

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
I. Aspects démographiques du vieillissement.....	5
I.1 Concept démographique de “vieillessement de la population”	5
I.2 Vieillessement dans le monde	6
I.3 Vieillessement en Afrique	6
I.4 Vieillessement au Sénégal.....	9
I.4.1 Chiffres clés de la population Sénégalaise aux dates censitaires	9
I.4.2 Evolution de la population selon les projections démographiques	12
II. Aspects épidémiologiques du vieillissement au Sénégal	14
III. Les enjeux du vieillissement en Afrique et au Sénégal	16
III.1 Au plan sanitaire.....	16
III.2 Au plan économique	17
III.3 Au plan social.....	18
IV. Etat des lieux de la gériatrie gérontologie au Sénégal	20
IV.1 L’offre de soins gériatriques.....	20
IV.2 Offre de formation [13]	20
IV.3 Politiques de protection sociale	21
CHAPITRE II: REVUE DOCUMENTAIRE ET ENQUETE AU SERVICE DE GERIATRIE DU CHNU DE FANN.....	23
I. Matériel et méthode	24
I.1 Cadre d’étude de l’enquête au niveau du CHU de FANN.....	24
I.1.1 Le Centre Hospitalier National Universitaire de FANN	24
I.1.2 Présentation du service de Gériatrie de FANN	24
I.2 Objectifs.....	27

I.3	Méthodologie	27
I.3.1	Méthodologie de la revue documentaire	27
I.3.2	Méthodologie de l'enquête au niveau du SG de FANN.....	28
II.	Résultats	30
II.1	Résultats de la revue documentaire	30
II.1.1	Résultats de l'enquête primaire au Sénégal en 2017.....	30
II.1.2	Résultats de l'analyse approfondie au Sénégal en 2017.....	32
II.2	Résultats de l'enquête au niveau du SG du CHU de FANN	35
II.2.1	Echantillon de l'étude.....	35
II.2.2	Aspects épidémiologiques.....	35
II.2.3	Aspects cliniques.....	38
II.2.4	Aspects diagnostiques :	42
II.2.5	Aspects évolutifs	46
III.	Discussion	50
III.1	Analyse situationnelle de la santé de la personne âgée au Sénégal	50
III.2	Etude au service de gériatrie du CHU de FANN	52
	CONCLUSION	58
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65
	ANNEXES	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	I	Evolution de la population générale et de la population de personnes âgées aux dates censitaires	10
Tableau	II	Taux Accroissement intercensitaire de la population générale et de la population de personnes âgées entre 1976 et 2013	10
Tableau	III	Projection de la population générale et de la population de personnes âgées à l'horizon 2035	13
Tableau	IV	Evolution des effectifs, Poids et EDV des PA 60 ans et plus au Sénégal entre 2020 et 2100	14
Tableau	V	Données socio- démographiques des PA au Sénégal en 2017	30
Tableau	VI	Environnement socio-politique au Sénégal en 2017	30
Tableau	VII	Les différents aspects de la santé et de la protection sociale en 2017	31
Tableau	VIII	Etat des lieux de la gériatrie gérontologie en 2017	31
Tableau	IX	Problèmes soulevés par prestataires des infrastructures sanitaires	33
Tableau	X	Problèmes soulevés par des associations de personnes âgées	34
Tableau	XI	Répartition des patients selon les autres caractéristiques épidémiologiques	37
Tableau	XII	Répartition selon les antécédents retrouvés	38
Tableau	XIII	Répartition selon le nombre de comorbidités	38
Tableau	XIV	Répartition selon le nombre de médicaments à l'admission	40
Tableau	XV	Répartition des patients selon les manifestations cliniques à l'entrée	41
Tableau	XVI	Répartition selon les syndromes gériatriques	43
Tableau	XVII	Répartition selon les pathologies cardiovasculaires	43
Tableau	XVIII	Répartition selon les pathologies infectieuses	44
Tableau	XIX	Répartition selon les pathologies endocriniennes et métaboliques	44
Tableau	XX	Répartition selon les pathologies neurologiques	45
Tableau	XXI	Répartition selon les pathologies tumorales	45
Tableau	XXII	Répartition selon les autres diagnostics	46
Tableau	XXIII	Complications présentées par les patients	47
Tableau	XXIV	Profil pathologique des patients décédés	49

