cadre des soins de suivi, le fonctionnement du patient en ce qui concerne la manière dont il vit, dont il se prend en charge, dont il travaille et dont il se détend ;
- Prodigue des conseils quant au maintien de l'équilibre entre les moyens et la charge du patient et de son entourage ;
- Accompagne ou donne des conseils quant aux exercices d'entretien ;
- Adapte les moyens d'aide ;
- Conseille dans les domaines d'action suivants : « l'autonomie, la productivité et le temps libre » ;
- Informe le patient et/ou la personne concernée sur d'autres possibilités d'aide.

## Les actions préventives

L'ergothérapeute :

- Développe et exécute des programmes ergothérapeutiques préventifs relatifs aux compétences dans les situations de vie telles que la prévention de chutes, les techniques permettant de protéger les articulations, les techniques de déplacement, l'entraînement cognitif, le style de vie, etc. ;
- Tient compte des facteurs sensorimoteurs, cognitifs, psychologiques et psychosociaux ainsi que des circonstances dans lesquelles vit le patient lors de l'élaboration du programme ;
- Analyse le rapport entre les moyens et la charge du patient et de son entourage ;
- Donne des conseils en matière d'adaptation et de moyens d'aide ;
- Donne des conseils ergonomiques.

## Les conseils, les renseignements et les informations

### **Envers le patient, sa famille et/ou le(s) dispensateur(s) de soins**

L'ergothérapeute :

- Aide à informer le patient en ce qui concerne ses problèmes dans le cadre des domaines d'action suivants : la prise en charge de soi-même, la productivité et le temps libre ;
- Donne des informations quant aux conséquences de la maladie sur les domaines d'action du patient ;
- Partage des informations et donne des conseils sur la manière dont le patient peut vivre aussi bien que possible avec ses restrictions ;
- Conseille le patient et son entourage en ce qui concerne son fonctionnement sur le plan de la propre prise en charge, de la productivité et du temps libre ;
- Donne des conseils permettant d'éviter, d'éliminer, de diminuer et/ou d'adapter les facteurs qui influencent de manière négative les actions dans un cadre de vie et de détente ;
- Donne des conseils sur les adaptations de l'habitation, sur les moyens d'aide permettant d'augmenter l'autonomie, sur la communication et sur les déplacements ;
- Donne des conseils en matière d'ergonomie ;
- Développe des méthodes et du matériel adaptés afin d'informer et de renseigner ;
- Conseille des instances payantes ;
- Oriente le patient pour un autre traitement ou accompagnement.

### **Envers les collaborateurs, les membres du personnel et les collègues**

L'ergothérapeute :

- Donne des conseils en ce qui concerne l'ergonomie (les adaptations du poste de travail) ;



- Donne des informations sur les conséquences de la maladie pour le fonctionnement du patient et enseigne des techniques qui améliorent la rééducation (par exemple les techniques de déplacement, le positionnement, l'utilisation de moyens d'aide, l'entraînement cognitif, etc.).

## La recherche scientifique appliquée

L'ergothérapeute peut participer à une recherche scientifique. En outre, Il faut pouvoir mener des recherches scientifiques au sein de la profession dans le cadre de la gériatrie.

### **La communication**

L'ergothérapeute :

- Communique les sujets théoriques et pratiques qui peuvent être étudiés dans le domaine de l'ergothérapie ;
- Rassemble, sous la supervision de membres du personnel académique, des données et des arguments afin de soutenir l'importance et la nécessité de la recherche

### **L'exécution**

L'ergothérapeute :

- Participe à des études impliquant des aspects ergothérapeutiques, par exemple des enquêtes d'efficacité (en fonction du contrôle de la qualité) ;
- Participe à des études axées sur le développement des connaissances scientifiques en matière de soins de santé, de soins de bien-être et d'enseignement.

