

Enjeux d'adaptation des filières médico-sociales pour l'accompagnement des personnes âgées en France

UE Connaissance des secteurs sanitaire, social et médico-social

Licence Sciences Santé – 3^{ème} année

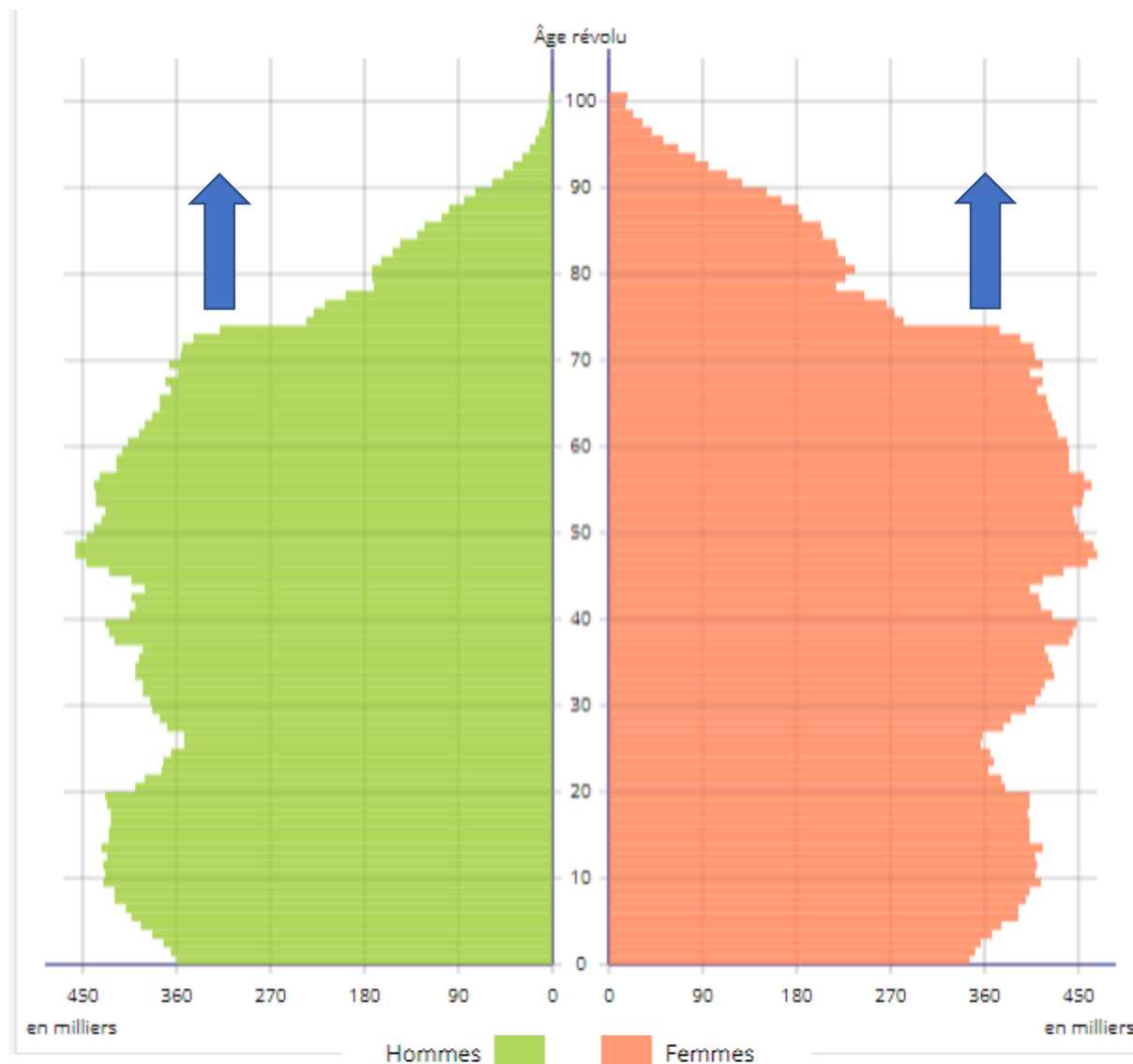
Lundi 1 septembre 2025

Pr. Thomas GILBERT



Evolution Démographique

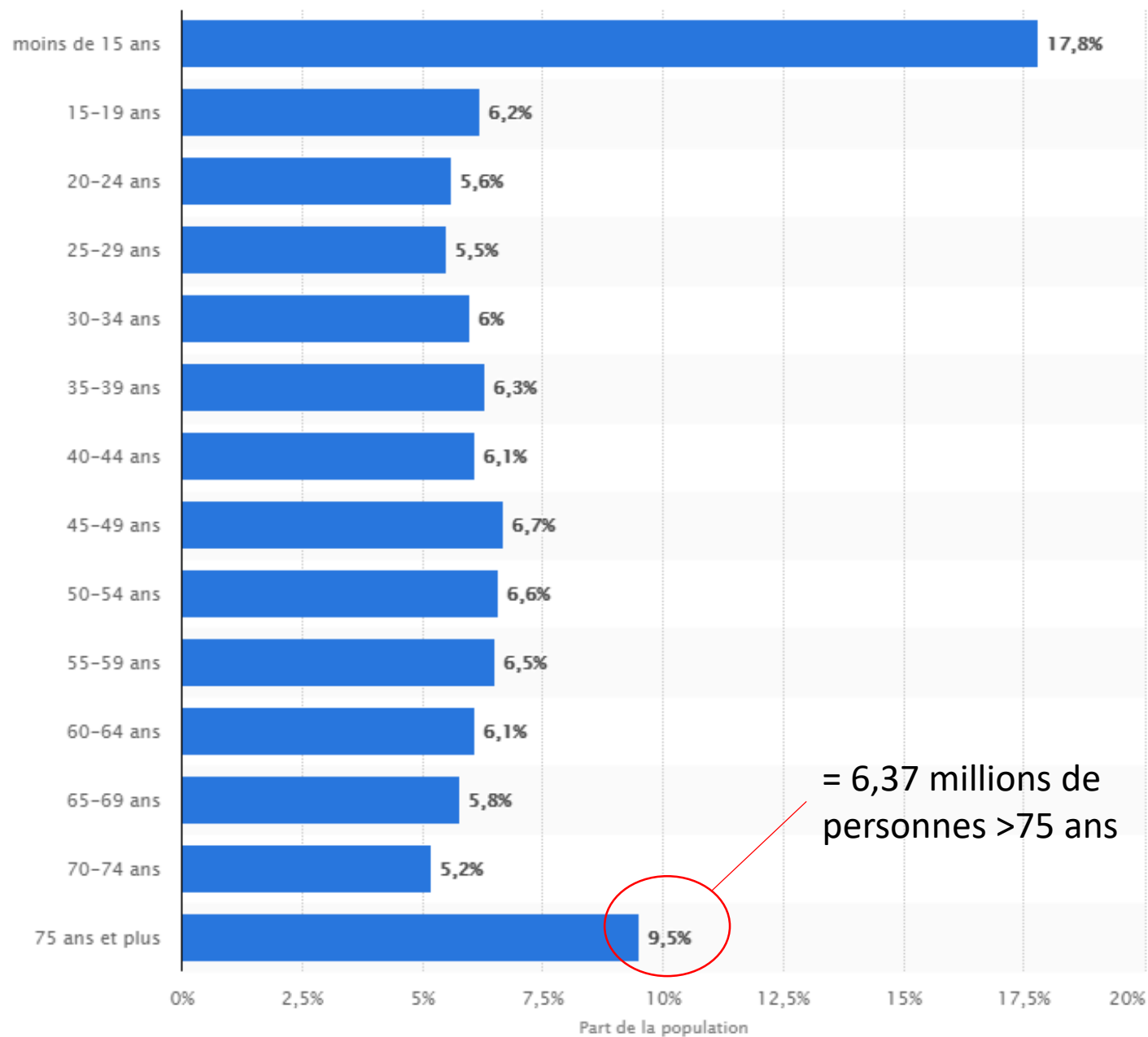
La pyramide des âges en 2020



Génération « Baby-Boom »

Estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2020

Population par tranche d'âge (2020)





TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

ÉVALUATION BESOINS FUTURS



2030

6,2 M PA* autonomes
(+35% vs 2022)

1,5 M PA modérément
dépendants (+15%)

0,7 M PA sévèrement
dépendantes (+17%)

8,4 M de PA de 75 ans et +
(+29%)



2050

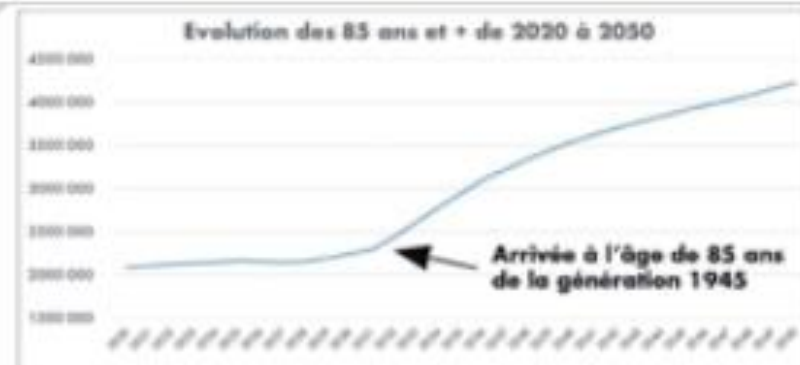
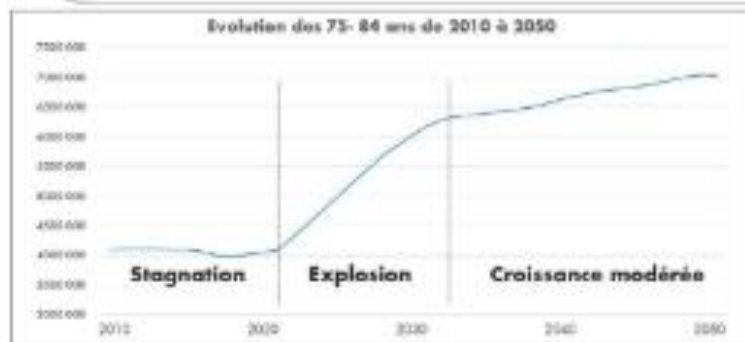
8,4 M PA autonomes
(+35% vs 2030)

2,0 M PA modérément
dépendants (+33%)

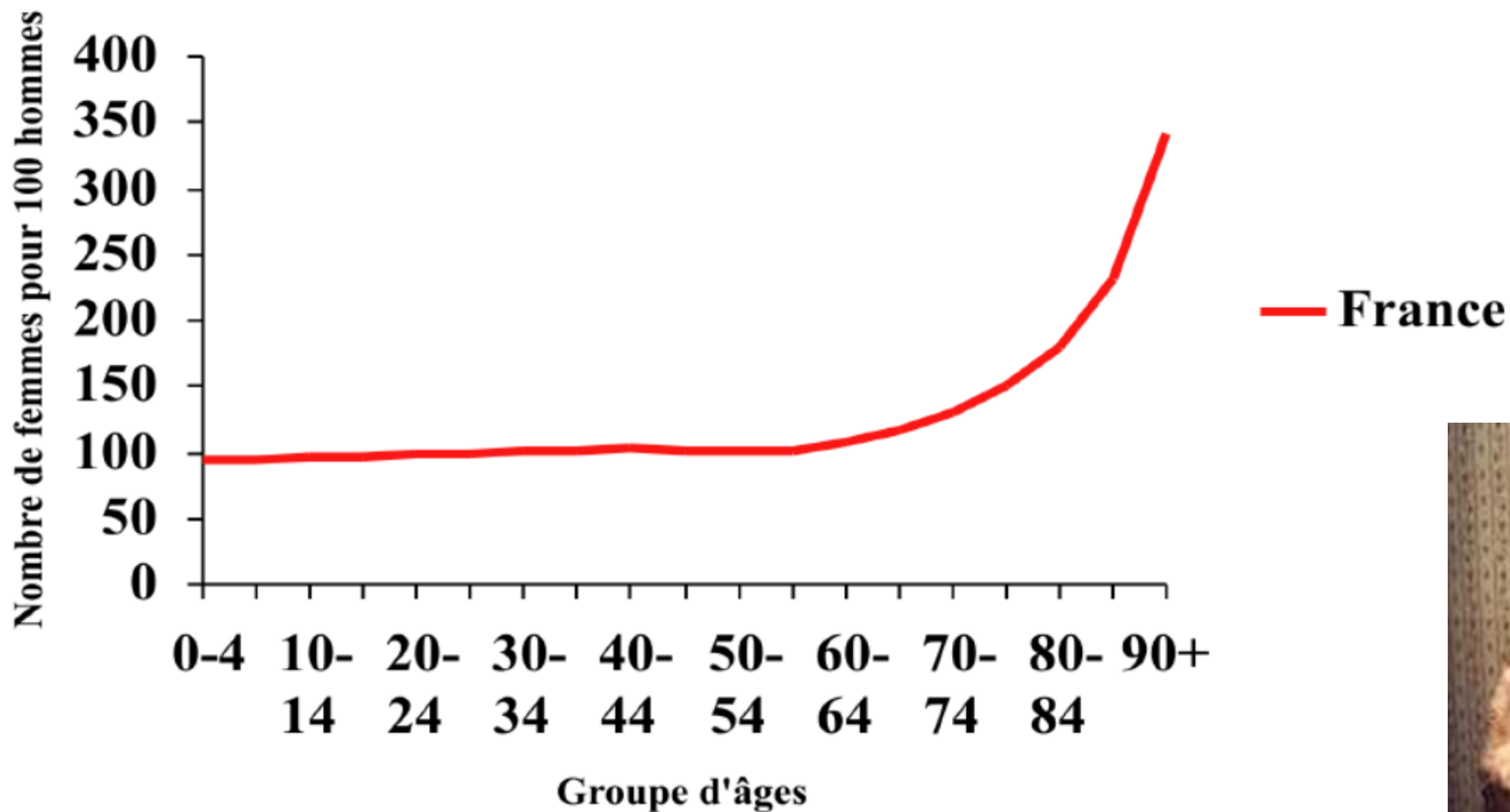
0,9 M PA sévèrement
dépendantes (+29%)