LISTE DES FIGURES

Figure	1	Rapidité de doublement de la population africaine de plus de 60 ans	7
Figure	2	Evolution des indices de fécondités et des taux de mortalité des moins de 5 ans en Afrique et dans le reste du monde	8
Figure	3	Evolution de l'espérance de vie en Afrique	8
Figure	4	Evolution de la pyramide des âges en Afrique entre 2020 et 2100	9
Figure	5	Pyramide des âges de la population sénégalaise de 2002 et 2013	11
Figure	6	Taux de mortalité par groupe d'âge au Sénégal en 2013	12
Figure	7	Répartition en fonction de la fréquence des entrées par mois	35
Figure	8	Répartition en fonction de la tranche d'âge	36
Figure	9	Répartition selon le genre	36
Figure	10	Répartition selon les comorbidités retrouvées	39
Figure	11	Répartition des patients selon le diagnostic	42
Figure	12	Issu des patients hospitalisés	48
Figure	13	Profil pathologique global des patients décédés par spécialité	48

ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'état général

ANSD : Agence nationale de la statistique et de la démographie

AVCH : Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique

AVCI : Accident Vasculaire Cérébral Ischémique

CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CHNU : Centre National Hospitalo-Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EDV : Espérance De Vie

FNR : Fond National de Retraite

IPRES : Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OOAS Organisation Ouest Africaine de la Santé

PA : Personnes Agées

RASSPA : Rapport de l'Analyse de la Situation de la Santé de la Personne Agée

SGG : Service de Gériatrie Gérontologie

TBM : Taux Brut de Mortalité

UMG : Unité Mobile Gériatrique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Acquise

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population mondiale est maintenant une réalité bien établie. Ce vieillissement s'explique par une baisse de la fécondité et une augmentation de l'espérance de vie pouvant être corrélées aux mutations socio-économiques et aux progrès de la médecine [1]. Il se traduit au plan démographique par une diminution de la proportion d'enfants et de jeunes associée à une augmentation de celle de personnes âgées [1].

Bien qu'ayant encore une population jeune, les pays Africains subissent actuellement une importante transition démographique avec l'augmentation de leur population de personnes âgées [1]. Selon l'OMS, les dernières décennies ont été marquées par des progressions majeures de l'espérance de vie surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'espérance de vie moyenne a augmenté de 9 ans entre 1990 et 2012, passant de 51 à 60 ans pour les hommes et de 54 à 63 ans pour les femmes [2]. Cette transition démographique s'est faite en Afrique de façon rapide sur une décennie pour certains pays et sur un quart de siècle pour d'autres [2].

Avec une population encore jeune, le Sénégal n'échappera pas à ce processus de vieillissement. En effet, d'après les enquêtes statistiques, entre 1988 et 2002 la croissance démographique intercensitaire de la population de personnes âgées (3%) dépasse celle la population générale (2,5 %) [3 ; 4]. L'espérance de vie est passée 56 ans en 1988 à 58 ans en 2002. En 2013, elle était de 64,8 ans avec une population de personnes âgées de 60 ans et plus estimée à 746 187 soit 5.16% de la population générale [3 ; 5].

Cette transition démographique rapide en Afrique s'accompagne d'une modification simultanée de l'épidémiologie des maladies avec la persistance des pathologies transmissibles et l'émergence des maladies chroniques et des grands syndromes gériatriques posant ainsi un réel problème de santé publique de cette tranche d'âge souvent négligée [6].

Cette double transition simultanée aura des conséquences graves dans les pays Africains mal préparés. Au plan sanitaire, selon l’OMS en Afrique il y a une faible intégration de la gériatrie dans le système de santé, les services de santé destinés aux personnes âgées sont insuffisants, les soins sont inadaptés et le personnel qualifié est déficitaire [7]. Au plan économique, nous assistons à une paupérisation du vieillissement avec la faiblesse des ressources financières et la dislocation réseaux de solidarités communautaires, accentuant les difficultés d’accès aux soins [8]. Au plan social de profondes mutations sont notées, le tissu social culturel est désintégré et la personne âgée a tendance à perdre la place qu’est la sienne au sein de la famille et de la société [8].

Face à tous ces défis majeurs auxquels les sociétés Africaines sont de plus en plus confrontées, l’OMS [9], l’union Africaine [10] et la Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest [11] ont établi des plans d’action qui recommandent fortement la mise en œuvre de Politique Nationale sur le Vieillissement en Bonne Santé dans les pays Africains. Conformément à ces plans d’action, le Sénégal a connu des avancées notables au plan sanitaire et de sa politique sociale en faveur des personnes âgées [12]. En effet, le Sénégal dispose actuellement de trois structures à vocation gériatrique, le centre médico-social de l’IPRES de Dakar, le centre de gériatrie communale de “Ouakam” et depuis récemment en 2015 le premier service hospitalo-universitaire de gériatrie au CHU de Fann (Dakar) de l’espace CAMES [12]. Ce service est appelé à devenir le service de référence en matière de formation, de recherche et de prise en charge des personnes âgées au niveau national et sous régional.