## La contribution au développement de la profession

L'ergothérapeute :

- Se profile clairement en tant qu'ergothérapeute ;
- Écrit des textes pour des revues professionnelles et donne des conférences;
- Est engagé et participe à des activités et des groupes de travail de l'association professionnelle ;
- Adapte en permanence ses actions ergothérapeutiques aux développements sociaux et scientifiques les plus récents ;
- Transmet des informations ;
- Transmet ses connaissances.

## L'évaluation des actions professionnelles

L'ergothérapeute :

- Applique tant que possible l'« Evidence Based Practice» (EBP) ;
- Base ses évaluations sur des modèles de qualité ;
- Participe aux réunions d'équipe et à l'évaluation des patients ;
- Évalue l'efficacité des programmes ergothérapeutiques et effectue si nécessaire des adaptations et des corrections (suivi et remédiation).

## La collaboration intra disciplinaire et interdisciplinaire

### **La concertation en équipe**

L'ergothérapeute :

- Participe aux réunions de travail et d'équipe intra disciplinaires ;
- Participe aux réunions d'équipe interdisciplinaires (hebdomadaires) ;
- Participe aux réunions de la liaison interne, de l'hôpital gériatrique de jour et de la liaison externe ;

- Transmet des informations relatives aux possibilités et aux besoins du patient des décisions relatives au trajet de traitement qui comprend l'apport ergothérapeutique ;
- Signale et enregistre les possibilités et les restrictions d'action ;
- Communique à l'équipe les éventuels changements de l'état actuel ;

### **Les contacts individuels avec les autres prestataires de soins**

L'ergothérapeute:

- Rassemble des informations pertinentes auprès des autres prestataires de soins, des personnes ayant orienté le patient chez lui et des instances externes (prescriptives, de contrôle, subventionnantes, etc.) et se consulte avec eux ;
- Transmet des informations pertinentes, des instructions et des conseils aux autres prestataires de soins, aux personnes ayant orienté le patient chez lui et aux instances externes ;
- Établit un rapport pour les instances externes ;
- Reçoit des instructions et des conseils des autres prestataires de soins, des personnes ayant orienté le patient chez lui et des instances externes ;
- Entretient des contacts écrits et oraux avec les autres prestataires de soins et les instances externes en ce qui concerne les développements au sein des
- Soins de santé, des soins de bien-être et de l'enseignement.

## La formation permanente et le développement des connaissances et des compétences individuelles

### **Le système de documentation**

L'ergothérapeute s'informe et se documente en fonction des actions professionnelles,

### **Le développement**

L'ergothérapeute :

- Participe à des groupes d'étude
- Suit des formations et des cours de perfectionnement.

## La gestion au niveau de l'ergothérapie

### **Les missions dirigeantes**

L'ergothérapeute :

- Établit un rapport annuel ;
- Représente et coordonne l'équipe ergothérapeutique ;
- Oriente et accompagne les bénévoles qui aident lors des sessions ergothérapeutiques ;
- Dirige des groupes de projet ;
- Se consulte avec les personnes responsables de la gestion ;
- Dirige les réunions internes de l'institution (à différents niveaux).

### **La gestion**

L'ergothérapeute :

- Gère et définit le budget ergothérapeutique ;
- Gère le matériel et l'équipement pour le propre service ;
- Gère les moyens d'aide.

### **Les contacts externes**

L'ergothérapeute entretient des contacts avec :

- Les personnes entourant les patients (le milieu) ;
- L'enseignement ;
- Les prestataires de soins et les fournisseurs de moyens d'aide ;
- Les pouvoirs publics et les instances officielles.

### **Les soins de qualité**

L'ergothérapeute utilise entre autres, le modèle de qualité de P. J. Van Delden afin de parvenir à des actions de qualité et d'arriver à les maintenir.

