

29 JANVIER 2007. – Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers (M.B. du 07/03/2007, p. 11197)

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État.

Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} septembre 2007, à l'exception des articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, §1^{er}, 1^o, 30, 31, 32 et 33 qui entrent en vigueur à la date du 28 avril 2015 (voir article 39 ci-dessous).

Cet arrêté a été modifié par l'arrêté royal du 26 mars 2014.

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9^{quater}, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et modifié par la loi du 25 janvier 1999, l'article 15, modifié par la loi du 29 avril 1996, l'article 68 et l'article 86, modifié par la loi du 29 avril 1996;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 16 février 1971, 15 février 1974, 24 avril 1974, 23 mars 1977, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991, 17 octobre 1991, 12 octobre 1993, 21 février 1994, 20 avril 1994, 12 août 1994, 16 décembre 1994, 13 novembre 1995, 20 août 1996, 15 juillet 1997, 27 avril 1998, 10 août 1998, 15 février 1999, 25 mars 1999, 29 avril 1999, 20 mars 2000, 19 février 2002, 16 avril 2002, 17 février 2005 et 10 novembre 2005;

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste de programmes de soins telle que visée à l'article 9^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et désignant les articles qui leur sont applicables, modifiée par les arrêtés royaux des 16 juin 1999 et 13 juillet 2006;

Vu l'avis du 8 juin 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1^{er} août 2006;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 janvier 2007;

Vu l'avis n° 41.207/1/V du Conseil d'Etat, donné le 7 septembre 2006 en application de l'article 84, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre premier
Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour être agréé, le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre aux normes fixées dans le présent arrêté.

Art. 2. §1^{er}. A l'exception des services de gériatrie isolés, tout hôpital général disposant d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

A l'exception des hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), combinés ou non à des services d'hospitalisation simple (indice H), ou à des services neuropsychiatriques pour le traitement de maladies adultes (indice T), tout hôpital général ne disposant pas d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

Tout service de gériatrie isolé, combiné ou non avec des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer ((...)) – AR du 26 mars 2014, art. 1^{er}) d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

§2. Si l'hôpital, en application du §1^{er}, dispose d'un accord de collaboration fonctionnelle, cet accord de collaboration doit comprendre les règles requises concernant la manière dont la liaison interne, la liaison externe et la consultation gériatrique sont garanties pour les patients de cet hôpital.

Ces règles sont également mentionnées explicitement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire tel que visé à l'article 23.

Chapitre II Groupe cible

Art. 3. Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes:

- 1° fragilité et homéostasie réduite;
- 2° polypathologie active;
- 3° tableau clinique atypique;
- 4° pharmacocinétique perturbée;
- 5° risque de déclin fonctionnel;
- 6° risque de malnutrition;
- 7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;
- 8° problèmes psychosociaux.

Art. 4. *(Tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé dans l'hôpital fait l'objet, par un membre de l'équipe de l'unité où le patient séjourne, d'un dépistage au moyen d'un instrument scientifiquement validé afin de vérifier s'il répond à l'un des critères visés à l'article 3, et s'il doit être inclus dans le programme de soins. Il en est fait mention dans le dossier du patient*

Tout patient de moins de 75 ans hospitalisé dans l'hôpital et qui présente des signes de vulnérabilité visés à l'article 3, peut également faire l'objet du dépistage visé à l'alinéa précédent.

Si, en cas de score positif au dépistage visé au premier ou au deuxième alinéa, il n'est pas fait appel à l'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique, la raison en est notée dans le dossier du patient.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par patient hospitalisé: "le patient admis dans un hôpital et qui y accomplit un séjour. – AR du 26 mars 2014, art. 3)

Chapitre III Nature et contenu de soins

Art. 5. Le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

Art. 6. Le programme de soins pour le patient gériatrique se compose:

- 1° d'un service de gériatrie agréé (indice G) tel que visé à l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;
- 2° d'une consultation de gériatrie telle que visée à l'article 14;
- 3° *(d'une hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 4)* pour le patient gériatrique tel que visé à l'article 15;
- 4° d'une liaison interne telle que visée à l'article 16;
- 5° d'une liaison externe telle que visée à l'article 20.

Art. 7. L'ensemble des composantes reprises dans l'article 6 est, au minimum sur un des sites, offert comme programme global.