Dans le domaine de la formation la faculté de Médecine de l’université Cheikh Anta Diop de Dakar en collaboration avec le service de gériatrie du CHU de FANN a permis la mise en place et le développement d’un système de formation médicale et paramédicale depuis 2011 [13].

Au plan politique sociale, tout d'abord en 2006 un système de gratuité de la prise en charge sanitaire des personnes âgées dénommé plan sésame a été mis en place. Ce plan a été repris en 2015 dans le cadre d'un système de protection sociale plus ambitieux, la couverture maladie universelle [12 ; 13].

Grâce à l'appui de l'OMS, le Sénégal a élaboré sa politique du vieillissement en bonne santé et s'est doté d'un plan stratégique pour un vieillissement en bonne santé 2018- 2023. Depuis la validation de celui-ci, nous n'avons pas connaissance d'une étude pour évaluer sa mise en œuvre et avoir une photographie nationale de la prise en charge de la santé des personnes âgées.

Le but de ce travail était de faire un état des lieux sur la santé des personnes âgées vivant au Sénégal. Dans la première partie nous ferons une revue de la littérature sur la situation de la santé de la personne âgée au Sénégal. Dans la deuxième partie, tout d'abord nous procéderons à une revue documentaire d'un rapport d'étude de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), branche spécialisée de la CEDEAO en charge de la protection sanitaire. Ce rapport, effectué dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des personnes âgées dans la région, portait sur « l'analyse situationnelle de la santé des personnes âgées en Afrique de l'Ouest » [14] et nous nous intéressés aux données concernant le Sénégal. Puis nous compléterons notre travail par une enquête menée au service de gériatrie gérontologie du Centre National Hospitalo-Universitaire de FANN, où nous ferons le bilan de 15 mois de fonctionnement depuis sa création de l'unité court séjour gériatrique.

**CHAPITRE I:
REVUE DE LA
LITTERATURE**

I. Aspects démographiques du vieillissement

I.1 Concept démographique de ‘vieillissement de la population’

Le vieillissement de la population est le processus par lequel la proportion d'adultes et de personnes âgées augmente dans la population, alors que la proportion d'enfants et d'adolescents diminue. Il entraîne une élévation de l'âge médian de la population. Le vieillissement se produit quand les taux de fécondité déclinent alors que l'espérance de vie reste constante ou s'améliore aux âges plus avancés [15].

En démographie la définition de population vieillie ou vieillissante reste encore variable. Déjà en 1955, V. Germaine proposait une définition de population vieillissante [16]. Germaine affirmait que la prise en compte simple de la proportion de personne âgée et de la moyenne d'âge était insuffisante pour définir une région vieillissante. Il fallait y adjoindre la proportion de la tranche d'âge 0 - 40 ans et le taux net de reproduction qui représentent un intérêt certain. Selon elle la tranche d'âge 20 - 40 ans assure la procréation et une grande partie de l'activité économique tandis que les 0 -20 ans feront leur relève. Les premiers assurent le présent et les seconds le proche avenir. Après analyse de la situation démographique d'un grand nombre de pays, elle proposait quatre critères par pour définir une population vieillie.

Une population peut être considérée comme vieillie [16]:

- lorsque son âge moyen approche 35 ans ou le dépasse,
- lorsque le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus dépasse 12.5%,
- lorsque celui de la tranche 0-40 ans est inférieur à 65%
- et enfin que depuis 20 ans la moyenne du taux net de reproduction reste au-dessous de l'unité.

Elle avait classé ces quatre critères par ordre d'importance suivante: pourcentage des 0-40 ans ; pourcentage des PA 60ans et plus, taux net de reproduction et âge moyen [16].

Le danger de vieillissement pour une population apparaît pour un pourcentage de 0- 40ans entre 62 et 65%, un pourcentage de personne âgée de 60 ans et plus entre 11.5-12.5% et un taux net de reproduction inférieur à un depuis 5 ans [16].