Ce modèle repose sur les quatre principes suivants :

1. La mission et la vision : l'ergothérapeute est impliqué dans la vision et la stratégie générale de l'hôpital et du programme de soins gériatrique. Il profile clairement l'ergothérapie dans ce contexte.
2. La place centrale occupée par le patient dans le travail : l'action ergothérapeutique se fait sur mesure pour le patient. En outre, l'ergothérapeute fait un briefing intra-muros et extra-muros systématique.
3. La qualité de l'ergothérapeute même : l'ergothérapeute applique le principe de « life long learning » (l'apprentissage pendant toute une vie) et suit donc des formations. Afin de maintenir ses connaissances à niveau, il utilise le système « d'Intervision » et participe à des groupes de travail internes et externes.
4. Le travail méthodique : il est nécessaire de développer et d'uniformiser des modèles et des instruments de travail. A cette fin, des systèmes d'échange sont créés. En outre, les décisions prises et les procédures établies permettent d'encourager la collaboration.

# Le service de gériatrie aigüe :

---

## Définitions

---

L'ergothérapeute participe à l'élaboration du diagnostic et du traitement de la personne âgée en vue d'adapter et/ou de réorienter son projet de vie pendant toute la durée de son hospitalisation.

Le service est adressé pour des personnes âgées de plus de 75 ans présentant un profil gériatrique et en situation aigüe.

---

## Missions

---

En interne : travail en équipe interdisciplinaire (gériatre, équipe nursing, équipe paramédicale, service social, le patient et son/ses aidant(s) proche(s).).

En externe : travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les capacités cognitives et motrices ainsi que la participation sociale.
- Évaluer et/ou suggérer l'adaptation de l'environnement physique et social.
- Soutenir, informer et accompagner la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s).
- Établir un plan de soin, un projet de sortie.

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations à l'admission et à la sortie du patient :**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation aux réunions interdisciplinaires et aux réunions de famille.
- Participation au rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Mise en place d'activité significatives individuelles ou en groupe
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Matériel pour les activités
- Aide(s) technique(s).

# L'hôpital de jour gériatrique :

---

## Définitions

---

En une journée, participer à l'élaboration du diagnostic et du traitement de la personne âgée en vue d'adapter et/ou de réorienter son projet de vie.

Le service concerne la personne âgée de plus de 75 ans présentant un profil gériatrique avec une demande de prise en charge interdisciplinaire sous prescription médicale.

---

## Missions

---

En interne : travail en équipe interdisciplinaire (gériatre, équipe nursing, équipe paramédicale, service social, le patient et son/ses aidant(s) proche(s)).

En externe : travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les capacités cognitives et motrices ainsi que la participation sociale.
- Évaluer et/ou suggérer l'adaptation de l'environnement physique et social.
- Soutenir, informer et accompagner la personne âgée et/ou son/ses aidant(s) proche(s).
- Prévenir la détérioration de la qualité de vie à domicile et pouvoir (ré)orienter la personne âgée vers un lieu de vie optimal.
- Contribuer à la construction d'un réseau de soins.
- Assurer la continuité du plan de soins gériatriques.



---

## Actes concrets

---

### **Évaluations à l'admission et à la sortie du patient :**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation aux réunions interdisciplinaires et aux réunions de famille.
- Participation au rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Suggestion d'adaptation du milieu de vie.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Aide(s) technique(s).

# Le service de gériatrie de liaison interne :

---

## Définitions

---

Sensibiliser les équipes soignantes à l'approche spécifique des patients présentant un profil gériatrique séjournant dans leurs unités d'hospitalisation et participer à l'élaboration de leur diagnostic.

Le service est destiné à la personne âgée de plus de 75 ans présentant un profil gériatrique hospitalisée dans une unité autre que celle de gériatrie ; mais aussi aux différentes équipes des unités d'hospitalisation concernées.

---

## Missions

---

En interne : travail en équipe interdisciplinaire de liaison (gériatre, équipe nursing, équipe paramédicale, service social) et les équipes des unités de soins concernées.

En externe : travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les capacités cognitives et motrices ainsi que la participation sociale.
- Favoriser l'échange, la collaboration et le partage d'informations avec l'équipe interdisciplinaire et avec les équipes autres que celles du service de gériatrie
- Soutenir et Informer le patient et/ou ses aidants proches

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations à la demande des unités d'hospitalisation ayant fait appel à l'équipe de liaison gériatrique.**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation aux réunions interdisciplinaires et aux réunions de famille.
- Participation au rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Aide(s) technique(s).