11,3 M de PA de 75 ans et +
(+35%)

*PA : Personnes âgées



Population âgée en grande part féminine



Longévité moyenne	Durée de vie biologiquement programmée en conditions idéales
Longévité maximale	Durée de vie maximale observée
Espérance de vie	Nombre moyen d'années de vie pour une classe d'âge donnée
Espérance de vie sans incapacité	Nombre moyen d'années sans handicap

Espérance de vie en 2020	Femmes	Hommes
À la naissance	85 ans	80 ans
A 60 ans	27 ans	23 ans

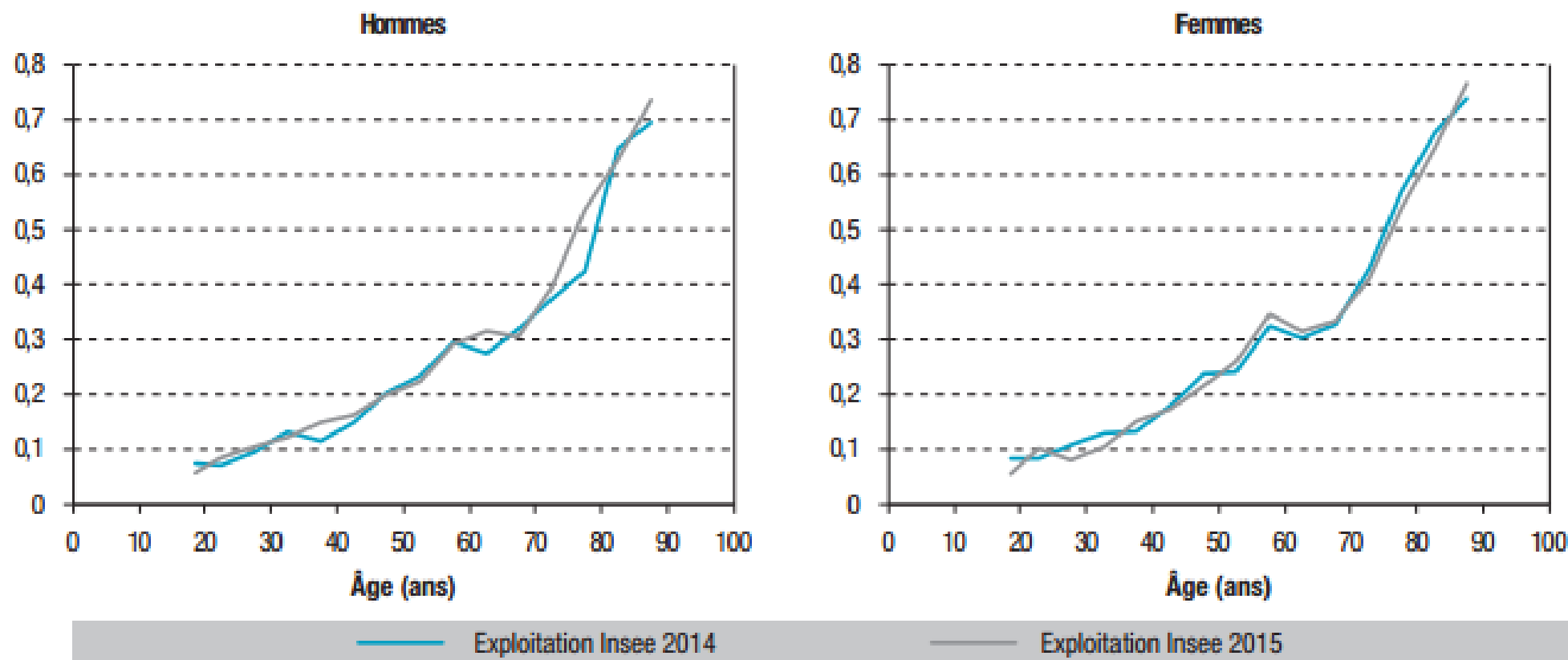
Source Insee



Jeanne Louise Calment
née le 21 février 1875 le 4 août 1997,
(122 ans, 5 mois et 14 jours)

Evolution des limitations d'activités usuelles

Prévalence des limitations dans les activités usuelles, par sexe et âge, en 2014 et en 2015, observée dans l'enquête EU-SILC pour la France

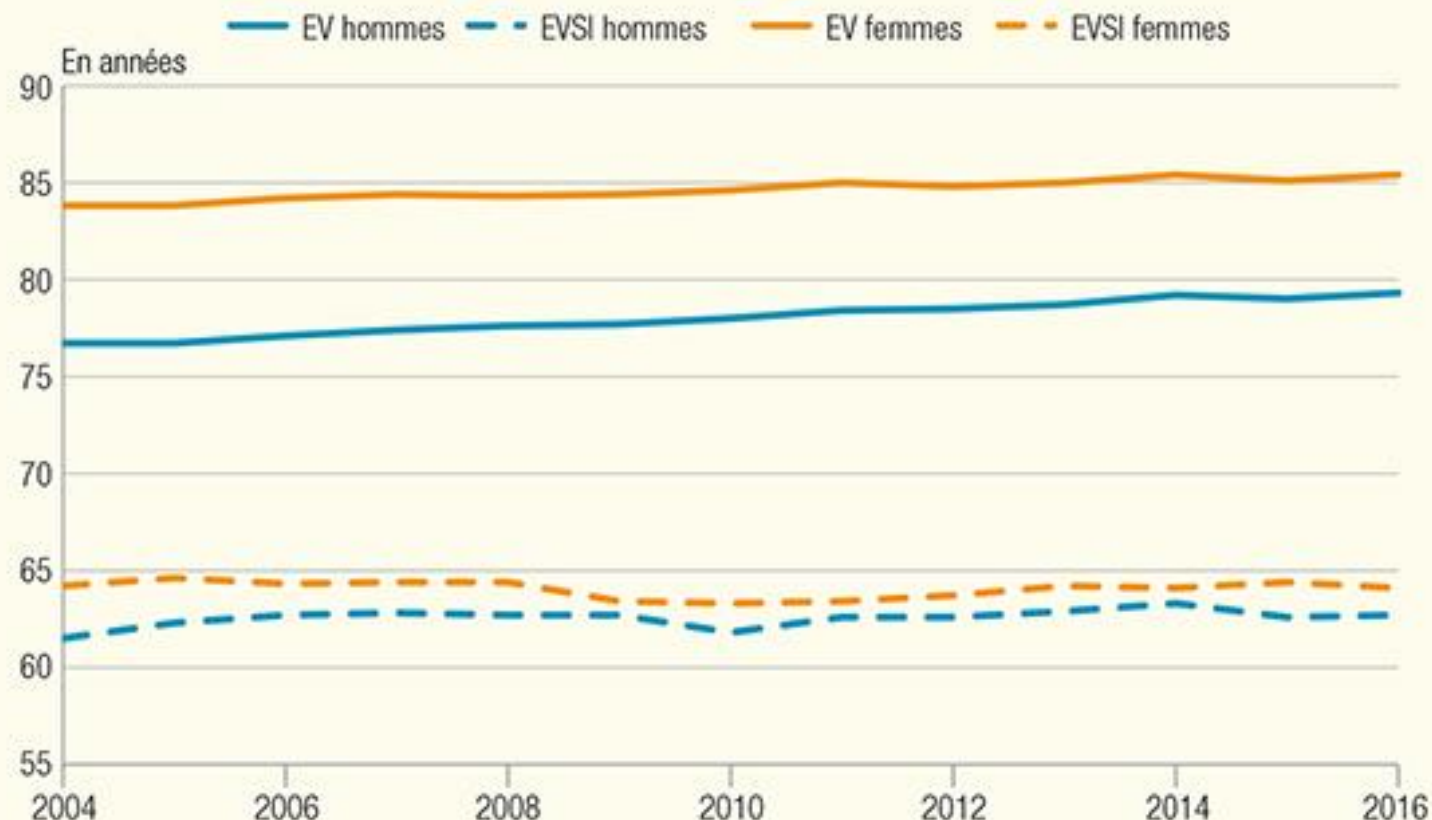


Exploitation des données pour la France de l'enquête européenne EU-SILC réalisée par l'Insee.



GRAPHIQUE

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016

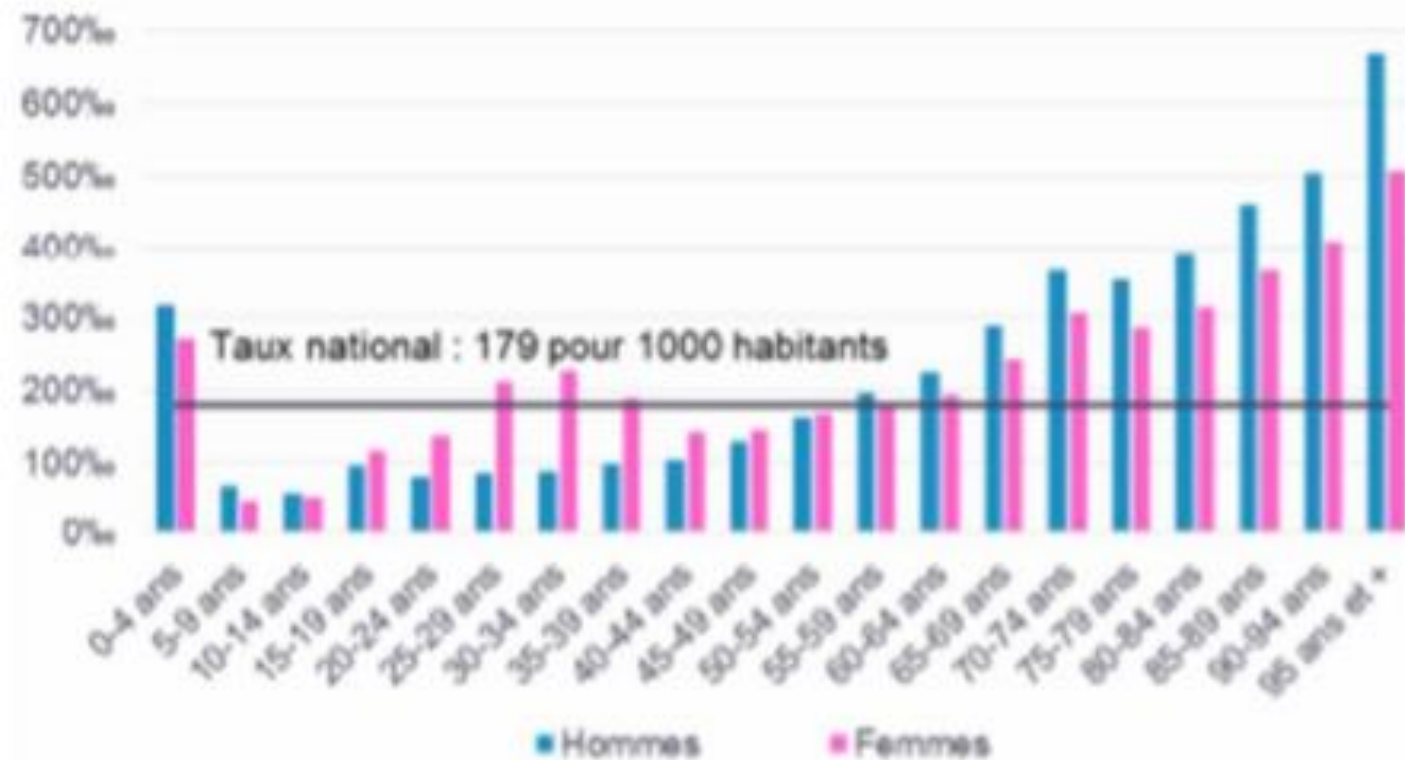


EV : Espérance de vie à la naissance ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Source • Espérance de vie à la naissance, Série Insee, France entière, données de décembre 2016 ; Espérance de vie sans incapacité, calculée avec la méthode de l'European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'Insee pour la mesure des incapacités.

