

L'hôpital de jour gériatrique, un apport pour le médecin généraliste dans la mise au point et le suivi de troubles cognitifs

Geriatric day care hospital, an apport for the general practitioner in the management and follow-up of cognitive disorders

N. Berg¹ et D. Giet²

¹Service de Gériatrie, C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, Seraing, ²D.M.G., Université de Liège, C.H.U. de Liège

RESUME

La prise en charge des troubles cognitifs nécessite une évaluation complexe, d'autant plus que les patients sont fragiles, polypathologiques et que les complications sont nombreuses. Le médecin traitant a un rôle important dans la détection de signes évocateurs mais sa tâche n'est pas simple pour préciser le diagnostic et organiser le suivi. Il faut évaluer le patient mais également son entourage et prendre en considération les difficultés rencontrées par les aidants naturels ou professionnels. Le nombre de patients présentant des troubles cognitifs est énorme et pourrait s'accroître vu l'augmentation de l'espérance de vie et l'incidence plus élevée des démences au grand âge.

Les activités des hôpitaux de jour gériatriques se développent davantage en Belgique depuis 2006 grâce au financement de projets pilotes. Ces structures bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire dirigée par un gériatre. Le présent article aborde l'apport des hôpitaux de jour gériatriques pour le médecin généraliste dans la mise au point et le suivi de troubles cognitifs.

L'hôpital de jour gériatrique permet de réaliser, dans un environnement adapté, des mises au point diagnostiques mais également des suivis évolutifs. Les équipes pluridisciplinaires sont habituées à réaliser des bilans complexes de patients fragiles. Les différentes affections et comorbidités du patient sont évaluées en tenant compte de l'environnement dans lequel vit le patient et des aidants dont il est entouré. Les données recueillies permettent de réaliser, en symbiose avec le médecin traitant, un plan de soins optimisant l'accompagnement du patient et de son entourage.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 309-14

ABSTRACT

The management of cognitive disorders requires a complex evaluation, especially since patients are frail, polypathological and because the complications are numerous. The general practitioner (GP) has an important role in detecting predictive signs but his task to specify the diagnosis and to organize the follow-up is not easy. Evaluating the patient as well as his/her surroundings and taking into account the caregivers' difficulties is necessary. The number of patients with cognitive disorders is huge and could rise with the growth of life expectancy and the increased incidence of dementia for the elderly.

The geriatric day care hospital activities are developing further in Belgium since 2006 thanks to the funding of pilot projects. These structures are benefiting from a multidisciplinary team lead by a geriatrician. This paper presents what the geriatric day care hospital brings to the GP in the diagnosis and the follow-up of cognitive disorders.

The geriatric day care hospital realizes diagnosis and follow-up within a suited environment. The multidisciplinary teams are used to perform complex assessment of frail patients. The various patient comorbidities are evaluated taking into account both the environment in which the patient lives and his/her caregivers. The collected data allows the setup, together with the GP, of a care plan optimizing the support of the patient and his/her surroundings.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 309-14

Key words : cognitive disorders, dementia, geriatric day care hospital, geriatric comprehensive assessment, multidisciplinary evaluation

INTRODUCTION

Le monde médical mais aussi le grand public et les autorités sanitaires marquent un intérêt grandissant pour les troubles cognitifs et la prise en charge globale nécessaire dans ce type de pathologie.

Parallèlement, des hôpitaux de jour gériatriques voient le jour en Belgique plus spécialement depuis le financement de projets pilotes en 2006.

L'allongement de la durée de vie est indéniable. Les projections s'accordent pour prévoir une poursuite de cet accroissement (en dehors d'événements intercurrents). En 2000, l'espérance de vie était de 75,08 et 81,42 années pour respectivement les hommes et les femmes ; elle sera de 85,27 et 90,94 années en 2060¹. On évoque un double vieillissement de la population : en 2000, les plus de 65 ans représentaient 16,75 % de la population et parmi ceux-ci les plus de 80 ans étaient 20,79 %. En 2060, ces chiffres seront respectivement de 26,27 % et 39,50 % !