Chapitre IV L'expertise et les effectifs médicaux et non-médicaux requis

Section première La coordination du programme de soins

Art. 8. La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l'*(infirmier responsable du programme de soins – AR du 26 mars 2014, art. 5)*, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

Art. 9. Le médecin chef de service du programme de soin est un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché à temps plein à l'hôpital.

Il organise les aspects médicaux du programme de soins.

Il consacre plus de la moitié de son temps de travail aux activités du programme de soins et à la formation permanente du personnel du programme de soins. Il peut également exercer la fonction de médecin chef du service de gériatrie, tel que visé à l'article 6.

Art. 10. *(L'infirmier responsable du programme de soins pour le patient gériatrique doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie.*

Il organise l'aspect infirmier, l'aspect paramédical et l'aspect soignant du programme de soins. – AR du 26 mars 2014, art. 6)

Art. 11. Le médecin chef de service et l'*(infirmier responsable du programme de soins – AR du 26 mars 2014, art. 7)*, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, veillent:

- 1° à la rédaction et à l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° à la rédaction et à la réalisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 3° au respect des normes fixées dans le présent arrêté;
- 4° à l'enregistrement des données gériatriques;
- 5° à la continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients;
- 6° à l'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et au compte rendu de celle-ci.

Section 2 Expertise médicale, infirmière, paramédicale et soignante requise

Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes:

1° au moins, un équivalent temps plein médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché au programme de soins;

2° *(au moins deux infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou possédant la qualification professionnelle particulière d'infirmier disposant d'une expertise particulière en gériatrie, en ce compris l'infirmier responsable du programme de soins visé à l'article 8 – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

3° assistant social ou *(infirmier spécialisé en santé communautaire – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

4° *(kinésithérapeute – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

5° *(ergothérapeute – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

6° *(logopède – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

7° *(diététicien – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

8° licence/master en psychologie*(, avec de préférence une orientation en psychologie clinique – AR du 26 mars 2014, art. 8);*

(9° aide-soignant. – AR du 26 mars 2014, art. 8)

Chapitre V Composantes du programme de soins pour le patient gériatrique

Section première Un service de gériatrie agréé

Art. 13. Le programme de soins comprend un service de gériatrie (indice G), tel que visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Section 2 La consultation gériatrique

Art. 14. (§1^{er}. *La consultation gériatrique est accomplie par un médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°. Elle vise, de préférence à la demande du médecin généraliste traitant, à fournir un avis gériatrique et en vue de la réalisation d'interventions ne nécessitant pas une approche pluridisciplinaire.*

§2. *Si la consultation gériatrique s'effectue à la demande du médecin généraliste traitant, les observations du médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, sont communiquées par écrit, dans le cadre de la continuité des soins, à ce médecin généraliste et, le cas échéant, aux autres dispensateurs de soins désignés par le patient. Ces observations sont reprises dans le dossier du patient et le patient est informé de cette transmission d'information. – AR du 26 mars 2014, art. 10)*

Section 3 (L'hospitalisation de jour pour le patient gériatrique – AR du 26 mars 2014, art. 11)

Art. 15. L'admission (*en hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 12*) pour le patient gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objectif est d'organiser, de manière pluridisciplinaire, (*l'évaluation gériatrique et la réadaptation fonctionnelle – AR du 26 mars 2014, art. 12*).

(Au sein de l'entité d'hospitalisation de jour visée à l'article 30, un infirmier visé à l'article 12, 2°, est présent en permanence. – AR du 26 mars 2014, art. 12)

(Art. 15/1. *L'évaluation gériatrique pluridisciplinaire s'effectue au moyen d'instruments scientifiquement validés et est réalisée par un médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, un infirmier visé à l'article 12, 2° et encore au moins un autre dispensateur de soins visé à l'article 12, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8°. – AR du 26 mars 2014, art. 13)*

(Art. 15/2. *Un rapport final, établi par le médecin spécialiste, de l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire visée à l'article 15/1 comprenant l'anamnèse, le diagnostic, l'historique de la maladie, le résultats des échelles d'évaluation scientifiquement validées, les conclusions et la proposition de plan de soins est transmis au médecin généraliste traitant et, le cas échéant, au médecin spécialiste qui a envoyé le patient et aux autres dispensateurs de soins que le patient désigne. Ce rapport final est repris dans le dossier du patient et le patient est informé de cette transmission d'information. – AR du 26 mars 2014, art. 13)*

