



**HAL**  
open science

# Dispositifs de prise en soin des patients souffrant d'un syndrome démentiel en France : la place des hôpitaux de jours

Élizabeth Tallon

► **To cite this version:**

Élizabeth Tallon. Dispositifs de prise en soin des patients souffrant d'un syndrome démentiel en France : la place des hôpitaux de jours. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01020850

**HAL Id: dumas-01020850**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01020850>**

Submitted on 8 Jul 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS**  
**FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

---

Année 2013

Thèse N ...

**DISPOSITIFS DE PRISE EN SOIN DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN  
SYNDROME DEMENTIEL EN FRANCE :  
LA PLACE DES HÔPITAUX DE JOURS**

THESE

Présentée à l'Université Nice-Sophia Antipolis

pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

par

**Elizabeth TALLON**

Née le 17 août 1981 à Angoulême

Directeur de thèse :

Monsieur le professeur Jean-Pierre CLEMENT

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur D. PRINGUEY

M. le Professeur A. FRANCO

M. le Professeur J.-P. CLEMENT

M. le Docteur F. VIEBAN

Mme le Docteur K. ALBERHNE

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité

---

Soutenu publiquement le 7 octobre 2013



## UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

---

 Liste des professeurs au 1er mars 2013 à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. SCALABRE Grégory
<b>Chef des services administratifs</b>	Mme HIZEBRY Valérie
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
<b>Professeurs Honoraires</b>	M. LAMBERT Jean-Claude M. LAPALUS Philippe M. LAZDUNSKI Michel M. LEFEBVRE Jean-Claude M. LE BAS Pierre M. LE FICHOUX Yves M. LOUBIERE Robert M. MARIANI Roger M. MASSEYEFF René M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean Mme MYQUEL Martine M. OLLIER Amédée M. SCHNEIDER Maurice M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M. ZIEGLER Gérard
<b>M.C.A. Honoraire</b>	Mlle ALLINE Madeleine
<b>M.C.U. Honoraires</b>	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie M. EMILIOZZI Roméo M. GASTAUD Marcel M. GIRARD-PIPAU Fernand Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

- M. BENCHIMOL Daniel Chirurgie Générale (53.02)  
 M. CAMOUS Jean-Pierre Thérapeutique (48.04)  
 M. DELLAMONICA Pierre Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. DESNUELLE Claude Biologie Cellulaire (44.03)  
 Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)  
 M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)  
 M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)  
 M. FRANCO Alain Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)  
 M. GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)  
 M. GÉRARD Jean-Pierre Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)  
 M. GRIMAUD Dominique Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)  
 M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)  
 M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénérologie (50.03)  
 Mme LEBRETON Élisabeth Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)  
 M. ORTONNE Jean-Paul Dermato-Vénérologie (50.03)  
 M. PRINGUEY Dominique Psychiatrie d'Adultes (49.03)  
 M. SANTINI Joseph O.R.L. (55.01)  
 M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
 M. VAN OBBERGHE  
 N Emmanuel Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

- M. AMIEL Jean Urologie (52.04)  
 M. BATT Michel Chirurgie Vasculaire (51.04)  
 M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)  
 M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)  
 M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
 M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
 Mme CRENESSE Dominique Physiologie (44.02)  
 M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)  
 M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)  
 M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)  
 M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)  
 M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)  
 M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)  
 Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)  
 M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)  
 M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)  
 M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)  
 M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
 M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)  
 M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
 M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)  
 Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)  
 M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
 M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)

M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)  
 M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)  
 M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)  
 M. TRAN Albert Hépatogastroentérologie (52.01)

### **PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M. ALBERTINI Marc Pédiatrie (54.01)  
 Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)  
 M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)  
 M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)  
 Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie – Génétique (47.02)  
 M. BOUTTE Patrick Pédiatrie (54.01)  
 Mlle BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)  
 M. CANIVET Bertrand Médecine Interne (53.01)  
 M. CARLES Michel Anesthésiologie Réanimation (48.01)  
 M. CASSUTO Jill-Patrice Hématologie et Transfusion (47.01)  
 M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)  
 M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
 M. DUMONTIER Christian Chirurgie plastique  
 M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)  
 M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48.04)  
 M. FREDENRICH Alexandre Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)  
 Mlle GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)  
 M. GUÉRIN Olivier Gériatrie (48.04)  
 M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
 M. JOURDAN Jacques Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)  
 M. LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
 M. PASSERON Thierry Dermato-Vénérologie (50.03)  
 M. PRADIER Christian Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)  
 M. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)  
 M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)  
 M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)  
 M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)  
 M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)  
 M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
 M. VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
 M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)  
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)  
 M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54.02)  
 Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
 M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)  
 Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)  
 M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)  
 M. GIUDICELLI Jean Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)  
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)  
 Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie–Virologie (45.01)  
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)  
 M. MAGNÉ Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)  
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)  
 M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)  
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)  
 Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
 M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)  
 M. TESTA Jean Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)  
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

#### **PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et Cytologie Pathologiques  
 M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale  
 Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale  
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale  
 M. PAPA Michel Médecine Générale

#### **PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M. BERTRAND François Médecine Interne  
 M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie  
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie  
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation  
 M. MAGNÉ Jacques Biophysique  
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

## REMERCIEMENTS

---

---

A notre Président du jury de thèse :

**Monsieur le Professeur Dominique Pringuey.** Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de toute ma reconnaissance tant pour vos enseignements que pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mon cursus de troisième cycle.

Aux membres du jury de thèse :

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre Clément.** Vous m'avez soutenue dans toutes mes démarches et m'avez donné l'opportunité de découvrir la psychiatrie du sujet âgé. Merci de continuer à me faire confiance en me proposant le poste de Chef de Clinique au Centre Jean-Marie Léger. J'espère m'en montrer digne et ne pas décevoir vos attentes.

**Monsieur le Professeur Alain Franco.** Vous me faites l'honneur de bien vouloir juger mon travail.

**Monsieur le Docteur François Viéban,** tu m'as transmis ta passion de la psychiatrie de la personne âgée et donné l'envie de m'y engager. Sois sûr de ma reconnaissance et de mon amitié.

**Aux Docteurs Thierry et Karine Alberhne :** vous m'avez donné le goût d'un exercice atypique de la psychiatrie, ouvert sur les expériences de la prise en charge ambulatoire. Votre enseignement de la pratique systémique guide toujours mon approche des malades et de leur entourage. C'est avec vous également que j'ai découvert la modalité de soin des visites à domicile et de l'hospitalisation de jour, qui fait l'objet de mon travail de thèse. Merci Karine d'avoir accepté de participer à mon jury. Soyez assurés tous deux de ma gratitude et de mon amitié.



Aux **Docteurs V. CHOPLAIN** (HDJ du Mont d'Or) ; **M.-H .COSTE** (HDJ de Lyon-Villeurbanne) ; **R. ASZADOURIAN** (HDJ Bach et Boussingault, Paris), **F. BONTE** (HDJ Notre Dame du Bon Secours, Paris), **I. SERVENT**, (HDJ Libourne), ainsi qu'à leurs équipes soignantes, pour m'avoir accueillie au sein de leur hôpital de jour et permis d'en consulter les dossiers. Je remercie tout particulièrement le **Docteur M.-F. AH SOUNE** (HDJ de Gradignan) qui m'a permis d'exploiter dans ce travail de thèse le recueil de données qu'elle collige depuis 2002 au sein de son HDJ.

Au Docteur **J.-M. MICHEL**, président de l'APHJPA pour sa bibliographie, au Docteur **T. MONAT** pour avoir pris le temps de remplir le questionnaire pour l' HDJ de Vichy

A **Madame Annie DRUET-CABANAC** pour son aide aux calculs statistiques.

Aux **Docteurs M.-F. BERTHIER, J.-F. TESSIER, H. MERVEILLE** et **B. CALVET** et toute l'équipe des hôpitaux de jours du centre du patient âgé et de l'EMESPA.

A tous les psychiatres niçois ayant participé à ma formation d'interne.

Aux psychiatres du CH Esquirol, et plus particulièrement du pôle de psychiatrie de la personne âgée, qui m'ont accueillie et avec qui j'aurai grand plaisir à travailler ces prochaines années.

Aux malades de l'hôpital de jour Naomi Feil.

A **Benoît** pour avoir assuré la logistique pendant les derniers mois de ce travail...

A mes filles chéries **Pauline et Juliette**.

A **mon père** et **ma mère** pour leur dévouement inconditionnel et leur contribution à cette étude. MERCI. Dédicace spéciale à papa pour les enregistrements audio des cours de P1 sans lesquels cette thèse n'aurait pas eu lieu d'être...

A mon frère **Samuel** et ma sœur **Thérèse**.

A mes grands-parents : **Jean, Thérèse, Augustine et Gustave**.

A mes oncles et tantes, particulièrement tonton **Serge** et **Yvonne**. A **Mauricette** et **Auguste**.

A mes cousins et cousines. A **Hubert-Alexis** et **Kristell**.

A **Brigitte** et **Estelle**.

A mes amis.

## TABLE DES MATIÈRES

---

Remerciements .....	4
Introduction .....	8
Contexte et enjeux de l'étude .....	11
Les syndromes démentiels en France : Impact sanitaire, social et médico-économique.....	12
Impact sanitaire des syndromes démentiels .....	13
Impact Médico-social .....	18
Impact médico économique.....	18
Le dispositif français de prise en soin des sujets déments.....	20
Le dispositif de prise en charge et ses acteurs .....	21
Les thérapeutiques médicamenteuses .....	27
Les thérapeutiques non médicamenteuses.....	29
L'hospitalisation de jour dans la prise en soin des patients déments : genèse et enjeux actuels :.....	31
Historique .....	32
L'HDJ dans la prise en soin actuelle des personnes démentes :.....	33
Les enjeux sanitaires, sociétaux et médico économiques de l'HDJ: .....	34
Etudes d'impact de l'hospitalisation de jour sur les troubles psychocomportementaux et le devenir des patients souffrant d'un syndrome démentiel. ....	36
Etude préliminaire .....	37
Objectifs .....	37
Matériel et méthode.....	37
Résultats .....	38
Première étude.....	63
Objectifs .....	63
Matériel et méthode:.....	63
Résultats: .....	64
Deuxième étude.....	71
Objectifs .....	71
Matériel et méthode:.....	71

Résultats .....	72
Place des HDJ au sein de la filière de soin des patients souffrant d'un syndrome démentiel : conditions d'une prise en soin réussie.....	82
Discussion .....	83
Limites méthodologiques .....	83
Elements clefs.....	83
Implications de l'étude et propositions.....	85
Pour la pratique en HDJ .....	85
Pour la recherche : .....	86
Pour la filière de soins dédiés aux MAMA .....	87
Conclusion.....	91
Sur le plan de l'analyse d'impact : .....	92
Sur le plan de la coordination entre HDJ et autres acteurs de la filière de soins.....	93
Sur le plan local : .....	93
Annexes.....	94
Annexe 1 : Critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer .....	95
Annexe 2 : Critères diagnostiques de la démence vasculaire.....	97
Annexe 3 : Critères de Mc Keith.....	98
Annexe 4 : Critères diagnostiques des DLFT : .....	99
Annexe 5: Les techniques de soins non médicamenteux : .....	102
Interventions portant sur la cognition.....	102
Interventions portant sur l'affect et le comportement : .....	103
Annexe 6 : Données colligées dans l'enquête préliminaire auprès des hôpitaux de jour.....	106
Annexe 7 : Données colligées dans chaque dossier patient pour la première étude.....	107
Liste des abréviations .....	108
Résumé.....	109
Bibliographie.....	110

## INTRODUCTION

---

Très médiatisés ces cinq dernières années, les syndromes démentiels renvoient aujourd'hui à de multiples pathologies regroupées sous le terme de «Maladie d' Alzheimer et Maladies Apparentées» ou «MAMA». Parfois encore minimisés et attribués à tort à une sénilité « bien normale pour l'âge », ils sont souvent source d'angoisses, d'incompréhensions et de fantasmes au point d'être parfois qualifiés d'affections « déshumanisantes ».

En France, l'étude PAQUID (69) a permis d'évaluer le nombre de malades à environ 856 000 en 2004 et le taux d'incidence à 225 000 nouveaux cas par an (32). Les projections épidémiologiques estiment que le nombre de personnes atteintes en 2020 sera de 1 300 000. (63)

A terme, les MAMA engendrent des dépendances physiques, intellectuelles et sociales qui retentissent sévèrement sur la vie des malades et de leurs aidants<sup>i</sup>. Elles sont la cause principale de dépendance lourde et d'entrée en institution des personnes âgées. (51)

Compte tenu de l'enjeu médical, social, scientifique et économique que représentent ces maladies, les pouvoirs publics ont engagé une vaste réflexion ayant abouti à la création de trois « plans Alzheimer » consécutifs depuis 2001 (1; 2; 3). Parmi leurs mesures phares, ces plans prévoient le développement des structures dites « de répit », dont notamment les accueils de jours<sup>ii</sup>. Il s'agit de recevoir les malades une ou plusieurs journées par semaine dans le but de favoriser leur maintien à domicile en évitant l'épuisement des aidants familiaux. Appartenant au champ social ou médico-social, ils sont partiellement financés par les conseils généraux par le biais de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), avec un reste à la charge de l'utilisateur.

La mesure n°1B du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit que tous ces accueils de jour se dotent d'une vocation thérapeutique forte (3). Ils doivent désormais répondre à un cahier des charges précis, élaboré par l'ANESM<sup>iii</sup> et l'HAS<sup>i</sup>, qui inclut une large offre de soins destinée au couple aidant-aidé (4).

---

<sup>i</sup> Les aidants sont les conjoints ou membres de la famille qui voient leur vie « restreinte par le besoin de fournir des soins à une personne dans l'incapacité de vivre à domicile sans aide » (définition de l'association britannique des aidants)

<sup>ii</sup> Définition de l'accueil de jour : Les accueils de jour proposent des accueils à la journée à des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils ont comme objectifs principaux de préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs proches. Autonomes ou rattachés à une structure (EHPAD, SSIAD), ils rentrent dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux définis par le code de l'action sociale et des familles. (20)

<sup>iii</sup> ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Dès lors que ces accueils de jours, appartenant au secteur social, s'inscrivent dans une dimension thérapeutique spécialisée, se pose la question de leur différenciation d'avec les hôpitaux de jours.

Les hôpitaux de jours (HDJ) sont définis par une circulaire ministérielle de 1971 comme *"Unités destinées à des personnes âgées dont l'état nécessite des soins que pourraient donner un personnel médical, infirmier, kinésithérapeute, sans que l'hébergement ne soit pour autant nécessaire"*. Ils reçoivent les patients sur une ou plusieurs journées par semaine à des fins d'évaluation, de réadaptation, de traitement et de suivi pluridisciplinaire.

Ils constituent également une alternative à l'hospitalisation complète en cas de décompensation liée aux MAMA, qu'elle soit d'ordre thymique, anxieuse, psychotique ou comportementale. Etablissements de soins appartenant au secteur sanitaire, ils sont pris en charge par l'assurance maladie à 100% pour les syndromes démentiels au titre de l'ALD 15.

L'Association pour la promotion des hôpitaux de jours pour personnes âgées (APHJPA) estime actuellement leur nombre à 195 sur le territoire national (6).

Pourtant, aucun des trois plans gouvernementaux ou des rapports ayant précédé leur élaboration ne fait mention de cette modalité de soin dans le dispositif de prise en charge dédié aux MAMA. Seule la circulaire du 30 mars 2005, relative à l'application du plan Alzheimer les cite comme étant rattachés aux consultations mémoire et aux CMRR<sup>ii</sup>, à des fins diagnostiques : *« L'hôpital de jour est une structure en milieu hospitalier qui permet de réaliser en une journée un bilan complet afin d'évaluer les troubles de la mémoire, de poser un diagnostic, de proposer ou d'ajuster un traitement. Tous les centres experts et certaines consultations mémoire disposent d'un hôpital de jour. »* (58).

Une étude de 2010 de la CNSA<sup>iii</sup> pointe le risque de confusion entre les hôpitaux de jours, et les accueils de jours et souligne l'existence d'une possible concurrence entre ces deux types de services.<sup>iv</sup> La coexistence de ces dispositifs, l'un dans le champ sanitaire et l'autre dans le champ médico-social poursuivant des objectifs peu différenciés aux yeux des usagers, voire de certains professionnels pose question d'autant que certains accueils de jour revendiquent une orientation thérapeutique et déclarent recevoir une population identique à celle d'un hôpital de jour (10).

---

<sup>i</sup> Haute autorité de santé

<sup>ii</sup> Centre de Mémoire, de Ressources et de recherche.

<sup>iii</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

<sup>iv</sup> *« La confusion entre « accueil de jour » et « hôpital de jour » présente dans les esprits des usagers, est relayée par les professionnels qui manipulent l'un et l'autre, en fonction du contexte local, de la situation familiale, et de l'évolution de la maladie. Des usagers ayant bénéficié d'hospitalisations dites « de répit » ou d'une prise en charge en hôpital de jour ne comprennent pas la différence avec l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour, ils n'identifient pas toujours les objectifs de chaque prise en charge, et expriment leur incompréhension de la différence des modes de financement entre les deux secteurs. »* (10)

L'objet de ce travail sera de répondre à la question de la légitimité et de la pertinence de l'utilisation de l'hôpital de jour dans cette indication.

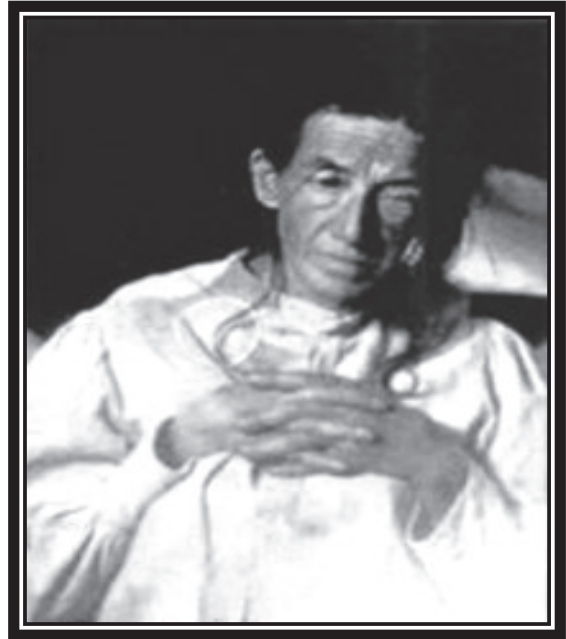
Une première partie situera le contexte de l'étude par un rappel de la clinique et des enjeux de santé publique posés par les syndromes démentiels. Elle présentera également le dispositif français de leur prise en charge ainsi qu'une revue de la littérature sur l'hospitalisation de jour des patients souffrant de démence.

Dans une seconde partie seront présentées trois études évaluant l'impact de la prise en soin en HDJ sur les signes psychocomportementaux liés à la démence, la cognition et le devenir des malades.

La synthèse de ces travaux tâchera de définir les indications, objectifs et limites de l'hospitalisation de jour dans la prise en soin des malades déments et d'en clarifier les missions spécifiques.

Enfin, nous concluons ce travail par des propositions visant à améliorer la coordination entre les différents acteurs et à rationaliser l'accès au système de soin pour les malades souffrant de MAMA et leurs aidants.

Auguste D, 51 ans, premier cas de démence décrit par le docteur Alois Alzheimer en 1906



## **CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ÉTUDE.**

---

---

« Une vague de trente mètres de haut  
que personne ne voit véritablement venir » (i)

**LES SYNDROMES DÉMENTIELS EN FRANCE : IMPACT SANITAIRE,  
SOCIAL ET MÉDICO-ÉCONOMIQUE**

---

---

i Philippe Douste-Blazy (ministre des solidarités, de la santé et de la famille), dans un entretien accordé au journal Le Monde, édition du mardi 14 septembre 2004.



## IMPACT SANITAIRE DES SYNDROMES DÉMENTIELS<sup>i</sup>

Les pathologies démentielles sont des maladies neuropsychiatriques. Elles sont souvent liées à un processus neurodégénératif, mais peuvent aussi avoir pour origine une cause cérébrovasculaire, infectieuse, toxique, carencielle, traumatique ou tumorale.

Leur champ nosographique a été défini par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'American psychiatric association respectivement au sein de la CIM-10 et du DSM.

Les critères diagnostiques associent des déficits cognitifs multiples (mémoire, idéation, orientation, compréhension, calcul, capacité d'apprendre, langage, jugement) en l'absence de syndrome confusionnel. Ces déficiences retentissent sur le fonctionnement du sujet et peuvent s'accompagner d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. L'atteinte organique peut être mise en évidence par examens complémentaires (IRM, ponction lombaire...).

**Tableau 1 : Les différents types de syndromes démentiels.**

<p><u>Démences dégénératives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Maladie d'Alzheimer</li> <li>-Dégénérescences lobaires fronto-temporales :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aphasie Primaire Progressive</li> <li>-Démence sémantique</li> <li>-Démence fronto-temporale (Maladie de Pick)</li> </ul> </li> <li>-Démence à corps de Lewy</li> <li>-Démence parkinsonienne</li> <li>-Dégénérescence cortico-basale</li> <li>-Maladie de Huntington</li> <li>-Paralysie supra-nucléaire progressive</li> </ul> <p><u>Démences cérébro-vasculaires:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Par infarctus unique ou multiple, corticaux ou sous-corticaux.</li> <li>-Maladie de Binswang</li> <li>-Démence par infarctus cérébraux multiples: héréditaires, CADASIL</li> <li>-Angiopathie Amyloïde</li> </ul> <p><u>Démences mixtes (dégénérative et vasculaires)</u></p>	<p><u>Traumatiques ou apparentées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tumorales</li> <li>- Post-TC</li> <li>- Post anoxique</li> <li>- Hématome sous dural chronique</li> <li>- Hydrocéphalie à pression normale</li> </ul> <p><u>Autres démences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carencielles (vitamines B1, B6, B12, PP, etc.)</li> <li>- Endocrinienne (dysthyroïdies.)</li> <li>- Infectieuses:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syphilis                    -Wihpple</li> <li>- SIDA                        -Encéphalites virales</li> <li>- Lyme                        -Méningites chroniques</li> </ul> </li> <li>- A prion (Maladie de Creutzfeld-Jakob)</li> <li>- Liée à maladie inflammatoire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Syndrome de Sjogren</li> <li>- Vascularites</li> <li>-Lupus</li> <li>-Sarcoïdose</li> <li>- Sclérose en plaque</li> </ul> </li> <li>- Toxiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- alcool, solvants organiques</li> </ul> </li> </ul>
--	---

Nous ne décrivons ici que les principales démences dégénératives ou à composante vasculaire dont la prise en charge fait l'objet de notre étude.

<sup>i</sup> En France la prévalence des MAMA chez les sujets de 75 ans et plus est estimée à 17,8% soit environ 856 662 personnes et l'incidence à 225 263 nouveaux cas par an. (9) Chez les jeunes l'étude EURODEM (1991) estimait à 32 000 le nombre de personnes de moins de 65 ans atteintes en France. Le rapport de l'OPEPS en 2005 émettait l'hypothèse que ces chiffres seraient en fait largement sous-estimés. (9)

### LA MALADIE D'ALZHEIMER :

Première cause de syndrome démentiel (70% des cas), la maladie d'Alzheimer est liée à un processus neurodégénératif. Son début est généralement insidieux et lié à des lésions essentiellement hippocampiques qui peuvent s'étendre progressivement à l'ensemble du cortex cérébral. Les principales lésions sont formées par des dépôts de plaque amyloïdes extracellulaires et des dégénérescences neurofibrillaires (accumulation intracellulaire de protéines tau anormalement phosphorylées) qui aboutissent à une mort neuronale.

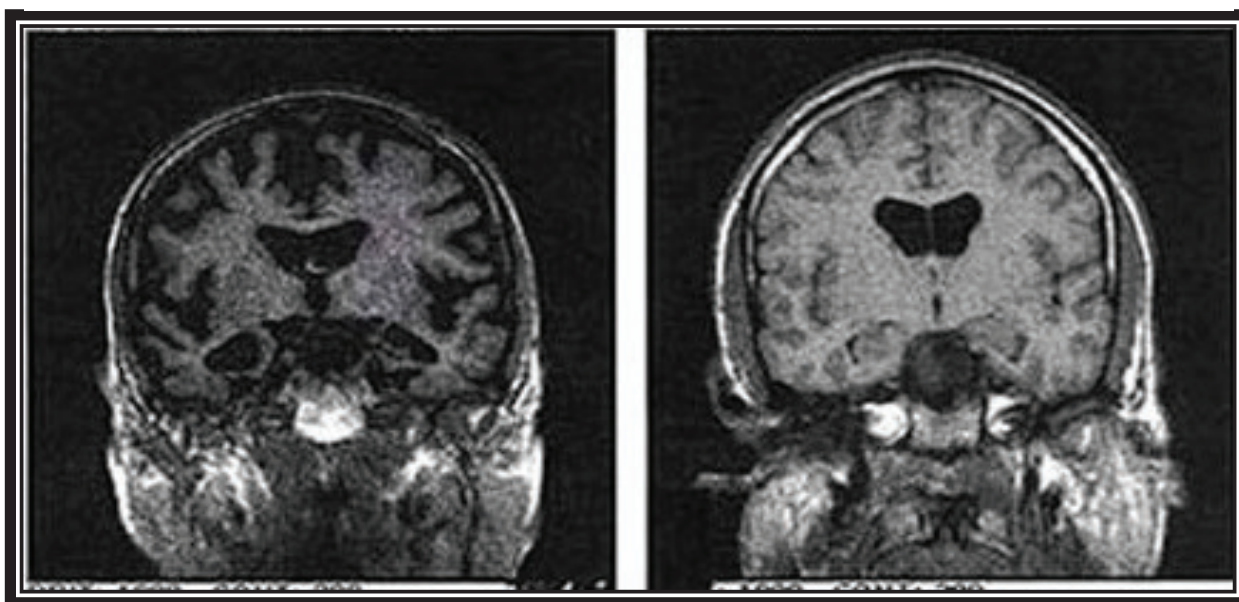
De fait elles se traduisent cliniquement par une atteinte mnésique, dominée par l'altération des mémoires épisodiques, sémantiques et de la mémoire de travail. La mémoire procédurale reste quant à elle longtemps préservée. Ces déficits mnésiques se compliquent par des troubles phasiques, praxiques et gnosiques. Il en résulte un déclin progressif global de l'ensemble des fonctions cognitives.

La progression du déclin cognitif est d'une grande variabilité en fonction des individus. Elle n'est ni homogène ni linéaire dans le temps. Elle s'accompagne d'une perte d'autonomie sévère et de l'apparition d'une dépendance.<sup>i</sup>

Par ailleurs, son évolution est souvent émaillée de troubles psychocomportementaux.

De très nombreux critères diagnostiques ont été proposés. Nous exposons en annexes 1 ceux du DSM-IV (5) et du ceux du NINCDS-ADRDA<sup>ii</sup> qui sont recommandés en France par la HAS.

Figure 1: atrophie cérébrale chez un malade d'Alzheimer (Gauche), cerveau normal de même âge.



<sup>i</sup> L'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide

<sup>ii</sup> (National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/ Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, 1984).

## **LES DÉMENCES VASCULAIRES (DV) ET LES DÉMENCES MIXTES**

Deuxième cause de MAMA (15% des cas), la démence vasculaire est liée à des lésions vasculaires cérébrales. Dans 20% des cas elles s'associent à des lésions dégénératives de type Maladie d'Alzheimer. On parle alors de démences mixtes.

Il existe plusieurs formes de démences vasculaires (voir tableau 1). En France, l'HAS recommande d'utiliser les critères diagnostiques NINDS-AIREN ou ceux du DSM-IV-TR., qui sont présentés en annexe 2.

## **DÉMENCE À CORPS DE LEWY ET AUTRES DÉMENCES PARKINSONNIENNES.**

Leur mécanisme physiopathologique est différent de celui de la maladie d'Alzheimer. Dans la DCL et la démence de la maladie de Parkinson, les lésions sont dues à un dépôt de corps de Léwy corticaux et sous corticaux. Dans la DP, les symptômes extrapyramidaux précèdent d'une année ou plus les anomalies cognitives, tandis que dans la DCL ils surviennent concomitamment à la démence. Les deux peuvent aussi s'accompagner des lésions typiques de la MA.

On évoquera le diagnostic de DCL en présence d'hallucinations précoces, essentiellement visuelles, de troubles cognitifs fluctuants centrés sur les fonctions exécutives et/ou de troubles visuo-spatiaux, de symptômes parkinsoniens, de cauchemars, de troubles du sommeil paradoxal (agitation nocturne), d'une somnolence inhabituelle, de fluctuations de la vigilance, de chutes, de pertes de connaissance inexplicables, d'idées dépressives et d'idées délirantes ou interprétatives.

En France, ce sont les critères de Mc Keith qui sont recommandés pour établir le diagnostic. Ils sont présentés en annexe 3.

## **LES DÉGÉNÉRESCENCES LOBAIRES FRONTO-TEMPORALE.**

Il existe trois formes principales de dégénérescence lobaire fronto-temporales (DLFT) :

- la démence fronto-temporale,
- la démence sémantique
- l'aphasie primaire progressive

Il s'agit d'une dégénérescence progressive et focale au niveau des lobes frontaux et temporaux.

Les troubles comportementaux et du langage sont au premier plan. Il s'y ajoute des troubles parfois sévères de la déglutition et des signes de dysautonomie.

Leur physiopathologie est différente de celle de la maladie d'Alzheimer. Elles appartiennent au groupe des tauopathies et se caractérisent par l'absence de déficit cholinergique.

Au niveau métabolique ce sont essentiellement les systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques qui sont perturbés avec une franche diminution des récepteurs D2 et 5HT2A au niveau des régions frontales.

En France, la HAS recommande d'utiliser les critères diagnostiques de Neary, qui sont présentés en annexe 4.

## LES SIGNES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX LIÉS À LA DÉMENCE :

Les troubles psycho-comportementaux sont très fréquents dès les stades de début de démence (jusqu'à 90 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentent au moins un symptôme). Leur origine est le plus souvent multifactorielle et repose sur des composantes neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementales. Les atteintes lésionnelles (notamment frontales, temporales et sous-corticales) font que la personne perd ses capacités d'adaptation à l'environnement, d'où la genèse de comportements dits « inadaptés » en réaction à des stimuli environnementaux que le malade n'est plus à même de comprendre ou de gérer émotionnellement. Les facteurs déclenchant peuvent tout aussi bien être liés à d'autres atteintes somatiques (affections sous-jacentes, iatrogénie), qu'à des modifications récentes de l'environnement (changement de lieu de résidence, facteurs de stress, évènement familial...) ou à des traits de personnalité antérieurs.

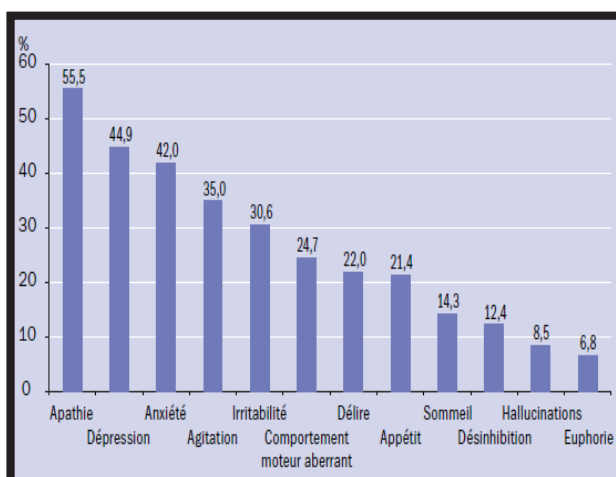


Figure 2: Fréquence des SPCD (P. Robert, (26))

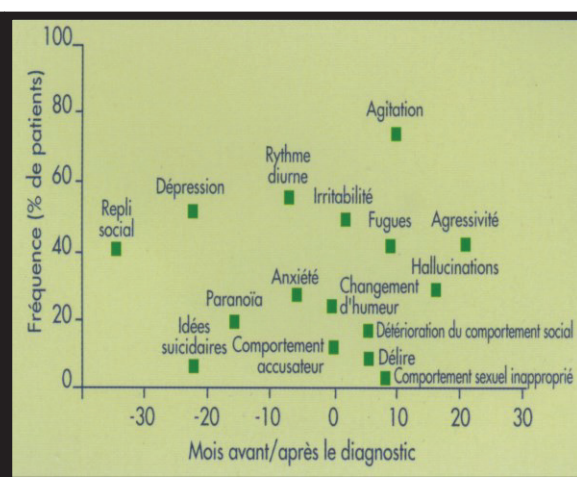


Figure 3: Fréquence des SPCD en fonction du stade de la maladie (Jost b. et al.) (6)

On peut schématiquement regrouper les SPDT dans le tableau suivant :

**Tableau 2: Principaux symptômes psychocomportementaux liés à la démence.**

### Troubles du comportement :

- Opposition
- Agitation
- Agressivité
- Déambulations
- Comportements moteurs aberrants
- Désinhibition
- Apathie
- Cris

### Symptômes d'allure psychotiques

- Délire
- Hallucinations
- Troubles de l'identification
- Manie

### Troubles affectifs et émotionnels :

- Anxiété
- Humeur dépressive
- Euphorie
- Irritabilité

### Troubles des fonctions instinctuelles :

- Troubles des conduites sexuelles
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles du sommeil
- Troubles des conduites sphinctériennes
- Troubles du rythme circadien

Les troubles psycho-comportementaux :

- altèrent sévèrement la qualité de vie des patients et de leur entourage ;
- sont un des principaux facteurs d'institutionnalisation ;
- sont le principal motif de prescription de psychotropes ;
- représentent la plus grande part du fardeau de l'aidant et impactent directement sa santé ;
- favorisent la survenue d'autres complications de la démence: troubles nutritionnels, traumatismes physiques et chutes.
- peuvent altérer la qualité même de la prise en charge et aboutir à des situations de maltraitance ou de négligence. (41)
- alourdissent la charge économique de la maladie (71).

Leur dépistage et leur prise en charge précoce sont donc essentiels à la prise en soin des malades.

En France, la HAS recommande de les évaluer à l'aide de l'échelle NPI (*Neuropsychiatric Inventory* de Cummings et coll., 1994). On peut également utiliser la *Behave AD (Behavioral pathology in Alzheimer's disease scale* de Reisberg, 1987) D'autres échelles s'intéressent spécifiquement à une symptomatologie donnée comme l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield, 1989), l'échelle de dépression gériatrique (Yesavage et coll., 1983) ou l'Inventaire apathie (Robert et coll., 2002). Il existe aussi une évaluation du fardeau de l'aidant (par exemple, échelle de Zarit) et/ou du retentissement des troubles du comportement sur l'aidant (NPI).

### **AUTRES COMPLICATIONS FRÉQUENTES :**

En dehors des troubles psychocomportementaux, d'autres complications, fréquentes, viennent aggraver l'état de santé du malade et augmenter son risque d'institutionnalisation et de mortalité.

Il s'agit principalement :

- de la malnutrition et la perte de poids, entraînant une altération du système immunitaire et une atrophie musculaire.
- des troubles de la marche et de l'équilibre
- des chutes et fractures (Le diagnostic de maladie d'Alzheimer multiplie par trois le risque de chutes et le taux de fractures (32). Elles peuvent induire par la suite une inhibition psychomotrice et une accélération du déclin fonctionnel. Elles sont souvent à l'origine d'un placement en institution.
- des accidents de la route (risque très élevé en cas de conduite automobile)
- des crises convulsives dont le risque est multiplié par dix
- de l'incontinence.

Enfin, la maladie d'Alzheimer compromet considérablement l'espérance de vie. La prise en charge médicale des patients déments est généralement moins bonne que celle des patients non déments. Les

pathologies co-morbides sont sous diagnostiquées, notamment les cancers, les pathologies cardiovasculaires, les bronchopneumopathies et l'hypothyroïdie.

