

L'Hôpital de jour gériatrique : une interface ambulatoire au service des personnes âgées

Didier Schoevaerds(1), Christophe Dumont(2), Pierre Hanotier(3), Alain Fournier(4), Dominique Piette(5), Carole Almpanis(6), Serge Bietlot(1), Françoise Detraux(1), Mélanie Sentie(1), François-Xavier Sibille(1), Pascale Cornette(7)

Geriatric Day Hospital : an ambulatory interface for elderly people

The Geriatric Day Hospital is an ambulatory structure where a diagnostic and therapeutic approach is offered to old frail adults. This is a good therapeutic option, considered to be an alternative to a conventional hospital stay. This article was aimed to describe Belgian geriatric day hospitals based on existing medical literature. It also reports on the history of these geriatric day hospitals, both in Belgium and worldwide. This article has also presented and commented the results, along with comments, pertaining to a meta-analysis and national surveys published since 2007. Compared to published studies, Belgian Geriatric Day Hospitals are more oriented to diagnosis rather than rehabilitation, which is less developed. Day hospitals represent a good opportunity for a comprehensive geriatric assessment performed by an interdisciplinary team and designed to assess geriatric syndromes reflected by functional decline, frailty, falls, memory complaints, poor nutrition, etc. They are considered to constitute a good link between hospitals, general practitioners, and the healthcare network.

KEY WORDS

Geriatric Day Hospital, Elderly, Ambulatory care

L'hôpital de jour gériatrique est une structure ambulatoire qui propose une prise en charge diagnostique et thérapeutique aux personnes âgées en tant qu'alternative aux hospitalisations classiques. Cet article a pour but de mieux faire connaître la structure aux cliniciens de terrain. Il en décrit l'historique dans le monde et en Belgique, y commente les résultats d'une méta-analyse et d'enquêtes nationales réalisées depuis 2007, date de parution du Programme de Soins pour le Patient Gériatrique. Comparés aux données publiées, les hôpitaux de jour gériatriques belges proposent une approche plutôt à orientation diagnostique alors que certains développent la revalidation. Ils offrent, à l'aide d'une équipe multidisciplinaire, une évaluation gériatrique globale des syndromes gériatriques (déclin fonctionnel, fragilité, chutes, troubles de la mémoire, malnutrition,...) en étroite collaboration avec la première ligne et le réseau de soins. L'évaluation gériatrique standardisée a prouvé des bénéfices significatifs lors d'une hospitalisation conventionnelle qui malheureusement comporte toutefois des risques (déclin fonctionnel, chutes, confusion aiguë, iatrogénie et infections nosocomiales). L'hôpital de jour gériatrique propose donc un accès à un plateau spécifique (examens techniques et avis spécialisés) associé à une évaluation gériatrique standardisée en vue d'élaborer un plan de soin en soutien au travail de première ligne tout en évitant une hospitalisation classique.

What is already known about the topic?

Comprehensive Geriatric Assessment is an evidence-based process with proven benefits in geriatric evaluation and management. However, hospital stays are associated with an increased risk of adverse outcomes, such as functional decline, falls, delirium, iatrogenic events, or nosocomial infections.

What does this article bring up for us?

The potential benefits of a geriatric day hospital, as follows:

- 1) Access to technical examinations or specialists as an alternative to conventional hospitalization;
- 2) Comprehensive geriatric assessment aimed to implement a coordinated care program;
- 3) Good support for primary care physicians and healthcare network.

INTRODUCTION

Dans un contexte où l'efficacité est devenue un enjeu important du système des soins de santé et où la qualité des soins doit s'allier à la performance, de nouveaux modèles de prise en charge sont nécessaires. Si le processus de prise en charge gériatrique qui combine l'évaluation gériatrique standardisée et l'approche multidisciplinaire a bien démontré ses bénéfices dans les unités d'hospitalisations classiques de gériatrie à travers différentes méta-analyses, d'autres formes de soins doivent être proposées aux patients âgés fragiles (1,2). En effet, l'hospitalisation conventionnelle peut être associée à un risque accru d'affections iatrogènes et l'apparition de syndromes gériatriques comme le déclin fonctionnel, les états confusionnels, les chutes, la dépression et les infections nosocomiales. L'hôpital de jour gériatrique (HJG) offre la possibilité au patient âgé de bénéficier d'une approche multidisciplinaire ambulatoire tout en permettant également l'accès à un plateau technique spécialisé. L'objectif de cet article est de mieux faire connaître au praticien de première ligne cette structure en tant qu'alternative à l'hospitalisation classique et de résumer une quinzaine d'années d'expérience éclairée des données de la littérature.