L'incidence des démences augmente de façon exponentielle avec l'âge, y compris après 90 ans².

Eurocode (Collaboration européenne dans le domaine de la démence³) estime, pour 2006, le nombre de déments à environ 166.500 en Belgique et à 7.300.000 dans les 27 pays de l'Union européenne. Selon le rapport de 2004 de l'OCDE, il y aurait 10 millions de déments dans les pays dits industrialisés. Bien que les démences ne soient pas les seules causes de troubles cognitifs, ces données à elles seules illustrent l'importance grandissante de ce type de pathologie dans notre système de santé.

TROUBLES COGNITIFS ET VIEILLISSEMENT

“ Trouble cognitif ” est un terme utilisé pour décrire la détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension et du raisonnement.

Les fonctions cognitives ne comprennent donc pas uniquement la mémoire. Ainsi les bilans neuropsychologiques explorent, outre les différents types de mémoire, le langage, les praxies, les gnosies, les fonctions exécutives, l'attention mais également des notions plus abstraites comme le raisonnement.

La distinction entre vieillissements “ normal ” et “ pathologique ” est difficile et certains auteurs préfèrent parler de vieillissement “ individuel ”⁴. En vieillissant, certaines performances mnésiques s'amenuisent ainsi que l'attention sélective mais cela n'entraîne pas de retentissement important dans la vie quotidienne.

Le langage et les fonctions exécutives ne semblent pas s'altérer avec l'âge. L'exploration des altérations pathologiques des fonctions cognitives chez le sujet âgé doit dès lors tenir compte de ces petites

variations possibles mais aussi de différences individuelles et surtout de la plus grande fragilité et fatigabilité du sujet.

Le but n'est pas ici de reprendre l'étude de tous les troubles cognitifs des personnes âgées. Si les démences, et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer, représentent une grande proportion de ce type d'affection, il existe bien entendu des troubles cognitifs faisant partie d'autres entités, par exemple ceux qui compliquent d'autres affections comme certains états confusionnels ou pathologies psychiatriques.

Un exemple type : les troubles cognitifs évocateurs de démence

Progressivement, la littérature médicale parle moins du diagnostic de démence d'une manière générale. On distingue ainsi “ la démence de type Alzheimer (DTA) ”, une des premières entités décrites qui concerne près de 60 % des patients déments et, d'autre part, “ les démences non Alzheimer ”. Ce second groupe reprend lui-même des affections très diverses (neurodégénératives, vasculaires, hydrocéphalie, infectieuses, etc.). La classification DSM-IV⁵ liste les troubles communs à toutes les démences (tableau 1) et fournit une classification des démences (tableau 2).

Tableau 1 : Critères communs aux différentes démences selon le DSM-IV.

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- 1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
 - 2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie (perturbation du langage),
 - apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
 - agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

Tableau 2 : Classification des démences selon DSM-IV.

- Démence de type Alzheimer
- Démence vasculaire
- Démence due à d'autres affections médicales générales :
 - o maladie du VIH
 - o traumatisme crânien
 - o maladie de Parkinson
 - o maladie de Huntington
 - o maladie de Pick
 - o maladie de Creutzfeldt-Jakob
 - o autres ...
- Démence persistante induite par une substance
- Démence due à des étiologies multiples
- Démence non spécifiée

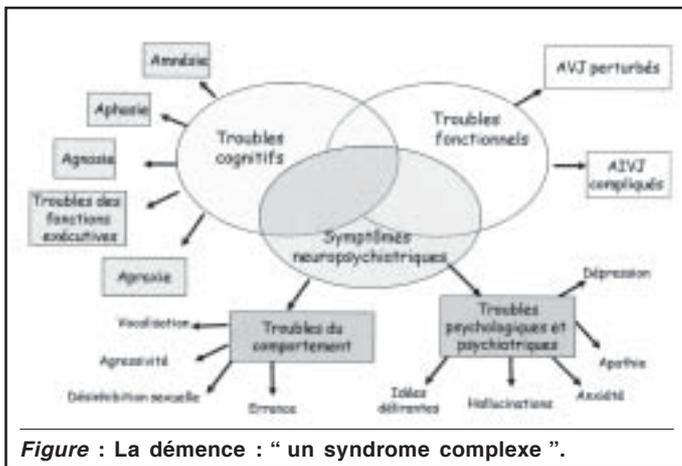


Figure : La démence : “ un syndrome complexe ”.