Ailleurs le glossaire termes et concepts de démographie en propose une définition toute simple. Une population est dite « vieillissante » quand la part des

personnes de 65 ans et plus atteint 7 %, elle est dite « âgée » quand la part de celle-ci plus atteint 14 % et elle est dite « très âgée » quand elle atteint 20 % [15]. Cependant, classiquement il est admis une proportion de personnes de 60 ans et plus de 10 % pour définir une population vieillissante.

I.2 Vieillessement dans le monde

Le vieillissement de la population mondiale est une réalité bien établie, il constitue l'un des plus grands défis du 21^{ème} siècle. Plusieurs facteurs influencent ce vieillissement de la population. Parmi les principaux facteurs, interviennent la hausse de l'espérance de vie, la baisse des taux de fécondité et aussi la migration des jeunes. En effet depuis les années cinquante, toutes les régions du monde ont connu une augmentation importante de l'espérance de vie associée à baisse régulière des taux de fécondité [17].

En 2017, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le monde était estimé à 962 millions, soit 13% de la population mondiale. Cette proportion de personnes âgées cache quelques disparités, l'Europe considéré comme un "vieux continent" présente environ 16 à 20 % de personnes âgées alors que l'Afrique est encore un continent jeune avec seulement 5 à 7 % de personnes âgées. En 2018 pour la première fois dans l'histoire, les personnes âgées de 65ans et plus étaient plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans dans le monde [17].

Selon l'OMS, la population âgée de 65ans et plus devrait continuer à augmenter plus rapidement que celle des autres tranches d'âge. Ses projections indiquent qu'entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 65 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%. Le nombre absolu de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter pour passer de 605 millions à deux milliards au cours de la même période. Le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus devrait alors tripler passant de 143 millions en 2019 à 426 millions en 2050. En moyenne, les femmes vivront six à huit ans de plus que les hommes [17].

I.3 Vieillessement en Afrique

Le nombre absolu de personnes âgées de 65 ans et plus dans le monde devrait doubler entre 2000 et 2050 pour passer de 605 millions à deux milliards. Les pays à revenu faible et intermédiaire connaîtront alors l'évolution démographique la plus rapide et la plus importante. Les deux tiers de cette population de personnes

âgées vivront dans les régions en développement dont 65% dans les pays asiatiques, 14% en Afrique, 11% en Amérique latine et 10 % dans le reste du monde [6 ; 17].

Considérée comme l'un des continents les plus jeunes au monde, les pays Africains présentent actuellement une augmentation rapide de leur population de personnes âgées.

Les projections les plus optimistes avancent que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait quadrupler en Afrique entre 2010 et 2050 passant de 56 millions à 215 millions. Il y aura alors en Afrique cinq fois plus de sujets âgés de 80 ans et plus qu'au aujourd'hui [18].

Il aura fallu près de 100 ans ou un peu plus pour que la part de la population âgée de 65 ans et plus de pays développés, comme la France (140 ans), la Suède (101 ans) les Etats-Unis (75 ans), se double [17]. En comparaison, il ne faudra que 25 à 50 ans à certains pays Africains tels la Mauritanie (20 ans), l'Algérie (25 ans), l'Afrique du sud (35ans), le Kenya (40 ans), Congo (45ans) ou encore le Ghana (55 ans) pour connaître la même croissance de leur population âgée (figure 1) [17].

