

Université Paris Descartes

**Laboratoire d'éthique médicale et  
médecine légale**

**Année universitaire 2010-2011**

**Directeur : Professeur Ch. Hervé**

**[POUR UNE PRISE EN CHARGE  
GLOBALE DES PATIENTS DE 50 A 75  
ANS, ENJEUX ET PROBLEMATIQUES  
ETHIQUES]**

Présenté et soutenu par Benoit TUDREJ,

Le 27-28 juin 2011

Directeur de mémoire : Pr. Ch. Hervé

# Remerciements

---

A Monsieur le Professeur Christian Hervé pour sa constante disponibilité, sa confiance et sa façon de nous pousser à l'épanouissement.

A Monsieur le Docteur Grégoire Moutel et Monsieur Jean-Christophe Coffin pour leurs enseignements et leur bienveillance.

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin et son équipe qui m'ont gentiment facilité la réalisation de ce travail.

Aux Docteurs Desforges, Cervi et Arnaud pour leur disponibilité.

A mes parents et mon frère qui n'ont cessé de m'encourager, depuis le premier jour et jusqu'à la dernière minute.

A Michaela qui m'a constamment soutenue et a supportée la lumière de mon bureau pendant ses rares heures de sommeil.

A mes co-internes Pierre et Florian qui ont assuré seuls le travail dans le service pour que je puisse me libérer.

A mes compères étudiants du master 2, pour leur bonne humeur et aide à l'accès aux cours.

Aux patients rencontrés, qui m'apprennent mon métier et nourrissent mes réflexions.

*Mais d'abord il en est de la vieillesse comme de la mort,  
quelques-uns les affrontent avec indifférence,  
non pas parce qu'ils ont plus de courage que les autres,  
mais parce qu'ils ont moins d'imagination.*

M. Proust, Le temps retrouvé

*Além, na tapada das Quatorze Cruzes,  
Que triste velhinha que vai a passar!  
Não leva candeia; hoje, o céu não tem luzes...  
Cautela, velhinha, não vás tropeçar!*

Antonio Nobre, Certa Velhinha

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	8
1. <b>Article du Lancet – Point de départ de l'étude</b>	8
2. <b>Caractéristiques d'une population</b> .....	9
a. Âge et espérance de vie .....	9
b. Espérance de vie sans incapacités .....	10
c. Définition de catégories.....	10
d. Inégalités fortes.....	11
e. Morbidité .....	12
3. <b>Le vieillissement</b> .....	13
a. Le vieillissement .....	13
b. Le nid des maladies chroniques.....	15
c. La perception du vieillissement.....	16
d. « Du vieillissement pathologique au vieillissement « réussi » »	17
e. Importance de la prévention.....	18
4. <b>Les plans d'action pour un vieillissement réussi</b>	19
a. <i>Bien Vieillir 2007-2009</i> .....	19
b. Healthy Aging .....	20
c. La loi du 9 Août 2004.....	20
5. <b>Objectifs de l'étude</b> .....	21
<b>Matériels &amp; Méthodes</b> .....	24
1. <b>Population</b> .....	24
a. Lieux et dates .....	24

b.	Critères d'inclusion .....	24
c.	Mode de recrutement .....	26
d.	La population des 50-75 ans .....	26
e.	Les entretiens semi-directifs.....	26
2.	<b>Analyse des résultats</b> .....	27
	<b>Résultats</b> .....	28
	<b>Caractéristiques des services</b> .....	28
I.	Caractéristique du service et des patients .....	28
II.	Fonctionnement global du service .....	29
	<b>Analyse des profils médecins – Idées forces</b> .....	30
	<b>Résultats – question par question</b> .....	35
III.	Lien avec Médecins Généralistes .....	35
IV.	Prévention des co-morbidités .....	39
V.	Population de 50 à 75 ans .....	39
VI.	Prise en charge globale des patients .....	44
VII.	Plan Bien Vieillir .....	45
VIII.	Loi de santé publique du 9 août 2004 .....	46
	<b>Discussion</b> .....	47
	Que manque-t-il aux gériatres pour anticiper ? .....	47
	Un travail de veille .....	47
	Une prévention inégale et sélective.....	47
	Précocité des diagnostics .....	48
	Utilisation d'outils d'aide à la prise en charge .....	48
	Les visites à domicile, un atout .....	49
	Un effet générationnel .....	50

Une grande diversité parmi les généralistes .....	51
Influence des préjugés.....	52
Le temps comme facteur limitant.....	53
Temps de consultation et inégalités sociales.....	54
Une consultation, plusieurs motifs, différentes pratiques	55
Le bonheur outre Manche ?.....	55
Des lacunes dans la permanence des soins .....	55
Qualité de prévention et ruralité .....	56
Un forfait de consultation pour une prise en charge globale ?	56
Une cohérence pluridisciplinaire par les réseaux ....	57
Vieillesse et précarisation .....	57
Du bon usage des déterminants de santé .....	58
La santé publique clinique .....	59
La place des proches ? .....	60
L'illusion du vieillir jeune.....	61
Du médico-social pour une prise en charge globale	62
La santé : jouir de capacités.....	64
La notion de soin.....	65
Maîtriser sa santé, un fantasme .....	65
La médecine dicte-t-elle la norme sociale ? .....	66
Prévention ou méliorisme ? La question du seuil ....	66
Santé-je, santé-tu, santé-il, santé-nous, une alternative	67
Le patient au centre, une exigence éthique .....	67
Dépendance ou handicap ?.....	68
« Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde » A. Camus	68

La perception de la qualité du vieillissement au cours des âges	69
L'identité narrative au secours de la personne .....	69
<b>Conclusion</b> .....	71
<b>Résumé</b> .....	73
<b>Bibliographie</b> .....	74
<b>Annexes</b> .....	79
Annexe 1 – Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 50 ans dans 25 pays européens .....	79
Annexe 2 - Taux de Mortalité évitable en Europe selon les pays	79
Annexe 3 – Répartition géographique des personnes âgées en France	80
Annexe 4 – Caractéristiques des différents score de co-morbidités	82
Annexe 5– Charlson Index .....	84
Annexe 6 – Vieillesse et capacités fonctionnelles	85
Annexe 7 – Répartition de la population dans l'UE des 25, par groupe d'âge (1950-2050)	86
Annexe 8 – Mortalité évitable .....	87
Annexe 9 – Résumé du plan Bien Vieillir .....	88
Annexe 10 – Résumé plan Healthy Aging .....	92
Annexe 11 – Fil directeur des entretiens semi-directifs	106
Annexe 12 – Evaluation Gériatrique standardisé – Exemple du CH Camille Guérin Châtellerault .....	110

# Introduction

---

## 1. Article du Lancet – Point de départ de l'étude

L'étude de Carol Jagger parue dans The Lancet – intitulée *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis* s'est intéressée à l'étude des espérances de vie et des espérances de vie sans incapacités dans 25 pays européens<sup>1</sup>. Page | 8

En effet, il importe de savoir si l'allongement de l'espérance de vie implique des années de vie supplémentaires en bonne santé, car cela a des répercussions majeures sur les systèmes de santé et de soins de longue durée en Europe<sup>2</sup>.

L'étude conclut qu'en termes d'espérance de vie, la France est première en Europe. Le système de santé français est souvent décrit comme le meilleur au monde. Ainsi un rapport de l'ONU en 2000 attribuait au Système Français la place au premier rang en termes de Performance globale<sup>3</sup>.

Cependant, assez étonnamment, l'étude de Jagger conclut qu'alors que l'espérance de vie en France est la meilleure en Europe, il n'en va pas de même pour l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans. En effet, nous voilà rétrogradé à la 10<sup>ème</sup> place<sup>1</sup> (cf. [Annexe 1](#)).

Ceci est d'autant plus étonnant qu'un rapport de l'OCDE montre que la France est le pays où la mortalité évitable (définie comme les décès survenus pour des pathologies prises en charges médicalement à temps) est la plus faible d'Europe<sup>4</sup> (cf. [Annexe 2](#)).

---

<sup>1</sup> Jagger C - Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005 a cross national meta-regression analysis - Lancet vol 372 december 2008

<sup>2</sup> OECD - Health at a glance europe 2010 - résumé français

<sup>3</sup> WHO world health report 2000 - Annex Table 1 - Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures, estimates for 1997, p.153

<sup>4</sup> OECD - Joumard I. – Health Care systems efficiency and institutions – Economics department working papers N° 769 - Health care outcome data: amenable mortality and health care quality – p.16

Pour expliquer ces résultats, les auteurs avancent comme argument le taux d'actifs. En effet, il existe une relation négative entre l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans et l'inactivité professionnelle.

De plus, ils mettent en évidence l'importance de l'éducation dans le prolongement de l'espérance de vie.

Nous allons donc étudier dans ce présent mémoire en quoi notre système de santé, décrit comme le meilleur au monde, se retrouve face à cette contradiction. Quels sont les moyens mis en place pour améliorer l'espérance de vie sans incapacités ? Quels en sont les limites ? Vers quelles solutions devons nous nous tourner ? Et en quoi cela pose-t-il des problèmes éthiques ?

## **2. Caractéristiques d'une population**

### **a. Âge et espérance de vie**

*L'espérance de vie à la naissance était de 64 ans pour les hommes (69 ans pour les femmes) en 1945, elle est, pour une fille née en 2009, de 84,5 ans (contre 77,8 ans pour un garçon). L'espérance de vie pour les personnes de 60 ans est de 22 ans pour les hommes et de 27 ans pour les femmes<sup>5</sup>.*

L'allongement de l'espérance de vie est une réalité qui est en train de modifier profondément notre rapport à l'existence. *Cette bonne nouvelle décline ses effets dans plusieurs dimensions : elle signifie un changement du rapport de chacun à son propre parcours de vie, elle induit une transformation des relations entre les générations, elle impose une adaptation de nos mécanismes de solidarité<sup>5</sup>.*

Ainsi, la retraite est une étape de la vie qu'il faut à présent penser, préparer et construire. *Les plus de 75 ans représentaient 3,8% de la population française en 1950, contre 8,8% en 2010 et probablement 10,5% en 2025<sup>5</sup>.*

---

<sup>5</sup> PADIS Marc-Olivier, L'âge et les nouveaux parcours de vie, Esprit, Juillet 2010

## b. Espérance de vie sans incapacités

Bien qu'à l'échelle Européenne, notre espérance de vie sans incapacités n'est pas en parfaite cohérence avec notre espérance de vie simple à la naissance, il existe en France une progression depuis des années. Ainsi, *en 2003, l'espérance de vie (à 65 ans) sans incapacité représente 79% de l'espérance de vie totale pour les femmes et de 75% pour les hommes*<sup>5</sup>. Il est à noter que l'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie simple.

## c. Définition de catégories

Avec cet allongement de la durée de la vie et surtout l'amélioration de la santé du grand âge, il a fallu redéfinir des catégories représentant des réalités différentes.

*En 1974, lors d'une conférence donnée à l'Académie américaine des sciences politiques et sociales, Bernice Neugarten proposait de distinguer des personnes de la tranche d'âge 65-74 ans qu'elle baptisait young old, personnes âgées sans doute mais pas vieilles, les old old, les « vieux vraiment vieux ». Elle estimait que l'âge de 75 ans marquait alors, du point de vue démographique et épidémiologique, la véritable porte d'entrée dans la vieillesse*<sup>6</sup>.

Plus tard en 1984, une nouvelle définition est donnée par le National Institute of Aging aux Etats-Unis : *les young old (65-74 ans), les old old (75-84 ans) ou les vieux en passe de le devenir, et les oldest old (85 ans et plus, appelés parfois very old), les vieillards proprement dit*<sup>6</sup>.

A la différence de cette définition trinaire américaine, en Europe, depuis Peter Laslett (dans *A fresh map of life, the emergence of the third age* ; *L'émergence du 3e âge : une nouvelle carte de la vie*) nous réfléchissons sur un modèle binaire. Le 3<sup>ème</sup> âge est vécu comme un *véritable cadeau de vie offert par les sociétés industrielles avancées de la fin du XXe siècle ; la vieillesse, quant à elle, serait simplement repoussée plus loin, plus tard dans la vie*<sup>6</sup>. La frontière avec le 4<sup>ème</sup> âge est alors tracée à 80 ans et est alors marquée par la sénescence.

---

<sup>6</sup> LALIVE D'EPINAY Ch., SPINI D., Le grand âge : un domaine de recherche récent, *Gérontologie et société* – n°123 – décembre 2007

#### d. Inégalités fortes

Les inégalités sociales sont connues pour être des facteurs déterminants des inégalités de santé. Il a par exemple été observé qu'à « 86 ans, dans les conditions de mortalité des années 2000-2002, les femmes ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat vivraient encore 7,1 ans en moyenne, contre 6,1 ans pour les femmes sans diplôme. Au total, pour les deux sexes confondus, les plus diplômés peuvent donc espérer à 86 ans vivre encore 20 % plus longtemps que les non-diplômés»<sup>7</sup>.

Cependant, « Le travail, au travers des expositions professionnelles, peut contribuer aux inégalités sociales de santé. Il en va de même pour le non travail. Au cours d'une vie, les deux situations peuvent se cumuler. Les expositions professionnelles entraînent des problèmes de santé, lesquels ont pour conséquences perte d'emploi, travail précaire, etc... qui ont des conséquences négatives sur la santé »<sup>8</sup>.

On reconnaît également l'importance de l'inégalité des sexes. En effet, la mortalité des femmes est plus faible que celle des hommes. En effet, à partir de 55 ans, le nombre de femmes pour 100 hommes en France en 1999 passe de 100 à 350 à l'âge de 90 ans et plus<sup>9</sup>. Il est donc à noter que la population âgée est majoritairement féminine.

Cette population a également une autre particularité : celle de parfois être en position de l'aidant d'un conjoint atteint de certains types de pathologies. Or il a été observé une surmortalité des aidants familiaux principaux vivant sous le même toit de l'ordre de 63%. Les causes expliquées sont une baisse de l'immunité vaccinale, un allongement du temps de cicatrisation, un taux de 50% de dépressions avérées et une augmentation du cancer du sein chez les épouses et les filles vivant avec le malade<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Robert Bobée et Cadot – Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale – INSEE Première – N°1122 – février 2007

<sup>8</sup> LECLERC Annette, Les déterminants sociaux de la santé, DGS / IReSP--11/01/2010 – [Actes du colloque Réduire les inégalités de santé](#) – Ministère de la santé et des sports

<sup>9</sup> ANKRI J. Epidémiologie générale – Vieillesse démographique et état de santé de la population âgée

<sup>10</sup> OLLIVET Catherine, Les enjeux Alzheimer et maladies apparentées, Capacité de Gérontologie d'Ile de France – année 2008-2009

Il est aussi à noter l'importance d'une inégalité géographique forte autour de cette population<sup>9</sup> (cf. Annexe 3). En effet, les régions plus rurales comptent une part de population âgée de plus de 55 ans largement supérieure à la moyenne nationale (33,1 % pour les communes rurales isolées, 30,6 % pour les pôles ruraux, contre 25,4 % pour la moyenne nationale). Cela s'explique par une élévation de l'espérance de vie, le mouvement de la pyramide des âges vers le haut, une migration d'urbains venant investir les campagnes et de la migration des jeunes populations vers les villes à la recherche d'emplois<sup>11</sup>.

Enfin, il existe aussi une inégalité de prise en charge par les médecins selon les préjugés. En effet, les médecins mentiraient plus aux personnes issues de milieux populaires. De plus, les femmes seraient « sur-prescrites » en psychotropes ; les médecins ayant tendance à interpréter la cause de leur mal-être comme endogène et plus exogène pour les hommes (difficultés professionnelles notamment)<sup>12</sup>.

#### e. Morbidité

Un des éléments essentiels à prendre en compte pour comprendre l'espérance de vie sans incapacités est la morbidité. En effet, il s'agit de comprendre les facteurs de risques et les pathologies qui diminuent l'espérance de vie sans incapacité.

Le vieillissement en tant que tel est un facteur de co-morbidité. Mais le vieillissement physiologique n'est pas le seul. Chez les personnes âgées s'accumulent toutes les pathologies chroniques et les séquelles de pathologies aiguës.

Plusieurs modèles théoriques tentent d'expliquer ce phénomène<sup>13</sup>. On décrit :

---

<sup>11</sup> Sabau C. Les personnes âgées dans les territoires ruraux : une double opportunité pour la création d'activités et d'emplois de service – *Gérontologie et Société* – n° 135 – décembre 2010 – p.241 et 242

<sup>12</sup> BERGERON Henri, Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques, *Colloque Les Droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard*, 1<sup>er</sup> mars 2007

<sup>13</sup> Sermet C. – La consommation médicale des personnes âgées – *Capacité de Gérontologie Franciliennes, Gérontologie Sociale* - 2010

**La compression de la morbidité (Fries 1980) :** L'âge moyen d'apparition des maladies est retardé, alors que l'espérance de vie est constante ; la morbidité est donc compressée dans une courte période de temps.

**L'augmentation de la morbidité (Gruenberg et Kramer 1980) :** la date d'apparition des maladies est identique, la durée de survie avec maladie augmente. En repoussant le moment du décès, on fait de plus apparaître des états plus sévères.

**L'équilibre dynamique (Manton 1992) :** Ralentissement de développement des maladies chroniques. La prévalence des maladies augmente, mais les affections sont en moyenne moins sévères

Il existe de nombreux indices de mesure de co-morbidité<sup>14</sup>. Par exemple, très fréquemment utilisé, le *Charlson Index* permet par le calcul de cette morbidité de définir un risque de mortalité ; le CIRS relève des indices de différents systèmes corporels sans utiliser de diagnostic ; l'ICED mesure la gravité des pathologies et l'incapacité (cf. [Annexe 4](#)). Certains sont annexés à l'âge des patients étudiés, comme le Charlson Index par exemple<sup>15</sup> (cf. [Annexe 5](#)). Cela montre en quoi le vieillissement physiologique est un élément de co-morbidité en soi.

### 3. Le vieillissement

#### a. Le vieillissement

*Le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Les processus de la sénescence*

---

<sup>14</sup> De Groot – How to measure comorbidity : a critical review of available methods. – Journal of Clinical Epidemiology 56, 2003, pages 221-229

<sup>15</sup> De Decker L. – L'indice de co-morbidité de Charlson – Annales de Gérontologie – Vol.2, N°3, septembre 2009

*sont encore largement mal connus et nécessitent un effort de recherche en biologie du vieillissement*<sup>16</sup> (cf. Annexe 6).

Le vieillissement est donc un fait recouvrant deux réalités distinctes, le vieillissement démographique et le vieillissement physiologique.

**Le vieillissement démographique** correspond à l'augmentation de la population âgée (>60 ou 65 ans) au cours du temps par rapport à la population totale.

Ce vieillissement démographique est expliqué par une diminution progressive de la mortalité infantile depuis le XVIIIème siècle, et une phase de déclin de la mortalité depuis les années 60. De plus, on observe une diminution du niveau de fécondité, bien que la France possède le plus grand taux de fécondité en Europe.

Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique considérable, au vu de la majoration croissante de cette tranche de la population<sup>17</sup> (cf. Annexe 7).

En effet, on remarque en parallèle une augmentation majeure de la prévalence avec l'âge des maladies chroniques, des incapacités fonctionnelles et des états démentiels. De ce fait, nous sommes face à une augmentation majeure du recours aux services sanitaires et sociaux. Ce qui en terme de coûts devient considérable.

**Le vieillissement biologique** correspond à l'augmentation du nombre de co-morbidités liés à l'âge.

Cependant, la notion de co-morbidité est complexe. Le diagnostic est difficile et il existe tant de facteurs de morbidité qui entrent en jeu, qu'il est difficile de tous les répertorier. D'autre part, cela fait introduire les notions de morbidités sociales, culturelles, environnementales,... qui sont parfois difficile à mettre en évidence et aussi à quantifier en terme d'impact.

---

<sup>16</sup> Plan National Bien Vieillir 2007-2008 – Présentation par le ministère

<sup>17</sup> Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe (Version courte du rapport « Healthy Ageing »). Östersund : Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007

De plus, l'impact est à relativiser par essence car, un même facteur peut à la fois être un élément protecteur et à la fois représenter un caractère morbide. Or la morbidité n'est pas un état mais une situation en mouvement. Toutefois, on peut mettre en évidence des comportements morbides. Le rôle du médecin est alors de pondérer parmi ces facteurs morbides ceux sur lesquels il est le plus pertinent d'agir en tenant compte de la singularité de son patient. Nous sommes là au centre d'une prise en charge globale.

On ne possède que peu de données sur la morbidité diagnostiquée. Les données utilisables à ce jour sont celles des morbidités déclarées que l'on retrouve sur les enquêtes de l'INSEE.

Les groupes de pathologies retrouvées dans le vieillissement biologique appréciés comme co-morbidités sont (par prévalence décroissante)<sup>9</sup> :

- Les maladies cardiovasculaires
- Les maladies ophtalmologiques
- Les maladies de la bouche et des dents
- Les maladies ostéo-articulaires
- Les maladies endocriniennes
- Les maladies de l'appareil digestif
- Les troubles mentaux et du sommeil

#### **b. Le nid des maladies chroniques**

Les pathologies chroniques sont un élément majeur de morbidité chez les personnes âgées. Pour maximiser l'efficacité de prise en charge de ces pathologies et diminuer les inégalités sociales face à des maladies pouvant présenter des coûts importants, il existe en France la reconnaissance des Affections de Longue Durée ALD.

Cette liste est limitative. Toutefois, il peut se rajouter des états poly-pathologiques pris en charge. Un accord préalable est alors nécessaire entre le médecin traitant du patient et le médecin de l'assurance maladie.

*La notion de « maladie chronique » a suivi une évolution importante, jusqu'à avoir fait repenser, aujourd'hui, le concept de « soin » : d'un traitement « curatif » (en anglais, to cure = guérir) où le patient est passif, l'on est passé à une prise en charge globale proposant un accompagnement personnel où le patient est considéré dans toute sa subjectivité, avec un*

*traitement qui limite les manifestations de la maladie et un traitement de prévention secondaire (ou tertiaire). Le patient devient donc actif et décisionnaire, puisqu'il est alors le gestionnaire de son « capital santé »<sup>18</sup>.*

La prise en charge globale des patients nécessite donc un bon suivi de ces pathologies chroniques et l'appropriation de la gestion de la maladie par les patients. Il faut donc dans cette population être capable de réaliser le *Cure* (guérir) et le *Care* (prendre soins).

### c. La perception du vieillissement

*Pour la plupart des personnes, le vieillissement est associé à une diminution des moyens et des capacités physiques, cognitives et sociales. Ceci peut affecter leurs possibilités d'agir, d'acquiescer et de traiter les informations, de définir et de préciser leurs aspirations. Le facteur crucial est de réaliser un équilibre entre la capacité de l'individu et ses aspirations ; ceci fournit un point de départ pour le développement ultérieur du concept de la santé dans le vieillissement.<sup>17</sup>*

Par ailleurs, dans la mesure où les études montrent que les femmes sont plus souvent sujettes à des symptômes généraux comme la douleur, l'arthrite, l'arthrose, des troubles visuels ou l'ostéoporose, les femmes finissent par avoir une moins bonne perception de leur santé que les hommes<sup>19</sup>.

La part de la culture dans la perception du vieillissement est également essentielle. En effet, la culture est un déterminant transversal essentiel dans la perception du vieillissement. De fait, par son implication dans l'ensemble des déterminants de la santé, elle joue un rôle crucial.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> PICCOLI M. - Au-delà d'une définition, quels discours sur la maladie chronique en France en 2010 - Mémoire M1 - LEM - 2010 - p. 40

<sup>19</sup> Healthy Ageing - A Challenge for Europe - Östersund Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007-p 21

<sup>20</sup> WHO - active ageing a policy framework - April 2002 - p. 20

#### d. « Du vieillissement pathologique au vieillissement « réussi » »

La vieillesse est-elle *a priori* pathologique ? Il faut tout d'abord bien dissocier ce qui relève des maladies associées à l'âge (vieillissement dit *pathologique*) et de ce qui relève du vieillissement en soi (la sénescence) que l'on qualifie de normal. C'est de ce constat que part le calcul de l'espérance de vie sans incapacité contre le calcul de l'espérance de vie simple.

C'est en 1987 que John Rowe et Robert Kahn<sup>21</sup> *font éclater la catégorie de vieillissement normal pour y distinguer la forme dite réussie de la forme usuelle*. Ils partent du principe qu'une grande part de ce que l'on considère comme vieillissement normal est le produit des modes de vie et des comportements individuels<sup>6</sup>.

Dans cette perspective, on commence à apercevoir l'élaboration d'une politique médico-sociale du *vieillir en santé*<sup>6</sup>.

Il s'agit alors non seulement *de repousser la sénescence, mais aussi de réduire autant que faire se peut le temps de vie en incapacité pre-mortem*<sup>6</sup>.

On distingue donc trois types possibles de vieillissement<sup>16</sup> :

- le processus "réussi", sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie ;
- le processus "normal" sans pathologie mais avec des risques d'en développer ;
- le processus "pathologique" marqué par de nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées très tôt.

On peut ajouter :

- le concept de "vieillissement actif", qui pour l'OMS (2002), est défini comme « *le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie* »

Le projet Européen *Healthy Aging* définit la notion de vieillissement en bonne santé comme : *le processus qui vise à optimiser les chances d'une bonne santé physique, sociale et mentale et*

---

<sup>21</sup> J.W. Rowe, & R.L. Kahn, « Human aging usual and successful », *Science*, 237, 4811, 1987, pp. 143-149

*de permettre à des personnes âgées de prendre une part active dans la société, sans être victimes de discrimination et de jouir d'une vie indépendante et de bonne qualité<sup>17</sup>.*

#### e. Importance de la prévention

La prévention a clairement un rôle primordial pour la prise en charge de cette population dans le cadre du vieillissement réussi.

Lorsque l'on regarde les chiffres de la mortalité évitable, la France obtient un très bon score. Elle est première selon le rapport de l'OCDE de 2010<sup>4</sup> (cf. [Annexe 8](#)).

Cependant, lorsque l'on regarde les chiffres de la mortalité « prématurée », définie comme le risque de décès avant 65 ans, *la France n'occupe plus une situation si satisfaisante. Au contraire, pour les hommes, les risques de décès avant 65 ans sont parmi les plus élevés.*<sup>22</sup>

Le rapport insiste sur le fait que le risque est 2,5 fois plus élevé pour les hommes que les femmes. Dans l'ordre des étiologies les plus fréquentes on retrouve en premier lieu la pathologie tumorale *plus d'un tiers chez les hommes et presque la moitié chez les femmes.* Puis viennent les morts violents, soit environ un cinquième des décès.