HISTOIRE ET DÉFINITION

C'est en Angleterre, une vingtaine d'années après les premières expériences en gériatrie initiées par Marjorie Warren au West Middlesex County Hospital à Isleworth, que sont nés les premiers HJG dans le courant des années cinquante (3). Ces unités, au départ à vocation d'accueil de patients à problèmes plutôt psycho-gériatriques, proposaient un programme de réhabilitation ambulatoire aux malades. Elles se sont développées tout au long des années 1970-1980 sous forme de services centrés sur la réhabilitation « revalidation day clinics ». Une enquête du *Royal College of Physicians* parue en 1994 montrait que deux tiers des HJG en Angleterre proposaient des programmes de réhabilitation ou de maintien et un tiers avaient une activité plutôt occupationnelle (4). En Belgique, alors que les normes des lits d'index G sont fixées depuis 1984, il fallut attendre le 29 janvier 2007 pour que paraisse l'Arrêté Royal qui définit le Programme de Soins pour le Patient Gériatrique, deux années après la reconnaissance de la gériatrie comme spécialité médicale (5). Cet Arrêté définit les différents axes de l'offre de soins en gériatrie à développer dans tous les hôpitaux belges. Il développe l'unité d'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour gériatrique, la consultation de gériatrie, la liaison interne et la liaison externe. Alors que quelques expériences d'HJG existaient déjà de manière sporadique depuis le début des années 1990, après une phase financée sous forme de projet pilote durant 2 ans (2006-2007), de nombreux hôpitaux ont emboîté le pas et ont développé des HJG depuis 2008 (6).

L'HJG se définit comme « une unité qui propose une évaluation gériatrique globale, des programmes de réhabilitation et des soins spécialisés, de manière

ambulatoire, à l'aide d'une approche multi- et interdisciplinaire ». Il constitue ainsi une interface innovante entre le domicile et l'hôpital dans le but de promouvoir l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans (7). Il travaille en étroite collaboration avec le réseau de soins, en particulier la médecine de première ligne qui adresse les patients. Il propose également un support intéressant aux structures de soins de type maison de repos (MR) ou maisons de repos et de soins (MRS). En effet, il permet d'aider le médecin de famille à évaluer une situation complexe tout en donnant la possibilité de réaliser une série d'examen complémentaires dirigés (« one-stop shop approach » des anglo-saxons) (8). L'équipe multidisciplinaire aide aussi à résoudre des situations de crises subaiguës et permet d'éviter des séjours hospitaliers voire de raccourcir le cas échéant les futurs séjours en les préparant mieux.

L'offre de soins principale est de proposer une évaluation gériatrique globale (« Comprehensive Geriatric Assessment » des anglo-saxons) c'est à dire multidimensionnelle qui permet de déterminer les problèmes médicaux, fonctionnels, psychosociaux et environnementaux ainsi que les ressources disponibles des personnes âgées dans le but de planifier un plan de soins et de suivi. Les domaines évalués incluent au minimum les problèmes physiques (comorbidités), l'autonomie ou l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, les fonctions cognitives, les aptitudes motrices et le risque de chute, l'état nutritionnel, les organes des sens, l'humeur et l'anxiété, les problèmes de continence, la douleur, la médication et les facteurs contextuels dont la santé de l'aidant proche. La structure repose sur une équipe multidisciplinaire et une organisation architecturale qui permet à la personne âgée de pouvoir se sentir accueillie de manière personnalisée tout en lui offrant un confort et un accueil adapté. L'équipe multidisciplinaire inclut en général médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, neuropsychologues, diététiciens et assistants sociaux. En Belgique, selon les choix propres à chaque institution, la composition de l'équipe multidisciplinaire peut varier fortement et évoluera dans les années à venir suite au passage d'un financement forfaitaire à un système basé sur le niveau d'activité depuis 2014 dont les effets se font ressentir après trois ans. En effet, certains hôpitaux, selon le niveau d'activité atteint trois ans auparavant pourraient rencontrer des difficultés à financer l'équipe multidisciplinaire, d'autant que le financement des infrastructures a également disparu.