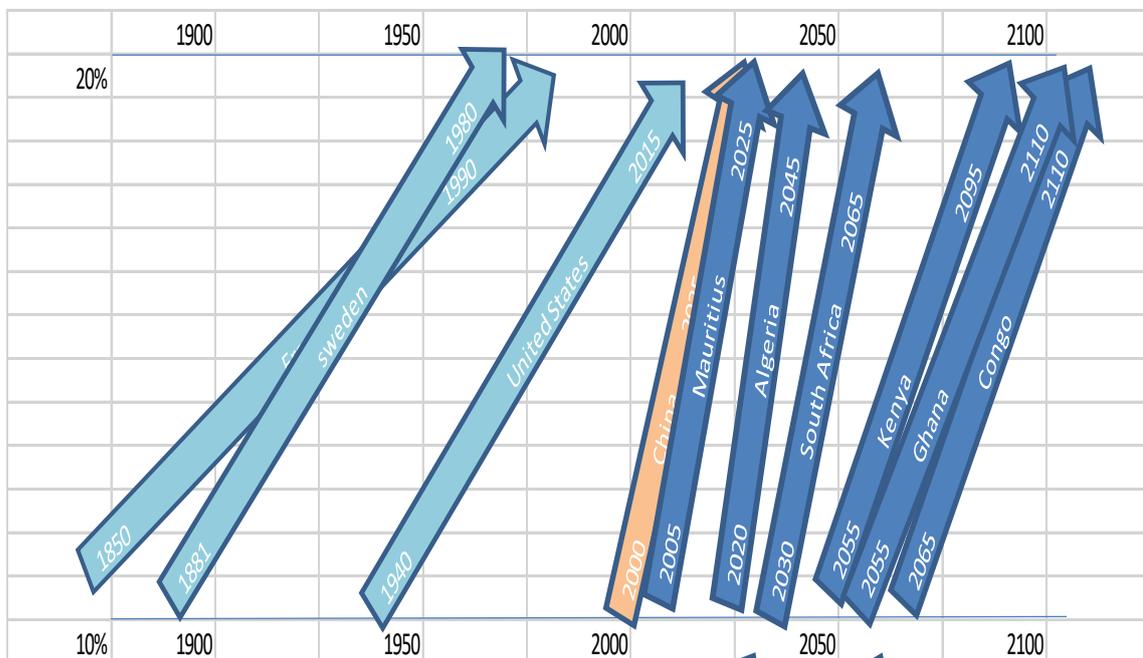


Figure 1 : Rapidité de doublement de la population africaine âgée de 60 ans et plus (Source: based on data UNDESA, <http://esa.un.org/unpd/wpp>) [17]. Entre 2000 et 2100, l'Afrique aura un taux de croissance de sa population générale et de celle de personnes âgées plus rapide que le reste du monde [17]. Cette

importante croissance s'explique par les indices de fécondités plus importantes et la baisse plus importante des taux de mortalités chez les moins de cinq ans (151 pour 1000 naissances en 2000 et 36 pour 1000 en 2050 et 18 pour 1000 en 20100) que dans le reste du monde (**figure 2**).

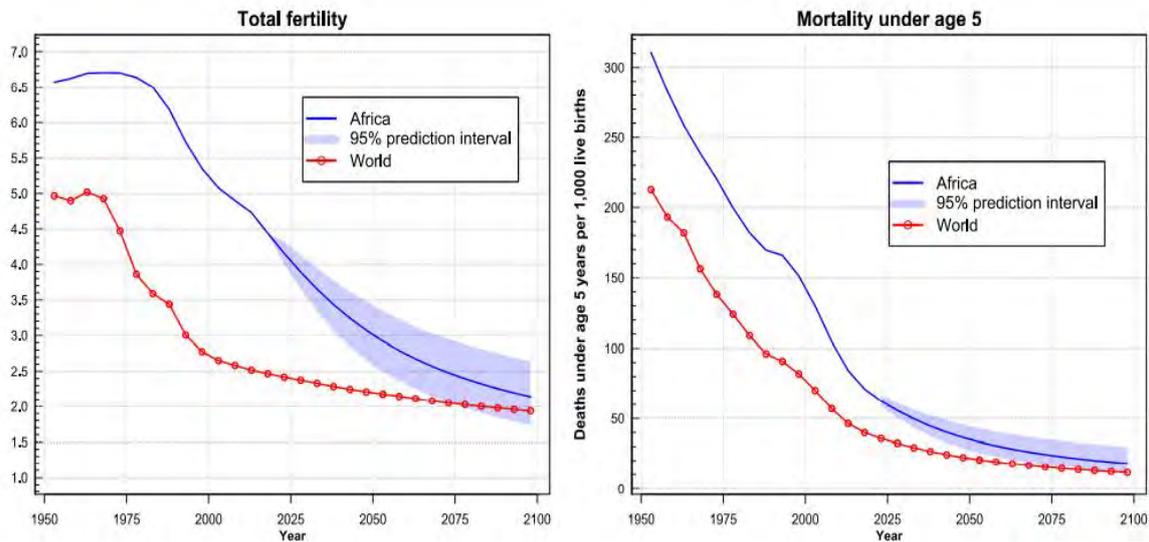


Figure 2 : Evolution des indices de fécondités et des taux de mortalité des moins de 5 ans en Afrique et dans le reste du monde [17]

L'espérance de vie à la naissance, quant à elle, passera de 52.3 ans en 2000 à 69,6 ans en 2050 pour atteindre 76.2 ans en 2100. Soit un gain en espérance de vie de 17.3 ans entre 2000 et 2050 et de 6.6 ans entre 2050 et 2100 [17].

