

Le diagnostic gériatrique est spécifiquement une équation à 4 variables dont trois sont objectives et une quatrième qui prend en compte la subjectivité des individus. Il est la déclinaison du concept de Wood qui décrit 3 niveaux d'analyse :

- la **déficience** identifie les lésions des organes. La polyopathie, caractéristique de la plupart des patients âgés, relève d'un inventaire et de la hiérarchisation des comorbidités.
- l'**incapacité** traduit les impacts fonctionnels de ces altérations organiques qui peuvent être la cause de la dépendance.
- et le **handicap** intègre ce que les aides humaines et techniques apportent pour s'adapter à l'environnement et réduire ainsi les conséquences fonctionnelles pour une personne donnée.
- on doit y ajouter la **subjectivité** qui fait référence au vécu psycho-affectif de la personne malade et de son entourage, leur capacité émotionnelle à faire face et à s'adapter aux difficultés.

Tous ces aspects doivent être décrits pour élaborer ce qu'on appelle le diagnostic gériatrique, qui relève d'une expertise pluriprofessionnelle comportant une évaluation médicale, soignante, sociale, psychologique, environnementale voire rééducative. C'est pourquoi le langage et les concepts doivent être partagés entre tous les professionnels.

Cette approche composite nécessite des outils descriptifs dans l'objectif d'introduire la **rigueur diagnostique**, la **précision du vocabulaire**, un **langage commun** des professionnels. On peut comprendre les échelles et tests de la discipline gériatrique de 3 manières :

- les outils **conceptuels** soutiennent l'approche gériatrique et les diagnostics gériatriques. *Par exemple la notion de dépendance (AGGIR), les fonctions basiques (AVQ) et les fonctions instrumentales (IADL) de la vie quotidienne, la dénutrition protéino-énergétique (MNA-dépistage).*
- les outils **référentiels** organisent le raisonnement et standardisent les analyses. *Comme les troubles psychologiques et comportementaux au cours des démences (NPI), le fardeau des aidants (mini Zarit), la dépression (GDS, Cornell), l'expression comportementale de la douleur (Doloplus, Algoplus), le syndrome confusionnel (CAM), le risque de chute (Get up and go test).*
- les outils de **mesure** objectivent l'analyse sous forme de scores et permettent le suivi et les comparaisons. *C'est le cas pour la dépendance (ADL, IADL, AGGIR), l'efficacité cognitive (MMS) et d'autres outils plus techniques de repérage de la fragilité, de ciblage en oncogériatrie ou de cotation des comorbidités.*

Déjà beaucoup d'outils ? Et pourtant les professionnels en manquent encore. Le risque iatrogène, par exemple, est l'objet de nombreux travaux sans déboucher actuellement sur des outils satisfaisants.

De même l'**analyse de l'environnement social et technique** demeure un catalogue parfois long qui souffre à notre avis d'un manque de standardisation. On peut en fait organiser l'analyse en un tableau à 4 entrées comportant les dispositions techniques et les interventions humaines, soit domestiques, soit externes.

	Dispositions techniques	Interventions
Domestique	Mode de logement	Aidants naturels
	<ul style="list-style-type: none"> É Accès et praticabilité É Agencement pièces É Ergonomie et contraintes 	<ul style="list-style-type: none"> É Identité É Lien familial É Tâches effectuées É Compliance
Externe	Dispositions techniques	Etayage professionnel
	<ul style="list-style-type: none"> É Téléalarme É Portage des repas É Accompagnement CLIC É APA É Mesure de protection É Réseau de santé 	<ul style="list-style-type: none"> É Médecin(s) É IDE, SSIAD É Service d'aide à la personne É Accueil de jour Alzheimer É Rééducation

Quelques commentaires sur ce tableau :

Le logement : en ville, à proximité des commerces ou isolé ?

L'ergonomie du domicile : escaliers, confort sanitaire, meubles encombrants ou tapis facteurs de chutes, risque relatif au gaz ?

Les aidants naturels : niveau de présence et fiabilité, qualité des relations avec la personne âgée et avec les intervenants professionnels ?

Dispositions : une mesure de protection de type curatelle ou tutelle existe-t-elle ou serait-elle utile ?

Professionnels : planning des interventions, difficultés rencontrées, qualité du partage d'informations entre eux ?

Ces informations stratégiques sont faciles à **recueillir** par les professionnels libéraux et devraient être **transmises** aux structures d'hospitalisation pour la continuité des soins, la bonne compréhension des problèmes qui ne sont pas uniquement médicaux, et la pertinence des organisations proposées à la sortie d'hospitalisation.

Docteur Eric KILEDJIAN, service de gériatrie CH Vienne (38)

A partir d'une intervention au colloque Les Régionales de Gériatrie, Grenoble 20.11.2008

Rappel de la procédure de demande d'inclusion dans le réseau : L'inclusion dans le réseau est une demande professionnelle et pas une demande familiale. Ne proposez pas aux familles de nous appeler directement. La procédure est un contact téléphonique ou mail avec un membre de la cellule de coordination par le professionnel de santé, ou le téléchargement du dossier de demande d'inclusion à envoyer par courrier.