L'hôpital de jour gériatrique travaille en synergie avec l'ensemble du réseau en multipliant les moyens de communication à travers des contacts téléphoniques, des courriers et des rencontres. Il est aussi une plateforme d'informations facilitant le lien avec le reste du réseau. Le médecin traitant joue un rôle important en centralisant, analysant et coordonnant les diverses informations du patient. Il contacte l'équipe avant l'admission pour pouvoir fixer les objectifs de la prise en charge en concertation avec le gériatre, transmet les informations, réévalue la situation et intègre les différents résultats de l'évaluation pour

faciliter son implémentation dans le lieu de vie du patient. Les situations les plus souvent évoquées par le médecin généraliste avant une admission sont par exemple : « Je suis devant une situation médicale complexe et je souhaite un avis externe » ; « Je vois mon patient décliner et n'en comprends pas la raison » ; « Mon patient doit avoir plusieurs examens mais comment coordonner cela et l'aider lors de son accueil à l'hôpital ? » ; « Je veux un autre avis et le patient refuse une hospitalisation » ; « Je voudrais éviter une hospitalisation » ; « Mon patient chute, a des troubles du comportement ou perd la mémoire et je souhaiterais une évaluation globale de sa situation » ; « Mon patient doit être opéré ou avoir un traitement anticancéreux, peut-on l'évaluer avant ? ».

EXPÉRIENCE EN BELGIQUE

Dès 2006, une série d'hôpitaux Belges ont participé à une phase financée par le SPF (Service Public Fédéral) sous forme de projet pilote (48 HJG inclus). Cette phase fut étendue ensuite dès 2007 à 15 autres HJG. En 2008, les résultats d'une collecte prospective de données d'activités ont été publiés à partir d'un large échantillon d'HJG (53 sur 63) incluant 3509 patients dans l'ensemble de la Belgique (6). A ce moment, plus de deux tiers des HJG avaient été créés au moment du démarrage de la phase pilote et seulement 19% d'entre eux signalaient une existence de plus de 5 ans. La demande d'admission émanait du médecin traitant dans plus de 90% des cas. Dans la grande majorité des situations, la demande était planifiée. Le délai médian de réponse à la demande (délai entre la prise de rendez-vous et la consultation) était d'environ 10 jours. Une consultation préparatoire au séjour en HJG était parfois réalisée (dans 13% des cas). L'âge médian de la population qui fréquentait l'HJG était de 80 ans. Trois quart des patients référés provenaient du domicile et un quart de structures d'accueil de type MR ou MRS. Une enquête nationale réalisée en 2007 auprès de 53 hôpitaux de jours gériatriques a montré qu'en Belgique, la majorité des structures avaient un rôle diagnostique (84%) plutôt que thérapeutique (17%) ou de revalidation (6%) (6). Cette activité diagnostique se concentrait majoritairement sur l'évaluation de grands syndromes gériatriques dont les troubles cognitifs, les troubles du comportement, les troubles de la marche et chutes, le déclin fonctionnel, la malnutrition, la dépression, ... Au fil des années et selon la spécificité de chaque site hospitalier, de nombreux hôpitaux de jours se sont différenciés et ont développé des collaborations avec les autres spécialités de l'hôpital (par exemple la clinique de la mémoire).

Sur base d'un rapport du KCE publié en 2008 qui propose différentes pistes de financement de la structure, un système qui combine un financement forfaitaire et un système à l'acte a été instauré en 2014 (forfait annuel octroyé sur base du niveau d'activité pour financer le personnel associé à de nouveaux codes d'honoraires médicaux dont l'un pour l'évaluation gériatrique globale) (9). Depuis, aucune nouvelle évaluation n'a été publiée dans notre pays. Sous réserve de données objectives,

l'activité offerte au sein de chaque HJG est probablement diverse tenant compte de la spécificité de chaque site hospitalier.