Les causes de décès les plus fréquentes sont les pneumopathies, les pathologies cardiovasculaires (dont les embolies pulmonaires) et les accidents vasculaires cérébraux.

## IMPACT MÉDICO-SOCIAL

---

### **L'ENTRÉE EN INSTITUTION**

En France, la majorité des personnes âgées, quel que soit leur état de santé, aspirent à vivre chez elles jusqu'à leur mort. La plupart entrent en institution par contrainte, devant une dégradation irréversible de leur état de santé et l'absence de solutions alternatives (31). Or les démences sont devenues la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en EHPAD<sup>i</sup>. Ce risque est d'autant plus élevé que la perte d'autonomie est sévère et que la personne présente des troubles psychocomportementaux.

### **PERTE DU PERMIS DE CONDUIRE**

La perte de la capacité à conduire son véhicule majore le risque de « confinement à domicile » et augmente le degré de dépendance. Elle est particulièrement mal vécue par les hommes et par les malades jeunes.

### **BESOINS TRÈS DIVERSIFIÉS EN MATIÈRE D'AIDE À DOMICILE**

Dépendances multiples à suppléer par des aides humaines : aides à la toilette, à la préparation des repas, aux commissions...

## IMPACT MÉDICO ÉCONOMIQUE

---

Le rapport de l'OPEPS estime la somme dépensée en 2004 pour la prise en charge médicale et médico-sociale de la maladie d'Alzheimer à 9 900 millions d'euros, dont 933,5 millions d'euros en dépenses médicales (9 %) et 8 966 millions d'euros en dépenses médico-sociales (91 %).

Les personnes atteintes et leurs proches sont les principaux contributeurs de la prise en charge financière. L'aide sociale permet aux ménages les plus défavorisés de faire face en partie aux frais d'institutionnalisation mais ces aides seront récupérées sur la succession. L'assurance maladie est le second financeur notamment pour les dépenses de soins et de médicalisation des EHPAD. Les conseils généraux et la CNSA sont les financeurs des frais de dépendance au travers de l'APA et de l'aide sociale.

Les tableaux 11 et 12 résument la répartition des principaux frais liés aux MAMA.

---

<sup>i</sup> Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante.



Tableau 3: Dépenses médicales<sup>i</sup>

	Coût annuel total (millions d'euros).	Assurance maladie (millions d'euros)	Patients : (millions d'euros)
<b>Consultations médicales : (hors dépassements honoraires)</b>	104		Dépassements d'honoraires
<b>Hospitalisations : (hors passages aux urgences et hôpital psychiatrique)</b>	62 -91% conventionnel -9% HDJ		
<b>Médicaments spécifiques (IACE<sup>ii</sup> et Mémantine)</b>	186	173 (94 %)	13 (6%)
<b>Soins infirmiers : (SSIAD, infirmiers libéraux)</b>	580	100%	
<b>Total dépenses médicales</b>	934	97,48 %	2,52 %

Tableau 4: Dépenses médicosociales

	Coût annuel total (millions d'euros)	Assurance maladie (millions d'euros)	Conseil général (millions d'euros)	Patients (millions d'euros)
<b>Aides à domicile</b>	1 649		1 473	
<b>Accueil de jour</b>	9		5	4
<b>Hébergement temporaire</b>	166	4		162
<b>Institution -forfait soins : -forfait dépendance : -forfait hébergement :</b>	7 318	2 410	859	382 (1500 €/patient) 3 667 (14400€/famille)
<b>Total dépenses médico-sociales :</b>	8 966	2 420	2 139	4 408

Ces estimations datent de 2004. Depuis il a été montré que :

- La charge financière globale a augmenté du fait de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence. (Entre 2007 et 2010 : le nombre d'ALD15 a augmenté de 14,6%, le nombre de personnes hospitalisées avec une MAMA a augmenté de 23,6% (21). La part des dépenses sociales a augmenté du fait du développement des structures de répit.
- L'aggravation de 1 point sur 144 au score du NPI<sup>iii</sup> est associée à une augmentation des coûts directs annuels de 183 à 304 euros (71).
- De plus en plus d'assurances dépendance sont souscrites par les particuliers pour faire face aux conséquences de l'apparition de la maladie d'Alzheimer

L'ensemble des experts français s'accorde à dire que la meilleure formule de financement de la dépendance est un mixte entre un financement public et une assurance privée à l'image de la couverture maladie. (41)

<sup>i</sup> Les dépenses de biologie, d'imagerie, de médicaments autres que les médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer, de matériels médicaux et de transports n'ayant pas été prises en compte, il s'agit là d'une estimation minimale.

<sup>ii</sup> Inhibiteurs de l'Acétylcholine estérase

<sup>iii</sup> Neuropsychiatric *Inventory* de Cummings et coll., 1994

**LE DISPOSITIF FRANÇAIS DE PRISE EN SOIN DES SUJETS DÉMENTS.**

---

---



## LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET SES ACTEURS

---

### **GÉNÉRALITÉS :**

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées font l'objet de recommandations très précises de la HAS<sup>i</sup>. Ces textes désignent le médecin traitant comme le pivot de l'organisation des soins, en collaboration avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre.

Le médecin généraliste doit effectuer un suivi rapproché et élaborer un plan de soin et d'aides (mesures thérapeutiques, médico-psychosociales, environnementales et éventuellement juridiques) Pour assurer sa mise en place, il peut s'appuyer sur de nombreux professionnels (Infirmier coordinateur de SSIAD<sup>ii</sup>, gestionnaire de cas d'une MAIA<sup>iii</sup>, coordonnateur de réseaux de santé ou de centre local d'information et de coordination (CLIC), etc.

Il est à noter que les hôpitaux de jours ne sont pas mentionnés comme structures de prise en soin ou de coordination dans les recommandations de la HAS.

### **LES SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX:**

*LES MÉDECINS TRAITANTS:* pivots du maintien à domicile ils assurent la continuité des soins, prescrivent et coordonnent l'action des autres intervenants.

*LES CONSULTATIONS MÉMOIRE ET LES CMRRiv:* permettent un avis et un suivi spécialisé des troubles cognitifs par un médecin gériatre, neurologue ou psychiatre.

*LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD) :* Ils assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale en faisant intervenir à domicile des infirmiers, aides soignants, aides médico psychologiques et autres auxiliaires médicaux. Ces prestations peuvent être quotidiennes ou pluriquotidiennes et jusqu'à 7 jours sur 7 en fonction des besoins du malade. Elles sont prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale dès lors que l'affection de longue durée a été déclarée.

*SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (SPASAD):* Les SPASAD, récemment créés, proposent à la fois les missions d'un SSIAD et des aides à la personne (services ménagers et auxiliaires de vie).

*LES EQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER (ESA) :* Composées d'un ergothérapeute et/ou psychomotricien, aidé par des assistants de soins en gérontologie (ASG), elles délivrent à domicile une prise en charge associant des interventions sur la qualité de vie, la communication, la cognition, la stimulation sensorielle, l'activité motrice ainsi que les activités occupationnelles et sociales. Elles font

---

<sup>i</sup> Disponibles sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

<sup>ii</sup> Services de soins infirmiers à domicile

<sup>iii</sup> Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

<sup>iv</sup> Centre de mémoire, de ressources et de recherche.

l'objet d'une prescription médicale de 12 à 15 séances de réhabilitation et sont à ce titre financées par l'assurance maladie.

LE KINÉSITHÉRAPEUTE: Son intervention est précieuse compte tenu du nombre de personnes démentes souffrants de troubles locomoteurs. Il intervient à domicile sur prescription médicale et les soins sont pris en charge par l'assurance maladie après entente préalable.

LES ÉQUIPES MOBILES: A la demande du médecin traitant, elles se déplacent au domicile afin d'évaluer cliniquement la situation et d'apporter un avis spécialisé gériatrique ou psychiatrique. Elles réalisent dans le même temps une évaluation globale et proposent si besoin d'orienter la prise en charge sociale.

LE SUIVI DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE : Il s'agit d'un suivi infirmier régulier à domicile qui permet une surveillance clinique, un soutien psychologique, une prévention des situations de crises, une alerte rapide du psychiatre référent en cas d'évolution des troubles.

LES HÔPITAUX DE JOURS (HDJ) On distingue les HDJ à visée diagnostique et ceux à visée de réadaptation. Ils font l'objet d'une description précise dans la suite de ce travail.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) Elle a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite. Sur prescription médicale, l' HAD dispense, pour une période limitée, des soins quotidiens coordonnés qui comprennent l'évaluation médicale, les soins infirmiers, les interventions de kinésithérapie auxquels peuvent s'ajouter des soins dispensés par un aide-soignant, un orthophoniste, des conseils diététiques, une prise en charge sociale, psychologique, des prestations d'ergothérapie...

Le matériel médical hospitalier est également mis à disposition (lit médicalisé, appareillage...). Malgré son intérêt pour les patients, l'HAD joue encore aujourd'hui un rôle marginal dans l'offre de soins pour les patients souffrant de démence.

## **LES INTERVENTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES**

LES AIDE-MÉNAGÈRES ET AUXILIAIRES DE VIE : Définie par un décret du 14 avril 1962, l'aide ménagère constitue une « prestation en nature destinée à aider les personnes âgées ayant des ressources modiques qui ont besoin pour demeurer à domicile d'une aide matérielle sans laquelle elles seraient contraintes de demander une entrée en établissement. » Leur place est fondamentale dans le dispositif de maintien à domicile. Elles peuvent assurer l'entretien du logement, du linge, l'approvisionnement du chauffage, les courses, les repas, les soins sommaires d'hygiène...Elles permettent en outre de lutter contre la solitude et l'isolement. Leur prise en charge financière relève soit de l'aide sociale du département soit de la caisse vieillesse de base (7) Depuis 2007, a été institué un diplôme d'état d'Auxiliaire de vie sociale imposant une formation minimale. (8)

LES PORTAGES DE REPAS À DOMICILE : livrés chauds le midi en quantité suffisante pour assurer un repas également le soir, ils permettent de prévenir une malnutrition ou une dénutrition sévère. Le financement est variable en fonction des ressources de la personne.

LES FOYERS RESTAURANTS : ce sont en général des maisons de retraites ou des foyers logements qui ouvrent leur restaurant aux personnes âgées du voisinage.

LES AIDES FINANCIÈRES : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation d'aide départementale destinée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique ayant besoin d'une aide extérieure pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Elle permet de financer en partie des auxiliaires de vie, aides ménagères, accueils de jours et le forfait dépendance en institution. Le montant de la participation des bénéficiaires aux diverses prestations dépend de leur revenus.

LES ASSISTANTES SOCIALES permettent de guider les personnes dans les démarches administratives et les demandes de financement, la recherche d'établissement et de services adaptés... Elles peuvent dépendre de nombreuses structures : conseil général, services hospitaliers, plateformes de répit, CLIC...

LES ACCUEILS DE JOUR sont des structures non médicalisées qui accueillent les malades à la journée, une à plusieurs fois par semaine. Initialement créés pour permettre un temps de répit aux aidants, ils doivent se doter, depuis le plan Alzheimer 2008, d'un objectif thérapeutique. Ils permettent aux malades de maintenir une vie sociale et d'entretenir leurs facultés cognitives et motrices par des ateliers appropriés. On peut également y proposer un soutien psychologique et un accompagnement du malade et de son entourage. Le montant journalier moyen demandé à la personne ou aux familles est de 30 euros mais une prise en charge partielle peut être réalisée par l'APA et par les caisses de retraite. En 2009, plus de 10 000 places regroupées dans 1 663 accueils de jour sont recensées sur le territoire national et 30 000 personnes en ont bénéficié (49). Certains accueils de jours bénéficient également d'une participation de la sécurité sociale pour le forfait soins lorsqu'ils sont dotés de personnels paramédicaux. Rarement ils sont également un médecin coordonnateur.

LES HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES : Il s'agit d'une formule d'hébergement limitée dans le temps qui s'adresse aux personnes dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence ou besoin de répit des aidants,... Il peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation et inversement représenter une forme de relais avant une institutionnalisation définitive. Ainsi la personne peut, lors de séjours répétés, se familiariser avec les lieux, les personnels et les autres résidents. Les services fournis sont ceux d'une maison de retraite classique.

LES ASSOCIATIONS DE SOUTIEN: Elles sont nombreuses et diffèrent en fonction des territoires. La plus connue, France Alzheimer, a vocation d'informer, d'orienter et de soutenir les malades et leurs proches. D'autres associations d'entraide existent (garde ponctuelle du malade à domicile, groupe de parole et d'échanges entre aidants...)

## **LES STRUCTURES D'INFORMATION ET DE COORDINATION :**

-CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC) : ils sont des « guichets » d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destinés aux personnes âgées et à leur entourage ; leur rôle est de rassembler les informations, d'évaluer les situations, de mobiliser les ressources et de coordonner l'intervention des professionnels. Ils ont pour objectif de favoriser les collaborations entre les secteurs sanitaire et social. Ils peuvent élaborer le plan d'aides individualisé et assurer la recherche des ressources financières pour le rendre effectif. Par ailleurs, ils peuvent proposer une formation à l'ensemble des acteurs incluant également l'aide aux aidants.

-RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES : ils regroupent un ensemble de professionnels aux compétences complémentaires sanitaires et sociales dont l'action est coordonnée par le médecin généraliste traitant. Leur fonction est de permettre le maintien à domicile dans des conditions optimales, par une prise en charge globale, sanitaire et sociale. Ces réseaux peuvent regrouper des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux, des établissements de santé, des SSIAD, le Conseil général, des CLIC, des services d'aide à domicile (auxiliaires de vie, portage de repas, téléassistance...), etc.

-MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTÉGRATION DES MALADES ALZHEIMER (MAIA)  
Elles ont été créées dans le cadre de la mesure 4 du Plan National Alzheimer 2008-2012. Cette mesure naît du constat d'une persistance de cloisonnement entre les secteurs sanitaires et sociaux malgré la création préalable des CLIC et des réseaux gérontologiques.  
Leur objectif est d'améliorer l'accueil, l'orientation, et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie.  
Elles devraient devenir une porte d'entrée unique dans le dispositif de prise en charge Alzheimer et réaliser l'intégration du sanitaire et du médico-social au plan local. Les coordonateurs des MAIA, encore nommés « gestionnaires de cas » sont joignables par un numéro national unique. Ils participent à l'évaluation des besoins, planifient les services, font le lien avec les intervenants, notamment le médecin traitant, et assurent un suivi de la réalisation des services.

## **LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT :**

LES EHPAD (ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES) : Antérieurement dénommés maisons de retraite ou MAPAD, ils sont soumis à une obligation de conventionnement avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil général. Dans le cadre de la prise en charge des personnes souffrant de syndrome démentiel, on fera plus particulièrement appel à des EHPAD spécialisées ou disposant d'une unité de vie Alzheimer.

Dans le cadre des mesures 1,15 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012, des recommandations ont été élaborées pour ces établissements. Ils se doivent, pour chaque personne accueillie, de poursuivre plusieurs objectifs individualisés :

- préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre ;
- mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux ;
- assurer à chaque personne un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux troubles cognitifs ;
- soutenir les proches en fonction de leurs attentes, les aider à maintenir du lien avec le malade et de leur proposer une participation active au projet personnalisé.

Les EHPAD spécialisés Alzheimer sont sécurisés avec des codes permettant l'ouverture de la porte d'entrée principale. Cela permet de laisser déambuler les malades dans l'ensemble de l'établissement sans courir le risque qu'ils se perdent à l'extérieur.

Les « cantous » sont des petits établissements recevant 15 à 20 résidents et permettant ainsi une prise en charge plus individualisée. Cet environnement de vie est particulièrement adapté pour les personnes démentes anxieuses et présentant des troubles du comportement modérés.

En cas de troubles du comportement en établissement, certains EHPAD peuvent disposer d'unités spécifiques :

- Les Unités d'hébergement renforcé (UHR) : A la fois lieu de vie et de soins, ces unités regroupent sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères. L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement. Leur capacité d'accueil est de 12 à 14 résidents
- Les Pôles d'Activités et de soins adaptés (PASA) : lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés. Capacité par jour : 12 à 14 résidents de l'EHPAD. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur. Avec l'accord du médecin traitant, les malades sont sélectionnés par le médecin coordonnateur, en concertation avec l'équipe soignante.
- Les Unités de vie Alzheimer: elles permettent de prendre en charge de manière optimale des patients en période de décompensation ou lorsque leur maintien dans l'EHPAD « classique » n'est plus possible. Elles sont sécurisées par un code d'ouverture des portes et doivent satisfaire à des critères précis : adaptation architecturale, qualification du personnel, participation des familles, projet de vie et de soins spécifiques.

### LES AUTRES TYPES D'HÉBERGEMENT :

- Les résidences services et logements-foyers: Ce sont des structures d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes. Elles proposent des prestations de service comme la restauration, l'entretien du linge, animation, sorties... Ces établissements demandent un degré d'autonomie minimum. Ils ne sont donc pas adaptés pour accueillir des personnes souffrant d'un syndrome démentiel sévère.
- Les MARPA : petites unités de vie initiées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et adaptées à la perte d'autonomie en milieu rural.
- Les appartements thérapeutiques : structure d'hébergement de taille réduite (en règle moins d'une douzaine de patients) située dans un immeuble d'habitation conventionnel.
- Les petites unités de vie : forme d'accueil qui se développe depuis peu et vise à laisser les résidents à proximité de leur milieu de vie antérieur. Ce concept, assez proche de celui des MARPA, présente les principales caractéristiques suivantes : -Espaces « privés » permettant de vivre comme « au domicile » et espaces collectifs avec services et activités ainsi qu'une présence de personnel soignant 24h/24h.
- L'accueil familial offre la possibilité d'être hébergé, à titre payant dans une famille autre que la sienne. Il est de la compétence exclusive du conseil général qui délivre un agrément pour l'accueil d'une à trois personnes au maximum. Les malades peuvent ainsi demeurer dans leur région habituelle et maintenir une vie de famille plus conviviale que dans les grandes structures. Les conditions d'accueil sont réglementées (Loi 2002-73 du 17 janvier 2002) afin de garantir au mieux la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies.

### LES UNITÉS D'HOSPITALISATION:

Les critères d'hospitalisation d'une personne souffrant de syndrome démentiel ont été définis dans les recommandations de bonne pratique de la HAS.

Les indications retenues pour l'hospitalisation en urgence sont :

- les pathologies intercurrentes aiguës graves, menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ;
- la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage.

Les motifs suivants ne doivent pas justifier une hospitalisation en urgence :

- nécessité de placement ou de changement d'institution ;
- errance ou déambulation ;
- comportements d'opposition, d'agitation ou de cris ;
- troubles du caractère.

Les critères d'hospitalisation programmée sont :

- la nécessité d'examens complémentaires non réalisables en ambulatoire ;
- un environnement jugé temporairement non favorable ;
- l'existence d'un nouveau problème médical, susceptible d'entraîner des troubles du comportement ou une confusion, et devant être diagnostiqué.

LES UNITÉS COGNITIVOCOMPORTEMENTALES (UCC) Ces unités ont été créées suite au plan Alzheimer 2008. Elles sont identifiées dans des services existants de soins de suite et de réadaptation (SSR) et comporte entre 10 et 12 lits. Elles s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes: mobilité et agressivité ou troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles graves du sommeil).

Une étude récente réalisée par N. CARPA à l'UCC de Limoges montre que ces structures permettent une diminution du score global au NPI-R de 39,4%, portant essentiellement sur la symptomatologie délirante et les hallucinations. La durée moyenne de séjour était de 20 jours.

SERVICES CONVENTIONNELS. (Médecine, gériatrie, psychiatrie, neurologie...), en fonction de la filière de soin et de la symptomatologie dominante.

UNITÉS HOSPITALIÈRES DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) leur mission est d'héberger et de dispenser des soins à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien au long cours.

## LES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES

---

On distingue :

- les traitements dits « spécifiques » à la maladie d'Alzheimer. Ces traitements n'empêchent pas la progression de la maladie mais peuvent en différer l'aggravation. Les effets symptomatiques attendus sont, au mieux, une amélioration, mais surtout un moindre déclin des fonctions attentionnelles et mnésiques. (**Tableau 5**). Actuellement, une polémique existe sur l'intérêt de ces traitements. Leur service médical rendu (SMR) a été réévalué en 2007 par la Commission de transparence de la HAS. Malgré leur efficacité limitée, et compte tenu de la gravité de la maladie et du rôle structurant du médicament dans sa prise en charge, la commission a considéré que le SMR restait important.
- les médicaments psychotropes, pour traiter les troubles psychocomportementaux. Ils sont à utiliser après recherche et traitement d'un éventuel facteur déclenchant exogène et en cas d'inefficacité des mesures non pharmacologiques. (**Tableau 6**)



**Tableau 5: Traitements spécifique de la maladie d'Alzheimer**

Molécule	Action biologique	Impact thérapeutique (9) (10)	Limites
IACE : Donépézil Rivastigmine Galantamine	Diminuent le déficit cholinergique présent dans la maladie d'Alzheimer.	Améliorent ou ralentissent les déficits cognitifs  Améliorent le fonctionnement global de l'individu	-Seuls 10 à 50% de patients répondeurs. -Efficacité limitée dans le temps. -Inutiles si DV pure. -Inutiles voire aggravants dans les DLFT
Mémantine	Bloque les récepteurs du glutamate dont l'activation serait excessive et toxique dans la maladie d'Alzheimer.	Traitent voire préviennent les troubles psychocomportementaux	

**Tableau 6: Traitements médicamenteux des SPCD:**

Classe thérapeutique	Symptômes cibles	Précautions d'usage
IACE	Apathie, symptômes dépressifs, hallucinations et délire	
Antagonistes NMDA	Symptômes à type d'agitation et d'agressivité.	
Antidépresseurs	Trouble anxiodépressifs, apathie, troubles obsessionnel, compulsions, désinhibition frontale, irritabilité, syndrome de glissement, troubles de l'appétit, troubles du sommeil et du comportement nocturne.	
Antipsychotiques atypiques	Délire, hallucinations, agitation, agressivité.	Doses faibles et courtes durée (augmentent la létalité par AVC chez le patient dément.)
Neuroleptiques classiques	Délire, hallucinations, agitation, agressivité	Efficacité limitée et effets indésirables fréquents. Préférer Haldol à faible dose
Benzodiazépines	Réserver aux formes avec anxiété majeure	Demi-vie courte et brève durée (Majoration des troubles cognitifs et modification de la vigilance.)
Thymorégulateurs	Agressivité et impulsivité	Non recommandés en première intention



## **PARTICULARITÉS POUR LES DÉMENCES NON ALZHEIMER :**

- Démences vasculaires et mixtes : Elles nécessitent un contrôle optimal des facteurs de risque cardio-vasculaire. Dans les démences mixtes, les inhibiteurs de cholinestérase et la mémantine peuvent être indiqués. En revanche, ils sont inutiles en cas de démence vasculaire pure.
- Démences à corps de Lewy ou associées à la maladie de Parkinson: Les IACE peuvent être envisagés pour les patients avec une démence parkinsonienne ou une DCL. Seule la rivastigmine a montré une efficacité significative dans le traitement symptomatique des formes légères à modérément sévères de démence chez les patients parkinsoniens. La L-Dopa peut être prescrite en association avec les IACE. En revanche la prescription d'agonistes dopaminergiques doit être évitée de même que la mémantine car ils peuvent induire une exacerbation des hallucinations et de l'agitation.
- Dégénérescences lobaires fronto-temporales L'absence de déficit cholinergique dans les DFT fait que les IAEC ne sont pas indiqués. Ils peuvent induire au contraire une aggravation comportementale.<sup>i</sup>. Florence Lebert a publié en 2004 une synthèse des recherches pharmacologiques sur les DFT. Les résultats montrent un intérêt majeur des traitements sérotoninergiques et notamment d'un antidépresseur atypique, la trazodone. Son efficacité semble supérieure en termes de réduction des scores du NPI, essentiellement sur l'agressivité, l'agitation, les troubles alimentaires et les symptômes dépressifs. La lévotonine est également proposée et utilisée au CMRR de Lille. Par ailleurs l'utilisation de l'étiléfrine semble intéressante pour contrôler le syndrome dysautonomique. Certains utilisent le riluzole pour tenter d'améliorer les troubles de la déglutition.

## LES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

---

Ces techniques ont pour objectif d'optimiser la prise en charge du malade. Elles peuvent cibler l'amélioration des fonctions cognitives, de l'humeur, de l'anxiété, des troubles du comportement ou encore la préservation de l'autonomie fonctionnelle et des liens sociaux.

Ces thérapies peuvent être appliquées aussi bien dans les consultations mémoire, que dans les accueils de jour, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les cabinets d'orthophonie, à domicile par les d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA), et dans les hôpitaux de jours.

---

<sup>i</sup> Miller BL. Pick's disease and frontotemporal dementia: clinical and biological overview. Philadelphia: American academy of neurologie 2001. Cité par (89)

Les principaux types d'interventions sont regroupés dans le tableau 7 et sont décrits plus précisément en annexe 5.

**Tableau 7: Interventions non médicamenteuses**

Interventions portant sur la cognition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulation cognitive (« Ateliers mémoire »)</li> <li>• Réhabilitation (revalidation) cognitive</li> <li>• Rééducation de l'orientation</li> </ul>
Interventions portant sur l'autonomie fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulation par l'activité physique</li> <li>• Assistance pragmatique graduée et renforcement positif</li> <li>• Ateliers d'ergothérapie</li> <li>• Ateliers cuisine</li> </ul>
Interventions portant sur l'affect et les comportements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie de réminiscence</li> <li>• Thérapie par l'empathie, validation</li> <li>• Musique, danse, art-thérapie, exercice physique,</li> <li>• Thérapie de présence simulée</li> <li>• Massages, relaxation, luminothérapie, aromathérapie, Stimulation multi sensorielle</li> <li>• Thérapies par l'animal</li> <li>• Psychothérapies relationnelles, Thérapies comportementales</li> </ul>
Interventions portant sur la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de sur stimulation sensorielle</li> <li>• Activités de loisirs/détente</li> <li>• Adaptation de l'environnement spatial</li> <li>• Formation et soutien des aidants familiaux et professionnels.</li> </ul>
Interventions portant sur la communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge orthophonique</li> <li>• Rééducation du langage ou maintien des fonctions de communication</li> </ul>

**L'HOSPITALISATION DE JOUR DANS LA PRISE EN SOIN DES  
PATIENTS DÉMENTIS : GENÈSE ET ENJEUX ACTUELS :**

---

---

## HISTORIQUE

---

Inventée dans les années 1930 dans l'ex-union soviétique pour pallier au manque de lits en psychiatrie, l'hospitalisation de jour se développe rapidement dans l'après guerre aux Etats-Unis, au Canada et en Angleterre. En France, les premiers hôpitaux de jour ouvrent leurs portes à Paris, en 1959 dans le cadre du secteur pédopsychiatrique et en 1968 pour les spécialités somatiques (hématologie). En 1962, le Président et fondateur de la Caisse nationale de sécurité sociale, Pierre Laroque, constituait et présidait la « Commission d'étude des problèmes de la vieillesse » qui aboutit au « rapport Laroque ». Il y défendait en outre les mesures alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées dans le but de favoriser leur maintien à domicile, tout en préservant leur autonomie, ainsi que leur vie sociale et familiale. Suite à ce rapport naît le premier hôpital de jour gériatrique français en 1971 à l'hôpital Charles Fois d' Ivry.

Cette modalité de soins intéresse les pouvoirs publics en France à partir des années 1980 en tant qu'alternative à l'hospitalisation conventionnelle dans une dynamique de contrôle des dépenses de santé. Ainsi, le conseil économique et social soulignait en 1981 : « Il apparaît qu'aujourd'hui les très grands progrès réalisés dans le domaine des investigations paracliniques et l'évolution des pratiques thérapeutiques médicales et chirurgicales permettent de reconsidérer l'hospitalisation traditionnelle en recherchant, pour chaque cas, le plus court séjour possible. »<sup>i</sup>

Dans le journal officiel de 1982, le rapport de M. JUSKIEWONSKI en donne la première définition officielle : « l'hôpital de jour ne diffère a priori de l'hospitalisation classique qu'en ce que le malade présent dans la journée à l'hôpital, regagne le soir son milieu normal de vie. » Quelle que soit leur spécialité, leur objectif est de réduire ou d'éviter une hospitalisation complète.

En août 2006 (révisée 2010), la « circulaire frontière » fixe les conditions de facturation des modes alternatifs d'hospitalisation (GHS). Elle spécifie que « Toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS. ». Par ailleurs un décret de 2012 précise que «les prestations délivrées [en HDJ] équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet »

---

<sup>i</sup> Cité dans 81, p4.

## L'HDJ DANS LA PRISE EN SOIN ACTUELLE DES PERSONNES DÉMENTES :

---

Les MAMA peuvent relever de trois types de filières : neurologique, gériatrique ou gérontopsychiatrique. Ces deux dernières se composent en général de plusieurs maillons complémentaires : l'unité d'hospitalisation (court moyen ou long séjour) une équipe mobile, une unité de consultation, un hôpital de jour : la coexistence de ces structures permet une graduation des soins en fonction de chaque situation clinique et médicosociale. Pour des raisons de spécificité de la pathologie à traiter, les malades dits « jeunes » (MAMA avant l'âge de 65 ans) relèvent également de ces filières.

En 2007, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) répertoriait 194 HDJ pour personnes âgées. Trois types sont à distinguer : ceux à vocation exclusivement diagnostique (souvent rattachés à un CMRR) ceux à vocation de rééducation-réhabilitation et enfin ceux relevant de la psychiatrie du sujet âgé. Ils sont fédérés depuis 1987 au sein de l'Association pour la promotion des Hôpitaux de jours pour personnes âgées (APHJPA) qui estime en 2012 un nombre de places de 1800 et le nombre de patients pris en charge chaque année à 40 000 (Toutes activités confondues) .

Les hôpitaux de jour gériatriques assurent, entre autre, une prise en charge des personnes démentes à raison d'une ou plusieurs journées par semaine, durant une période limitée, pour mettre en place ou ajuster un traitement ou des soins spécifiques. Ils ont pour vocation la réadaptation et la lutte contre la perte d'autonomie. Ils s'adressent le plus souvent à des patients en début de maladie pour mettre en place un programme de soins global comprenant stimulation, soutien, rééducation ergothérapique et un suivi thérapeutique complet. Les hôpitaux de jours de psychiatrie du sujet âgé ont plus souvent l'objectif d'évaluer et soigner les personnes démentes lorsqu'elles présentent des troubles psychocomportementaux associés aux troubles cognitifs.

Ces structures doivent être distinguées des accueils de jours, structures médicosociales initialement créés pour permettre un répit aux aidants et se dotant depuis le dernier plan Alzheimer d'une vocation thérapeutique de type stimulation cognitive.

Pour B. POCH, il est facile de concevoir le couple que devraient former hôpital de jour et accueil thérapeutique pour satisfaire de façon continue les besoins du patient et de sa famille pendant toute la période de vie au domicile. Il pose les définitions suivantes :

- L' HDJ psychogériatrique est un lieu de soins idéal pour les patients en début de pathologies d'Alzheimer et pour ceux qui présentent une grande instabilité anxiodépressive. Il s'adresse aux patients qui acceptent de s'investir dans une démarche active avec une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Il poursuit trois objectifs complémentaires : Remobiliser les

capacités cognitives restantes et récupérer de meilleures facultés attentionnelles ; assurer un soutien psychothérapeutique régulier pour retrouver rassurement (anxiété mieux contenue) et confiance en soi ; écouter l'aidant principal et l'aider à cohabiter au mieux avec le malade. (Travail de soutien sous forme de groupes de parole) (11) Les soins y sont assurés par des personnels spécialisés (psychologues cliniciens, psychomotricien, ergothérapeutes, orthophonistes, musicothérapeutes, art-thérapeute). Ce type de plateforme permet une bonne prévention des décompensations psychocomportementales et moins d'hospitalisation complète pour ce motif. Il estime naturel de poursuivre ce soin actif et spécialisé tant que le malade est en capacité d'y participer pleinement. (11)

- L'accueil thérapeutique de jour doit pouvoir assurer un relai de prise en soin dès lors que la pathologie cognitive est nettement installée avec début de troubles du jugement et du raisonnement logique. L'objectif est de poursuivre efficacement un soutien du malade à domicile et de l'aidant principal, avec un projet de soins individualisés basé sur une sociothérapie qui va entretenir et maintenir le malade dans une vie relationnelle de qualité. Quand les limites du soutien à domicile sont atteintes, l'accueil thérapeutique de jour doit aider à préparer progressivement et en douceur l'entrée en institution. (11)

En pratique, la distinction et la complémentarité de ces deux structures sont rarement connues tant du public que des professionnels de santé voire parfois des services ayant pour mission l'orientation des malades déments (CLIC, MAIA).

## LES ENJEUX SANITAIRES, SOCIÉTAUX ET MÉDICO ÉCONOMIQUES DE L'HDJ:

---

### **ENJEUX SANITAIRES :**

Il s'agit pour les malades :

- De délivrer des soins efficaces pour entretenir les fonctions cognitives et ralentir au mieux l'évolution de la maladie, dépister et traiter les comorbidités ainsi que les décompensations psychocomportementales.
- De favoriser au maximum les soins ambulatoires, moins anxiogènes et optimisant les chances de maintien à domicile pérenne.

### **ENJEUX SOCIÉTAUX :**

Le gouvernement a décidé d'attribuer aux accueils de jours la vocation de délivrer des soins de stimulation cognitive et de réhabilitation. Ainsi ils ne doivent plus être de simple lieu de répit.<sup>1</sup> Aussi

---

<sup>1</sup>La notion de « répit » peut se définir comme la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne dépendante dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal évitant ainsi un épuisement qui compromettrait aussi bien sa santé que le maintien à domicile de la personne malade

devient-il nécessaire de les distinguer précisément des HDJ. La clarification des indications, objectifs et limites de ces deux types de structures doit permettre de définir les modalités de leur coordination afin d'optimiser la prise en charge des malades. Pour ce faire, il est important de repositionner l'accueil de jour comme un dispositif de maintien à domicile visant :

- à lutter contre l'isolement et le repli sur soi ;
- à préserver la socialisation des personnes âgées accueillies ;
- à sauvegarder l'autonomie ;
- à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des malades ;
- à favoriser la poursuite de la vie à domicile dans les meilleures conditions possibles ;
- à proposer un soutien psycho-social aux malades et aux aidants ainsi qu'une information sur la pathologie (57)

En revanche, la plate-forme d'accompagnement et de répit n'a pas pour mission :

- d'évaluer les besoins de la personne malade ni de l'accompagner dans son parcours de soins ;
- d'évaluer l'état de santé de l'aidant ;
- de délivrer des soins médicalisés. (57)

De même, les HDJ devront probablement se restructurer et cibler les objectifs de soins médicaux hospitaliers qui ne sont pas couverts par les accueils de jours. En effet, avant la création de ces derniers, ils assuraient de fait historiquement les fonctions de répit et de stimulations cognitives qui ne doivent plus rentrer dans leurs indications principales. Par ailleurs, ils doivent pouvoir participer activement aux efforts de recherche médicale sur ces maladies.

### **ENJEUX MÉDICO-ÉCONOMIQUE:**

L'hôpital coûte cher et, en période de crise économique, tout devrait pousser à la meilleure utilisation possible des moyens disponibles et à l'élimination des dépenses inutiles, notamment celles consistant à faire séjourner des patients plus que de raison dans un établissement de soin.

Désengorger les services hospitaliers, éviter les urgences...

62 millions d'euros sont dévolus chaque année à l'hospitalisation des patients déments, dont 8,5% pour les HDJ (essentiellement à visée diagnostique) Un bon nombre d'hospitalisations auraient pu être évité par une prévention ou un traitement précoce des décompensations comportementales et des crises socio-familiales. L'utilisation des HDJ à bon escient peut participer à une réduction des frais.