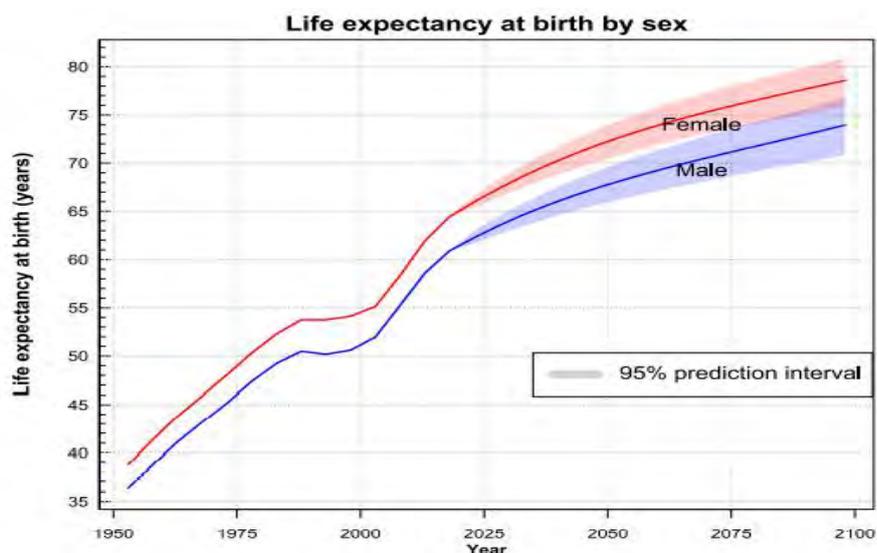


Figure 3 : Evolution de l'espérance de vie en Afrique [17]

L'accroissement rapide de la population africaine se traduira par des modifications de sa pyramide des âges. Entre 2000, 2050 et 2100, cette pyramide s'élargira des bases aux sommets [17]. En 2100, on constatera que le taux d'accroissement sera beaucoup plus important chez les plus de 60 ans. En ce moment la pyramide des moins de 60 ans aura alors la forme d'un tronc d'arbre et celle des 60 ans et plus aura la forme d'un triangle dont la base sera presque égale au tronc de la pyramide des moins de 60 ans.

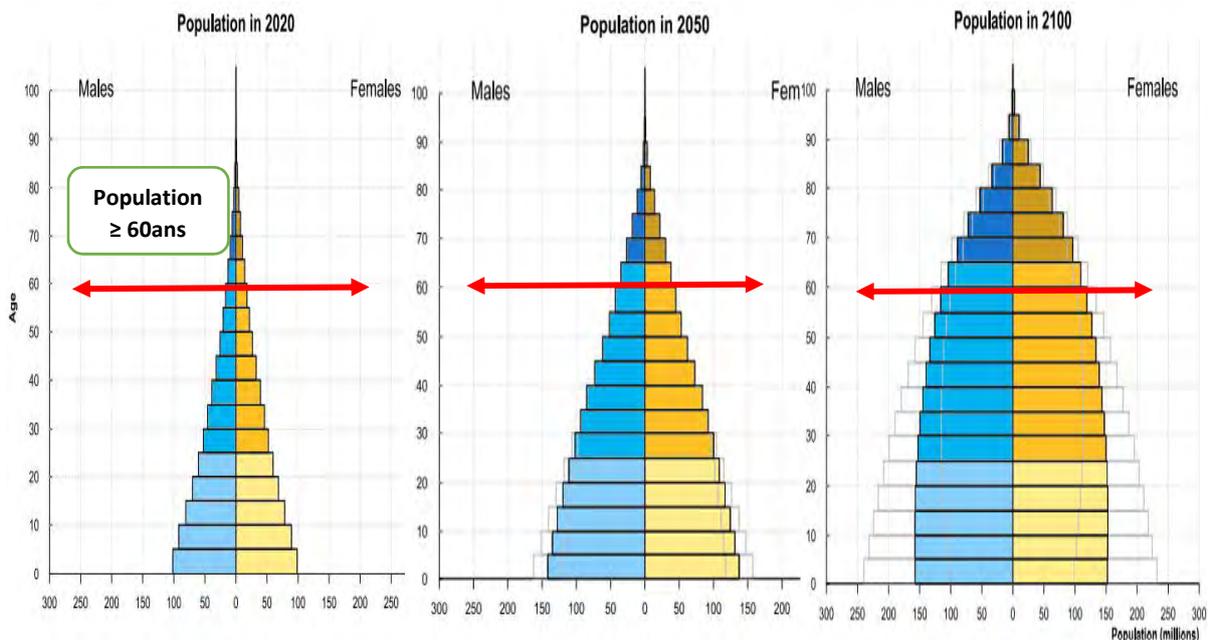


Figure 4 : Evolution de la pyramide des âges en Afrique entre 2020 et 2100 [17]