Taux d'hospitalisation

Taux d'hospitalisation MCO en 2017, par classe d'âge et par sexe



2 patients de plus de 75 ans sur 5 hospitalisés en 2017

Les grands enjeux

- **Adaptation des filières de soins** aux besoins complexes des personnes âgées
- le développement des **filières ambulatoire**, renforcement du lien ville-hôpital
- Renforcement des structures de **maintien à domicile**; adaptation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées?
- **Prévention** de la dépendance
- Enjeux de **Citoyenneté**
- Changement de regard **opportunités**

Pour aller plus loin...

- Ministère des solidarités et de la santé. **Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. Rapport Libault** : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- Ministère des solidarités et de la santé. **Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge** [Internet]. 2019 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>

Prévenir la dépendance ou préserver l'autonomie?



Autonomie

- C'est **le droit et le pouvoir de se gouverner soi-même**, de faire des choix dans la vie
- il s'agit donc d'une définition large englobant les aspects physique, psychique, économiques et financiers

Dépendance

- **Besoin d'assistance** pour accomplir les actes de la vie quotidienne habituellement effectués sans aide
- Un sujet peut donc être dépendant, tout en gardant une certaine autonomie

50% des > 75 ans et

80% des > 90 ans ont une aide pour les activités de la vie courante
(conjoint à 50% ; enfant 25%)

Etat Grabataire

- Incapacité de quitter seul son lit
- Touche 5 à 10% des sujets de plus de 85 ans
- Ensemble de détériorations sur le plan musculaire, cutané, neurologique, ostéo-articulaire, viscéral, métabolique et psychiatrique

Classification Internationale du Fonctionnement (OMS 2001)

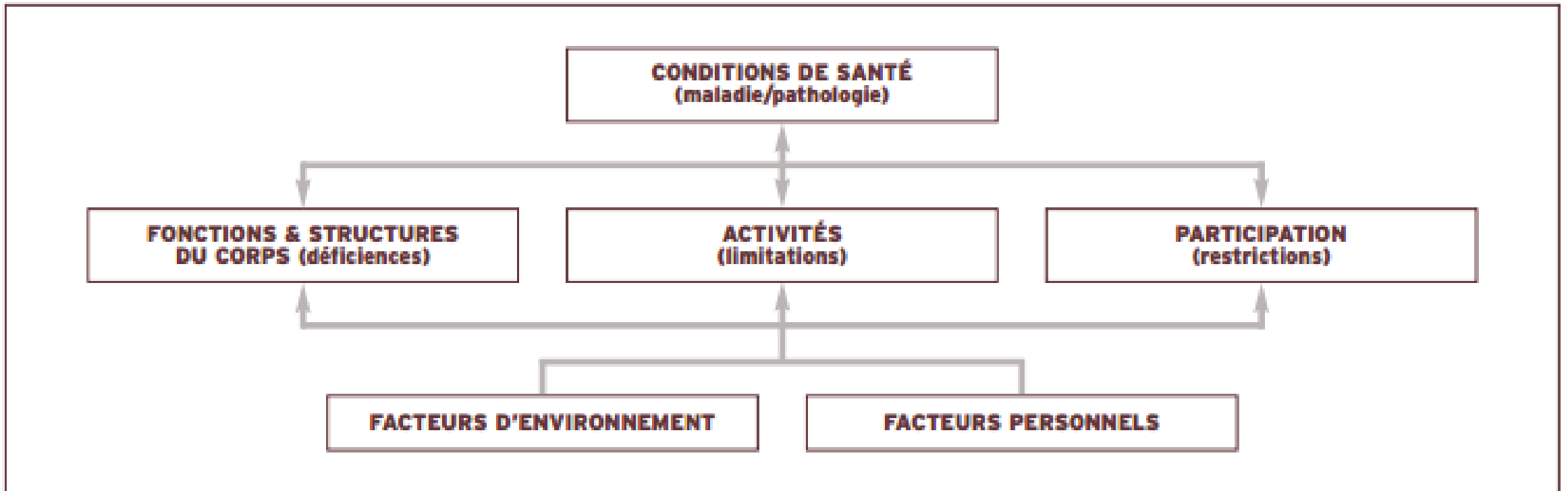


Figure Classification internationale du fonctionnement (Organisation mondiale de la santé).

Conséquences de la dépendance

- **Au domicile** : besoin d'aides extérieures (enfants ou aides professionnelles pas toujours bien accueillies)
- **Changement de lieu de vie** : traumatisme psychologique si mal préparé et sans réel consentement de la personne
- **Vie affective** : réactivation de modes de relations anciens, infantiles parfois, régression psychomotrice, dévalorisation et dépression.
- **Pour l'entourage** : culpabilité, inversion des rôles parent-enfant, tensions familiales, réaction de surinvestissement ou désinvestissement
- **Dépendance** = facteur de risque de maltraitance

Echelles d'évaluation

de l'autonomie et de la dépendance

Intérêt à plusieurs niveaux :

- **Individu** : apprécier le retentissement des déficiences et adapter au mieux les prises en charge
- **Population** : tester les actions de prévention et l'efficacité des différentes thérapeutiques
- **Institution** : estimer la charge de travail liée à la dépendance, les conséquences financières, planifier les structures sanitaires et sociales.

L'évaluation de la dépendance

Grilles d'évaluation de la dépendance

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE : ADL DE KATZ

✓ Évalue le degré de dépendance pour la prise en charge de soi

- Soins d'hygiène
- Habillage
- Alimentation
- Motricité
- Continence
- Aller aux WC

✓ Score < 6 = dépendance

ECHELLE A.D.L		Nom Prénom Date Score
Hygiène Corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	½
	Dépendant	0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1
	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser.	½
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.	1
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.	½
	Ne peut aller aux toilettes seul	0
Locomotion	Autonomie	1
	A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant)	½
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

Total = /6

ÉCHELLE DES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE : IADL DE LAWTON

✓ Évalue les activités pour une indépendance sociale

- Transport
- Médicaments
- Budget
- Téléphone
- Courses
- Repas
- Ménage
- Lessive

✓ 4 items soulignés

- Les plus sensibles : (4-IADL)
- Un score < 4 : suspicion vulnérabilité/fragilité

ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE		Avant hospitalisation
<u>Transport</u>	1. Conduit sa voiture ou utilise les transports en commun de façon indépendante 1. Organise ses déplacements en taxi mais ne peut se déplacer en bus 1. Utilise les transports en commun avec l'aide de quelqu'un 0. Déplacement limité en taxi ou voiture avec l'aide de quelqu'un	
<u>Courses</u>	1. Fait ses courses normalement 0. Doit être accompagné pour faire ses courses 0. Est incapable de faire ses courses	
<u>Préparation des repas</u>	1. Prépare et sert le repas 0. Prépare le repas si les ingrédients lui sont fournis 0. Prépare le repas de façon inadéquate ou réchauffe et sert les plats fournis 0. Son repas doit lui être préparé et servi	
<u>Prise des médicaments</u>	1. Est responsable de la prise de ses médicaments (dose et horaire) 0. Est responsable de ses médicaments s'ils sont préparés 0. Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils sont préparés	
<u>Ménage</u>	1. Entretien sa maison seul ou reçoit une aide occasionnelle pour les travaux lourds 1. Effectue quelques tâches quotidiennes légères : laver la vaisselle, faire le lit 1. Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal 1. Nécessité une aide pour tous les travaux d'entretien ménager 0. Est incapable de participer à une tâche ménagère	
<u>Lessive</u>	1. Lave son linge personnel 1. Lave uniquement les sous vêtements 0. Ne peut laver du linge	
<u>Aptitude à utiliser le téléphone</u>	1. Se sert normalement du téléphone 1. Compose quelques numéros très connus 1. Répond simplement mais ne l'utilise pas spontanément 0. N'utilise pas du tout le téléphone	
<u>Gestion du budget</u>	1. Gère ses revenus et ses factures 1. Gère ses achats quotidiens mais reçoit une aide pour les opérations bancaires 0. Ne manipule plus d'argent	
SCORE		/8
SCORE DES ITEMS SOULIGNÉS		/4

Grilles d'évaluation de la dépendance

DÉTERMINATION DU GROUPE ISO-RESSOURCE LA GRILLE AGGIR

- ✓ Évalue la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne
- ✓ Le score GIR obtenu de 1 à 6
 - 1 = personne totalement dépendante
 - 6 = personne totalement indépendante
- ✓ Le GIR obtenu permet déterminer le montant des aides financières dans le cadre de l'APA

La grille AGGIR

(Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)

- **C'est un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.**
- Utilisée **en France** mais non validée sur le plan international
- Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état.**
- **dix variables dites « discriminantes » : utilisées pour le calcul du « GIR »**
- **sept variables dites « illustratives », concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide.**

10 variables « discriminantes » utilisées dans le calcul du GIR

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)
- déplacement à l'intérieur
- déplacement à l'extérieur
- communication à distance ;

7 variables "illustratives"

- **gestion personnelle de son budget et de ses biens**
- **Cuisine**
- **Ménage**
- **Transports**
- **Achats**
- **suivi du traitement**
- **activités de temps libre**

cotation

À chaque variable est attribuée une note A, B ou C :

A - fait seul les actes quotidiens : spontanément,et totalement,et habituellement,et correctement.

B – fait, mais pas « spontanément », et/ou « totalement », et/ou « habituellement », et/ou « correctement ».

C - ne fait pas : ni spontanément,ni totalement,ni habituellement,ni correctement.

Grille AGGIR

		Ne fait pas du tout	S S	T T	C C	H H	Aucun adjectif ne pose pb		
Cocher toute la colonne		☐	☐	☐	☐	☐	☐		
1 - Transferts		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
2 - Déplacements intérieurs		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
3 - Toilette	haut	☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
	bas	☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	
4 - Elimination	urinaire	☐	☐	☒	☒	☐	☐	B	B
	fécale	☐	☐	☒	☒	☐	☐	B	
5 - Habillage	haut	☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	
	moyen	☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
	bas	☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	
6 - Cuisine		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
7 - Alimentation	se servir	☐	☐	☒	☐	☐	☐	B	B
	manger	☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	
8 - Suivi du traitement		☐	☐	☒	☒	☐	☐	B	B
9 - Ménage		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
10 - Alerter		☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	A
11 - Déplacements extérieurs		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
12 - Transports		☒	☒	☒	☒	☒	☐	C	C
13 - Activité temps libre		☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	A
14 - Achats		☐	☐	☒	☐	☐	☐	B	B
15 - Gestion		☐	☐	☒	☐	☐	☐	B	B
16 - Orientation	dans le temps	☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	A
	dans l'espace	☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	
17 - Cohérence	communication	☐	☐	☐	☐	☐	☒	A	B
	comportement	☐	☐	☒	☐	☐	☐	B	

6 groupes iso-ressource (« GIR »)

- **GIR 1 = personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;**
- **GIR 2 = personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer**
- **GIR 3 = personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.**

6 groupes iso-ressource (« GIR »)

- **GIR 4 = personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;**
- **GIR 5 = personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;**
- **GIR 6 = personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.**

Allocation Personnalisée d'Autonomie

APA ou ADPA

(Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie)

✓ Qu'est ce que l'ADPA ?

- Prestation en nature, personnalisée, déterminée de façon égale sur tout le territoire national
- Prend en charge des conséquences de la perte d'autonomie
- Non soumise à récupération sur la succession
- Ne met pas en jeu l'obligation alimentaire

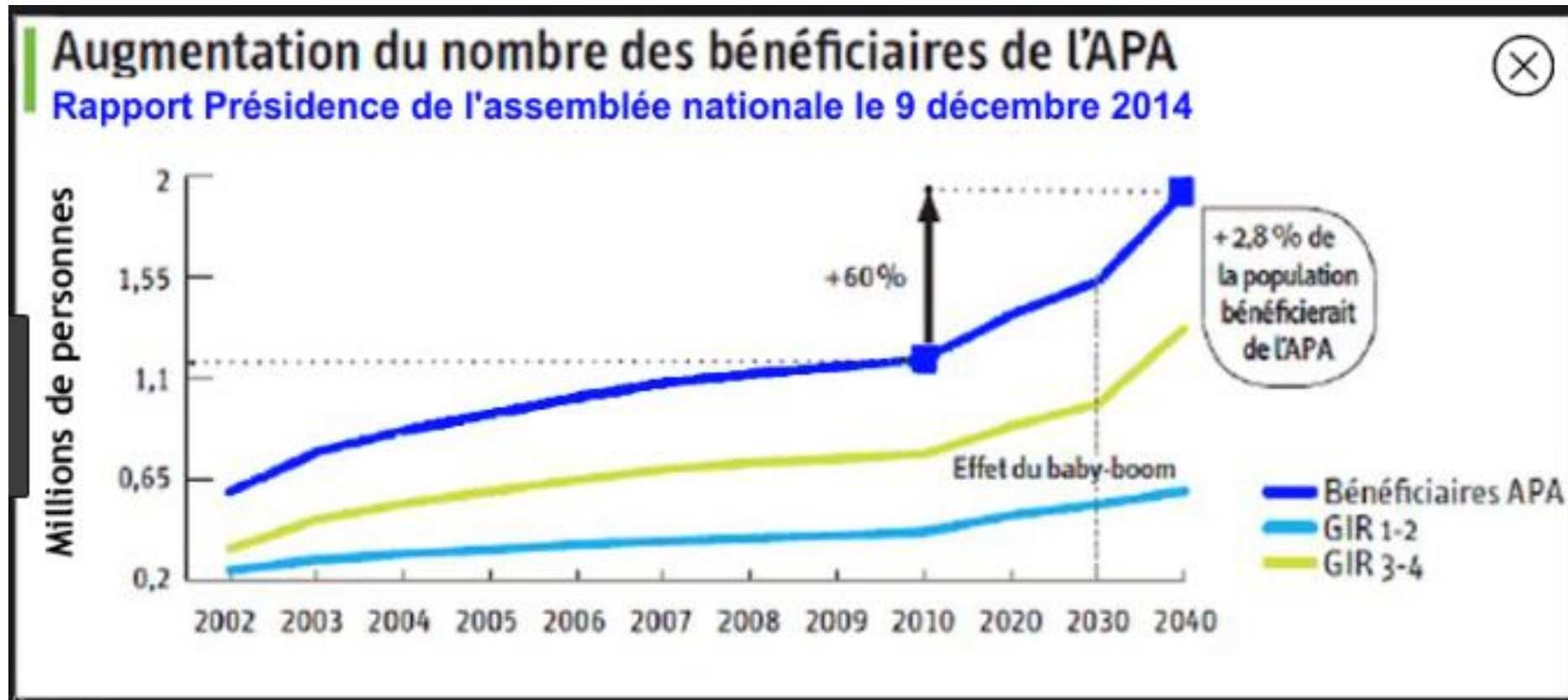
✓ Pour qui ?