# Le service de psychogériatrie :

---

## Définitions

---

Dans une unité spécialisée de l'hôpital, participer à l'élaboration du diagnostic et du traitement de la personne âgée en vue d'adapter et/ou de réorienter son projet de vie.

Le service s'adresse à la personne âgée présentant un profil gériatrique et des troubles comportementaux et/ou mentaux et en situation aigüe.

---

## Missions

---

En interne : travail en équipe interdisciplinaire (médecin généraliste, gériatre ou psycho-gériatre, équipe nursing, équipe paramédicale, psychologue, service social, le patient et son/ses aidant(s) proche(s)).

En externe : travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les capacités cognitives et motrices ainsi que la participation sociale
- Évaluer et/ou suggérer l'adaptation de l'environnement physique et social
- Soutenir, informer et accompagner la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s)
- Établir un plan de soins, un projet de sortie

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations à l'admission et à la sortie du patient.**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation aux réunions interdisciplinaires et aux réunions de famille.
- Participation au rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Mise en place d'activités significatives individuelles ou en groupe.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Matériel pour les activités.
- Aide(s) technique(s).

# Le service de revalidation gériatrique :

---

## Définitions

---

Permettre à la personne âgée de récupérer une indépendance et une autonomie suffisante en vue de réintégrer son lieu de vie antérieur en lui garantissant une qualité de vie ou en vue de la réorienter vers un lieu de vie adapté et optimal.

Ce service s'adresse à la personne âgée de plus de 75 ans présentant un profil gériatrique, ayant vécu une situation aigüe récente avec un pronostic d'évolution positive et participant de manière active à son projet de revalidation.

---

## Missions

---

En interne : travail en équipe interdisciplinaire de liaison (gériatre, équipe nursing, équipe paramédicale, service social) et les équipes des unités de soins concernées.

En externe : travail avec le médecin prescripteur, le réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les situations de handicap rencontrées dans les occupations de la personne âgée
- Améliorer les performances dans les occupations du patient
- Évaluer et suggérer l'adaptation de l'environnement physique et/ou social
- Soutenir, informer et accompagner le patient et son/ses aidant(s) proche(s)
- Prévenir les situations à risques

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations à l'admission et à la sortie du patient.**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation aux réunions interdisciplinaires et aux réunions de famille.
- Participation au rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Mise en place d'activités significatives individuelles ou en groupe.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Matériel pour les activités.
- Aide(s) technique(s).

# Le domicile :

---

## Définitions

---

Optimiser la qualité de vie de la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s) en vue de rester à domicile.

Il s'adresse à la personne âgée présentant un profil gériatrique vivant à domicile ayant une dépendance et/ou une perte d'autonomie.

---

## Missions

---

En interne : travail avec la personne âgée et son/ses aidants proche(s).

En externe : travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Évaluer les situations de handicap rencontrées dans les occupations de la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s)
- Maintenir et valoriser les capacités cognitives, motrices ainsi que la participation sociale
- Favoriser la participation de la personne âgée dans ses occupations
- Évaluer et/ou suggérer l'adaptation de l'environnement physique et social
- Offrir du répit à l'aidant proche
- Soutenir, Informer et accompagner la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s)



---

## Actes concrets

---

### **Évaluations**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation à l'élaboration du projet de vie personnalisé
- Rapport de suivi adressé au médecin traitant, aux médecins spécialistes et aux intervenants.
- Participation aux réunions de famille.

### **Activités :**

- Mise en place d'activités significatives individuelles.
- Adaptation du milieu de vie.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Batterie de tests
- Matériel pour les activités.
- Aide(s) technique(s).
- Véhicule pour les déplacements.
- Lieu de vie comme espace utilisé.

# Le Centre de Soins de Jour :

---

## Définitions

---

Optimiser et maintenir la qualité de vie à domicile de la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s).