C'est dans ce cadre que la prévention obtient un sens fort. C'est pourquoi dans cet esprit ont été développés des plans et programmes pour améliorer la prévention et ceci dans tous les domaines de morbidité touchant les personnes de plus de 50 ans.

*La prévention des maladies liées à l'âge et la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques reposent sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses. Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par des actions de prévention et d'éducation à la santé afin d'améliorer l'espérance vie sans incapacités<sup>16</sup>.*

---

<sup>22</sup> La Santé en France 2002 – Haut Comité de Santé Publique – Janvier 2002

#### 4. Les plans d'action pour un vieillissement réussi

Dans cette optique, plusieurs plans ont été développés pour proposer des réponses pour passer du vieillissement normal ou vieillissement réussi. On notera notamment au plan national le plan *Bien Vieillir 2007-2009* et à l'échelle Européenne, le plan *Healthy Aging*.

##### a. *Bien Vieillir 2007-2009*

Il vise à inciter les seniors à adapter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé<sup>16, 23</sup>(cf. Annexe 9).

Il a pour objectifs de promouvoir :

- Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation
- Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition).
- L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne : logement, aides techniques, aménagement de la cité.
- Le rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale (bénévolat, tutorat, créations d'associations ou d'entreprises), en valorisant leurs réalisations (œuvres artistiques, transmission de savoir-faire, de patrimoine ou de mémoire...) et en consolidant les liens entre générations et la solidarité intergénérationnelle en les enracinant dans le contexte local et l'animation des territoires.

---

<sup>23</sup> [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=719](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=719)

## *b. Healthy Aging*

*Cofinancé par la Commission européenne, le projet « Healthy Ageing » vise à promouvoir un vieillissement en bonne santé, pour les personnes âgées de 50 ans et plus<sup>17</sup>.*

Les objectifs principaux étaient:

- d'examiner et d'analyser les données existantes sur la santé et le vieillissement ;
- de faire des recommandations pour les décisions politiques aux niveaux de l'Union européenne et des États membres ;
- de partager les découvertes et de faciliter leur mise en œuvre.

*Le projet « Healthy ageing » adopte une approche holistique et donne la priorité aux facteurs de santé qui sont affectés par les sociétés et par les individus<sup>17</sup>.*

Il propose de se concentrer sur 10 déterminants majeurs pour la promotion de la santé :

1. Retraite et préretraite
2. Capital social
3. Santé mentale
4. Environnement
5. Nutrition
6. Activité physique
7. Prévention des traumatismes
8. Tabac et Alcool
9. Utilisation des médicaments et problèmes associés
10. Services de santé et soins préventifs

Ces déterminants s'entrecroisent et sont interdépendants. A ceux là, il faut également considérer quatre thèmes transversaux : les déterminants socio-économiques, les inégalités de santé, le sexe et les minorités<sup>17</sup> (cf. [Annexe 10](#)).

## *c. La loi du 9 Août 2004*

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>24</sup> succède à l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé<sup>25</sup>.

Cette loi a apporté des changements fondamentaux dans le dispositif institutionnel de santé publique. Elle affirme la responsabilité de l'Etat à qui il appartient de définir la politique de santé tous les 5 ans selon des objectifs pluriannuels. 100 objectifs de santé ont été ainsi définis. Parmi ceux-là, certains sont aux bénéfices des patients vieillissants. Ainsi, le rapport d'évaluation d'avril 2010 met dans la catégorie « Vieillesse » un certain nombre d'éléments essentiels à prendre en charge comme : les vaccinations, la perte d'autonomie, le retentissement sur les proches, les facteurs de risque cardio-vasculaires, les cancers, l'impact des pathologies chroniques sur la qualité de vie, les accidents de la vie courante, la iatrogénie médicamenteuse, la dénutrition, ...<sup>26</sup>

Parmi les axes majeurs de cette loi, on notera particulièrement le développement de la politique de prévention et la création d'un plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques<sup>26</sup>.

## **5. Objectifs de l'étude**

Nous avons donc vu ce paradoxe français qui veut que nous ne soyons pas à la hauteur en termes d'espérance de vie sans incapacité. Notre taux de morbidité est élevé.

Or il existe des plans organisés à l'échelle nationale et européenne pour diminuer cette morbidité et permettre ainsi une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. Des recommandations de prise en charge globale sont développées. L'ensemble de ces plans insistent sur la pertinence d'agir sur la population entre 50 et 75 ans. Car c'est dans cette

---

<sup>24</sup> LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique – Journal Officiel – 11 août 2004

<sup>25</sup> Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Direction régionale des affaires sanitaires et sociales – Janvier 2005

<sup>26</sup> Objectifs de santé publique - Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions – Haut Comité de la Santé Publique – Avril 2010

tranche d'âge que se repèrent les facteurs de co-morbidités. Nous avons donc été amenés à nous interroger sur l'efficience de cette prise en charge globale en France.

La qualité de la prise en charge du *bien vieillir* est particulièrement observée par les gériatres qui sont confrontés aux stades tardifs des pathologies. Nous les avons donc interrogés pour comprendre ce qui leur manque pour anticiper ces stades tardifs, et ce qui justifie une hospitalisation en milieu spécialisé de gériatrie ?

Par ailleurs, le vieillissement ne concerne pas les seuls gériatres. En effet, le vieillissement non pathologique n'est pas le terrain de la gériatrie. Cependant la séparation de ce qui relève du gériatre ou non n'est pas nette. En effet, le vieillissement physiologique apporte de lui-même des facteurs de co-morbidités liés au vieillissement. Nous souhaitons donc aussi savoir ce qui, selon les gériatres, relève de la spécialité dans la prise en charge des personnes âgées. Où définissent-ils la limite ?

Des déterminants de co-morbidités majorés par l'âge existent et sont communément acceptés par l'ensemble du corps médical. Face à cette réalité, quels déterminants leur semblent les plus pertinents et cruciaux ? Comment sont-ils utilisés ? Comment sont-ils abordés en prévention primaire ou secondaire.

En effet, alors que le nombre de gériatres est insuffisant pour prendre en charge tout ce qui concerne les personnes âgées en France, qui doit aborder ces éléments de prévention primaire et secondaire ?

Par ailleurs, on observe que la prise en charge hospitalière est en recul, en faveur d'une prise en charge ambulatoire tant que cela reste possible. Quelle place doit alors jouer le médecin généraliste ? Quelle relation établissent-ils entre eux ? Comment doit être géré ce va-et-vient du patient entre la gériatrie et la prise en charge ambulatoire par son médecin traitant ?

Et lorsque les médecins généralistes sont inclus dans cette prise en charge, que font-ils par rapport aux recommandations existantes ? Les connaissent-ils ? En comprennent-ils les enjeux ? Sont-elles adaptées à la prise en charge ambulatoire par ces médecins traitants ?

En définitive, nous cherchons donc à comprendre ce qui est mis en place, pour et avec les gériatres, afin qu'il n'y ait pas de rupture entre la prise en charge ambulatoire et

hospitalière ? Que peut-on faire pour que les patient ne rentrent pas dans la maladie mais soient repérés à temps par des déterminants de santé ?

Pour cela, nous avons donc réalisé une étude qualitative en interrogeant des gériatres au cours d'entretiens semi-directifs.

# Matériels & Méthodes

---

## 1. Population

### a. Lieux et dates

L'étude a eu lieu entre février et avril 2011 auprès de 8 médecins gériatre de la Vienne dans le Poitou-Charentes. Une région à faible densité de population (67 habitants au km<sup>2</sup> contre 113 en France métropolitaine<sup>27</sup>), et qui est en sous-mortalité générale.

Entre 2005 et 2007, la région est en sous-mortalité générale par rapport à la France métropolitaine (157 contre 166 décès pour 100 000 habitants), pour les hommes et les femmes (224 et 98 décès pour 100 000 habitants). La Vienne est également en sous-mortalité (159 décès pour 100 000 habitants). La situation régionale est principalement due à une mortalité inférieure par maladies cardiovasculaires, par maladies respiratoires et par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques<sup>28</sup>.

Par ailleurs, il est noté qu'en Poitou-Charentes, l'indice de vieillissement est au 1er janvier 2007 de 90 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (66 en France métropolitaine). Ainsi, la population régionale est plus âgée que celle du niveau national. Par contre, par département, l'indice de vieillissement est plus faible que la moyenne régionale dans la Vienne (78)<sup>29</sup>.

### b. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient la qualification de médecin gériatre pratiquant en milieu hospitalier dans la Vienne.

---

<sup>27</sup> ORS - Panorama de la santé en Poitou-Charentes - Démographie

<sup>28</sup> ORS – Panorama de la santé en Poitou-Charentes – Etat de Santé

<sup>29</sup> ORS – Panorama de la santé en Poitou-Charentes – Personnes âgées

Afin de tenir compte des diversités d'offres médicales dans un département fortement rural, trois centres hospitaliers ont été approchés.

- Un centre hospitalier rural avec un service de gériatrie comportant un court-séjour, un service de soins de suite et un service de long séjour. Un centre hospitalier d'une ville d'environ 7000 habitants et d'un bassin de population de 25000 personnes.
- Un centre hospitalier semi-rural avec un pôle gériatrie quasiment complet : un court-séjour de 20 lits, un soin de suite et rééducation de 55 lits (dont 40 de gériatrie), une hospitalisation de jour de 15 lits, des consultations dont une consultation mémoire, et un hébergement EHPAD de 305 lits et une HAD de 27 lits. Enfin une équipe mobile de soins palliatifs est également en place.
- Un centre hospitalier Universitaire (CHU) comportant 54 lits de médecine gériatrique aigüe, 107 lits de soins de suite et réadaptation, un hôpital de jour, des consultations, une équipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière, un réseau gérontologique ville-hôpital, un centre mémoire ressources et recherche régional (CM2R) de 38 lits, 97 lits en Unité de Soins de Longue Durée, 121 lits d'hébergement médicosocial (EHPAD) et 50 lits d'hébergement de la filière du handicap. A noter, l'existence d'un numéro d'appel direct d'une IDE de liaison aux horaires ouvrables dédiés aux médecins extrahospitaliers. Son but est le recueil d'informations et la décision d'orientation du patient en fonction des signes qu'il présente : soit une hospitalisation, soit une consultation, soit un passage par le service d'urgences, soit un avis médical téléphonique.

Parmi les 8 gériatres, 1 travaillait dans l'hôpital rural, 2 dans le semi-rural et 5 au CHU.

Dans le centre rural, 4 médecins y travaillent à pleins temps, mais seul 1 est un gériatre. Un autre médecin est en cours d'obtention de sa capacité de gériatrie. C'est le seul centre qui n'est pas universitaire et n'accueille pas pour l'instant des internes ou des externes.

Dans le centre semi-rural, 10 médecins à plein temps y travaillent et sont tous gériatres ou en passe de le devenir. 2 internes sont affectés au service.

Au CHU, 11 gériatres y sont à plein temps. 8 internes et des externes y réalisent leurs stages.

### c. Mode de recrutement

Le recrutement des gériatres s'est fait par contact téléphonique ou par mail, afin de convenir d'une date d'entretien. L'ensemble des gériatres contactés ont accepté de participer.

### d. La population des 50-75 ans

Pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, il faut agir relativement tôt dans la vie. D'ailleurs certains intervenants questionnent l'intérêt de cette limitation d'âge. Préparer le bien vieillir débute dès le plus jeune âge par des attitudes culturelles, des modes de vie, des principes de vie à acquérir.

Cependant, l'OMS définit des groupes d'âge. Les plus de 50 ans étant la population concernée lors des discussions sur les personnes âgées. L'union Européenne utilise également la même limite d'âge. Ceci pour y introduire les actifs et pouvoir discuter des politiques de santé au travail<sup>19</sup>.

Nous avons donc décidé cependant d'utiliser la limite 50-75 ans tout en gardant en mémoire que de nombreuses catégories différentes sont utilisées.

### e. Les entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs ont été choisis comme méthodologie. Au cours du travail bibliographique, nous avons pu observer que sur le thème du vieillissement les limites sont floues. D'une part, les auteurs ne sont pas d'accord sur les tranches d'âges, d'autre part, la question fait appel à de nombreux principes et contient une part subjective. Afin de permettre une liberté d'aborder l'ensemble des thèmes souhaités par les gériatres, nous avons préféré éviter un questionnaire. Les entretiens semi-directifs nous semblait alors un bon outil pour cette étude qualitative.

Les entretiens ont tous eu lieu au sein des services hospitaliers respectifs. D'une durée prévue de 30 minutes, les entretiens semi-directifs comportaient une première partie sur les caractéristiques du service et de leurs patients, leurs modes de recrutement. Une deuxième partie concernait le fonctionnement global du service, son organisation, ses différents modes d'activités, les différents intervenants, l'offre médicale du bassin de

population. Ces deux parties n'ont pas été systématiquement reproduites à chaque entretien lorsque les gériatres étaient issus du même service.

Une troisième partie abordait leur rapport avec les médecins généralistes. Une quatrième sur la prévention des co-morbidités des patients gériatriques. A partir de la cinquième partie, les questions s'orientent uniquement sur la population de 50 à 75 ans et leur prise en charge souhaitée par les gériatres. La sixième partie concerne l'efficacité réelle de la prise en charge globale actuelle des patients de 50 à 75 ans. Enfin, les gériatres ont été questionnés sur leur connaissance du Plan Bien Vieillir et la Loi de Santé Publique du 9 août 2004.

Le fil directeur des entretiens est en Annexe ([cf. Annexe 11](#)).

Nous connaissions personnellement 2 des gériatres pour avoir soit travaillé dans le même hôpital, sans être dans le même service, soit pour être un enseignant de la faculté de médecine.

## **2. Analyse des résultats**

De cette étude qualitative, nous tâcherons d'analyser les résultats par deux approches. Tout d'abord par l'analyse des réponses en fonction des profils des médecins, soit identifier à chaque entretien les idées forces qui s'en dégagent. Puis nous analyserons les réponses question par question.

# Résultats

---

## Caractéristiques des services

Les réponses à la première et deuxième partie ont permis de connaître un peu mieux les caractéristiques du service et des patients, ainsi que le fonctionnement global des services.

Nous allons reprendre question par question et tacher d'identifier les similitudes et mettre en évidence les particularités.

### I. Caractéristique du service et des patients

**I.1. Mode de recrutement des patients :** Dans l'ensemble des hôpitaux, les patients respectent un recrutement de filière, les patients de soins de suite sont pour une bonne part issus des services de court-séjour. Dans l'hôpital rural (HR) et semi-rural (HSR), la part d'admission par les médecins généralistes directement est important : à l'inverse du CHU où cela n'arrive que ponctuellement.

Le CHU recrute beaucoup par les urgences et par les EHPAD. Une trentaine d'entre eux sont liés par une convention tripartite.

**I.2. Moyenne d'âge des patients :** tous les centres n'ont pas ce chiffre. Selon les gériatres cependant, en moyenne, l'âge moyen se situe entre 80 et 86 pour l'ensemble des centres.

**I.3. Limites d'âge :** les politiques sont différentes en fonction des centres. Dans l'HR, la limite pratique est la limite théorique de plus de 60 ans. Dans l'HSR, l'âge est utilisé comme repère et non comme limite claire ; en pratique le recrutement se fait auprès des patients de plus de 75 ans. Au CHU la limite semble plus nette mais ne se limite pas à l'âge ; il faut combiner un âge supérieur à 75 ans à une perte d'autonomie ou un déclin cognitif. Limites d'âge qui viendra bientôt passer à 80 ans.

**I.4. Caractéristiques sociologiques de la population (niveau socio-économique, profession,...) :** L'HR est concerné par des patients définis comme peu fortunés, ruraux, à une précarité d'habitat, à fort taux d'alcool-dépendance, aux conditions d'hygiène

précaire. L'HSR définit une population rurale et de milieu modeste issu de l'industrie ; à noter, que les médecins de ce centre reconnaissent une très bonne prise en charge des ouvriers d'une industrie voisine. Au CHU, une population plus hétérogène est observée, mais elle est fortement marquée par l'agriculture.

**I.5. Nombres moyens de pathologies par patient :** des réponses très hétérogènes ont été apportées. Entre 3 à 8 avec un intervalle large dans les réponses. Mais tous insistent sur le fait que ce chiffre est difficile à identifier. Un gériatre a insisté sur le fait que ces pathologies ne sont pas toujours identifiables et que bien qu'il existe des scores de poly-pathologies, ceux-ci sont en pratique inutilisables.

**I.6. Combien ont un médecin traitant :** La grande majorité – de 90 à 100%. Ceux qui n'ont pas de médecin traitant sont les patients qui soit n'ont pas de suivi médical depuis des années, soit qu'ils ne sont plus que suivi par le gériatre.

**I.7. Nombre de médecins traitants dans le bassin de population :** L'HR travaille avec 20 médecins généralistes. L'HSR, 50 et le CHU encore plus. Non quantifié par le service, mais au moins les 77 de la ville plus tous les autres du bassin de la région.

## **II. Fonctionnement global du service**

**II.1. Quels intervenants extra-médicaux dans le service :** Tous les services travaillent en collaboration avec des Infirmiers, des aides soignants, des psychologues, des assistantes sociales, des orthophonistes, des kinésithérapeutes. A noter la participation de diététiciennes et d'ergothérapeutes dans l'HSR et au CHU. Au CHU interviennent également des animateurs, et dans l'HR, des infirmiers de psychiatrie.

**II.2. Quelle gestion des avis des autres spécialistes :** Elle dépend de la présence au non du spécialiste dans l'hôpital. En absence de spécialistes, des consultations sont organisées à l'extérieur tant que possible. Sans cela, certains spécialistes acceptent de se déplacer jusqu'à l'hôpital. Enfin, au CHU, cela dépend du degré d'urgence ; des hospitalisations dans les services spécialisés sont programmées tant que possible ; sinon, les spécialistes se déplacent en gériatrie.

**II.3. Quels autres intervenants dans l'hôpital :** Dans l'HR, une équipe mobile de soins palliatifs, un radiologue. Dans l'HSR, sont présents des gastro-entérologues, des cardiologues, des internistes prenant en charge la cancérologie et l'hématologie, des

pneumologues, des chirurgiens et des psychiatres. Au CHU, toutes les spécialités sont représentées.

**II.4. Quels autres intervenants hors de l'hôpital :** A l'HR et l'HRSR, interviennent de l'extérieur toutes les spécialités absentes de l'hôpital.

On remarquera la différence de moyens de chaque centre. Plus le centre est en milieu rural, plus l'accès aux spécialistes est difficile. On peut donc penser que l'accès au service de gériatrie est plus demandé en milieu rural où les autres spécialités sont difficiles d'accès. En revanche, on peut penser qu'au CHU, l'âge n'est pas le seul facteur à une hospitalisation en gériatrie. Un certain nombre de patients doit court-circuiter la gériatrie pour entrer directement dans d'autres services spécialisés (cardiologie, rhumatologie, neurologie,...).

En revanche l'accès aux services paramédicaux et globalement le même. On retrouve les mêmes corps de métiers dans les 3 hôpitaux.

### **Analyse des profils médecins – Idées forces**

#### **Gériatre N°1 – G1**

##### ***Une consultation pluridisciplinaire avec le médecin traitant avant un retour à domicile.***

Une idée a été proposée par G1. Devant l'importance du lien médecin traitant-gériatre et pour favoriser le retour à domicile des patients dans les meilleures conditions, une consultation pluridisciplinaire avant la sortie à domicile a été organisée. Les médecins traitants étaient conviés à y participer. Mais ce fût un échec. Au même titre qu'ils réalisent de moins en moins de visites à domicile, ils n'arrivent pas à sortir du cabinet. Même passer par une rémunération à la participation ne fonctionne pas.

##### ***Encourager le respect des objectifs de moyens définis par l'HAS***

Le problème d'observance des objectifs de moyens pose problème. Une grande diversité est décrite selon les médecins traitants. Les objectifs, définis par l'HAS (comme le suivi HbA1c, nombre d'Albuminurie par an pour les diabétiques...etc.), ne sont pas

suffisamment respectés. Un système de pénalisation ou de rémunération pour favoriser le respect des objectifs de moyens est reconnu comme une bonne idée. Le modèle des CAPI (Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles), non connu par G1, semblait être une bonne initiative.

***La consultation de médecine générale n'est pas adaptée.***

La dynamique de la consultation n'est pas adaptée à la prise en charge globale des patients. Les logiques du médecin et des patients ne sont pas compatibles. Les médecins généralistes ont un nombre trop important de consultations à honorer par jour car ils sont trop peu nombreux. Ils n'ont donc pas le temps de réaliser des prises en charges globales et se limitent aux traitements d'épisodes aigus. La part préventive est insuffisante et la diminution franche des visites à domicile fait perdre beaucoup à la spécificité de la médecine générale et ce qui lui donne sa plus-value.

**Gériatre N°2 - G2**

***Anticiper la retraite pour bien vieillir***

Une part importante de l'entretien s'est tournée vers la question de l'importance d'anticiper la retraite. G2 souligne l'importance de conserver une perspective, une motivation et le sens des responsabilités. Il existe des moyens d'aider cela comme le compagnonnage. Il ne faut vraiment pas attendre la retraite comme une libération de contraintes. Cela est un facteur de risque de décompensation de dépression, de dévalorisation. Il faut donc appréhender son vieillissement et les étapes qui lui sont affectées.

Cette préparation est bien sûr individuelle. Elle passe notamment par une adaptation de son mode de vie et ses conditions de vie. Il faut anticiper les aménagements de domicile et favoriser les initiatives d'autonomie de transport. La préparation doit également être accompagnée par des politiques nationales. Le cadre du travail a aussi son rôle à jouer en préparant ses salariés à la retraite.

***Les généralistes, rôle crucial pour le dépistage précoce***

Sur la prise en charge par les généralistes, G2 insiste sur le fait qu'à ce jour les prises en charge lui semblent encore trop compartimentées. De plus G2 insiste sur l'importance du dépistage par les médecins traitants bien que cela demande du temps. Les gériatres

n'auraient alors comme rôle la prise en charge des plus vieux, des plus vulnérables, des plus polyopathologiques.

### Gériatre N°3 – G3

#### ***Attention à la dénutrition***

La dénutrition est un facteur à très forte morbidité chez les patients âgés. Or il existe des outils faciles d'utilisation. Et il est dommage que les médecins généralistes n'y prennent pas plus attention. Importance du dépistage précoce.

#### ***Une consultation spécifique pour anticiper les bonnes conditions du vieillissement***

Anticiper le vieillissement et ses conditions pourraient être évalués au cours d'une consultation spécialisée. Cette consultation, plus longue qu'en médecine générale, d'environ 1h15, aurait pour but d'évaluer les co-morbidités au vieillissement d'ordre somatique, social et environnemental. Consultation réalisée sans fatalisme, organisée par des médecins dédiés à cette consultation. Il n'y a pas de raison que l'hôpital reprenne cette activité, elle peut être prise en charge par les généralistes en ambulatoire.

Utilisation d'un outil formaté qui serait préalablement élaboré par les gériatres.

### Gériatre N°4 – G4

#### ***Réunion de concertation familiale***

L'importance d'un partenariat entre les médecins, les patients, les familles et les équipes soignantes.

Dans le cadre du réseau Ville-Hopital : création de REUNION DE CONCERTATION FAMILIALE où interviennent soignants, famille, enfants,... C'est le lieu de prise de décision avec expression de chacun en évitant les jeux de dominations, pour prises de décisions difficiles (placement, aides,...).

#### ***Généralistes et qualité de prise en charge des personnes âgées: un effet générationnel ?***

La qualité de la prise en charge des personnes âgées par les généralistes et la détection des facteurs de risques de complications chez les personnes âgées s'améliorent. Un effet générationnel est senti. Les médecins plus jeunes seraient plus sensibilisés aux

polyopathologies. Cette spécificité de prise en charge est comprise comme appartenant au domaine d'une spécialité : la gériatrie.

### ***Prévenir en adaptant son habitat***

G4 a fortement insisté sur l'importance de la gestion de l'habitat. Souvent les domiciles sont inadaptés à l'âge, et il faut apprendre à anticiper les besoins. Mais cela est difficile car chacun imagine mourir dans sa maison et qu'il vivra longtemps chez lui.

## **Gériatre N° 5 – G5**

### ***Prendre en compte les réalités de la médecine ambulatoire***

Au cours d'une hospitalisation, les recommandations des médecins sont appliquées sans retenues. Par contre, une fois au domicile, il existe des pressions pour les prescriptions (ex. antitussifs, ...). Tous sont conscients de cette réalité, mais pas toujours pris en compte par les médecins hospitaliers. Il existe des limites à l'exercice médical.

### ***Les patients hospitalisés, les patients de l'entonnoir***

Les gériatres ne voient que les patients de l'entonnoir, seulement un petit échantillon qui n'est pas représentatif de la population gériatrique.

## **Gériatre N°6 – G6**

### ***Importance des réseaux de contacts indépendants des généralistes***

Les médecins généralistes arrivent à anticiper et à dépister les situations de risques grâce à la qualité de leur réseau et connaissances. Chaque généraliste possède un réseau de partenaire non officiel avec qui ils traitent les polyopathologies.

### ***La perte d'autonomie, une information médicale.***

Le travail d'information sur la perte d'autonomie est à débiter dès l'annonce des diagnostics. Les patients ne rapprochent pas l'exposition à des facteurs de risque médicaux à une perte d'autonomie au quotidien. Il est du devoir du médecin d'informer les patients sur les conséquences de certaines maladies sur leur autonomie au quotidien. Par exemple, l'insuffisance cardiaque est un risque de ne plus pouvoir faire ses courses, ... Il ne faut plus parler qu'en terme médicaux.

## Gériatre N°7 – G7

### ***Une grosse hétérogénéité dans la prise en charge par les généralistes***

La prise en charge préventive et thérapeutique des patients âgés est très médecins dépendants. Il existe des groupes d'intérêt plus sensibilisés. Il intervient également le recrutement des patients de chaque généraliste. Les connaissances sur les problématiques gériatriques sont également très hétérogènes parmi les médecins généralistes. Mais la jeune génération semble plus sensibilisée.

## Gériatre N°8 – G8

### ***Problème majeur d'information de la population sur le vieillissement***

La population pense qu'elle va vieillir jeune. C'est une idée fausse. Au quotidien, la confrontation au vieillissement normal et naturel est très douloureuse. Lorsqu'une réanimation est demandée par les familles pour des patients de 90 ans, les gériatres sont confrontés à une très grande détresse des familles. Elles sont révoltées contre l'usure. Il y a une méconnaissance très importante du vieillissement physiologique qui est réfuté. La confrontation à cette réalité devient très angoissante car elle questionne sur la vision de la maladie et de la mort. Les médias ont une part de responsabilité en vendant un avenir toujours jeune. Le vieillissement est systématiquement abordé de façon positive, dans un message d'espoir d'aller bien.