(Art. 15/3. *La réadaptation fonctionnelle gériatrique pluridisciplinaire est axée sur le traitement des difficultés au niveau cognitif ainsi qu'au niveau de la continence, de l'équilibre et de la déglutition qui nécessitent une approche pluridisciplinaire. – AR du 26 mars 2014, art. 13)*

(Art. 15/4. *Une réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire par l'équipe gériatrique pluridisciplinaire répond aux conditions suivantes:*

1° elle repose sur une évaluation gériatrique pluridisciplinaire préalable au moyen d'instruments scientifiquement validés qui démontre un besoin de réadaptation fonctionnelle;

2° en préalable à la réadaptation fonctionnelle pluridisciplinaire, un plan individuel de réadaptation fonctionnelle est établi, qui est repris dans le dossier du patient;

3° la réadaptation fonctionnelle est assurée par au moins 2 dispensateurs de soins par patient gériatrique représentant chacun une qualification différente telle que visée à l'article 12, 4°, 5°, 6° et 8°;

4° une réunion d'équipe hebdomadaire est organisée pour évaluer les progrès du patient et adapter éventuellement le plan individuel de réadaptation fonctionnelle;

5° après la réadaptation fonctionnelle, un rapport est établi décrivant l'évolution du patient et comprenant un plan de suivi pour la poursuite des soins à domicile. Ces documents sont repris dans le dossier du patient et transmis au médecin généraliste traitant et, le cas échéant, au médecin spécialiste qui a envoyé le patient et aux autres dispensateurs de soins que le patient désigne. Le patient est informé de cette transmission d'information;

6° la réadaptation fonctionnelle gériatrique pluridisciplinaire est limitée à un maximum de 40 sessions sur une période de 12 semaines. La réadaptation fonctionnelle gériatrique ne peut avoir lieu qu'une fois par an. – AR du 26 mars 2014, art. 13)

Section 4 La liaison interne

Art. 16. La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste traitant et des équipes, pour les patients gériatriques, hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital (*et qui n'ont pas été admis en service agréé de gériatrie (indice G) ni en hospitalisation de jour* – AR du 26 mars 2014, art. 14).

Art. 17. La liaison interne (*est assurée par une* – AR du 26 mars 2014, art. 15) équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette liaison est organisée de telle sorte qu'il soit possible, pour les patients gériatriques séjournant dans des services autres que le service de gériatrie de l'hôpital, d'avoir recours à l'expertise de chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l'équipe d'un de ces services.

Art. 18. (§1^{er}. *L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique est composée de personnes représentant les qualifications visées à l'article 12, 1°, 2°, 4°, 5°, 6°, 7° et 8°.*

§2. *Cette équipe est constituée d'au moins 2 équivalents temps plein, sans compter le médecin spécialiste visé à l'article 12, 1°, et son nombre dépend du nombre annuel de patients de 75 ans et plus hospitalisés dans l'hôpital pour lesquels une admission en service agréé de gériatrie, visé à l'article 13, n'est pas possible.* – AR du 26 mars 2014, art. 16)

Art. 19. §1^{er}. *L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique est chargée:*

1° *de l'évaluation visant à déterminer si des patients, après le dépistage au moyen d'instruments scientifiquement validés visé à l'article 4, premier alinéa, présentent ou non un profil gériatrique. Le rapport de cette évaluation est repris dans le dossier du patient et transmis au médecin généraliste traitant. Le patient est informé de cette transmission d'information;*

2° *des évaluations gériatriques pluridisciplinaires de patients présentant un profil gériatrique;*

3° *de fournir des recommandations à l'équipe de soins et au médecin spécialiste traitant pendant la durée de l'hospitalisation. Ces recommandations sont reprises dans le dossier du patient;*

4° *d'établir des recommandations à l'usage du médecin généraliste afin d'éviter une réadmission après la sortie du patient. Ces recommandations sont reprises dans le dossier du patient;*

5° *de la diffusion de l'approche gériatrique dans l'hôpital, notamment par l'apprentissage de la détection systématique des patients présentant un profil gériatrique par les infirmiers et l'organisation de formations ou de recyclages, en particulier le coaching du personnel infirmier et paramédical.*

§2. *L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique n'accomplit aucune tâche de soins.*