Il est destiné à la personne âgée présentant un profil gériatrique vivant à domicile et ayant une dépendance et/ou une perte d'autonomie selon les catégories déterminées par l'échelle de Katz F, Fd, P, D.

---

## Missions

---

En interne : Travail en équipe transdisciplinaire sous prescription médicale (médecin coordinateur, équipe nursing, équipe paramédicale, service social, la personne âgée et/ou son/ses aidant(s) proche(s)).

En externe : Travail en réseau de soins individualisés, social, familial et professionnel.

- Maintenir et valoriser les capacités cognitives et motrices résiduelles ainsi que la participation sociale
- Offrir du répit à l'aidant proche
- Soutenir, informer et accompagner la personne âgée et/ou son/ses aidant(s) proche(s)
- Prévenir la détérioration de la qualité de vie à domicile et (ré)orienter la personne âgée vers un autre lieu de vie
- Suggérer l'adaptation de l'environnement physique et social
- Contribuer à la construction d'un réseau de soins
- Accompagner la personne âgée vers un lieu de vie optimal

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations.
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation à l'élaboration du projet de vie personnalisé
- Participation aux réunions transdisciplinaire et aux réunions de famille
- Participation aux rapports de suivi adressés au médecin traitant et aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Mise en place d'activités significatives individuelles.
- Adaptation du milieu de vie.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Questionnaire adapté par chaque institution au recueil d'informations auprès de la personne et sa famille.
- Batterie de tests
- Matériel pour les activités.
- Aide(s) technique(s).

# La maison de Repos et de Soins :

---

## Définitions

---

Accompagner la personne âgée dépendante et/ou en perte d'autonomie en vue d'optimiser son bien-être eu sein de l'institution et ce jusqu'à la fin de sa vie.

Elle s'adresse à la personne âgée de minimum 60 ans dépendante et/ou en perte d'autonomie selon les catégories déterminées par l'échelle de Katz : B, C, Cd.

---

## Missions

---

En interne : Travail en équipe interdisciplinaire : médecin coordinateur, médecin traitant, équipe nursing, service social, le résident et son/ses aidant(s) proche(s)

En externe: Travail en réseau professionnel

- Offrir une qualité de vie et un bien-être personnalisés.
- Évaluer, maintenir et valoriser les capacités cognitives et motrices résiduelles ainsi que la participation sociale.
- Promouvoir l'autonomie et l'indépendance.
- Soutenir, informer et accompagner la personne âgée et son/ses aidant(s) proche(s).
- Accompagner la personne en fin de vie.

---

## Actes concrets

---

### **Évaluations**

- Rencontre avec le patient et/ou son/ses aidants(s) proche(s).
- Anamnèse – hétéro anamnèse, recherche d'informations en lien avec son histoire de vie, recueil de ses valeurs, de ses besoins et de ses attentes
- Évaluations validées
- Mises en situation écologiques
- Observations
- Bilan

### **Partage des informations en équipe pluridisciplinaire**

- Dossier médical
- Analyse de situations
- Détermination des objectifs
- Participation à l'élaboration du projet de vie personnalisé
- Participation aux réunions transdisciplinaire et aux réunions de famille
- Participation aux rapports de suivi adressés au médecin traitant et aux médecins spécialistes.

### **Activités :**

- Mise en place d'activités significatives individuelles ou en groupe qui répondent au projet de vie personnalisé et ce jusqu'à la fin de la vie
- Adaptation du milieu de vie.
- Suggestion et apprentissage d'aide(s) technique(s).

### **Éducation à la santé du patient et/ou son/ses aidants proches.**

#### **Utilisation du matériel :**

- Questionnaire adapté par chaque institution au recueil d'informations auprès de la personne et sa famille.
- Batterie de tests

- Matériel pour les activités.
- Aide(s) technique(s).
- Espace : locaux adaptés et équipés, espaces de vie commune, chambre des résidents.

*Sources: RAE 2016, V. Herinckx, A. Jonckheere, A. Kodeck, B. Vandenhove, profil réalisé dans le cadre du groupe UPE Gériatrie*