- Personne âgée de plus de 60 ans résidant en France de manière permanente
- Personne en perte d'autonomie évaluée par la grille AGGIR avec détermination du Groupe Iso Ressource
- GIR 1 à 4

✓ Modalité

- Dossier à adresser à la maison du département dont dépend la personne en fonction du lieu de résidence

APA= 1, 2 millions de bénéficiaires en 2012

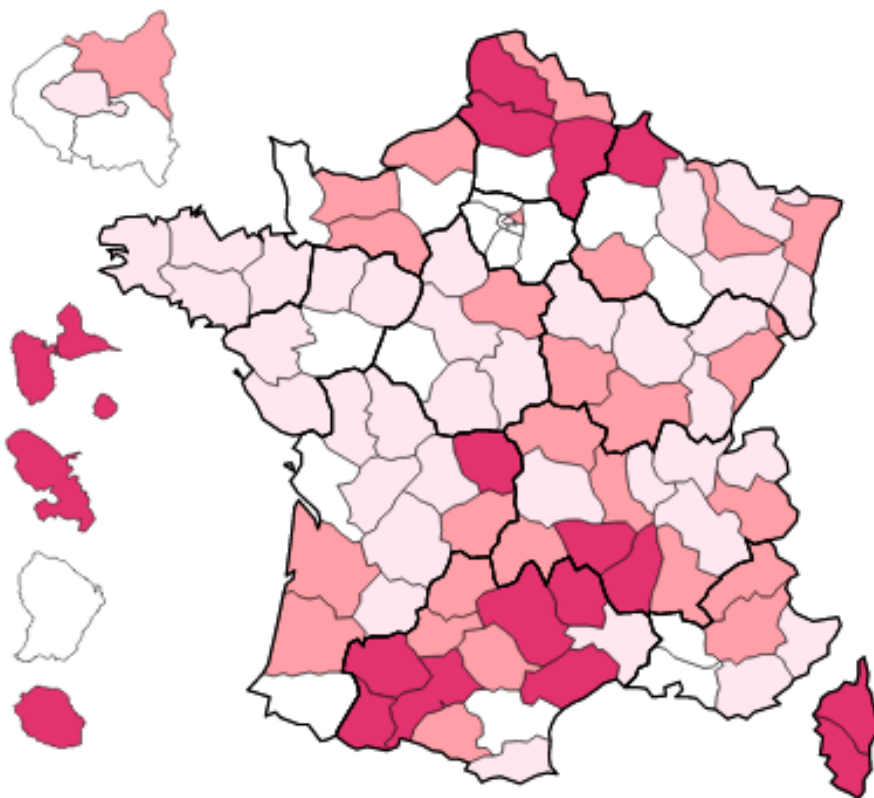
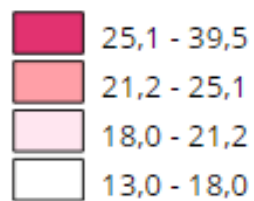


Création 2002

60% patients à domicile

Taux bénéficiaires de l'APA (rapporté aux patients >75 ans)

en % de la population des personnes âgées

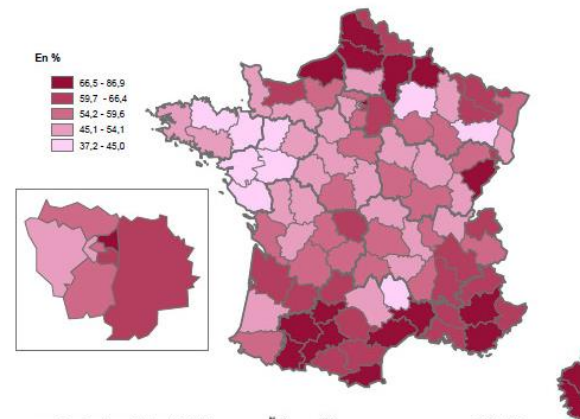
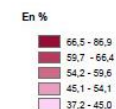


* le taux de bénéficiaires de l'APA est rapporté à la population des 75 ans ou plus.

Champ : France, hors Mayotte.

Sources : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2014.

Répartition aide sociale



Source : Enquête annuelle de l'aide sociale 2013, Drees
Cartographie : ORS Île-de-France

Règles d'attribution individuelles

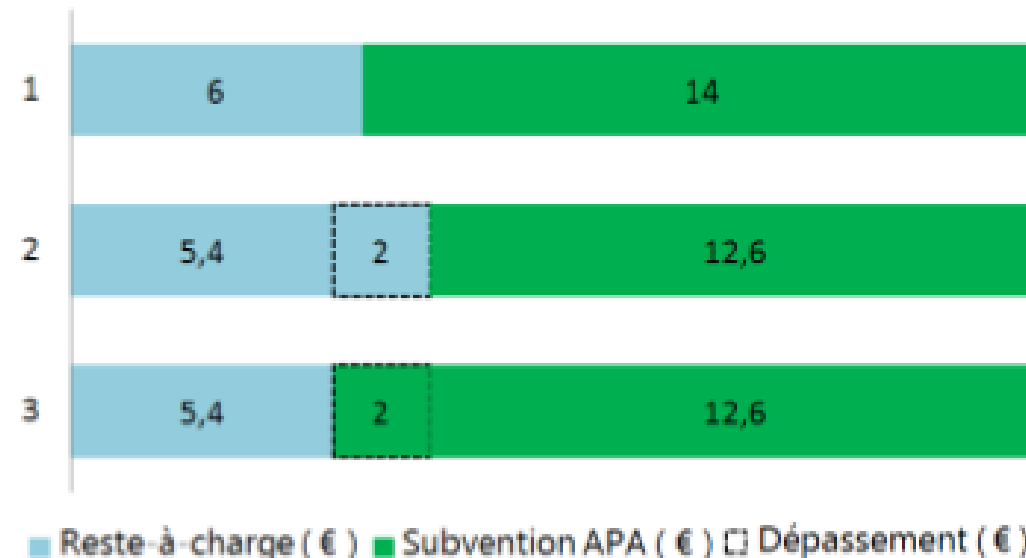
- Plafonds selon GIR (de 562,57 €/mois en GIR 4 à 1312,67 €/mois en GIR 1 au 1er janvier 2015)
- Taux de participation 0 à 90% selon revenus (seuils au 1er avril 2014 : <739 et >2945 €)
- Ticket modérateur (€) = Taux de participation(%) x coût de l'heure d'aides (€)
- Cadre de tarification fixé par l'état central mais **c'est le conseil général qui définit l'estimation de l'heure d'aide**

Calcul du coût de l'heure d'aide

- Règle 1: heure facturée par la structure d'aide à domicile (SAAD)
- Règle 2: tarif de référence avec dépassement à la charge du bénéficiaire
- Règle 3: tarif de référence avec prise en charge du dépassement par aide publique du conseil général

Ex: bénéficiaire
ayant taux de
participation à 30%,
Pour une heure
d'aide facturée 20€

Si 20 h par mois,
différence = 40€



Inégalités territoriales dans la mise en œuvre de l'APA (Q. Roquebert, Paris)

- Rapport cour des comptes: Les écarts moyens de l'APA peuvent varier du simple au double d'un département à l'autre
- les tarifs horaires APA fixés par les conseils départementaux varient de 15,25 € à 28,58 € de l'heure.

Deux systèmes de régulation coexistent

- Le régime de l'**agrément**, qui relève du Code de travail, est confié aux directions régionales du travail (DIREECTE) → libres de fixer leurs prix (règle 1)
- Le régime de l'**autorisation**, qui relève du Code de l'action sociale et des familles, est confié aux conseils départementaux (= $\frac{3}{4}$ des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des heures délivrées)

→ tarification administrée par le **président du conseil départemental** et encadrée par l'état central (règle 2 le plus souvent)

⇒ Variations entre ses deux régimes qui cause des disparités importantes selon répartition de l'offre de soins

Qu'est-ce qu'un patient âgé
complexe?

Mr. A (82 yrs)



Diagnostic → traitement

Mr. B (82 yrs)

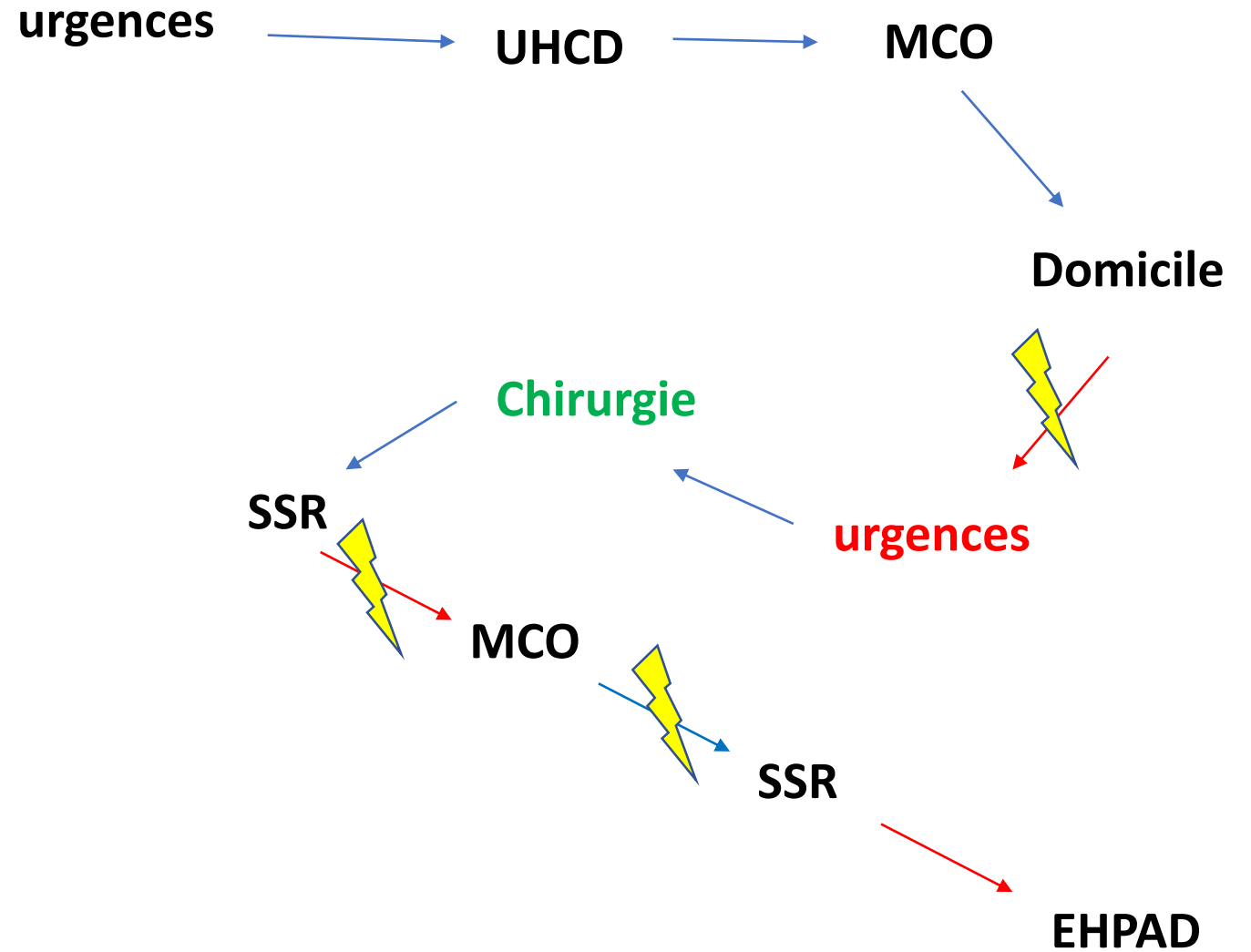


Incertitude

Mr. B (82 yrs)