De plus, les frais totaux engagés en institution s'élèvent 81,61 % du coût total médico-social. A structure égale en intégrant les soins informels la prise en charge médico-sociale de la maladie d'Alzheimer est plus de quatre fois plus coûteuse en institution qu'à domicile (32) D'où l'enjeu du maintien à domicile grâce à l'efficacité des HDJ, en complément médical des structures de répit.

“Whatever we measured, we tend to improve”<sup>i</sup>

**ETUDES D’IMPACT DE L’HOSPITALISATION DE JOUR SUR  
LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX ET LE  
DEVENIR DES PATIENTS SOUFFRANT D’UN SYNDROME  
DÉMENTIEL.**

---

---

---

<sup>i</sup> DC Leach. Quality in Health Care, 2001, cite dans (113)



## ETUDE PRÉLIMINAIRE

---

---

### OBJECTIFS

---

- Objectif principal : Déterminer le nombre d'hôpitaux de jours prenant en charge des patients souffrant de MAMA en France ainsi que leurs principales caractéristiques.
- Objectif secondaire : Analyse descriptive des hôpitaux de jours, de leur fonctionnement, des moyens qui leur sont alloués (Locaux, personnels, équipement) et de leur bilan d'activité 2012.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

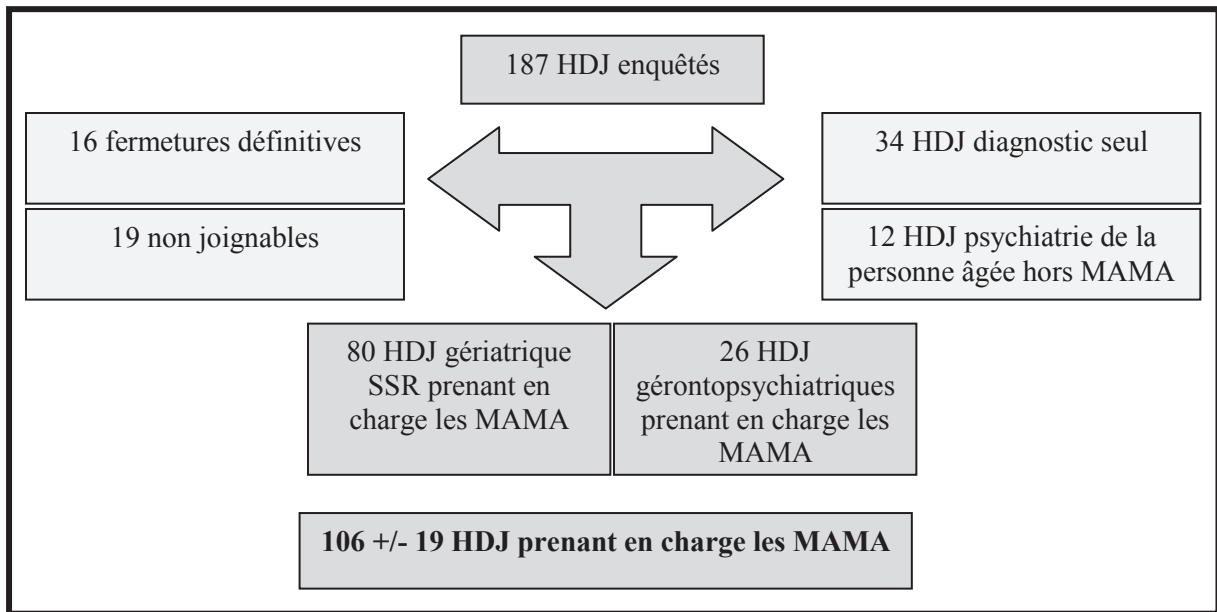
1. Réalisation d'un état des lieux de l'implantation des HDJ prenant en soin des patients déments sur le territoire français à partir de la base de données de l'APHJPA (6), complétée par une recherche dans les pages jaunes par département. Chaque structure a ensuite été jointe par téléphone afin de connaître le nombre d'entre elles prenant effectivement en soin les patients souffrant d'une MAMA.
2. Etude multicentrique à partir d'un questionnaire adressé à l'ensemble des HDJ gériatriques et gérontopsychiatriques répertoriés. Les données recherchées sont présentées en annexe 6.

Cette méthode ayant rapidement révélé ses limites par le peu de retour des questionnaires, les médecins responsables des HDJ ont été rappelés par téléphone. Pour la plupart d'entre eux, leur charge de travail ne leur permettait pas de consacrer suffisamment de temps à ces questionnaires. Toutefois, plutôt que de réduire la taille des questionnaires au risque de ne n'avoir aucune information sur certains aspects de la prise en charge, l'échantillonnage a été réduit et les données ont été recueillies sur site auprès de sept hôpitaux de jours répartis dans 4 régions françaises (Île de France, Gironde, Rhône-Alpes, Limousin) :

- HDJ de psychiatrie du sujet âgé Naomi Feil, Limoges (87) ;
- HDJ de psychiatrie du sujet âgé Bach et Boussingault, Paris (75) ;
- HDJ de psychiatrie du sujet âgé Notre dame du bon secours, Paris (75) ;
- HDJ SSR gériatrique de Libourne (33) ;
- HDJ SSR gériatrique Gradignan (33) ;
- HDJ SSR gériatrique des Charpennes, Lyon-Villeurbanne (69) ;
- HDJ SSR gériatrique du Mont d'Or, Albiigny sur Saône (69).

Les HDJ à visée diagnostique et les HDJ gérontopsychiatriques spécialisés pour les troubles psychotiques ou de l'humeur recevant peu de MAMA ont été exclus.

## RÉSULTATS

**ETAT DES LIEUX :****ANALYSE DESCRIPTIVE DES HDJ ENQUETÉS :**

Nombre de questionnaires envoyés par voie postale : 20

Nombre de retour 1 : Hôpital de jour de psychiatrie du sujet âgé de Vichy

Les résultats présentent donc ci-après 8 HDJ dont 7 enquêtés sur site et un par retour de questionnaire.

**HDJ G erontopsychiatrique Naomi Feil, CH Esquirol  
Limoges (87)**

**Création** : 2010 (restructuration de 3 HDJ préexistants)

**Spécialité du médecin, responsable** : Psychiatre

**Capacité d'accueil** : 15/j

**Activité 2012** : 3020 séances, file active de 101 patients.

**Prix de journée** : 200euros

**Activité recherche** : rarement (mise à disposition des dossiers)

**Activité enseignement** : Interne en médecine, étudiants infirmiers, aide soignant...

**Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin psychiatre : 0,5	Neuropsychologue 0,3
Cadre infirmier : 0,25	Infirmiers : 2,8
Secrétaire médical 0,3	Aide soignant : 1
Agent hôtelier 1	Assistant social :

**Locaux dédiés aux soins:**

Salles d'activités : 5  
Salles à manger : 1  
Bureau : 1  
Chambre de soins: 1

**Indications principales** : Personne âgée de plus de 65 ans présentant des troubles cognitifs associés à une souffrance psychique ou des troubles psychocomportementaux liés à la démence. Une journée est spécifiquement dédiée à la prise en charge des patients de moins de 65 ans présentant un syndrome démentiel.

**Critères de non indication** : H t roagressivit  majeure, ou trouble du comportement compromettant la prise en soin de groupe ou présentant un risque pour les autres patients.

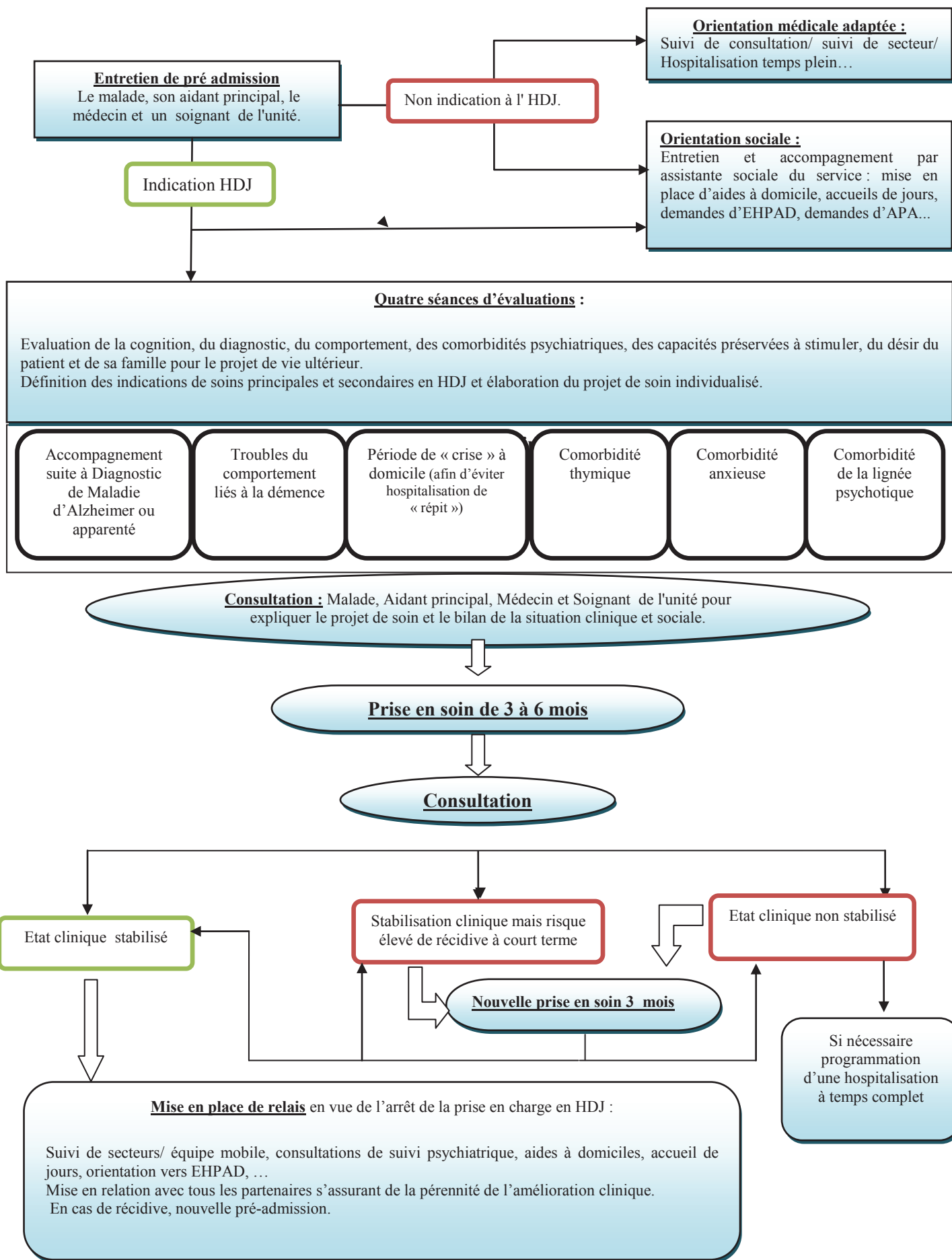
**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h30 et 16h30, en moyenne 6 mois 1 à 2 fois par semaine. Un programme de soins hebdomadaires est adapté aux troubles du patient sous la forme d'activités de groupes ou en individuel. Un suivi régulier par le psychiatre du service permet un ajustement optimal des traitements médicamenteux, en lien avec le médecin traitant.

**Traitements non pharmacologiques : (liste non exhaustive)**

Réhabilitation cognitive, Ateliers de langage, Ateliers mnésiques, Ateliers praxiques, Arthérapie, Activités d'entretien de la motricité, Psychothérapie individuelle ou de groupe, Activités extérieures (Marches avec orientation, équithérapie, travail culturel...) Entretien infirmiers et médicaux réguliers, Adaptation du mode de vie et des aides via le travailleur social...

**Prise en compte des aidants** : Pas de groupe de formation des aidants, cette fonction étant déjà assurée à Limoges par d'autres organismes. Information systématique des dispositifs existant et orientation vers les structures adaptées en fonction des besoins. Accompagnement dans les démarches sociales. Entretien réguliers avec le médecin du service et l'équipe soignante.

**Evaluation des soins** L'évaluation est essentiellement clinique. Les principales échelles utilisées sont le MMSE, le NPI et la MADRS. Elles ne sont pas systématiques mais réalisées uniquement sur point d'appel. Des synthèses hebdomadaires permettent d'évaluer régulièrement l'évolution de l'état clinique des patients ainsi que de leurs besoins généraux.



## EVOLUTION DE L'ACTIVITÉ :

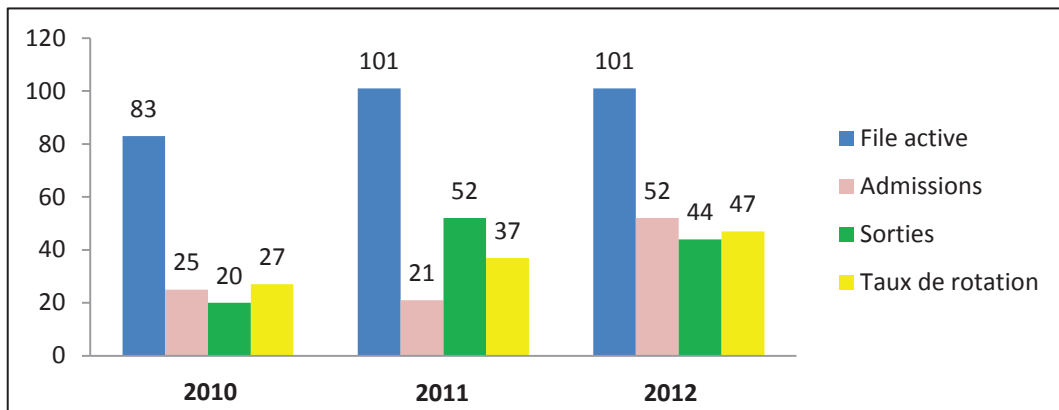
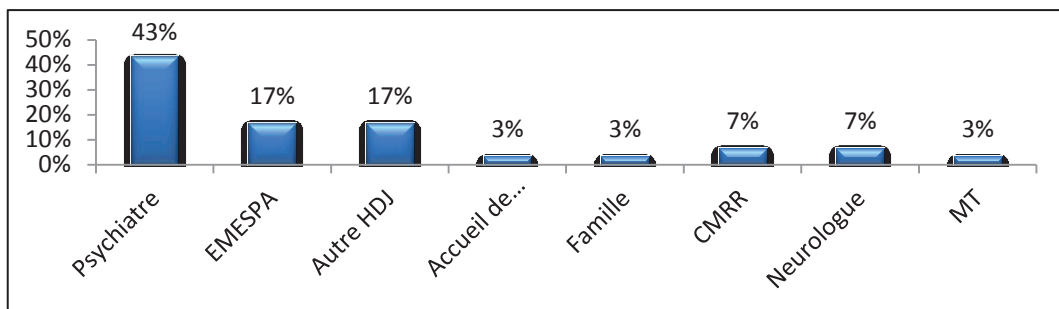


Figure 4: Evolution activité HDJ FEIL

## POPULATION (SUR LES 30 DERNIERS PATIENTS SORTIS):

➤ **L'âge moyen** des patients est 80, (min : 52, max : 91, médiane : 83 ans) avec 70% de femmes.

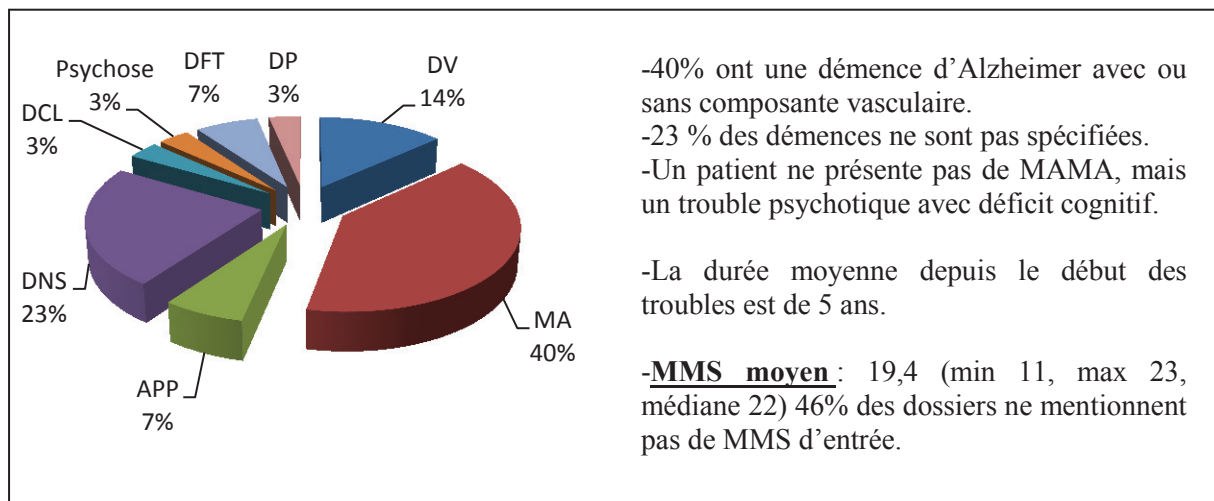
➤ **Origine :**



➤ **Transports :** 100% viennent en VSL.

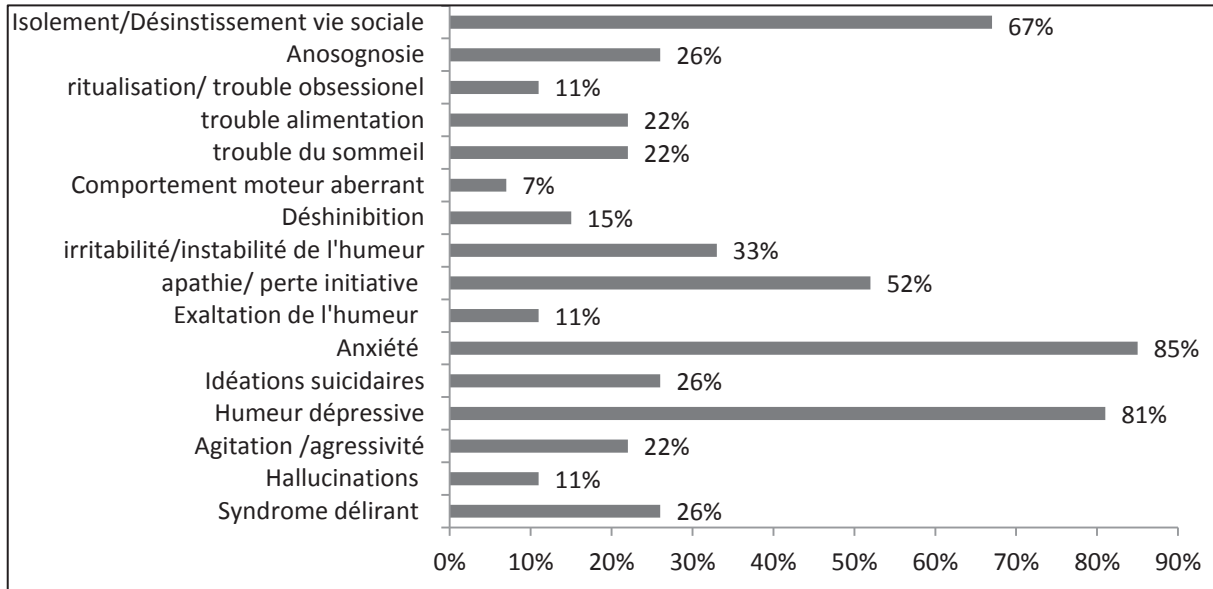
➤ **Indications principales :** 53% prise en charge d'un trouble psycho-comportemental lié à la démence. 44% pour prise en charge globale de MAMA. Un patient pour trouble psychotique avec déficit cognitif.

## Diagnostics :

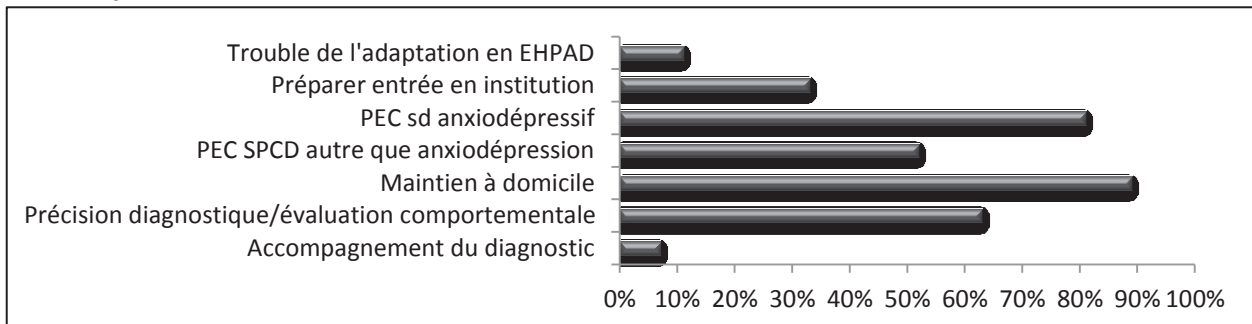


➤ **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence :**

100% des patients présentent au moins trois symptômes psychocomportementaux en plus des déficits cognitifs. 73% en associent cinq ou plus. Les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété (85%) et la dépression (81%).



➤ **Objectifs de soins :**



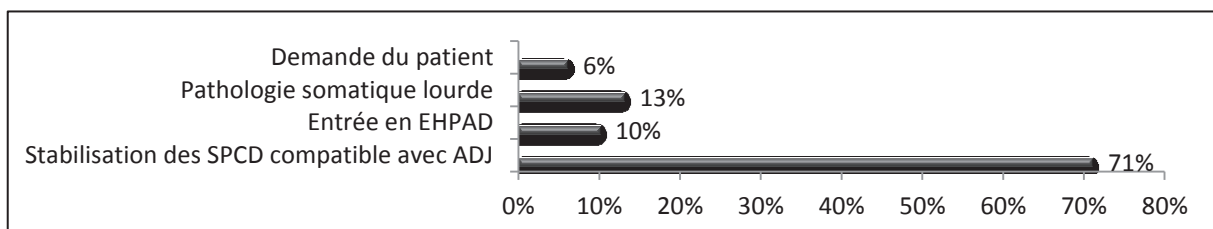
Les dossiers notifient pour chaque patient entre deux et quatre objectifs de soins.

➤ **Prise en compte des aidants :**

44% des aidants bénéficient d'un soutien psychothérapeutique régulier par le médecin et/ou l'équipe de l' HDJ. 33% des aidants verbalisent et demandent du répit. Ils sont systématiquement orientés vers les accueils de jours et au besoin vers les groupes de formation et de soutien.

➤ **Durée moyenne de prise en charge:** 13 mois avec une fréquence variant de une à deux fois par semaine en fonction de l'intensité de la symptomatologie.

➤ **Motifs de fin de prise en charge :**



## IMPACTS DE LA PRISE EN SOIN

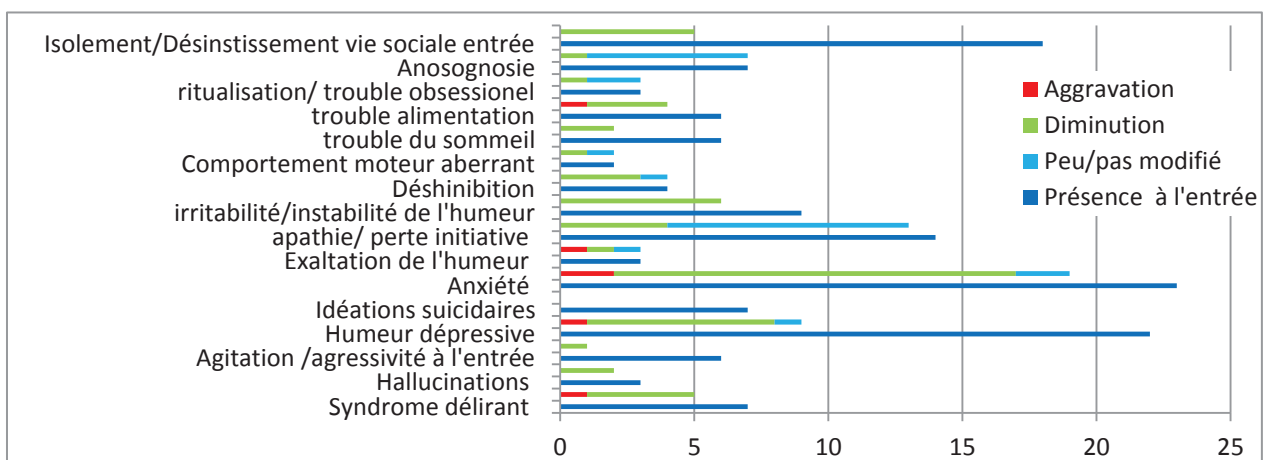
N=27 car les patients ayant interrompu la prise en charge à moins de trois séances ont été exclus de l'analyse d'impact.

### ➤ Impact sur la cognition :

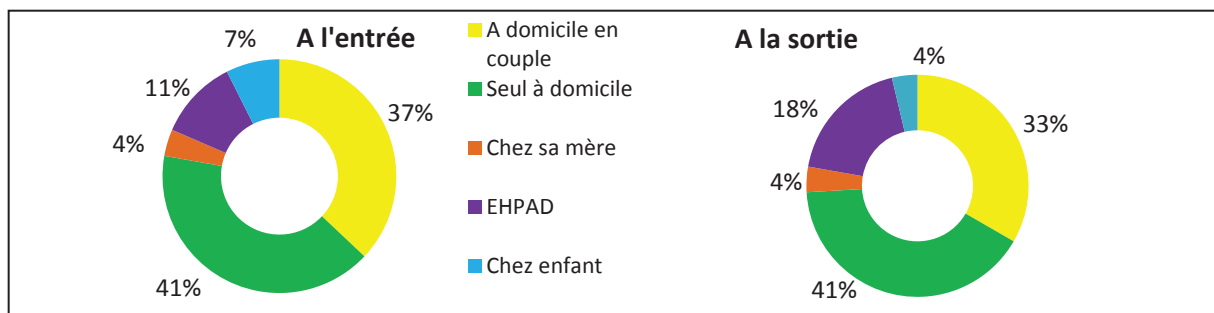
Seuls 3 MMSE de sortie sont notifiés sur les dossiers patients (11%). Un patient souffrant de démence vasculaire a perdu 5 points en 40 mois de prise en charge, deux patients ont gagné un point (13 mois et 18 mois de PEC pour une maladie d'Alzheimer et une démence non spécifiée)

### ➤ Impact sur les SPCD :

Seuls 18,5% des patients ont un NPI d'entrée et de sortie notifié dans leur dossier : le NPI d'entrée moyen était de 62, celui de sortie de 15,6.



### ➤ Impact sur le devenir :



93% des patients sont restés à domicile. Deux patients sont entrés en EHPAD : l'un vivait chez son fils et est rentré en institution à 13 mois de PEC, l'autre était en couple à domicile et est rentré en EHPAD au bout de 14 mois pour perte d'autonomie sévère et épuisement psychologique de l'aidant.

22% des patients ont bénéficié de l'introduction d'une mesure de protection juridique.

88% des patients continuent d'être suivis par la suite en consultation par le médecin de l' HDJ. 56% vont en accueil de jour en relais de la prise en soin et 66% bénéficient d'une augmentation des aides à domicile.

**HDJ DU MONT D'OR, CENTRE HOSPITALIER GERIATRIQUE DU MONT D'OR****ALBIGNY SUR SAONE (69)****Création** : 2009**Spécialité du médecin, responsable** : gériatre**Capacité d'accueil** : HDJ Bilan : 1/j

HDJ Réadaptation : 5/j/an soit 7 patients/j d'ouverture

**Activité 2012** (hors activité bilan) : 1474 séances.**Prix de journée HDJ SSR** : 321 euros/**Activité recherche** : exceptionnelle**Activité enseignement** : non**Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin gériatre : 1	Infirmier : 1,5
Neuropsychologue: 1	Aide-soignant: 1
Psychomotricien: 0,25	Orthophoniste: 0,25
Kinésithérapeute : 0,5	Ergothérapeute: 0,3
Psychologue clinicien: 0,1	Diététicien: 0,1
Assistante sociale: 0,2	Secrétaire médicale: 0,2

**Locaux dédiés aux soins:**

- 1salle repas/activités/repos
- 1 salle ergothérapie
- 1 salle psychomotricité
- 1 salle d'activité polyvalente
- un jardin/terrasse
- 4 bureaux d'entretiens
- 1 salle de soins / 1 chambre

**Indications principales** Réhabilitation des troubles cognitifs liés aux MAMA et prise en charge globale des symptômes associé (SPCD, troubles de l'équilibre,...)

Les patients sont adressés après un bilan en HDJ, à la demande d'un médecin de consultation mémoire.

**Critères de non indication** : hétéro-agressivité, instabilité psychomotrice, fonctions cognitives trop sévèrement altérées (MMS<10), incapacité à la marche, absence de demande de soin, âge<65 ans.

**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h et 15h30, une fois par semaine. Un plan individualisé de soins est programmé, réparti sur 45 séances. Chaque séance comporte 2 à 3 types de rééducations sur la journée. La surveillance du poids et des constantes est systématique, ainsi qu'un bilan biologique en début et fin de prise en charge.

Des consultations médicales régulières permettent l'adaptation optimale des traitements médicamenteux, toujours en coordination avec le médecin traitant.

**Traitements non pharmacologiques**

- |   |                        |
|---|------------------------|
| -Atelier équilibre                        | -Marche en extérieur   |
| -Kinésithérapie de groupe ou individuelle | -Gymnastique douce     |
| -Atelier neuropsychologique individuel    | -Ateliers réminiscence |
| -Psychothérapie individuelle              | -Arthérapie            |
| -Lecture journal/actualités               | -Ateliers mémoire      |
| -Orthophonie individuelle                 | -Ateliers langage      |
| -Relaxation                               | -Ecoute musicale       |
| -Education nutritionnelle                 | -Ateliers cuisine      |
| -Repas thérapeutique                      | -Ergothérapie          |

**Prise en compte des aidants :**

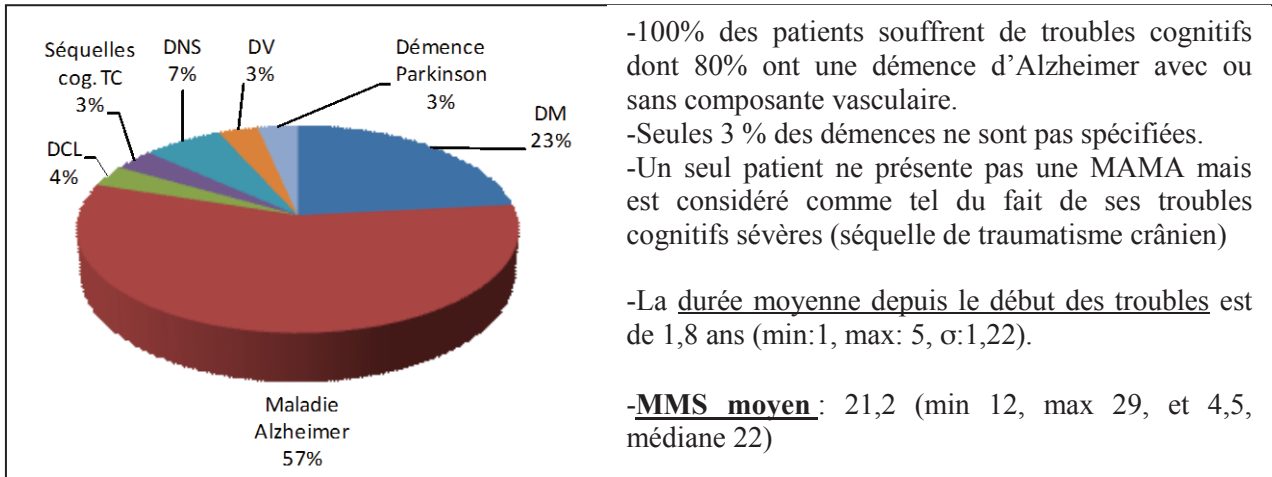
- Consultation psychologue systématique de dépistage des répercussions de la maladie.
- Groupe de formation aux MAMA.
- Psychothérapie individuelle,
- Participation à la prise en charge des patients (réunions de synthèse à 1, 3 et 6 mois)

**Evaluation des soins** Echelles standardisées (MMS, BREF, Dubois, BEC 96, Horloge, IADL, fluences catégorielles) et synthèses cliniques pluridisciplinaires.

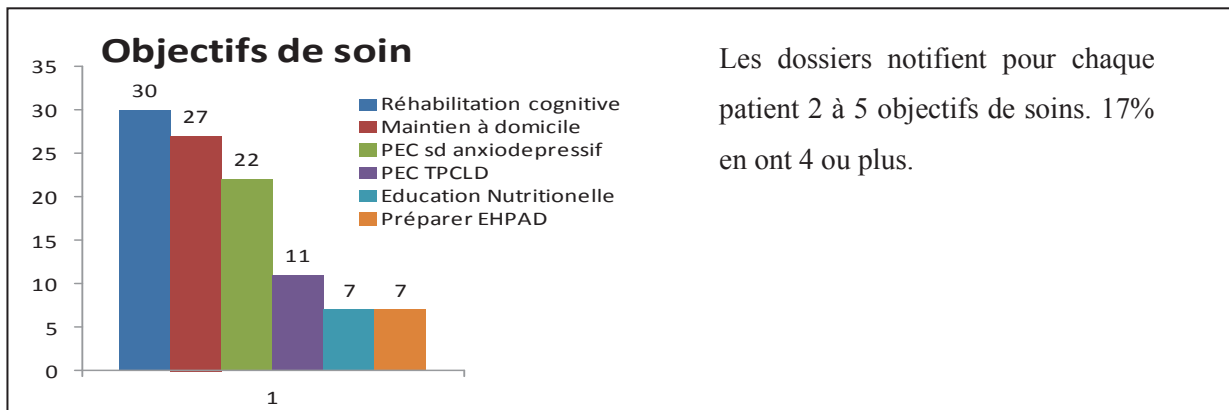


## POPULATION (SUR LES 30 DERNIERS PATIENTS SORTIS):

- **L'âge moyen** des patients est de 83 ans (+/- 5,3 [72, 91]) avec 50% de femmes.
- **Origine** : 100% des patients ont été admis après un bilan de troubles cognitifs réalisé au sein même de l'hôpital de jour, adressés par un médecin de consultation mémoire.
- **Transports** : 93% viennent en VSL. Un patient par ambulance et un par la famille.
- **Indication principale** : 100% réhabilitation cognitive.
- **Diagnostics** :



### ➤ Objectifs de soins :



- **Durée moyenne de prise en charge**: 11,6 mois (min : 0,5, max: 12, médiane : 12). La durée prévue est de 40 séances. 83% des patients ont bénéficié de la totalité du programme de soins.

Motif d'arrêts prématurés de prise en charge (et durée de l'hospitalisation de jour) :

- 1 refus de soin pour angoisse majeure (2 séances)
- 1 refus de soin pour asthénie excessive (3 séances)
- 2 hospitalisations pour chute à domicile (9 et 10 mois)
- 1 entrée en EHPAD (11 mois)

### ➤ Symptômes psychocomportementaux liés à la démence :

93% des patients présentent au moins un symptôme psychocomportemental en plus des déficits cognitifs. 40% en associent quatre ou plus. Les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété (82%) et la dépression (64%).