I.4 Vieillesse au Sénégal

I.4.1 Chiffres clés de la population Sénégalaise aux dates censitaires

Au Sénégal, les enquêtes sociodémographiques montrent que les familles comptent de plus en plus de personnes âgées. En effet depuis les indépendances, le Sénégal a connu quatre recensements généraux de la population (RGP) en 1976, 1988, 2002 et 2013. Ces recensements ont montré une augmentation croissante de la population générale mais aussi surtout de la population de personnes âgées conséquence d'une baisse des indices de fécondité et de mortalité. La population de personnes âgées est passée de 5% en 1988 à 5,4% en 2002 et à 5,6% en 2013 [3; 4; 5]. Dans le même temps l'espérance de vie a considérablement augmenté, en 1960 elle n'était que de 38 ans, elle est passée à 44 ans en 1976, à 56 ans en 1988, à 58 ans en 2002 et à 64,8 ans en 2013 (**tableau I**).

Tableau I: Evolution de la population générale et de la population de personnes âgées aux dates censitaires [3; 4; 5]

Années de recensement	Effectifs population générale	Effectifs population PA ≥ 60 ans	Poids PA ≥ 60 ans	Indice synthétique de Fécondité	Taux de mortalité /1000hbts	Espérance de vie à la naissance
1960	3 393 085	-	-	-	26,2	38,22
1976	4 997 885	304 337	6.1 %	7,1	20.1	44,64
1988	6 896 808	346 749	5 %	6,4	11,95	56,28
2002	9 858 482	531 718	5,40 %	5,3	10,21	58,68
2013	13 508 715	746 187	5,60 %	5,16	7,7	64,8

(Source: ANSD. Rapports recensements et projections démographiques)

L'analyse comparative des taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen (**tableau II**), entre population générale et celle de personnes âgées lors de ces enquêtes, a montré qu'à l'exception de l'intervalle d'année 1976-1988, la population de personnes âgées de 60 ans et plus a eu une croissance plus importante que celle de la population générale [3; 4; 5]. En effet selon les rapports de l'ANSD, entre 1988 et 2002 le taux d'accroissement intercensitaire de la population âgée était de 2.9% par an contre 2.5% pour la population générale. Entre 2002 et 2013, elle était de 3.2% par an pour la population de personnes âgées contre 2.5% pour la population générale. La hausse du taux d'accroissement plus importante chez les personnes âgées s'expliquerait par une augmentation de l'espérance de vie, une baisse de la mortalité aux âges avancés et une baisse de l'indice de fécondité.

Tableau II: Taux d'accroissement intercensitaire de la population générale et de la population de personnes âgées entre 1976 et 2013 [3; 4; 5]

	Taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen population générale	Taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen personnes âgées ≥ 60 ans
1976-1988	2,70%	1,22
1988-2002	2,50%	2,90%
2002-2013	3,00%	3,20%

(Source: ANSD. Rapports recensements et projections démographiques)

La comparaison de la forme de la pyramide des âges entre 2002 et 2013 au Sénégal est riche de significations (**graphique 5**) [4 ; 5]. En fonction de l'inertie des phénomènes démographiques, elle nous renseigne sur les équivalences et les

déséquilibres s'agissant de la population de personnes âgées actuelles et en devenir. Entre 2002 et 2013 le sommet, intéressant les personnes âgées de 60 ans et plus, s'est élargi témoignant de l'augmentation actuelle de leur population, dans le même temps la base de la pyramide est davantage plus élargie. Au vu du rythme d'évolution de l'espérance de vie et de la mortalité, une augmentation beaucoup plus importante de la population de personne âgée est à prévoir dans les années à venir. Il s'agit d'une représentation usuelle à prendre en considération avec soin.