Trajectoire $\neq$ Parcours $\neq$ Filière

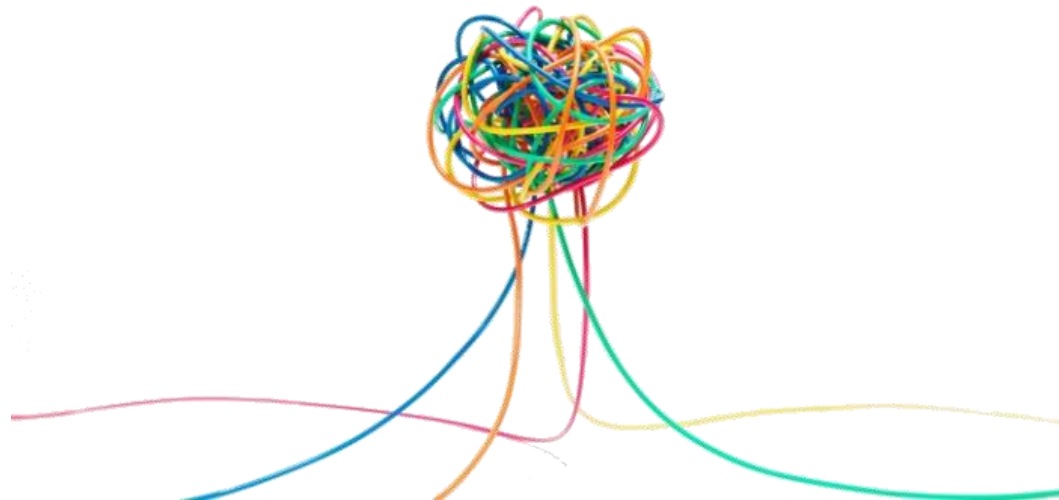


Définitions

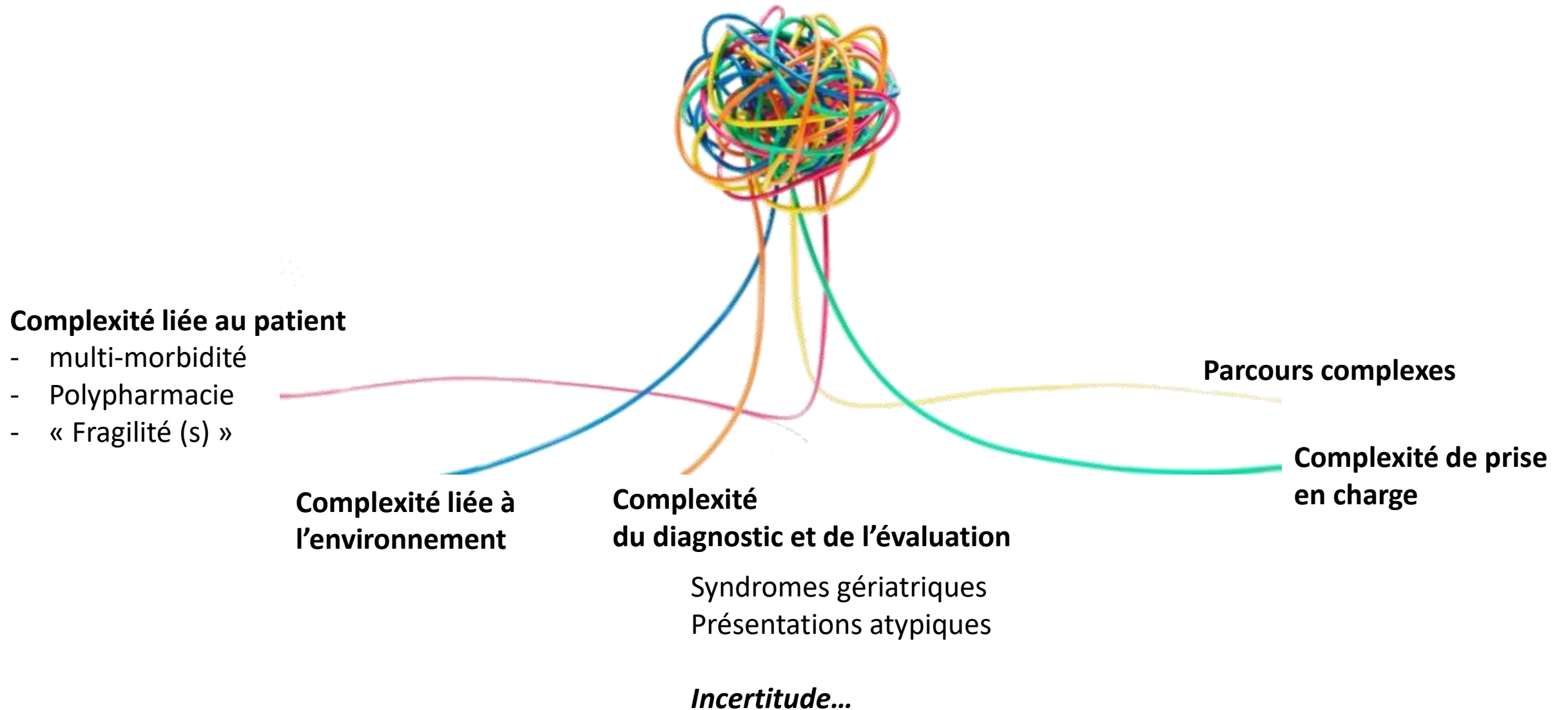
- **Multi-morbidité** (=pluripathologie): Co-occurrence de plusieurs maladies chez la même personne au même moment.
- **Comorbidité**: co-occurrence d'au moins 2 pathologies non reliées entre elles chez la même personne, en référence à une pathologie « index » d'intérêt.
- **Polypharmacie**: 5 médicaments ou +

Définitions

- « **Clinical complexity** »: l'intégration de toutes les comorbidités dans l'établissement du pronostic d'une pathologie
- « **Patient complexity/ Global complexity** »: la définition ajoute des éléments non cliniques (sociaux, culturels, mode de vie, préférence du patient...) dans les processus décisionnels et la réalisation d'un plan de soins



Complexité





Complexité liée aux patients

Multimorbidité

Polypharmacie

Fragilité(s)

Poids de la multi-morbidité

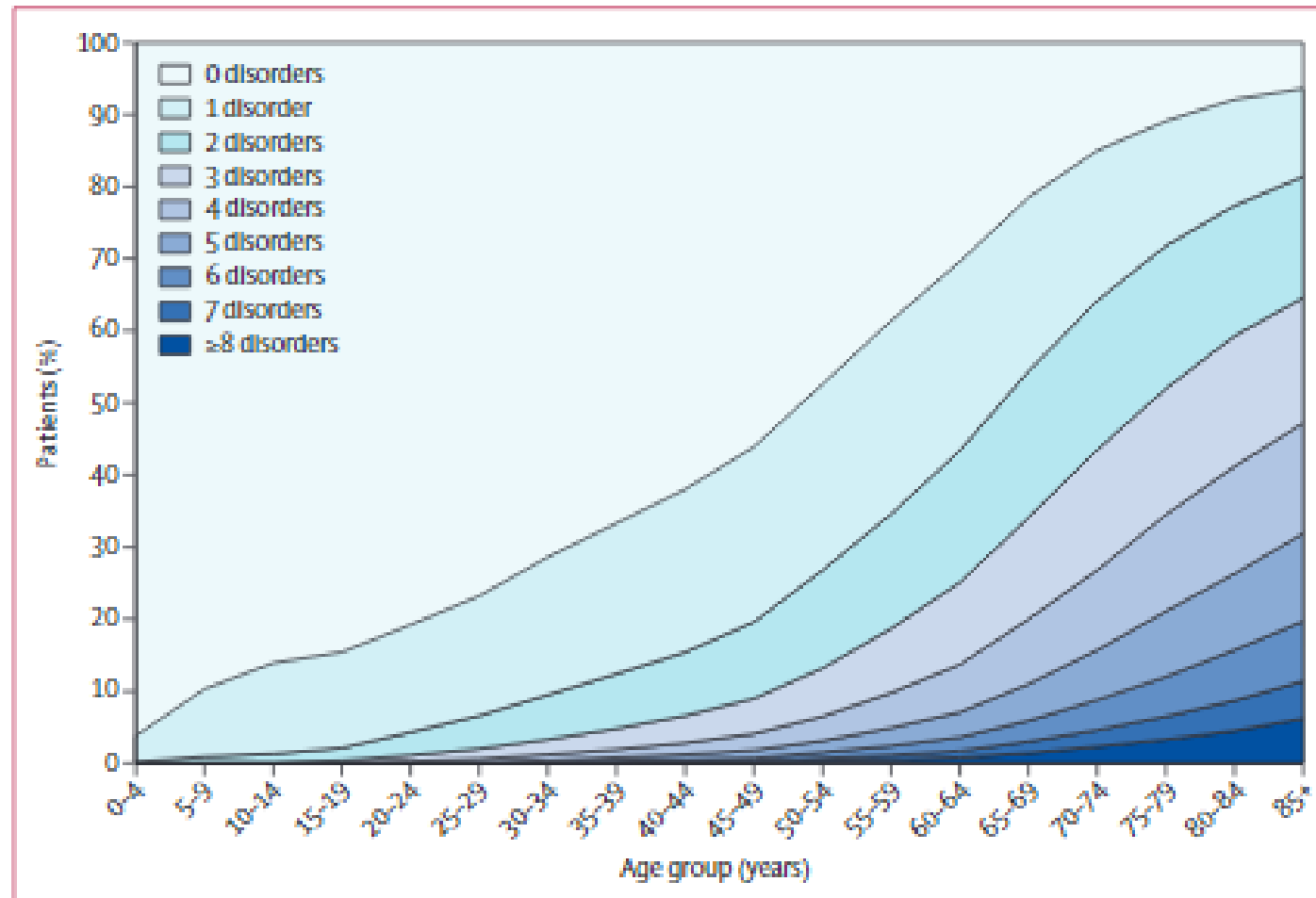


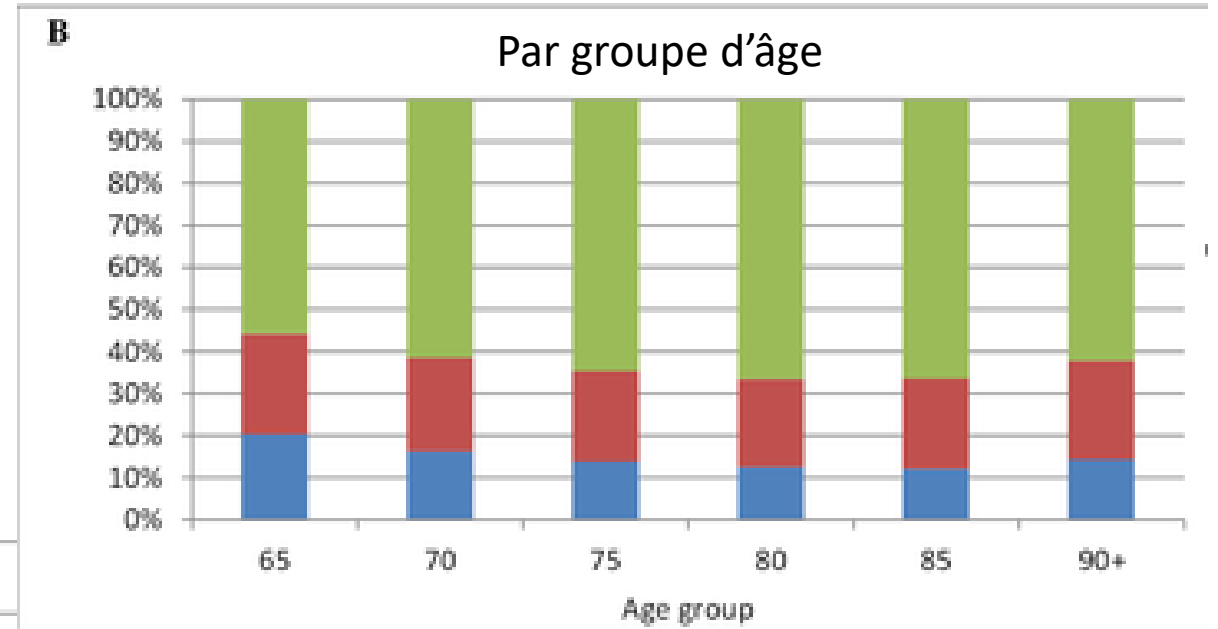
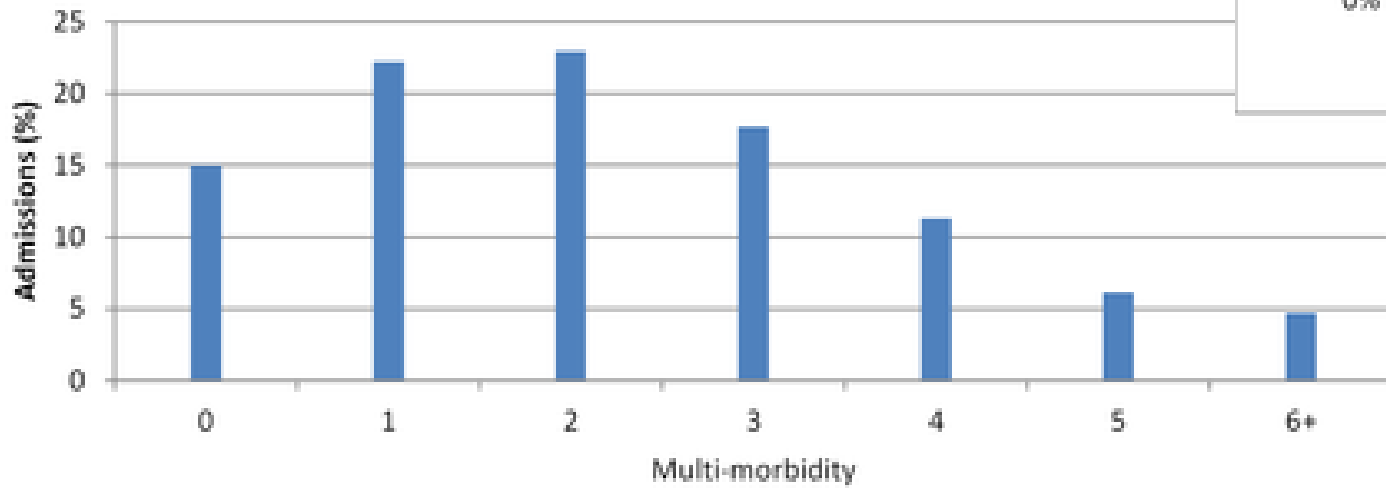
Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Multi-morbidité des personnes hospitalisées >65 ans