## IMPACTS DE LA PRISE EN SOIN :

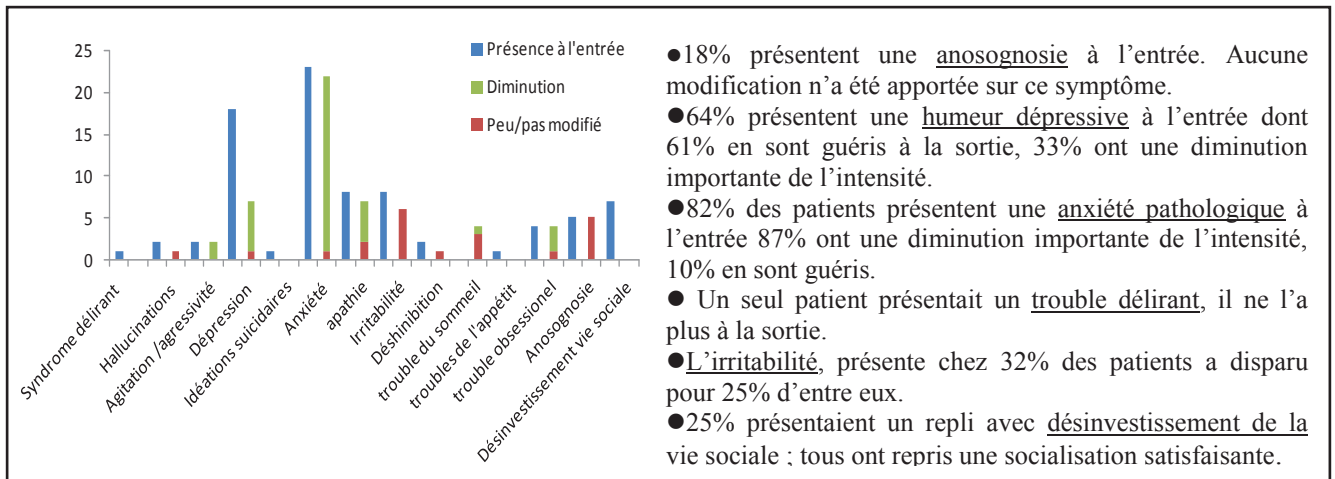
### ➤ Impact sur la cognition :

Différence entre le MMS de sortie et le MMS d'entrée :

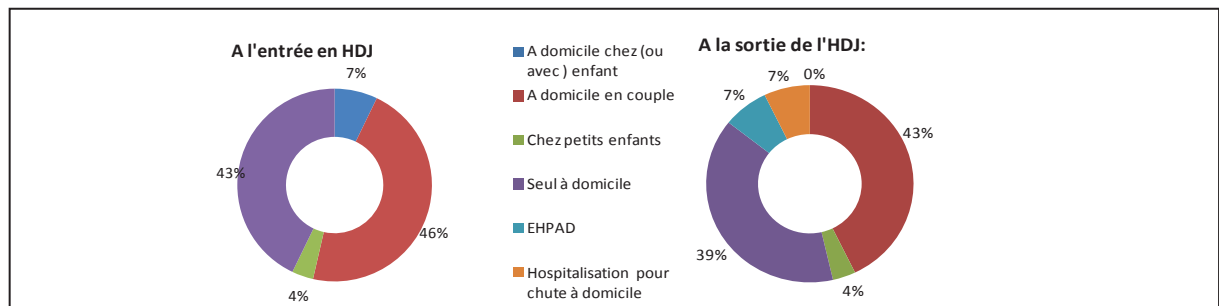
	-5	-4	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Démence à corps de Léwy</b>						1		
<b>Démence de Parkinson</b>			1					
<b>Démence mixte</b>	1	1		3		1		
<b>Démence non spécifiée</b>				1				1
<b>Démence vasculaire</b>							1	
<b>Maladie d'Alzheimer</b>			2	3	7	1		
<b>Séquelles cognitives de TC</b>				1				
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Pour cette analyse n=25.  
Les deux patients ayant participé à moins d'un mois de prise en charge ont été exclus. Trois dossiers patients ne mentionnaient pas le MMS de fin de prise en charge.

### ➤ Impact sur les SPCD :



### ➤ Impact sur le devenir :



87% des patients sont restés à domicile. Les deux patients qui vivaient chez leurs enfants sont entrés en EHPAD du fait du retentissement sur la vie personnelle et professionnelle de ces derniers. Deux personnes ont été hospitalisées pour chute à domicile.

73% des patients continuent d'être suivis par la suite en consultation mémoire par le médecin de l'HDJ. 44% vont en accueil de jour. 6% bénéficient d'une prescription d'ESAD et 63% d'une augmentation des aides à domicile (sont essentiellement introduites les aides à la toilette).

**HDJ CHARPENNES, HÔPITAL GERIATRIQUE DES CHARPENNES  
LYON-VILLEURBANNE (69)**

**Création** : 1981

**Spécialité du médecin, responsable** : Gériatre

**Capacité d'accueil** : HDJ Bilan : 8/j

HDJ Réadaptation : 16/j

**Activité 2012 (hors activité bilan)** : 141 patients, une à deux fois par semaine, soit un total de 3737 journées.

**Prix de journée HDJ SSR** : 349 euros

**Activité recherche** : importante : participation à 4 études en 2012 (au total 200 patients inclus)

**Activité enseignement** : *médical* : externes, internes en médecine ; capacité ou DU de gériatrie

*paramédical* : étudiants infirmiers, orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes...

**Composition équipe soignante en ETP (hors bilans):**

Médecin gériatre : 0,6	Infirmiers : 2
Neuropsychologue: 0,3	Aide-soignant : 1,5
Psychomotricien: 0,1	Orthophoniste: 0,35
Ergothérapeute: 0,2	Psychologue clinicien: 1
Assistante sociale: 0,3	Secrétaire médicale: 0,2
Cadre infirmier : 0,5	Pour Avis, tout spécialiste
de l'établissement (neurologue, psychiatre, diététicien...)	

**Locaux dédiés aux soins:**

- 1 salle repas/activités/repos
- 1 salle kinésithérapie
- 1 salle psychomotricité
- 2 salles d'activités polyvalentes
- 5 bureaux d'entretiens
- 1 salle de soins / 1 chambre
- couloir de déambulation circulaire

**Indications principales** Réhabilitation pour pathologies démentielles ou maladies neurologiques invalidantes. Les patients sont adressés par la consultation mémoire ou le médecin traitant pour un bilan à l'HDJ qui pose, ou non, une indication de prise en charge.

**Critères de non indication** : Tout trouble du comportement incompatible avec une prise en charge collective (Réorientation vers HDJ nsychogériatrique ou UCC)

**Prise en soin** :

Les patients sont pris en charge entre 9h et 15h30, 2 jours par semaine pendant 6mois au sein d'un groupe de réhabilitation. Chaque journée comporte au minimum 2 à 3 types de rééducations. La surveillance du poids et des constantes est systématique. L'HDJ n'a pas vocation de suivre les traitements médicamenteux. Le gériatre peut émettre un avis ou réaliser les modifications thérapeutiques en concertation avec le médecin référent du patient.

**Les groupes de réhabilitation :**

- MCI ou stade léger MAMA
- MAMA stade léger à modéré
- MAMA stade modéré à sévère
- Atrophie corticale postérieure
- Démences avec troubles du langage
- Maladie de Parkinson

**Prise en compte des aidants** :

- Education thérapeutique, soutien psychologique
- Information et orientation. (Relais des aidants, consultations psychiatriques, structures de répit...)
- Participation à la prise en charge des patients

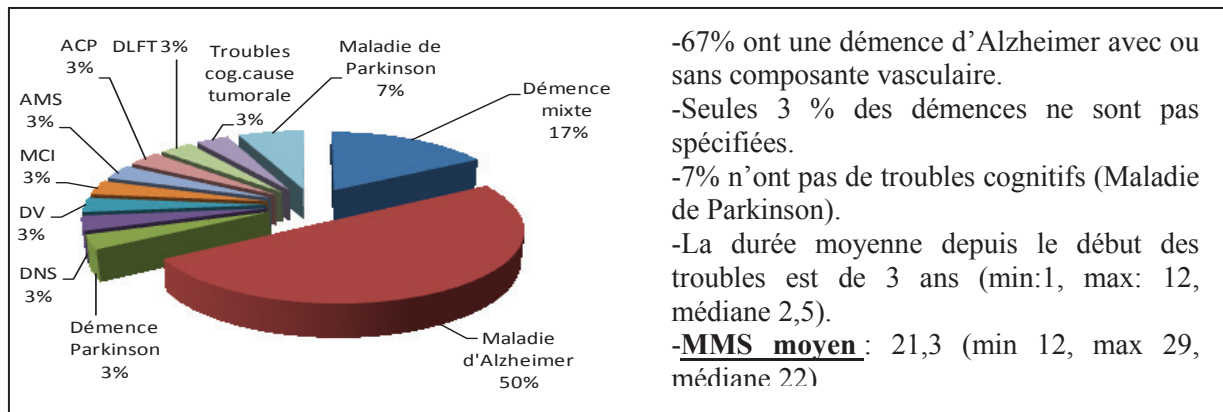
**Traitements non pharmacologiques**

-Atelier équilibre	-Psychomotricité
-Kinésithérapie de groupe ou individuelle	-Ateliers réminiscence
-Atelier neuropsychologique individuel	-Ateliers psychosensoriels
-Psychothérapie individuelle	-Arthérapie
-Atelier de cognition sociale	-Ateliers musicothérapie et chant
-Orthophonie individuelle	-Ergothérapie
-Ateliers de thérapie par l'animal (chiens)	-Ateliers de jardinage
-Ateliers cuisine	-Repas thérapeutique

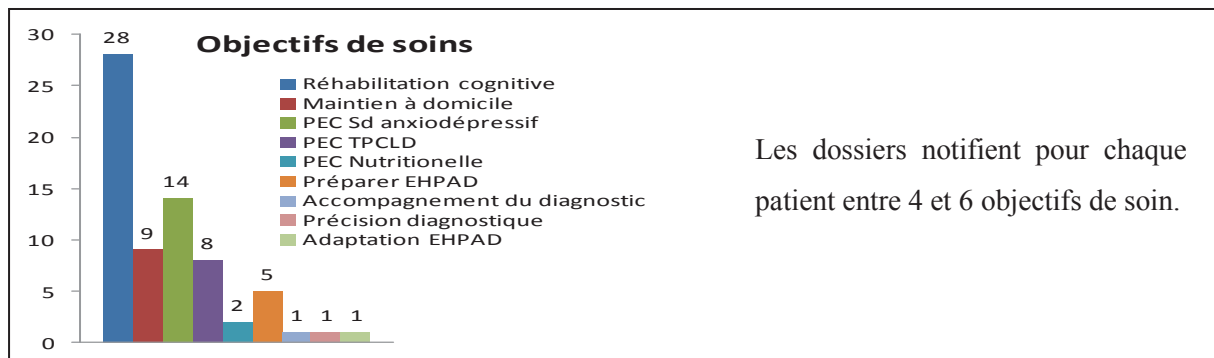
**Evaluation des soins** Echelles standardisées (MMS, Dubois, Horloge, IADL, fluences catégorielles ...) Synthèses cliniques pluridisciplinaires.

## **POPULATION (SUR LES 30 DERNIERS PATIENTS SORTIS):**

- **L'âge moyen** des patients est 76 ans [59, 92] avec 67% de femmes.
- **Origine** : 100% des patients sont admis après un bilan de troubles cognitifs réalisé au sein même de l'hôpital de jour. Ils y ont été adressés par un neurologue pour 23%, par le médecin traitant pour 17 % et par une consultation mémoire dans 60% des cas.
- **Transports** : 87% viennent en VSL. 13% par leurs propres moyens.
- **Indication principale** : 93% réhabilitation cognitive. 7% viennent pour une prise en charge de leur maladie de Parkinson sans syndrome démentiel. (Ils seront exclus des analyses d'impacts)
- **Diagnostics** :



### ➤ **Objectifs de soins** :



- **Durée moyenne de prise en charge**: 5,9 mois (min : 2, max: 18, médiane : 6). La durée prévue est de 6 mois sauf pour les syndromes de Benson (3mois). 89% des patients ont bénéficié de la totalité du programme de soins.

### Motif d'arrêts prématurés de prise en charge (et durée de l'hospitalisation de jour) :

- 1 entrée en EHPAD à 3 mois,
- 1 pour état stable compatible avec relais en ADJ au bout de 2 mois (pas de bénéfice supplémentaire à l'HDJ)
- 1 hospitalisation pour AVC à 5 mois,

### ➤ **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence** :

Tous les patients présentent des symptômes psychocomportementaux en plus des déficits cognitifs. 79% en associent cinq ou plus. Les symptômes les plus fréquents et sont l'humeur dépressive (93% des patients) et l'anxiété (86%)

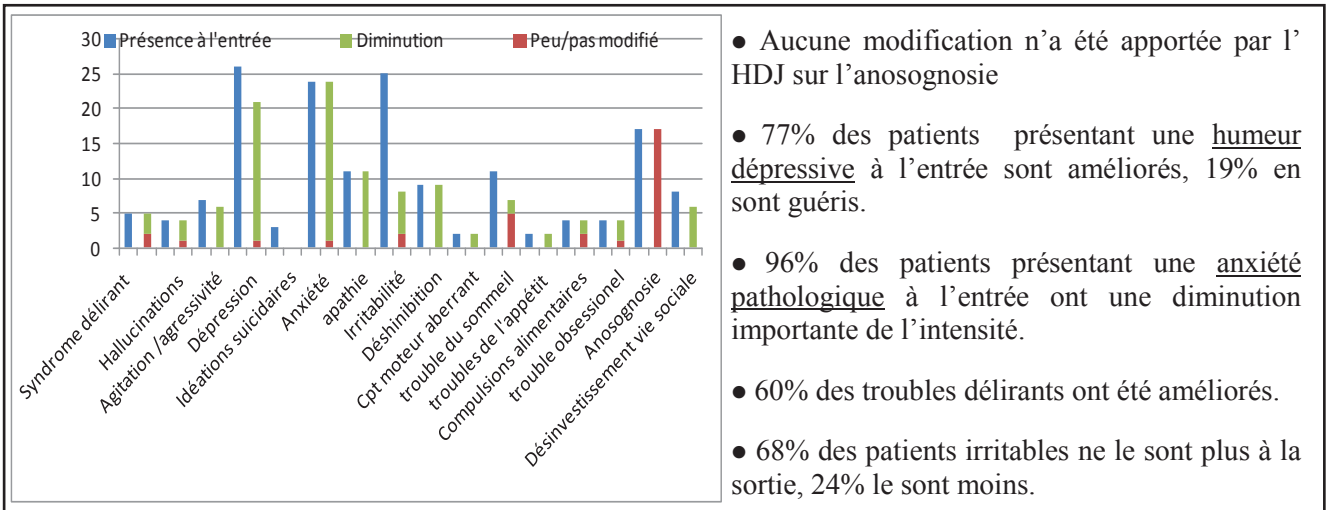
## IMPACTS DE LA PRISE EN SOIN :

### ➤ Impact sur la cognition :

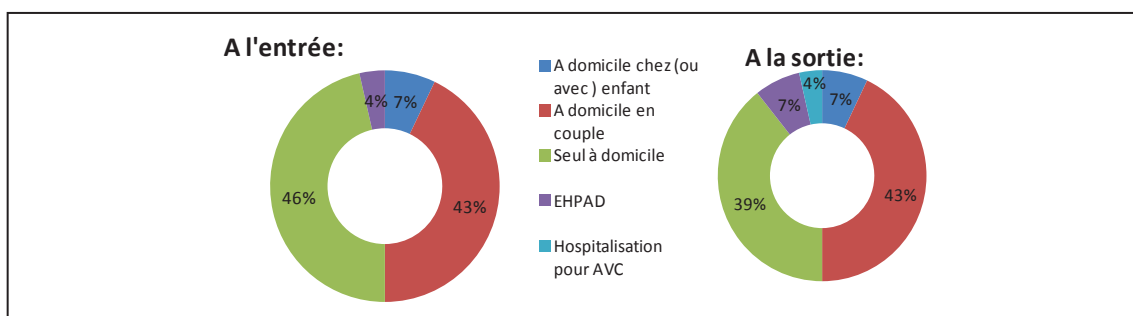
Différence entre le MMS de sortie et le MMS d'entrée (n=16 les autres patients n'ayant pas de MMS de fin de prise en charge mentionné dans leur dossier.)

	-4	-3	-1	0	+1	+6
MCI				1		
Démence de Parkinson				1		
Démence mixte	1					
Démence non spécifiée						
Démence vasculaire				1		
Maladie d'Alzheimer	2	2	2	2	2	1
Trouble cognitif. Tumoral				1		
TOTAL	3	2	2	6	2	1

### ➤ Impact sur les SPCD :



### ➤ Impact sur le devenir :



Seules deux personnes ne sont pas dans leur lieu de vie initial en sortie d'HDJ : l'une hospitalisée pour un AVC, l'autre rentrée en EHPAD pour danger à domicile (chutes, sorties à l'extérieur sans conscience des dangers et avec désorientation spatiale).

78% des patients sont suivis par la suite en consultation mémoire. 57% vont en accueil de jour et 54% bénéficient d'une augmentation des aides à domicile. 11% ont bénéficié de l'introduction d'une mesure de protection juridique.

**HDJ G rontopsychiatrique Bach et Boussingault  
PARIS (76)**

**Spécialité du médecin, responsable** : Psychiatre

**Capacité d'accueil** : 28 à 30 patients par jour

**Activité 2012** : 5158 séances, file active de 101 patients.

**Activité recherche** : oui

**Activité enseignement** : stagiaires paramédicaux

**Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin psychiatre : 0,55	Médecin gériatre 0,4
Cadre infirmier : 1	Infirmiers : 4
Psychologue : 1,7	Psychomotricien : 0,5
Ergothérapeute : 0,6	Arth�rapeute : 0,7
Secrétaire médical : 1	Agent hôtelier : 2

**Locaux dédiés aux soins:**

- salle repas/activités/repos
- salle ergothérapie
- salle psychomotricité
- salles d'activité polyvalente
- bureaux d'entretiens

**Indications principales** Toute personne âgée de plus de 60 ans présentant une souffrance psychique nécessitant des soins et un suivi réguliers (Dérogation d'âge possible pour les syndromes démentiels)

**Critères de non indication** : H t roagressivit  majeure, ou trouble du comportement compromettant la prise en soin de groupe ou présentant un risque pour les autres patients.

**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h30 et 16h30. La fréquence et la durée des soins sont fonction de l'état clinique. un suivi médical régulier, un travail en collaboration avec les acteurs sanitaires externes et à certains moments un rôle de coordination, un accueil au quotidien, un programme de soins hebdomadaires adapté aux troubles du patient sous la forme d'activités de groupes ou en individuel.. Le suivi nutritionnel est systématique ainsi qu'un protocole de prise en charge de la douleur, d'évaluation de l'antibiothérapie et de la polymédication. Les pathologies somatiques associées ne sont pas directement prise en charge par l' HDJ mais celui-ci peut coordonner si besoin l'action des différents intervenants.

**Traitements non pharmacologiques**

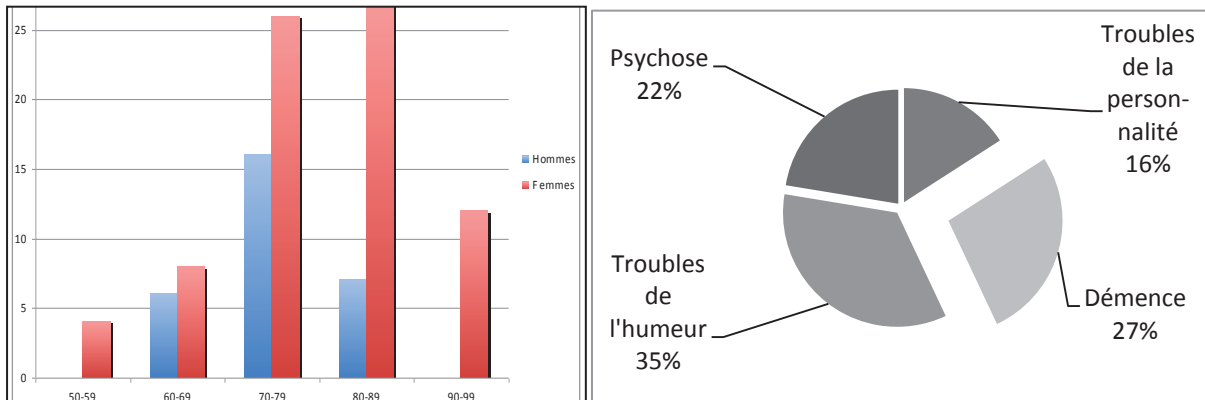
- Ergothérapie	- Ateliers divers de stimulation cognitive
- Ateliers d'éducation nutritionnelle	- Psychomotricité
-Arthérapie	- Entretiens cliniques réguliers
-Psychothérapie	- Education thérapeutique

**Prise en compte des aidants** : Information systématique des dispositifs existant et orientation vers les structures adaptées en fonction des besoins. Accompagnement dans les démarches sociales. Entretiens réguliers avec le médecin du service et l'équipe soignante. Soutien psychologique.

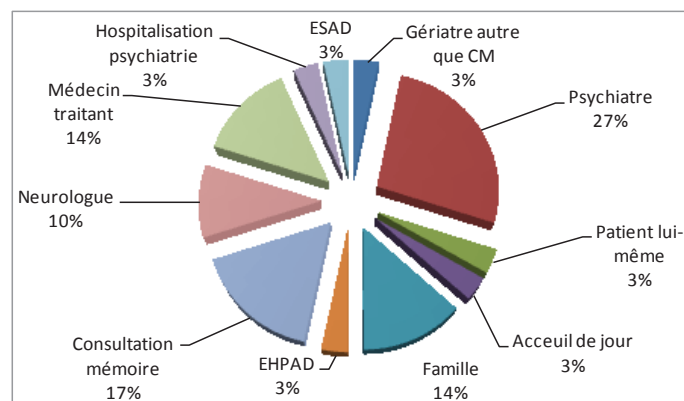
**Evaluation des soins** L'évaluation est essentiellement clinique. Les principales échelles utilisées sont le MMSE, le NPI. Elles ne sont pas systématiques mais réalisées uniquement sur point d'appel. Des synthèses hebdomadaires permettent d'évaluer régulièrement l'évolution de l'état clinique des patients ainsi que de leurs besoins généraux.

## POPULATION :

- **Indication principale** (sur les 30 derniers patients): Troubles psychiatriques associés à une démence dans 67% des cas.
- **MMS moyen** (pour les démences): 18,4. [12,28]
- **Caractéristiques de la file active :** (d'après rapport d'activité 2012)



- En 2012, la tranche d'âge la plus représentée est entre 70 et 79 ans (pour 80% des patients).
  - Les extrêmes d'âge représentent: 8 patients entre 50 et 59 ans et 24 entre 90 et 99 ans
  - La maladie d'Alzheimer ou les troubles apparentés représentent 27,1%.
  - Les psychoses représentent 22,4%, les troubles de la personnalité 15,9% et les troubles de l'humeur 34,6%.
  - Les patients présentant un syndrome démentiel mais dont l'état psychique est stabilisé, sans trouble du comportement ou symptômes dépressifs, sont réorientés vers un accueil de jour.
- **Origine :**

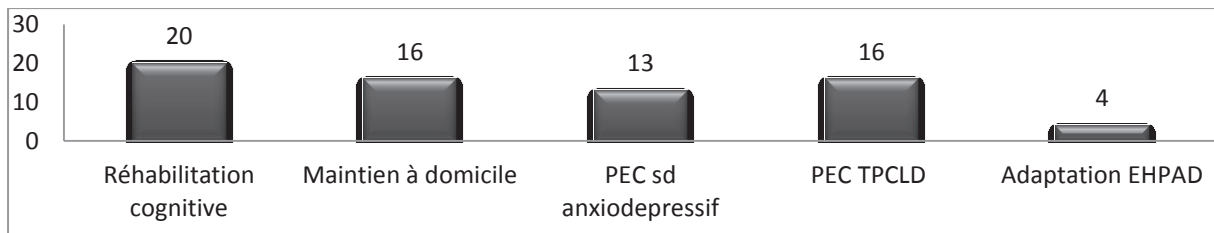


Les adresseurs sont multiples, tant médicaux (médecins traitants, psychiatres, gériatres...) que médico-sociaux (ESAD, ADJ, EHPAD...) Certains patients viennent également à leur propre demande ou à celle de leur famille (Il s'agit en général alors de personnes ayant déjà connu une période d'hospitalisation de jour.)

- **Transports :** 53% viennent par leurs propres moyens ou avec la famille. 27% en taxi conventionné et 8% en ambulance.



➤ **Objectifs de soins : (pour les 30 derniers patients)**



Les dossiers notifient pour chaque patient deux à trois objectifs de soin.

➤ **Durée moyenne de prise en charge:** 14,8 mois (min : 0,5 max: 108, médiane : 3,5).

➤ **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence :**

Tous les patients présentent au minimum quatre symptômes psychocomportementaux, les plus fréquents étant l'anxiété (77,8%) et l'humeur dépressive (72%). Les symptômes psychotiques (délire et/ou hallucinations) sont présents pour 33% des patients.

Motif d'arrêts prématurés de prise en charge (après une séance d'essai) :

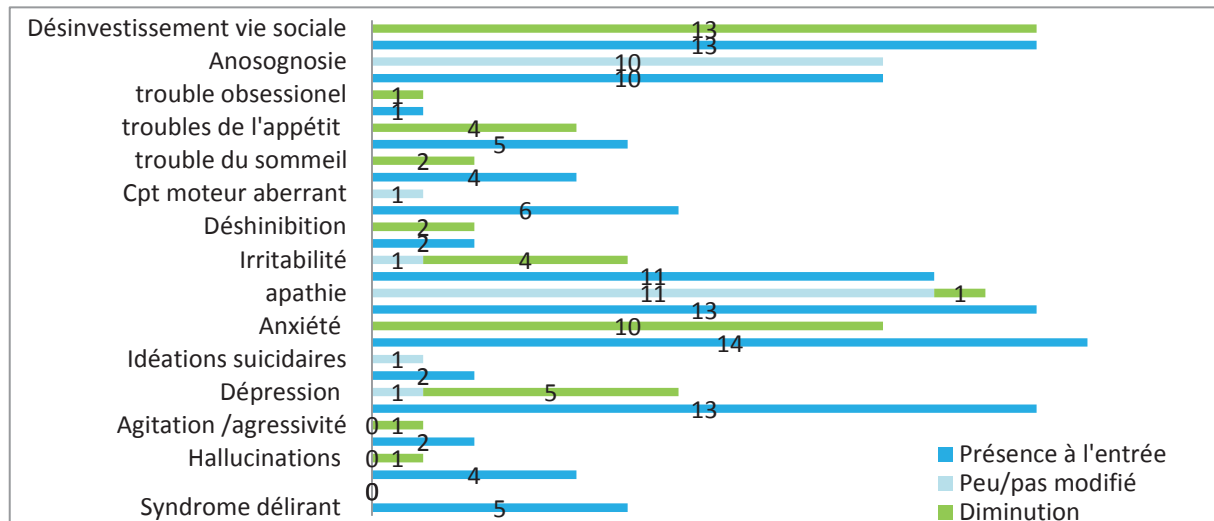
- 1à la demande du patient (HDJ trop anxiogène, souhaite rester chez lui)
- 1 pour état stable compatible avec relais en ADJ (pas de bénéfice supplémentaire à l'HDJ)

**IMPACTS DE LA PRISE EN SOIN :**

➤ **Impact sur la cognition :**

Les MMS de sortie ne sont pas notifiés dans les dossiers patients.

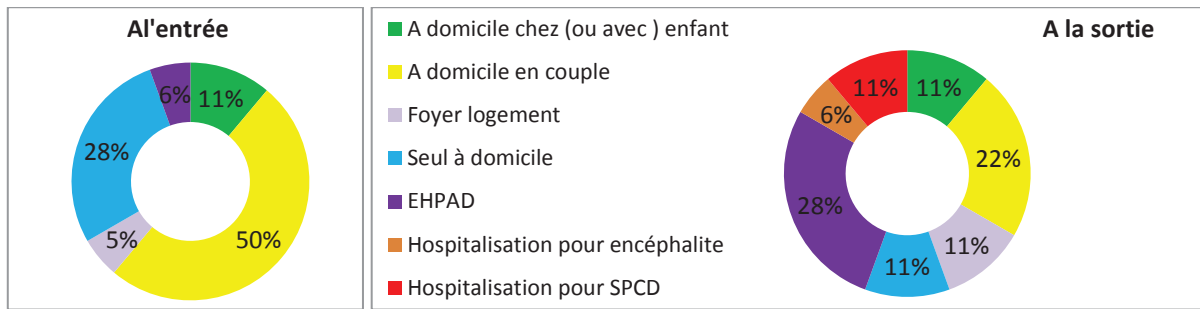
➤ **Impact sur les SPCD :**



- 46% des patients présentant une humeur dépressive à l'entrée sont améliorés, 46% en sont guéris.
- 71% des patients présentant une anxiété pathologique à l'entrée ont une diminution importante de l'intensité, 28% ne présentent plus de symptômes anxieux à la sortie.
- 100% des troubles délirants sont résolutifs.
- 45% des patients irritables ou agressifs ne le sont plus à la sortie, 45% le sont moins.



➤ **Impact sur le devenir (sur les 30 derniers patients):**



- Quatre personnes sont entrées en EHPAD : Deux vivaient seules avec un isolement social majeur et un risque élevé lié à la déambulation et à la désorientation. Une autre du fait de l'incapacité de son conjoint également dément, et une dernière du fait de chutes itératives et d'un épuisement du conjoint.
- Une personne seule a été orientée vers un foyer logement pour favoriser sa socialisation.
- Trois personnes ont été hospitalisées, une pour encéphalite et deux pour TPCD. Les hospitalisations pour TPCD ont eu pour motif : une agressivité et impulsivité résistant au traitement (introduction de dépakote) ; l'autre à un syndrome dépressif avec idéations suicidaires persistant après deux mois de prise en charge en HDJ et ce malgré optimisation du traitement antidépresseur.
- La majorité des patients continuent d'être suivi par le médecin l'ayant adressé à l'HDJ ainsi que par un psychiatre. Seuls 10% vont ensuite en accueil de jour et 6% ont eu une augmentation des aides à domicile (Seules les modifications qualitatives sont prises en compte, les augmentations éventuelles du nombre d'heure des intervenants ne le sont pas.)

**EVOLUTION DE L'ACTIVITÉ :**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Nombre de demandes</b>	81	87	123	110	105
<b>Nombre d'entrées</b>	40	52	66	74	80
<b>Nombre de sorties</b>	46	66	72	62	86
<b>File active</b>	126	114	105	105	101
<b>Nombre de journées</b>	6739	5211	5142	4877	5158

**HDJ G rontopsychiatrique Notre Dame du bon secours  
PARIS (76)**

**Spécialité du médecin, responsable** : Gériatre

**Capacité d'accueil** : 15/j:

**Prix de journée** : 278 euros

**Activité recherche** : oui

**Activité enseignement** : stagiaires

**Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin gériatre 1	Infirmiers : 1
Musicoth�rapeute: 0,5	Psychomotricien : 0 ,5
Ergothérapeute : 0,8	Arth�rapeute : 0,5
Orthophoniste : 0,8	Secrétaire médical : 0,5
Agent hôtelier : 0,8	

**Locaux dédiés aux soins:**

- 1salle repas/activités/repos
- 1 salle psychomotricité
- salles d'activités polyvalentes
- bureaux d'entretiens
- 1 salle de soins
- couloir de déambulation circulaire

**Indications principales** : Toute personne âgée de plus de 60 ans présentant une souffrance psychique. nécessitant des soins et un suivi réguliers (Dérogation d'âge possible pour les syndromes démentiels)

**Critères de non indication** : H t roagressivit  majeure, ou trouble du comportement compromettant la prise en soin de groupe ou présentant un risque pour les autres patients

**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h30 et 16h30. La fréquence et la durée des soins sont fonction de l'état clinique. Un suivi médical régulier, en collaboration avec les acteurs sanitaires externes. Rôle de coordination, programme de soins hebdomadaires adapté aux troubles du patient sous la forme d'activités de groupes ou en individuel. Le suivi nutritionnel est systématique.

**Traitements non pharmacologiques**

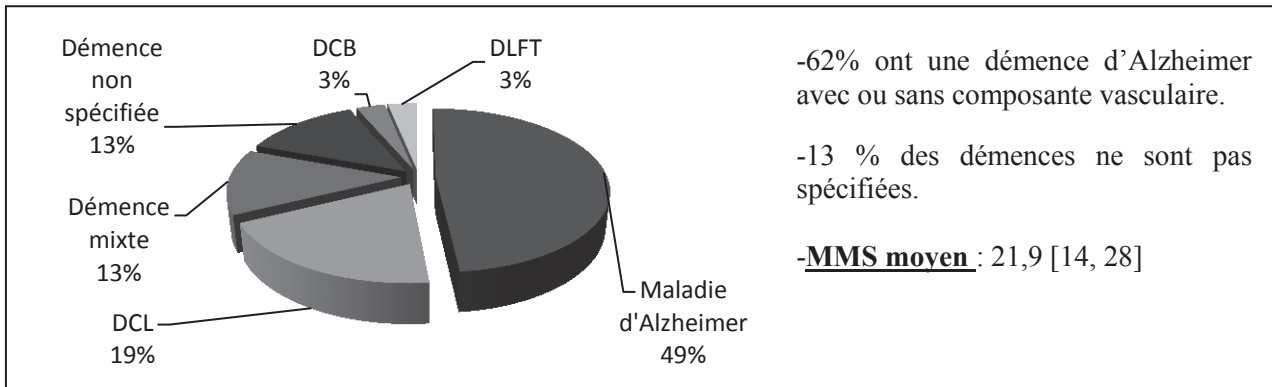
-Ergothérapie	-Ateliers divers de stimulation cognitive
-Psychomotricité	-Arthérapie
-Entretiens cliniques	-Ateliers d'éducation nutritionnelle

**Prise en compte des aidants** : Information systématique des dispositifs existant et orientation vers les structures adaptées en fonction des besoins. Accompagnement dans les démarches sociales. Entretiens réguliers avec le médecin du service et l'équipe soignante. Soutien psychologique.

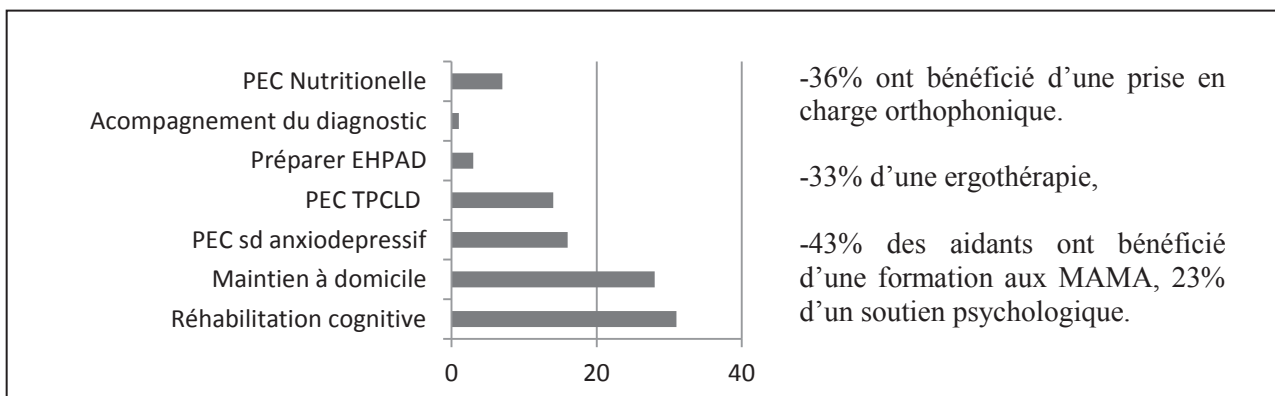
**Evaluation des soins** L'évaluation est essentiellement clinique. Les principales échelles utilisées sont le MMSE, le NPI. Elles ne sont pas systématiques mais réalisées uniquement sur point d'appel. Des synthèses hebdomadaires permettent d'évaluer régulièrement l'évolution de l'état clinique des patients ainsi que de leurs besoins généraux.