### ***Améliorer l'information de la population sur le vieillissement***

Il faut réaliser des campagnes d'information honnêtes, réelles, bien que ce ne soit pas simple de parler de perte d'autonomie... pour améliorer le vécu, et anticiper les complications.

Information à délivrer aux patients mais aussi aux plus jeunes pour les aider dans la prise en charge de leurs parents. Cette approche permet également une empathie de l'état de dégradation du vieillissement.

### ***La prévention : ne plus prévenir qu'un risque, mais aussi une fatalité***

La prévention est essentielle. Mais il ne faut plus simplement la considérer comme un risque auquel nous sommes exposés, mais comme une fatalité à laquelle nous devons nous préparer.

Les progrès de la médecine ne doivent pas laisser croire que la prévention évite le vieillissement.

## **Résultats – question par question**

### **III. Lien avec Médecins Généralistes**

#### **III.1. Quel rapport entre médecin traitant et le service :**

L'ensemble des praticiens affirment avoir des rapports avec les médecins traitants en cas de besoin, essentiellement pour en savoir plus sur les antécédents et le mode de vie des patients. L'autre moment d'échange est lors de la formation médicale continue.

#### **III.2. Moyen de transfert d'information :**

Pour l'ensemble des interrogés tous les moyens de communications sont utilisés : le téléphone est le moyen privilégié suivi du courrier par lettre ou mail, des télécopies. Deux gériatres évoquent les visites à l'hôpital mais elles restent exceptionnelles.

#### **III.3. Quelle perception du rôle de médecin traitant, quelles attentes en avez-vous :**

**Un partenariat :** L'élément qui ressort chez tous les gériatres est le renforcement d'un partenariat avec les généralistes. Les termes employés sont : partenariat, concertation, dialogue, collaboration. Le premier élément est l'amélioration du lien ville-hôpital. 2 gériatres rappellent leur souhait d'augmenter le contact avant une hospitalisation, un souhaite une consultation pluridisciplinaire avec le médecin traitant avant le retour à domicile. Parce qu'ils sont les piliers de la prise en charge à domicile (pour 2 gériatres), les médecins généralistes doivent accompagner un suivi à domicile (1), répondre aux questions des gériatres (2), et s'intégrer au cœur d'une prise en charge tripartite entre l'équipe gériatrique, les familles et le médecin traitant (2).

**Eviter le passage par les urgences :** 3 gériatres insistent sur l'importance d'éviter au maximum le passage par les urgences car il apporte beaucoup de confusion aux patients.

**Des diagnostics précoces :** 3 gériatres insistent sur la place des généralistes dans le diagnostic précoce, notamment dans les démences. Un trop grand nombre de patients

arrivent à des stades trop avancés des pathologies. Il faut donc améliorer les bilans mémoire.

**Appliquer les recommandations gériatriques :** 3 gériatres soulignent leur souhait de voir les généralistes appliquer avec plus de rigueur les recommandations gériatriques ; notamment les problèmes de iatrogénie médicamenteuse avec les polymédications et des bilans gériatriques.

**Anticiper l'avenir et les stades de l'urgence :** seulement 2 gériatres mettent l'accent sur l'anticipation. Mais ils sont tous les deux très insistant sur cette question :

*« Anticiper sur l'avenir, anticiper sur la perte d'autonomie et organiser en amont les démarches d'allocation autonomie ou d'aides à domicile,... »*

*« Anticiper. Anticiper surtout. Il faut éviter l'urgence, ce qui est souvent bien fait. D'ailleurs, lorsqu'il y a passage aux urgences c'est souvent quand il n'y a pas de médecin traitant où juste des aides ».*

**Un retour sur les prises en charges proposées :** 2 gériatres souhaitent avoir plus de retour sur les prises en charge proposées par leurs équipes. Ils souhaitent connaître l'efficacité au domicile et l'adhérence à la prise en charge par les patients et les généralistes.

III.4. Quel rapport doit-il avoir avec les autres spécialités (gériatrie, cardiologie, rhumatologie,...) :

**Un référent :** 4 gériatres voient le généraliste au centre de la prise en charge. *« Il est au cœur du dispositif », « il est la pierre angulaire », « c'est le référent », « le pivot ».* Les spécialistes sont alors aussi des partenaires : *« Les spécialistes sont des satellites à la prise en charge dont l'avis n'est suivi que plus ou moins par les patients et les médecins traitants ».*

**Le prolongement de l'HAD (hospitalisation à domicile) :** comme dans le cadre de l'HAD, le médecin traitant agit au domicile selon les recommandations des spécialistes (2).

**Le spécialiste, une aide au médecin généraliste :** *« le spécialiste est là pour aider les médecins généralistes à réaliser les objectifs de l'HAS » (1).*

### III.5. Quelles connaissances des médecins généralistes sur la gériatrie ?

**Très variable :** 4 généralistes débutent leur propos par la très grande variété de compétence parmi les généralistes. Trois raisons ont été évoquées : la typologie de patients du généraliste, un effet générationnel où les plus jeunes sont plus sensibilisés, une appétence naturelle aux problématiques gériatriques.

**En progrès notable :** 5 gériatres soulignent l'amélioration progressive et nette des connaissances. Là aussi, deux raisons sont apportées : un effet générationnel (2), l'augmentation des inscriptions aux formations spécifiques (capacité de gériatrie, diplôme universitaire de gérontologie) (2). « *Les connaissances se développent depuis 10 ans. Beaucoup de généralistes n'ont pas connu la gériatrie au cours de leur formation initiale. C'est une discipline récente et pourtant bien connue aujourd'hui* ».

**Les limites de la consultation :** Un seul généraliste souligne la faiblesse de la sensibilisation à la prise en charge gériatrique. Et ceci car « *la dynamique de la consultation en cabinet met à distance de la connaissance sociale du patient : l'ambiance dans le couple, les rapports à la famille, l'état de salubrité de l'habitat,...* ».

### III.6. Quelles connaissances sur la poly-médication ? Laiatrogénie médicamenteuse ?

**Une grande variabilité :** A cette question, on va de « *insuffisant* » à « *Bonne* ». Cependant ce qui est mis en évidence c'est la grande variabilité selon les médecins. Les gériatres disent que cette polymédication est parfois un motif d'hospitalisation par les généralistes pour que les gériatres fassent un tri. D'ailleurs 2 gériatres soulignent que ce travail de gestion de la polymédication est dans leur cadre de compétence. C'est donc à eux qu'il en revient d'agir. Ce d'autant que « *les généralistes ne remettent pas en cause les prescriptions des spécialistes* ».

**Les psychotropes incriminés :** Les psychotropes sont pour 2 des gériatres les médicaments qui posent le plus de problèmes et de loin aux généralistes. La formation est à renforcer. Selon un de ces gériatres, en moyenne les ordonnances comporteraient 7 médicaments. Cela ne lui paraît pas anormal, le plus gênant reste « *les associations parfois malvenues* ».

**Théorie et pratique :** 4 gériatres insistent lourdement sur la réalité des pratiques qui veut qu'en ambulatoire, avec le médecin traitant, les patients sont plus à même de

négocier leur traitement. « *Certains patients font du nomadisme médical pour obtenir ce qu'ils souhaitent. Quelque part, le généraliste est parfois obligé d'accepter les demandes de ses patients* ».

### III.7. Quelle qualité de prise en charge de maintien de l'autonomie ?

Il n'y a pas de consensus qui se dégage à cette question, mais une somme de remarques :

**Importance de la délégation** dans cette prise en charge, surtout en milieu rural et favoriser le travail avec les kinésithérapeutes. Ce d'autant que cela prend beaucoup de temps, ce qui est difficile pour les généralistes.

« *Une bonne prise en charge en journée, mais une grosse faiblesse à partir de 18 heures ou le week-end [...] il y a une **absence de permanence des soins*** ».

« ***globalement une bonne prise en charge**, ce d'autant que les gériatres ne voient qu'une partie de l'entonnoir des patients en perte d'autonomie* ».

Les généralistes souffrent parfois d'une **méconnaissance des outils à disposition** et notamment l'utilisation des réseaux de soins. La qualité du réseau personnel des médecins est le facteur déterminant au maintien à domicile.

« *l'organisation du maintien à domicile est **plus facile par les gériatres** à l'hôpital, les patients sont plus à même d'accepter ce qu'on leur propose, ils veulent sortir rapidement* ».

« *la valeur seuil nécessitant d'être institutionnalisé est parfois difficile à fixer par les généralistes. Il y a **une part émotionnelle dans la décision et un sentiment de culpabilité*** ». Le gériatre peut alors servir de deuxième avis qui conforte une position difficile à prendre.

### III.8. Outils de formation et apprentissage (par le service ou autres) aux médecins traitants :

La formation médicale continue est le premier réflexe des gériatres. Certains évoquent également les formations spécialisées comme la capacité ou le diplôme universitaire. 2 gériatres reconnaissent organiser occasionnellement des formations sur des sujets très pratiques et à la demande des généralistes. Enfin, il a été cité la très faible participation des généralistes aux congrès de gériatries.

#### **IV. Prévention des co-morbidités**

IV.1. Quelles sont les grandes pathologies ou facteurs de risques qu'il faut combattre en priorité pour diminuer la morbidité des patients de gériatrie ?

**Les facteurs de risques cardio-vasculaires comme fer de lance** : Il s'agit de l'élément qui est ressorti chez les 8 gériatres. Pour le détail, ils citent tout particulièrement l'HTA, les dyslipidémies, le tabac, le surpoids et les règles hygiéno-diététiques.

**La dénutrition** : elle est déterminante pour 6 des gériatres.

**Les facteurs de risque de chute et ses complications** : les troubles rhumatologiques, ostéo-articulaires, l'ostéoporose et les autres facteurs de risques de chute sont également vus comme essentiels pour 5 des gériatres.

**Les troubles cognitifs et les complications des démences** : Cités 5 fois

Les autres éléments cités le sont entre une à deux fois et sont les troubles dépressifs, le diabète, l'insuffisance rénale, l'alcool-dépendance, les syndromes parkinsoniens, l'épuisement de l'aidant, le maintien des liens sociaux, et l'isolement.

Deux gériatres soulignent qu'on ne peut pas établir de priorités générales car il s'agit de polyopathologies qui sont liées les unes aux autres. Or l'action efficace de priorité est singulière à chaque patient.

#### **V. Population de 50 à 75 ans**

V.1. Comme il est fait en gériatrie, pensez vous qu'une prise en charge globale (somatique-psycho-sociale-environnementale) des patients ente 50 et 75 ans pourrait-on avoir un effet bénéfique à terme sur la prise en charge des patients gériatriques ?

Les 8 gériatres, à l'unanimité, répondent oui à cette question.

Cependant, 2 rajoutent que cela devrait systématiquement être réalisé quelque soit l'âge des patients et bien avant 50 ans.

1 gériatre affirme que cela est déjà réalisé par les médecins généralistes. Mais que dans cette tranche d'âge, « *la pathologie principale saute aux yeux, ils ne sont pas encore assez polypathologiques pour que ce soit complexe* ».

Enfin, un médecin insiste sur la prise en charge globale comme fondement de sa vocation : « *C'est triste qu'on ne puisse le faire. J'ai fait médecine pour ça. Mais on a besoin des spécialistes parce qu'on ne peut tout savoir. Mais oui, il faut soigner dans sa globalité et surtout prendre en compte le retentissement global* ».

## V.2. Sur l'espérance de vie sans incapacité ?

Seulement 3 médecins ont répondu directement à cette question, les autres y ont répondu spontanément lors de la question précédente. Au total, comme pour la question V.1., tous pensent que oui.

## V.3. Aujourd'hui, souffrez-vous de cette lacune de prise en charge dans cette tranche de population ? Sur quels points ?

3 Non : « *Non, le suivi à cet âge est bon, il existe une préparation au vieillissement. Il y a un effet générationnel [...] on a une bonne information par les médias, une amélioration du niveau culturel. L'information a aussi été amélioré par le travail des femmes* ».

3 Oui : « *Oui car on en voit les conséquences. C'est les cas de la dénutrition notamment. C'est très peu suivi par les médecins traitants alors qu'il existe des outils facile d'utilisation* ».

« *Oui car il existe un saucissonnage dans les spécialités. Nous en gériatrie on le voit car c'est une prise en charge globale. Mais ce n'est pas vu avant* ».

Pour les 2 autres, un ne sait pas, et l'autre propose des propos généraux anticipant sur la question suivante.

## V.4. Dans le cadre de la prévention primaire entre 50 et 75 ans (voire même avant), quelles sont les éléments les plus importants à prendre en compte selon vous :

- V.4.a. médicaux :

A la différence de la question IV. Prévention des Co-morbidités des patients gériatries, la question ici sur les éléments médicaux remporte plus de diversité. Les réponses par ordre de fréquence décroissante :

FDRCV (4)

Qualité alimentaire Nutrition (3)

Ostéoporose (2)

Dépistage (2)

Polymédication (2)

Activité physique (2)

Cardiopathie ischémique (1)

Insuffisance rénale (1)

Hygiène de vie (1)

Diagnostics précoces (1)

Amélioration relation médecin malade (1)

Suivi médical (1)

Suivi Thérapeutique (1)

Somatique (1)

Psychiatrique (1)

Réseau Familial (1)

Réseau amical (1)

Baisser conso psychotropes (1)

Il est à noter que pour certains gériatres, les éléments médicaux incluent les facteurs sociaux et environnementaux.

#### - V.4.b. sociaux :

Cette question ne semble pas avoir été bien comprise. Cependant se dégagent quelques informations : 3 gériatres évoquent l'isolement. Puis apparaissent cités une fois l'alcool-dépendance, la prise en charge du deuil, la gestion de l'habitat, la retraite, et les aides à domicile

#### - V.4.c. environnementaux :

Reviennent en force 2 notions : celle de l'importance de l'adéquation entre le lieu de vie et la fonctionnalité adaptée à la personne (5) ainsi que la lutte contre l'isolement par les transports (2), l'accès à la vie culturelle, sportive ou associative (2). Il a également été cité les rapports familiaux, les facteurs de stress, la pollution et l'exposition aux produits chimiques et toxiques

#### - V.4.d. travail :

5 gériatres insistent sur l'intérêt de l'adaptation des postes. Ils soulignent également d'autres propositions comme le changement de travail dans le cadre de profession à passerelles, la prévention de l'exposition au tabac et de l'anticipation de la retraite, l'aménagement du temps de travail, un suivi gynécologique pour les femmes.

Cependant, à ce jour les gériatres n'ont pas de lien avec les médecins du travail et ne voient pas les conséquences de leur travail.

#### - V.4.e. autres :

Cet item permettait de laisser de la place à l'expression d'autres éléments qui puissent leur sembler importants. Seul 1 gériatre y a répondu et a souligné la prise en charge de la ménopause et les signes fonctionnels associés, la dépression

V.5. D'après vous, qui devrait réaliser cette prise en charge préventive dans cette tranche de population :

#### - V.5.a. En prévention primaire et/ou secondaire ?

Les gériatres voient l'ensemble du monde de la santé comme des acteurs clés. Les médecins généralistes en premier lieu, mais pas seulement. Ils associent une grande variété d'intervenants comme le médecin du travail pour le dépistage ou les Centre de soins de l'Assurance Maladie pour des bilans.

Un gériatre insiste sur le mode de fonctionnement : *« ça doit se réaliser comme un partenariat entre la famille, le patient, le médecin, les aides à domicile, les collègues, les assistantes sociales, ... en fait tous ceux qui font leur réseau de solidarité »*.

Le monde de la santé n'est pas le seul à devoir intervenir. Les communes, les politiques, le monde du travail, le monde associatif, et l'action des patients eux-mêmes doivent contribuer.

#### - V.5.b. Quelle place aux gériatres ?

La place qu'ils souhaitent réserver aux gériatres est très limitée pour cette population. Pour 2 médecins, les gériatres n'ont pas à intervenir car la population est trop jeune.

Pour un autre, le gériatre doit prendre le relai du médecin généraliste s'il n'arrive plus à gérer la situation au domicile. (1). Ils demandent aussi aux gériatres la réalisation des Evaluations Gériatriques Standardisées (EGS) dans le cadre du dépistage.

Enfin, une éducation de la population et des médecins. Ainsi que l'élaboration d'un outil fiable pour la prise en charge et le dépistage sont proposés.

#### - V.5.c. Quelle place aux autres spécialistes ?

Elle est proposée comme pour les gériatres dans le cadre d'un bilan de spécialiste ou dans l'éducation aux médecins.

#### - V.5.d. Quelle place aux médecins généralistes ?

Tous les spécialistes voient le médecin traitant comme essentiel dans ce rôle. Il est l'interlocuteur privilégié de la famille.

#### V.6. Comment doit avoir lieu cette prévention (lieux, consultation spécifique, thèmes abordés, forfait de consultation, prise en charge économique, ...) :

Aucun consensus ne se dégage. Chacun propose des idées diverses :

Une consultation dédiée orientée par des gériatres ou des internistes

Une consultation organisée par la mutuelle

Une consultation systématique organisée par la Sécurité Sociale tous les 5 ans avec une grille d'objectifs

Des forfaits de consultation gérés par les médecins généralistes « *ce n'est pas difficile à faire, mais ça demande du temps* ».

Une prise en charge ambulatoire au maximum  
Penser les contacts téléphoniques  
Des campagnes d'information  
Des avis demandés aux spécialistes pour réaliser une synthèse

#### V.7. Les médecins traitants vous semblent-ils compétents pour réaliser :

##### -V.7.a. la prévention primaire et/ou secondaire :

A l'unanimité, les gériatres pensent que oui. Cependant 4 gériatres soulignent spontanément que les généralistes ne le font pas car ils n'ont pas le temps ou ne prennent pas le temps de le faire.

*« Il doit l'être. Mais c'est très variable. Je dirai que les 3/4 sont compétents, et qu'1/4 ne s'en donnent pas la peine. Leurs priorités sont données à d'autres choses. [...]C'est la problématique de voir 60 patients par jour contre la qualité de la synthèse ».*

##### - V.7.b. l'articulation entre les différents spécialistes pour une prise en charge globale :

Seulement deux gériatres ont répondu à cette question, les autres y ayant déjà répondu positivement au cours de l'entretien.

La réponse est positive et souhaitée : cf. question III.4 où le médecin est considéré comme le pivot, le référent.

## VI. Prise en charge globale des patients

### VI.1. Au total, pensez vous que cette prise en charge globale des patients est :

#### - VI.1.a. intégrée et comprise par les médecins généralistes :

6 gériatres répondent que Oui

1 gériatre répond « Pas assez »

1 gériatre fait la nuance entre compris oui et intégré non

#### - VI.1.b. réalisée par les médecins généralistes :

3 Non. Aucun n'a été complété d'une explication

4 Oui mais systématiquement enrichi d'un commentaire sur la difficulté ou les lacunes rencontrées.

*« Oui globalement ; mais avec un temps difficile à prendre. Il faudrait plus de médecins [...] Ca dépend du lieu où l'on est, c'est un problème démographique. A la campagne le généraliste est réclamé ».*

1 gériatre a répondu positivement mais a anticipé la question précédente

## VI.2. Si non pourquoi :

### - VI.2.a. manque d'information :

Non : 5 gériatres sur les 6 à qui cela a été posé. Les gériatres défendent que les informations sont à présent connues grâce à la formation médicale continue notamment, et la facilité d'accès à l'information.

Cependant, un gériatre souligne que le manque d'information touche les généralistes sur le domaine de la néphrologie.

### - VI.2.b. problème de compétence :

Non pour 5 gériatres sur 6. Un seul répond « *Un peu* ».

### - VI.2.c. problème de temps :

6 gériatres sur 6 répondent que Oui. 2 gériatres ont cherché à donner une raison, ils avancent tout deux la faible densité médicale, surtout en région rurale.

### - VI.2.d. autres :

Les autres causes exposées par les gériatres sont l'organisation du travail et la problématique de l'envie ? C'est une notion très variable au cours du temps.

## VII. Plan Bien Vieillir

### VII.1. Connaissez-vous le plan Bien Vieillir ?

Oui : 5,

Non : 3

### VII.2. Connaissez-vous ses objectifs ?

Seul un gériatre les connaissait approximativement. Mais il n'a pas pu ressortir les objectifs du plan.

### **VIII. Loi de santé publique du 9 août 2004**

VIII.1. Avez-vous connaissance de cette loi ?

Page | 46

NON : 8

VIII.2. Connaissez-vous les objectifs de santé publique de la loi du 9 août 2004 ?

Non : 7

Un gériatre suivait les recommandations de la loi à propos de l'ostéoporose sans savoir qu'elles étaient issues de cette loi.

# Discussion

---

## **Que manque-t-il aux gériatres pour anticiper ?**

*« Anticiper sur l'avenir, anticiper sur la perte d'autonomie et organiser en amont les démarches d'allocation autonomie ou d'aides à domicile,... »*

## **Un travail de veille**

Pour ce faire, plusieurs étapes rentrent en jeu. Il s'agit de bien sûr prévenir, évidemment dépister et nécessairement veiller.

La veille est ce qui permet de rester attentif sur les facteurs de risques de complications ou de catalyseurs de morbidités. La veille est donc la capacité à dépister et à prévenir les complications. C'est ce que réclament les gériatres.

## **Une prévention inégale et sélective**

On sait aujourd'hui que la prévention est inégale, bien qu'il existe des recommandations claires concernant les personnes âgées<sup>30</sup>. Cependant, les éléments les plus recherchés sont les facteurs de risques cardio-vasculaires, définis comme prioritaire par les gériatres que nous avons interrogés. Ils sont abordés dans plus de 75% des consultations. Par contre, l'évaluation de la dépendance, la recherche d'un trouble cognitif et le risque de chute sont bien plus rarement évoqués, dans moins de 25 % des consultations<sup>31</sup>.

Une politique nationale de santé publique semble être essentielle pour améliorer les performances dans la prévention. Ce d'autant que les médecins eux-mêmes évaluent leur quantité de prévention de petite quantité en prévention primaire et de quantité modérée en prévention secondaire<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Lepoutre Vallée Gelly – Prévention chez la personne âgée que disent les recommandations en cours – Référentiels – Médecine – Février 2011 – p.73 à 78

<sup>31</sup> Blanquet M. - Measuring preventive procedures by french GPs - an observational survey – British Journal of General Practice – January 2011

<sup>32</sup> Pelletier Fleury – Preventive service delivery A new insight into French general practice – Health Policy 83 – 2007 – p.268 à 276

### Précocité des diagnostics

Une autre attente importante pour les gériatres est le diagnostic précoce des démences. Nécessaire pour un dépistage et rentrer dans une filière avec un suivi : « *il faudrait un progrès au bilan mémoire. Les diagnostics des démences sont faits à des stades bien trop avancés* ». Plus de 50% des démences ne seraient pas diagnostiquées en soins primaires<sup>33</sup>. De plus, il existe en France un délai de 24 mois entre les symptômes repérés par la famille et le diagnostic. L'amélioration de la précocité du diagnostic est essentielle car la souffrance familiale commence bien avant le diagnostic<sup>10</sup>.

Dans le cadre de cette veille, il est important de rester vigilant chez tous les patients. Or il a été démontré que dans le cadre du risque iatrogénique, les comportements des médecins généralistes sont plus souvent adaptés pour des patients à haut risque iatrogénique<sup>34</sup>. De ce fait, les patients à risque modéré ne bénéficient pas de la même qualité de prise en charge, alors qu'il existe là aussi des informations claires<sup>35</sup>.

### Utilisation d'outils d'aide à la prise en charge

C'est pourquoi, les médecins doivent se servir d'outils d'aide à l'évaluation des risques auxquels ses patients sont confrontés. Ce d'autant que sans outil de calcul, le médecin a tendance à surestimer les risques de ses patients. Or il est de valeur éthique de première importance que de pratiquer la médecine avec un maximum de critères de qualité. C'est le cas par exemple de l'évaluation des facteurs de risques cardio-vasculaires par des outils informatisés à introduire dans le dossier médical patient. C'est un moyen d'offrir une prévention efficace à ses patients<sup>36</sup>.

Toutes les méthodes, mêmes simples comme l'apprentissage de moyens mnémotechniques, doivent être valorisées s'ils permettent une meilleure prise en charge des patients. C'est le

---

<sup>33</sup> Olazaran J. – Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria ? – Atención Primaria – 2011

<sup>34</sup> Fantino B. – Primary care physicians' behaviors towards risk of iatrogenesis in elderly patients – Pharmacoepidemiology and prescription – European Journal of Clinical Pharmacology – 2006 – 62 – p. 563 à 570

<sup>35</sup> Milton J.C. – Prescribing for older people – BMJ - Volume 336 – 15 march 2008

<sup>36</sup> Pr. CHATELLIER Gilles, Risque cardiovasculaire absolu : son intérêt, ses limites, Communication partenaires santé, prévention RCVA 2001, p.26

cas par exemple des étiologies de pertes de poids chez la personne âgée<sup>37</sup>. L'état nutritionnel est un sujet essentiel dans la prévention des co-morbidités chez les personnes âgées<sup>38</sup>. Les gériatres regrettent que cette évaluation ne soit pas plus réalisée par les généralistes, alors qu'il existe des outils validés de dépistage<sup>39</sup>.

### **Les visites à domicile, un atout**

Dans le cadre de ce travail de veille par les médecins, les visites à domicile peuvent jouer un rôle déterminant. Cette institution, qui faisait encore la spécificité de la médecine générale, est de moins en moins pratiquée car elle est chronophage et ne permet pas la réalisation de la consultation dans les meilleures conditions. En effet, il faut être confronté à l'absence de matériel, changement de repères, milieu hostile (tiers présents, animaux domestiques,...), absence de vrai lieu d'examen,...

Cependant, il paraît évident que ces visites apportent beaucoup d'information au médecin. Voir ses patients chez eux permet parfois de mieux comprendre leurs singularités, les déterminants de leur santé, et les différents acteurs de leur prise en charge.

Cela permet ainsi d'anticiper la gestion de l'autonomie au domicile en mettant en évidence les points à améliorer pour prolonger la prise en charge ambulatoire.

Il a d'ailleurs été montré un effet positif des visites au domicile sur la mortalité des personnes âgées<sup>40</sup>.

Cependant, il reste à présent à définir quels sont les éléments effectifs de ces visites et sur quelle population sont-elles les plus efficaces<sup>41</sup>.