§3. *L'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique tient une réunion au moins 1 fois par semaine concernant les patients pour lesquels une intervention de la liaison interne gériatrique a eu lieu au cours de la semaine écoulée. Les observations sont reprises dans le dossier du patient et transmises à l'équipe de soins qui traite le patient.* – AR du 26 mars 2014, art. 17)

Section 5 La liaison externe

Art. 20. (§1^{er}. *La liaison externe est une mission transversale du programme de soins pour le patient gériatrique qui est accomplie par les équipes du service de gériatrie, de l'hospitalisation de jour gériatrique, de la liaison interne gériatrique et de la consultation gériatrique dès l'admission jusqu'à la sortie du patient.*

§2. *La liaison externe a pour but de mettre les principes gériatriques et l'expertise gériatrique pluridisciplinaire à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins du groupe cible en dehors de l'hôpital, de façon à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins et les structures du groupe cible avant et après l'hospitalisation.* – AR du 26 mars 2014, art. 18)

Art. 21. ((...) – AR du 26 mars 2014, art. 19)

Art. 22. (§1^{er}. – AR du 26 mars 2014, art. 20) Chaque programme de soins instaure dans le cadre de la liaison externe du programme de soins une collaboration formelle avec:

1° un ou des services intégrés de soins à domicile;

2° des cercles de médecins généralistes;

3° des maisons de repos et de soins;

4° des centres de soins de jour.

(§2. Chaque programme de soins conclut, dans le cadre de la liaison externe du programme de soins, un maximum d'accords concernant la préparation de la sortie du patient gériatrique avec le service social de l'hôpital et, le cas échéant, l'équipe traitante. – AR du 26 mars 2014, art. 20)

Chapitre VI Les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité

Section première Normes de qualité

Sous-section première Le manuel gériatrique pluridisciplinaire

Art. 23. §1^{er}. Le programme de soins conclut une série d'accords de collaboration entre les acteurs internes et externes, qui sont mentionnés dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire. Ce manuel comprend les données suivantes:

1° les modalités de collaboration reprises dans l'accord de collaboration fonctionnelle tel que visé à l'article 2. Ces modalités concernent, notamment, la référence des patients au programme de soins;

2° (les modalités selon lesquelles l'expertise pluridisciplinaire du programme de soins peut être mise à disposition, sous la forme d'une consultation gériatrique pluridisciplinaire ou d'une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique, en faveur du patient gériatrique séjournant à domicile ou dans une institution de soins – AR du 26 mars 2014, art. 21);

3° les modalités de formulation d'avis, par l'équipe du programme de soins, afin d'optimiser la qualité des soins à l'intérieur des institutions de soins pour lesquelles une collaboration existe;

4° la composition de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins ainsi que leur répartition dans les différentes composantes du programme;

5° la définition du projet pluridisciplinaire et de la politique de qualité que le programme de soins poursuit (valeurs, objectifs, missions);

6° une description de l'organisation de la liaison interne pour l'ensemble des services et fonctions visés à l'article 19, y compris les directives pour le dépistage des patients gériatriques admis à l'hôpital;

7° une description de l'organisation de la liaison externe (, en ce compris la relation avec le médecin généraliste – AR du 26 mars 2014, art. 21);

8° les modalités spécifiques d'organisation du programme de soins.

Plusieurs trajets de soins cliniques sont insérés progressivement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire, ce qui permet d'accroître la qualité et l'efficacité des soins gériatriques pluridisciplinaires.

§2. Le manuel gériatrique pluridisciplinaire est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins. Il peut être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital et par des autres prestataires associés au programme de soins en raison de la collaboration, ainsi que par le patient ou son représentant.

(§3. Le manuel gériatrique pluridisciplinaire fait l'objet d'une actualisation régulière. – AR du 26 mars 2014, art. 21)

Sous-section 2 Le plan de soins et la concertation pluridisciplinaires

Art. 24. Pour chaque patient gériatrique, admis au service de gériatrie, (en hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 22) pour le patient gériatrique ou dans un autre service, l'équipe concernée établit un plan de soins pluridisciplinaire, le cas échéant en collaboration avec l'équipe de liaison interne ((...) – AR du 26 mars 2014, art. 22), concernant le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle. Ce plan de soins fait intégralement partie du dossier du patient (et est transmis au moment de la sortie au médecin généraliste traitant – AR du 26 mars 2014, art. 22).