### POPULATION (SUR LES 30 DERNIERS PATIENTS SORTIS):

- **L'âge moyen** des patients est 82,5 ans, [73, 90] avec 43% de femmes.
- **Origine** : 97% des patients adressés par une consultation mémoire. 3% à l'issue d'une hospitalisation en gériatrie.
- **Transports** : 100% des patients viennent en ambulance.
- **Indication principale** : 100% réhabilitation cognitive.
- **Diagnostics** :



### ➤ **Objectifs de soins :**



- **Durée moyenne de prise en charge**: 5,4 mois (min : 1, max: 7, médiane : 6). 77% des patients ont bénéficié de la totalité du programme de soins.

#### Motif d'arrêts prématurés de prise en charge (et durée de l'hospitalisation de jour) :

-1 décès à 3 mois par IDM, 2 arrêts à la demande du patient (à 3 et 1 mois, respectivement pour asthénie excessive et angoisse) 2 arrêts pour départ en vacances du patient (à 4 et 5 mois)  
2 arrêts pour hospitalisation (chirurgie digestive à 2 mois, chute à domicile à 4 mois de prise en charge).

### ➤ **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence :**

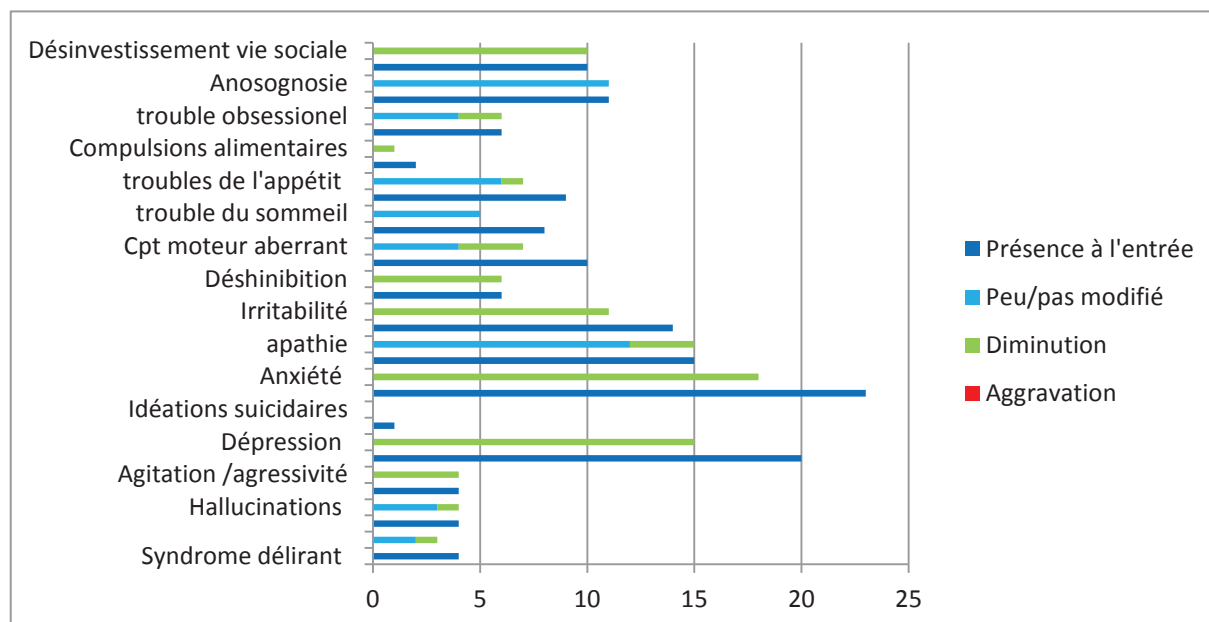
97% des patients présentent au moins un symptôme psychocomportemental en plus des déficits cognitifs. 70% en associent quatre ou plus. Les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété (77%) et l'humeur dépressive. (67%).47% présentent une irritabilité excessive et 17% une symptomatologie psychotique.

## IMPACTS DE LA PRISE EN SOIN :

### ➤ Impact sur la cognition :

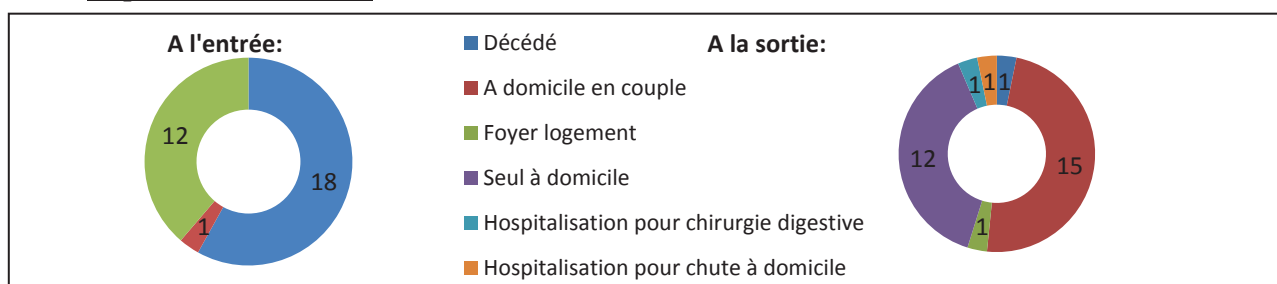
Non quantifiable car seuls deux MMS de sortie sont notifiés dans les dossiers patients.

### ➤ Impact sur les SPCD :



- 75% des patients présentant une humeur dépressive à l'entrée sont améliorés, 25% en sont guéris.
- 78% des patients présentant une anxiété pathologique à l'entrée ont une diminution importante de l'intensité, 22% ne présentent plus de symptômes anxieux à la sortie.
- 25% des troubles délirants sont résolutifs, 25% améliorés et 50% résistants.
- 21% des patients irritables ou agressifs ne le sont plus à la sortie, 79% le sont moins.

### ➤ Impact sur le devenir :



- A l'exception d'un patient décédé (Infarctus du myocarde) et de deux patients hospitalisés (hémorragie digestive et chute à domicile), tous sont restés à domicile.
- Les patients continuent d'être suivis par la suite en consultation mémoire par le médecin les ayant adressés à l' HDJ. 37% vont en accueil de jour. 6% bénéficient d'une prescription d'ESAD et 90% d'une augmentation des aides à domicile (sont essentiellement introduites les aides à la toilette).
- 93% des patients ont bénéficié de l'introduction d'une mesure de protection juridique.

**HDJ Gériatrique**  
**Gradignan (33)**

**Spécialité du médecin, responsable** : Gériatre

**Capacité d'accueil** : 7 patients par jours (35 par semaine)

**Activité recherche** : oui (En 2012 participation études ETNA et AIDLAZ)

**Activité enseignement** : oui : stagiaires de professions paramédicales.

**Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin gériatre : 1	Psychiatre : 0,2
Cadre infirmier : 0,01	Infirmiers : 2
Neuropsychologue: 2,5	Psychomotricien: 0,5
Ergothérapeute: 0,25	Assistante sociale: 0,5
AMP : 1,2	Secrétaire médicale: 2
Agent d'entretien : 0,02	

**Locaux dédiés aux soins:**

- 1 salle accueil/repos
- 2 salles d'activité polyvalente
- 1 salle repas/cuisine
- 2 bureaux d'entretiens
- Une terrasse.

**Indications principales** .Réhabilitation cognitive ; prévention et traitement des SPCD.

**Critères de non indication** : Troubles du comportement incompatibles avec la prise en charge de groupe ; patient non désireux d'une stimulation cognitive, perte d'autonomie à la marche, troubles cognitifs sévères (MMS inférieur à 10)

**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h30 et 16h30 pour des cycles de huit mois à raison de deux fois par semaine.

**Traitements non pharmacologiques**

-Ergothérapie	- Ateliers divers de stimulation cognitive
-Ateliers d'éducation nutritionnelle	- Psychomotricité
-Arthérapie	- Entretiens cliniques réguliers
-Psychothérapie	- Education thérapeutique

**Prise en compte des aidants** :

-Information systématique des dispositifs existant et orientation vers les structures adaptées en fonction des besoins. Accompagnement dans les démarches sociales. Entretiens réguliers avec le médecin du service et l'équipe soignante. Soutien psychologique.

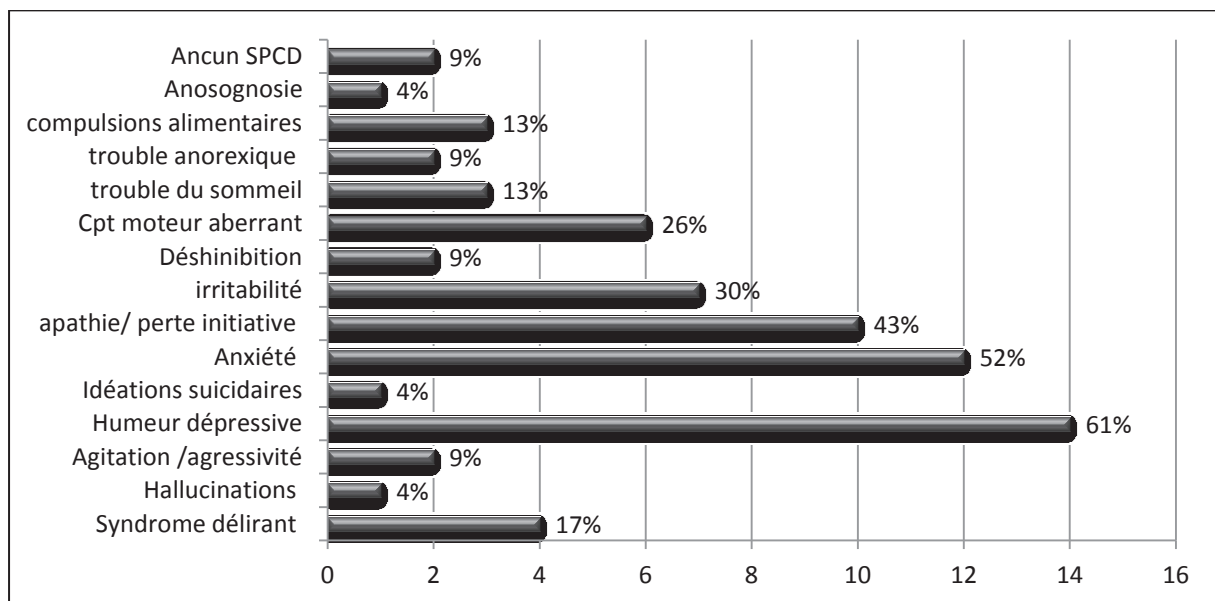
**Evaluation des soins** Echelles standardisées systématiques à l'entrée et à la sortie (MMS, Dubois, Horloge, IADL, fluences catégorielles, GDS ...) Synthèses cliniques pluridisciplinaires.

**POPULATION (D'APRÈS PATIENTS EN COURS DE SOINS : N=23):**

- **L'âge moyen** des patients est 79 ans, (+/- 6,5 [59- 89]) avec 63% de femmes.
- **Origine** : 70% des patients ont été adressés par un gériatre dans le cadre d'un bilan mémoire. 22% par leur médecin traitant, 4% par un psychiatre et 4% par un neurologue.
- **Transports** : Les patients viennent en VSL
- **Indication principale** : 100% réhabilitation cognitive.
- **MMS moyen à l'entrée**: 21,3 (min 12, max 29, médiane 22)
- **Objectifs notifiés dans le plan de soin individuel :**

Les objectifs de soins sont très individualisés en fonction des habitudes antérieures des malades et de leur demande de soin. Les principaux sont : éducation thérapeutique, appropriation de la maladie, prévention des accidents domestiques, gestion des facteurs de risques cardiovasculaires, éducation nutritionnelle, abandon de la conduite automobile, reprise d'initiative (peinture, ordinateur) réhabilitation : écriture, IADL, travailler les praxies...

- **Durée de prise en charge**: 8 mois à raison de deux séances par semaines. Sur les 200 patients ayant participé à l' HDJ depuis 2007, seuls 6 n'ont pas bénéficié de la totalité du programme de soins : 4 pour refus de poursuivre (angoisse, anosognosie et/ou asthénie excessive) 1 pour hospitalisation (dépendance incompatible avec le maintien à domicile).
- **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence** : 91% des patients présentent au moins un symptôme psychocomportemental en plus des déficits cognitifs. 35% en associent quatre ou plus. Les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété (52%) et la dépression (61%). Les syndromes délirants avaient peu de répercussions comportementales (délires interprétatifs de vol, de spoliation)



**HDJ GERIATRIQUE, CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE  
LIBOURNE (33)**

**Création** : 1981, fermé en 2010, réouverture depuis 2012      **Spécialité du médecin, responsable** : Gériatre

**Capacité d'accueil** : *HDJ Bilan* : non      *HDJ Réadaptation* : 5/j/an soit 9 patients/j d'ouverture

**Activité recherche** : oui (Etude ETNA en 2012)

**Activité enseignement** : étudiants infirmiers, psychologues, ergothérapeutes...

**Composition équipe soignante en ETP :**

Médecin gériatre : 0,1	Infirmiers : 0,1	Neuropsychologue: 0,5	Psychomotricien: 0,5
Ergothérapeute: 0,1	Secrétaire médicale: 0,1	Cadre infirmier : 0,1	Aide-soignant (AMP) : 1

**Locaux dédiés aux soins**: 2 salles d'activités polyvalentes et 1 bureau médical.

**Indications principales** Réhabilitation pour pathologies démentielles.

Les patients sont adressés par la consultation mémoire ou le médecin traitant pour un bilan à L'HDJ qui pose, ou non, une indication de prise en charge.

**Critères de non indication** : Tout trouble du comportement incompatible avec une prise en charge collective. (Hétéroagressivité, instabilité psychomotrice majeure...). Incapacité à la marche.

**Prise en soin** : Les patients sont reçus de 9h à 15h30, une fois par semaine, pour une durée d'un an renouvelable. Ils participent à 3 ateliers par jour. Un cahier de liaison permet de préparer la séance suivante à domicile par un exercice de prise de note.

En cas de besoin, le gériatre adapte les traitements médicamenteux, en coordination avec le médecin traitant

**Traitements non pharmacologiques**

-Ateliers réminiscence      -Atelier Mémoire collective      -Psychothérapie de groupe      Ergothérapie

**Prise en compte des aidants :**

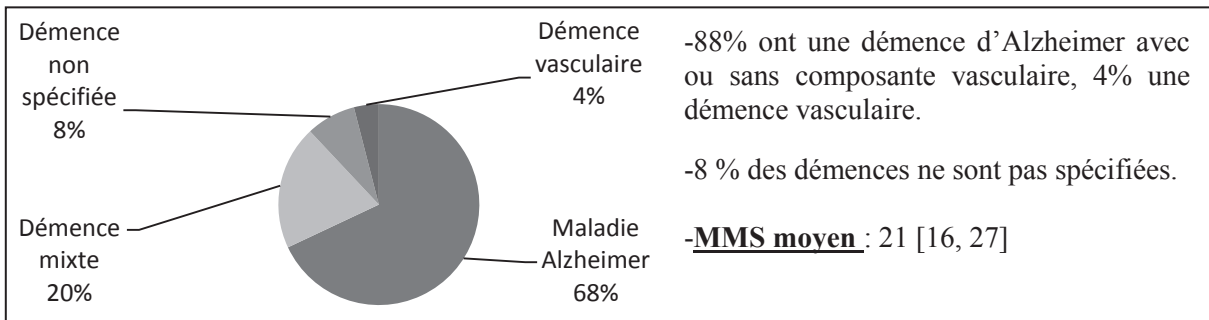
- Groupe de formation aux MAMA
- Education thérapeutique
- Carnet de liaison

**Evaluation des soins**

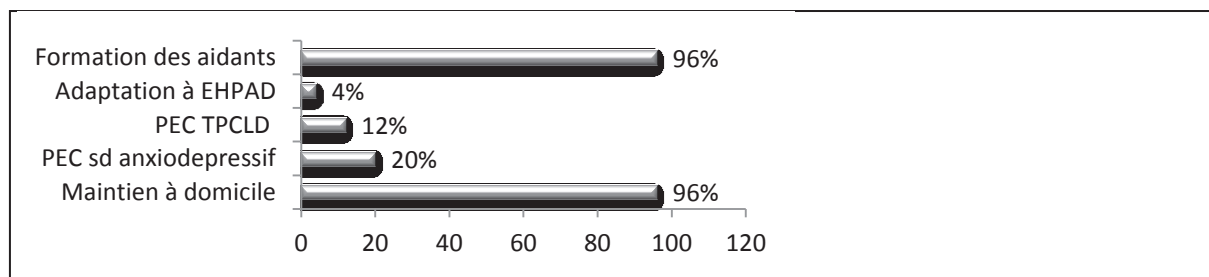
Echelles standardisées (MMS, Zaritt, GDS, Echelles de qualité de vie (Qal-AD), Inventaire apathie), Synthèses cliniques pluridisciplinaires.

**POPULATION (A PARTIR DES PATIENTS ACTUELLEMENT EN SOIN, N=25):**

- **L'âge moyen** des patients est 80,6 ans [60, 92] avec 52% de femmes.
- **Origine** : 12% sont adressés par une consultation mémoire, 24% par un gériatre et 64% directement par leur médecin traitant.
- **Transports** : Tous viennent en VSL.
- **Indication principale** : 100% réhabilitation cognitive.
- **Diagnostics** :



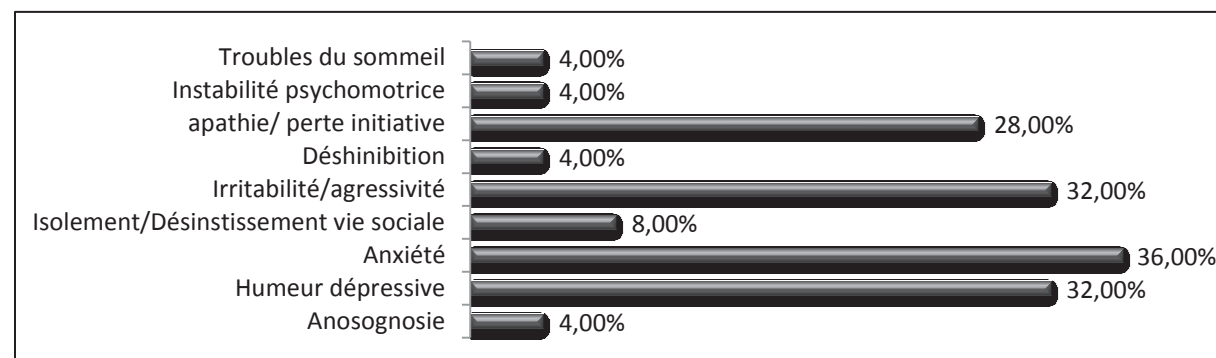
➤ **Objectifs de soins :**



- **Durée moyenne de prise en charge**: La durée prévue des soins est d'une année éventuellement renouvelable tant que « efficace ». L'HDJ de Libourne ayant rouvert ses portes en 2012, pour le moment il n'y a pas encore eu d'arrêt de prise en charge

➤ **Symptômes psychocomportementaux liés à la démence :**

72% des patients présentent au moins un symptôme psychocomportemental en plus des déficits cognitifs. 12% en associent quatre ou plus. Les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété (36%) et la dépression (32%) ainsi que l'irritabilité/agressivité (32%).





## HDJ G rontopsychiatrique de Vichy

**Création** : 2010

**Spécialité du médecin, responsable** : Psychiatre

**Capacité d'accueil** : 15/j

**Activité 2012** : 6300 séances, file active de 75 patients dont 15 avaient un syndrome démentiel.

**Activité recherche** : rarement

**Activité enseignement** : Interne en médecine, capacité de gériatrie, étudiants infirmiers, aide soignant...

### **Composition équipe soignante en ETP:**

Médecin psychiatre : 0,2	Neuropsychologue 0,3
Cadre infirmier : 0,25	Infirmiers : 4
Secrétaire médical 0,1	Assistant social : 0,1

### **Locaux dédiés aux soins:**

Salles d'activités : 4	
Salle à manger : 1	Cuisine : 1
Bureau : 1	Cours : 2
Chambre de soins: 1	

**Indications principales** : Personne âgée de plus de 65 ans présentant une souffrance psychique, associée ou non à des troubles cognitifs.

**Critères de non indication** : H t roagressivit  majeure, ou trouble du comportement compromettant la prise en soin de groupe ou présentant un risque pour les autres patients. Age inférieur à 65 ans.

**Prise en soin** : Les patients sont pris en charge entre 9h30 et 16h30, en moyenne 9 mois 1 fois par semaine. Un programme de soins hebdomadaires est adapté aux troubles du patient sous la forme d'activités de groupes ou en individuel. L'objectif principal est la renarcissisation et le réinvestissement des interactions sociales.

### **Traitements non pharmacologiques : (liste non exhaustive)**

Stimulation cognitive, Ateliers de langage, Ateliers mnésiques, Ateliers praxiques, Arthérapie, Activités d'entretien de la motricité, Psychothérapie individuelle ou de groupe, Relaxation, Musicothérapie  
Activités extérieures (Marche, sorties culturelles...) Entretien infirmiers et médicaux réguliers,  
Adaptation du mode de vie et des aides via le travailleur social...

**Pas de prise en charge des aidants.**

**Evaluation des soins** Des synthèses hebdomadaires permettent d'évaluer régulièrement l'évolution de l'état clinique des patients ainsi que de leurs besoins généraux.

### POINTS FORTS

- ⇒ La prise en charge des syndromes démentiels en hôpital de jour peut inclure une rééducation et réadaptation motrice, sensorielle, cognitive et comportementale, une restauration de l'autonomie, une prise en charge nutritionnelle, une prévention des chutes et des risques liés à la maladie. S'y associent si besoin, l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, l'information et le soutien des aidants, la resocialisation.
- ⇒ Les hôpitaux de jours de psychiatrie du sujet âgés axent leur prise en soin plus particulièrement sur les souffrances psychiques et les troubles psychocomportementaux accompagnant la démence. Les hôpitaux de jour gériatrique SSR s'axent plus sur la réhabilitation.
- ⇒ L'évolution de l'activité des HDJ psychogériatrique va de pair avec la création des accueils de jours : les relais sont de plus en plus précoces, ce qui se traduit par une augmentation nette des taux de rotation (plus de sortie et d'entrée, durée des soins plus courte)
- ⇒ Les HDJ SSR fonctionnent en général avec des cycles de soin de durée pré-déterminée.
- ⇒ Activité d'enseignement importante, tant auprès des étudiants en médecine, qu'auprès d'autres professions médicales ou paramédicales.
- ⇒ Participation à la recherche médicale
- ⇒ Prise en compte des comorbidités et de la polymédication.
- ⇒ L'évaluation des soins : les échelles MMSE sont en général utilisées en début et en fin de prise en charge. L'évaluation de l'efficacité des soins est réalisée régulièrement par des réunions de synthèse de l'équipe pluridisciplinaire qui se base essentiellement sur la clinique plus que sur des échelles standardisées. A la sortie de l' HDJ, un compte rendu dressant le bilan de l'hospitalisation de jour est adressé au médecin traitant.
- ⇒ L'hôpital de jour est efficace sur les troubles psychocomportementaux liés à la démence.

---

<sup>i</sup> -Etude EVATEM, dont l'objectif était d'analyser les plaintes cognitives de 95 sujets

-Etude MEMENTO : suivi de cohorte nationale visant à étudier l'évolution de signes très précoces pouvant évoquer la maladie d'Alzheimer

-Etude PACO, analysant le rôle de la personnalité sur la survenue des SPCD

-Etude CYTOCOGMA, cherchant à déterminer une valeur des taux de cytokines inflammatoires prédictive du déclin cognitif au cours de la maladie d'Alzheimer :

-Etude ETNA sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses...

## **PREMIÈRE ÉTUDE.**

---

### **OBJECTIFS**

---

Le but de cette étude est de déterminer l'impact d'une prise en charge des syndromes démentiels en hôpital de jour.

**Critère de jugement principal** : Impact après une hospitalisation de jour sur les symptômes psychocomportementaux liés à la démence, selon l'évaluation clinique.

**Critères de jugement secondaires** : Impact après une hospitalisation de jour sur :

- ❖ la prescription de psychotropes,
- ❖ la préservation de l'autonomie,
- ❖ le recours à l'hospitalisation conventionnelle
- ❖ le recours à l'institutionnalisation.

### **MATÉRIEL ET MÉTHODE:**

---

#### **TYPE DE L'ÉTUDE**

Etude longitudinale rétrospective multicentrique.

#### **POPULATION :**

- ❖ Critères d'inclusions :
  - Patients ayant bénéficié d'une prise en soin au sein d'un hôpital de jour gériatrique ou psychogériatrique.
- ❖ -Critères de non inclusion :
  - Patient de l'hôpital de jour présentant une pathologie non démentielle,
  - Patient dont la durée de prise en charge est inférieure à un mois.
- ❖ Recrutement : Trente derniers patients sortis depuis le mois de juin 2013 des HDJ suivants:
  - Hôpital de jour gériatrique des Charpennes à Lyon-Villeurbanne,
  - Hôpital de jour gériatrique du Mont d'Or à Albigny sur Saonne
  - Hôpital de jour psychogériatrique Notre Dame du Bon Secours à Paris
  - Hôpital de jour psychogériatrique Bach et Boussingault à Paris
  - Hôpital de jour psychogériatrique Naomi Feil, à Limoges

#### **OUTILS:**

- ❖ Etude des dossiers médicaux avec recueil des données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques à l'entrée et à la sortie, selon la grille présentée en annexe 6.

### ANALYSE STATISTIQUE:

- ❖ Les descriptifs des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne +/- écart-type, minimum, maximum. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquence et pourcentages.
- ❖ La recherche d'accord entre les scores à l'entrée et à la sortie de l'HDJ a été réalisée par des tests de corrélation intra classes (ICC). Les comparaisons des variables qualitatives à l'entrée et à la sortie par un test de chi deux d'indépendance.
- ❖ Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

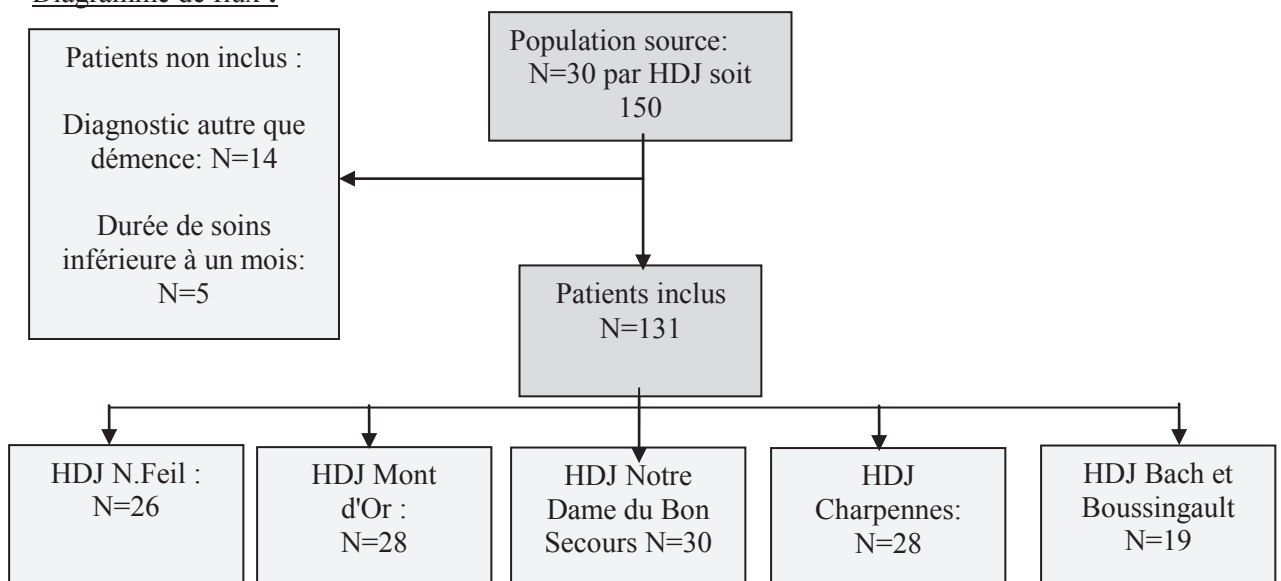
### ASPECTS ETHIQUES:

Les données concernant les patients n'ont pas fait l'objet d'une recherche de consentement dans la mesure où il s'agissait d'une étude descriptive non interventionnelle et attendu que leur recueil respectait un anonymat complet.

## RÉSULTATS:

### Population :

#### ➤ Diagramme de flux :

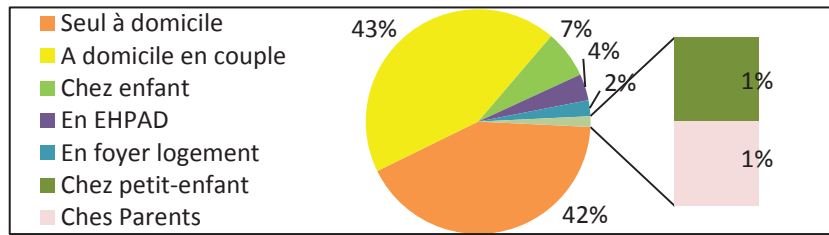


131 patients ont été inclus dans l'étude dont 57% provenant d'un hôpital de jour psychogériatrique et 43% d'un hôpital de jour gériatrique.

#### ➤ Caractéristiques des patients:

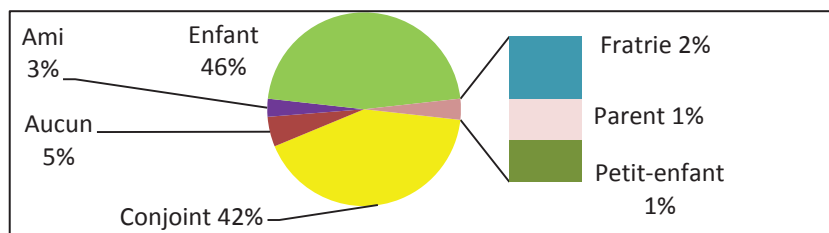
- **L'âge moyen** est de 80 ans (+/- 8 [52,94]) avec plus de femmes (60%) que d'hommes
- **Statut marital** : 46% des patients sont veufs, 44% en couple, 10% célibataires, séparés ou divorcés.

▪ **Mode de vie:**



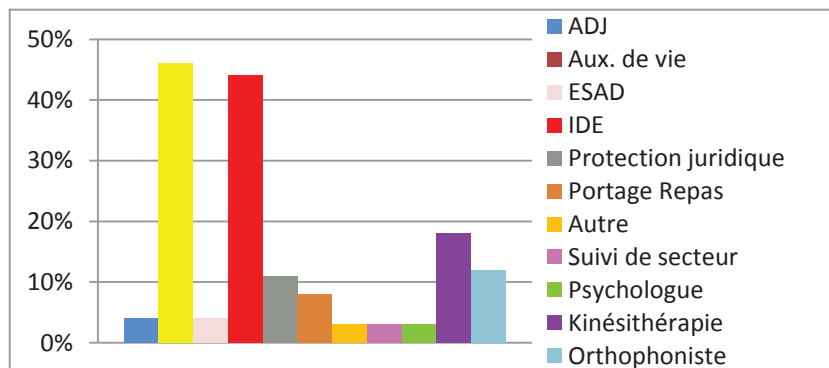
La majorité des patient vit à domicile, seuls (42%) ou en couple (43%). 6% des patients vivent en structure (4% en EHPAD et 2% en foyer logement.) 8% vivent chez les enfants ou petits enfants. Rarement ils vivent chez leurs parents (Malades « jeunes » c'est-à-dire moins de 60 ans)

▪ **Aidant principal :**



Parmi les aidants, 56% sont en bonne santé ; 13% présentent une pathologie lourde et 26% un syndrome anxiodépressif. 63% d'entre eux présentent des signes d'épuisement liés à la maladie démentielle du patient.

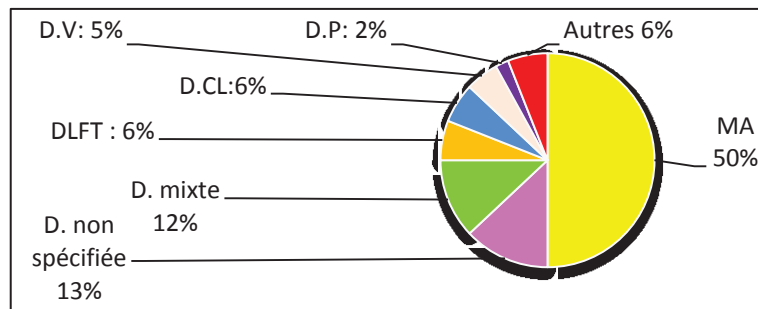
▪ **Prise en charge para-médicale et médico-sociale :**



Seuls 4% des patients vont en accueil de jour, il en est de même pour la prise en charge à domicile par une ESAD. 46% ont une auxiliaire de vie ou une aide ménagère, 44% une IDE à domicile. La kinésithérapie concerne 18% des patients et l'orthophonie 12%. Peu de patients ont un suivi psychologique (3%). « Autres aides » désigne la domotique : bracelet de géolocalisation (3%) et téléassistance (3%).

- **Transports :** 59% viennent en VSL, 33% en ambulance, 4% en taxi conventionné, 4% par leurs propres moyens ou avec la famille.

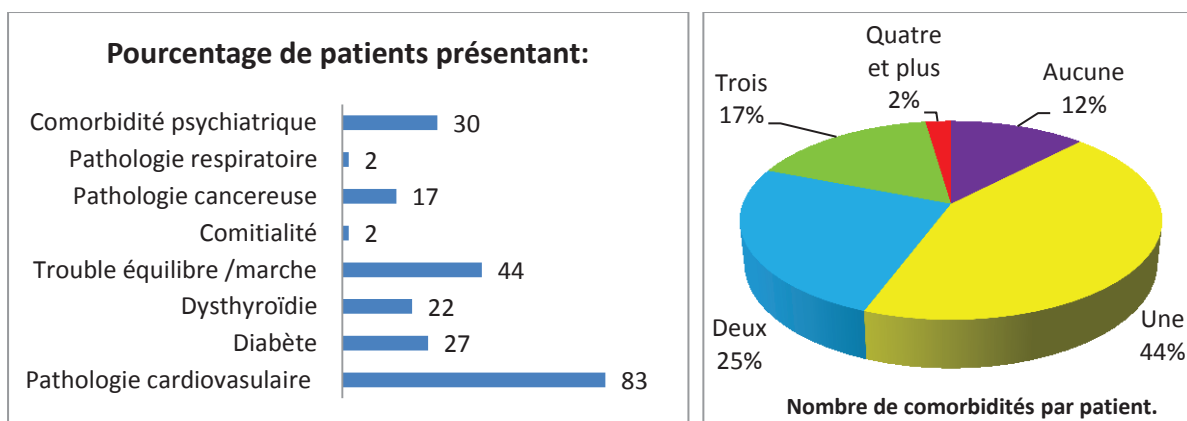
- **Diagnostic à l'entrée.** La répartition des diagnostics est présentée ci-dessous :



Dans 62% des cas il s'agit d'une maladie d'Alzheimer avec ou sans composante vasculaire. Les démences parkinsoniennes représentent 8% des diagnostics (incluant démence à corps de Léwy et démence de la maladie de Parkinson.) ; les dégénérescences lobaires frontotemporales 6%.

« Autre démences » regroupe : MCI (1,5%), atrophie multi systématisée, atrophie sous-corticale focale, dégénérescence cortico-basale, atrophie corticale postérieure, séquelles de traumatisme crânien, démence de cause tumorale, démence alcoolique, et démence liée à la Sclérose en plaque (respectivement 0,8% chacune).