---

<sup>37</sup> McMinn J. - Investigation and management of unintentional weight loss in older adults – BMJ – 2011

<sup>38</sup> HENRY O. Facteurs de risques Vasculaires après 75 ans – Cours Gériatrie – Longue Vie et Autonomie

<sup>39</sup> LAPALUS Claire, Evaluation nutritionnelle de la personne âgée de plus de 70 ans par le médecin généraliste en ville : enquête de pratique réalisée auprès de 140 médecins des Hauts-de-Seine, Thèse de Doctorat de médecine, 2010

<sup>40</sup> Elkan R. – Effectiveness of home based support for older people systematic review and meta-analysis – BMJ – Volume 323 – 29 september 2001

A ce sujet, le rapport du Dr. Hubert sur la médecine de proximité<sup>42</sup> signale l'importance de faciliter le transport des personnes âgées au cabinet puisque les médecins ne visitent plus leurs patients. On doit alors se demander si ces visites doivent être encouragées auprès des médecins généralistes. On pourrait également imaginer le déplacement au domicile d'autres corps de métier tels les gériatres ou alors les ergothérapeutes ou autre personnels paramédicaux sensibilisés aux risques encourus au domicile par les personnes âgées.

### **Un effet générationnel**

Bien que les jeunes médecins ne fassent pas plus de visites que leurs aînés, les gériatres ont globalement souligné un effet générationnel dans l'approche des problématiques gériatriques. Ils mettent surtout en évidence le fait que les jeunes médecins arrivent à bien diagnostiquer une situation de danger nécessitant une intervention soit d'un gériatre, soit la mise en place d'aides.

Toutefois, il n'a jamais été évoqué la question de la sensibilisation à la prévention de ces états. Nous pouvons tout de même penser qu'elle soit également améliorée cependant.

Au vu de l'évolution de la démographie, la prise en charge des personnes âgées ne peut être seulement effectuée avec qualité par les seuls gériatres. L'ensemble du corps médical et chirurgical doit être capable de gérer des situations fréquentes rencontrées chez les personnes âgées<sup>43</sup>.

L'éducation médicale aux problématiques des personnes âgées doit donc prendre une part essentielle dans la formation médicale<sup>44, 45, 46</sup>.

---

<sup>41</sup> Egger M. – Commentary When, where, and why do preventive home visits work ? – BMJ – Volume 323 – 29 september 2001

<sup>42</sup> HUBERT E. Rapport sur la médecine de proximité – 2010

<sup>43</sup> Parker&Conroy - Editorials - Poor inpatient care for older people - BMJ - Vol 342 - 19 march 2011

<sup>44</sup> Lally FCP. Undergraduate training in geriatric medicine: getting it right. *Age Ageing* 2007;36:366-8.

<sup>45</sup> Bartram L, Crome P, McGrath A, Corrado OJ, Allen, SC, Crome I. Survey of training in geriatric medicine in UK undergraduate medical schools. *Age Ageing* 2006;35:533-5.

<sup>46</sup> Blundell AG, Gordon AL, Gladman JRF, Masud T. Undergraduate education in geriatric medicine—the role of undergraduate curricula. *Gerontol Geriatr Educ* 209;30:75-8.

La formation des étudiants en médecine en France se base essentiellement sur la connaissance du fonctionnement des CHU. Cependant, nous sommes en droit de nous demander si cette approche n'est pas aussi le fruit de l'apprentissage hospitalier auprès des services de gériatrie. A noter également la part croissante de la gériatrie dans les items de l'Examen Classant National (ECN). Ces items ne se limitent pas aux pathologies fréquentes de cette population ; ils s'intéressent aussi aux prises en charges des spécificités gériatriques, aux aides à mettre en place, aux évaluations de l'autonomie et des dépendances<sup>47</sup>. D'ailleurs cela est clairement précisé dans les objectifs généraux du Module 5 – Vieillesse : « *L'étudiant doit connaître les caractéristiques du vieillissement humain normal et pathologique et les aspects spécifiques des maladies des personnes âgées. Il doit analyser la polyopathie et hiérarchiser ses actions. Il doit savoir discuter le rapport bénéfice/risque des décisions médicales en prenant en compte la personne âgée dans sa globalité, son environnement et ses attentes*<sup>48</sup> ».

### **Une grande diversité parmi les généralistes**

L'autre facteur repris constamment par les gériatres est la grande diversité des médecins généralistes. En effet, il est difficile de généraliser car les pratiques sont très différentes selon les médecins. Plusieurs classifications de « types » de généralistes ont été proposées. Et cela influence la relation médecin-malade. Certains auteurs répartissent par exemple<sup>12</sup>:

- Le modèle paternaliste : où le patient est considéré comme incompetent et ignorant de son propre bien que seul le médecin connaît
- Le modèle informatif : où le médecin fournit les faits et les actes aux patients qu'il choisit selon ses valeurs
- Le modèle interprétatif : où le choix est le produit d'une interaction entre le médecin et le patient ; le médecin révèle les informations factuelles et invite le patient à découvrir ses propres valeurs et préférences.
- Le modèle délibératif : où dans l'interaction médecin-patient, une réelle discussion se dégage, résultat d'une délibération éclairée entre deux « sujets pensants et sujets

---

<sup>47</sup> Collège National des Enseignants de Gériatrie – Enseignement du 2<sup>ème</sup> cycle – Polycopié National

<sup>48</sup> Programme ECN – Bulletin Officiel N°23 du 7 juin 2007 - ARRÊTÉ DU 2-5-2007 JO DU 10-5-2007

libres »<sup>49</sup>. L'autonomie du patient s'exprime donc non pas seulement dans le choix qu'il opère, mais également dans le choix de valeurs qui lui sont propres et qui ont finalement guidé son choix.

Ces modes de gestion de la relation médecin-patient découlent sur 3 types de pratiques cliniques dans la prise en charge des patients. On peut distinguer ainsi<sup>50</sup>:

- Le médecin de famille-pivot : rôle d'entrepreneur moral et centralisation des informations
- Le médecin de famille-coordonateur : rôle de conseil et de coordinateur d'itinéraires de soins
- Le médecin orientateur : assure les premiers soins et passe la main dès qu'il atteint ses limites de compétences

On comprend donc bien les diversités de prises en charge auxquelles les patients et les gériatres peuvent être confrontés.

### **Influence des préjugés**

Ce n'est pas là le seul facteur influençant la prise en charge des patients induit par les médecins. Il a été également décrit que les stéréotypes influencent les choix thérapeutiques. Cela a notamment été prouvé avec les choix médicamenteux face aux maladies cardiovasculaires. Les femmes sont ainsi sous-traitées par rapport aux hommes<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Moutel G., Lièvre A., Hervé C., *Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient*, Paris, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, Faculté de Médecine Necker-Paris, Université Paris V, Document photocopié, 22 pages.

<sup>50</sup> BLOY G., SCHWEYER F.X., *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Métiers Santé Social, Presses de l'EHESP, 2010

<sup>51</sup> Turnbull F. – Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care the AusHEART study - *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* published online 11 February 2011

## **Le temps comme facteur limitant**

Une des remarques les plus fréquentes de la part des gériatres pour expliquer les limites de prise en charge par les généralistes est le manque de temps.

La première explication est la diminution du nombre de praticiens. Selon MG France (syndicat des médecins généralistes en France), à cause d'une diminution de la quantité de médecins formés et du départ en retraite d'un grand nombre des médecins issus de la génération du *baby boom*, ils devraient passer de 54000 en 2010 à 27000 en 2020 en France<sup>52</sup>.

De plus, le panel d'implication demandé aux généralistes est immense. Il se retrouve souvent être l'interlocuteur privilégié des patients quel que soit leur âge : c'est le cas des adolescents par exemple<sup>53</sup>. De plus, certains patients confrontés à certaines pathologies préfèrent se voir pris en charge par leur médecin traitant qu'un spécialiste : c'est le cas des troubles mentaux<sup>54</sup>.

Au final, il faut donc y voir la place centrale que peut avoir le médecin traitant dans le parcours de santé de ses patients. Cette place doit être utilisée afin d'obtenir des résultats de prévention pour favoriser le *Bien Vieillir*. Mais il faut garder en mémoire qu'il est alors très sollicité.

En moyenne, les généralistes déclarent travailler entre 52 et 60 heures par semaine. Le temps de travail est reparti selon : 61 % aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> Arie S. – Calling time on the world's best healthcare system – BMJ – Volume 342 – 19 march 2011

<sup>53</sup> Binder Ph. *Comment aborder l'adolescent en médecine générale* - monographie sous la direction de Marcelli D. La Revue du Praticien – Tome 55 – N° 10 p 1073 – 31 mai 2005.

<sup>54</sup> Kovess Masféty V. – What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey – BMC Public Health – 2007; 7

<sup>55</sup> LE FUR Ph. Le temps de travail des médecins généralistes - Questions d'Economie de la Santé – N°144 – Juillet 2009

### **Temps de consultation et inégalités sociales**

Par ailleurs il est à noter les différences de durée de consultation en fonction du type de motifs de consultation. En effet, une enquête de la Drees en 2002 a pu montrer que « la durée de la séance dépend étroitement de la pathologie diagnostiquée et est en moyenne plus élevée lorsqu'un problème psychologique ou psychiatrique a été détecté (18 mn). Elle est en revanche plus faible en cas d'infection des voies aériennes (14mn) ou de prévention (16 mn)<sup>56</sup>.

De plus il est noté que l'âge du patient fait logiquement partie des caractéristiques qui influencent le plus la durée de la séance. La relation entre âge du patient et durée de la séance n'est pas monotone. Ainsi, les 0-6 ans ont en moyenne des durées de consultation plus courtes (-4 %) que les 45-69 ans, tandis que pour les plus de 70 ans, les séances sont plus longues (+6 %).

Cependant, après une analyse économétrique, tenant compte du nombre de pathologies et du nombre d'ALD, la différence est nettement moins forte : (+1,6 % pour les 70 ans ou plus)<sup>56</sup>.

Par ailleurs il est intéressant de noter que l'étude remarque également une augmentation de la durée de la séance en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. En effet, les cadres et les professions libérales ont une durée de séance significativement supérieure à celles des employés, de 5 % en moyenne. A noter que les médecins qui ont une forte proportion de cadres supérieurs dans leurs patients pratiquent des durées de consultation plus longues pour l'ensemble de leurs patients<sup>56</sup>.

Par contre, les bénéficiaires de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ont des durées de séances inférieures de 6 % à celles des autres assurés complémentaires et des non assurés complémentaires.

Toutefois, contrairement à ce qui a été observé pour la catégorie socioprofessionnelle, les médecins ayant une forte proportion de bénéficiaire de la CMUC parmi leurs patients ne se distinguent pas des autres par leurs pratiques<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> BREUIL-GARNIER et GOFFETTE – La durée des séances des médecins généralistes – Etudes et Résultats – N° 481 – Avril 2006 – DREES

### **Une consultation, plusieurs motifs, différentes pratiques**

Les motifs de consultation sont également multiples. Les patients viennent consulter avec plusieurs motifs et pathologies. Et le nombre de pathologies augmente avec l'âge<sup>57</sup>.

Enfin, la prise en charge des personnes âgées est en soi plus chronophage. Elle nécessite le déploiement de moyens humains plus importants que pour d'autres populations. Et ce d'autant qu'on réalise une prise en charge globale<sup>58</sup>.

Par ailleurs, les médecins français prennent relativement plus de temps pour l'éducation thérapeutique comparé aux médecins américains. Ils passeraient plus de 20 minutes sur les risques cardio-vasculaires contre 5 à 10 minutes aux USA. De plus les délais entre les suivis sont plus courts<sup>59</sup>.

### **Le bonheur outre Manche ?**

En contre partie de cette bonne prise en charge globale, un nombre croissant de médecins généralistes partent s'installer au Royaume-Uni. Ils décrivent très clairement leurs motifs d'exil parmi lesquels<sup>60</sup>:

- La durée du temps de travail et le nombre de patients à prendre en charge par jour
- La solitude dans la prise en charge

### **Des lacunes dans la permanence des soins**

Il en découle très naturellement un autre problème auquel les gériatres sont sensibles : la permanence des soins. Ainsi, compte tenu du fort déséquilibre entre la demande et l'offre de soins d'urgence, l'organisation de la permanence des soins est, d'ores et déjà, problématique voire inexistante dans certains territoires déficitaires<sup>42</sup>.

---

<sup>57</sup> INSEE – Principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour 100 séances de médecins selon l'âge

<sup>58</sup> Young J. – Delirium in older people – Clinical Review – BMJ – volume 334 - 21 avril 2007

<sup>59</sup> Schuster R.J. – Physician Cardiovascular Disease Risk Factor Management Practices in France vs the United States – The Journal of Clinical Hypertension – Vol. 13 N°1 – January 2011

<sup>60</sup> Ballard K. - Why GP from France choose to work in London practices a qualitative study - British Journal of General Practice - October 2004

### **Qualité de prévention et ruralité**

Enfin les gériatres soulignent que l'offre de soins est plus faible en milieu rural. De ce fait les médecins ont moins le temps pour faire de la prévention qu'en ville. Il s'agirait en fait d'une idée reçue. Une étude<sup>61</sup> parue dans la revue *Health Policy* a étudié les caractéristiques propres aux médecins influant la prise en charge préventive des facteurs de risques cardio-vasculaires et de la vaccination. Au total il existe une tendance à une diminution de la prise en charge préventive dans les milieux urbains versus le milieu rural.

Probablement dû justement à la plus faible offre médicale en milieu rural, un meilleur suivi médical est permis. La prévention nécessite une relation durable entre le médecin et son patient. Elle s'intègre mieux dans un suivi que dans des consultations ponctuelles. La fidélité médecin-patient est alors un déterminant de meilleur suivi et de prévention.

### **Un forfait de consultation pour une prise en charge globale ?**

Une des solutions souvent avancée par les gériatres pour permettre de palier à ce problème de gestion du temps des consultations passe par des forfaits de consultations adaptées selon les problèmes abordés.

Le rapport Hubert<sup>42</sup> mettait en évidence un consensus qui semblait se dégager tant parmi les professionnels de santé qu'au sein des administrations ou des organismes financeurs. Un paiement de type forfaitaire pourrait rémunérer les activités de prévention, d'éducation thérapeutique.

Il faut alors définir la population cible et le périmètre de ces actions sous peine d'en voir considérablement croître le coût..

D'autres domaines étaient soulignés pour l'éligibilité à cette forfaitisation ; le temps de coordination entre professionnels de santé, le coût de la structure et le paiement des personnels affectés, le suivi des maladies chroniques et la performance induite par cette démarche.

---

<sup>61</sup> Pelletier Fleury – Determinants of preventive services in general practice a multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France – *Health Policy* 81 – 2007 - p. 218 – 227

Il est toutefois important de signaler qu'après la rédaction de ce rapport en novembre 2010, aucune proposition n'a été appliquée. Mme Hubert signale : « *Très sincèrement, je ne suis pas satisfaite. Mon rapport avait reçu un bon accueil non seulement sur le contenu des propositions mais aussi et surtout sur la démarche qui avait été comprise par la profession, les étudiants par les associations de patients et les élus locaux... [...] Un consensus était possible mais les choses ne se sont pas enclenchées* <sup>62</sup>».

### **Une cohérence pluridisciplinaire par les réseaux**

La pluridisciplinarité est une condition à une bonne prise en charge globale selon les gériatres. Cette pluridisciplinarité s'articule autour d'une cohérence d'action entre les différents intervenants.

Alors que beaucoup de contraintes freinent cette pratique, elle doit être encouragée.

Le cloisonnement des systèmes d'information entre la ville et l'hôpital est encore trop important. Des applications concrètes comme la transmission de compte rendus d'hospitalisation, les résultats des examens complémentaires, d'avis spécialisés, des prises en charge communes par un réseau de professionnels de santé, des diffusions de protocoles de soins et des préconisations thérapeutiques aux professionnels intervenant au domicile d'un malade<sup>42</sup>...

Ce sont des points évoqués par les gériatres et qui améliorerait très concrètement les prises en charge en plus d'optimiser les délais.

Alors que le travail dans la pluridisciplinarité est souhaitée par les médecins, et notamment les internes en médecine générale<sup>63</sup>, des outils sont déjà mis en place par endroits. Les réseaux en font partie.

### **Vieillesse et précarisation**

---

<sup>62</sup> Le quotidien du médecin – N°8977 – Mardi 7 Juin 2011 - p.2

<sup>63</sup> ISNAR IMG - Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale – 2 juillet 2010 – 1<sup>er</sup> janvier 2011

Les réseaux de santé sont donc un outil intéressant pour cette population. Cependant, il faut être clair sur le rôle du réseau. Les gériatres ont fortement insisté sur l'importance d'anticiper les facteurs de risques des populations pour éviter le passage en des états morbides. En définitive, il est question d'anticiper la « précarisation » d'une population vieillissante.

« La Précarité est vue ici comme un état en mouvement, où la notion de temps est primordiale. Car en effet, une situation de précarité vue comme statique et répondant à des caractéristiques fixes ne saurait répondre à la complexité de ces situations [...] La personne perd ses repères et n'arrive plus à se raccrocher à des soutiens <sup>64</sup>».

Ces soutiens constituent les ressources du patient. Elles lui sont internes, somatiques, psychiques, moral,..., ou liées à son environnement familial, social, culturel,... La personne se retrouve en équilibre entre ses différents points de structure. En cas de modification d'un ou plusieurs paramètres, l'équilibre peut se déplacer vers un nouvel équilibre qui peut tout à fait lui convenir ; ou bien il peut apparaître un déséquilibre ou même une rupture brutale de tout équilibre ; c'est à ces niveaux que les risques de situation de précarité peuvent apparaître si les soutiens et la résistance personnelle à l'adversité ne sont pas suffisamment forts<sup>64</sup>.

### **Du bon usage des déterminants de santé**

Le but est alors d'identifier ces paramètres que l'on nomme déterminants de santé. Ainsi, *«il devient possible de passer d'une médecine de dépistage à une médecine de repérage où, dans le cadre de la consultation tout venant, il s'agit de repérer les personnes qui présentent des risques ou des cumuls de risques s'avérant des facteurs déterminants<sup>65</sup> ».*

Il s'agit comme le demande les gériatres d'anticiper les problèmes par *« une véritable mission de vigilance que constitue cette approche de patients à risque. Reliant les différents*

---

<sup>64</sup> TUDREJ B. – Précarité, analyse d'un concept – Mémoire Master 1 Recherche en Ethique Médicale – LEM Université Descartes Paris V – 2006-2007

<sup>65</sup> Boëtsch, Hervé, Rozenberg – Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé – De Boeck – 2007 – Prise en charge médicale et sociale des corps meurtris et des esprits vulnérable – Expérience d'un réseau de santé ASDES – Hervé Ch

*professionnels et établissements de santé autour d'un patient sans se substituer à eux, véritable dynamique de prise en charge, elle doit être engagée et entretenue par une équipe de coordination forte du réseau dont la mission d'assistance aux professionnels devient alors particulièrement complexe <sup>65</sup>».*

*Elle passe par une « prise en charge multifocale axée sur les problèmes de santé. Ces problèmes de santé jouent le rôle de porte d'entrée pour une prise en charge médicale et sociale<sup>66</sup> »*

Or à ce jour, les évaluations gériatriques qui ont lieu dans les services de gériatres, sous le nom d'Evaluation Gériatrique Standardisé<sup>67</sup> (cf. [Annexe 12](#)), ne tiennent compte que des capacités fonctionnelles et cognitives et de l'état nutritionnel des patients. Elle ne s'intéresse aucunement aux déterminants psycho-sociaux et environnementaux de santé vus dans les plans *Bien Vieillir* et *Healthy Aging*. Bien que ces déterminants soient parfois pris en compte dans les services pour décider des options thérapeutiques de leurs patients, ils n'apparaissent pas dans le document de référence.

Nous voyons bien dès lors l'apport essentiel d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le but de ce système est alors de mettre en réseaux à partir de structures existantes « *les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins <sup>68</sup>».*

### **La santé publique clinique**

*« Il s'agit d'une nouvelle vision éthique de la médecine incluant désormais les facteurs préventifs individuels et même familiaux dans une prise en charge spécifique liée aux particularités de ces populations <sup>65</sup>».*

---

<sup>66</sup> Hervé Ch., Moutel G. - Réseau ASDES, *Ethique et Réseau ASDES*

<sup>67</sup> Evaluation gériatrique standardisée – CH Camille Guérin Châtellerauld

<sup>68</sup> Revue Actualité et Dossier en Santé Publique n°12 septembre 1995, *La Santé : se loger, se nourrir, se soigner...*, p. XII à p. XXI

Cette démarche de prise en charge globale de la personne, que le médecin explore lors de son interrogatoire devant des signes cliniques parfois aussi peu significatifs que la douleur, la fatigue ou la dépression, est inclus sous le terme de Santé Publique Clinique.

Cette démarche répond aux objectifs présentés par le Code de la Sécurité Sociale sur les réseaux<sup>69</sup> : Page | 60

- promouvoir de nouvelles formes de prise en charge des patients,
- organiser un accès plus rationnel au système de soins,
- organiser une meilleure coordination de la prise en charge que ce soit dans le domaine des soins ou dans celui de la prévention,
- maîtriser l'évolution des dépenses de soins.

Nous avons pu voir dans l'introduction que ces déterminants de santé existent pour la population de 50 à 75 ans. Ils ont été largement étudiés et diffusés à l'aide des plans *Bien Vieillir* et *Healthy Aging* à l'échelle Européenne. Nous sommes donc en mesure de les utiliser sous la même forme que le fait le réseau ASDES auprès des personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, ce travail de veille auprès de la population vieillissante et parce qu'elle concerne une prise en charge globale de la personne, s'intéresse aussi à l'entourage des patients. Ce qui est particulièrement intéressant pour dépister et prendre en charge les syndromes d'épuisement de l'aidant.

### **La place des proches ?**

Le médecin a là aussi un rôle fort à jouer car souvent, le « malade (est) beaucoup plus opposant à sa famille qu'au médecin<sup>10</sup> ». Il doit donc réaliser une alliance thérapeutique avec

---

<sup>69</sup> Code de la Sécurité Sociale, Réseaux Article 162-31-1

le patient bien-sûr mais aussi avec les aidants. « *La place des proches dans le care est essentielle et représente une part essentielle, voire la part majoritaire de la prise en charge*<sup>70</sup> ». Le *care* englobe des tâches domestiques, sanitaires, sociales qui ne sont pas aisément discernables, confondues qu'elles sont dans les pratiques. Ce travail domestique de santé contient trois dimensions : affective et relationnelle, cognitive, pratique<sup>70</sup>.

En effet, alors que les proches jouent un rôle central dans la prise en charge, il faut être capable d'évaluer avec eux leurs limites et les améliorations à apporter dans les soins.

Ce d'autant que « Les durées de consultation raccourcissent. La figure du médecin de famille – et sa connaissance de l'intimité des personnes et des familles - s'estompe. Plus que jamais, les connaissances et les compétences de l'entourage d'une personne malade sont déterminantes<sup>71</sup> ».

La prise en compte et en charge de l'entourage va devenir de plus en plus importante car « *On va pouvoir arriver à être aidant et aidé. Il ne faut pas penser que ce sont toujours les plus jeunes qui vont être les aidants des plus vieux*<sup>72</sup> ».

### **L'illusion du vieillir jeune**

Toutefois il existe avec le vieillissement une particularité, que l'on ne retrouve pas avec les situations de précarité et de pauvreté ; il s'agit du vieillissement physiologique.

En effet, un des géiatres (G8) insiste très lourdement sur la méconnaissance de la population sur le vieillissement : « les gens pensent qu'ils vont vieillir jeune. C'est faux ! ».

En effet, nous avons tendance à nous tromper sur le vieillissement en bonne santé. Il ne s'agit pas d'effacer les traces du vieillissement mais de repousser la sénescence. Sénescence

---

<sup>70</sup> La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? – Rencontre du SIRS-INSERM - 31 mars 2005, Paris ; Cresson G. – La famille comme unité permanente dans le travail soignant

<sup>71</sup> La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? – Rencontre du SIRS-INSERM - 31 mars 2005, Paris ; Chauvin P. – Introduction au débat

<sup>72</sup> MOUTEL Grégoire – cours M2 2010-2011 – Information des patients et de leurs proches en situations

que nous ne serons éliminer ; c'est un processus naturel qu'il ne faut pas dissimuler, mais que nous devons apprivoiser. Il faut apprendre à vivre avec afin d'optimiser ses ressources pour profiter au maximum d'une vie bonne.

Cependant nous n'envisageons le vieillissement que comme une définition négative. Nous n'en parlons qu'en termes de perte de compétence. Or, comme « Les notions telles la santé, la souffrance, le fonctionnement correct du corps et de l'esprit ont un statut normatif, ce qui impose des devoirs : ma maladie conditionne une revendication légitime à l'égard d'autrui que mes caprices, mes désirs ne légitiment pas<sup>73</sup>».

C'est pourquoi la médicalisation du vieillissement permet aussi de légitimer les limites qu'entraîne la sénescence. Mais en parallèle cela modifie fondamentalement notre rapport au vieillissement. Dès lors nous le percevons comme une maladie qu'il faut combattre et non plus comme une évolution naturelle à laquelle il faut s'adapter. Le vieillissement doit quelque part s'appréhender comme une pathologie chronique. Il est question de réussir à gérer ce qui nous échappe. Mais il nous confronte à la perte de l'illimitation du possible.

Le vieillissement peut aussi aller jusqu'à un état de dépendance, sans pour autant qu'il soit pathologique. Or « la notion de dépendance est basée sur la présence d'altérations physiques et/ou mentales qui donnent lieu à des réductions de [...]. Il s'agit donc d'une notion négative, une notion par perte de compétence. Et de ce fait, cette situation exige une réponse à ces besoins physiques élémentaires. Toutefois, cette notion exclut alors les besoins affectifs, socio-économiques, les désirs de la personne et les changements dans les attentes et les valeurs<sup>9</sup>».

### **Du médico-social pour une prise en charge globale**

C'est là qu'intervient la notion du Care. A la différence du Cure qui répond à une maladie, le Care peut intervenir à tout moment et fait intervenir une prise en charge globale incluant le médical, le social et l'environnement.

---

<sup>73</sup> GUBET LAFAYE Catherine – La droit à la santé au prisme des capacités de base

Ce d'autant que les personnes âgées articulent de manière complexe l'âge, la pathologie des personnes et leur mode de vie. « Ce sont les conséquences sociales des pathologies qui distinguent spécifiquement les patients âgés, ce qui pose la question d'une modification de l'objet de travail des généralistes <sup>50</sup>».

Au cours de l'enseignement de médecine générale en France, la prise en charge globale des patients tient un point marquant. Nous pouvons noter qu'au cours du premier séminaire pour les internes de médecine générale de la faculté de Poitiers (Poitou-Charentes) les enseignants insistent fortement sur l'importance de réaliser des diagnostics de situation sur la base du modèle OPE (Organique, Psycho-social, Environnemental)<sup>74</sup>. Il est donc question de s'interroger sur les représentations du patient, ses comportements face à la santé et aux médecins, à ses croyances ; et aussi sur son cadre familial, culturel, social,... Cette démarche est reprise comme modèle au long de l'ensemble des autres enseignements du cursus.