La démence se caractérise comme un syndrome associant des troubles cognitifs, des troubles fonctionnels et des symptômes neuropsychiatriques comme parfois des troubles du comportement (figure).

Ce ne sont pas donc uniquement les troubles de la mémoire qui font évoquer le diagnostic de démence. Lors des premières consultations, certains patients évoquent spontanément, ou sur incitation de leur entourage, des plaintes mnésiques qui les gênent ou les inquiètent. D'autres circonstances incitent à des consultations qui vont mener au diagnostic de démence.

Ainsi un “ syndrome d'altération de l'état général ” d'une personne âgée peut conduire au diagnostic de démence. Il s'agit le plus souvent d'une perte d'indépendance fonctionnelle avec une incapacité d'accomplir de manière autonome les différents actes de la vie quotidienne.

Les troubles du comportement sont également fréquemment des motifs de découverte de démence.

Il peut aussi y avoir des phénomènes pseudo-dépressifs, des troubles délirants, des hallucinations.

L'amaigrissement ou les chutes d'une personne âgée peuvent être les premiers signes évocateurs d'une démence.

L'évolution de la maladie se caractérise par une dépendance de plus en plus grande vis-à-vis de l'entourage. La plus grande fragilité des sujets explique la fréquence d'affections intercurrentes comme les troubles de déglutition, les infections répétées, etc.

Le diagnostic des troubles cognitifs et particulièrement des démences nécessite une grande rigueur étant donné l'expression parfois atypique des symptômes, l'intrication avec d'autres affections et complications ainsi que le risque de confusion avec d'autres pathologies.

C'est au médecin traitant (pour autant qu'il soit en contact avec le patient) que revient la détection des premiers signes qui peuvent être annonciateurs de

démence et justifier une éventuelle exploration⁶. Les signes évocateurs repérables par le médecin généraliste sont souvent simples mais très utiles : l'apparition de chutes, l'amaigrissement, la dépression, les hallucinations, les changements de caractère, le manque d'hygiène, les factures impayées, la perte d'autonomie, etc. A titre d'exemple, l'analyse du contenu du frigo peut s'avérer utile (“ *In frigo veritas* ” de Charles-Henri Rapin⁷). Ces signes potentiellement évocateurs étant repérés, une démarche diagnostique peut s'imposer. La démarche diagnostique des troubles cognitifs s'appuie, comme souvent en médecine, sur une anamnèse bien menée. Il convient d'écouter les plaintes du patient et de l'interroger à la recherche d'une anosodiaphorie (le patient sait qu'il a des troubles mais ne peut les préciser) ou d'une anosognosie (le patient ignore qu'il a des troubles cognitifs) mais aussi de rechercher, par des questions ciblées, tous les troubles mnésiques et cognitifs en général. Cette anamnèse doit être complétée d'une hétéroanamnèse afin de mesurer la véracité des propos du patient. Il s'agit aussi de déterminer les répercussions dans les actes de la vie quotidienne et d'évaluer les troubles du comportement (par exemple recherche d'agressivité, désinhibition, hallucinations, etc.). L'information est ensuite complétée d'un examen clinique soigneux et plus particulièrement dans le domaine neurologique. Un *Mini Mental Test* (MMS) mérite d'être réalisé. L'autonomie fonctionnelle du patient peut être évaluée par exemple par l'échelle de Katz pour les actes de la vie journalière (AVJ) ou de Lawton pour les actes instrumentaux de la vie journalière (AIVJ). Les troubles comportementaux doivent être listés, éventuellement à l'aide d'échelles validées comme le *Neuro Psychiatric Inventory* (NPI). Des examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer l'impression clinique : IRM ou scanner cérébral, bilan neuropsychologique mais aussi, selon les cas, ponction lombaire, bilan cardiovasculaire, etc.