(Le patient est informé de cette transmission. – AR du 26 mars 2014, art. 22)

Art. 25. (§1^{er}. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire organise, au moins chaque semaine, une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques. A cette concertation sont également conviés, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste traitant ainsi que les autres médecins ou prestataires de

soins impliqués dans le traitement du patient. S'il s'agit d'un patient gériatrique admis dans un autre service que le service de gériatrie, l'infirmier en chef et le médecin du service concerné sont également conviés à la concertation.

§2. Si l'équipe pluridisciplinaire a réalisé une évaluation gériatrique, le médecin généraliste et les autres médecins ou prestataires de soins ayant soigné le patient peuvent participer à la concertation organisée au sein de l'hôpital.

Si l'équipe pluridisciplinaire a réalisé une évaluation gériatrique et si le médecin généraliste traitant ou les autres médecins ou prestataires de soins ayant soigné le patient sont dans l'impossibilité de participer à la concertation organisée au sein de l'hôpital, un rapport leur est adressé. – AR du 26 mars 2014, art. 23)

Sous-section 3 La continuité des soins

Art. 26. ((...) – AR du 26 mars 2014, art. 24)

Art. 27. (§1^{er}. L'équipe pluridisciplinaire du programme de soins prend, en collaboration maximale avec le service social, toutes mesures nécessaires en vue de la préparation à un retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à l'hôpital. Elle favorise de manière générale la continuité des soins. A cet effet, elle élabore des processus de collaboration pluridisciplinaires au sein de l'hôpital, ainsi qu'entre l'hôpital et les structures de première ligne.

§2. A cet égard, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins est responsable de:

- 1° la détection des patients à haut risque pour lesquels un retour à domicile peut être envisagé;
- 2° l'évaluation des patients détectés, ainsi que l'implication de leur intervenant de proximité;
- 3° l'information du patient et de son intervenant de proximité sur les soins et services à domicile disponibles et sur les recommandations de l'évaluation gériatrique;
- 4° la proposition et la coordination des plans de soins individualisés en collaboration avec les structures de première ligne;
- 5° l'organisation de réunions pluridisciplinaires relatives à la continuité des soins. – AR du 26 mars 2014, art. 25)

Art. 28. (Au niveau organisationnel, la mission de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins consiste, en collaboration maximale avec le service social :

- 1° à contribuer à la culture de continuité des soins;
- 2° à proposer et mettre en oeuvre des actions relatives à la politique menée par l'hôpital en matière de continuité des soins;
- 3° à participer à la formation continue du personnel en matière de principes de continuité des soins;
- 4° à développer des synergies de collaboration pluridisciplinaire dans l'ensemble des unités de l'hôpital;
- 5° à proposer des initiatives en matière de continuité des soins;
- 6° à développer des liens de collaboration avec les services intégrés de soins à domicile, et avec les structures d'aide et de soins à domicile;
- 7° à mettre en place des réseaux de collaboration avec les autres établissements de soins. – AR du 26 mars 2014, art. 26)

Section 2 Suivi de la qualité

Art. 29. Le programme de soins pour le patient gériatrique collabore à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

A cet effet, il est créé un Collège pour le patient gériatrique chargé d'évaluer le processus de soins décrit à l'article 5 du présent arrêté. Pour cela, le Collège collaborera avec l'ensemble des disciplines visées à l'article 12. Outre les missions indiquées à l'article 8 de l'arrêté précité du 15 février 1999, sont également dévolues au Collège les missions suivantes:

- 1° soutenir les hôpitaux dans la réalisation et l'adaptation d'un manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° proposer des directives pour établir et évaluer le plan de soins cité à l'article 24 du présent arrêté et la feuille de liaison citée à l'article 26 du présent arrêté;

3° élaborer un modèle d'enregistrement interne visé à l'article 3 de l'arrêté royal précité du 15 février 1999 prenant en compte les spécificités et les risques du patient gériatrique. L'enregistrement doit permettre, sur base d'indicateurs mesurables, d'évaluer le plan de soins pluridisciplinaire et les objectifs de soins et de continuité, précisés respectivement à l'article 24 et 26 du présent arrêté.