Par ailleurs, on retrouve cette problématique de diagnostic de situation parmi les 11 compétences du médecin généraliste<sup>74</sup>, qui définissent les acquisitions fondamentales à pourvoir. Elles ont été inspirées des conclusions de la WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) en 2002<sup>75</sup>.

Au total, alors que la part sociale de la santé est définie par la WONCA et qu'elle fait partie intégrante de la formation des jeunes internes, les médecins généralistes « semblent peu sensibles aux inégalités sociales de santé à l'intérieur de cette population, alors même que les inégalités sociales préexistantes se maintiennent au grand âge<sup>50</sup> ».

La lutte contre les inégalités sociales n'a d'ailleurs pas été évoquée par les gériatres au cours des entretiens.

---

<sup>74</sup> Séminaire Démarche médicale en médecine générale - Département de médecine générale, Faculté de médecine de Poitiers – TC1 – 2010-2011

<sup>75</sup> La définition Européenne de la médecine générale – Médecine de famille – WONCA Europe 2002

De plus en plus, la santé cesse d'être un absolu inatteignable pour devenir un objectif dont la satisfaction se laisse mesurer par l'atteinte des conditions d'accessibilité de l'individu aux biens sociaux ; tels que le diplôme, l'emploi, le revenu, mais aussi la vie de famille, le sport, les loisirs, la culture, l'épanouissement social jugé normal compte tenu de la normativité sociale ambiante<sup>76</sup>.

### **La santé : jouir de capacités**

C'est Amartya Sen qui propose d'appréhender la pauvreté comme une privation des capacités élémentaires et non, selon la norme habituelle, comme une simple faiblesse des revenus<sup>77</sup>. Dès lors, dans le domaine de la santé, il s'agit à travers l'approche par les capacités de proposer une conception alternative des besoins premiers en santé, fondée sur la capacité de réaliser ce que l'on souhaite, de permettre l'illimitation du possible<sup>73</sup>. Cela concerne la part de « la santé-il ». En regard, intervient les capacités de la personne, ce qu'elle souhaite réaliser. On présente ainsi une part objective et subjective de la santé. La santé résulte alors de la rencontre entre ce que je peux et ce que je veux.

Cependant, ce principe dit qu'il ne suffit pas de distribuer équitablement des biens, des droits à la santé, pour être de ce fait équitable : il faut s'assurer que ces droits puissent être convertis par ceux qui en sont pourvus en possibilités réelles et concrètes de choix d'action<sup>76</sup>.

La notion de droit des malades intervient alors. Chaque patient est en droit de bénéficier d'un accès à un système de soins de qualité. Cependant, J.P. Pierron nous alerte sur un risque de dérive qu'il faut penser : « La définition claire de droits des malades n'est-elle pas également l'instrument grâce auquel lutter contre l'illusion d'un droit à la santé, comme si droit de la santé et droit à la santé était synonymes ?<sup>78</sup> ». Effectivement, ne nous trompons

---

<sup>76</sup> Hervé Ch. – La Santé et la médecine – Cours de Master 2 – Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

<sup>77</sup> Sen A. - Un nouveau modèle économique - Odile Jacob Ed. – 2000

<sup>78</sup> Pierron J.P. – Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins – Sciences Sociales et Santé, vol. 25, N°2, Juin 2007

pas d'objectif. L'accès à un système de santé de qualité ne signifie pas non plus que tout ce qui est réalisable doit systématiquement être réalisé.

### **La notion de soin**

En effet, la propre notion de soin implique une dualité. « Tout d'abord le soin en tant qu'objet, le soin comme traitement. Puis le soin subjectif comme une attention ou un accompagnement. Ces deux soins sont tous deux nécessaires. On exerce toujours un soin et sur quelqu'un. Or n'exercer que l'un des deux c'est mutilé (le soin) ou être mutilant (la personne)<sup>79</sup> ».

C'est pourquoi, un système de soins de qualité ne doit pas se contenter d'une simple offre technique. Nous ne devons pas substituer le patient usager du système de santé en un consommateur de soins<sup>78</sup>.

Or, la biomédecine, par son extraordinaire développement, a progressivement achevé d'accomplir la possession de son corps propre au sujet en exilant toujours davantage la subjectivité corporelle au profit de l'objectivité scientifique. S'est opérée une puissante abstraction de la chair, où il faut entendre le remplacement de la richesse qualitative d'un vécu par le calcul quantitatif de données observées<sup>15</sup>.

Alors que l'on fait passer des examens de laboratoire, ce n'est qu'après qu'on se souvient que les nombres devaient signifier des souffrances.

### **Maîtriser sa santé, un fantasme**

Le malade est acteur de sa propre santé, on en fait un consommateur responsable, informé, conscient du rapport coût-bénéfice de chacune des options qu'on lui propose. Du coup, naît de manière irrépessible que le corps est maîtrisable, que la nature n'est pas invincible et que le hasard n'existe pas<sup>76</sup>.

---

<sup>79</sup> WORMS Frédéric, Le moment du soin, à quoi tenons-nous ? <http://www.youtube.com/watch?v=rRmzvAOawqw>

Ce fantasme de maîtrise a partie liée avec un consumérisme biologique et sanitaire qui lui-même repose sur une abstraction de la chair.

La santé, comme le corps est le lieu de l'expression de la capacité individuelle au contrôle de soi. Au cours d'un dualisme entre la confrontation d'un corps vieillissant et du refus de ses limites. Le corps devient l'objet de soin où le vieillissement ne doit plus se voir. « Le corps est le lieu d'expression de la volonté, de la force ; exhiber un corps bien maîtrisé, c'est la preuve de la capacité d'un individu à assurer un contrôle sur sa propre vie<sup>80</sup>».

### **La médecine dicte-t-elle la norme sociale ?**

C'est tout le thème aujourd'hui banalisé et dont les analyses de Foucault restent la matrice de la nouvelle police des corps, de cet hygiénisme généralisé qu'on voit s'installer autour de nous et qui produit d'immenses effets de normalisation sociale (le biopouvoir)<sup>76</sup>.

La science médicale n'est plus tant appelée à soigner les corps individuels qu'à « normer » le corps social.

Autrement dit, le diagnostic des pathologies sociales est en train de supplanter sous nos yeux la bonne vieille critique des injustices sociales.

La médecine qui promet la régénération des tissus et organes pathologiques, soit pour cause génétique soit par vieillissement, fait promesse d'immortalité ou au moins d'un dépassement (ou d'une optimisation) des limites antérieures de la finitude<sup>76</sup>.

Un discours extraordinairement non critique se joue allègrement de la finitude humaine.

C'est l'infraction éthique caractérisée : l'on ne fait aucunement miroiter (dans les discours) la lutte contre la maladie mais contre la finitude elle-même<sup>76</sup>.

### **Prévention ou méliorisme ? La question du seuil**

Ce pose alors la question fondamentale du seuil. Lorsque l'on cherche à réaliser un dépistage précoce et la veille des déterminants de santé, quelle est la limite d'action entre l'acceptabilité du vieillissement physiologique et ce qui pourrait être évité au nom du méliorisme. Ceci pose le problème de la prévention en excès. A force de prévoir de plus en

---

<sup>80</sup> Marzano M. – Introduction à la philosophie morale – Cours de Master 2 – Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

plus et de plus en plus tôt ne cherchons nous pas à refuser le vieillissement ? Le seuil se retrouve probablement entre les deux. C'est là qu'intervient l'importance de la Clinique. La médecine doit agir de façon personnalisée et non pas systématique. Il s'agit d'être au maximum dans la justesse plus que la justice. En toile de fond se place le colloque singulier médecin-patient et la question au centre de la consultation : que veut-on ensemble pour arriver à une vie bonne avec et pour les autres dans le cadre d'institutions justes<sup>81</sup> ?

### **Santé-je, santé-tu, santé-il, santé-nous, une alternative**

C'est ainsi que certains auteurs ont récemment réfléchi sur la notion de santé. Mark Hunyadi propose ainsi de caractériser 4 notions de santé qui doivent cohabiter<sup>15</sup> :

- la Santé-JE : caractérisant la santé vécue (le *lieb*) , le sentiment subjectif de la personne dans la relation de soi à soi, sa corporéité
- La Santé-TU : caractérisant la santé thématifiée (de ce que l'on en dit) là où viennent s'entrecroiser le vécu du malade et le savoir du médecin... et son dire. Elle se situe au cœur du colloque singulier, où l'interlocution est offerte ou livrée à autrui, dans un rapport de confiance où la parole joue un rôle essentiel
- La Santé-IL : caractérisant les programmes sanitaires de santé des politiques publiques. Elle est indépendante de toute interlocution directe et de toute confiance accordée. La santé se fait objet.
- La Santé-NOUS : caractérisant une pluralité de facteurs définissant notre identité par rapport à la santé

### **Le patient au centre, une exigence éthique**

Il est donc urgent de recentrer la médecine et la santé autour du patient dans sa singularité.

« Il devient nécessaire de prendre en compte la singularité de la personne souffrante. C'est à ce prix que le médecin peut accomplir sa tâche de façon éthique<sup>65</sup> ».

La notion de santé doit garder sa nature herméneutique en fonction de ce que nous sommes et désirons être, même si la biologie peut-être utile car maîtrisée, l'éthique est alors tout sauf un fatalisme<sup>76</sup>.

---

<sup>81</sup> Ricœur, P. - *Soi-même comme un autre*, Paris le Seuil, 1990

Cette visée d'éthique médicale est une considération majeure de la santé publique clinique.

La part de l'autonomie des patients reste fondamentale. Cette prise en charge globale fait que « la personne n'est plus seulement un malade, par l'autonomie qui lui est accordée, mais elle est une personne par l'assistance que la prise en charge globale et son suivi permettent de réaliser<sup>65</sup> ».

Et ceci tout au long d'une prise en charge au long cours. Ce d'autant qu'il n'existe pas d'exception gériatrique à la règle du consentement<sup>82</sup>.

### **Dépendance ou handicap ?**

Un versant plus problématique se présente alors face à ces éléments descriptifs de la santé. La vision de la santé comme la possibilité de jouir de capacités renforce une problématique que nous avons déjà soulevée : celle de la médicalisation du vieillissement. En effet, nous avons vu que le vieillissement était perçu comme une pathologie à combattre. D'ailleurs, certains auteurs soulignent le fait que la séparation entre dépendance et handicap est particulièrement marquée chez les personnes âgées.

« Pas plus qu'on ne doit ignorer que les personnes ayant des déficiences depuis leur jeunesse vieillissent — comme les autres —, on ne peut admettre qu'après 60 ans, en France, les personnes ne puissent pas connaître « le handicap », mais seulement « la dépendance »<sup>83</sup> ».

### **« Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde » A. Camus**

« Le terme vieillissement donne également lieu à des glissements sémantiques fréquents. Le vieillissement ne surgit pas soudain à partir d'un certain âge ; c'est un processus lié au temps entraînant une perte d'adaptabilité. De cette perte d'adaptabilité peut résulter un état de désavantage (handicap) et l'âge ne modifie en rien cette situation : les personnes qui ont une déficience [...] ont un degré de handicap variable selon l'importance de la

---

<sup>82</sup> SAINT JEAN O. - Ethique et Alzheimer le point de vue du clinicien - Cours de Master 2 - Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

<sup>83</sup> Colvez A. – Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts – Les personnes âgées en situation de dépendance – adsp n°56 septembre 2006 – p. 18

déficience, l'étendue des compensations qu'elles ont acquises, et en fonction des obstacles et des exigences de la vie sociale. La définition du handicap reste la même<sup>83</sup>».

### **La perception de la qualité du vieillissement au cours des âges**

Le rapport que nous entretenons avec le vieillissement est très clairement lié à notre âge et à notre état de santé. En effet, jeune, le vieillissement fait peur, nous craignons ce qui est naturel et faisons appel à la médecine pour résoudre et tenter d'anticiper ce processus. Nous imaginons la perte d'autonomie, la dépendance et les maladies liées à l'âge comme l'abandon de ce qui nous rend heureux. Or il ne faut pas oublier qu'à chaque âge, et à chaque situation de vie répondent des valeurs différentes.

Le risque est alors de préjuger de la qualité de vie ou du bonheur relatif des autres. En effet, « est-il légitime de s'ériger en juge du vieillissement réussi d'autrui ? Si l'on applique les critères des auteurs [Strawbridge, Wallhagen et Cohen dans «Successful aging and wellbeing : self-rated compared with Rowe and Kahn », *The Gerontologist*, 42, 6, 2002, pp. 727-733.], seule une minorité de personnes réussit son vieillissement. Quand on considère en revanche l'avis des vieillards eux-mêmes c'est alors une moitié environ d'entre eux qui portent un jugement positif sur leur vie et qui expriment un sentiment de bien-être<sup>6</sup> ».

En effet, la qualité de vie reste une valeur très subjective et qui n'est aucunement liée à l'importance d'une déficience ou d'une incapacité. La qualité de vie perçue par les patients leur est propre et doit leur être reconnu. C'est l'expérience du *Disability Paradox*<sup>84</sup> où l'on s'aperçoit que l'entourage et les soignants sous-estiment la qualité de vie perçue par les patients en situation de handicap. Ce constat n'a pas été abordé par les gériatres au cours des entretiens. Y sont-ils sensibilisés ? Comment en prendre compte en pratique clinique ?

### **L'identité narrative au secours de la personne**

Il faut réussir à changer de regard sur les personnes vieillissantes. Il faut apprendre à respecter la personne dans ses nouvelles valeurs, dans ce qui fait qu'elle change tout en

---

<sup>84</sup> Albrecht G, Devlieger P. – The disability paradox : high quality of life against all odds – *Social Science & Medicine* 48 – 1999 – p. 977-988

restant la même. C'est par le respect continué de son identité narrative que l'on poursuit le respect de l'autre en tant que personne et non seulement en tant que malade vieillissant.

« En effet, l'histoire du malade ne s'arrête pas aux portes de la maladie ou de la maison de retraite : il appartient à nous tous – soignants, travailleurs sociaux – de poursuivre la narration de l'identité du malade<sup>85</sup> ».

---

<sup>85</sup> Gil R., Paccalin M. – Ethique et recherche en Poitou-Charentes – Assises régionales Alzheimer – DRASS Poitou-Charentes – 25 juin 2009

# Conclusion

---

Le vieillissement est dans notre société un enjeu considérable ; impact économique bien sûr mais aussi sanitaire, social, culturel et philosophique. Face à l'allongement de la vie, nous souhaitons tous prolonger notre espérance de vie sans incapacité. Affolés par notre finitude, nous essayons constamment de lutter contre le vieillissement ; le vieillissement ne doit pas se voir ; nous faisons alors appel à la médecine pour nous fournir crèmes et chirurgie pour effacer les stigmates du temps. Mais le temps passe et nous nous trompons de combat. Au lieu de lutter contre la maladie, nous luttons contre la vie.

*En ce temps-là, la vieillesse était une dignité ; aujourd'hui, elle est une charge*

F.R. de Chateaubriand

Le vieillissement est un processus biologique de vie ; il est naturel et inévitable. Le cacher ne nous aide pas à l'appréhender. Au lieu de refuser de vieillir nous devons apprendre à bien vieillir.

Cela passe par un système de veille sanitaire où le médecin traitant doit jouer un rôle central d'anticipation qui débute bien avant le troisième âge. Il est l'interlocuteur privilégié des patients de part sa proximité ; il peut être à même de réaliser des diagnostics de situations pertinents pour comprendre les patients dans leur singularité et les prendre en charge dans leur globalité. Avec l'aide des gériatres qui le sensibilisent, il doit rechercher les déterminants de santé spécifiques à cette population qui la rende vulnérable et plus à risque.

Clairement, les gériatres sont sceptiques sur la réalisation de ce principe au vu de la structure du système des consultations en médecine générale. Une modification des pratiques est donc nécessaire. Nous savons quoi faire, nous savons que nous ne le faisons pas, nous savons que cela apporterait des bénéfices individuels et collectifs. Nous sommes au plein cœur d'un problème éthique.

Après avoir interrogé des médecins généralistes pour comprendre leur perception de cette problématique, et des patients pour étudier leur perception de cette approche, nous devons repenser la prise en charge globale des patients. Le patient doit se trouver au centre d'un processus de santé qui tient compte de sa singularité et des données de santé publique.

La santé publique clinique nous permettra alors peut-être de renverser les propos de Chateaubriand en rendant aux personnes vieillissantes toute leur dignité.

# Résumé

---

## Introduction

Bien que la France possède la plus longue espérance de vie en Europe, et que son système de santé est considéré comme le meilleur au monde par l'OMS, l'espérance de vie sans incapacité n'est pas à la hauteur (10<sup>ème</sup> rang Européen). Il existe des plans nationaux et européens qui insistent sur l'importance du repérage et de la prévention des facteurs de co-morbidité à l'âge de 50 à 75 ans.

## Matériels et méthodes

Nous avons donc interrogé 8 gériatres au cours d'entretiens semi-directifs pour tenter de comprendre ce qu'il faudrait anticiper pour éviter l'accumulation des co-morbidités chez les patients gériatriques. L'étude a eu lieu dans 3 centres de la Vienne (Poitou-Charentes) de milieu rural, semi-rural et un CHU.

## Résultats

Il en ressort que pour les gériatres, le médecin généraliste a toute sa place à jouer dans ce processus. Il doit être le référent. Cependant, l'organisation du système de consultation ne lui permet pas d'amener à bien une prise en charge globale des patients. Peu de propositions ont été formulées pour en sortir (forfaits de consultation, consultation spécifique, réseaux).

## Discussion

Les réseaux de santé peuvent représenter une vraie solution à notre problématique. Par une prise en charge pluridisciplinaire et globale, le patient se retrouve au centre d'un processus singulier dans son intérêt et respectant les obligations de santé publique. Tout un travail sur la façon d'appréhender le vieillissement est aussi à réaliser. Il est trop alimenté de peur et de fantasmes.

## Conclusion

Afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité, le bien vieillir peut s'organiser autour du médecin généraliste et veiller à identifier les déterminants de santé. Une démarche auprès des généralistes et des patients permettrait d'en connaître plus sur leurs capacités, leur sensibilisation, leurs motivations et la place du patient au cœur d'un processus de santé publique clinique.

# Bibliographie

---

<sup>1</sup> Jagger C - Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005 a cross national meta-regression analysis - Lancet vol 372 december 2008

Page | 74

<sup>2</sup> OECD - Health at a glance Europe 2010 - résumé français

<sup>3</sup> WHO world health report 2000 - Annex Table 1 - Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures, estimates for 1997, p.153

<sup>4</sup> OECD - Joumard I. - Health Care systems efficiency and institutions - Economics department working papers N° 769 - Health care outcome data: amenable mortality and health care quality - p.16

<sup>5</sup> PADIS Marc-Olivier, L'âge et les nouveaux parcours de vie, Esprit, Juillet 2010

<sup>6</sup> LALIVE D'EPINAY Ch., SPINI D., Le grand âge : un domaine de recherche récent, Gérontologie et société - n°123 - décembre 2007

<sup>7</sup> Robert Bobée et Cadot - Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale - INSEE Première - N°1122 - février 2007

<sup>8</sup> LECLERC Annette, Les déterminants sociaux de la santé, DGS / IReSP--11/01/2010 - Actes du colloque Réduire les inégalités de santé - Ministère de la santé et des sports

<sup>9</sup> ANKRI J. Epidémiologie générale - Vieillesse démographique et état de santé de la population âgée

<sup>10</sup> OLLIVET Catherine, Les enjeux Alzheimer et maladies apparentées, Capacité de Gérontologie d'Ile de France - année 2008-2009

<sup>11</sup> Sabau C. Les personnes âgées dans les territoires ruraux : une double opportunité pour la création d'activités et d'emplois de service - Gérontologie et Société - n° 135 - décembre 2010 - p.241 et 242

<sup>12</sup> BERGERON Henri, Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques, Colloque Les Droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard, 1<sup>er</sup> mars 2007

<sup>13</sup> Sermet C. - La consommation médicale des personnes âgées - Capacité de Gérontologie Franciliennes, Gérontologie Sociale - 2010

<sup>14</sup> De Groot - How to measure comorbidity : a critical review of available methods. - Journal of Clinical Epidemiology 56, 2003, pages 221-229

<sup>15</sup> De Decker L. - L'indice de co-morbidité de Charlson - Annales de Gérontologie - Vol.2, N°3, septembre 2009

- <sup>16</sup> Plan National Bien Vieillir 2007-2008 – Présentation par le ministère
- <sup>17</sup> Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe (Version courte du rapport « Healthy Ageing »). Östersund : Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007
- <sup>18</sup> PICCOLI M. - Au-delà d'une définition, quels discours sur la maladie chronique en France en 2010 - Mémoire M1 - LEM – 2010 – p. 40
- <sup>19</sup> Healthy Ageing - A Challenge for Europe – Östersund. Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007–p 21
- <sup>20</sup> WHO - active ageing a policy framework - April 2002 – p. 20
- <sup>21</sup> J.W. Rowe, & R.L. Kahn, « Human aging usual and successful », Science, 237, 4811, 1987, pp. 143-149
- <sup>22</sup> La Santé en France 2002 – Haut Comité de Santé Publique – Janvier 2002
- <sup>23</sup> [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=719](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=719)
- <sup>24</sup> LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique – Journal Officiel – 11 août 2004
- <sup>25</sup> Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Direction régionale des affaires sanitaires et sociales – Janvier 2005
- <sup>26</sup> Objectifs de santé publique - Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions – Haut Comité de la Santé Publique – Avril 2010
- <sup>27</sup> ORS - Panorama de la santé en Poitou-Charentes - Démographie
- <sup>28</sup> ORS – Panorama de la santé en Poitou-Charentes – Etat de Santé
- <sup>29</sup> ORS – Panorama de la santé en Poitou-Charentes – Personnes âgées
- <sup>30</sup> Lepoutre Vallée Gelly – Prévention chez la personne âgée que disent les recommandations en cours – Référentiels – Médecine – Février 2011 – p.73 à 78
- <sup>31</sup> Blanquet M. - Measuring preventive procedures by french GPs - an observational survey – British Journal of General Practice – January 2011
- <sup>32</sup> Pelletier Fleury – Preventive service delivery A new insight into French general practice – Health Policy 83 – 2007 – p.268 à 276
- <sup>33</sup> Olazaran J. – Puede diagnosticarse la demencia en la Atencion Primaria ? – Atencion Primaria – 2011
- <sup>34</sup> Fantino B. – Primary care physicians' behaviors towards risk of iatrogenesis in elderly patients – Pharmacoeconomics and prescription – European Journal of Clinical Pharmacology – 2006 – 62 – p. 563 à 570

- 35 Milton J.C. – Prescribing for older people – BMJ - Volume 336 – 15 march 2008
- 36 Pr. CHATELLIER Gilles, Risque cardiovasculaire absolu : son intérêt, ses limites, Communication partenaires santé, prévention RCVA 2001, p.26
- 37 McMinn J. - Investigation and management if unintentional weight loss in older adults – BMJ – 2011
- 38 HENRY O. Facteurs de risques Vasculaires après 75 ans – Cours Gériatrie – Longue Vie et Autonomie
- 39 LAPALUS Claire, Evaluation nutritionnelle de la personne âgée de plus de 70 ans par le médecin généraliste en ville : enquête de pratique réalisée auprès de 140 médecins des Hauts-de-Seine, Thèse de Doctorat de médecine, 2010
- 40 Elkan R. – Effectiveness of home based support for older people systematic review and meta-analysis – BMJ – Volume 323 – 29 september 2001
- 41 Egger M. – Commentary When, where, and why do preventive home visits work ? – BMJ – Volume 323 – 29 september 2001
- 42 HUBERT E. Rapport sur la médecine de proximité – 2010
- 43 Parker&Conroy - Editorials - Poor inpatient care for older people - BMJ - Vol 342 - 19 march 2011
- 44 Lally FCP. Undergraduate training in geriatric medicine: getting it right. *Age Ageing* 2007;36:366-8.
- 45 Bartram L, Crome P, McGrath A, Corrado OJ, Allen, SC, Crome I. Survey of training in geriatric medicine in UK undergraduate medical schools. *Age Ageing* 2006;35:533-5.
- 46 Blundell AG, Gordon AL, Gladman JRF, Masud T. Undergraduate education in geriatric medicine — the role of undergraduate curricula. *Gerontol Geriatr Educ* 209;30:75-8.
- 47 Collège National des Enseignants de Gériatrie – Enseignement du 2<sup>ème</sup> cycle – Polycopié National
- 48 Programme ECN – Bulletin Officiel N°23 du 7 juin 2007 - ARRÊTÉ DU 2-5-2007 JO DU 10-5-2007
- 49 Moutel G., Lièvre A., Hervé C., *Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malade et la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient*, Paris, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, Faculté de Médecine Necker-Paris, Université Paris V, Document polycopié, 22 pages.
- 50 BLOY G., SCHWEYER F.X., Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale, Métiers Santé Social, Presses de l'EHESP, 2010

- <sup>51</sup> Turnbull F. – Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care the AusHEART study - European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation published online 11 February 2011
- <sup>52</sup> Arie S. – Calling time on the world’s best healthcare system – BMJ – Volume 342 – 19 march 2011
- <sup>53</sup> Binder Ph. *Comment aborder l’adolescent en médecine générale* - monographie sous la direction de Marcelli D. La Revue du Praticien – Tome 55 – N° 10 p 1073 – 31 mai 2005.
- <sup>54</sup> Kovess Masféty V. – What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey – BMC Public Health – 2007; 7
- <sup>55</sup> LE FUR Ph. Le temps de travail des médecins généralistes - Questions d’Economie de la Santé – N°144 – Juillet 2009
- <sup>56</sup> BREUIL-GARNIER et GOFFETTE – La durée des séances des médecins généralistes – Etudes et Résultats – N° 481 – Avril 2006 – DREES
- <sup>57</sup> INSEE – Principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour 100 séances de médecins selon l’âge
- <sup>58</sup> Young J. – Delirium in older people – Clinical Review – BMJ – volume 334 - 21 april 2007
- <sup>59</sup> Schuster R.J. – Physician Cardiovascular Disease Risk Factor Management Practices in France vs the United States – The Journal of Clinical Hypertension – Vol. 13 N°1 – January 2011
- <sup>60</sup> Ballard K. - Why GP from France choose to work in London practices a qualitative study - British Journal of General Practice - October 2004
- <sup>61</sup> Pelletier Fleury – Determinants of preventive services in general practice a multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France – Health Policy 81 – 2007 - p. 218 – 227
- <sup>62</sup> Le quotidien du médecin – N°8977 – Mardi 7 Juin 2011 - p.2
- <sup>63</sup> ISNAR IMG - Enquête nationale sur les souhaits d’exercice des internes de médecine générale – 2 juillet 2010 – 1<sup>er</sup> janvier 2011
- <sup>64</sup> TUDREJ B. – Précarité, analyse d’un concept – Mémoire Master 1 Recherche en Ethique Médicale – LEM Université Descartes Paris V – 2006-2007
- <sup>65</sup> Boëtsch, Hervé, Rozenberg – Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé – De Boeck – 2007 – Prise en charge médicale et sociale des corps meurtris et des esprits vulnérable – Expérience d’un réseau de santé ASDES – Hervé Ch
- <sup>66</sup> Hervé Ch., Moutel G. - Réseau ASDES, *Ethique et Réseau ASDES*
- <sup>67</sup> Evaluation gériatrique standardisée – CH Camille Guérin Châtellerauld