Une fois un diagnostic précis posé, il est important d'établir un programme d'accompagnement qui constitue un plan de soins au sens large du terme. Ce dernier est évidemment évolutif. L'évaluation de tous les éléments mentionnés dans la démarche diagnostique doit être périodiquement reconduite. Une attention particulière doit être apportée à la nutrition, ce qui justifie un contrôle régulier du poids voire de certains paramètres biologiques. L'évaluation lors du suivi doit concerner également le risque de chute, la sécurité générale (par exemple, risque d'accident domestique). La recherche de pathologies associées et de comitialité peut être utile en cas de doute.

La question classique de l'entourage : “ Docteur, maman peut-elle encore vivre seule ? ” revient fréquemment. Dans ce cadre, une évaluation globale ciblant le patient, son entourage et son environnement s'avère indispensable. Des mesures juridiques (administration des biens) peuvent également être envisagées.

Enfin, tout au long de la maladie, une attention

particulière doit être portée aux aidants naturels et professionnels. Des aides doivent être apportées pour autant que cela soit possible et accepté par le patient et l'entourage⁸.

Globalement, le rôle du médecin de famille est capital pour détecter les signes alarmants. Il serait toutefois dangereux de poser des diagnostics lourds sur base d'éléments pertinents mais incomplets. Le grand nombre de paramètres et la nécessité d'examen complémentaires nécessaires pour confirmer le diagnostic de démence mais aussi exclure d'autres affections (cf. critères DSM-IV par exemple) justifient le recours à une aide spécialisée.

Par ailleurs, tout au long de la maladie, le médecin se trouve confronté à de multiples problèmes qui ne sont pas uniquement médicaux : cela nécessite souvent une collaboration multidisciplinaire et un travail d'équipe.

L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE (HJG)

Il y a une dizaine d'années, de rares hôpitaux de jour gériatriques ont été créés, sur base volontaire, dans quelques institutions belges.

En 2006, le SPF a sélectionné et financé une quarantaine de projets pilotes visant l'ouverture d'un HJG.

En mars 2007, est paru l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 fixant les normes du programme de soins pour le patient gériatrique. Ce texte prévoit que tout hôpital général doit bénéficier d'un programme de soins pour le patient gériatrique. Cinq axes sont présents : la salle d'hospitalisation, la consultation, l'hôpital de jour gériatrique, la liaison interne et la liaison externe.

Concernant l'hôpital de jour gériatrique, les projets sont encore actuellement financés de manière forfaitaire, toujours dans le cadre de projets pilotes. Progressivement, tous les hôpitaux généraux qui en ont fait la demande ont reçu l'autorisation d'ouvrir un HJG. Le financement accordé prévoit 2 équivalents temps plein (ETP) infirmiers et 1 ETP paramédical. Une équipe pluridisciplinaire est présente. Le plus souvent l'HJG peut bénéficier de neuropsychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, logopèdes, etc. L'ensemble doit être coordonné par le médecin gériatre.

Idéalement, l'admission du patient en hôpital de jour se fait à l'initiative du médecin généraliste. L'objectif est de réaliser de manière multidisciplinaire une évaluation diagnostique, une mise au point thérapeutique et/ou une réadaptation fonctionnelle.

Les hôpitaux de jour gériatriques permettent de prendre en charge de manière globale les patients âgés qui leurs sont adressés. C'est avec l'aide de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire que le gériatre peut

coordonner des séjours à but diagnostique ou pour le suivi de cas complexes. La synthèse des bilans pluridisciplinaires permet d'élaborer un plan de soins et d'accompagnement détaillé.

Ce travail se fait sur base anamnestique, de l'examen et de l'observation du patient, de la passation de divers tests standardisés, permettant ainsi la réalisation d'un " *comprehensive geriatric assessment* ". Les différents membres de l'équipe disciplinaire évaluent le patient, s'informent auprès de l'entourage et s'enquière de l'environnement.