REVUE DE LITTÉRATURE

Différentes dénominations ont été utilisées dans la littérature anglo-saxonne tel que « geriatric day hospital, day hospital for the elderly, outpatient geriatric evaluation unit or service, outpatient clinics, outpatient assessment service, ambulatory care unit, day care unit, postdischarge geriatric assessment unit, ... ». Elles désignent des réalités parfois très différentes. Une recherche dans la base de donnée PubMed réalisée entre 1954 et 2017 montre que seulement un peu plus d'une centaine d'articles incluent le mot « geriatric day hospital » dans leur titre. On y trouve essentiellement des articles narratifs qui présentent les expériences des structures, le type d'activité, le rôle des professionnels et l'émergence de cliniques monothématiques (cliniques des chutes, mémoire, insuffisance cardiaque, ...). Des études observationnelles décrivent l'évolution des patients et ceux qui semblent mieux profiter des programmes de revalidation offerts (10,11). Des études qualitatives évaluent la performance de certains outils diagnostiques ou d'échelles de dépistage, la satisfaction des médecins référents ou des indices de qualité de prise en charge (12,13). Il existe également deux revues systématiques dont l'une dans la Cochrane Library (14,15). En 2000, une revue Cochrane publiée par Forster *et al.* intitulée « Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care » incluait une douzaine d'études randomisées contrôlées menées surtout en Angleterre et aux Etats-Unis afin d'évaluer l'efficacité de l'HJG en tant que programme de revalidation et les comparait à d'autres formes d'approches (voir ci-dessous) (14). Les données probantes qui tentent de montrer les bénéfices de l'HJG sont complexes d'interprétation. La méta-analyse de Forster parue en 2008 incluait 13 études soit 3007 patients (15). Elle a comparé l'HJG à trois autres approches : d'autres programmes de soins avec spécificité gériatrique, la revalidation à domicile et des programmes de soins usuels sans spécificité gériatrique. Au total, les résultats montrent que l'HJG réduit la mortalité, le taux d'institutionnalisation et le risque de déclin fonctionnel si on le compare aux alternatives de soins qui n'incluent pas de spécificité gériatrique. Toutefois, ces résultats ne sont pas retrouvés en comparaison aux soins à domicile et aux alternatives qui incluent également une approche gériatrique. On observe une tendance à la réduction des hospitalisations classiques et à l'institutionnalisation. Signalons que les études incluses dans cette revue ont été publiées majoritairement entre 1960 et la fin des années 1990. Elles diffèrent fortement tant par le design utilisé, les populations exposées, le type d'interventions et mesures proposées, que des systèmes de soins qui encadrent ces projets. Cette grande hétérogénéité rend les comparaisons hasardeuses. L'analyse de la littérature montre que, avec les limites explicitées, c'est surtout l'objectif de revalidation qui est évalué dans ces essais mais qu'il est encore nécessaire d'explorer les bénéfices obtenus en terme de

fonction diagnostique et d'alternative à l'hospitalisation en incluant dans les critères de jugement la préférence des patients, l'évolution cognitive, la qualité de la prescription médicamenteuse, l'évolution des aidants, ...autant d'objectifs non évalués actuellement. Il est indispensable qu'une évaluation soit dirigée dans le contexte spécifique belge (16-17). En optimisant l'évaluation, l'expertise retenue conduira à une meilleure efficacité.