<sup>68</sup> Revue Actualité et Dossier en Santé Publique n°12 septembre 1995, *La Santé : se loger, se nourrir, se soigner...*, p. XII à p. XXI

<sup>69</sup> Code de la Sécurité Sociale, *Réseaux Article 162-31-1*

<sup>70</sup> La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? – Rencontre du SIRS-INSERM - 31 mars 2005, Paris ; Cresson G. – La famille comme unité permanente dans le travail soignant

<sup>71</sup> La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? – Rencontre du SIRS-INSERM - 31 mars 2005, Paris ; Chauvin P. – Introduction au débat

<sup>72</sup> MOUTEL Grégoire – cours M2 2010-2011 – Information des patients et de leurs proches en situations

<sup>73</sup> GUBET LAFAYE Catherine – La droit à la santé au prisme des capacités de base

<sup>74</sup> Séminaire Démarche médicale en médecine générale - Département de médecine générale, Faculté de médecine de Poitiers – TC1 – 2010-2011

<sup>75</sup> La définition Européenne de la médecine générale – Médecine de famille – WONCA Europe 2002

<sup>76</sup> Hervé Ch. – La Santé et la médecine – Cours de Master 2 – Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

<sup>77</sup> Sen A. - Un nouveau modèle économique - Odile Jacob Ed. – 2000

<sup>78</sup> Pierron J.P. – Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins – Sciences Sociales et Santé, vol. 25, N°2, Juin 2007

<sup>79</sup> WORMS Frédéric, Le moment du soin, à quoi tenons-nous ? <http://www.youtube.com/watch?v=rRmzvAOawqw>

<sup>80</sup> Marzano M. – Introduction à la philosophie morale – Cours de Master 2 – Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

<sup>81</sup> Ricœur, P. - Soi-même comme un autre, Paris le Seuil, 1990

<sup>82</sup> SAINT JEAN O. - Ethique et Alzheimer le point de vue du clinicien - Cours de Master 2 - Recherche en Ethique médicale – LEM – 2010-2011

<sup>83</sup> Colvez A. – Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts – Les personnes âgées en situation dépendance – adsp n°56 septembre 2006 – p. 18

<sup>84</sup> Albrecht G, Devlieger P. – The disability paradox : high quality of life against all odds – Social Science & Medicine 48 – 1999 – p. 977-988

<sup>85</sup> Gil R., Paccalin M. – Ethique et recherché en Poitou-Charentes – Assises régionales Alzheimer – DRASS Poitou-Charentes – 25 juin 2009

# Annexes

## Annexe 1 – Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 50 ans dans 25 pays européens

<sup>1</sup> Jagger C - Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005 a cross national meta-regression analysis - Lancet vol 372 december 2008

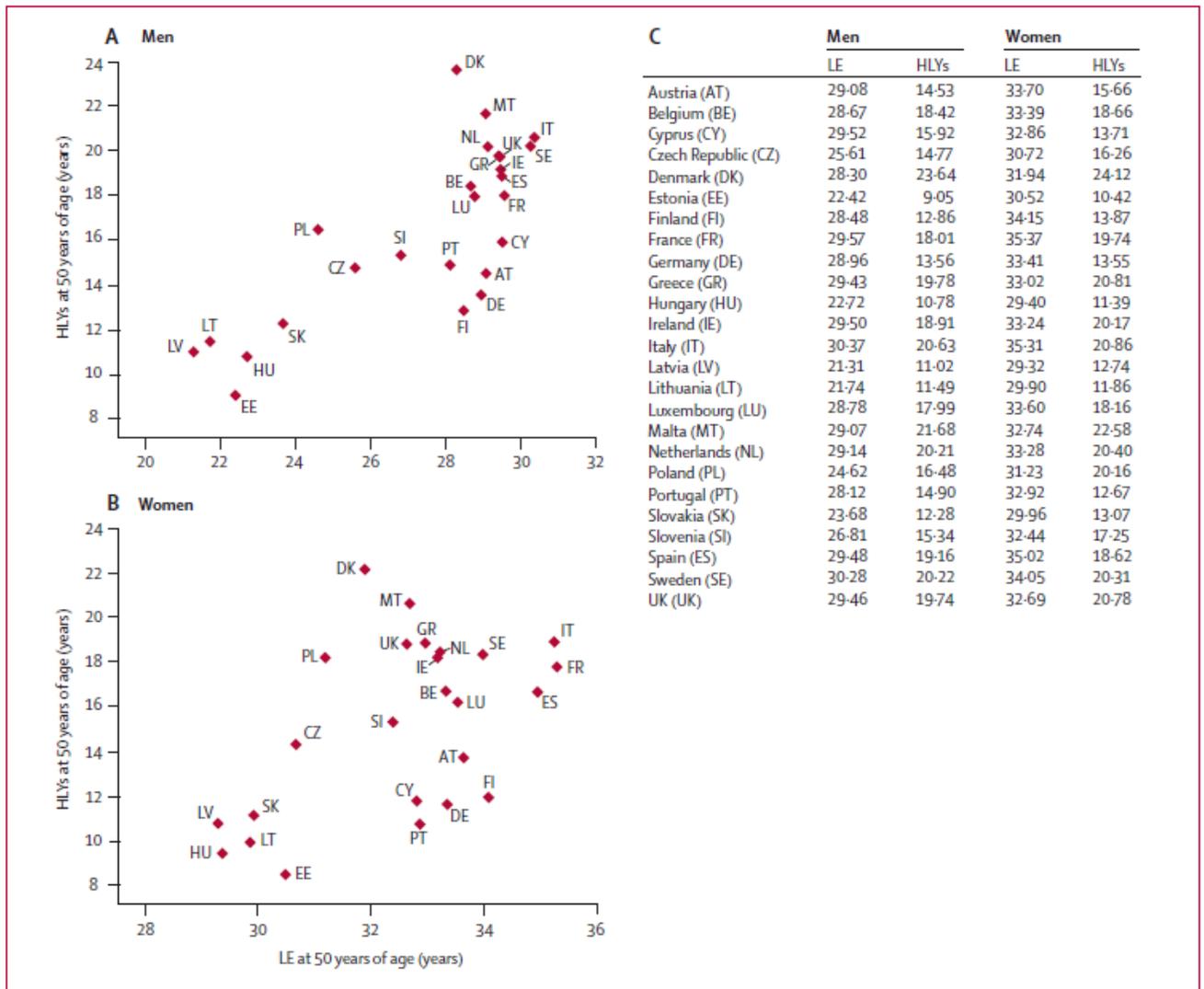


Figure 1: Life expectancy (LE) and healthy life years (HLYs) at 50 years of age for all EU countries  
HLYs=healthy life years. LE=life expectancy. (A) and (B) show scatter graphs for men and women, respectively. (C) Data for scatter graphs.

## Annexe 2 - Taux de Mortalité évitable en Europe selon les pays (Définie comme les décès survenus pour des pathologies prises en charges médicalement à temps)

<sup>4</sup> OECD - Joumard I. – Health Care systems efficiency and institutions – Economics department working papers N° 769 - Health care outcome data: amenable mortality and health care quality – p.16

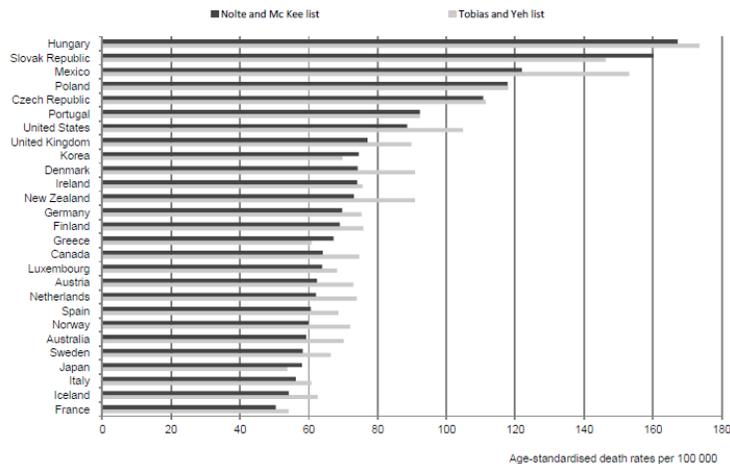
ECO/WKP(2010)25

### Box 2. Health care outcome data: amenable mortality and health care quality

#### Amenable mortality

Amenable mortality is defined as those deaths that are potentially preventable by timely and effective medical care. It is measured by age-specific mortality rates for selected causes of death (e.g. asthma below age 45). There is no universal definition, however, as the selection of death causes and age-limits often vary from one study to another. Nolte and McKee (2008) as well as Tobias and Yeh (2009) have proposed different lists of death causes and age-limits.<sup>1</sup> The OECD has compiled data for these two lists for as many countries as possible, with the results being broadly similar (Figure 4).

Figure 4. **Amenable mortality: international comparison using two different lists**  
All causes, 2006 or latest year available



1. Amenable mortality lists specify both causes of death and age-specific limits for each cause. Various lists exist, of which those developed by Nolte and McKee (2008) and by Tobias and Yeh (2009).  
Source: Preliminary OECD work.

In this paper, the data on amenable mortality, based on the list developed by Nolte and McKee (2008), have been used as an alternative to the crude mortality/longevity data when deriving efficiency estimates (see below). Still, relying on these data raises a number of issues. *First*, data are not available for Switzerland and Turkey, as well as for Belgium after 1999. *Second*, the definition of the causes of death that can be considered amenable to health care and associated age limits not only vary across studies, it may also vary over time. *Third*, the measure is sensitive to differences in diagnostic patterns, death certification and coding of causes of death. This may weaken cross-country comparability. *Fourth*, amenable mortality, like longevity indicators, does not account for health care interventions aimed at improving the quality of life without prolonging it (e.g. pain relief therapies and mental care).

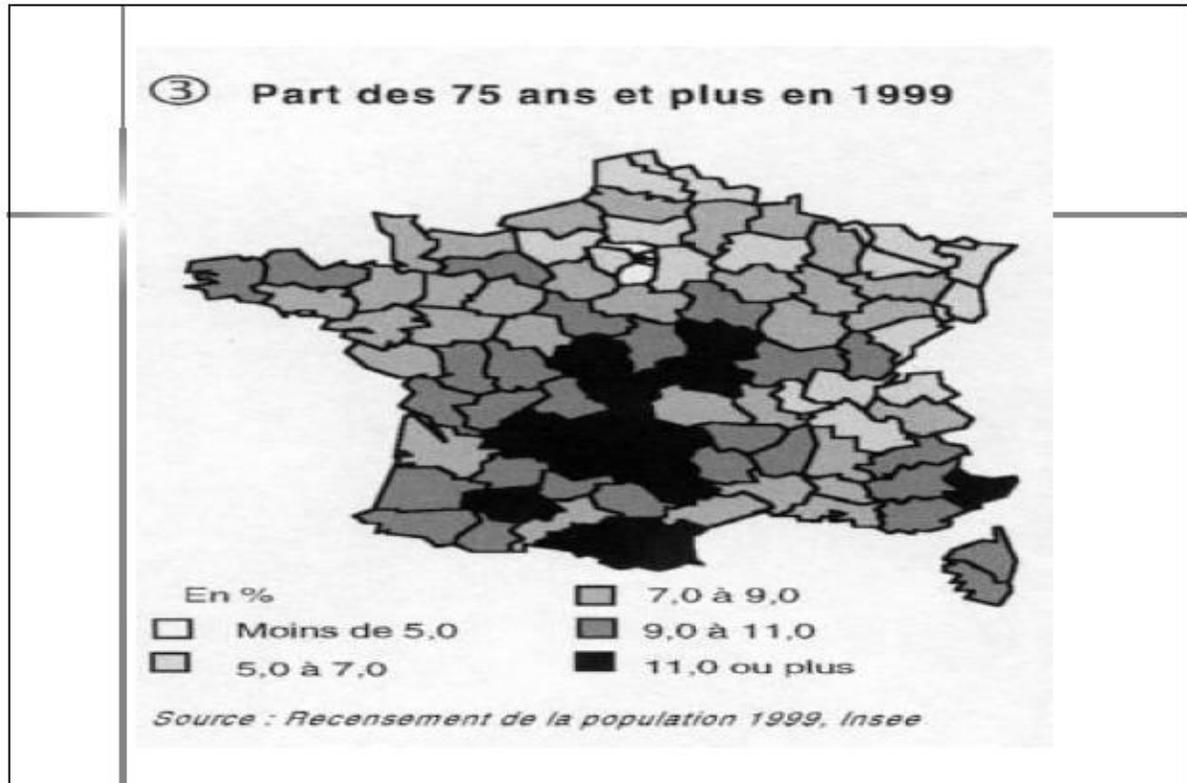
#### Health care quality indicators

Many OECD countries report quality indicators but the availability of internationally comparable data remains limited. To reduce this data gap, the OECD's Health Care Quality Indicators (HCQI) project, that started in 2001, is developing a set of indicators (Garcia Armesto *et al.*, 2007; Kelley *et al.*, 2007; Matkko *et al.*, 2006). The 2009 edition of *Health at a Glance* presents a selection of 23 HCQIs, including screening, survival and mortality rates for selected cancers, vaccination rates and avoidable in-patient admission rates for several chronic conditions. However, differences in definitions, sources and methods could blur international comparisons. In addition, data for many of these indicators are still lacking for a third or more OECD countries. As an illustration, data on survival rates for selected cancers are available for the same year for, at best, 11 countries. As cancer survival rates have increased rapidly over the last decade, drawing cross-country comparisons with such data may introduce significant biases.

\* According to the study by Nolte and McKee (2008), which covers 19 OECD countries, amenable mortality constitutes an important proportion of total mortality under age 75: it ranged from 15% for French males up to 36% for Greek and Portuguese females.

### Annexe 3 - Répartition géographique des personnes âgées en France

<sup>9</sup> ANKRI J. Epidémiologie générale - Vieillesse démographique et état de santé de la population âgée



## Annexe 4 – Caractéristiques des différents score de co-morbidités

14 De Groot – How to measure comorbidity : a critical review of available methods. – Journal of Clinical Epidemiology 56, 2003, pages 221-229

Table 1  
Comorbidity measures: main characteristics and study populations

Index	Items	Weights	Information needed	Final score	Adaptations	Study populations (n)
BOD index	59 diseases	0—Not present 1—Inactive 2—Mild 3—Moderate 4—Severe	Clinical assessment of symptoms, complications, need for and complexity of therapy	Sum of weights	None	Long-stay nursing home patients (194)
Charlson index	19 conditions	0—RR 1.2–1.5 1—RR 1.5–2.5 2—RR 2.5–3.5 3—RR 3.5–4.5 6—RR > 6		Sum of weights	—ICD-9 —Age —Patients with amputations —Questionnaire	Breast cancer (685), HIV+ (129), ICU (201), SCI (330), Stroke (106), Cancer (203), Several surgical procedures (>10,000), Heart disease (>10,000), Pneumonia (>10,000), Elective noncardiac surgery with diabetes or hypertension (218), Lower limb amputees (24)
CIRS	13 body systems	0—No impairment 4—Life-threatening impairment	Clinical judgement	Sum of weights	None	Mixed inpatients (472), Mixed deceased patients (72), Elderly and geriatric outpatients (141 + 181), Mixed institutionalized long-term care patients (439), SCI (330), Cancer (203)
Comoni-Huntley index		1—No comorbidity 2—Impaired vision or hearing 3—Heart disease, stroke or diabetes 4—Both levels 2 and 3 None	Not specified	1–4	None	Hypertension and age 75 to 84 years (878)
Disease count	Single diseases		—Interview —Patient record —ICD-9 codes	Number of present diseases, maximal score depends on the limits that are applied	Several	SCI (330), HIV+ (395), ICU (105), Breast cancer (>10,000), Myocardial infarction (>10,000), Asthma (>10,000), Appendicitis (>10,000), Abdominal hernia (>10,000), Divericulitis (>10,000), Biliary tract disease (>10,000), Low back pain (>10,000), Pneumonia (>10,000), Diabetes with complications (>10,000), Rehabilitation inpatients (>10,000)
DUSOI index	Every present health problem is rated on four domains: —Symptom level —Complication level —Prognosis without treatment —Treatability (= prognosis with treatment)	0–5	Clinical judgement	Using a weighted scoring paradigm leading to a score 0–100	None	Mixed primary care patients (414+1191)

(continued)

Table 1  
(Continued)

Index	Items	Weights	Information needed	Final score	Adaptations	Study populations (n)
Hallstrom index	2 domains: —CF consisting of 10 conditions —SF consisting of 6 cardiac symptoms	None	Interview	—CF number of present conditions —SF number of present symptoms —Total $1.67 \times CF + SF$ None	None	Out of hospital ventricular fibrillation (282)
Hurwitz index	—No comorbidity —Non-disabling comorbidity —Disabling comorbidity		Not specified	None	None	Back-related problems (931)
ICED						
DS	—14 disease categories	—1–5	—Symptoms, signs and laboratory tests	Using a scoring paradigm leading to scores 1–4	None	Total hip replacement (356), Long-stay nursing home residents (194)
FS	—10 functional areas	—1–3	—Level of impairment	Sum of weights	Adding points for every decade over 75	Mixed geriatric and general medicine (370)
Incalzi index	52 Conditions	Based on RR for mortality	—History —Physical examination —Routine laboratory data —ECG —Chest X-ray			
Kaplan index	Vascular or non-vascular disease	0—Noncogent, easy to control or no comorbidity 1—Slight decompensation of vital system or nonthreatening chronic conditions 2—Impaired vital system or potentially threatening chronic condition 3—Recent full decompensation of vital system or life-threatening chronic condition 4—Not present 5—Active rehabilitation contraindicated	Clinical information	According to the most severe condition, two grades 2 are ranked as 3	Expanded with several diagnoses	Diabetes (188), Breast cancer (404)
Liu index	38 conditions	Regression coefficient from a model to predict costs	Medical records	Sum of weights	None	Stroke (106)
Shwartz index	21 conditions	Regression coefficient from a model to predict costs	Medical records of databases with ICD-9 codes	Sum of weights of present conditions	None	Mixed patients (4439); Stroke, Lung disease, Heart disease, Prostate disease, Hip and femur fracture, low back disorder

BOD, Burden of Disease index; CF, chronic factor; CIRIS, Cumulative Illness Rating Scale; DS, disease severity; DUSOI, Duke Severity of Illness; ECG, electrocardiogram; FS, functional severity; HIV+, human immunodeficiency virus positive; ICD-9, International Classification of Diseases, version 9; ICED, Index of Coexistent Disease; ICU, intensive care unit; RR, relative risk; SCI, spinal cord injury; SF, symptom factor.

For more detailed information on the validity and reliability of the comorbidity measures please visit our Website <http://www.emgo.nl/publications/> or <http://www.vumc.nl/revalidatie/index.html> and click on English information, downloads, comorbidity indexes.

## Annexe 5- Charlson Index

<sup>15</sup> De Decker L. – L'indice de co-morbidité de Charlson – Annales de Gériologie – Vol.2, N°3, septembre 2009

**Tableau 1.** Indice de co-morbidité de Charlson.

*Table 1. Charlson comorbidity index.*

Pondération	Maladie présentée
1	Infarctus du myocarde
	Insuffisance cardiaque congestive
	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
	Accident vasculaire cérébral
	Démence
	Maladie pulmonaire chronique
	Connectivite
	Maladie ulcéreuse peptique gastroduodénale
	Diabète
2	Hémiplégie (vasculaire et autres)
	Insuffisance rénale modérée à terminale (créat. > 30 mg/L)
	Diabète compliqué
	Tumeur solide
	Leucémie
	Lymphome
3	Cirrhose hépatique avec ou sans saignement
6	Tumeur solide métastatique
	Maladie à VIH (avec ou sans Sida)

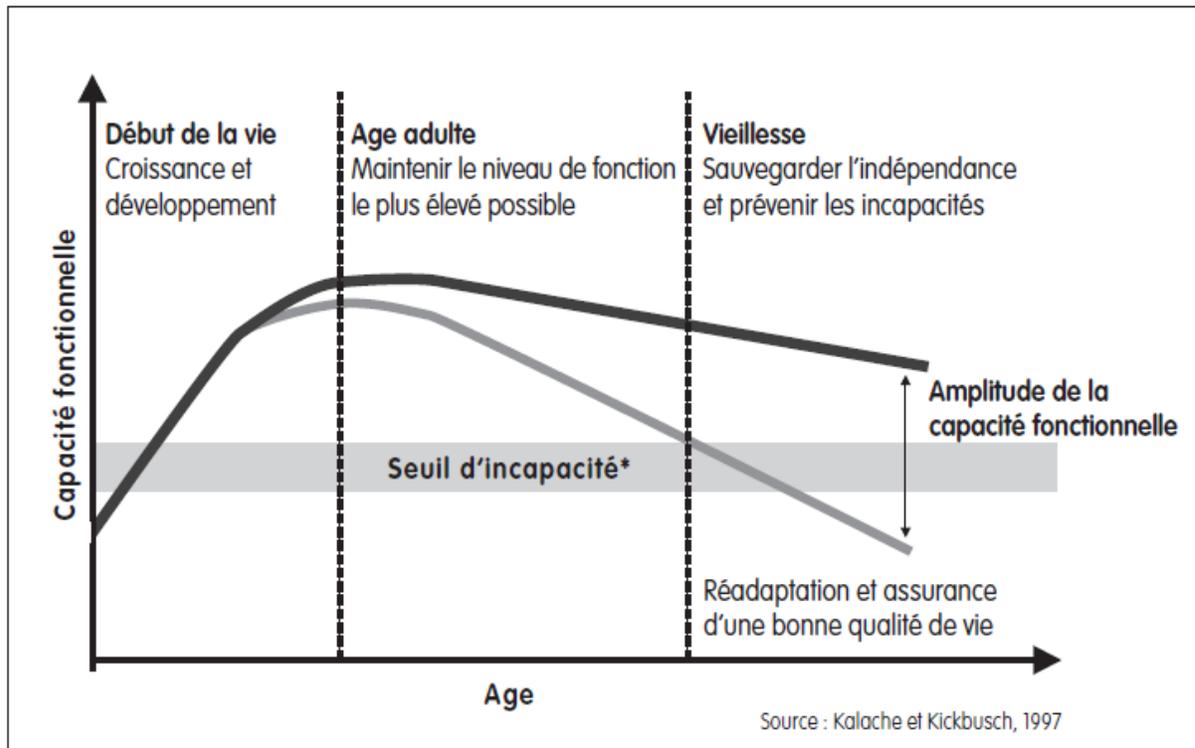
**Tableau 2.** Pondération à l'âge de l'indice de Charlson.

*Table 2. Charlson comorbidity index adjusted on age.*

50-59 ans	= 1
60-69 ans	= 2
70-79 ans	= 3
80-89 ans	= 4
90-99 ans	= 5

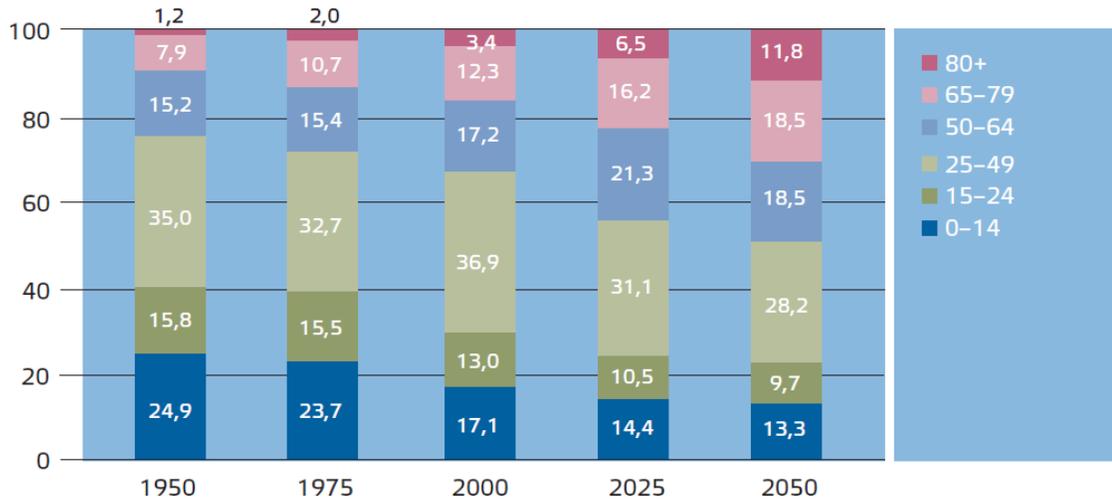
## Annexe 6 – Vieillesse et capacités fonctionnelles

<sup>16</sup> Plan National Bien Vieillir 2007-2008 – Présentation par le ministère



## Annexe 7 – Répartition de la population dans l’UE des 25, par groupe d’âge (1950-2050)

<sup>17</sup> Vieillir en bonne santé, un challenge pour l’Europe (Version courte du rapport « Healthy Ageing »). Östersund : Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007



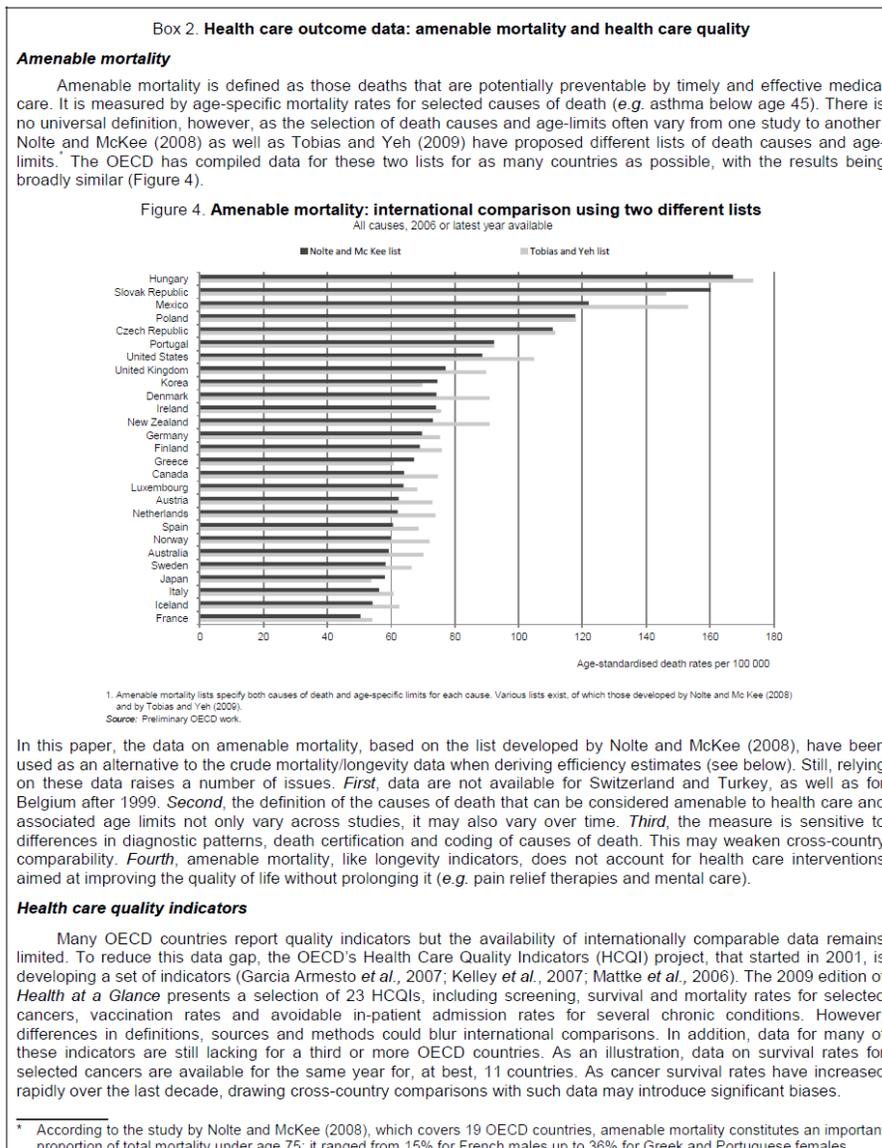
**Illustration 2. Répartition de la population dans l’UE des 25, par groupe d’âge (1950–2050).**

SOURCE: GREEN PAPER, CONFRONTING DEMOGRAPHIC CHANGE: A NEW SOLIDARITY BETWEEN THE GENERATIONS. COM(2005) 94. BRUXELLES : COMMISSION EUROPÉENNE ; 2005.