2+ = 63%

3+ = 40%

6+ = 6%





Polymédication (5 médicaments ou +)

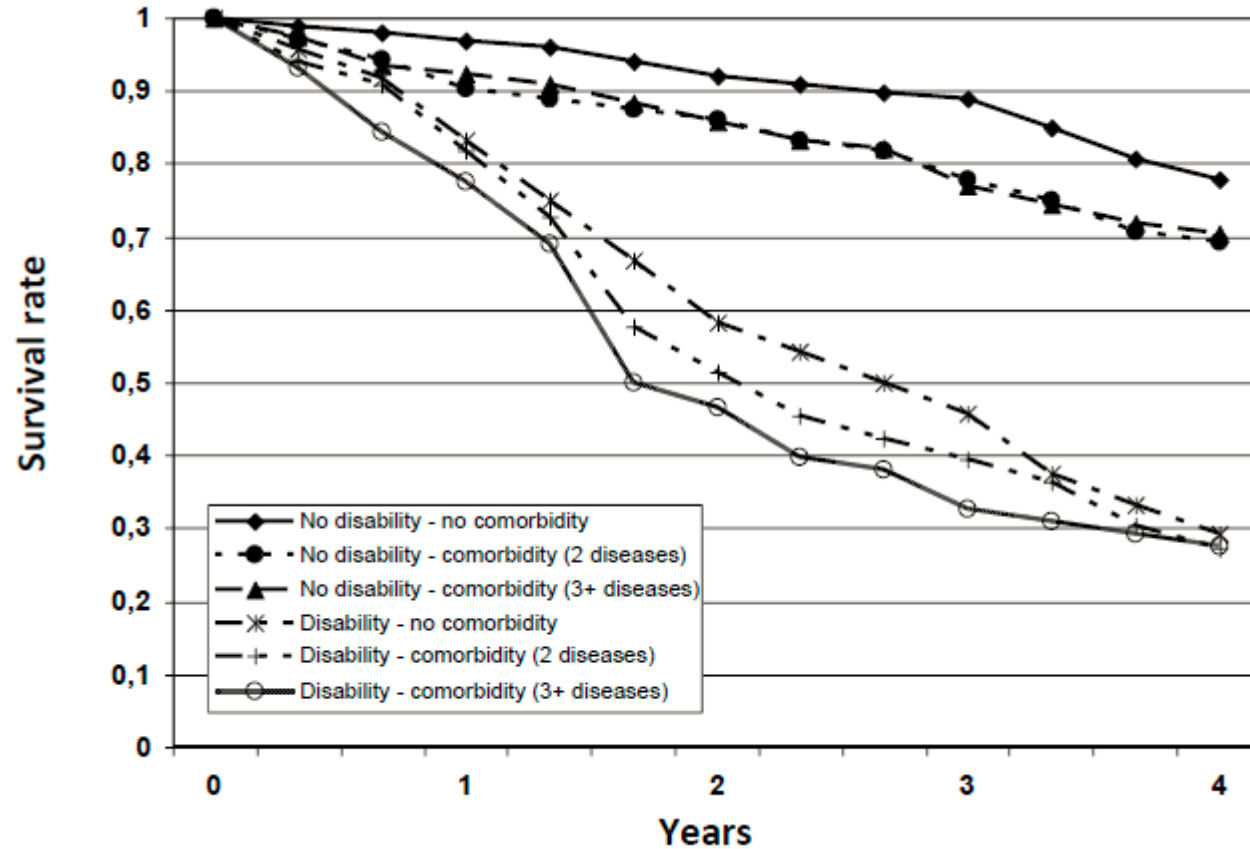


- En France, **entre 6 et 7 médicaments en moyenne** chez patients hospitalisés ([Enquête PUGG](#), [étude PROUST](#), [Legrain JAGS 2011](#))
- 35-40% des patients >65 ans ont plus de 5 médicaments ([Rankin Cochrane 2018](#))

→ 42% des hospitalisations rapportées à un accident iatrogène lié aux médicaments

[Zerah L, Age Ageing 2022](#)

La fonction plus importante que les comorbidités?



Sujets indépendants

Sujets dépendants

Notion de fragilité





Johanna Quaas, 92 ans

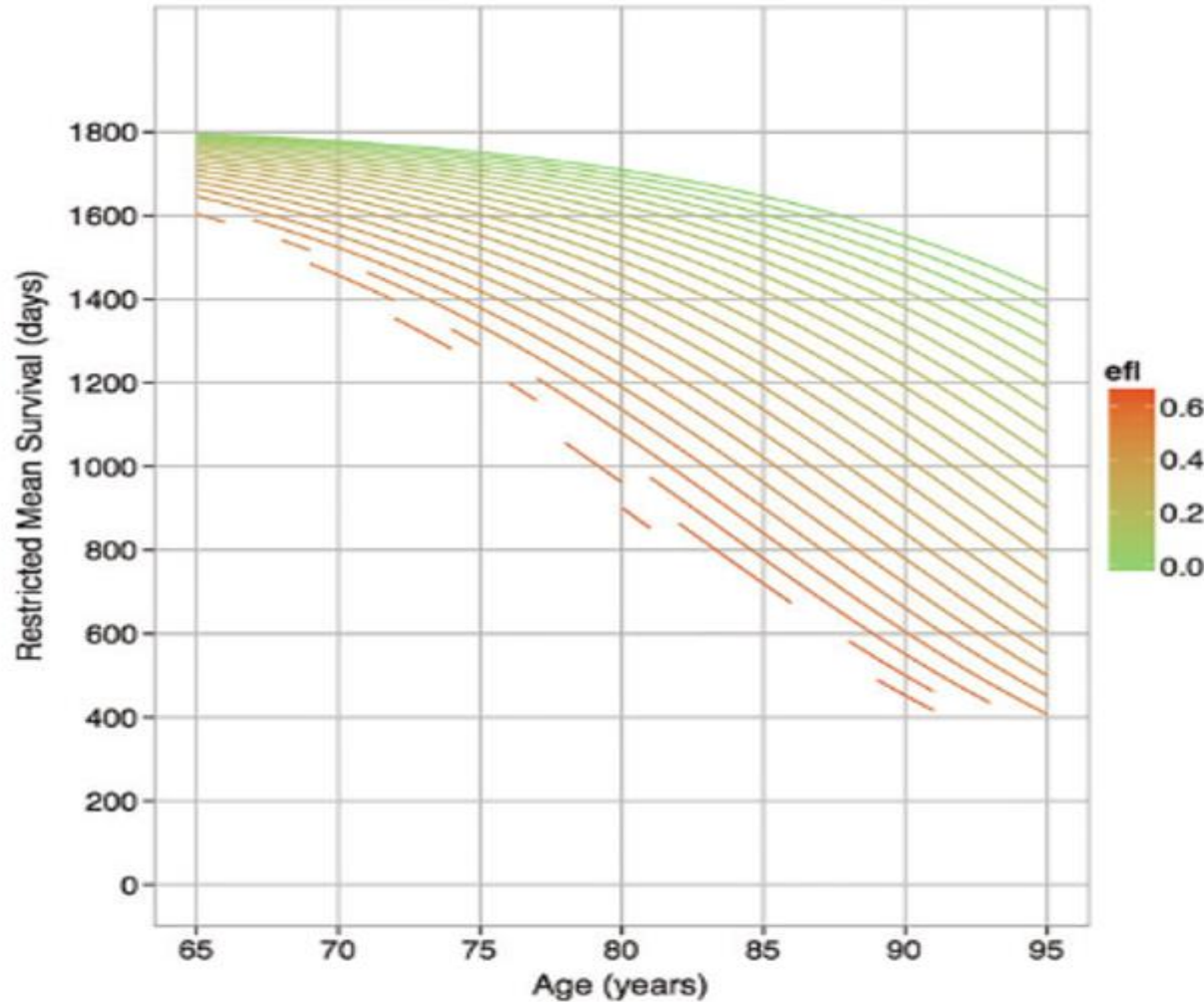


Fauja Singh, 100 ans



Robert Marchant, 105 ans

Electronic Frailty Index



→ La variabilité
du pronostic
augmente avec
l'âge

Figure 2. Relationship between age, electronic frailty index score and mortality (internal validation cohort).

Variabilité du risque

Vaupel J Demography 1979



Définition de la fragilité

- « Etat lié à l'âge et qui confère une augmentation du risque d'événements négatifs (décès, perte d'autonomie, etc) **en relation à un évènement stressant** même mineur (Clegg A Lancet 2013) »



RESERVES FONCTIONNELLES



**Stress
« mineur »**

**Seuil
d'insuffisance**



RESERVES FONCTIONNELLES

Stress
« mineur »



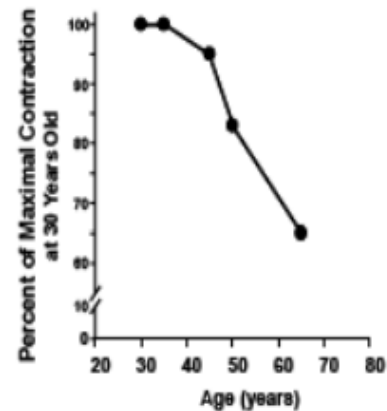
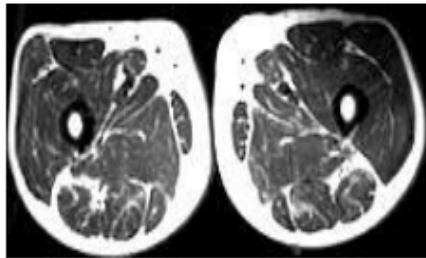
Seuil
d'insuffisance