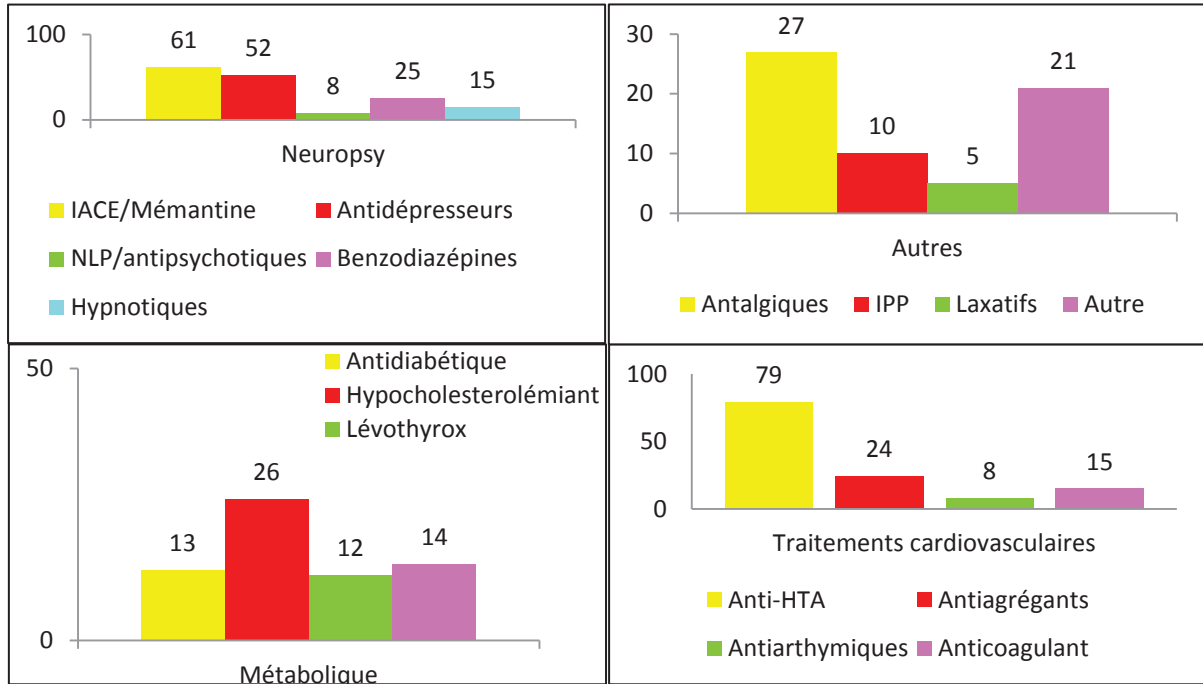
- Le **MMSE moyen à l'entrée** est de 21 (+/- 4 [11,29])<sup>i</sup>
- **Comorbidités**



88% des patients sont polypathologiques. Les pathologies cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle) touchent 83% des patients. 80% des comorbidités psychiatriques antérieures à la démence sont représentées par les syndromes dépressifs ou troubles anxieux. 20% appartiennent au registre de la bipolarité ou des troubles psychotiques

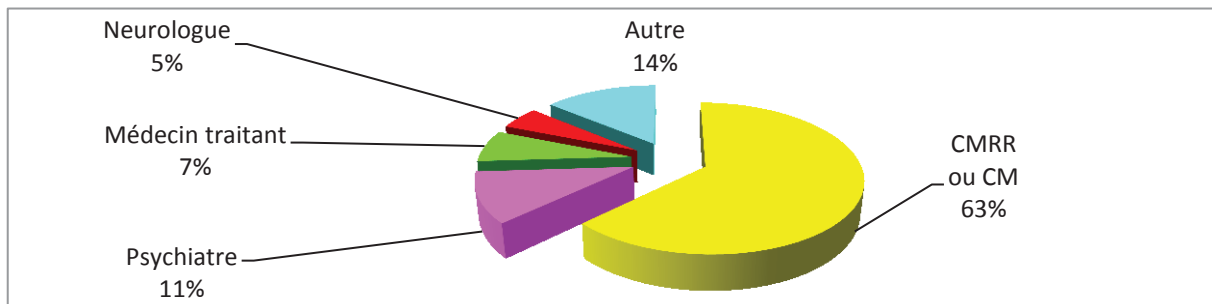
<sup>i</sup> Le MMSE est un test de dépistage rapide des troubles cognitifs créé en 1975 par Marschall Folstein. (23) ; Il a pour but d'évaluer l'orientation dans le temps et l'espace, la mémoire immédiate, l'encodage et la récupération mnésique, l'attention, le calcul, le langage et les fonctions visio-constructive. Il permet de donner une indication sur le stade de sévérité de la démence.

▪ **Traitements :**



- 46% des patients sont polymédiqués (Cinq traitements et plus) 5% ont plus de dix traitements concomitants.

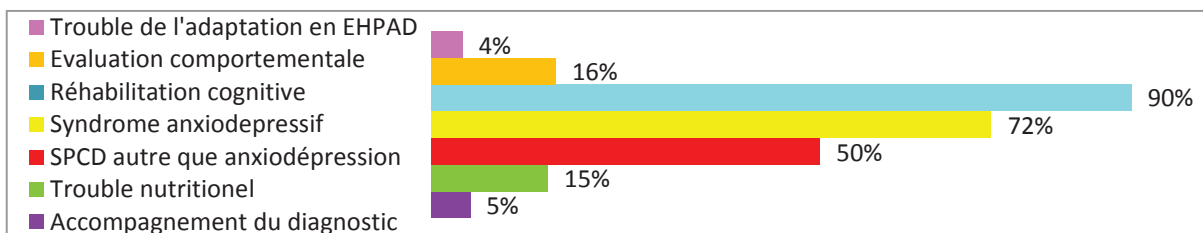
• **Origine de la demande d'admission :**



La majorité des patients est adressée par un CMRR (ou une consultation mémoire).

La catégorie « Autre » renvoie à des demandes formulées par les EHPAD (1%), les patients ou familles (4%), un autre HDJ (3%), une Equipe Mobile de Psychiatrie (3%), les ESAD (1%), un service hospitalier (neurologie, psychiatrie ou gériatrie : 2%).

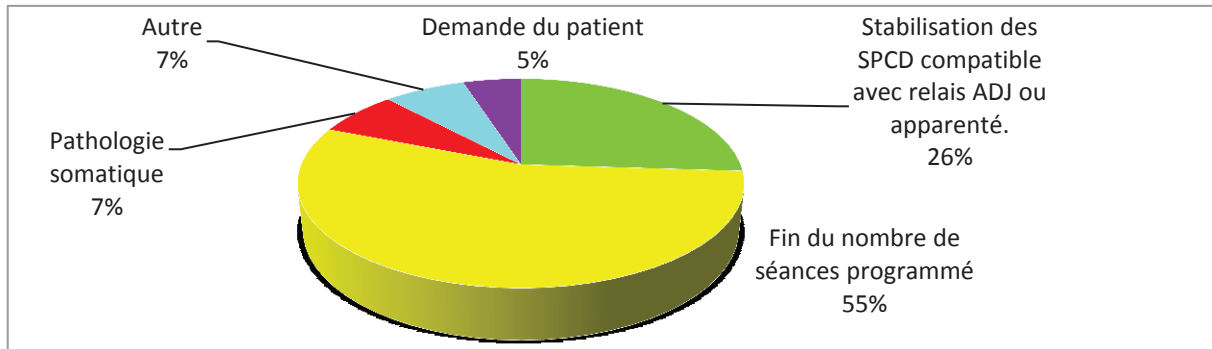
• **Motifs d'admissions :**



68% des patients ont deux motifs d'admission, 27% en ont trois, 5% en ont en quatre.

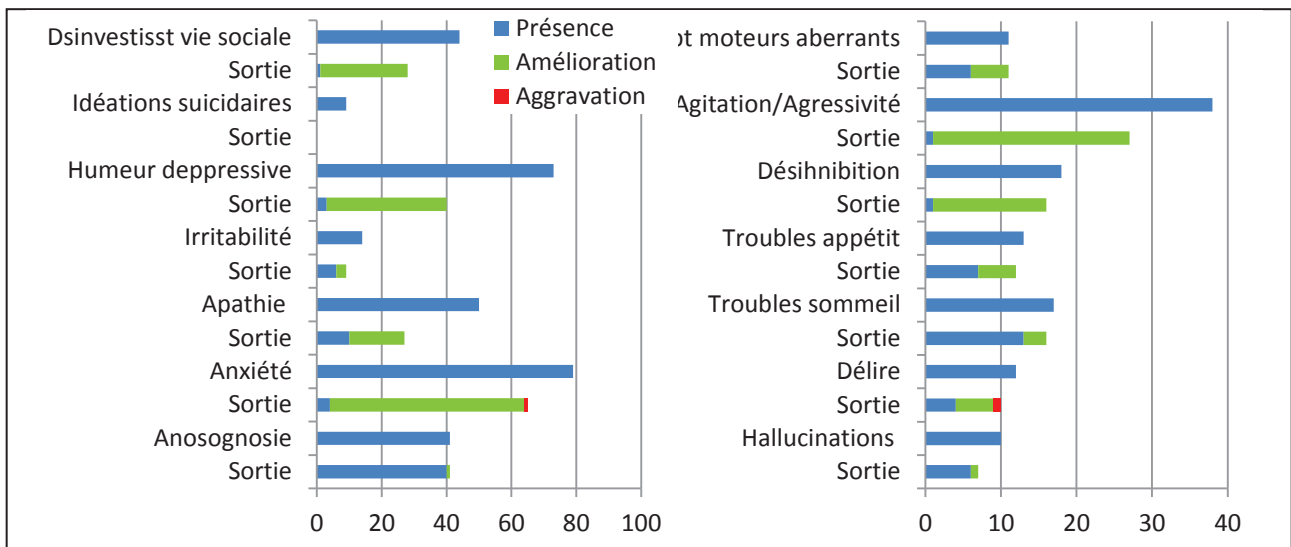
Le maintien à domicile est visé dans 76% des cas. Pour 24% des patients il s'agit au contraire de préparer une entrée en institution (ou d'en traiter un trouble de l'adaptation).

- La **durée moyenne de prise en charge** est de 10 mois (+/- 12 [5, 108])
- **Motifs de fin de prise en charge :**



Les arrêts de prise en charge pour « fin de nombre de séances programmées » sont plus fréquents dans les hôpitaux de jour gériatriques (62%) que dans les hôpitaux de jours psychiatriques pour lesquels le motif principal est la stabilisation des troubles psychocomportementaux. « Autre motif » renvoie à un décès, un déménagement, un départ en vacances, ou une hospitalisation.

➤ **Impact sur les troubles psychocomportementaux comparaison présence entrée/sortie (en%)**



- 96% des patients présentant un syndrome dépressif ont une amélioration importante de l'humeur. Parmi eux, 47% sont en rémission complète à la sortie.
- 9% avaient des idées suicidaires à l'entrée. Aucun à la sortie.
- 94% des troubles anxieux sont améliorés dont 20% de rémission complète.
- 98% des patients en situation de repli réinvestissent une vie sociale 80% sont moins apathique.
- 97% des patients agressifs sont améliorés dont 30% ne le sont plus.
- 58% des délires sont améliorés dont 40% cèdent complètement. Les hallucinations sont améliorées dans 40% des cas (dont 75% de disparition du symptôme)



- Les symptômes frontaux (désinhibition, ritualisation, compulsions, intolérance à la frustration,) peuvent s'atténuer mais cèdent rarement.

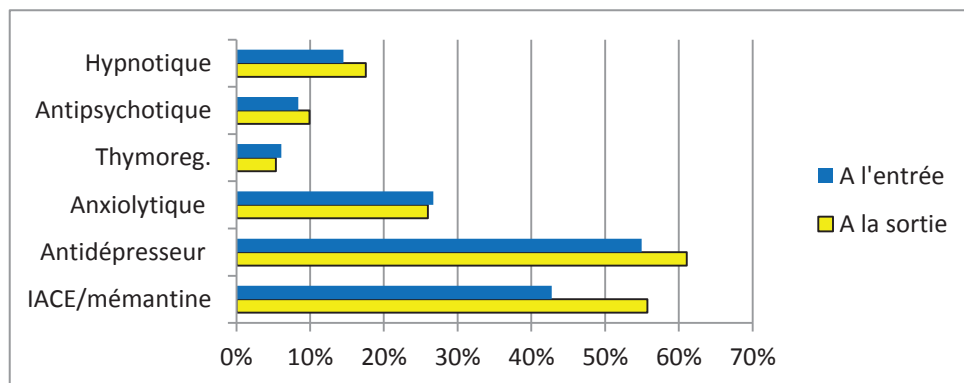
Parmi les troubles alimentaires à l'entrée 46% sont de l'ordre des compulsions alimentaires. Les autres sont représentés par l'anorexie où la perte d'appétit. Ces derniers sont mieux améliorés par l'hospitalisation de jour que les troubles hyperphagiques.

➤ **L'analyse de la durée de prise en charge** croisée avec le critère « présence du symptôme à l'entrée/absence du symptôme à la sortie » montre que:

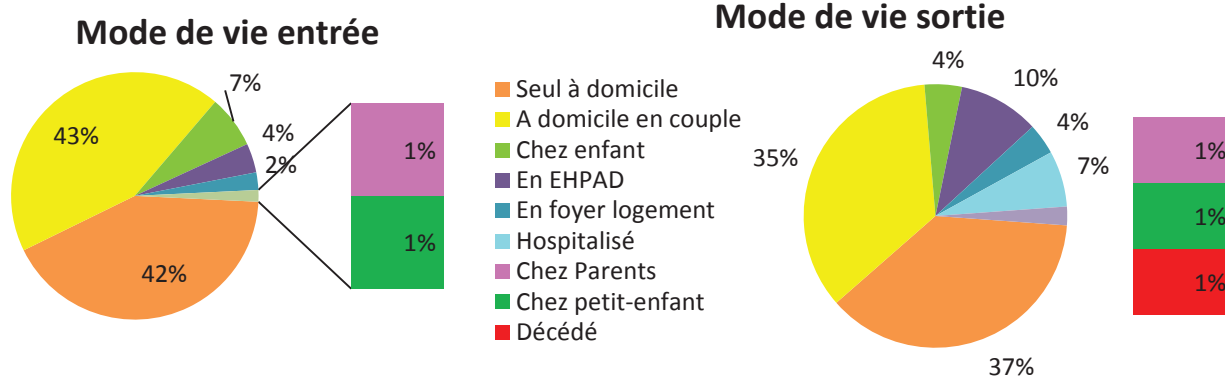
- Une durée de prise en charge supérieure à 12 mois en HDJ permet une diminution significative de la prévalence de l'anxiodépression (Test de Khi deux de Pearson,  $p=0,008$ ) ainsi que des idées suicidaires ( $p=0,07$ ), le désinvestissement de la vie sociale ( $p=0,02$ ), les comportements moteurs aberrants ( $p=0,03$ ) et les troubles obsessionnels ( $p=0,04$ )
- Par contre il n'y a pas d'effet significatif de la durée de prise en charge sur l'anxiété, l'irritabilité l'instabilité de l'humeur, les symptômes psychotiques, les troubles alimentaires et du sommeil. Cela peut conduire à préconiser des prise en charge plus courtes pour ce type de symptômes que pour les précédents, compte tenu que la probabilité d'amélioration de ces troubles est la même que le patient soit pris en charge plus ou moins de 12 mois.

- **Impact quantitatif sur les prescriptions de psychotropes:**

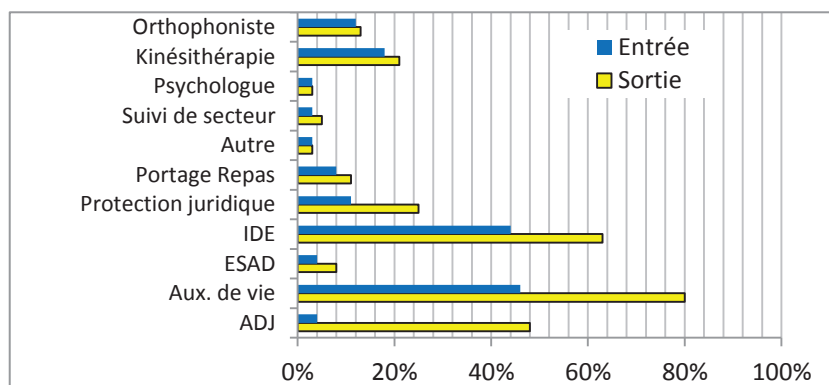
La prescription d'anticholinesthérasiques (ou de mémantine) augmente de 16%. De même les antidépresseurs sont largement prescrits (augmentation de 6%) Les traitements antipsychotiques ne sont introduits que chez 2% des patients, les hypnotiques chez 3%. Les traitements benzodiazépiniques sont diminués.



➤ **Impact sur le devenir**



7% des patients qui vivaient à domicile rentrent en institution dont 3% vivaient chez leur enfant, 3% vivaient seuls à domicile 1% vivait en couple. 97% des patients restés à domicile ont bénéficié d'une augmentation des aides portant essentiellement sur les auxiliaires de vie et la délivrance des traitements par une IDE à domicile. 48% ont un relais de soins en accueil de jour thérapeutique. Les ESAD et suivis de secteurs sont peu prescrits.



Dans 23% des cas le patient continue de bénéficier d'un suivi par le médecin de l' HDJ. Dans 17% des cas c'est le médecin de la consultation mémoire qui assure le suivi spécialisé ; dans 12% des cas ce relais s'effectue par un psychiatre.

Quoi qu'il en soit c'est toujours le médecin traitant qui reste garant de la poursuite et de la coordination des soins.

## DEUXIÈME ÉTUDE

---

### OBJECTIFS

---

Le but de cette étude est de déterminer l'impact d'une prise en charge des syndromes démentiels en hôpital de jour.

- **Critère de jugement principal** : Impact après une hospitalisation de jour sur les symptômes psychocomportementaux liés à la démence, selon l'évaluation clinique et le NPI.
- **Critères de jugement secondaires** : Impact après une hospitalisation de jour sur :
  - ❖ la prescription de psychotropes,
  - ❖ la préservation de l'autonomie,
  - ❖ le recours à l'hospitalisation conventionnelle
  - ❖ le recours à l'institutionnalisation.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE:

---

#### **TYPE DE L'ÉTUDE**

Etude de cas longitudinale.

#### **POPULATION :**

- ❖ **Critères d'inclusions :**
  - Patients ayant bénéficié d'une prise en soin au sein d'un hôpital de jour psychogériatrique.
- ❖ **-Critères de non inclusion :**
  - Patient de l'hôpital de jour présentant une pathologie non démentielle,
  - Patient dont la durée de prise en charge est inférieure à un mois.
- ❖ **Recrutement :** recherche parmi les vingt derniers patients sortis depuis le mois d'avril 2013 de l'hôpital de jour psychogériatrique Naomi Feil, à Limoges, des cas clinique illustrant les situations suivantes : Prise en charge
  - d'un syndrome dépressif,
  - de symptômes de déshinhibition frontale,
  - d'un trouble du comportement en EHPAD
  - d'un syndrome délirant
  - d'une apathie sévère

#### **OUTILS :**

Suivi longitudinal des patients en consultation. Utilisation du NPI lorsque les symptômes psychocomportementaux sont au devant du tableau clinique.

## RÉSULTATS

---

Cas clinique 1 : Madame A.

### **Motif d'admission**

Femme de 85 ans souffrant d'une **maladie d'Alzheimer** diagnostiquée depuis 3ans. La demande d'admission émane de ses enfants pour **préparer une institutionnalisation**. Le maintien à domicile est difficile à cause de l'apparition de troubles du comportement de type **agitation et agressivité**.

### **Mode de vie :**

Elle est veuve, médecin à la retraite. Elle vit à domicile avec un domestique. L'aidant principal est sa fille, en bonne santé mais présentant des signes d'épuisement du fait de l'irritabilité et de l'agressivité quotidienne de sa mère.

### **A l'admission :**

L'entretien révèle un stade de la maladie déjà sévère avec un MMS à 18, une anosognosie, une humeur dépressive majeure avec idéations suicidaires, pleurs et culpabilité. Il n'y a pas d'élément de la lignée psychotique. Le NPI à est à 58.

### **Antécédents notables**

Hypertension artérielle et dysthyroïdie bien équilibrées. Syndrome de la queue de cheval engendrant des troubles de la marche et de la continence.

### **Prise en charge :**

La patiente était très réticente, estimant qu'elle « avait trop de travail pour venir perdre son temps à jouer ». La fréquence initiale a été d'une journée par semaine pour travailler l'adhésion au soin et la réassurance. Parallèlement, le médecin de l' HDJ a instauré un traitement antidépresseur par mirtazapine. Son angoisse et son opposition ont conduit à favoriser une prise en charge psychothérapeutique individuelle. Les ateliers de réhabilitations cognitives ont été exclus de son projet de soins car cela avait un impact thymique négatif du fait de sa mise en échec. Personnalité narcissique, se décrivant comme femme de sciences et de lettres, elle se sentait infantilisée par toute proposition de stimulation par le jeu. Ont donc été privilégiés les ateliers de réminiscence, de revue de presse, de gymnastique douce ainsi que les activités culturelles. Un travail d'explication des symptômes et de leur étiologie principalement dépressive aux enfants et à son auxiliaire de vie a été nécessaire afin d'apaiser les tensions familiales.

### **Evolution et sortie:**

Au bout de deux mois elle adhère aux soins et l'irritabilité s'atténue. Les idéations suicidaires sont toujours présentes ce qui conduit à augmenter la fréquence à deux jours par semaines.

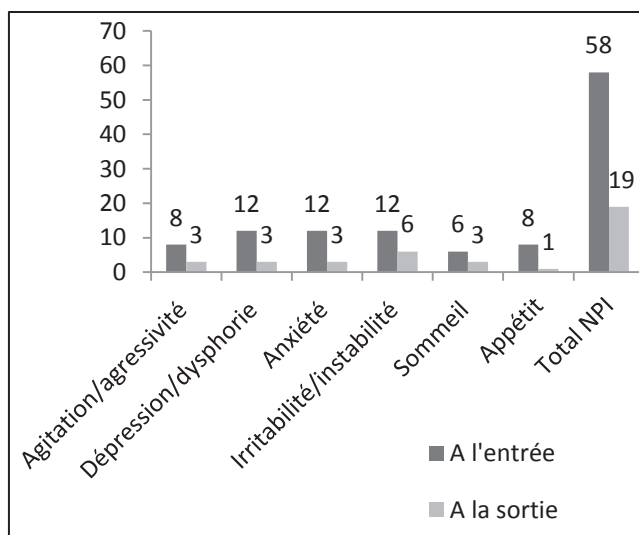
Devant l'amélioration du comportement à domicile, la demande d'institutionnalisation est annulée par la famille. Une mise sous curatelle est demandée par le médecin de l'HDJ car elle est allée à plusieurs reprises retirer de grosses sommes d'argent. Progressivement, l'ensemble des troubles psychocomportementaux diminue. Après six mois de prise en charge, une journée d'HDJ est remplacée par un accueil de jour thérapeutique afin de préparer un relai progressif. Mme F est angoissée par ce changement et s'y adapte difficilement ce qui conduit à prolonger l'hospitalisation de jour tout en réalisant un travail avec l'équipe de l'accueil de jour afin d'optimiser son intégration dans la structure.

La fin de la prise en charge a lieu au bout de 10 mois avec un relais en accueil de jour deux fois par semaine. Le NPI de sortie à 19 soit une diminution de 67%.

### **Devenir :**

Sortie il y a six mois, la patiente est toujours suivie en consultation par le psychiatre de l'hôpital de jour. La situation est toujours stable à domicile. Le travail avec l'entourage a également permis de préserver au maximum son sentiment d'autonomie en acceptant un niveau de risque raisonnable (sort seule dans son quartier, le voisinage étant informé de la pathologie.).

**Figure 5: Evolution du NPI pour Mme A.**



### **Evolution des traitements**

#### **psychotropes :**

A l'entrée :

EBIXA+STABLON

A la sortie :

EBIXA+NORSET

Aucun traitement benzodiazépinique ni neuroleptique.

Cas clinique 2 : Madame B.

**Motif d'admission**

Femme de 76 ans souffrant d'une **démence fronto-temporale** diagnostiquée depuis 6 ans. La demande d'admission émane d'un accueil de jour thérapeutique devant des troubles psychocomportementaux majeurs incompatibles avec le maintien dans la structure. Le projet d'institutionnalisation est vivement recommandé à la famille par l'ensemble des professionnels de santé la prenant en charge. Sa fille s'y refuse. Son époux est épuisé et développe un syndrome anxiodépressif réactionnel.

**Mode de vie :**

Elle vit à domicile avec son époux avec jusqu'alors une prise en charge cinq jours par semaine en accueil de jour thérapeutique. Ils ont une fille unique, très investie qui s'en occupe le week-end. Une auxiliaire de vie intervient tous les matins pour aide à la toilette.

**A l'admission :**

L'entretien est très difficile, avec une quasi-aphasie, une écholalie et des stéréotypies verbales. Elle présente une instabilité psychomotrice importante, des comportements moteurs aberrants incessants (sort tout des placards, superpose les vêtements, vide les rouleaux de papiers...) Elle présente une glotonnerie avec ingestion rapide de tout aliment à sa vue ; elle ingère également des produits non comestibles (savon liquide). L'angoisse est majeure. La thymie semble triste.

Le NPI est à 81.

**Antécédents notables**

Dysthyroïdie et syndrome anxiodépressif chronique ancien.

**Prise en charge :**

La prise en charge en groupe est impossible. Elle nécessite une surveillance constante. On décide de maintenir la prise en charge en HDJ une fois par semaine pour équilibrage du traitement en alternative à l'hospitalisation temps plein. Les ateliers proposés sont strictement individuels (coloriage, tricot, marche). Elle continue de bénéficier de l'accueil de jour quatre fois par semaine. Les demandes d'EHPAD de précaution sont réalisées à contrecœur par la famille.

Le traitement psychotrope est modifié avec introduction de la trazodone à dose rapidement progressive compte tenu de la bonne tolérance et de l'efficacité.

Des mesures comportementales sont expliquées à la famille et à l'accueil de jour. (Activités possibles (coloriage, tricot) et contre indication de la stimulation cognitive (mise en échec et recrudescence anxieuse)

**Evolution et sortie :**

Après un mois de prise en charge le NPI est à 39. La réponse thérapeutique est suffisante pour que la patiente réintègre l'accueil de jour avec poursuite de l'adaptation du traitement en consultation hebdomadaire en relation étroite avec l'équipe de l'accueil de jour. Le projet d'institutionnalisation est abandonné.

**Devenir :**

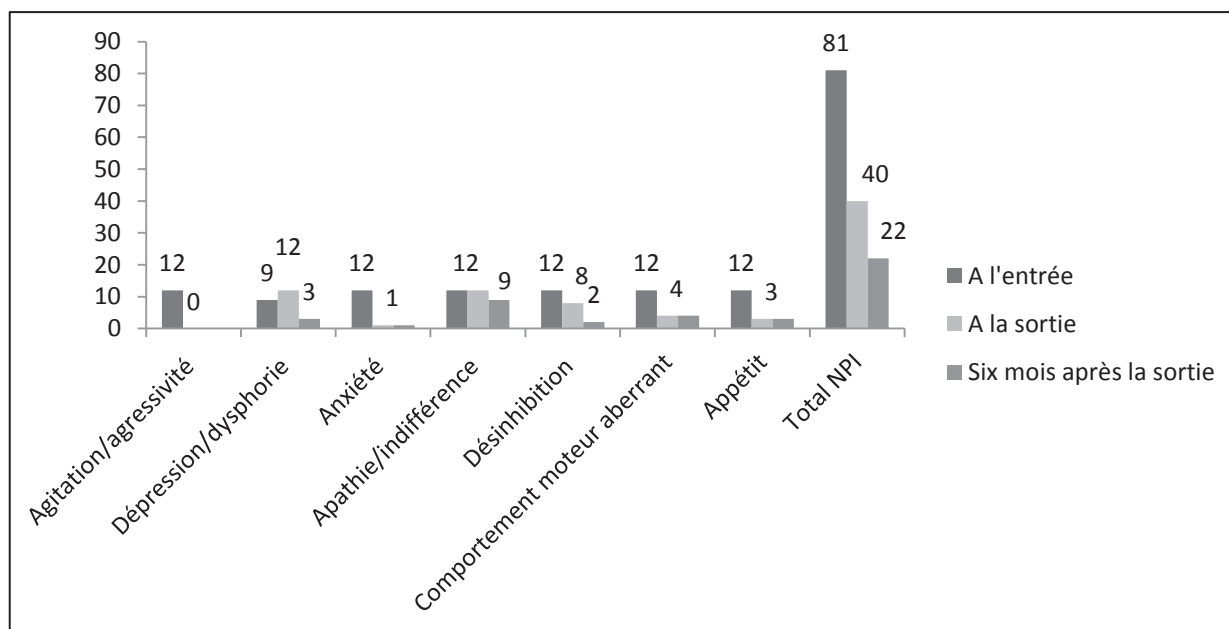
Sortie il y a 10 mois, la patiente est toujours suivie en consultation par le psychiatre de l' HDJ. La situation est toujours stable à domicile et le comportement a continué de s'améliorer avec l'augmentation progressive de la trazodone. Actuellement le NPI est à 22.

**Traitement psychotrope à l'entrée :**

EBIXA + PAROXETINE +ATHYMIL +XANAX +TRILEPTAL +  
NOCTAMIDE

**Traitement psychotrope à la sortie :**

EBIXA+TRAZODONE+XANAX (baissé de moitié) +NOCTAMIDE (baissé de  
moitié)



**Figure 6: Evolution NPI Mme B**

Cas clinique 3 : Madame C.

**Motif d'admission**

Femme de 80 ans souffrant d'une **maladie d'Alzheimer** diagnostiquée depuis 10 ans. La demande d'admission émane de l'Equipe Mobile d'Evaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA). L'équipe soignante de l'EHPAD est demandeuse d'une hospitalisation complète pour instabilité psychomotrice, irritabilité et sollicitations permanente des soignants.

**Mode de vie :**

Veuve, deux enfants, elle vit en EHPAD spécialisé Alzheimer depuis plus d'un an.

**A l'admission :**

L'entretien révèle un stade démentiel sévère avec un MMS à 11/20.

**Antécédents notables**

Un syndrome dépressif réactionnel à une mammectomie en 1997, rapidement résolutif sous Seroplex.

**Prise en charge :**

Il est décidé une admission pour quatre séances d'évaluation comportementale en HDJ avant éventuelle prise en soin.

**Evolution et sortie :**

Sur le plan thymique : pas de syndrome dépressif, pas d'anhédonie, pas d'anorexie, pas de troubles du sommeil. Mais plainte d'ennui à chaque période d'inactivité et irritabilité fluctuante.

Sur le plan des troubles anxieux : Toute période d'inactivité induit une anxiété majeure se traduisant par une instabilité psychomotrice apparente et une irritabilité rapidement croissante. Cette anxiété cède rapidement lorsqu'on lui propose des activités qui lui plaisent : elle peut colorier plus d'une heure (et ne souhaite d'ailleurs pas cesser lorsqu'arrive la fin de l'atelier) Elle exprime alors du plaisir, devient souriante, calme. Il en va de même avec le tricot ou le triomino. Aucune irritabilité au décours de ces soins. Elle est capable d'attention et de concentration de bonne qualité. L'hypothèse d'une instabilité psychomotrice vraie est éliminée par ces éléments d'observation.

Au contraire, la patiente présente des troubles du comportement rapidement croissant (sort de la pièce, est irritable.) si on la fait participer aux ateliers de stimulation cognitive. Ces comportements s'avèrent être des stratégies d'évitement de la mise en échec.



Sur le plan des symptômes psychotiques : Son discours est marqué par un délire de persécution de mécanisme interprétatif envers sa fille et son tuteur qui l'auraient « mise de force en maison de retraite pour profiter de ses biens. ». La conviction est inébranlable mais elle se décentre rapidement de son délire dès lors qu'on lui propose une activité ludique. On émet l'hypothèse qu'il s'agit d'un mécanisme de défense narcissique pour faire face à sa perte d'autonomie et à son institutionnalisation. On préconise de le respecter tant qu'il ne génère pas d'agressivité ni de répercussion thymique ou de comportement perturbateur au sein de l'EHPAD.

Sur le plan de l'agressivité : Les entretiens avec la famille permettent de caractériser une personnalité prémorbide impulsive avec une intolérance à la frustration et des accès de colère fréquents. Le conflit avec les enfants est très ancien Elle leur reprochait souvent leur naissance qui l'aurait conduite à rester avec un mari infidèle.

Tout au long de l'évaluation, Mme C n'a présenté d'agressivité verbale qu'envers sa fille. Il en était de même à l'EHPAD. Au vu de ces éléments la non indication de traiter pharmacologiquement ce trouble a été posée.

Au total : A l'issue de l'évaluation, des préconisations de soins non médicamenteux sont expliquées à l'équipe de l'EHPAD et le relai de suivi est réalisé par le psychiatre de l'hôpital de jour via une équipe mobile.

#### **Devenir :**

Sortie depuis 10 mois, Mme C réside toujours au sein de l'EHPAD. Les mesures non médicamenteuses préconisées et la contre indication des activités de stimulation cognitive ont permis une régression des troubles. Elle n'a pas été hospitalisée. Ses coloriages tapissent l'entrée de l'EHPAD...

Traitement psychotrope à l'entrée :

Reminyl + Seroplex + Riperdal

Traitement psychotrope à la sortie :

Reminyl + Seroplex+ Risperdal (inchangé)

Cas clinique 4 : Monsieur D.

**Motif d'admission**

Homme de 80 ans souffrant d'un syndrome démentiel non exploré adressé par l'Equipe mobile d'évaluation et de suivi de la personne âgée pour des troubles du comportement à domicile de type irritabilité et agressivité sous tendu par un délire de persécution envers son épouse.

**Mode de vie :**

Vit à domicile avec son épouse. Deux enfants très présents.

**A l'admission :**

L'entretien révèle une thymie basse, un sentiment de désespoir. Il présente un délire de persécution de mécanisme interprétatif envers son épouse (pense que sa femme le « séquestre » à domicile). L'irritabilité est importante envers cette dernière. Il présente des signes d'intolérance à l' Haldol : hypersialorrhée et syndrome extrapyramidal. On ne note pas d'angoisse majeure. Sur le plan cognitif, Le MMS est à 23/30 et les tests révèlent un syndrome dysexécutif.

**Antécédents notables**

HTA, pacemaker, BPCO post-tabagique, Insuffisance rénale chronique terminale.

**Prise en charge :**

Il bénéficie à l'HDJ d'une psychothérapie individuelle et d'ateliers divers de stimulation cognitive (réminiscence, revue de presse, discussion sur support vidéo, lectures et jeux de vocabulaire.)

**Evolution et sortie :**

Il prend plaisir à participer aux ateliers de stimulation cognitive. En cas de situation d'échec, il utilise l'humour de façon adaptée. Peu à peu il crée des liens avec l'équipe soignante et les autres malades. Son sentiment de « séquestration » diminue et une critique du délire est possible. On arrête progressivement le traitement par Haldol. Au fur et à mesure que le délire régresse, les symptômes dépressifs s'aggravent du fait de la prise de conscience du trouble. (Le délire avait probablement une fonction défensive). Il évoque un sentiment d'ennui à domicile et une grande tristesse devant sa perte d'autonomie. Un traitement antidépresseur est introduit. Mais son état général somatique s'aggrave rapidement avec un essoufflement et une asthénie sévère, l'obligeant à se coucher pendant l'après-midi. Devant son épuisement, l'hospitalisation de jour doit être interrompue après quatre mois de prise en charge. Il décèdera peu de temps après sa sortie.

**Traitement psychotrope à l'entrée :**

Haldol

**Traitement psychotrope à la sortie :**

Séroplex

## Cas clinique 5: Monsieur E

### **Motif d'admission**

Homme de 54 ans adressé par un HDJ gériatrique pour prise en charge d'un syndrome de Korsakoff avec apathie sévère au devant du tableau clinique, dans un contexte d'épuisement psychique de son épouse.

### **Mode de vie :**

A domicile avec sa compagne qui a du cesser de travailler pour s'en occuper. Aucune initiative spontanée à domicile, apathie constante, reste au fauteuil en l'absence de sollicitation.

### **A l'entretien d'admission :**

Les syndromes de Korsakoff ne rentrent pas dans les indications de prise en charge en HDJ de psychiatrie du sujet âgé. Toutefois nous les avons reçu du fait du grand désarroi de l'épouse afin d'orienter la prise en charge médico-sociale. Monsieur présentait un ralentissement psychomoteur majeur. Il reste passif mais répond aux questions de manière adaptée après un temps de latence de l'ordre de la minute. Il n'a pas de désorientation temporo-spatiale. Nous sommes frappés par une dysarthrie sévère et par le fait que ces réponses témoignent de traces mnésiques récentes. Il n'y a pas d'oubli à mesure rapide (se souvient de notre nom à la fin de l'entretien d'une heure). Pas de confabulation. Au vue de l'atypie du tableau clinique pour un syndrome de Korsakoff nous décidons finalement d'une admission en HDJ pour poursuite de l'investigation étiologique des symptômes et adaptation de la thérapeutique.

### **Antécédents notables :**

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke il y a deux ans.

Alcoolisme chronique sevré totalement depuis deux ans.

### **Prise en charge et évolution :**

A l'admission, apathie, aucune participation spontanée mais réponses adaptées aux stimulations individuelles. Le NPI est à 26. On prescrit un sevrage progressif en neuroleptique car aucun comportement d'agressivité n'est rapporté par son épouse dans ses antécédents. Ces traitements ont été instaurés suite à son encéphalopathie et maintenus au long cours depuis deux ans. Le ralentissement psychomoteur diminue nettement. A l'arrêt des neuroleptiques, on entame un sevrage progressif en benzodiazépines. Le contact est meilleur, il participe spontanément aux ateliers proposés et y prend plaisir. A domicile il reprend des initiatives, recommence à sortir de chez lui (va au bureau de tabac seul). Sur le plan diagnostique on collige les examens complémentaires réalisés lors de ces hospitalisations précédentes. L'imagerie montre des séquelles d'infarctissement et une atrophie cortico-sous-corticale diffuse. On réalise un nouveau bilan neuropsychologique à l'issue du sevrage médicamenteux.

Le diagnostic de syndrome de Korsakoff est récusé. On le réoriente vers son neurologue qui confirme la présence d'une démence vasculo-dégénérative. Après 6 mois de prise en charge le NPI est à 8 et un relais et organisé vers un ADJ thérapeutique pour maintenir une stimulation cognitive et offrir du répit à son épouse.

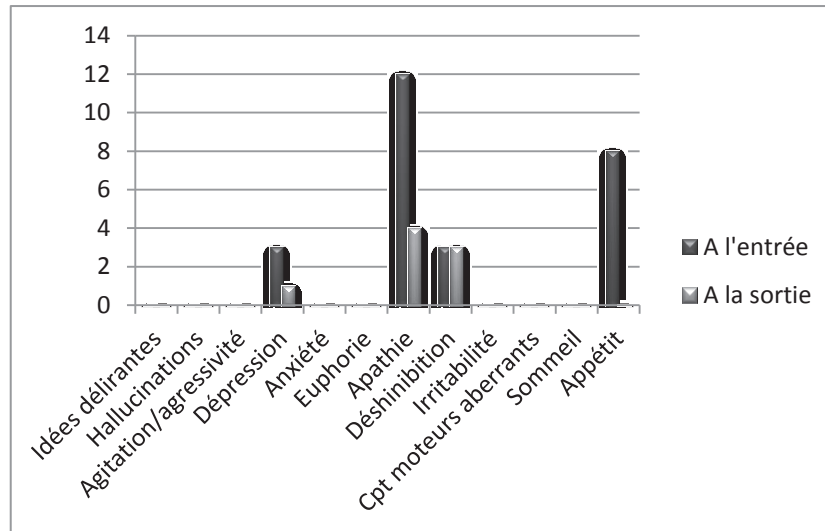


Figure 7: Evolution du NPI pour Mr E.

Traitement psychotrope à l'entrée :

TERCIAN (10-10-10)  
ANAFRANIL 25mg /  
TRANXENE 5 : 3/J

Traitement psychotrope à la sortie :

ANAFRANIL 25 : 1/j  
SERESTA 10 : 1 le soir

**Devenir :** Monsieur E. est toujours suivi en consultation par le psychiatre de l'HDJ. Il est euthymique, et a investi les ateliers proposés à l'accueil de jour.

**POINTS FORTS :**

- ⇒ L'hospitalisation de jour peut se révéler une **alternative efficace à l'hospitalisation** conventionnelle pour traiter les troubles psychocomportementaux liés à la démence, y compris sévères, dès lors que ceux-ci ne compromettent pas la sécurité des personnes à domicile.
- ⇒ L'HDJ permet d'anticiper et de prévenir les situations de crise. Par un travail d'acceptation des aides et un repérage systématique des dangers (gaz, conduite automobile...), il facilite le maintien à domicile dans des conditions optimales.
- ⇒ L'HDJ n'assure pas les mêmes fonctions que les accueils de jour thérapeutique. Il travaille en collaboration avec ces derniers.
- ⇒ L' HDJ permet d'éviter ou de retarder une institutionnalisation non désirée par la personne. Dans d'autres cas elle permet de travailler en collaboration avec les EHPAD lorsque la personne présente un trouble de l'adaptation suite à un placement non souhaité devenu nécessaire.
- ⇒ L' HDJ permet d'éviter l'hospitalisation conventionnelle ou de la raccourcir en amont ou en aval.
- ⇒ L' HDJ permet une adaptation optimale des thérapeutiques médicamenteuses. En effet, comme le souligne le Professeur J.L Aubarede, «l'hospitalisation de jour est le moyen d'observer pendant une journée entière une personne âgée, de voir comment elle se comporte dans les gestes élémentaires de la vie quotidienne et, par conséquent, permet de saisir son véritable état pathologique et son adaptation aux nécessités de la vie. Cette approche très particulière ne peut être réalisée au cours d'une consultation externe qui permet, certes, une relative concentration d'examen et une synthèse médicale, mais s'adapte mal à une réelle observation du malade » (25)
- ⇒ La fréquentation hebdomadaire (voire bihebdomadaire) permet un ajustement posologique rapide.
- ⇒ L' HDJ permet de redresser des diagnostics parfois erronés et de réajuster en ce sens la prise en soin

*Le besoin passe pour être la cause de ce qui se forme :  
En vérité, il n'est souvent que l'effet de ce qui s'est formé.*  
Nietzsche, Le Gai savoir.

**PLACE DES HDJ AU SEIN DE LA FILIÈRE DE SOIN DES  
PATIENTS SOUFFRANT D'UN SYNDROME DÉMENTIEL :  
CONDITIONS D'UNE PRISE EN SOIN RÉUSSIE.**

---

---

## DISCUSSION

---

### LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

---

L'étude d'impact de la prise en soins en HDJ présentée dans cette thèse est issue d'une analyse rétrospective et dépourvue de groupe témoin. Les biais inhérents à cette méthodologie ne permettent pas de conclure avec un niveau de preuve satisfaisant. Toutefois, en gardant à l'esprit ces limites, ce travail permet de mieux appréhender la réalité de l'hospitalisation de jour pour les personnes démentes dans la perspective de soins médicaux visant des objectifs thérapeutiques précis qui permettent, une fois atteints, un relai de qualité vers les structures médico-sociales.

### ELEMENTS CLEFS

---

De façon concordante avec les données de la littérature, les patients accueillis sont majoritairement des femmes de 80 ans dont 87% vivent à domicile (dont 43% en couple)<sup>i</sup> 62% présentent une démence de type Alzheimer avec ou sans composante vasculaire. Le MMSE moyen est de 21, soit en général un stade modéré de troubles cognitifs. Les patients admis avec un MMSE inférieur à 18 l'étaient pour des troubles psychocomportementaux et plus particulièrement en HDJ psychiatrique. Les HDJ gériatriques accueillait quant à eux essentiellement des patients avec un stade de démence débutant ou modéré, à visée de réhabilitation cognitive.

Les résultats montrent, tant à partir des données cliniques (étude 1) que des NPI (étude 2) une diminution des troubles psychocomportementaux sur tous les items. L'efficacité était particulièrement marquée pour les troubles anxiodépressifs et les troubles comportementaux productifs.

L'impact thérapeutique ne peut s'expliquer par la seule prise en charge médicamenteuse : Seuls 6% des patients bénéficient de l'introduction d'un traitement antidépresseur (pour 96% de patients améliorés dont 47% de rémissions complètes) De même : seuls 3% d'antipsychotiques ou thymorégulateurs sont introduits avec une amélioration de 98% des patients agressifs, de 59% des délires et de 4% des hallucinations. Par contre en ce qui concerne l'amélioration des troubles du sommeil le lien peut être établi : en effet : 4% des patients souffrants d'insomnie sont améliorés dont 75% ont bénéficié de l'introduction d'un hypnotique et les autres d'un antidépresseur sédatif (mirtazapine).

En ce qui concerne le devenir, 93% des patients restent à domicile. Les motifs d'entrée en EHPAD étaient : patient vivant chez un enfant (avec conséquences sur la vie familiale et/ou

---

<sup>i</sup> Le livre blanc de la gériatrie: HDJ gériatrique décrit une population en HDJ d'âge moyen 81 an avec 88% provenant du domicile et en couple pour 43%.

professionnelle de ce dernier), chutes ou autre danger à domicile (égarements itératifs), décès, maladie, ou épuisement du conjoint. Toutefois, le maintien à domicile ne doit plus être l'objectif premier des hôpitaux de jours. Lorsque l'équilibre de vie est trop menacé par la maladie, travailler l'acceptation d'une entrée en institution peut relever d'une indication de soin. Par ailleurs les personnes vivant en EHPAD peuvent relever d'une prise en charge en HDJ si les troubles qu'elles présentent le justifient. Ceci permet d'éviter le recours à une hospitalisation, souvent dans l'urgence, du fait de l'épuisement de l'équipe soignante d'un EHPAD. (Cas clinique n°3)

Au décours de la prise en charge, 2% des patients sont hospitalisés pour un trouble lié à leur démence ; 5% pour une comorbidité somatique. Les études de cas clinique montrent concrètement comment l'HDJ peut se révéler une alternative efficace aux hospitalisations conventionnelles.

Ces résultats concordent avec une méta-analyse récente de 2009 examinant l'impact de l'hospitalisation de jour pour personnes âgées. Elle n'a pas montré de différence significative entre l'Hospitalisation de jour et les soins de réhabilitation délivrés en hospitalisation complète ou à domicile sur la survenue d'un décès, l'entrée en institution ni sur la détérioration des capacités de la vie quotidienne. La différence est par contre significative pour tous ces paramètres pour le groupe versus absence de soins de réhabilitation réguliers (incluant les patients bénéficiant d'activités en accueil de jour) : réduction de 28% des décès et événements indésirables graves et réduction absolue de 6,6% du recours à un soin institutionnel.

L'ensemble des études de cette méta-analyse montre que l'hôpital de jour pour personnes âgées permet de réduire le recours aux soins institutionnels et l'utilisation de lits hospitaliers (14,5 versus 15,7 jours). Les résultats en terme de réduction des hospitalisations temps plein sont significatifs tant dans les études comparant l' HDJ à un suivi gériatrique standard (20,5 versus 21,4 jours) que dans les études comparant la prise en soin en HDJ versus les soins de réhabilitations similaires délivrés à domicile ou en accueil de jour (6,8 versus 9,2). (29)<sup>i</sup>

De même, R. Fiack constatait que deux ans après l'ouverture d'un HDJ de psychiatrie de la personne âgée à Strasbourg, le nombre d'admissions en intra-hospitalier avait diminué de moitié et que les phénomènes de « chronicisation » en service hospitalier gérontopsychiatrique avaient été jugulés via l'effet combiné d'une prévention en amont et d'un relais en aval produit par l' HDJ (27).

Par ailleurs, citons M.J. AL Coucy et M. Roudier qui montrent que la prise en charge en HDJ des patients déments permet une diminution très significative du score de Zaritt, traduisant un allègement

---

<sup>i</sup> Il est important de noter que cette méta-analyse concerne la prise en charge globale des personnes âgées en HDJ et non pas la prise en soin spécifique des personnes souffrants de syndrome démentiel, par ailleurs les HDJ spécialisé dans cette unique indication ont été exclus de l'étude.



important du fardeau de l'aidant (2). D'après F. Bonté, elle est également efficace dans la prévention et la gestion des situations de maltraitance de ces malades particulièrement vulnérables (13).

## IMPLICATIONS DE L'ÉTUDE ET PROPOSITIONS

---

### POUR LA PRATIQUE EN HDJ

---

L'hospitalisation de jour est méconnue tant du public que des politiques et des professionnels de santé eux-mêmes qui l'assimilent souvent à l'accueil de jour. Cela est essentiellement dû à une mauvaise connaissance des missions respectives de chaque structure mais aussi trop souvent à une superposition des indications de prise en charge. En effet, historiquement créés pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, les HDJ gériatriques assuraient de fait également la mission actuelle des accueils de jour (créés ultérieurement). L'étude de Jean-Pierre Clément réalisé en 1991 auprès de 24 HDJ retrouve pour seuls motifs d'arrêt : l'institutionnalisation, le décès ou l'hospitalisation. Ces trois éléments ne représentent dans notre étude que 7% des fins de prise en charge.

A ce titre il semble donc indispensable :

- d'informer tous les acteurs de la filière de soins dédiés aux MAMA ainsi que les patients et leurs familles des indications spécifiques des Hôpitaux de jour et des accueils de jour thérapeutique. On peut proposer une démarche active de communication par la réalisation de plaquettes explicatives.
- de renforcer la coordination entre les hôpitaux de jours et les relais médicosociaux que sont les ADJ et les ESAD. Ce relai doit être préparé précocement et passé lorsque la stabilisation des troubles le permet. En effet, « plus la durée de la prise en charge par les hôpitaux de jour est longue, moins les malades souhaitent y mettre fin et plus ils deviennent socialement dépendants »<sup>i</sup>
- que les HDJ ciblent leurs admissions sur des indications médicales et se centrent sur la réhabilitation cognitive spécialisée, le traitement des troubles psychocomportementaux, la gestion de crises médico-psycho-sociales, la nécessité d'une précision diagnostique. Tout patient dont la prise en charge n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire à celle d'un accueil de jour (patient ayant un stade démentiel avancé, patient sans troubles psychocomportementaux associés, indications simples de répit de l'aidant) doit être

---

<sup>i</sup> Keet J. L'hôpital de jour gériatrique en grande -, Gérontologie et société 1979,9

réorienté afin de ne pas entretenir l'ambivalence.<sup>i</sup> Cette mission d'expertise et d'orientation fait partie intégrante du travail d'un HDJ lors des entretiens de pré-admission.

- qu'ils incluent dans leurs fonctions les adaptations chimiothérapeutiques, en effet de nombreux HDJ s'axent prioritairement sur les thérapies non médicamenteuses ce qui semble dommageable à leur fonction et ne répond pas à l'exigence de « soins hospitaliers complets ».
- d'affirmer l' HDJ comme étant un maillon important de la filière de prise en charge des syndromes démentiels

On propose comme indication principale des HDJ gérontopsychiatriques tout patient dont la démence s'accompagne d'une souffrance psychique marquée, d'une anxiodépression, ou de SPCD incompatibles avec une prise en soins en accueil de jour et/ou altérant la qualité du malade ou de son entourage.

La question de la réhabilitation cognitive exclusive en HDJ SSR reste entière. Si l'efficacité en est très probable, le lieu de ces exercices (HDJ, ESAD ou accueil de jour thérapeutique) n'est pas clairement défini. Si les pouvoirs publics souhaitent que cela soit réalisé en accueil de jour encore faudra-t-il leur en donner les moyens matériels et humains. De plus s'il s'agit d'un traitement efficace, alors se posera la question éthique de sa prise en charge financière dans le cadre de l'ALD 15: assurance maladie ou Conseil général+patient+assurance maladie ?

Par ailleurs il existe une grande diversité des approches du soin en HDJ nécessitant une harmonisation éclectique des pratiques et des indications.

#### POUR LA RECHERCHE :

- 
- Les HDJ gériatriques affirment une indication pour la mise en œuvre de soins de réhabilitation intensifs et globaux par le biais d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Compte tenu que certains accueils de jours thérapeutiques affirment réaliser cette même mission il semble nécessaire de réaliser une étude prospective comparant la prise en charge en HDJ, versus suivi en accueil de jour thérapeutique. Du fait de la grande diversité des techniques de réhabilitation et des ateliers proposés et en HDJ et en ADJ, l'étude se devra d'être multicentrique et interrégionale sans quoi elle ne saurait pas être significative (trop de biais). La même étude versus ESAD et soins standards est pertinente en analysant les impacts sur la cognition et l'autonomie.

---

<sup>i</sup> Comme le soulignait en 1994, le Professeur Patrick Mettais, président de l'APHJPA : « Nous ne pouvons être des centres de jours et des HDJ : il faut lever cette ambiguïté entre social et sanitaire. » (81)

- Par ailleurs en ce qui concerne spécifiquement le traitement des SPCD, une étude HDJ versus hospitalisation conventionnelle serait intéressante, en stratifiant par le type et l'intensité des SPCD et en incluant une analyse de coût.
- Etudier les différences de coût et d'évolution clinique des MAMA selon que les régions sont pourvues ou pas d' HDJ (autres que diagnostiques) permettrait de répondre à la question : y a-t il une indication à créer des HDJ dans les zones qui en sont dépourvues et où d'autres types de soins sont déjà en place ?
- Etudier l'impact médico-économique réel de l' HDJ en termes notamment d'évitement ou de raccourcissement des hospitalisations conventionnelles, du recours aux services d'urgences et d'allongement du délai avant institutionnalisation. Cette question est en effet essentielle pour parvenir objectiver la légitimité de l'hospitalisation de jour aux tutelles politiques et de pouvoir continuer à offrir ces soins de manière pérenne.

### POUR LA FILIÈRE DE SOINS DÉDIÉS AUX MAMA

---

Le développement d'une filière de soins spécifique aux syndromes démentiels nous semble indispensable pour permettre une bonne orientation de chaque malade. Cela nous semble d'autant plus important pour les malades dits jeunes (moins de 60 ans) pour qui l'assimilation avec les filières gériatriques ou gérontopsychiatriques est douloureusement vécue. Comme le souligne B. Poch, cette filière reste à perfectionner : *« le plan Alzheimer, s'il prend bien en compte les troubles du comportement à caractère productif par le biais de la création des UCC, ne se soucie pas suffisamment de la prévention et du soin à la souffrance psychique qui accompagne la maladie. »* (11).

La gériatrie, la neurologie et la psychiatrie se doivent d'être coordonnées et de travailler en conscience de l'incomplétude de toute approche unique de ces maladies. La prise en soins des patients déments ne peut que bénéficier d'un recours systématique à ces doubles voire triples compétences complémentaires.

L'idéal serait d'arriver à une offre de soin graduée et bien visible au sein de laquelle le malade peut évoluer en fonction de ses besoins et des fluctuations de ses troubles, tout en préservant au maximum l'intégrité de sa qualité de vie et de son libre choix.

Après le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, réalisé idéalement en consultation mémoire ou au CMRR, la proposition et la mise en œuvre de soins non pharmacologique précoces va se traduire par une attitude proactive face à la maladie, et ainsi permettre de planifier l'avenir et apaiser aussi bien le patient que son entourage familial. On peut dès lors faire appel en fonction de la symptomatologie dominante :

- A un ESAD : pour un début de maladie sans TPCD
- Un ADJ pour un stade déjà avancé de la maladie ou pour un malade sans SPCD majeur souhaitant dynamiser ses capacités cognitives ou dont l'aidant a besoin de répit.
- Un HDJ en cas de répercussion thymiques ou comportementales ou pour permettre une mise en place globale de mesures d'aides et de réhabilitation.

A l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital, l'HDJ se doit de développer des partenariats multiples avec l'ensemble des acteurs de soins (MAIA, UCC, ESAD, SSIAD, EHPAD, ADJ...) afin d'en optimiser la complémentarité, éviter les doubles prises en charges. Le respect de la « circulaire frontière doit être de mise.<sup>i</sup>

Le médecin traitant, interlocuteur privilégié doit pouvoir être soutenu par l'appui de l' HDJ tant pour l'orientation thérapeutique que pour l'évaluation précise des capacités résiduelles, des troubles psychocomportementaux et des besoins médico-sociaux. En effet certains éléments ne peuvent être correctement perçus, analysés ou compris que par le biais d'une longue observation de mises en situation. Cela n'est pas réalisable au décours d'une simple consultation. Ce recours à l'expertise d'un HDJ doit pouvoir être sollicité par tous les partenaires de la filière.

Des réunions de synthèse clinique au gré des prises en charge communes devraient être de nature évidente, la pluridisciplinarité étant essentielle à l'évaluation et au « juste soin » du malade dément et de son entourage.

Par ailleurs, l' HDJ doit pouvoir permettre de désaturer les urgences et les unités courts séjours par la prise en charge des personnes âgées aux problématiques médicales et sociales complexes dont l'état clinique ne justifie pas pour autant une hospitalisation complète. La diminution du temps d'hospitalisation peut également se concevoir par un relai précoce en HDJ pour poursuivre les soins une fois passé la période critique incompatible avec la prise en charge ambulatoire.

Le Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 de la région Alsace stipule que les HDJ gériatriques doivent pouvoir intervenir directement en aval des urgences pour bilanter et introduire si nécessaire un traitement. La proximité voire l'intégration d'un HDJ de réhabilitation à celui de bilan (HDJ mixte) permet ensuite d'assurer la continuité des soins (77).

Pour assurer cette fonction, l'HDJ doit pouvoir répondre aux demandes dans de brefs délais d'où la nécessité d'avoir également en aval des structures de relais. En cela, les accueils de jours thérapeutiques sont indispensables pour éviter l'engorgement du système tout en continuant à délivrer au patient des soins de stimulation cognitive et d'accompagnement de qualité. Trop souvent le délai d'admission en HDJ excède trois à quatre mois ce qui limite l'efficacité de la filière.<sup>ii</sup> Rares sont les réelles indications d'hospitalisation de jour au long cours en dehors des troubles psychiatriques à haut risque de décompensation (Psychoses chroniques avec multirécidives pour lesquelles l'HDJ au long cours a montré une efficacité dans la prévention des rechutes et des hospitalisations itératives).

---

<sup>i</sup> « Ne doit donner lieu à facturation d'un Groupe Homogène de Séjour, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé. » (55)

<sup>ii</sup> Comme le soulignait déjà le Dr J. Keet en 1979 « Environ le quart des sorties d'hôpital de jour nécessite une surveillance continue en centre de jour et si une telle structure n'existe pas, là commence un goulot d'étranglement »

Les HDJ devraient également pouvoir être relayés par d'autres structures de soins hospitaliers ambulatoires plus légers, toujours dans un souci de juste adaptation aux besoins. L'éventail de l'offre de soin gagnerait à être complété par un CMP voire un CATTP<sup>i</sup> dont les soins plus discontinus peuvent convenir aux patients trop asthéniques ou trop anxieux pour rester sur une journée pleine tout en évitant que cela devienne un critère d'exclusion de la prise en charge... Un CMP peut permettre également de regrouper le suivi de consultation et les rééducations spécifiques pour des patients qui ne nécessitent pas une pleine journée de soin. (orthophonie, psychothérapie, groupe de parole...) et faciliterait un relai plus rapide en accueil de jour thérapeutique en maintenant au début un suivi très rapproché du malade et une poursuite des rééducations qui lui sont nécessaires.

L'enjeu n'est pas « d'éviter » systématiquement une hospitalisation conventionnelle mais bien de permettre à cette dernière d'être utilisée uniquement à bon escient. En effet, en sus de son coût élevé, l'hospitalisation d'un sujet dément n'est pas dénuée de risques iatrogènes (désadaptation rapide, vécu traumatique, pathologie nosocomiale...) Tout nouvel environnement est une menace pour son intégrité.

A l'inverse, une orientation précoce en service temps plein pour les troubles qui le nécessitent fait partie des missions d'un HDJ. En effet une prise en charge trop tardive compromet le retour à domicile ultérieur. (17)

Cette juste coordination des structures relève d'un intérêt économique, médical, social et donc sociétal.

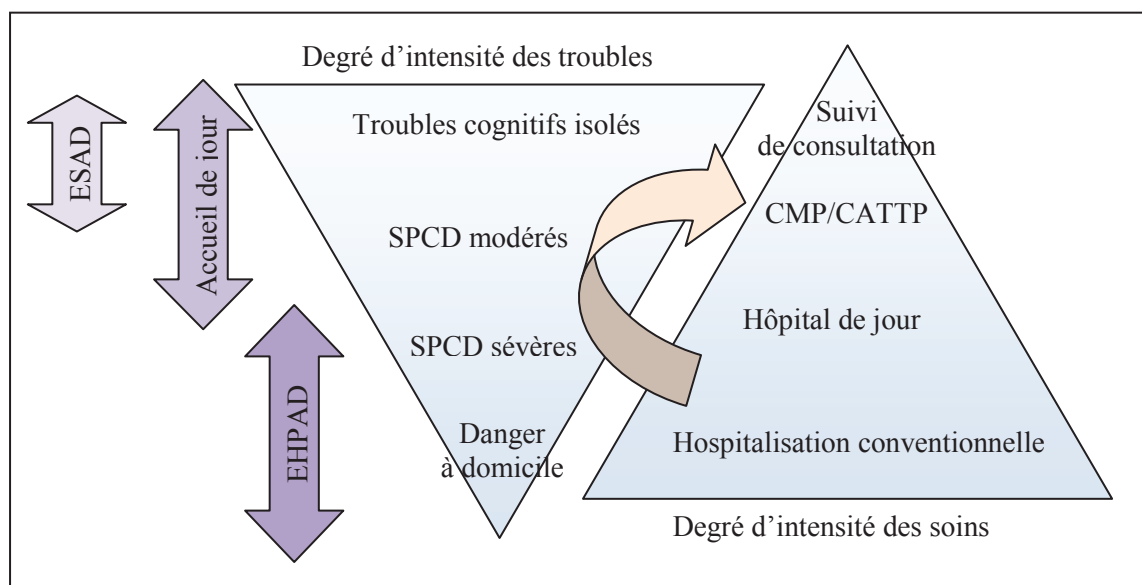
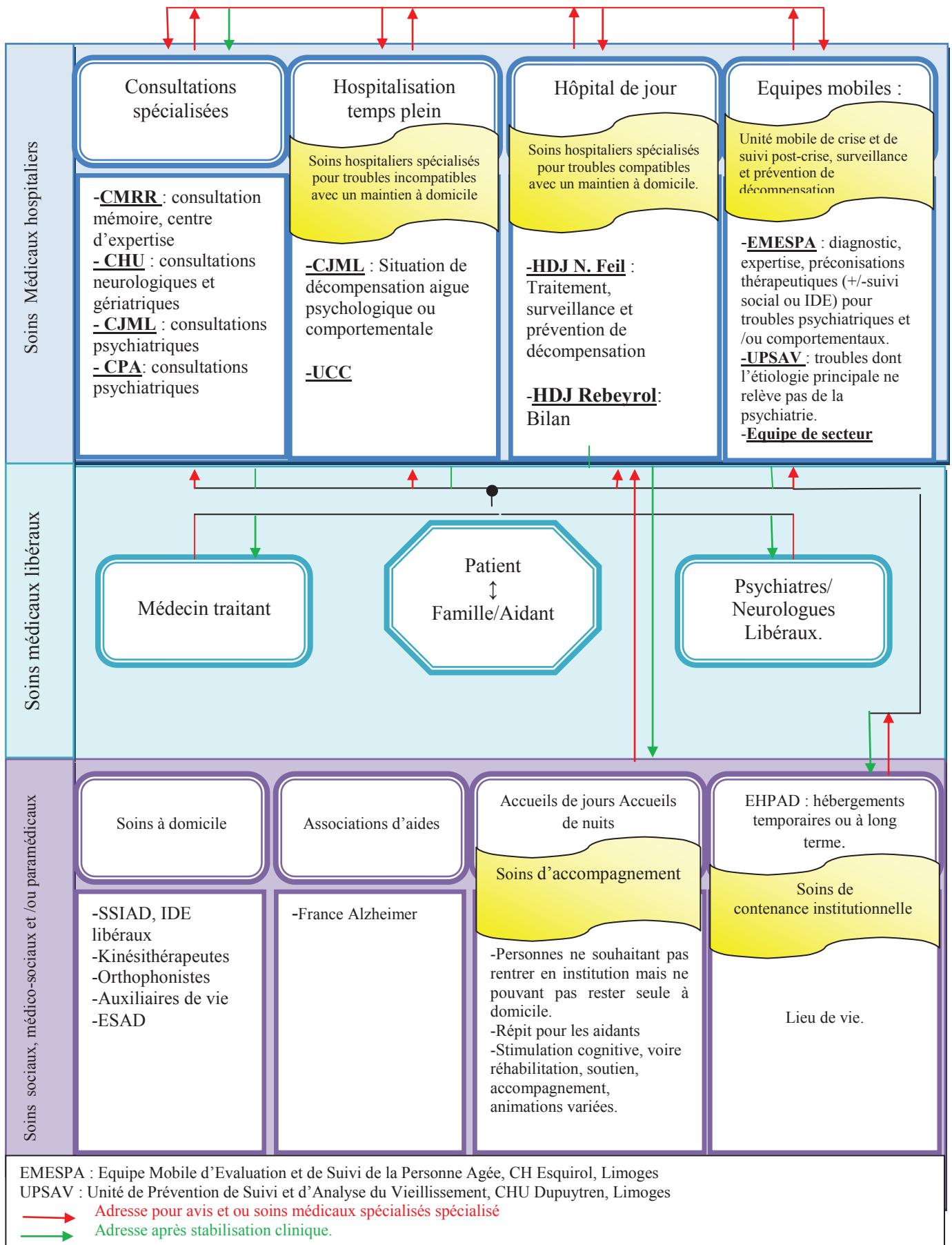


Figure 8: Graduation des soins

Nous proposons à titre d'exemple une filière de soin applicable en Haute-Vienne.

<sup>i</sup> Les CATTP sont des structures qui visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapies de groupe, avec une prise en charge plus ponctuelle, offrant à de petits groupes de patients différentes activités dans un cadre déterminé et régulier. (129)

Filière de soins dédiée aux syndromes démentiels à Limoges (87)



EMESPA : Equipe Mobile d'Evaluation et de Suivi de la Personne Agée, CH Esquirol, Limoges  
 UPSAV : Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement, CHU Dupuytren, Limoges

« Substituer une logique de prévention à une logique d'assistance. » (31)

## **CONCLUSION**

---

---

## SUR LE PLAN DE L'ANALYSE D'IMPACT :

---

Ce travail montre que l'hôpital de jour permet :

- de bénéficier d'un **outil de prévention complet** : primaire (amélioration des moyens de prévention individuels (nutrition, hygiène, habitat), secondaire (dépistage des co-morbidités et des SPCD pour une prise en charge rapide donc plus efficace.) et tertiaire (repousser le stade sévère de la maladie tertiaire par la réhabilitation : rééducation, réadaptation, réinsertion)
- d'anticiper et de prévenir les situations de crise. Par un travail d'acceptation des aides et un repérage systématique des dangers (gaz, conduite automobile...), il facilite le maintien à domicile dans des conditions optimales.
- de garantir une approche coordonnée des soins diagnostiques et thérapeutiques, de redresser des diagnostics parfois erronés et de réajuster en ce sens la prise en soin.
- d'assurer une rééducation et une réadaptation afin de maintenir aussi longtemps que possible l'autonomie du patient, d'éviter ou de retarder une institutionnalisation non désirée par la personne.
- de travailler en collaboration avec les EHPAD lorsque la personne présente un trouble de l'adaptation suite à un placement non souhaité devenu nécessaire
- une **alternative efficace à l'hospitalisation conventionnelle** pour traiter les troubles psychocomportementaux liés à la démence, y compris sévères, dès lors que ceux-ci ne compromettent pas la sécurité des personnes à domicile. Ils permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle ou de la raccourcir en amont ou en aval.
- une adaptation optimale des thérapeutiques médicamenteuses et un ajustement posologique rapide.
- de désengorger les services hospitaliers et les urgences gériatriques. (Alternative à l'admission hospitalière si l'urgentiste passe un relais sur l' HDJ pour les « urgences » qui n'en sont pas...)
- d'offrir un temps de répit aux aidants de patients dont les troubles comportementaux sont trop sévères pour relever d'un accueil de jours mais ne nécessitant pas pour autant un soin continu à l'hôpital.

Les **raisons médico-écomiques** rejoignent là l'intérêt du malade quand il s'agit de donner des soins de qualité tout en permettant un retour à domicile rapide lorsque les conditions le permettent. La présence d'un HDJ facilite ainsi une meilleure gestion des lits hospitaliers. Ces structures représentent une réponse adaptée au problème crucial de la maîtrise des dépenses de santé dans le domaine de leur champ de compétence.



## SUR LE PLAN DE LA COORDINATION ENTRE HDJ ET AUTRES ACTEURS DE LA FILIÈRE DE SOINS

---

Ce travail montre que :

- L'HDJ : est une réponse adaptée aux objectifs de la filière de soins des MAMA
- L'HDJ ne remplit pas les mêmes fonctions que l'accueil de jour thérapeutique. Si l'HDJ se révèle une alternative à l'hospitalisation, les accueils de jours pourraient quant à eux être considérés comme une alternative efficace à l'institutionnalisation.
- Par son analyse spécialisée et sa connaissance du terrain, l'HDJ permet une orientation adaptée du malade pour une utilisation optimum des réseaux de soins médico-sociaux locaux.

### SUR LE PLAN LOCAL :

---

Cette étude a permis de

- sensibiliser de façon active le personnel soignant de l'hôpital de jour Naomi Feil (Limoges) aux évolutions à donner aux soins en HDJ et a insufflé une réflexion institutionnelle riche. Au décours de celle-ci, nous avons réajusté nos missions thérapeutiques et développé une étroite collaboration avec les adresseurs en amont et les structures médico-sociales en aval. Initialement basé sur des prises en charges longues pour favoriser le maintien à domicile, l'hôpital de jour s'est progressivement réorganisé sur la base de cette réflexion pour aboutir à un schéma de prise en soin favorisant le passage d'un relais plus rapide dès lors que la situation clinique et sociale le permet<sup>1</sup>.
- mettre en lumière certaines failles de notre filière notamment en ce qui concerne le manque de communication et de connaissance mutuelle des acteurs en question.
- faire force de proposition plus particulièrement en ce qui concerne la prise en soin des malades jeunes, avec, depuis septembre 2012, l'ouverture d'une journée spécifiquement dédiée.

Des études complémentaires sont à poursuivre afin que l'hospitalisation de jour puisse obtenir la reconnaissance des tutelles administratives et des pouvoirs publics, indispensable à son positionnement au sein de la filière de soins dédiée aux syndromes démentiels.

---

• <sup>1</sup> (présenté en page 41 de ce travail)

**ANNEXES.**

---

---

## ANNEXE 1 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

---

---

Tableau 8: Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

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 :
  - a. aphasie (perturbation du langage)
  - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
  - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
  - d. 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.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématomate sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Tableau 9 Critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, NINCDS-ADRDA

## 1. Critères de maladie d'Alzheimer probable :

- syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques
- déficit d'au moins deux fonctions cognitives
- altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- absence de trouble de conscience
- survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans
- en l'absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs

## 2. Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est renforcé par :

- la détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie)
- la perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement
- une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement
- le résultat aux examens standards suivants :
  - normalité du liquide céphalo-rachidien
  - EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes
  - présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive à l'imagerie.

## 3. Autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable après exclusion d'autres causes :

- période de plateaux au cours de l'évolution
- présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche.
- crises comitiales aux stades tardifs
- scanner cérébral normal pour l'âge

## 4. Signes rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain ou improbable :

- début brutal
- déficit neurologique focal tel qu'hémi-parésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce
- crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

## 5. Le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer possible :

- peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;
- peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;
- et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.

## 6. Les critères pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer certaine sont :

- les critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;
- et la preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

## ANNEXE 2 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉMENCE VASCULAIRE

Tableau 10: Critères de démence vasculaire, DSM-IV-TR

- 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 :
    - a. aphasie (perturbation du langage)
    - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
    - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
    - d. 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.
- C. Signes et symptômes neurologiques en foyer (p. ex., exagération des réflexes ostéo-tendineux, réflexe cutané plantaire en extension, paralysie pseudo-bulbaire, troubles de la marche, faiblesse d'une extrémité) ou mise en évidence d'après les examens complémentaires d'une maladie cérébro-vasculaire (p. ex., infarctus multiples dans le cortex et la substance blanche sous-corticale) jugée liée étiologiquement à la perturbation.
- D. Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

## ANNEXE 3 : CRITÈRES DE MC KEITH

Tableau 11: Critères révisés de Mc Keith pour le diagnostic clinique de la DCL :

**1. Manifestation centrale :** (essentielle pour le diagnostic d'une probable ou possible DCL)

- Déclin cognitif progressif dont la sévérité entraîne un retentissement sur l'autonomie et les relations sociales ou professionnelles.
- Une altération mnésique, au premier plan ou persistante, n'est pas nécessairement présente pendant les stades précoces, mais devient habituellement patente avec l'évolution.
- Des déficits observés aux tests d'attention et des fonctions exécutives et l'atteinte des capacités visuo-spatiales peuvent être au premier plan.

**2. Signes cardinaux :** (deux signes sont suffisants pour le diagnostic d'une DCL probable, un pour une DCL possible)

- Fluctuations cognitives avec des variations prononcées de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles récurrentes typiquement bien détaillées et construites
- Caractéristiques motrices spontanées d'un syndrome parkinsonien.

**3. Manifestations évoquant une DCL :** (la présence d'au moins une de ces manifestations en plus d'au moins un signe cardinal est suffisante pour le diagnostic de DCL probable, et en l'absence de signe cardinal pour le diagnostic de DCL possible)

- Troubles du sommeil paradoxal (qui peuvent précéder la démence de plusieurs années)
- Hypersensibilité aux neuroleptiques
- Anomalie (réduction) de fixation du transporteur de dopamine dans le striatum en tomographie d'émission monophotonique ou du MIBG (Méta-iodo-benzyl-guanidine) en scintigraphie myocardique.

**4. Symptômes en faveur d'une DCL :** (souvent présents mais manquant de spécificité)

- Chutes répétées et syncopes
- Pertes de connaissance brèves et inexplicables
- Dysautonomie sévère pouvant survenir tôt dans la maladie telle qu'une hypotension orthostatique, une incontinence urinaire, etc.
- Hallucinations autres que visuelles
- Idées délirantes systématisées
- Dépression
- Préservation relative des structures temporales internes à l'IRM ou au scanner
- Diminution de fixation généralisée du traceur de perfusion en TEMP ou TEP avec réduction de l'activité occipitale
- Ondes lentes sur l'EEG avec activité pointue transitoire dans les régions temporales

**5. Le diagnostic de DCL est moins probable en présence :**

- d'une maladie cérébro-vasculaire se manifestant par des signes neurologiques focaux ou sur l'imagerie cérébrale
- d'une affection physique ou de toute autre affection cérébrale suffisante pour expliquer en partie ou en totalité le tableau clinique.

D'après Mc Keith IG *et al.* *Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium.* Neurology 2005;65:1863-1872.

## ANNEXE 4 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES DLFT :

Tableau 12: Critères communs aux trois syndromes cliniques de DLFT :

### **Critère principal**

- Début insidieux et évolution progressive.

### **Critères complémentaires**

- Début avant 65 ans.
- Présence d'un même trouble chez les parents du premier degré.
- Paralyse bulbaire, faiblesse musculaire, fasciculations (association à une maladie des neurones moteurs présente dans une minorité de cas).

### **Critères diagnostiques d'exclusion**

Antécédents et clinique :

- Début brutal avec AVC
- Existence d'une relation entre le début du trouble et un traumatisme crânien.
- Amnésie sévère précoce.
- Désorientation spatiale précoce.
- Logoclonies, discours festinant (festination du discours, accélération) avec perte du cours de la pensée.
- Myoclonus.
- Atteinte cortico-spinale
- Ataxie cérébelleuse
- Choréo-athétose

### **Examens complémentaires :**

- Imagerie cérébrale : prédominance d'anomalies (structurales ou fonctionnelles) à localisations postérieures ou centrales. Lésions multifocales au scanner et à l'IRM.
- Examens biologiques : présence d'un trouble métabolique ou inflammatoire comme la sclérose en plaques, la syphilis, le SIDA et l'herpès encéphalique.

### **Critères diagnostiques relatifs d'exclusion**

- ATCD atypiques d'alcoolisme chronique.
- Hypertension.
- ATCD de maladie vasculaire (ex : angine de poitrine)

Tableau 13: Critères diagnostiques cliniques de démence frontotemporale :

1- Critères diagnostiques principaux

- Début insidieux et évolution progressive.
- Déclin dans les conduites sociales et interpersonnelles.
- Trouble de l'autorégulation et du contrôle dans les conduites personnelles.
- Émoussement émotionnel.
- Perte des capacités d'introspection (perte de conscience des symptômes mentaux).

2- Critères diagnostiques complémentaires :

Trouble du comportement

- Déclin de l'hygiène corporelle et de la tenue vestimentaire.
- Rigidité mentale et difficultés à s'adapter.
- Distractibilité et manque de ténacité.
- Hyperoralité, changement des habitudes alimentaires.
- Persévérations et stéréotypies comportementales.
- Comportement d'utilisation.

Discours et langage

- Altération de l'expression orale : aspontanéité, réduction du discours, logorrhée.
- Discours stéréotypé.
- Écholalie.
- Persévérations.
- Mutisme.

Symptômes physiques

- Réflexes archaïques.
- Négligence du contrôle des sphincters.
- Akinésie, rigidité, tremblements.
- Pression artérielle basse et labile.

Examens complémentaires

- Neuropsychologie : Altération significative des « tests frontaux » en l'absence d'une amnésie sévère, d'une aphasie ou de troubles perceptifs et spatiaux.
- E.E.G. : normal malgré des signes cliniques évidents de démence.
- Imagerie cérébrale (structurale ou fonctionnelle) : anomalies prédominant dans les régions antérieures frontales et/ou temporales



Tableau 15: Critères diagnostiques cliniques Aphasie non fluente progressive

**- Critères diagnostiques principaux**

- Début insidieux et évolution progressive.
- Discours spontané non fluent avec au moins l'une des caractéristiques suivantes : agrammatisme, paraphasies phonémiques, anomie.

**2- Critères diagnostiques complémentaires**Discours et langage

- Bégaiement ou apraxie bucco-faciale.
- Répétition altérée.
- Alexie, agraphie.
- Précocement : préservation du sens des mots.
- Tardivement : mutisme.

Comportement

- Précocement : préservation des habiletés sociales.
- Tardivement : changements comportementaux similaires à ceux de la démence fronto-temporale.

Symptômes physiques

- Tardivement : atteinte des réflexes archaïques controlatéraux, akinésie, rigidité, tremblements.

Examens complémentaires

- Neuropsychologie : aphasie non fluente en l'absence d'amnésie sévère ou de désordres perceptifs et spatiaux.
- E.E.G. : normal ou ralentissement asymétrique mineur.
- Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies asymétriques prédominant sur l'hémisphère dominant (habituellement gauche).

Tableau 14: Critères diagnostiques cliniques de démence sémantique (aphasie sémantique et agnosie associative)

**1- Critères diagnostiques principaux**

- Début insidieux et évolution progressive.
- Trouble du langage caractérisé par :
  - Discours spontané fluent mais peu informatif.
  - Troubles sémantiques se manifestant par une altération de l'évocation et de la compréhension des mots.
  - Paraphasies sémantiques
- Et/ou des troubles de la perception caractérisés par :
  - Prosopagnosie (altération de l'identification des visages familiers),
  - Et/ou agnosie associative (altération de l'identification de la fonction des objets).
- Préservation des capacités perceptives d'appariement et de reproduction de dessins.
- Préservation de la répétition de mots isolés.
- Préservation de la lecture à haute voix et de l'écriture sous dictée de mots réguliers.

**2- Critères diagnostiques complémentaires**Discours et langage

- Logorrhée.
- Usage idiosyncratique des mots.
- Absence de paraphasies phonémiques.
- Dyslexie/dysorthographe de surface.
- Préservation des capacités de calcul.

Comportement

- Perte des capacités d'empathie et de sympathie dans la relation avec les autres.
- Limitation des intérêts.
- Avarice.

Symptômes physiques

- Réflexes archaïques absents ou présents tardivement.
- Akinésie, rigidité, tremblements.

Examens complémentaires- Neuropsychologie :

- Atteinte sémantique profonde qui se manifeste par l'impossibilité de compréhension et d'évocation de mots et/ou de l'identification d'objets et de visages connus.
- Phonologie et syntaxe préservées, traitement de l'information perceptive correct, habiletés spatiales et mémoire du quotidien non altérées.
- E.E.G. : normal.
- Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies prédominant au niveau du lobe temporal antérieur (symétrique ou asymétrique).

## **ANNEXE 5: LES TECHNIQUES DE SOINS NON MÉDICAMENTEUX :**

---

### **INTERVENTIONS PORTANT SUR LA COGNITION**

---

#### **STIMULATION COGNITIVE OU « ATELIERS MÉMOIRES »**

La stimulation cognitive consiste à proposer des exercices visant à maintenir les capacités préservées et à ralentir la perte d'autonomie. L'amélioration attendue des capacités cognitives du patient passe par la réalisation d'exercices variés ciblant différentes capacités cognitives comme la mémoire verbale, la mémoire de travail, la fluence verbale, la compréhension écrite et orale, les fonctions exécutives. Elle doit être différenciée des séances d'animation à visée occupationnelle.

En 2012, une méta-analyse de la Cochrane Library par Woods et coll. a inclus 15 études avec un total de 718 participants. Elle montre que la stimulation cognitive a un effet bénéfique significatif sur la cognition globale, la mémoire, la communication et la qualité de vie des patients. (Les résultats sont indépendants des prescriptions médicamenteuses). Il n'y a pas eu cependant de niveau de preuve suffisant pour conclure à une efficacité sur l'humeur, l'autonomie et les symptômes psychocomportementaux. Ces résultats sont effectifs pour des patients ayant un stade léger à modéré de démence et la stimulation cognitive ne semble pas être appropriée pour les démences graves. (78)

#### **APPROCHE INDIVIDUELLE DE RÉHABILITATION COGNITIVE**

La rééducation et la réhabilitation visent quant à elles à récupérer une fonction altérée en exploitant les capacités cognitives résiduelles. Ces techniques proposent une approche strictement individuelle et ciblée sur une tâche précise (activité quotidienne, activité de loisir, apprentissage d'informations ciblées...). Le principe sera de définir une stratégie permettant de contourner les déficits cognitifs du patient. Celui-ci peut ainsi « réapprendre » à réaliser une tâche en s'appuyant sur la mémoire implicite et la mémoire procédurale qui restent préservées plus longtemps.

L'apprentissage peut se faire par exposition répétée à la bonne réponse. Le malade doit alors la restituer selon le principe de la récupération espacée, c'est-à-dire après des intervalles de temps de plus en plus longs. Ces approches peuvent également utiliser la méthode d'estompage consistant à faire apprendre des informations au patient en estompant progressivement les indices qui lui sont fournis jusqu'à ce que la réponse correcte soit produite en l'absence d'indice.

#### **RÉÉDUCATION DE L'ORIENTATION (REALITY ORIENTATION THERAPY)**

Les thérapies par rééducation de l'orientation ont d'abord été décrites comme des thérapies destinées à améliorer la qualité de vie des personnes âgées confuses.

Cette thérapie consiste à adapter l'environnement du patient dément de manière à lui fournir un maximum d'informations favorisant son orientation dans le temps et dans l'espace dans le but d'améliorer sa perception et ses capacités de contrôle de l'environnement. La variété des méthodes

utilisées à ces fins est large, mais la plupart reposent sur la présentation répétée d'informations concernant le temps, l'espace ou encore l'identité des personnes constituant l'entourage du patient

### INTERVENTIONS PORTANT SUR L'AFPECT ET LE COMPORTEMENT :

---

#### **THÉRAPIE PAR ÉVOCATION DU PASSÉ (REMINISCENCE THERAPY)**

Les thérapies par réminiscence sont basées sur l'évocation de souvenirs autobiographiques anciens du sujet, relativement préservés au cours de la démence, y compris à des stades avancés. Les objectifs de ce type de thérapie sont d'améliorer l'estime de soi du patient et de stimuler les capacités de socialisation résiduelles. Un travail sur les souvenirs est réalisé le plus souvent au cours de séances hebdomadaires. Différents média peuvent être utilisés comme supports susceptibles de faciliter la récupération de ces souvenirs : photographies, objets personnels, musiques, chansons anciennes, enregistrements familiaux...

#### **ATELIER DE COGNITION SOCIALE :**

Atelier de groupe visant à interpréter et communiquer les émotions.

#### **THÉRAPIE PAR L'EMPATHIE (VALIDATION THERAPY)**

Développée par Naomi Feil dans les années 1980, la validation consiste à reconnaître les émotions et les sentiments de la personne désorientée et à se mettre en empathie afin de la remettre en confiance, de lui donner un sentiment de sécurité. Cela induit une revalorisation narcissique et une réduction du stress. Cette technique permet d'améliorer la communication verbale et non verbale, de réduire le recours aux contraintes physiques et chimiques, d'améliorer le bien-être du malade et de prévenir un retrait sur soi et un syndrome de glissement. La méthode de validation s'adapte en fonction du stade de sévérité de la démence et peut s'appliquer aussi bien en individuel qu'en thérapie de groupe

Cette technique de communication s'appuie essentiellement sur 14 recommandations :

- se concentrer tout au long de l'échange
- capter le regard et maintenir un contact visuel sincère et proche
- parler d'une voix claire, basse et affectueuse
- utiliser des mots simples, apaisants et concrets afin de créer la confiance
- reformuler ce qu'exprime le patient
- utiliser la polarité
- utiliser l'ambiguïté
- faire imaginer le contraire pour trouver des solutions
- utiliser des supports favorisant l'émergence de souvenirs
- observer, puis copier les mouvements et les émotions de la personne démente (en « miroir »)
- associer le comportement avec les besoins non satisfaits
- identifier et utiliser le sens préféré (la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher ou le goût)
- toucher la personne
- utiliser la musique. (26)

### **MUSICOTHÉRAPIE**

Il s'agit d'utiliser le son et la musique par l'intermédiaire de la voix, des instruments de musique et du corps pour communiquer avec autrui. La personne démente trouve ainsi des moyens d'expression et de communication non verbale. Les autres objectifs sont de stimuler l'interaction sociale, abaisser le niveau d'agitation, ou encore faciliter la gestion émotionnelle. Deux pôles sont exploités dans cette technique : le pôle productif qui comprend une expression musicale active, vocale ou par l'intermédiaire d'un instrument et le pôle réceptif où le patient est en écoute musicale passive.

### **THÉRAPIES BASÉES SUR L'ACTIVITÉ MOTRICE (*MOVEMENT THERAPY*)**

L'exercice physique (et notamment la marche) pourrait avoir un effet positif non seulement sur les capacités physiques et la prévention du risque de chutes, mais aussi sur certaines mesures cognitives, d'aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement. Ces exercices peuvent solliciter l'intervention de kinésithérapeutes ou de psychomotriciens.

### **AROMATHÉRAPIE**

L'aromathérapie utilisant des huiles essentielles issues de plantes odorantes a été utilisée dans la démence dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie des patients. Plus particulièrement, le principe de cette thérapie est qu'en vertu de leurs propriétés apaisantes, l'utilisation d'huiles essentielles participerait à la relaxation du patient, améliorerait le sommeil, diminuerait les sensations de douleur, réduirait les symptômes dépressifs et participerait ainsi à procurer aux patients une meilleure qualité de vie.

### **LUMINOOTHÉRAPIE OU PHOTOTHÉRAPIE**

La luminothérapie consiste en des séances quotidiennes d'exposition au niveau des yeux à une forte luminosité reproduisant la lumière naturelle. La luminosité est généralement comprise entre 2 000 et 10 000 lux et la durée des séances varie de 30 minutes à deux heures. L'effet bénéfique de la lumière sur les perturbations des rythmes biologiques a été démontré (rythme veille-sommeil, rythme de la mélatonine, rythme repos-activité). Dans la démence, il a été suggéré que certains symptômes tels que la somnolence diurne, les éveils nocturnes ou encore l'agitation pourraient être reliés à des perturbations chronobiologiques et donc susceptibles d'être atténués par la luminothérapie.

### **STIMULATION MULTISENSORIELLE DE SNOEZELEN**

La technique de stimulation multisensorielle de Snoezelen repose sur la stimulation des cinq sens à la fois : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat. La pièce est aménagée avec différents stimuli modulables afin de créer une atmosphère de plaisir, de détente et de sécurité (néons de couleurs, fibres optiques colorées pouvant créer des effets de lumière en mouvement, différents objets, surfaces

tactiles douces, diffuseurs de senteurs d'huiles essentielles relaxantes, fonds sonores musicaux, bruitages...).

### **PSYCHOTHÉRAPIES**

Les principaux objectifs sont, pour le psychologue et/ou le psychiatre, d'aider le patient à faire face aux bouleversements intrapsychiques et au traumatisme que constitue l'annonce de la maladie, de l'aider à maintenir une stabilité et une continuité de sa vie psychique et de l'image de soi, en dépit des troubles qui, par leur évolution, désorganisent de plus en plus ses processus de pensée.

Cette prise en charge s'adresse aussi aux familles afin de leur permettre de faire face aux souffrances psychoaffectives, aux difficultés de communication et de gestion des troubles du comportement, à l'épuisement familial, à une décision difficile de placement, etc.

### **PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE**

L'objectif est de maintenir et d'adapter les fonctions de communication du patient et d'aider la famille et les soignants à mieux le comprendre. Elle rééduque également les troubles de la déglutition.

**ANNEXE 6 : DONNÉES COLLIGÉES DANS L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE  
AUPRÈS DES HÔPITAUX DE JOUR**

<u>L' HDJ et les soins prodigués :</u>	<u>Evaluation des soins :</u>	<u>Coordination des soins :</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Filière de rattachement</li> <li>-Spécialité du médecin responsable</li> <li>-Année de création</li> <li>-Capacité d'accueil</li> <li>-Statistiques d'activité 2012, dont nombre de patients reçus pour MAMA</li> <li>-Fréquence hebdomadaire moyenne de prise en charge</li> <li>-Durée moyenne de prise en charge</li> <li>-Personnel en Equivalent Temps Plein</li> <li>-Locaux</li> <li>-Activité de recherche</li> <li>-Activité d'enseignement</li> <li>-Critères de refus de soin</li> <li>-Présence d'un plan de soin individualisé</li> <li>-Autres types de pathologies reçues</li> <li>-Gestion du traitement médicamenteux</li> <li>-Types de soins délivrés</li> <li>-Journée type</li> <li>-Consultations médicales</li> <li>-Prise en soin des aidants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilisation d'échelles d'évaluation clinique</li> <li>-Evaluation de l'efficacité des soins</li> <li>-Evaluation des répercussions chez l'aidant</li> <li>-Nombre d'Hospitalisation temps plein</li> <li>-Nombre de patients institutionnalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avec ADJ</li> <li>-Avec CMRR</li> <li>-Avec autres acteurs du soin</li> <li>-Coordination de la prise en charge sociale</li> </ul>

**ANNEXE 7 : DONNÉES COLLIGÉES DANS CHAQUE DOSSIER PATIENT  
POUR LA PREMIÈRE ÉTUDE.**

Age actuel et au début des troubles cognitifs.	Objectif principal et objectifs secondaires de l'hospitalisation de jour	Dispositif d'aide et de soin à l'entrée et à la sortie
Sexe	Mode de transport	Mode de vie à l'entrée et en sortie
Personne ayant adressé le patient	-Evaluation des risques à domiciles	MMSE d'entrée et de sortie
Diagnostic principal	Aidant principal: - Nature du lien -Santé et fardeau.	Autres échelles d'évaluation cliniques à l'entrée et à la sortie
Principales comorbidités	Motif de fin de prise en charge	-Manifestations psychocomportementales à l'entrée et à la sortie
Durée et fréquence de la prise en charge	-Orientation en fin d' HDJ	Traitement à l'entrée et à la sortie

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APHJPA	Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre d'information et de coordination
CM	Consulation mémoire
CMJL	Centre Jean Marie Léger
CMRR	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l' Autonomie
CPA	Centre du Patient Agé
DCL	Démence à corps de Léwy
DFT	Démence fronto-temporale
DLFT	Dégénérescence lobaire fronto temporale
DP	Démence de la maladie de Parkinson
DV	Démence Vasculaire
EMESPA	Equipe Mobile d' Evaluation et de Suivi du Patient Agé
GRECO	Groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
MA	Maladie d'Alzheimer
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d' Alzheimer
MAMA	Maladies d'Alzheimer et Maladies apparentées
MMSE	Mini mental state examination
OMS	Organisation Mondiale de la santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UPSAV	Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du vieillissement



## RÉSUMÉ

---

---

Les hôpitaux de jour pour personnes âgées délivrent des soins pluridisciplinaires et une prise en charge complète médico-psycho-sociale pour les malades souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Cette étude montre qu'ils sont efficaces pour traiter les troubles psychocomportementaux liés à la démence en alternative à une hospitalisation conventionnelle, dès lors que le maintien à domicile ne présente de danger ni pour le malade ni pour son entourage.

En ce qui concerne les soins de réhabilitation délivrés en HDJ de type SSR gériatrique, ils sont efficaces en prévention tertiaire des démences. Toutefois certains accueils de jours thérapeutiques sont également dotés de personnels paramédicaux qualifiés voire d'un médecin coordonateur. L'attribution de cette mission au secteur médico-social a été décidée par les tutelles politiques lors du dernier plan Alzheimer 2008. Des études comparatives sont à poursuivre pour déterminer la réalité du transfert de compétence, sa faisabilité et sa pertinence.

Quoi qu'il en soit, les HDJ permettent de fluidifier la filière de soin en réduisant le recours à l'hospitalisation conventionnelle ainsi que sa durée. Pour assurer cette fonction avec efficacité, ils doivent recentrer leurs indications sur les soins médicaux spécialisés et optimiser les relais médicosociaux en aval.

Dans ce contexte, ils apparaissent comme une réponse adaptée au problème de maîtrise des dépenses de santé dans le domaine de leur champ de compétences.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. ABALAIN-CASTELA C., LAURENT M., RHODE E., SAFOUANE M., L'hôpital de jour gériatrique, *Gérontologie et société*, 1997, n° 80, pp.157-165
2. AL ALOUCY M.J., ROUDIER M., Impact de la prise en charge en hôpital de jour des patients déments sur l'état psychologique des aidants familiaux. s.l: NPG, Masson, 2004. 23, p54-57. ISSN: 1627-4830.
3. ALOIS. <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/CoglimV2/repertoire-des-ressources-alois>. [En ligne] 23 07 2012. [Citation : 23 janvier 2013.]
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnosis and statistical manual of mental disorders. Four edition revised (DSM-IV-TR)*. Washington,DC : APA Press, 2000.
5. ANAES. *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. mai 2003.
6. APHJPA. [www.aphjpa.org](http://www.aphjpa.org). [En ligne] [Citation : 18 janvier 2013.]
7. BARNEOUD S. *Place de l'hôpital de jour des Charpennes dans un réseau de soin*. Lyon : Thèse Université Claude Bernard-Lyon 1, 2002.
8. BENOIT M., VIEBAN F., DAVID R., ROBERT Ph. *Pathologies démentielles*, in *Psychiatrie de la personne âgée*, sous la direction de Jean-Pierre CLEMENT. Paris : Lavoisier, Médecine-Science Flammarion, 2010. 978-2-257-00078-1.
9. BENOIT M., VIEBAN F., CLEMENT J.-P., LEONE E., DEUDON A., ROBERT Ph. *Thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux liés aux démences*, in *Psychiatrie de la personne âgée*, sous la direction de Jean-Pierre CLEMENT. Paris : Lavoisier SAS, Médecine-Sciences, Flammarion, 2010.
10. BLANCHARD N., GARNUNG M., *Accueils de jours et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer: attentes, freins et facteurs de réussites*. Montpellier, étude gérontoclef, INSERM, CNSA, mars 2010
11. BLEANDONU G. *Les hôpitaux de jours et les accueils thérapeutiques à temps partiel pour enfants*. Paris : PUF, 1997.
12. BLOND J.-C., DITER L., REYBARD-MUTEL A., PLOTON L., *La prise en charge des personnes âgées par le secteur psychiatrique*, *Gérontologie et société*, 1997, n° 80, pp 127-147
13. BONTE F. *Maltraitements et démences: pertinences de prises en charge en hôpital de jour psychogériatrique*. NPG. 2010, pp. 10, 125-130.
14. BOURAS C., SAVIOZ A., KÖVARI E. et all. *Neuropathologie de la maladie d'Alzheimer*. Elsevier SAS Encycl Med Chir, Psychiatrie. Paris : 2001. Vol. 4, 37-540-B-20.
15. CAMICOLI R. *Distinguer les différents types de démences*. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*. juin 2006.

16. CAMUS V., SCHMITT L. Manifestations psychiatriques des affections neurodégénératives: approche clinique et thérapeutique. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 2000, Vol. 4, 37-545-A-14.
17. CARPA N. Unité cognitivo- comportementale: Quel est son impact sur les troubles du comportement et le devenir du patient dément? Limoges : Thèse pour diplôme d'état de docteur en médecine, 5 mars 2013.
18. CLEMENT J.P. L'évaluation des soins dans les hôpitaux de jour psychogériatriques. s.l. : Université de Limoges, Mémoire pour la délivrance du DES de psychiatrie, 1991.
19. DESCHAMPS R., ROBERT P., PILLON B., LEVY R., DUBOIS B. Le concept de dégénérescence lobaire fronto-temporale. Rev Neurol (Paris). Masson, 2002, Vol. 158: 8-9, 799-805.
20. DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376: conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charges hospitalières de très courte durée ainsi que pour les prises en charges de moins d'une journée. 31 aout 2006.
21. DUPORT N. et al. , Maladie d'Alzheimer et démences apparentées: taux d' ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire, 10 sept 2013, 30.
22. DURAND-GASSELIN B., Hôpital de jour gériatrique : un dispositif pertinent dans la filière de soin, Revue hospitalière de France ; n°532, janv. 2010.
23. DURAND-GASSELIN B Les hôpitaux de jour gériatriques en France, Description and characteristics of geriatrics day-care hospitals, La Revue de Gériatrie, Tome 27, N°5 MAI 2002
24. FAUVET S., COSTE M.-H., Rapport d'activités 2012 Hôpital de jour des Charpennes, Groupement hospitalier de Gériatrie, Hôpitaux de Lyon. Lyon, 2013.
25. FEDERATION NATIONALE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES. <http://www.reseaux-gerontologiques.fr/category/definition-reseau-gerontologique>. [En ligne]
26. FEIL N. Validation. Paris : Editions Pradel, 1992.
27. FIACK R. L'hôpital de jour psychiatrique pour personne âgées "Défense et illustration". Strasbourg : XIVème journées de l'APHJPA, 1994.
28. FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUGT P.R., "Mini-mental state".A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov, Vol. 12 (3) : 189-198.
29. FORSTER A., YOUNG J., LAMBLEY R., LANGHORNE P., Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Review), The Cochrane Library, 2009. issue 1.

30. FOUQUERE C., KAMENDJE TCHOKOBOU B., UGUEN N., ARESU T. Analyse épidémiologique, clinique et institutionnelle de la prise en charge sur deux structures extrahospitalières en psychiatrie. s.l. : L'Encéphale, 2000, XXVI:39-45, 2000.
31. FRANCO, A. Rapport de la mission "vivre chez soi" présenté à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des aînés. juin 2010.
32. GALLEZ C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Paris, OPEPS, 2005. N° 2454.
33. GIRARD J-F., CANESTRI A. La maladie d'Alzheimer. 2000.
34. GIRTANER C., DURAND-GASSELIN B., PELLERIN J., et al. Les hôpitaux de jour dans la filière gériatriques: un maillon de la filière de soins gériatriques. s.l. : L'année gérontologique. Vol. 21, pp.159-166.
35. HAS Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. septembre 2009.
36. HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. mai 2009.
37. HAS. Recommandation de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. décembre 2011.
38. HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\\_dalzheimer-troubles\\_du\\_comportement\\_perturbateurs-argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf). [En ligne] [Citation : 20 juin 2013.]
39. HUGONOT-DIENER L., MARTIN M.-L., Qu'est-ce qu'un accueil de jour thérapeutique Alzheimer? *Neurol psychiatr geriatr*. 2012,<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2012.07.014>.
40. HUGONOT-DIENER L. MARTIN M.L. ROSE S. Projet de vie et projet de soins en accueil de jour thérapeutique Alzheimer. *Soins gérontologie* N°77. mai/juin 2009.
41. INSERM. Maladie d'Alzheimer, Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Paris, INSERM, 2007.
42. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (Horizon 2030/2050). In:Résultats, INSEE, 2003:(16):3-38. 2003.
43. JOEL M.-E. Le coût de la maladie d'Alzheimer : un problème économique délicat, *Médecine/Sciences* 2002 ; 18 : 757-9
44. JOST B. et all. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history of study. *J Am Geriatr Soc*, 1996, Sept; 44(9):1078-81.
45. LAROQUE P. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'étude des problèmes de vieillesse. s.l. : Documentation française, 1962.
46. LEBERT F. Traitement des démences frontotemporales. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, Mars 2004, Vol. 2, 1, 35-42.

47. MARCEAU C. Prise en charge de la personne âgée démente. A propos d'une expérience de soins à la journée. Lyon : Thèse Université Claude Bernard-Lyon 1, 1994. 306.
48. MENARD J. Rapport au président de la république. Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soin. Novembre 2007.
49. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Table ronde de M. le Président de la République consacrée au bilan du Plan Alzheimer 2008-2012 après 3 ans de mise en oeuvre. s.l. : Disponible sur [http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_du\\_25\\_fevrier\\_2010\\_.pdf](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_25_fevrier_2010_.pdf), Circulaire n° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010.
50. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/>. [En ligne] [Citation : 18 janvier 2013.]
51. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES [www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer](http://www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer) 2004-2007.
52. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES [www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer](http://www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer) 2001-2005.
53. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES [www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer](http://www.sante.gouv.fr/plan-alzheimer) 2008-2012.
54. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Décret 14 avril 2005 356-art. . 4133-1-1 : Disponible sur [www.gouv.santé.fr](http://www.gouv.santé.fr).
55. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2012-969 du 20 aout 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. s.l. : Journal officiel de la république Française, 2012.
56. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, BO. Santé- Protection sociale-Solidarité n°2011/8. 15 sept 2011, p925.
57. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1). BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2011/8 du 15 septembre 2011.
58. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.
59. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM

n°2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

60. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE Décret n° 2007-348 du 14 mars 2007, portant réforme du diplôme d'auxiliaire de vie sociale. s.l. : Disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).
61. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10e révision CIM-10. 1994.
62. PANCAZI M.P, LEFEBVRE DES NOETTES V. Réhabilitation cognitive, réhabilitation psychosociale, rééducations, stimulations et autres thérapies, in Psychiatrie de la personne âgée sous la direction de Jean-Pierre CLEMENT. Paris : Lavoisier SAS, Médecine-Sciences, Flammarion, 2010.
63. PASQUIER F., DARTIGUES J.F., Epidemiology of Alzheimer disease and related disorders Helmer Med Sci (Paris). 2006 Mar;22(3):288-96.
64. PELLERIN J., GUILLOMMOT P., Structures médicosociales et sociales (institutionnalisation) in Psychiatrie de la personne âgée, sous la direction de Jean-Pierre CLEMENT. Paris : Lavoisier SAS, Médecine-Sciences Flammarion, 2010.
65. POCH B. Plaidoyer pour une filière de soin en psychogériatrie. s.l. : NPG Neurologie-Psychiatrie, 2009. 9, 179-182.
66. PRADO-JEAN A., NUBUKPBO P., DRUET-CABANAC M., PREUX P-M., CLEMENT J.-P. Epidémiologie des troubles psychiatriques, in Psychiatrie du sujet âgé, sous la direction de Jean Pierre CLEMENT. Paris : Lavoisiers SAS, Médecine-Sciences, Flammarion, 2010
67. PRIETO N., FAURE P., TORRE S., PORTERET V., KOVESS V. Les structures alternatives en psychiatrie d'Ile-de-France. Annales médico Psychologiques, Elsevier SAS, 2006. Vol. 164; 195-200.
68. PROULT G., FONTANIER D., CLEMENT J.-P. , LAFONT V., ROBERT P., Traitements non pharmacologiques des troubles cognitifs et comportementaux chez le sujet âgé. EMC (Elsevier SAS) Paris, Psychiatrie, 2001, Vol. 4, 37-540-C-45.
69. RAMAROSON H., HELMER C., BARBERGER-GATEAU P., LETENNEUR L., Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid. Unité INSERM 330. Université Victor Segalen Bordeaux II. Rev neurol. 2003, Vol. 159(4):405-411.
70. RIGAUD, A.-S., BAYLE, S. et LATOUR, F. Troubles psychiques des personnes âgées. Encyclopedie médico-chirurgicale EMC. Elsevier SAS, 2005, Vol. 4, 37-540-A-10.
71. ROBERT P. Les troubles du comportement au cœur du problème de santé publique. s.l. : Tribunes, adsp n° 65, dec. 2008
72. SARAZIN M. Maladie d'Alzheimer. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 2006, Vol. 4, 37-540-B-30.

73. SNOWDON DA, GREINER LH, MORTIMER JA, et coll. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. s.l. : The Nun Study, JAMA, 1997. Vol. 277(10):813-7.
74. TESSIER J.F, PAREAUD M. Maintien à domicile, in Psychiatrie de la personne âgée sous la direction de Jean-Pierre Clément. Paris : Lavoisier, Médecine-Sciences, Flammarion, 2010.
75. VAYSSE C. L'hôpital de jour gériatrique et le maintien à domicile des personnes âgées. s.l. : Faculté de Médecine de Strasbourg, Thèse n° 286, 1984.
76. VIDAL, Dictionnaire. 2012
77. VOLPE-GILLOT L., MICHEL J.-M., Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. NPG, Elsevier Masson SAS. 2012, pp. 12, 243-249.
78. WOODS B., AGUIRE E., SPECTOR A., ORRELI M., Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). s.l: The Cochrane Library, JohnWiley & Sons, Ltd., 2012.
79. VIème journée d'actualisation des connaissances en psychiatrie de la personne âgée. Faculté de médecine de Limoges : 21 mars 2013
80. XVIIIème journées des hôpitaux de jour pour personnes âgées. APHJPA. Ivry sur Seine : s.n., 4 et 5 juin 1998.
81. XIVèmes journées de l'APHJPA, "Hôpital de jour et réseaux: réalités et perspectives". APHJPA. 3 et 4 juin 1994
82. 27ièmes journées de l'APHJPA, 24 et 25 mai 2007."L'évaluation des pratiques professionnelles en hôpital de jour pour personnes âgées: s'évaluer pour mieux prendre soin". , Rennes, 2007.
83. Congrès des hôpitaux de jour gériatriques, Poitiers, 17 et 18 juin 1999 : s.n. Mémoire et oubli en hôpital de jour: évaluer, accompagner, soigner.