RAPPORT DE 10 ANS D'EXPERIENCE

Depuis le démarrage de la phase pilote en 2006, l'activité de la plupart des HJG n'a fait que croître. La structure tend à être mieux connue même si un travail d'information est encore nécessaire. La reconnaissance de l'expertise proposée en gériatrie, la diffusion progressive de la culture gériatrique dans l'hôpital grâce à l'action de formation des équipes de liaison interne, la meilleure formation en gériatrie des différents acteurs tendent à faire évoluer progressivement le profil des patients admis. Certains hôpitaux observent une tendance à devoir gérer des situations de plus en plus complexes. Pour mieux y répondre, de nombreux HJG ont tissé des liens plus nombreux avec des trajets de soins existants au sein des hôpitaux. La coordination de la structure devient de plus en plus complexe en essayant de combiner une approche la plus globale possible tout en évitant au patient de se déplacer à plusieurs reprises. Bien souvent, avec le soutien des directions hospitalières encouragées par les exigences de l'AR de 2007 entretemps revu en 2014, les structures ont évolué sur le plan architectural et dans le type d'offre de soins proposée. Progressivement, les équipes se sont professionnalisées en mettant en place des indicateurs d'activité, en réfléchissant à l'organisation de l'approche interdisciplinaire, en diversifiant les outils de dépistage et d'évaluation approfondie proposés. Ceux-ci ont été autrefois définis par la Société Belge de Gériatrie et de Gérontologie dans *le Belgian Geriatric Minimal Screening Tool* (BGMST) (18). Une analyse à propos de l'usage d'un outil commun d'évaluation gériatrique a été réalisée et beaucoup se préparent à utiliser l'outil Bel-RAÏ (<https://www.belrai.org/fr>) afin de faciliter la communication entre les différents acteurs (19). Pour beaucoup, le manque de disponibilité des médecins gériatres et le passage à un nouveau type de financement sont des freins à répondre aux demandes croissantes. De manière concomitante, les équipes ont dû se réorganiser en tentant d'améliorer leur efficacité. Par exemple, une adaptation du trajet de soins des patients visant à améliorer la fluidité de sa prise en charge et une optimisation des ressources en personnel soignant ont été réalisées.

PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS

Après plus de 10 ans d'expérience en moyenne, l'hôpital de jour gériatrique s'est inscrit dans l'offre de soins en gériatrie. Il en constitue un des maillons essentiels mettant l'évaluation par une équipe pluridisciplinaire spécialisée au service de la personne âgée, en interaction permanente

avec le médecin de famille, les médecins spécialistes, les services de soins et de coordinations à domicile, les structures d'hébergements et les acteurs médico-sociaux. Si les activités développées sont essentiellement diagnostiques aujourd'hui, de nombreux hôpitaux de jour développent aussi des soins plus spécialisés sous forme de cliniques thématiques comme l'approche des troubles de la déglutition, de l'incontinence, des plaies, ... tout en préservant l'approche holistique. Cette offre ambulatoire s'inscrit aussi dans l'évolution de l'offre de soins médicale belge notamment en ce qui concerne les maladies chroniques, le maintien et l'aide à l'autonomie, la consolidation de l'interface du travail en réseau. Une des perspectives importantes qui devra être développée en adéquation avec la prise en charge à domicile par le médecin de famille est l'aspect préventif. Encore aujourd'hui, la personne âgée arrive parfois tard dans l'évolution d'un des syndromes gériatriques. Cela ne permet pas aux interventions gériatriques proposées dans le plan de soins d'être efficace en termes de correction des problèmes. Elles sont alors plus axées sur des soins supportifs, voire palliatifs. Or, déterminer les facteurs de risque de déclin avec une approche plus préventive alors que le patient est encore robuste permettrait de limiter voire de raccourcir significativement la période de dépendance et dès lors d'améliorer le devenir et la qualité de vie de la personne. Un énorme travail est à accomplir dans ce domaine en gériatrie et l'hôpital de jour gériatrique est un lieu approprié pour effectuer de la prévention, toujours en collaboration étroite avec la médecine de famille. Des outils de dépistages simples et rapides sont développés en première ligne en vue de permettre une identification plus précoce des facteurs de risques de déclin fonctionnel. Ces évolutions futures s'inscrivent aussi dans le contexte d'une meilleure autonomie décisionnelle du patient. Cette mutation médicale fait de l'hôpital de jour gériatrique un outil avec un bel avenir qui répond aujourd'hui et répondra aussi demain à une demande croissante des personnes âgées elles-mêmes et des soignants.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

1. Pensez à l'hôpital de jour gériatrique comme alternative à l'hospitalisation
2. L'évaluation gériatrique standardisée permet d'améliorer les résultats cliniques et d'élaborer un plan de soin pour une personne âgée fragile
3. L'hôpital de jour gériatrique permet d'évaluer les grands syndromes gériatriques en externe (perte d'autonomie, fragilité, troubles de mémoire, chutes, incontinence, malnutrition, ...)

RÉFÉRENCES

1. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993; 342: 1032-6.
2. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338: doi: 10.1136/bmj.b50.
3. Grimley Evans J. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ*. 1997; 315: 1075
4. Parker SG, Du X, Bardsley MJ, Goodfellow J, Cooper RG, Cleary R *et al*. Measuring outcomes in care of the elderly. *J R Coll Physicians Lond*. 1994; 28 (5): 428-33.
5. 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. 29 Janvier 2007. <http://www.ejustice.just.fgov.be>
6. Van den Noortgate N, Petermans J, Velghe A, Gillain D. Rapport Evaluation du projet pilote "hôpitaux de jour gériatriques », Juillet 2008 : <https://biblio.ugent.be/publication/921705/file/921714.pdf>
7. J C Brocklehurst. Role of day hospital care. *Br Med J*. 1973 Oct 27; 4(5886): 223-225.
8. Black DA. The geriatric day hospital. *Age and Ageing*. 2005; 34: 427-429.
9. Gillain D, Velghe A, Boman X, Fecher F, Gillet P, Kolh P *et al*. Rapport KCE VOL 99B : Financement de l'hôpital de jour gériatrique : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027391.pdf>
10. Manckoundia P, Gerbault N, Mourey F, d'Athis P, Nourdin C, Monin MP *et al*. Multidisciplinary management in geriatric day-hospital is beneficial for elderly fallers: a prospective study of 28 cases. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44(1):61-70.
11. Luk JK, Chan CF. Rehabilitation outcomes of older patients at 6 months follow-up after discharged from a geriatric day hospital (GDH). *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 May-Jun;52(3):327-30
12. Pereira SR, Chiu W, Turner A, Chevalier S, Joseph L, Huang AR *et al*. How can we improve targeting of frail elderly patients to a geriatric day-hospital rehabilitation program? *BMC Geriatr*. 2010;10:82. doi: 10.1186/1471-2318-10-82.
13. Hershkovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y, Brill S. Assessing the potential for functional improvement of stroke patients attending a geriatric day hospital. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(2):243-8.
14. Forster A, Young J, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD001730.
15. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD001730. doi: 10.1002/14651858.CD001730.pub2.
16. Irvine L, Conroy SP, Sach T, Gladman JR, Harwood RH, Kendrick D *et al*. Cost-effectiveness of a day hospital falls prevention programme for screened community-dwelling older people at high risk of falls. *Age Ageing*. 2010; 39(6): 710-6.
17. Tousignant M, Hébert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing*. 2003; 32(1):53-9.
18. Pepersack T. for the College of Geriatrics. Belgian Minimum Geriatric Screening Tools for Comprehensive Geriatric Assessment. Website: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/college_van_geneesheren_voor_de_dienst_geriatrie-fr/958363_fr.pdf
19. E. Devriendt , N. Wellens, L. Vesentini, L. Van Eenoo, A. Declercq, P. Moons *et al*. BelRAI software for standardized data exchange between geriatric health care organizations. *European Geriatric Medicine*. 2012; 3: 71.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article.

AFFILIATIONS

1. CHU UCL Namur site Godinne, Avenue Dr G. Thérasse 1, 5530 Yvoir
2. Grand Hôpital de Charleroi, Site Sainte-Thérèse, Rue Trieu Kaisin 134, 6061 Charleroi
3. Hôpital de Jolimont, Rue Ferrer 159, 7100 La Louvière
4. Cliniques de l'Europe site Saint-Michel, Rue de Linthout 150, 1040 Etterbeek
5. Centre Hospitalier Régional de Namur, Avenue Albert 1er 185, 5000 Namur
6. CHU Ambroise Paré, Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons
7. Cliniques universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, 1200 Woluwe Saint-Lambert

CORRESPONDANCE

Dr. DIDIER SCHOEVAERDTS

CHU UCL Namur site Godinne
Avenue Dr G. Thérasse 1
B-5530 Yvoir

Tél portable: +32/478 33 14 02

E-mail : didier.schoevaerdt@uclouvain.be