Exemple sarcopénie dépendance



Force musculaire
Puissance



Nagi, 1976, 1991; Verbrugge & Jette, 1994

Source diapo Pr. Yves ROLLAND

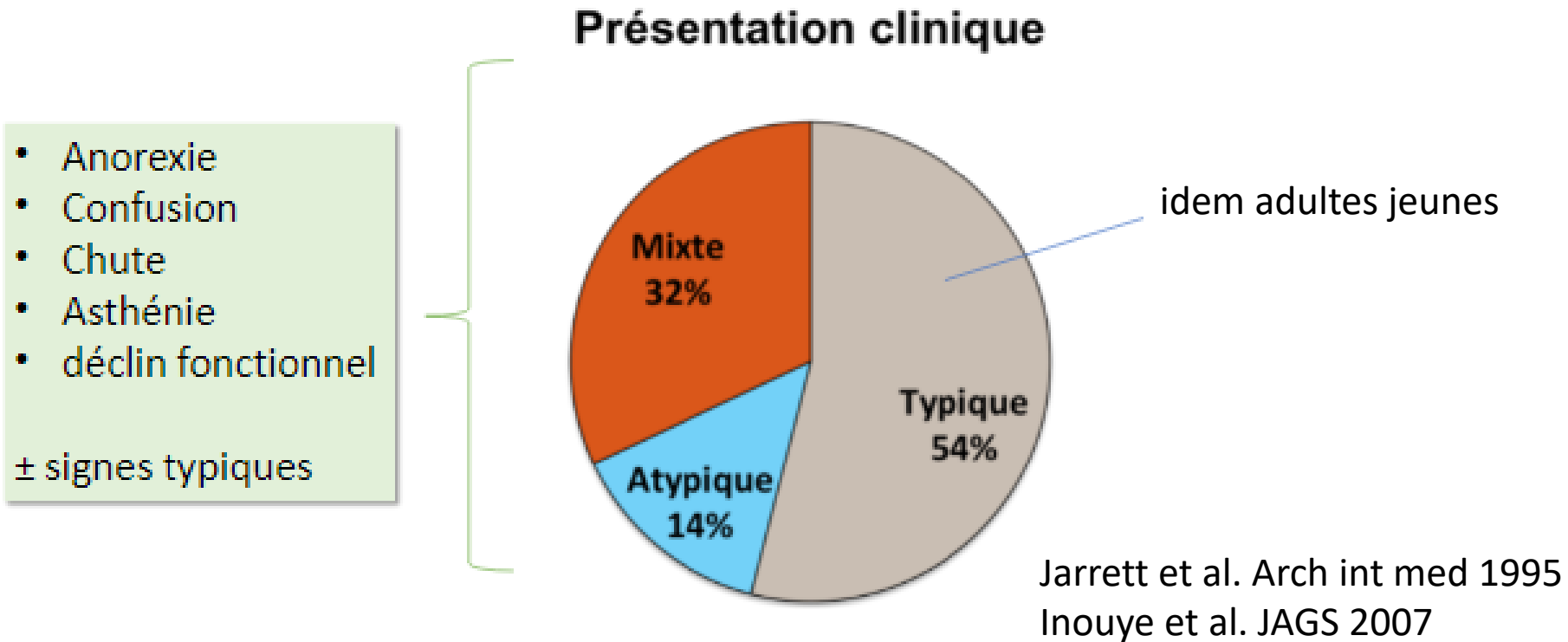


Complexité du diagnostic

Présentations atypique

Syndromes gériatriques

Présentations cliniques atypiques

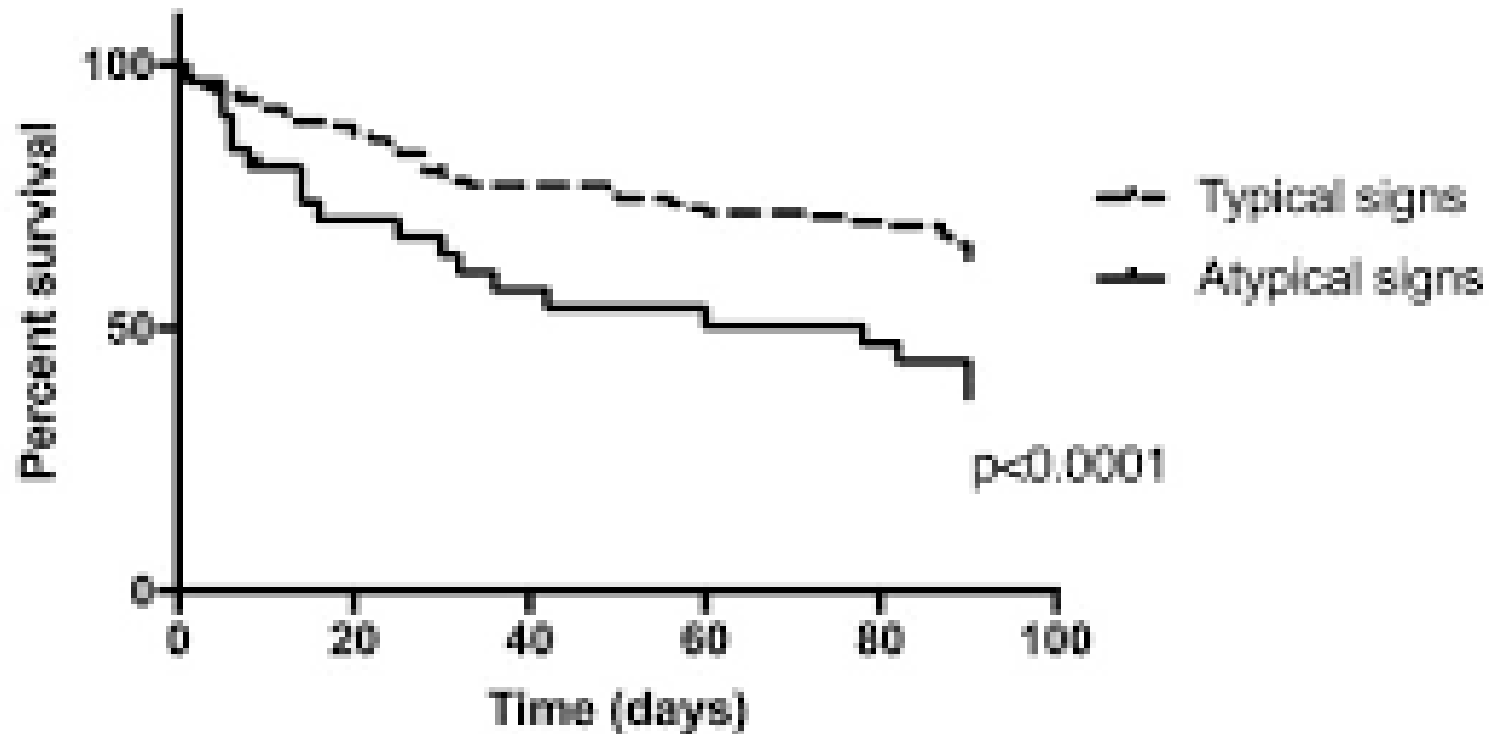


Signes atypiques associés à une surmortalité

Atypie = facteur de risque de mortalité des bactériémies



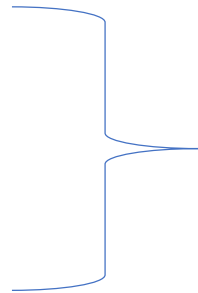
151 bactériémies, âge moyen 85 ans



20% atypiques
(pas de fièvre; pas de
frissons)

Les grands syndromes gériatriques

Chutes (répétées)
Déclin fonctionnel
Escarres
Confusion



Inouye S. JAGS 2007

Trouble du comportement
Incontinence
Vertiges
Dénutrition
Maltraitance?
Fragilité?
...?

Facteurs de risque et causaux multiples
Approche par pathologie inefficace

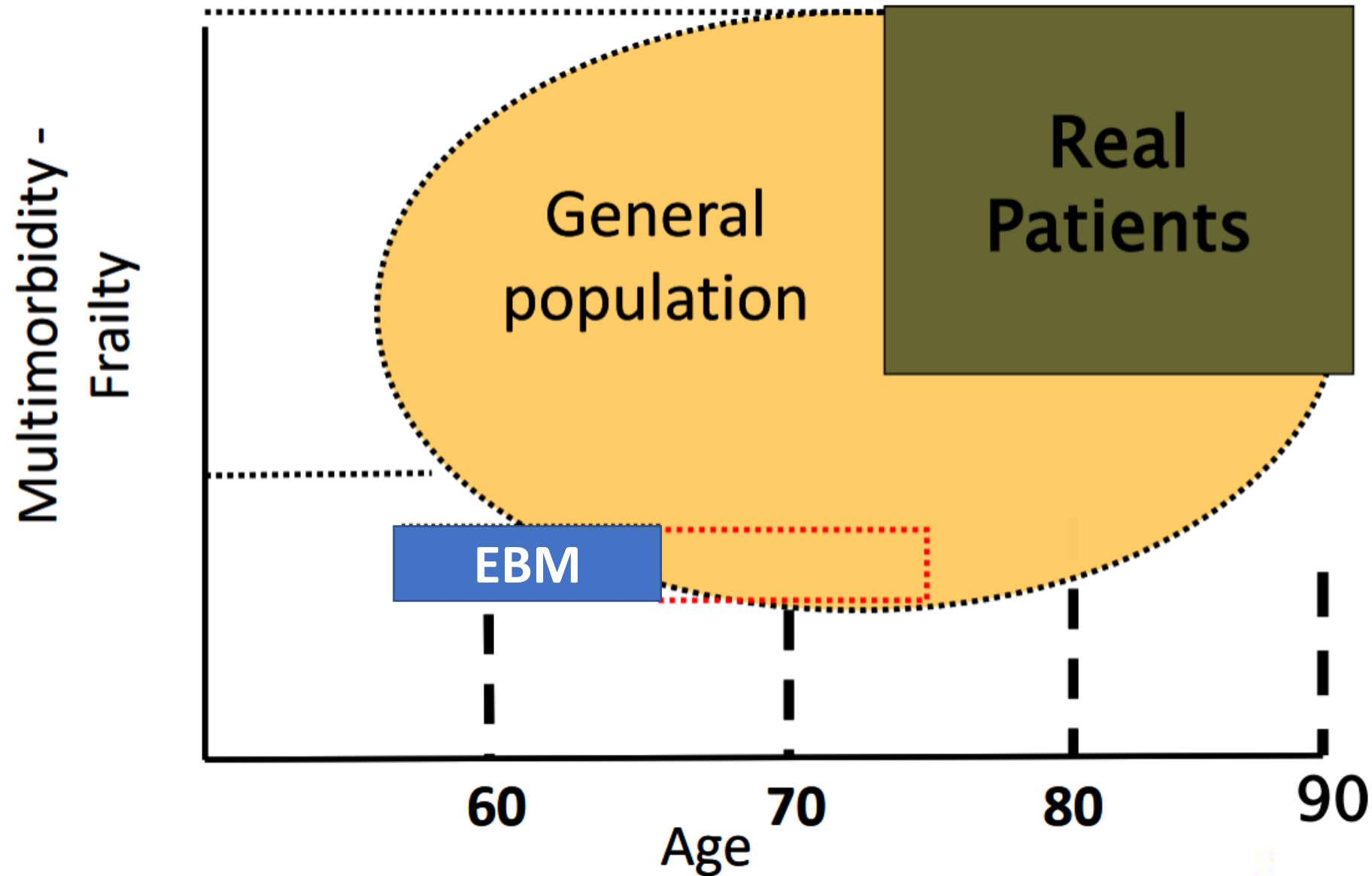


Complexité de prise en charge

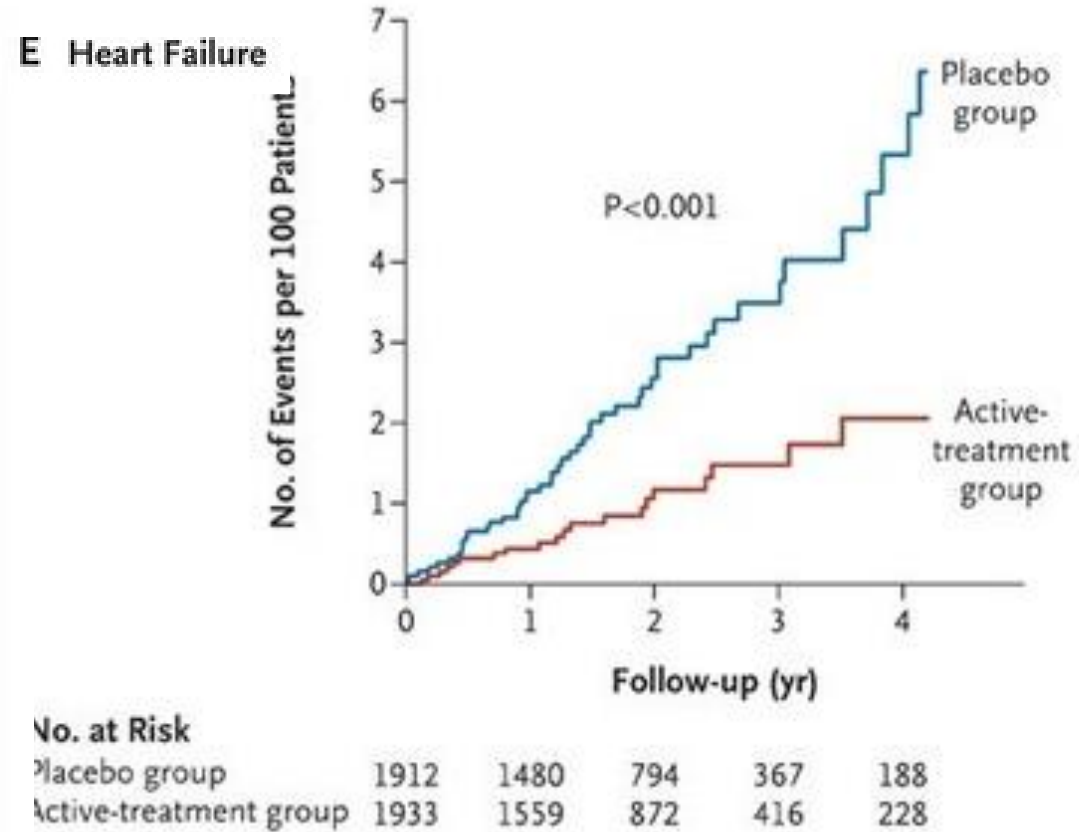
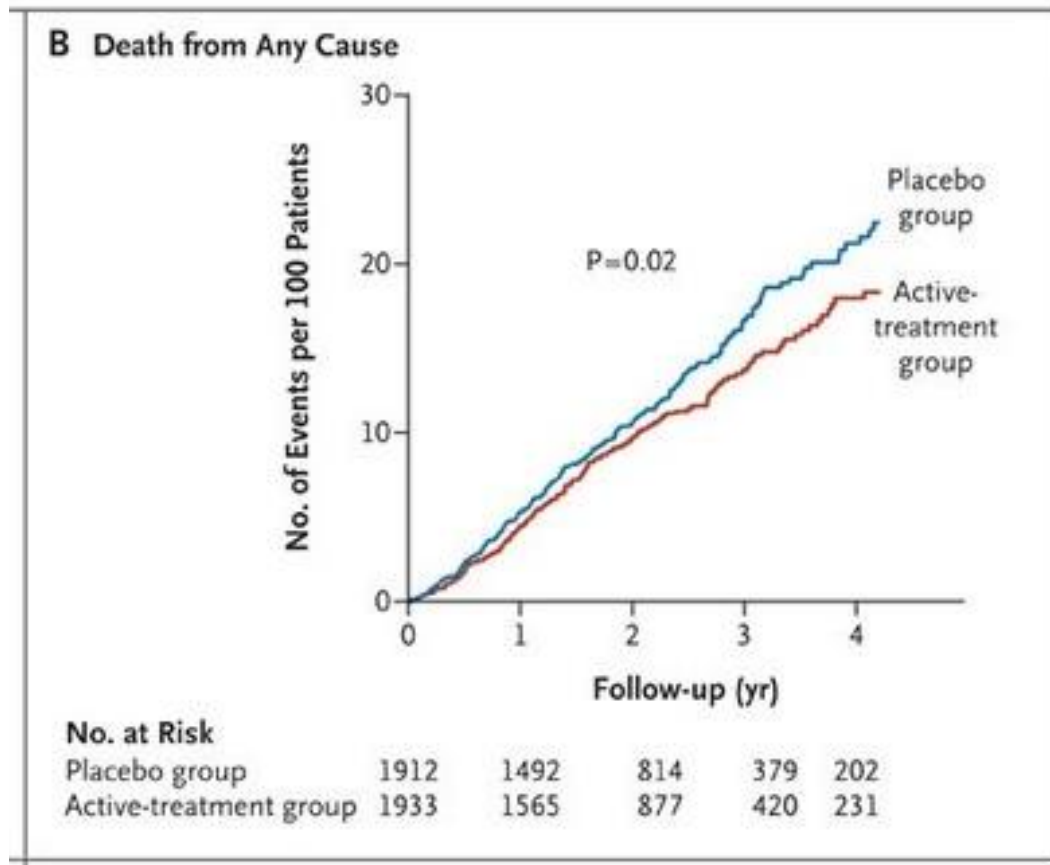
EBM