L'ensemble de ces résultats médicaux et paramédicaux est repris dans un rapport dont la conclusion est interdisciplinaire.

Les syndromes gériatriques justifiant le plus souvent l'admission sont les troubles cognitifs (démence mais également dépression, trouble du comportement, incapacité dans les actes de la vie quotidienne, etc.), des problèmes chroniques (incontinence, douleurs, constipation, plaies, etc.), des maladies neurologiques (maladie de Parkinson, séquelle d'accident vasculaire cérébral, etc.), la perte d'autonomie, la mise au point de chutes, des troubles de la marche, de l'équilibre et de la statique, l'ostéoporose, l'anémie, des troubles nutritionnels. Il ne s'agit évidemment pas d'une liste exhaustive.

L'intérêt et le fonctionnement des hôpitaux de jour gériatriques restent encore mal connus des médecins généralistes⁹.

TROUBLES COGNITIFS ET HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE

Les apports et difficultés du médecin généraliste

Le médecin généraliste, premier référent médical des personnes âgées, se trouve donc confronté à des signes multiples non spécifiques qui doivent éveiller la possibilité de troubles cognitifs, voire de démence, pathologie fréquente au grand âge. C'est souvent le médecin traitant qui est plus à même de dépister et préciser les éléments qui changent. Lorsque le généraliste évoque la présence de troubles cognitifs, il réalise lui-même les premières approches (anamnèse, examen clinique, etc.). Toutefois la multiplicité des diagnostics possibles et la fragilité du patient compliquent la mise au point et le suivi. L'évaluation doit souvent être enrichie par des examens complémentaires (iconographie cérébrale, bilan neuropsychologique plus fouillé, etc.) impossibles ou difficiles à réaliser au domicile. Par ailleurs, une succession d'examen est souvent nécessaire. La situation nécessite donc souvent de bénéficier des compétences spécialisées, d'un plateau technique adapté. Le souci du médecin généraliste est d'éviter de perturber davantage le patient en le ballottant entre différents examens ou en l'hospitalisant. De plus, une fois le diagnostic posé, l'annonce de celui est parfois délicate : comment expliquer la complexité de l'avenir à

Tableau 3 : Diagnostic et suivi de troubles cognitifs à l'hôpital de jour gériatrique.