Chapitre VII Normes architecturales

Art. 30. *(L'hospitalisation de jour pour le patient gériatrique s'effectue dans une entité reconnaissable et distincte. Cette entité comprend au minimum les éléments suivants:*

1° *suffisamment de locaux d'examen pour les dispensateurs de soins médicaux, infirmiers et autres;*

2° *un local de soins;*

3° *un local de repos pourvu de fauteuils adaptés;*

4° *une salle à manger;*

5° *suffisamment d'installations sanitaires pour les patients.*

Les locaux visés en 3° et 4° peuvent être aménagés dans un même espace.

L'infrastructure requise pour une rééducation fonctionnelle doit être accessible aux patients admis en hospitalisation de jour.

Les locaux destinés à l'hospitalisation de jour du patient gériatrique peuvent être utilisés pour d'autres groupes cibles de patients pendant les périodes où aucune activité ne s'y déroule pour les patients gériatriques. – AR du 26 mars 2014, art. 27)

Art. 31. *(L'hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 28) pour le patient gériatrique dispose d'un nombre suffisant de chambres adaptées aux patients gériatriques admis en hospitalisation de jour. Elles sont spécifiquement réservées aux patients admis en hospitalisation de jour.*

Art. 32. Les locaux *(destinés à l'hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 29) pour le patient gériatrique sont facilement accessibles, notamment aux fauteuils roulants, et adaptés au confort et à la sécurité du patient gériatrique.*

Dans les couloirs et dégagements de *(l'hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 29)*, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves, sont évitées. En outre on prévient tout risque de glissement.

Les déplacements des patients dans *(l'hospitalisation de jour – AR du 26 mars 2014, art. 29)* seront facilités par l'installation de mains courantes et de poignées. Les installations sanitaires seront également dotées de poignées. Des aires de repos suffisantes seront prévues dans les couloirs.

Art. 33. Un système d'appel efficace est prévu dans tous les locaux.

Chapitre VIII Dispositions modificatives

Art. 34. A la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 avril 1984 et 25 juin 1985, les modifications suivantes sont apportées:

1° Le point 1 est remplacé par la disposition suivante:

« 1. L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités:

– de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;

– de recours aux services médico-techniques;

– de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle sus-mentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur. »;

2° Au point 4, troisième alinéa, les mots « ne peut être supérieure à trois mois » sont remplacés par les mots « ne peut être supérieure à 45 jours ».

Art. 35. A la sous-rubrique « II. Normes fonctionnelles » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées au point 4:

1° Le second alinéa est remplacé comme suit:

« Le médecin dressera, en concertation avec les personnes concernées par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et psychologiques que les possibilités de réadaptation fonctionnelle. »;

2° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots « le psychologue, » sont insérés entre les mots « l'ergothérapeute » et « l'assistant social ».

Art. 36. A la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° L'alinéa 1^{er} du point 1 est remplacé comme suit:

« La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie. »;

2° Le point 3 est remplacé comme suit:

« 3. Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres de personnel infirmier, paramédical et/ou soignant pour 24 lits agréés dont au moins:

1° un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie;

2° 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier pour 24 lits G agréés;

3° 4 équivalents temps plein infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, pour 24 lits G;

4° dans chaque unité de soins, au moins un(e) infirmier(ère) doit être présent(e) en permanence;

5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie. »;

3° Au point 4, les mots « ergothérapeutes, logopèdes, » sont supprimés.

Chapitre IX Dispositions finales et transitoires

Art. 37. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, ont exercé au moins pendant 5 ans équivalent temps plein dans un service de gériatrie (indice G), dans un hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un service Sp affections psychogériatriques entrent en ligne de compte pour les fonctions visées au point 3° du point 3 de la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Art. 38. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, exerçaient déjà la fonction d'infirmier en chef peuvent continuer à exercer leur fonction dans un service de gériatrie (index G).

(Art. 38/1. Les programmes de soins existants disposent d'un délai courant jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour satisfaire aux dispositions des articles 30 à 33 inclus du présent arrêté. – AR du 26 mars 2014, art. 30)

Art. 39. (Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge, à l'exception des articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, §1^{er}, 1°, 30, 31, 32 et 33.

Les articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, §1^{er}, 1°, 30, 31, 32 et 33 entrent en vigueur 1 an après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 26 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. – AR du 26 mars 2014, art. 31)

Art. 40. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 29 janvier 2007.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE