

# **Place du gériatre dans la filière de soins**

**Professeur J. PETERMANS**

**Chargé de cours de gériatrie à l'ULg et chef du service de gériatrie au CHU de Liège**

## **Résumé :**

Cet article a pour objectif de définir la place du gériatre dans la filière de soins pour le patient âgé tant à l'hôpital que dans les soins de première ligne.

Le programme de soins pour le patient gériatrique définit les différentes fonctions à développer mais actuellement, l'hospitalisation gériatrique, l'hospitalisation de jour gériatrique (HJG) et la liaison interne sont bien développés à l'hôpital. Si l'évaluation gériatrique standardisée a fait ses preuves quant à la prévention du déclin fonctionnel, le niveau d'efficacité doit encore être précisé pour la fonction de liaison et le travail en HJG. Des initiatives dans le cadre de certaines pathologies médicales et chirurgicales commencent à se développer où le gériatre participe activement à la prise de décision de soins.

En première ligne, la place du médecin généraliste est fondamentale pour traiter les patients gériatriques au domicile mais aussi dans les maisons de repos et de soins.

Au vu de l'évolution démographique et de la fragilité de la population soignée, un échange et une coordination entre ces différentes fonctions complémentaires doivent être développés.

Un modèle de filière est proposé à partir des composantes existant actuellement, mais il doit encore être testé et validé.

Mots clés : Personne âgée, filière de soins, fragilité, évaluation gériatrique standardisée,

## **Summary :**

The purpose of this paper is to focus the place of the geriatrician in the organization of care for the old persons, inside and outside of the hospital.

In Belgium, the health care program for the geriatric patient defined the functions which have to be developed: classical hospitalization, day clinic, linked geriatric teams and external link.

The comprehensive geriatric assessment has a high level of evidence on the prevention of functional decline for hospitalized patients. However, even if it is useful outside of the classical hospitalization, the efficiency of the day clinics and the link teams has to be better demonstrated.

Outside of the hospital, the general practitioner has the main role in the treatment of old frail patients in nursing home and at home.

A model of a healthcare organization for the patient is proposed to coordinate the outside and inside hospital activity;

Key words: old person, organization of care, frailty, comprehensive geriatric assessment

## **INTRODUCTION :**

Face à l'évolution démographique et aux particularités des réponses aux maladies observées chez la personne âgée, une spécificité médicale a émergé, qui est devenue concomitamment une spécialité médicale depuis 2007 (1), pratiquée par le gériatre.

Le nombre de personnes âgées hospitalisées va augmenter considérablement dans les 30 prochaines années ce qui nécessitera une adaptation de l'offre de soins et de l'organisation non seulement à l'hôpital mais également dans les filières d'aval et d'amont.

Des barrières existent qui limitent le développement de cette fonction, essentiellement hospitalière et ne revendiquant pas, loin s'en faut, de prendre en charge tous les patients âgés hospitalisés.

Le développement du concept de filière de soins nécessite la définition précise du travail et de la place de chaque intervenant afin de mieux appréhender l'organisation sociétale, face à des pathologies chroniques mais aussi face à l'émergence d'une population très âgée. Elle doit aider le gériatre à trouver la place où il peut être le plus bénéfique pour le patient

Même si l'approche gériatrique nécessite l'expertise de différents intervenants non médecins dont les actions sont coordonnées par lui-même, cet article a essentiellement pour but de mieux définir le champ d'intervention du gériatre, médecin hospitalier avant tout, dans la filière de soins du patient âgé.

## **LA MEDECINE GERIATRIQUE :**

La médecine gériatrique s'intéresse dans notre pays aux patients âgés de 75 ans et plus. Cette décision « arbitraire » est définie par le programme de soins pour le patient gériatrique qui dit que « toute personne de plus 75 ans et plus hospitalisée doit faire l'objet d'une évaluation permettant de définir son profil et son risque hospitalier ». Cette réglementation crée un cadre organisationnel à l'hôpital mais prévoit aussi les contacts avec la première ligne de soins (1).

La médecine gériatrique a été définie par l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS) :

*La Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur*

*diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire.*

*La médecine gériatrique dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel est d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.*

*La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge des patients pris en charge mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.*

Il s'agit donc d'une activité médicale qui d'abord doit définir le type de personnes qu'elle traite afin de mettre en place des outils et des moyens pour éviter les conséquences des stress sur leur devenir, principalement, en terme d'autonomie. Cette médecine oblige à une « ouverture » sur les aspects sociétaux du vieillissement qui composent la gérontologie et nous fait quitter le paradigme diagnostic classique pour lui donner une dimension plus fonctionnelle. Ainsi, la fréquence de multiples pathologies et la fragilité de ces personnes justifient une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la poly-pathologie et des co-morbidités, ainsi que sur la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale (2,3,4). La fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et réhabilitation fonctionnelle, soit immédiatement dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

Cette approche globale a pour but la prise en compte des troubles atteignant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les atteintes somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes, ainsi que la prévention de la maltraitance.

A côté des techniques diagnostiques habituelles, les équipes de gériatrie ont mis en place, comme dans toute autre spécialité, des outils de diagnostic, ici essentiellement fonctionnels, qui constituent l'évaluation gériatrique globale encore appelée évaluation gériatrique standardisée (EGS) (5). Ces techniques utilisant des échelles abordent les conséquences à la fois médicales et sociétales d'une série d'états appelés les syndromes gériatriques ou en anglais les « geriatric giants » (Tableau 1) bien définis dès 1991 par Winograd (6).

Il s'agit d'états cliniques nécessitant une approche multidimensionnelle, à la fois globale et continue. La validation des techniques d'évaluation de ces états et leur niveau d'évidence ont été démontrées (7), puisqu'elles permettent d'améliorer le confort de vie, le temps de vie au

domicile, de diminuer le risque de ré-hospitalisation et d'institutionnalisation. Elles nécessitent une compétence particulière raison pour laquelle les soignants y sont aussi formés.

(8)

### **QUI SONT LES PATIENTS GERIATRIQUES ET OU SE TROUVENT-ILS ?**

Les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable doivent bénéficier des services relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant le recours à l'hôpital. Cependant, en raison de la vulnérabilité liée à leur âge, ils peuvent démasquer à l'occasion de cette affection une pathologie sous-jacente ou accuser une perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci justifie qu'ils puissent bénéficier d'une EGS. (2)

La définition du patient gériatrique est plus complexe et il n'y a pas de définition consensuelle dans la littérature. Dès lors nous considérerons la définition du journal officiel (1), résultat des principales caractéristiques du patient gériatrique reprise par les sociétés scientifiques et associations professionnelles internationales et ayant reçu l'approbation de la société belge de gérontologie et de gériatrie (Tableau 2)

Pour tenter d'appréhender cette réalité clinique, le critère d'âge n'est pas repris dans la littérature ; les gériatres sont unanimes pour dire qu'au niveau individuel, un critère d'âge est trop discriminant.(9) Le patient gériatrique pourrait donc être considéré comme celui qui doit être pris en charge par « le spécialiste » qui pratique la médecine gériatrique, une branche spécialisée de la médecine interne et dont la définition est donnée ci-dessus.

Les patients dits « gériatriques » se caractérisant donc par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques. Cet état induit une « fragilité » qui caractérise ces personnes. Elles sont hospitalisées en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë

La prévalence de la fragilité pour les personnes à domicile est de 20% chez les plus de 80 ans pour atteindre 50% chez les plus de 90 ans. (10)

En dehors du domicile, très peu de données existent pour savoir où séjournent ces populations. Cette situation est probablement liée à la nature récente et évolutive de la définition de ce type de patient, mais il paraît clair que la recherche de patients âgés présentant un ou plusieurs des syndromes gériatriques et en déclin fonctionnel peut aider à répondre à cette question.

Ainsi à l'hôpital même si les données ne sont pas connues précisément, il est vraisemblable que dans les services prenant en charge des pathologies chroniques et des maladies graves fréquentes à l'âge avancé (diabète, maladies cardiovasculaires et neurologiques, maladies pulmonaires,...) un nombre non négligeable de patients gériatriques y séjournent, sans nécessairement avoir cette « étiquette » puisque non évalués en terme de fragilité fonctionnelle globale.

Dans les maisons de repos et de soins (MRS), la plupart des personnes correspondent à des patients gériatriques (11), puisqu'il faut afin de pouvoir y être soigné avoir un état fonctionnel déficitaire défini toujours classiquement dans notre pays, par l'échelle de Kats (échelle d'évaluation des activités de la vie journalière).

Dans ces institutions et ces services, les médecins qui soignent ces patients sont des médecins généralistes (pour les MRS) et des médecins spécialistes pour les services hospitaliers ; les gériatres n'y sont pas directement impliqués, restant responsables des services hospitaliers de gériatrie.

Il y a donc des patients gériatriques ailleurs qu'en service de gériatrie et le gériatre n'est donc pas le seul à soigner des patients gériatriques.

Certaines spécialités l'ont bien compris puisqu'actuellement se développent des unités d'ortho-gériatrie, prenant en charge des patients âgés traumatisés ou opérés de fracture de hanche ou autre et des services d'onco-gériatrie. Dans ces nouvelles disciplines, le gériatre participe à la décision thérapeutique et à la gestion du patient et de son affection.

L'efficacité des services d'ortho-gériatrie dans la prévention du déclin fonctionnel, de l'efficacité de la révalidation et de la diminution du risque d'institutionnalisation a été décrite et démontrée par plusieurs auteurs (12,13,14) dans la fracture du col du fémur. Une étude randomisée à partir de patients venant des urgences pour fracture de hanche est actuellement en cours et s'intéressera aussi au risque de délirium qui semble amélioré par des interventions spécifiques proposées suite à l'EGS préopératoire (15).

Concernant l'onco-gériatrie, même si l'association du cancer avec l'avancée en âge est un fait évident, il reste encore un certain nombre d'inconnues quant à la place du gériatre dans la prise de décision thérapeutique (16). Différentes études tentent de définir une organisation spécifique de prise en charge de la maladie cancéreuse chez ce type de personnes ainsi que sa faisabilité (17,18). Certains centres d'oncologie intègrent déjà systématiquement l'évaluation gériatrique standardisée dans la décision de l'intensité des soins. (19)

Le médecin généraliste quant à lui a la responsabilité des patients gériatriques qui résident à leur domicile ou en maison de repos et dans ces institutions, la fonction de médecin coordinateur de MRS a été créée afin de mieux organiser les soins pour ces patients complexes stabilisés. Cette fonction a été définie en 2010 (20) et fait l'objet d'une évolution continue liée principalement à l'aggravation et la complexité des sujets de maison de repos. Ces médecins doivent avoir connaissance des principes des soins en gériatrie.

### **OU TROUVE-T-ON DES GERIATRES ET POUR QUOI FAIRE ?**

Le gériatre est d'abord un médecin hospitalier devant développer les fonctions définies dans le programme de soins (1)

En salle d'hospitalisation, il coordonne la mise au point diagnostique et le travail de l'équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, il utilise les outils diagnostics habituels et les aides fournies par les autres spécialités mais aussi après passage de la période médicale aiguë. l'évaluation gériatrique standardisée. Dès 1993, A Stuck (21) démontrait l'efficacité de cette démarche qui réduisait la mortalité hospitalière de 14% et le taux de ré-hospitalisation de 12%. Par ailleurs, la survie à domicile était augmentée de 26%, les fonctions cognitives de 41% et le statut fonctionnel de 72%. Enfin, cette évaluation permet de mettre en évidence les syndromes gériatriques qui sans elle, passeraient inaperçus (22). Elle est maintenant utilisée régulièrement et fait l'objet d'une information au médecin traitant figurant dans la lettre de sortie du patient au même titre que les autres examens plus classiques.

### **Hôpital de jour (HJG)**

L'hôpital de jour gériatrique constitue une entité architecturale distincte de l'hôpital général. Il s'intéresse aux patients gériatriques âgés en moyenne de plus de 75 ans, référés par un médecin généraliste ou spécialiste ou après consultation de gériatrie. Il a pour mission d'organiser de manière multidisciplinaire l'évaluation diagnostique, la prise en charge thérapeutique ainsi que la révalidation du patient

Un examen systématique de littérature internationale (23) montre qu'un modèle unique n'existe pas. Il n'y a pas encore de consensus clair sur l'équipement et les activités d'un hôpital de jour gériatrique, ni sur la composition exacte de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle de ses différents membres. Cependant des infirmières et des paramédicaux sont toujours mentionnés comme réalisant l'évaluation gériatrique. Les activités diagnostiques à l'HJG sont rarement décrites dans la littérature récente même si plus d'informations sont disponibles sur l'activité de réadaptation qui est souvent développée dans les populations patientes spécifiques, telles



que des patients ayant présenté un AVC, une démence, une insuffisance cardiaque ou des patients présentant d'autres maladies chroniques.

Il est indiscutable (niveau d'évidence 1a) que l'évaluation gériatrique globale est une méthode performante de prise en charge du patient gériatrique où qu'il se trouve et que l'HJG est un lieu favorable. Toutefois, un travail d'harmonisation des pratiques passant par un consensus sur les objectifs poursuivis et les moyens à mettre en place est indispensable et un cadre légal devrait être proposé. (23)

Dans le même ordre d'idée, une méta analyse de Forster (24) démontre que la prise en charge en HJG est surtout efficace car c'est un endroit où une évaluation gériatrique standardisée peut être organisée. Enfin, il semble s'agir d'un lieu intéressant pour développer des consultations d'aide aux aidants et aussi de conseils aux familles, ceux-ci devenant de plus en plus impliqués dans la prise en charge du déclin fonctionnel (25). Un travail d'information auprès de la première ligne de soins doit toutefois en permanence être réalisé afin d'éviter l'impression de concurrence, même si de plus en plus les médecins généralistes apprécient le service qui y est rendu (26).

Malgré ses limites, cette structure spécifique mérite donc d'être développée comme alternative à l'hospitalisation dans la réalisation de dépistage de cause de déclin fonctionnel.

### **Liaison gériatrique**

La liaison gériatrique est réalisée par des équipes mobiles à la demande des services non gériatriques. Cette équipe coordonnée par un gériatre est pluridisciplinaire et doit évaluer la fonctionnalité du patient afin de l'intégrer dans les conséquences de sa pathologie, mais aussi dans la définition de l'intensité des soins. Une méta-analyse récente (27) démontre que l'intervention de cette équipe a un impact significatif sur la mortalité 6 à 8 mois après la sortie, mais semble avoir peu d'impact sur l'évolution fonctionnelle, la durée de séjour et le taux de réhospitalisation. La principale critique de cette revue est le manque d'homogénéité dans les populations reprises et surtout le manque de données analysables puisque les auteurs ne retiennent que 12 articles sur les 1926 traitant du sujet, pour des personnes de plus de 60 ans. Le choix de la méthode d'analyse est également criticable puisqu'aucune information n'est fournie sur l'organisation des soins gériatriques dans les articles retenus. Enfin le type d'intervention proposé mérite d'être éclairci et standardisé

## **PISTES DE REFLEXION A L'INTERFACE ENTRE LA MEDECINE EXTRA- ET INTRAHOSPITALIERE.**

Le patient gériatrique relève d'une filière de soins qui doit être adaptée au caractère évolutif de ses besoins. Il s'agit de sujets atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive, sources d'incapacités fonctionnelles, aggravées par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes.

Cette offre doit à la fois permettre de prévenir les situations de crise médicale mais aussi sociale par une évaluation régulière des besoins individuels, s'appuyer sur une approche globale bio-médico-psycho-sociale et assurer une prise en soins continue. S'adressant très fréquemment au patient et à son aidant naturel, cette offre implique une approche professionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité

Les dispositifs requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres : des services de soins et d'aide à la personne, des lieux d'évaluation et de répit pour les aidants, des lieux d'investigation et de gestion des situations de crise, et des structures de coordination interfacées

Ce modèle défini par le conseil national professionnel de gériatrie en France (2) devrait aussi être appliqué dans notre pays. Le programme de soins pour le patient gériatrique en définit le cadre mais est essentiellement encore trop orienté sur la médecine hospitalière. La fonction de liaison externe qu'il propose doit encore être développée et est certainement le maillon essentiel pour cette filière de soins dans sa composante extra hospitalière.

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients « gériatriques », l'offre doit donc comporter en intra- et en extrahospitalier les fonctionnalités suivantes organisées en filière de soins :

- Détection et prise en charge de la fragilité au domicile
- Pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultation gériatrique et/ou hôpital de jour gériatrique
- Hospitalisation gériatrique de courte durée
- Soins prolongés et réadaptation appropriés aux patients gériatriques
- Equipe mobile de gériatrie de liaison intrahospitalière
- Soins de longue durée en institution ou au domicile

Cette organisation permettrait de mieux répondre aux besoins sanitaires et sociétaux tant en amont que pendant et en aval d'une hospitalisation. Elle permettrait aussi de centrer la prise en charge autour du patient et donnerait à la fois aux soins de 1<sup>ère</sup> ligne et à l'hôpital, des rôles précis, clairs et complémentaires.

## **CONCLUSIONS**

La filière de soins gériatrique doit encore être affinée et testée.

A l'hôpital, elle peut paraître bien définie, vu un programme de soins légal. Sa mise en place se heurte encore à des barrières liées à la fois à des niveaux de preuves d'efficacité pas toujours clairs, mais aussi au manque de gériatres et au nombre de patients gériatriques hospitalisés. Le gériatre y a une place centrale, mais il faudra encore du temps pour coordonner l'ensemble du programme de soins.

En dehors de l'hôpital où le médecin de famille est responsable, il est utile de poursuivre le développement de la culture gériatrique. En MRS, mais aussi au domicile, le médecin traitant devrait pouvoir définir un plan de soins adapté au profil de la personne, ce qui nécessite des outils pour dépister la fragilité par l'évaluation gériatrique standardisée. Cette approche devrait passer par une formation et une collaboration avec les gériatres hospitaliers et dans ce cadre l'hôpital de jour gériatrique peut être l'interface où se rencontrent autour du patient ces 2 professions complémentaires.

Une relation de confiance doit s'entretenir. Un échange d'informations, pas toujours adapté actuellement toutefois, nécessite la création d'outils de transmission dans l'intérêt des personnes âgées, mais aussi de la qualité des soins proposés.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Moniteur belge, Arrêté royal du 29 janvier 2007, entrée en vigueur le 01/09/2007, publication le 07/03/2007.
  
2. Livre blanc de la gériatrie française, édition 2011. <http://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/2011>
  
3. Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ et al. The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital. *J Nurs Manag*, 2014, 22(2), 248-56.
  
4. Burns E, Nair S. New horizons in care home medicine. *Age Ageing*, 2014, 43(1), 2-7.
  
5. Rubenstein LZ, Goodwin M, Hadley E et al. Working group recommendations: targeting criteria for geriatric evaluation and management research. *J Am Geriatr Soc*, 1991, 39, 37S-41S.
  
6. Winograd CH, Gerety MB, Chung M et al. Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991, 39(8), 778-84.
  
7. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, July 6.
  
8. Rubinstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 1984;311(26):1664-70. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL.
  
9. KCE reports 73B. Nouvelle réglementation fixant le cadre du programme de soins pour le patient gériatrique, 2007. <http://www.kce.fgov.be>
  
10. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ et al. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med*, 2007, 120 (9) : 748-753.

11. Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Ger Soc*, 1983, 31(12) :721-727.
12. Aw D, Sahota O. Orthogeriatrics moving forward. *Age Ageing*, 2014, 43(2), 66-9.
13. Pepersack Th. Orthogeriatrics: supportive evidence for the process. *Rev Med Brux* 2013, 34(1), 38-45.
14. Martinez-Reig M, Ahmad L, Duque G. The orthogeriatrics model of care: systematic review of predictors of institutionalization and mortality in post-hip fracture patients and evidence for interventions. *J Am Med Dir Assoc*, 2012, 13(9), 770-7.
15. Wyller TB, Watne LO, Torbergsen A. The effect of a pre- and post-operative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture. The protocol of the Oslo Orthogeriatrics Trial. *BMC Geriatr*, 2012, 20, 12:36.
16. De Breucker S, Luce S, Pepersack T. Oncogeriatrics: an attempt to operational definition. *Rev Med Brux*, 2009, 30(5), 488-95.
17. Gaujard S, Terret C. Geriatric assessment: principles and feasibility in oncology. *Rev Prat*, 2009, 59 (3), 333-8.
18. Tremblay D, Charlebois K, Terret C et al. Integrated oncogeriatric approach: a systematic review of the literature using concept analysis. *BMJ Open*, 2012, 5, 2(6)
19. Extermann M. Integrating a geriatric evaluation in the clinical setting. *Semin Radiat Oncol*, 2012, 22(4): 272-6.
20. Rôle et statut du médecin coordinateur et conseiller en MRS. Groupe de travail mixte « MCC » avec les représentants des mutualités, des organisations de médecins, des organisations MCC, des organisations de pharmaciens, des organisations de maisons de repos et de soins, de l'INAMI – du SPF SPSCAE. Rapport du 22/12/2010.

21. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993, 342 (8878), 1032-6.
22. Pepersack T. Minimum Geriatric Screening Tools to Detect Common Geriatric Problems. *J Nutr Health Ageing*, 2008, 12(5):348-52.
23. Petermans J, Velghe A, Gillain D et al. Geriatric day hospital : what evidence ? A systematic review. *N. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.*, 2011, 9(3): 295-303
24. Forster A, Young J, Lambley R. et al. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. [Cochrane Database Syst Rev](#), 2008, 8(4)
25. Dang S, Badiye A, Kelkar G. The dementia caregiver--a primary care approach. *South Med J*, 2008, 101 : 46-51
26. Vanden Bussche P, Desmyter F, Duchesnes C et al.. [Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners.](#) *BMC Health Serv Res*, 2010, 12, 10 :202
27. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P. [Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis.](#) *BMC Med*, 2013, 22, 11:48.

## **TABLEAU 1**

### **Facteurs de fragilité (geriatric giants)**

<b>MEDICAUX</b>	<b>SOCIO-ECONOMIQUES</b>
<b>Troubles cognitifs</b>	<b>Hospitalisation récente</b>
<b>Chutes</b>	<b>Deuil récent</b>
<b>Polymédication</b>	<b>Vie solitaire, sans contact</b>
<b>Malnutrition</b>	<b>Changement de milieu de vie</b>
<b>Incontinence</b>	<b>Conditions socio-économiques défavorables</b>
<b>Surdité, cécité</b>	

*Winograd JAGS, 1991, 39: 778-784.*

## **TABLEAU 2**

### **Caractéristiques du patient « gériatrique »**

1. Homéostasie diminuée
2. Présentation atypique des maladies
3. Pathologies multiples
4. Enchevêtrement de facteurs somatiques, psychologiques et sociaux
5. Pharmacocinétique différente des sujets jeunes