Troubles cognitifs	Hôpital de jour gériatrique
<p><u>Motif de consultation</u> Plaintes mnésiques, amaigrissement, troubles du comportement, de perte d'autonomie, chutes, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anamnèse médicale (antécédents et précision du motif de consultation et des plaintes actuelles, recherche des facteurs risques cardiovasculaires, comorbidité, etc.). Anamnèse infirmière (révision des 14 besoins de Virginia Anderson, évaluation des AVJ [échelle de Katz] et des AIVJ [échelle de Lawton]). Hétéro-anamnèses avec des membres de la famille s'ils sont présents mais également des structures d'aide à domicile ou du personnel de maison de repos.
<p><u>Mise au point et examen clinique</u> Un examen clinique général doit être minutieusement pratiqué de même qu'un examen neurologique. Le but est de rechercher les signes sémiologiques de la démence mais également des autres comorbidités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique réalisé dans un local adapté (table d'examen assez basse, local facilement accessible en chaise roulante, aide si nécessaire d'une infirmière, un pèse-personne siège permet de peser les patients ne sachant tenir debout, etc.).
<p><u>Evaluation cognitive</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Testings simples (MMS) voire très complexes (par neuropsychologue), étudiant les différents types de mémoire et les fonctions exécutives.
<p><u>Environnement et évaluation des capacités du patient</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation de l'environnement dans lequel vit le patient (anamnèses médicale et infirmière mais, également selon nécessité, par l'ergothérapeute). En fonction des données recueillies, bilans complémentaires explorant les capacités du patient (exemples : le patient se sert-il correctement de sa canne ? Peut-il encore conduire ?).
<p><u>Examens médicaux complémentaires</u> pour préciser le diagnostic et évaluer les comorbidités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Iconographie cérébrale (le plus souvent IRM). Si nécessaire, iconographie fonctionnelle (par exemple scintigraphie). Un bilan cardiovasculaire, selon les nécessités, avec échographie cardiaque, Doppler des vaisseaux du cou.
<p><u>Biologie sanguine</u> d'orientation générale comprenant entre autres le bilan thyroïdien, les dosages des vitamines D, B12, acide folique et ferritine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prélèvements (adaptés aux données déjà connues) effectués durant le séjour du patient et adressés directement au laboratoire. Formule de Cockcroft est systématiquement appliquée (grâce au poids du patient) et permet d'évaluer fiablement la fonction rénale.
<p><u>Comorbidités et/ou complications</u> Divers troubles sont systématiquement recherchés : troubles de déglutition, troubles nutritionnels, marche, etc., ?</p>	<p>Selon les nécessités :</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervention et évaluation précise par la diététicienne (réalisation entre autres d'un <i>Mini Nutritional Assessment</i> MNA). Bilan logopédique (éventuellement pour préciser des troubles phasiques mais le plus souvent centrés sur les problèmes spécifiques de déglutition). Evaluation de la marche par kiné (avec un test de double tâche comme marcher en parlant).
<p>Evaluation du vécu, des difficultés et des besoins rencontrés par les <u>accompagnants</u> dont la souffrance peut être conséquente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Discussion sur le vécu de la situation en dehors de l'hôpital. Recherche de <i>burn out</i>. Intervention du service social auprès du patient et/ou son entourage, si des insuffisances d'aides apparaissent à domicile.
<p><u>Troubles comportementaux</u> Une évaluation des troubles du comportement et problèmes psychiatriques est souhaitable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Observation du patient durant le séjour. Réalisation du <i>Neuro Psychiatric Inventory</i> (NPI) de manière systématique lors de la mise au point de la démence (également lors des suivis).
<p>Une fois le diagnostic posé, un <u>traitement</u> peut être instauré. <u>Un plan de soins</u> peut être proposé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Explication du diagnostic, des attitudes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses à la famille. Demandes de remboursement adressées à la mutualité. Plan de soins réalisé en concertation entre patient, entourage, médecin traitant, le gériatre et l'équipe pluridisciplinaire expérimentée. Contact rapproché avec le médecin traitant dans les cas complexes pour s'assurer de la cohérence de la prise en charge. Rapport interdisciplinaire.
<p><u>Suivi</u> Une fois le diagnostic posé et le traitement instauré, un suivi régulier peut s'avérer utile, d'une part pour voir l'efficacité des mesures proposées et, d'autre part, pour guetter l'apparition de complications de la maladie démentielle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluation pluridisciplinaire proposée (suivi d'évolution, adaptations thérapeutiques, analyse de tout nouveau phénomène). Adaptation du plan de soins interdisciplinaire.

un patient altéré et que communiquer à l'entourage ? L'aide d'un spécialiste est parfois utile^{10,11}.

Hôpital de jour gériatrique : un outil complémentaire au service du patient, une aide dans la pratique du généraliste

Les troubles cognitifs, et plus particulièrement les évolutions démentielles, sont des exemples de pathologies dont le diagnostic et la prise en charge pourraient être optimisés par le passage à l'hôpital de jour gériatrique. Dans le cadre des démences, on ne soigne pas vraiment une maladie mais on accompagne plutôt un patient atteint d'une maladie chronique ainsi que son entourage.

Le tableau 3 mentionne les possibilités offertes lors d'un passage à l'hôpital de jour gériatrique en termes d'éléments diagnostiques et de suivi.

CONCLUSION

Le terme "trouble cognitif" évoque le plus souvent la maladie d'Alzheimer mais il recouvre bien d'autres choses. Dans les prochaines décennies, le vieillissement de la population et l'incidence élevée de démences au grand âge induiront un grand nombre de patients cognitivement altérés.