EGA

Evidence B(i)ased Medicine



Exemple de l'HTA chez les plus de 80 ans (étude HYVET)

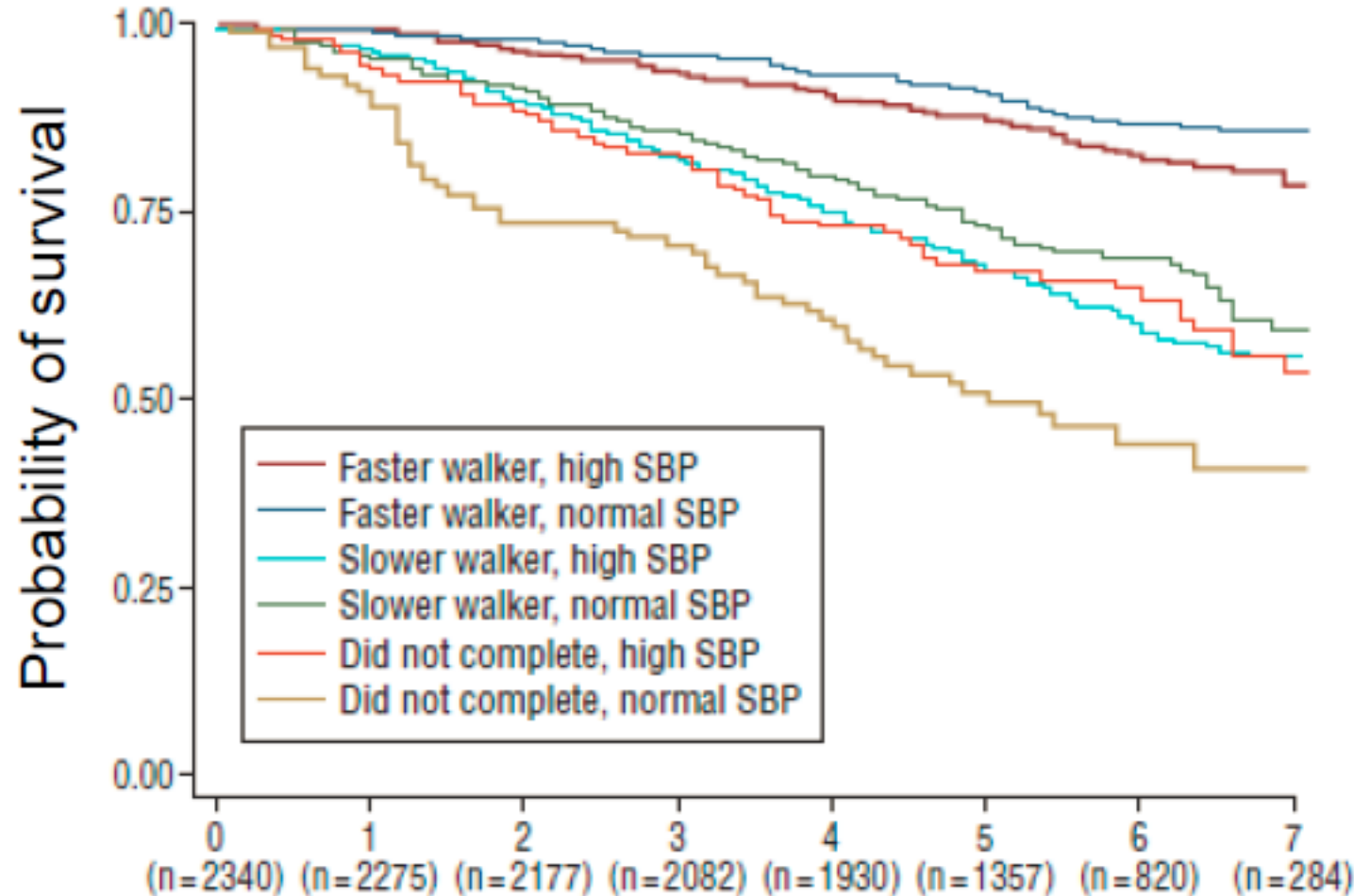


Exemple de l'HTA chez les plus de 80 ans (étude HYVET)

HYVET TRIAL extension (≥ 80 yrs): “These results support the treatment of very elderly people with blood pressures over 160 mmHg **who do not have cognitive impairment and are not considered to be frail**. Further research is needed before clearer recommendations can be proposed for **other people**.”

Beckett et al. NEJM 2012

L'association entre HTA et survie est plus complexe qu'il n'y paraît!



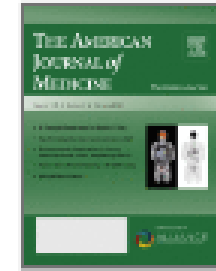
Rôle de la vitesse de marche

The end of the disease era – Tinetti AJM 2004



The American Journal of Medicine

Volume 116, Issue 3, 1 February 2004, Pages 179-185



Special article

The end of the disease era

Mary E Tinetti MD ^{a, b}  , Terri Fried MD ^{a, c}

Show more 

+ Add to Mendeley  Share  Cite

The end of the disease era – Tinetti AJM 2004

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

Disease-Oriented Model	Integrated, Individually Tailored Model
Clinical decision making is focused primarily on the diagnosis, prevention, and treatment of individual diseases. Discrete pathology is believed to cause disease; psychological, social, cultural, environmental and other factors are secondary factors, not primary determinants of disease. Treatment is targeted at the pathophysiologic mechanisms thought to cause the disease(s). Symptoms and impairments are best addressed by diagnosing and treating “causative” disease(s). Relevant clinical outcomes are determined by the disease(s). Survival is the usual primary focus of disease prevention and treatment.	Clinical decision making is focused primarily on the priorities and preferences of individual patients. Health conditions are believed to result from the complex interplay of genetic, environmental, psychological, social, and other factors. Treatment is targeted at the modifiable factors contributing to the health conditions impeding the patient’s health goals. Symptoms and impairments are the primary foci of treatment even if they cannot be ascribed to a discrete disease. Relevant clinical outcomes are determined by individual patient preference. Survival is one of several competing goals.



February 1, 2004 THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE®

Enjeu = répondre aux besoins des patients âgés

what
can
we do ?

L'évaluation gériatrique approfondie (EGA)



À la fois un **principe fondateur de la discipline** et un **objectif à atteindre**

Warren MW. Care of the Chronic Sick. Lancet 1946

C'est l'outil du gériatre et notre cœur de métier!

= Une approche globale intégrée et sur mesure pour les personnes âgées !



EVALUATION

- Cognition
- Thymie
- Comorbidités
- Médicaments
- Nutrition et hydratation
- Capacités fonctionnelles/ risque de chutes
- Continence
- Douleur
- État cutané
- Audition/vision
- Directives anticipées

« a multidimensional, multidisciplinary process which identifies medical, social and functional needs, and the development of an integrated/co-ordinated care plan to meet those needs »

Parker S et al. umbrella review Age Ageing 2018



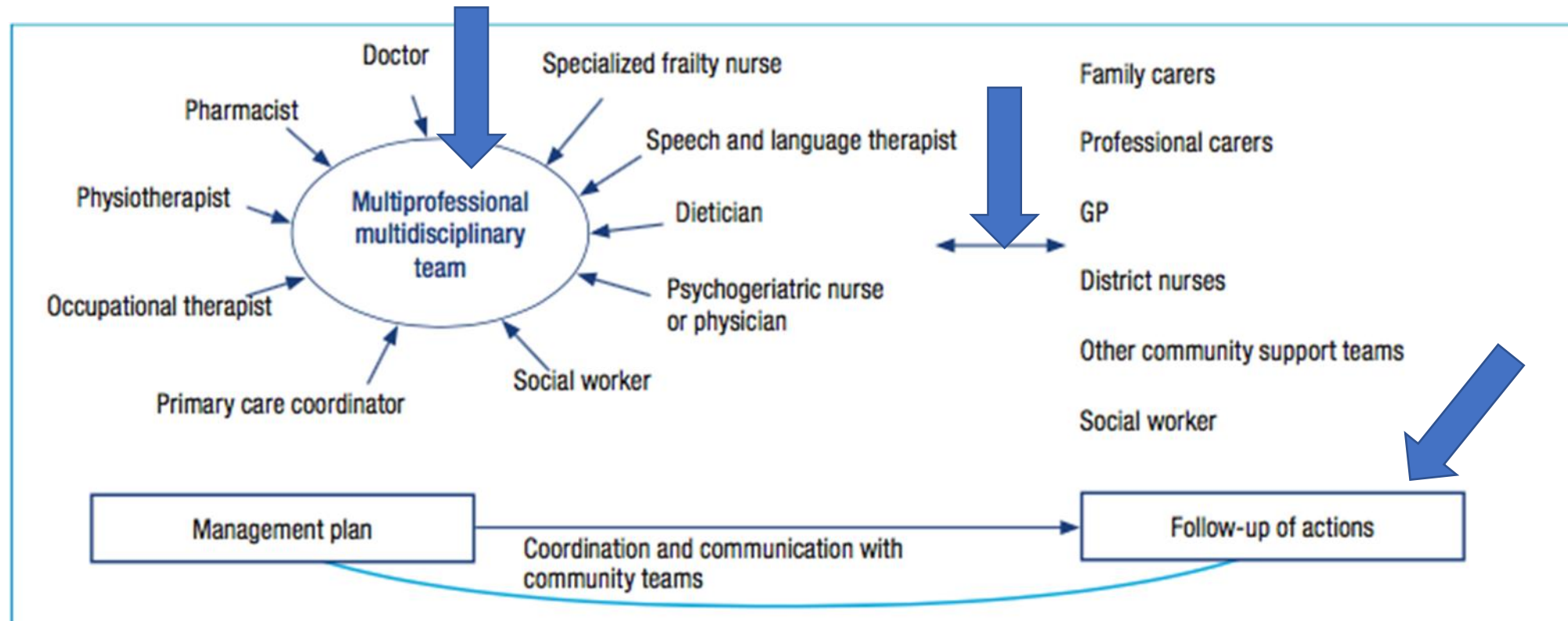
PLAN D'ACTION



SUIVI DES
RECOMMANDATIONS

= prise en charge **multiprofessionnelle** et **multidomaine**

Enjeux d'implémentation





MERCI!

Questions: thomas.gilbert@chu-lyon.fr