## Annexe 8 – Mortalité évitable

4 OECD - Joumard I. – Health Care systems efficiency and institutions – Economics department working papers N° 769 - Health care outcome data: amenable mortality and health care quality – p.16

ECO/WKP(2010)25



## **Annexe 9 – Résumé du plan Bien Vieillir**

<sup>23</sup> [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=719](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=719)

<sup>16</sup> – Plan National Bien Vieillir 2007-2008 – Présentation par le ministère

**Le plan national « bien vieillir » 2007-2009 a été présenté au cours du colloque qui s'est tenu à Paris le 24 janvier 2007 sous la présidence de Monsieur Philippe Bas ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.**

**Il vise à inciter les seniors à adapter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé.**

**Il a pour objectifs de promouvoir :**

- **Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation**
- **Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition).**
- **Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition).**
- **L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne : logement, aides techniques, aménagement de la cité.**
- **Le rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale (bénévolat, tutorat, créations d'associations ou d'entreprises), en valorisant leurs réalisations (œuvres artistiques, transmission de savoir-faire, de patrimoine ou de mémoire...) et en consolidant les liens entre générations et la solidarité intergénérationnelle en les enracinant dans le contexte local et l'animation des territoires.**

**Depuis 2005, afin d'initier et de promouvoir des actions innovantes s'inscrivant dans les objectifs du programme « Bien-Vieillir », à un appel à projets annuel avec un volet national et un volet régional est lancé conjointement par la DGS, la DGAS, et la CNSA.**

**L'appel à projets conjoint a été renouvelé en 2009 pour un montant de 3 millions d'euros dont :**

- **Un volet régional d'un montant total de 2.5 millions d'euros, réparti entre les régions en fonction du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans chacune d'entre elles.**
- **Un volet national d'un montant de 0.5 million d'euros.**

« La prévention des maladies liées à l'âge et la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques reposent sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses. Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par des actions de prévention et d'éducation à la santé afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacités. »

Dans le même esprit que le plan Healthy Ageing à l'échelle européenne, le Plan Bien Vieillir est tout en cohérence avec son cousin Européen.

Il propose alors des mesures en rapport à des axes prioritaires.

#### **AXE 1 - DÉPISTER ET PRÉVENIR LORS DU DÉPART EN RETRAITE LES FACTEURS DE RISQUE LIÉ AU VIEILLISSEMENT**

- Elaborer et mettre à disposition des professionnels de santé des outils pratiques pour l'organisation de consultations médicales et de sessions de préparation à la retraite lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité
- Distribution d'un *Passeport pour une retraite active* – document d'information incitatif afin de faciliter son engagement dans le cadre du bénévolat
- Transmission du dossier de la médecine du travail

#### **AXE 2 - PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE POUR RESTER EN FORME APRÈS 55 ANS**

- Diffusion d'un guide de nutrition à partir de 55 ans
- Campagne de communication

- Un livret pour les professionnels

### **AXE 3 - PROMOUVOIR UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE (APS)**

- Création d'un annuaire des associations et clubs sportifs proposant des activités pour les séniors et mise en ligne sur un site internet
- Accompagner les fédérations sportives avec des conventions d'objectifs médicaux
- Création de formations spécialisées pour les professionnels
- Réalisation d'une conférence de consensus sur le contenu des examens médicaux préalables à la pratique sportive ou à la reprise d'une activité sportive
- Création d'une journée porte ouverte pour les séniors des fédérations sportives et de loisirs

### **AXE 4 - PRÉVENIR LES FACTEURS DE RISQUE ET LES PATHOLOGIES INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE VIE**

- Diffusion du référentiel et du guide *Repère pour votre pratique* sur les accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre aux intervenants du secteur médical et social
- Remboursement de l'ostéodensitométrie en prévention de l'ostéoporose chez toutes les femmes ménopausées avec des facteurs de risque à dater du 1<sup>er</sup> juillet 2006
- Création d'un groupe de travail pour améliorer la prise en charge des audioprothèses et accompagner les progrès techniques
- Réalisation d'une série de tests d'évaluation de la fonction visuelle pour un dépistage précoce
- Mise en œuvre du plan cancer et développer le dépistage des cancers du sein, colo-rectal et de l'utérus
- Création d'une consultation gratuite de prévention à 60 ans pour un bilan bucco-dentaire
- Campagne de communication sur le *Bien Vieillir*

### **AXE 5 - PROMOUVOIR LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS**

- Classifier les différents produits selon leur intérêt et élaborer des recommandations et les diffuser
- Diffusion des programmes informatiques d'aide à la prescription chez le sujet âgé téléchargeables sur le site de l'HAS

**AXE 6 - PROMOUVOIR LA SOLIDARITÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS : L'INTERGÉNÉRATION ET LE "VIVRE ENSEMBLE", CREUSET DU "BIEN VIEILLIR"**

- Campagne d'information sur la semaine bleue (sensibiliser l'opinion sur la contribution des retraités et des personnes âgées)
- Diffusion de la charte *Un toit, deux générations*

**AXE 7 - DÉVELOPPER LE "BIEN VIEILLIR" AU NIVEAU LOCAL**

- Appel à projets
- Création d'un label *Bien Vieillir – Vivre ensemble*

**AXE 8 - DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION DANS LE DOMAINE DU "BIEN VIEILLIR"**

- Appel d'offre national pour l'évaluation et la diffusion des actions pertinentes et reproductibles
- Etude nationale sur le thème *Vieillesse et précarité*
- Cahier des charges relatif aux règles de fonctionnement des maisons relais dédiées aux personnes sans domicile fixes vieillissantes
- Expérimentation d'EHPAD dont une partie sera réservée à l'accueil des migrants âgés

**AXE 9 - INSCRIRE LA DÉMARCHE FRANÇAISE DANS LA DIMENSION EUROPÉENNE**

- Permettre à des experts français de participer au programme européen *Healthy Ageing EU project*

## Annexe 10 – Résumé plan Healthy Aging

<sup>17</sup> Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe (Version courte du rapport « Healthy Ageing »). Östersund : Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), 2007

*Cofinancé par la Commission européenne, le projet « Healthy Ageing » vise à promouvoir un vieillissement en bonne santé, pour les personnes âgées de 50 ans et plus.*

« Vieillir en bonne santé est l'un des principaux challenges pour l'Europe. Les conséquences de l'évolution démographique vers une population sans cesse plus âgée auront un impact énorme sur l'économie, les soins, le développement social, le bien-être individuel et social dans les sociétés européennes. Il est, par conséquent, indispensable d'augmenter nos connaissances sur les moyens de promouvoir la bonne santé chez les personnes âgées et d'améliorer leur qualité de vie à un âge avancé. On pourra ainsi, réduire l'impact du coût du vieillissement sur l'économie des pays.

C'est pourquoi, en 2003, l'Institut national suédois de santé publique, avec le soutien de la Commission européenne et de 12 partenaires, parmi lesquels l'Organisation mondiale de la santé, European Older People's Platform (AGE), EuroHealthNet, a lancé le projet « Healthy Ageing », dans le cadre du Programme de santé publique de l'Union européenne. »

Les objectifs principaux sont :

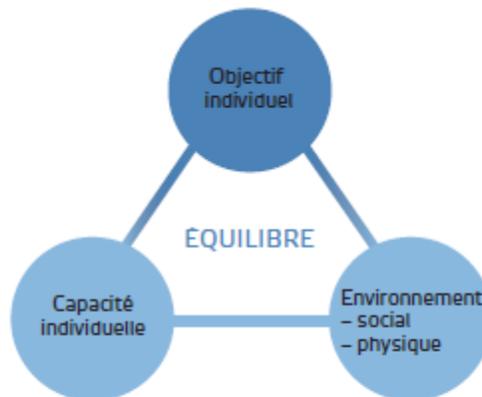
- d'examiner et d'analyser les données existantes sur la santé et le vieillissement ;
- de faire des recommandations pour les décisions politiques aux niveaux de l'Union européenne et des États membres ;
- de partager les découvertes et de faciliter leur mise en œuvre.

*Le projet « Healthy ageing » adopte une approche holistique et donne la priorité aux facteurs de santé qui sont affectés par les sociétés et par les individus.*

### 1 Définition du « Vieillir en bonne santé »

L'idée de départ, de la notion de vieillissement en bonne santé, est d'assurer un équilibre entre la capacité d'une personne et ses objectifs.

Le projet « healthy ageing » définit la notion de vieillissement en bonne santé comme : « *le processus qui vise à optimiser les chances d'une bonne santé physique, sociale et mentale et de permettre à des personnes âgées de prendre une part active dans la société, sans être victimes de discrimination et de jouir d'une vie indépendante et de bonne qualité* ».



**Illustration 1. Équilibre entre capacité, objectifs et environnement.**  
SOURCE : EINO HEIKKINEN, 2006.

*L'adaptation, l'acceptation et le degré d'autonomie sont des concepts importants à considérer pour la promotion en faveur de la santé et pour le vieillissement en bonne santé.*

Un bon équilibre entre les capacités d'un individu et ses aspirations comportent un processus *d'adaptation* et *d'acceptation* des changements du mode de vie. Bien vieillir dépend également, dans une large mesure, de *l'autonomie*, facteur essentiel du droit à *l'autodétermination* des personnes âgées.

L'autonomie des adultes âgés peut être favorisée en luttant contre les restrictions et les limites imposées par la communauté, la famille et les personnes âgées elles-mêmes. Les limitations ou réductions d'accès à l'information sur leur propre sort tendent à restreindre la liberté de choix des personnes âgées. L'autonomie donne à une personne l'opportunité et la capacité de poursuivre son développement personnel et lui permet de préserver sa liberté individuelle. <sup>74</sup>

Le plan précise alors les principes fondamentaux du vieillissement en bonne santé qui reposent sur :

- Les personnes âgées représentent une valeur intrinsèque pour la société
- Il n'est jamais trop tard pour promouvoir la santé
- Equité en ce qui concerne la santé
- Autonomie et autodétermination
- Prendre en compte l'hétérogénéité parmi les personnes âgées
- 

## 2 Des inégalités récurrentes

L'inégalité face à la santé est particulièrement bien illustrée par la différence d'espérance de vie entre les personnes ayant un niveau socio-économique faible et celles ayant un niveau élevé. L'inégalité de santé commence tôt dans la vie et persiste la vie durant.

Les déterminants socio-économiques mis en évidence sont :

**La pauvreté** : c'est un déterminant de santé très significatif, avec des effets négatifs sur l'espérance de vie et l'autonomie. Les plans d'action concernant le « Bien vieillir » devraient s'adresser en priorité aux personnes âgées les plus défavorisées. Les personnes défavorisées semblent cependant plus difficiles à atteindre et nécessitent des mesures particulières de promotion en faveur de la santé.

**Sexe** : La planification et la mise en œuvre des initiatives de promotion en faveur de la santé doivent tenir compte du sexe des individus. Les femmes vivent plus longtemps, présentent plus

de problèmes d'ordre psychologique et sont plus consommatrices de soins que les hommes. Les motivations pour s'impliquer dans des actions de promotion ou d'éducation concernant la santé sont différentes pour les hommes et pour les femmes.

**Minorités** : Le rapport entre l'appartenance à un groupe minoritaire et le fait de vieillir en bonne santé nécessite une étude plus approfondie.

### 3 Les déterminants de santé

En 1991, dans le rapport, *Policies and strategies to promote social equity in health - WHO - Strategy paper for Europe*, l'OMS définissait les déterminants de la santé publique. Elle metait en évidence l'importance des éléments sociaux et environnementaux. Ceci dans la logique de sa définition de la santé comme : La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948]

Ces déterminants de santé publique sont donc :

- L'environnement au travail
- Politique de chômage
- Secteur de la nourriture et de l'agriculture (dénutrition, malnutrition,...)
- Secteur du logement (sans logement, mauvaises conditions d'habitation, ségrégation social au logement,...)
- Secteur de l'éducation
- Système de santé et accès
- Mode de vie

[76 - Dahlgren & Whitehead - Policies and strategies to promote social equity in health - WHO - Strategy paper for Europe - 1991](#)

**En découle cette figure qui reprend les déterminants de santé décrit dans le rapport de l'OMS de 1991 et qui fondent les axes d'action dans le programme vieillir en bonne santé.**

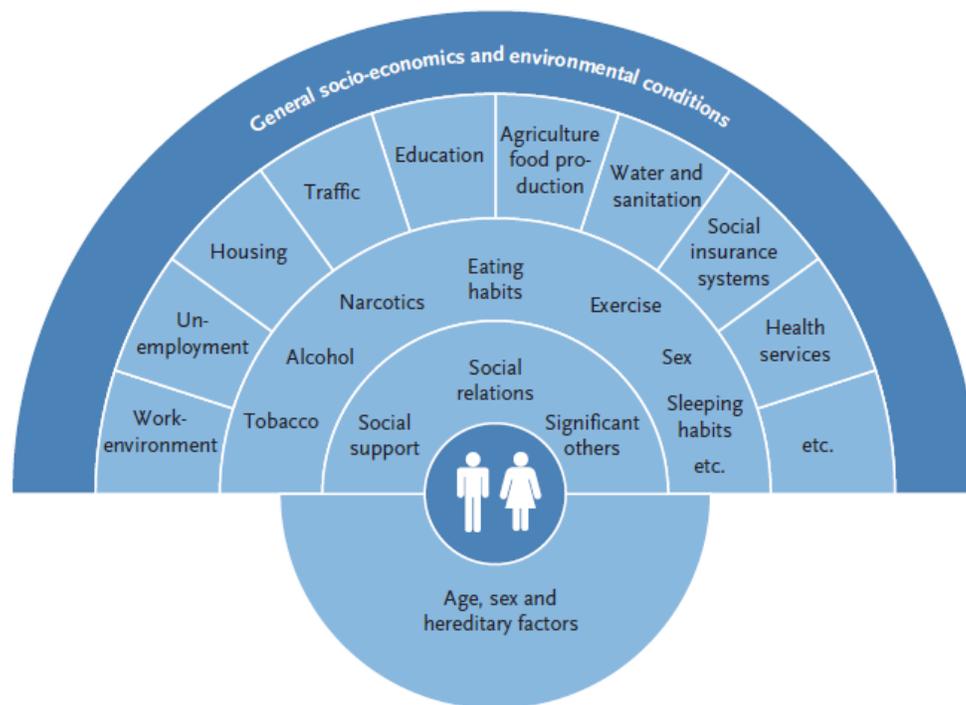


Figure 2. Health determinants. SOURCE: DAHLGREN AND WHITEHEAD, 1991.

#### 4 Les déterminants du vieillissement en bonne santé

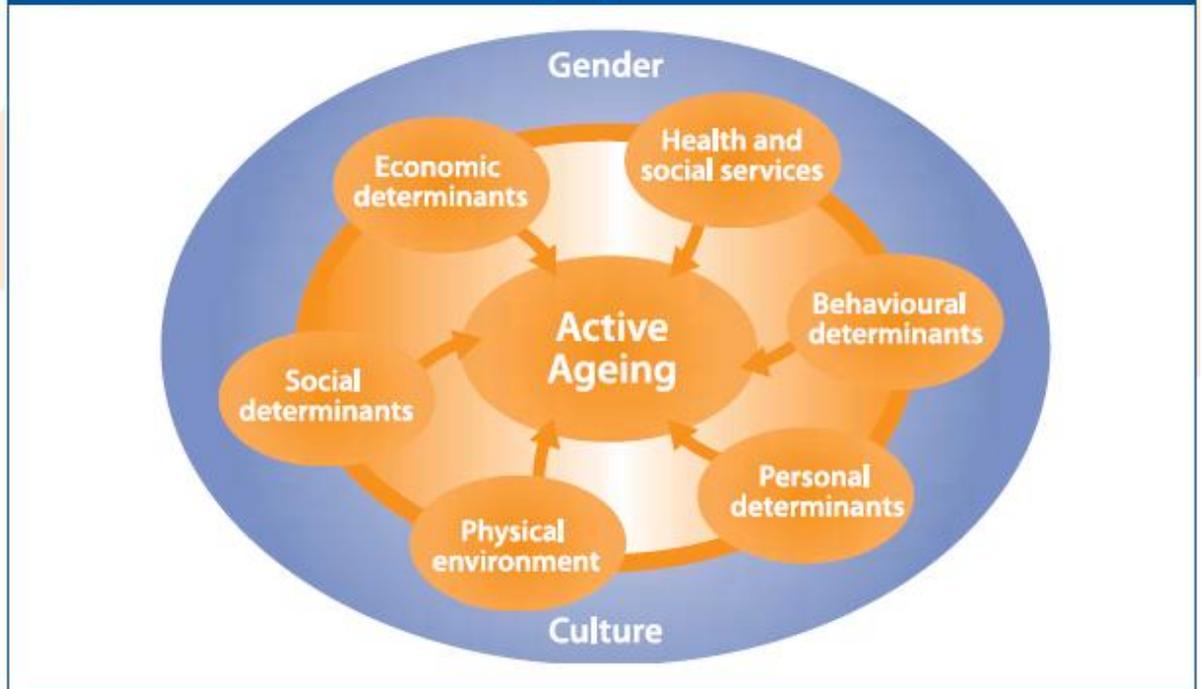
L'OMS avait défini des déterminants de santé en 2002 lors de son projet *Active Ageing – a Policy Framework*

L'OMS insistait donc sur les déterminants suivants :

- Déterminants économiques
- Qualité des services de santé et services sociaux
- Déterminants comportementaux
- Déterminants personnels
- Environnement physique
- Déterminants sociaux

Et ces déterminants sont à pondérer en fonction de deux éléments essentiels qui sont le sexe et la culture puisqu'ils conditionnent l'accès et le rapport à ces déterminants.

**Figure 8. The determinants of Active Ageing**



20 - WHO - active ageing a policy framework - April 2002 - p. 19

Le projet *Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe* propose de se concentrer sur 10 déterminants majeurs pour la promotion de la santé :

11. Retraite et préretraite
12. Capital social
13. Santé mentale
14. Environnement
15. Nutrition
16. Activité physique
17. Prévention des traumatismes
18. Tabac et Alcool
19. Utilisation des médicaments et problèmes associés
20. Services de santé et soins préventifs

Ces déterminants s'entrecroisent et sont interdépendants. A ceux là, il faut également considérer quatre thèmes transversaux : les déterminants socio-économiques, les inégalités de santé, le sexe et les minorités.

## 5 Les propositions pour agir sur chacun de ces déterminants

### 1. Retraite et préretraite

De nombreux pays européens doivent faire face au problème du financement des systèmes de retraite, lorsque la proportion des personnes âgées dans la population s'accroît, tandis que la main d'oeuvre diminue. Généralement, la réponse politique qui est donnée à ce problème souligne la nécessité d'augmenter le nombre de personnes âgées au travail.

De plus, le chômage est un facteur de risque identifié de mauvaise santé et a un effet négatif sur le montant des retraites.

Une bonne santé est la condition préalable la plus importante pour aider les employés âgés à travailler plus longtemps.

Toutefois, il ne faut oublier que parallèlement, le travail peut également précipiter des états morbides.

Cependant, des mesures, concernant son travail et le déroulement de sa carrière, telles qu'une nouvelle répartition de ses tâches, le changement de ses tâches, la rotation des postes de travail et l'aménagement des horaires de travail peuvent être nécessaires pour faciliter le maintien des personnes âgées au travail.

Par ailleurs il est également important de lutter contre toutes les formes de discrimination par l'âge.

### 2. Capital Social

Le capital social renforce le sentiment des personnes d'appartenance et de bien-être à un niveau individuel, ce qui a un effet favorable sur la santé.

Les recherches récentes soulignent l'importance des conditions de vie, du succès individuel et du pouvoir de la société à générer la confiance sociale.

Les résultats de recherches montrent que :

- le travail volontaire augmente le bien-être mental des personnes âgées et améliore la santé mentale des personnes âgées qui reçoivent les services ;
- les interventions des groupes d'activités sociales et éducatives, visant des groupes spécifiques, peuvent prévenir l'isolement et la solitude sociaux chez les personnes âgées.

### 3. Santé mentale

*L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».*

Les entretiens avec des personnes âgées prouvent que la plupart ont une vision positive du vieillissement, mais des vues négatives sur les changements apparentés au vieillissement tels qu'une santé faiblissante, la mort des êtres chers, la dépression et le manque de mémoire.

Les résultats de recherches montrent que :

- les interventions psychothérapeutiques et psychosociales visant des personnes âgées améliorent de manière significative la sensation de bien-être psychologique, comme cela est indiqué par les personnes elles-mêmes, particulièrement lorsque ces interventions ont eu lieu pour les résidents de maison de retraite ;
- les interventions qui comprennent des conseils individuels et familiaux, des groupes de soutien, des séances d'entraînement éducatives et techniques peuvent être efficaces en réduisant la détresse psychologique et en améliorant la coopération et la relation entre les personnes et le personnel soignant ;
- La « gestion de cas » qui peut se définir comme étant « la coordination, l'intégration des soins et la prestation de soins et de services pour la personne dans un contexte

d'optimisation des ressources » encourage les soignants à utiliser les systèmes de partage de l'information.

#### 4. Environnement

Les environnements intérieurs et extérieurs affectent la capacité des personnes âgées à rester actives, à participer activement et à contribuer à la vie sociale. Les améliorations environnementales ont un impact direct sur la qualité de vie des personnes âgées et des personnes qui s'en occupent.

Les personnes âgées à mobilité réduite et les personnes handicapées ont besoin de possibilités de distraction et de relaxation près de l'endroit où elles vivent ; les espaces verts accessibles et la possibilité de promenades pouvaient être considérés comme des facteurs déterminants de bonne santé.

La pollution atmosphérique est considérée comme l'une des causes les plus importantes des maladies environnementales qui affectent les personnes âgées.

Le changement global de climat peut avoir, à l'avenir, un impact considérable sur la santé de la population âgée, en raison de la plus grande fréquence d'épisodes de conditions météorologiques extrêmes.

#### 5. Nutrition

Le BMI (Body Mass Index ou Indice de Masse Corporelle) augmente généralement avec l'âge, avec une pointe vers 40 à 50 ans. Les personnes âgées courent un risque important de souffrir de complications possibles dues à l'obésité, telles que les maladies cardiaques et coronariennes, le diabète et le cancer.

Les besoins énergétiques des personnes âgées sont inférieurs à ceux des personnes plus jeunes, mais leurs besoins d'éléments nutritifs essentiels sont tout aussi élevés. Une attention particulière doit être portée à l'équilibre entre énergie et nutriments. Le maintien du poids chez les personnes âgées peut être considéré comme un signe de bonne santé.

La dépression, la perte d'un conjoint ou d'amis peuvent conduire à un sentiment de solitude, qui peut mener à de mauvaises habitudes alimentaires.

Le goût pour la nourriture peut également être compromis par :

- des changements physiologiques, tels que la diminution de l'appétit chez une personne, due au manque d'activité physique ;
- les médicaments qui peuvent causer des effets secondaires indésirables tels que sécheresse de la bouche et constipation ;
- des handicaps qui peuvent réduire la capacité pour une personne de manger sans être aidée ou de réduire son sens du goût ou son odorat ;
- une diminution du goût et de l'odorat, avec l'âge ;
- une mauvaise dentition ayant un effet négatif sur la capacité de mâcher des aliments ;
- une infection fongique de la bouche causant une douleur lors de la prise de nourriture ;
- une coordination du muscle de la gorge dégradée;
- la démence et la dépression, qui sont souvent associées à une consommation insuffisante de nourriture et de nutriments.

Les résultats de recherches montrent que :

- la prise d'une association de vitamine D3 et de calcium est efficace dans la prévention des fractures, causées par des chutes, chez les personnes âgées fragiles ;
- la consommation de légumes est efficace car elle réduit de manière significative le risque de cancer, chez les personnes âgées de 40 à 80 ans ;
- des personnes d'un âge moyen de 50 à 59 ans peuvent conserver une perte de poids de plus de 3 kg et une réduction de poids de plus de 3 %, par rapport à leur poids initial, cinq ans après avoir suivi un régime structuré de perte de poids.