C'est au médecin traitant que revient le plus souvent de détecter les premiers signes qui mènent à la recherche de troubles cognitifs et éventuellement au diagnostic de démence. Le généraliste connaît souvent la situation à domicile, le lieu de vie du patient où il assure le plus souvent un suivi longitudinal depuis de nombreuses années. Toutefois, dans le contexte de la médecine générale, préciser le diagnostic de troubles cognitifs, annoncer l'existence d'une maladie importante et établir le suivi n'est pas toujours tâche aisée.

A la demande du généraliste, une admission à l'hôpital de jour gériatrique peut être programmée.

L'hôpital de jour gériatrique offre au patient présentant des troubles cognitifs une approche globale comprenant une exploration médicale classique associée à une évaluation pluridisciplinaire. Une équipe de professionnels évalue les différentes sphères de l'autonomie du patient et divers risques tels ceux de déglutition, de malnutrition, de chutes, etc. L'avantage de ce type de structure est de permettre au patient l'accès à des services médicaux et paramédicaux parfois très pointus, en un minimum de temps et de déplacements.

Dans ces conditions, appuyé par une exploration minutieuse, en bon accord avec le médecin traitant, un diagnostic plus précis - parfois lourd de conséquences - peut être posé et expliqué, tant au patient qu'à son entourage.

Cette exploration et ce suivi s'effectuent en parfaite collaboration entre médecin traitant et gériatre

et c'est grâce à des échanges d'informations qu'un plan de soins global peut être proposé. Le gériatre peut participer à l'annonce du diagnostic au patient et/ou son entourage.

Le plan d'accompagnement comprend des programmes de suivi, d'éducation, d'encadrement. La compliance thérapeutique est surveillée et une attention particulière est portée à l'aide aux aidants "dits naturels".

En Belgique, les structures de type HJG ne sont pas encore largement répandues mais elles se développent. Elles apparaissent également dans plusieurs pays. Même s'il n'y a pas encore beaucoup de données prouvant un avantage financier (méthodes d'analyse complexes avec comparaison difficile avec groupe témoin), ce type de structures semble de plus en plus apprécié par le médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPF Economie, Direction générale Statistique et Information économie. <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/index.jsp>
2. Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH : Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old : the 90+ study. *Ann Neurol* 2010 ; 67 : 114-21
3. European Collaboration on Dementia (EuroCoDe) Technical Report (2006-2008). http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/action1_2005_frep_10_en.pdf
4. HAS : Les troubles cognitifs du sujet âgé (en dehors des démences). 3^{ème} vague de réévaluation des médicaments - 2006. www.has-santé.fr
5. American Psychiatric Association : Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par Gueffi JD *et al.* Paris, Masson, 1996
6. Villars H, Oustric S, Andrieu S *et al.* : The primary care physician and Alzheimer's disease : an international position paper. *J Nutr Health Aging* 2010 ; 14 : 110-20
7. Boumendjel N, Herrmann F, Girod V, Sieber C, Rapin CH : Refrigerator content and hospital admission in old people. *Lancet* 2000 ; 356 : 563
8. Smits CH, de Lange J, Dröes RM, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot AM : Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers : a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 22 : 1181-93
9. Vanden Bussche P, Desmyter F, Duchesnes C *et al.* : Geriatric Day Hospital : Opportunity or Threat ? A Qualitative Exploratory Study of The Referral Behaviour of Belgian General Practitioners. *BMC Health Serv Res* 2010 ; 10 : 202
10. Coley N, Ousset PJ, Andrieu S, Matheix Fortunet H, Vellas B : Memory complaints to the general practitioner : data from the GuidAge study. *J Nutr Health Aging* 2008 ; 12 : 66S-72S
11. Pepersack T : L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Rev Med Brux* 2008 ; 29 : 89-93

Correspondance et tirés à part :

N. BERG
C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye
Service de Gériatrie
Rue Laplace 40
4100 Seraing
E-mail : n.berg@chbah.be

Travail reçu le 18 mai 2010 ; accepté dans sa version définitive le 8 juillet 2010.