## 6. Activité physique

L'activité physique améliore l'endurance, la force, l'équilibre et la mobilité et favorise une vie indépendante.

Les activités physiques qui consistent à soulever des poids augmentent la densité des os et peuvent contribuer à lutter contre l'ostéoporose.

On trouve chez les personnes physiquement actives des niveaux plus élevés de bien-être et de fonctionnement physique. L'activité physique réduit la tension artérielle, et les personnes qui sont actives physiquement présentent un moindre risque d'avoir des maladies cardio-vasculaires, des attaques cérébrales et de souffrir de dépression.

Les résultats de recherches montrent que :

- les actions qui orientent les personnes vers un spécialiste des activités physiques sont un moyen efficace d'augmenter le niveau d'activité physique chez les personnes âgées ;
- les interventions qui traitent d'un seul facteur (par exemple, celles se concentrant uniquement sur l'activité physique) sont plus efficaces que les interventions traitant de plusieurs facteurs de risque. Elles ont pour résultat d'augmenter le niveau de l'activité physique chez les personnes âgées. Elles ont également une influence sur le comportement des personnes âgées, en ce qui concerne le tabagisme, le régime alimentaire et la consommation d'alcool ;
- l'activité physique est efficace pour accroître la force, la capacité respiratoire, la flexibilité, l'équilibre pour la marche et la station verticale, chez les personnes âgées ;
- l'entraînement basé sur une résistance progressive est efficace pour accroître la force chez les personnes âgées et a un effet positif sur des limitations fonctionnelles telles que la vitesse de marche ;
- les interventions ayant pour objet les soins médicaux de base, qui consistent en de brefs conseils donnés par un professionnel de la santé, et qui sont accompagnées de remise de brochures ou de feuillets d'information sont efficaces pour accroître le niveau d'activité physique chez les personnes âgées ; les interventions consistant en un bref entretien (3 à 10 minutes) peuvent, à cet égard, être aussi efficaces qu'un entretien plus prolongé ;
- les interventions basées sur des théories concernant l'activité physique ne sont pas plus efficaces que des interventions qui ne sont pas basées sur des théories explicites sur le changement de comportement chez les personnes âgées.

## 7. Prévention des traumatismes

Les traumatismes constituent la deuxième plus importante cause de réduction de l'espérance de vie dans les pays européens. Les personnes âgées de plus de 65 ans ont une plus grande probabilité d'être blessées que des personnes plus jeunes en raison de

problèmes médicaux, de la baisse de la vision, de la plus grande difficulté de marcher et des problèmes d'équilibre.

Les résultats de recherches montrent que :

- si un professionnel de la santé évalue les dangers d'un lieu d'habitation et y remédie, la fréquence des chutes peut être réduite, particulièrement pour les personnes ayant chuté auparavant ;
- une évaluation multifactorielle des risques, suivie de mesures appropriées, permet de réduire efficacement les chutes chez les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- un niveau plus important d'activité physique diminue les risques de fracture du col du fémur ;
- certains programmes d'activité physique peuvent réduire le risque de chutes ;
- les cours de Tai Chi et d'autres activités qui favorisent l'équilibre et renforcent les muscles, prescrits à domicile par des professionnels de santé qualifiés, sont efficaces pour la réduction des chutes chez les personnes âgées ;
- les actes de prévention des chutes, dans une communauté, sont efficaces et réduisent les chutes et les traumatismes résultant de chutes chez les personnes âgées ;
- la prescription mesurée ou le retrait de médicaments psychotropes diminue le risque de chutes chez les personnes âgées ;
- les protections pour les hanches aident à prévenir la fracture de la hanche chez les personnes âgées, vivant dans une institution de soins, et qui sont des sujets à haut risque de fractures.

## 8. Tabac et Alcool

Un tiers environ des hommes européens et un quart des femmes dans les « vieux » pays de l'Union européenne fument. La proportion de fumeurs dans les populations diminue avec l'âge.

Les études épidémiologiques ont montré que les fumeurs qui s'arrêtent lorsqu'ils sont âgés de 65 à 70 ans réduisent leur risque de mort prématurée de moitié.

Les résultats de recherches montrent que :

- l'arrêt de fumer demeure la méthode la plus efficace de réduire, à tout âge, le risque de maladies causées par le fait de fumer, y compris chez les personnes âgées de plus de 60 ans ;

- ne pas fumer est associé au vieillissement en bonne santé, les ex-fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé et qui ont un niveau élevé d'activité physique ont deux fois et demie plus de chances de bien vieillir, comparé aux personnes sédentaires ex-fumeurs ou n'ayant jamais fumé.

Les problèmes dus à l'alcool chez les personnes âgées peuvent être divisés en trois catégories :

1. Les personnes âgées qui ont consommé trop d'alcool tout au long de leur vie.
2. Les personnes âgées qui boivent peu de boissons alcoolisées, mais qui mélangent par inadvertance l'alcool à d'autres médicaments, de telle sorte que cela est nocif.
3. Les personnes qui commencent à utiliser l'alcool d'une manière excessive, pour la première fois quand elles vieillissent.

## 9. Utilisation des médicaments et problèmes associés

Les problèmes liés aux médications peuvent être dus à :

- utilisation abusive des thérapeutiques / manque de « compliance » aux traitements ;
- mauvaises indications ;
- interactions médicamenteuses ;
- effets indésirables ;
- utilisation des thérapeutiques comportant des risques ;
- sous-utilisation, en raison des problèmes d'accessibilité aux soins ou de difficultés d'utilisation des conditionnements thérapeutiques par les personnes ;
- interactions avec d'autres thérapeutiques - phytothérapies.

En plus de ces problèmes, s'ajoute le fait que de nombreux médicaments utilisés aujourd'hui par des personnes âgées n'ont pas été étudiés dans ce groupe d'âge.

Les résultats de recherches montrent que les problèmes liés aux médicaments sont :

- les conséquences de l'erreur ou du manque de conformité de la thérapeutique, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, et
- que ces problèmes peuvent être évités par l'utilisation d'indicateurs de qualité pour l'usage des médicaments, par les études sur les thérapies et l'inclusion de personnes âgées dans des essais cliniques.

## 10. Services de santé et soins préventifs

La promotion de la santé et les mesures préventives telles que des visites à domicile, par des professionnels de la santé, des personnels des services de soins et des services sociaux, sont nécessaires pour retarder le début de maladies et de la dépendance qui peuvent éventuellement conduire à ce que des personnes âgées aient ensuite besoin de soins à long terme.

Les personnes âgées devraient recevoir une aide appropriée et être encouragées à utiliser d'une façon adéquate les services préventifs de santé. Certaines personnes ressentent l'existence de barrières financières, administratives, physiques, culturelles, psychologiques et sociales – en ce qui concerne les services de santé.

Les résultats de recherches montrent que :

- la vaccination contre la grippe est efficace, elle réduit l'hospitalisation et la mortalité pour les maladies cardiaques, les maladies cérébrovasculaires, les pneumonies et les gripes ;
- l'intervention de services de soins à domicile pour les personnes âgées, en complément des visites à domicile, est efficace car elle réduit le nombre de jours de ré-hospitalisation ;
- la mise en place de visites régulières à domicile a des effets plus modestes dans la réduction de la mortalité, plus particulièrement pour les personnes de 73 à 78 ans que pour les personnes âgées de 80 ans et plus ;
- des expérimentations de visites à domicile préventives sont efficaces en réduisant le taux d'admission en institution. L'expérience montre que pour être efficace ce système doit prévoir au moins neuf visites par an.

## Annexe 11 – Fil directeur des entretiens semi-directifs

Entretiens semi-directifs gériatres – M2

Page | 106

Médecin :

Service :

Capacité, nombre de lits :

Nombre de médecins :

Universitaire :

### **Caractéristique du service et des patients**

I.1. Mode de recrutement des patients :

I.2. Moyenne d'âge des patients :

I.3. Limites d'âge :

I.4. Caractéristiques sociologiques de la population (niveau socio-économique, profession, ...):

I.5. Nombres moyens de pathologies par patient :

I.6. Combien ont un médecin traitant :

I.7. Nombre de médecin traitant dans le bassin de population :

### **Fonctionnement global du service**

II.1. Quels intervenants extra-médicaux dans le service :

II.2. Quelle gestion des avis des autres spécialistes :

II.3. Quels autres intervenants dans l'hôpital :

II.4. Quels autres intervenants hors de l'hôpital :

### **Lien avec Médecins Généralistes**

III.1. Quel rapport entre médecin traitant et le service :

III.2. Moyen de transfert d'information :

III.3. Quelle perception du rôle de médecin traitant, quelles attentes en avez-vous :

III.4. Quel rapport doit-il avoir auprès avec les autres spécialités (gériatrie, cardiologie, rhumatologie,...) :

III.5. Quelles connaissances des médecins généralistes sur la gériatrie ?

III.6. Quelles connaissances sur la poly-médication ? La iatrogénie médicamenteuse ?

III.7. Quelle qualité de prise en charge de maintien de l'autonomie ?

III.8. Outils de formation et apprentissage (par le service ou autres) aux médecins traitants :

### **Prévention des co-morbidités**

IV.1. Quelles sont les grandes pathologies ou facteurs de risques qu'il faut combattre en priorité pour diminuer la morbidité des patients de gériatrie ?

### **Population de 50 à 75 ans**

V.1. Comme il est fait en gériatrie, pensez vous qu'une prise en charge globale (somatique-psycho-sociale-environnementale) des patients ente 50 et 75 ans pourrait-on avoir un effet bénéfique à terme sur la prise en charge des patients gériatriques ?

V.2. Sur l'espérance de vie sans incapacité ?

V.3. Aujourd'hui, souffrez-vous de cette lacune de prise en charge dans cette tranche de population ? sur quels points ?

V.4. Dans le cadre de la prévention primaire entre 50 et 75 ans (voire même avant), quelles sont les éléments les plus importants à prendre en compte selon vous :

- V.4.a. médicaux :

- V.4.b. sociaux :

- V.4.c. environnementaux :

- V.4.d. travail :

- V.4.e. autres :

V.5. D'après vous, qui devrait réaliser cette prise en charge préventive dans cette tranche de population :

- V.5.a. En prévention primaire et/ou secondaire ?

- V.5.b. Quelle place aux gériatres ?

- V.5.c. Quelle place aux autres spécialistes ?

-V.5.d. Quelle place aux médecins généralistes ?

V.6. Comment doit avoir lieux cette prévention (lieux, consultation spécifique, thèmes abordés, forfait de consultation, prise en charge économique, ...):

V.7. Les médecins traitants vous semblent-ils compétents pour réaliser :

-V.7.a. la prévention primaire et/ou secondaire:

- V.7.c. l'articulation entre les différents spécialistes pour une prise en charge globale :

## **Prise en charge globale des patients**

VI.1. Au total, pensez vous que cette prise en charge globale des patients est :

- VI.1.a. intégrée et comprise par les médecins généralistes :
- VI.1.b. réalisée par les médecins généralistes :

VI.2. Si non pourquoi :

- VI.2.a. manque d'information :
- VI.2.b. problème de compétence :
- VI.2.c. problème de temps :
- VI.2.d. autres :

## **Plan Bien Vieillir**

VII.1. Connaissez-vous le plan Bien Vieillir ?

VII.2. Connaissez-vous ses objectifs ?

Vérifier l'évocation des thèmes suivants :

- Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement :
- Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans :
- Promouvoir une activité physique et sportive :
- Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie :
- Promouvoir le bon usage des médicaments :
- Promouvoir la solidarité entre les générations :
- Développer le "bien vieillir" au niveau local :
- Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du "bien vieillir" :
- Inscrire la démarche française dans la dimension Européenne :

## **Loi de santé publique du 9 août 2004**

VIII.1. Avez-vous connaissance de cette loi ?

VIII.2. Connaissez-vous les objectifs de santé publique de la loi du 9 août 2004 ?

Vérifier l'évocation des thèmes suivants :

### **Déterminants :**

- Addictions
- Nutrition
- Environnement de travail et environnement général

- Traumatismes, violences routières
- Risque liés aux soins

**Pathologies :**

- Maladies infectieuses :
- Maladies chroniques :
- Maladies cardio-vasculaires et métaboliques :
- Cancers :
- Maladies respiratoires :
- Rhumatologie :
- Neurologie :
- Maladies rares :
- Qualité de vie :
- Santé mentale :

**Relatifs aux personnes âgées :**

- perte d'autonomie et retentissement sur les proches de la maladie d'Alzheimer
- arthrose et limitations fonctionnelles
- dénutrition du sujet âgé
- chutes des personnes âgées de plus de 65 ans
- prescription inadaptées chez les personnes âgées

# Annexe 12 – Evaluation Gériatrique standardisé – Exemple du CH Camille Guérin Châtellerault



## EVALUATION GERONTOLOGIQUE STANDARDISEE

Réalisé en juin 2010

Nom et Prénom : ..... Nom de l'évaluateur : .....

Date : .....

### AGGIR Version 2007

Activités réalisées par la personne seule

	Ne fait pas	S	T	C	H	AUCUN adverbe ne pose problème	
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocher la ou les cases concernées
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Toilette	haut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Elimination	urinaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanément
	fécale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Habillage	haut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalement
	moyen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correctement
	bas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habituellement
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Alimentation	se servir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manger <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>G.I.R : .....</b>
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Orientation	dans le temps <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	dans l'espace <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
17. Cohérence	communication <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	comportement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**C – NE FAIT PAS** : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H).

**A – AUCUN adverbe ne pose problème** : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

**B – S T C H** : l'activité est réalisée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbes, celui ou ceux qui posent problème(s), et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.

**ECHELLE I.A.D.L. REDUITE (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

- |                                                     |       |       |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|
| 1. Capacité à utiliser seul le téléphone            | Oui ☉ | Non ☉ |
| 2. Capacité à gérer seul la prise des médicaments   | Oui ☉ | Non ☉ |
| 3. Capacité à utiliser seul les moyens de transport | Oui ☉ | Non ☉ |
| 4. Capacité à gérer seul son budget                 | Oui ☉ | Non ☉ |

Score normal 0/4

SCORE : ...../4

**ECHELLE I.A.D.L. : ACTIVITES INSTRUMENTALES COURANTES**

<b>APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE (maximum 1 point)</b>		
1. Se sert normalement du téléphone	(1) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
2. Compose quelques numéros très connus	(1) <input type="checkbox"/>	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	(1) <input type="checkbox"/>	
4. N'utilise pas du tout le téléphone	(0) <input type="checkbox"/>	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>LES COURSES (maximum 1 point)</b>		
6. Non applicable, n'a jamais fait les courses	(0) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
7. Fait les courses	(1) <input type="checkbox"/>	
8. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	(0) <input type="checkbox"/>	
9. Doit être accompagné(e) pour faire ses courses	(0) <input type="checkbox"/>	
10. Complètement incapable de faire ses courses	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>PREPARATION DES ALIMENTS (maximum 1 point)</b>		
11. Non applicable, n'a jamais préparé de repas	(0) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
12. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	(1) <input type="checkbox"/>	
13. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	(0) <input type="checkbox"/>	
14. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	(0) <input type="checkbox"/>	
15. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>ENTRETIEN MENAGER (maximum 1 point)</b>		
16. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères	(0) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
17. Entretien sa maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle	(1) <input type="checkbox"/>	
18. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	(1) <input type="checkbox"/>	
19. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	(1) <input type="checkbox"/>	
20. A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménager	(1) <input type="checkbox"/>	
21. Est incapable de participer à quelques tâches ménagères que ce soit	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>BLANCHISSERIE (maximum 1 point)</b>		
22. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie	(0) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
23. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	(1) <input type="checkbox"/>	
24. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	(1) <input type="checkbox"/>	
25. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>MOYENS DE TRANSPORT (maximum 1 point)</b>		
26. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	(1) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
27. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	(1) <input type="checkbox"/>	
28. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	(1) <input type="checkbox"/>	
29. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILITE A L'EGARD DE SON TRAITEMENT (maximum 1 point)</b>		
30. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	(1) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
31. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	(1) <input type="checkbox"/>	
32. Est incapable de prendre seul(e) ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	(0) <input type="checkbox"/>	
<b>APTITUDE A MANIPULER L'ARGENT (maximum 1 point)</b>		
33. Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	(0) <input type="checkbox"/>	Score ..../1
34. Gère ses finances de façon autonome	(1) <input type="checkbox"/>	
35. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	(1) <input type="checkbox"/>	
36. Incapable de manipuler l'argent	(0) <input type="checkbox"/>	
Score normal (sujet indépendant 8/8)		SOUS SCORE INSTRUMENTAL : ...../ 8

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

### ORIENTATION (1 point par réponse juste)

« Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez ».

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- En quelle année sommes-nous ?
- En quelle saison ?
- En quel mois ?
- Quel jour du mois ?
- Quel jour de la semaine ?
- Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
- Dans quelle région est situé ce département ?
- A quel étage sommes-nous ?

**Score** ...../10

« Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons ».

### APPRENTISSAGE (1 point par réponse juste)

« Je vais vous dire trois mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, car je vous les demanderai tout à l'heure » « Répétez les trois mots »

- |        |    |        |    |          |                          |
|--------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| Fleur  | Ou | Clé    | Ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

**Score** ...../3

### ATTENTION ET CALCUL (1 point par réponse juste)

- « Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? » 93
- 86
- Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander. 79
- 72
- « Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? » 65

**Score** ...../5

### RAPPEL (1 point par réponse juste)

« Pouvez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

- |        |    |        |    |          |                          |
|--------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| Fleur  | Ou | Clé    | Ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

**Score** ...../3

### LANGAGE

- Montrer un crayon « Quel est le nom de cet objet ? » (1 point si la réponse est bonne)
- Montrer une montre « Quel est le nom de cet objet ? » (1 point si la réponse est bonne)
- « Ecoutez bien et répétez après moi : « pas de mais, de si, ni de et » (1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)

Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant « Ecoutez bien, et faites ce que je vais vous dire » :

- « Prenez cette feuille dans la main droite » (1 point si la consigne exécutée)
- « Pliez-la en deux » (1 point si la consigne exécutée)
- « Et jetez-la par terre » (1 point si la consigne exécutée)

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- « Faites ce qui est écrit » (1 point si la consigne exécutée)

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière » (1 point si au moins un sujet et un verbe)

**Score** ...../8

### PRAXIES CONSTRUCTIVES (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de 2 côtés différents)

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin »

**Score** ...../1

**SCORE TOTAL** ...../ 30

**TEST DES CINQ MOTS  
(DUBOIS)**

**ENCODAGE : RAPPEL IMMEDIAT**

**STOCKAGE : RAPPEL DIFFERE**

Spontané

Indicé

Spontané

Indicé

MUSEE  
(bâtiment)





LIMONADE  
(boisson)





SAUTERELLE  
(insecte)





PASSOIRE  
(ustensile de cuisine)





CAMION  
(véhicule)





**SCORE : ..... / 5**

**SCORE : ..... / 5**

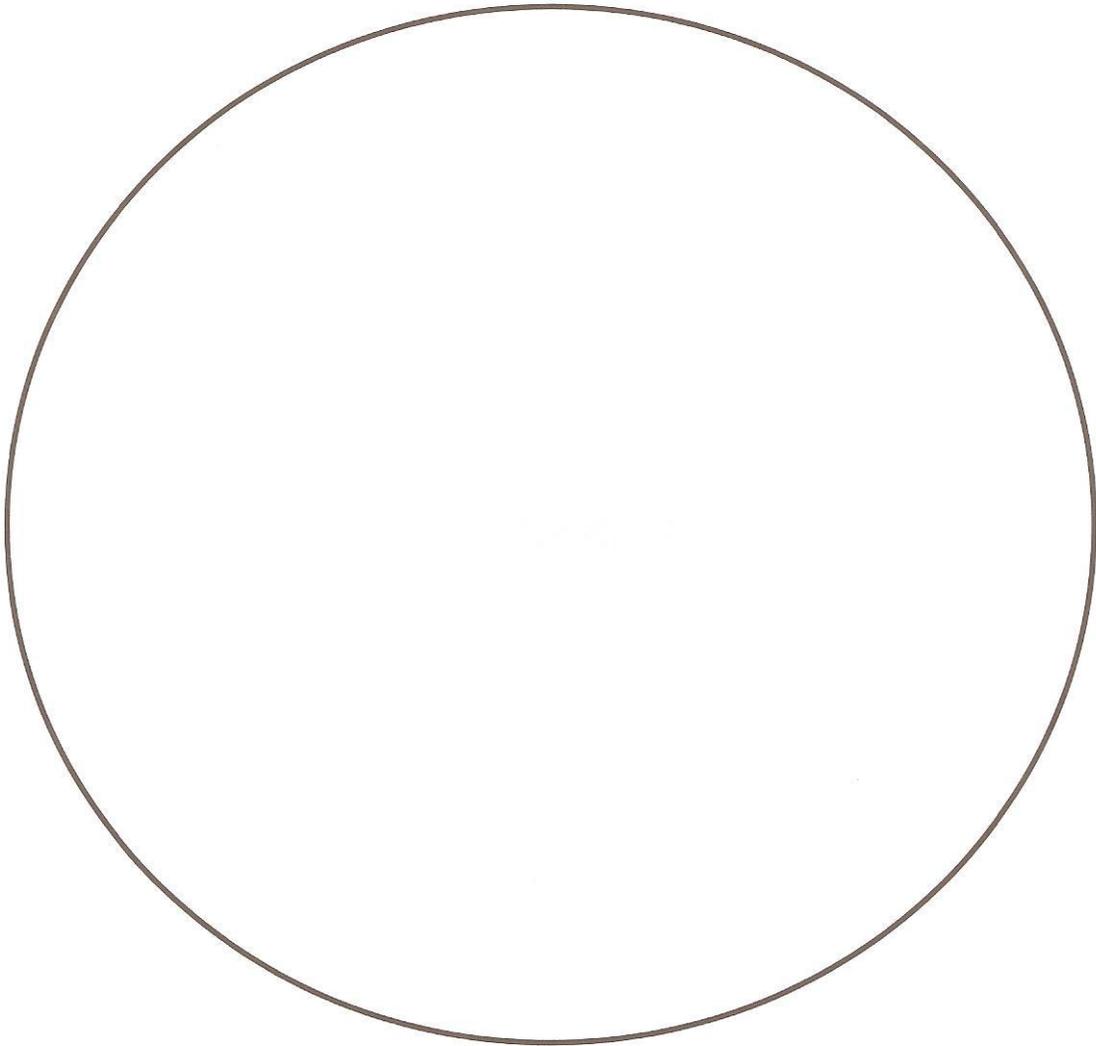
**Score global : ..... / 10**

**Normal : 10/10**

**Score total pondéré : ..... / 20**  
(Score global + total des 2 rappels libres)

**Normal :  $\geq$  17 avant 80 ans  
 $\geq$  14 après 80 ans**

## Test de l'Horloge



**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE**  
(Version pour équipe soignante NPI-ES)

Etat Thymique : « *Actuellement, vous sentez-vous déprimé(e) ?* »

Réponse : .....

.....

.....

.....

Items	NA*	Absent	Fréquence	Gravité	F x G**	Retentissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Agitation / agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Dépression / dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur / euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Apathie / indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Irritabilité / instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5

**SCORE TOTAL : ..... / 10**

Changements neurovégétatifs

Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5
Appétit / troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[.....]	1 2 3 4 5

**SCORE TOTAL : ..... / 12**

\*NA : Non applicable

**Fréquence**  
1 : Quelquefois  
2 : Assez souvent  
3 : Fréquemment  
4 : Très fréquemment

**Gravité**  
1 : Légère  
2 : Moyenne  
3 : Importante

**Retentissement**  
0 : Pas du tout  
1 : Minimum  
2 : Légèrement  
3 : Modérément  
4 : Sévèrement  
5 : Très sévèrement, extrêmement

**MARCHE – EQUILIBRE**

*TEST UNIPODAL* : bras le long du corps

Jambe droite : Oui  Non  Extension des bras : Oui  Non   
Jambe gauche: Oui  Non  Extension des bras : Oui  Non

Temps : .....Normal  $\geq 5''$  [ze | 116](#)  
Temps : .....Normal  $\geq 5''$

*TIMED UP AND GO*

Temps : .....

Normal  $\leq 12$  secondes

Pathologique  $> 20$  secondes

*RISQUE DE CHUTE*

Oui  Non

**FONCTIONS SENSORIELLES ET RENALE**

*VUE :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*AUDITION :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Clairance de la créatinine :

## EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

### Mini Nutritional Assessment MNA™

Albuminémie :  g/l

Poids, kg :  Taille en cm :  Hauteur du genou, cm :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie « Dépistage », si le résultat est égal ou inférieur à 11, complétez le questionnaire « Evaluation globale » pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

DEPISTAGE	EVALUATION GLOBALE
<p><b>A</b> Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>G</b> Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = Non 1 = Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>B</b> Perte récente de poids (&lt;3 mois) 0 = perte de poids &gt; 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>H</b> Prend plus de 3 médicaments par jour 1 = Non 0 = Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>C</b> Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>I</b> Escarres ou plaies cutanées ? 1 = Non 0 = Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>D</b> Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = Non <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>J</b> Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>E</b> Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>K</b> Consomme-t-il ? 1 fois par jour des produits laitiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 1 ou 2 fois par semaines des œufs ou des légumineuses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 0,0 = si 0 ou 1 Oui 0,5 = si 2 Oui 1,0 = si 3 Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>F</b> Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)<sup>2</sup>enkg/m<sup>2</sup>) 0 = IMC &lt; 19 1 = 19 ≤ IMC &lt; 21 2 = 21 ≤ IMC &lt; 23 3 = IMC ≥ 23 <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>L</b> Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = Non 1 = Oui <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>Score de dépistage</b> (sous total max 14 points) <input style="width: 40px;" type="text"/> 12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation 11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation</p>	<p><b>M</b> Combien de verre de boissons consomme-t-il par jour (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>Evaluation globale</b> (max. 16 points) <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>N</b> Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = pas de problème de nutrition <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>Score total</b> (max. 30 points) <b>Scores dépistage + évaluation globale</b> <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>O</b> Le patient se considère-t-il comme bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p><b>Appréciation de l'état nutritionnel</b></p> <p>de 17 à 23,5 points risque de malnutrition <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>moins de 17 points mauvais état nutritionnel <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>P</b> Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonnes 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
	<p><b>Q</b> Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB &lt; 21 0,5 = 21 ≤ CB &lt; 22 1,0 = CB ≥ 22 <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
	<p><b>R</b> Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM &lt; 31 1 = CM ≥ 31 <input style="width: 40px;" type="text"/></p>

|