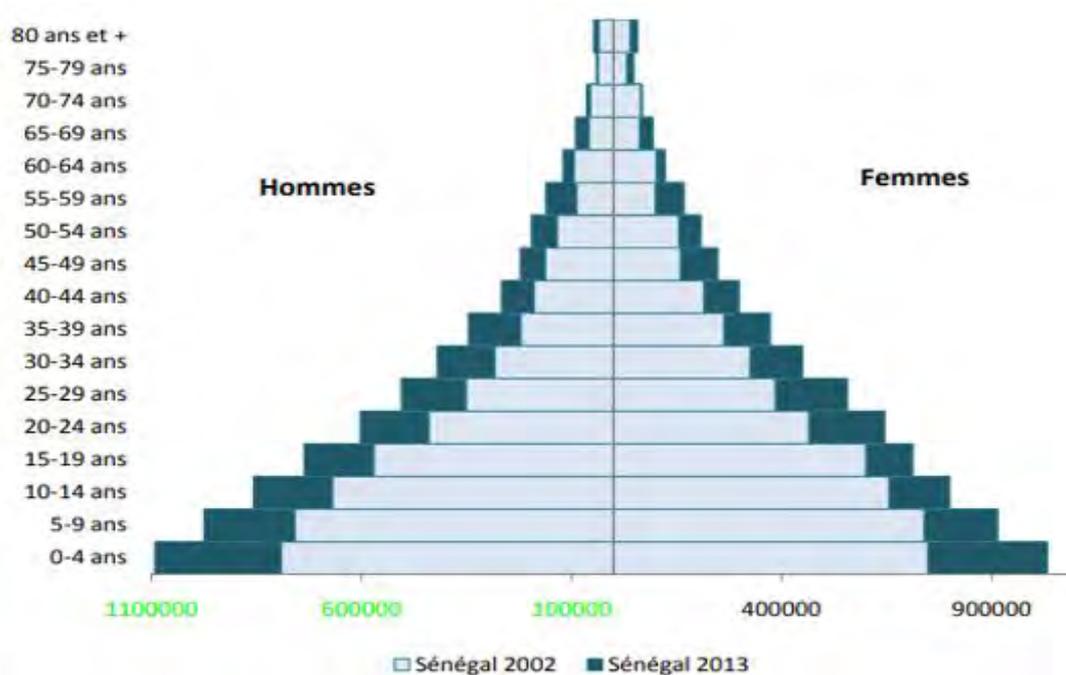
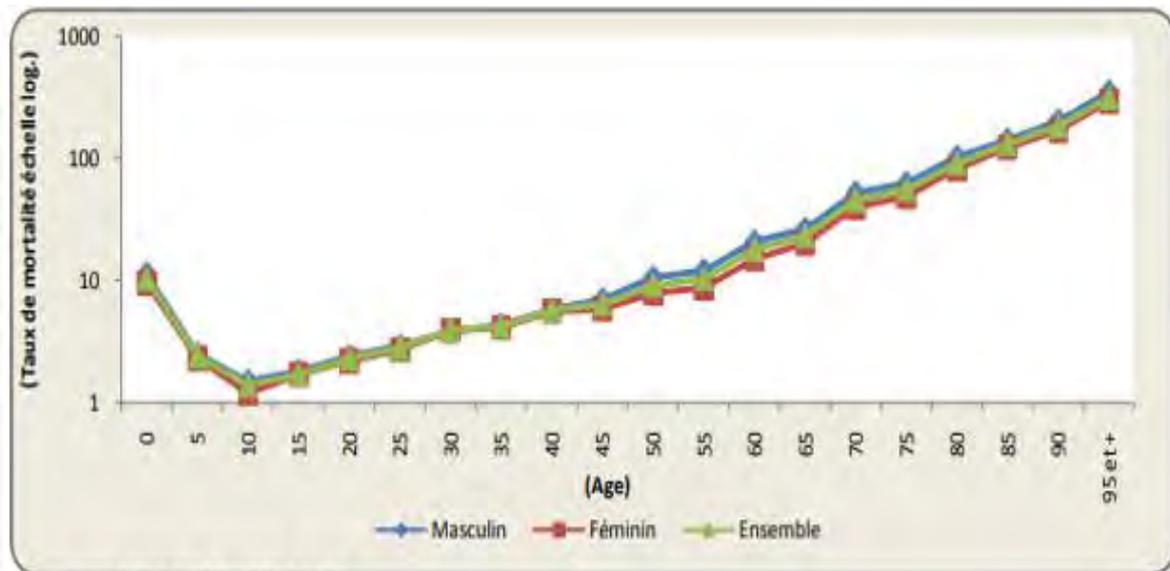


Figure 5 : Pyramide des âges de la population sénégalaise de 2002 et 2013 [4; 5]

Malgré cette amorce de transition démographique en faveur des personnes âgées durant ces périodes, la population Sénégalaise reste encore extrêmement jeune. En effet, en 1988 près de 58% de la population étaient âgés de moins de 20 ans, en 2002 les 54,7 % avaient moins de 20 ans et en 2013 les 42.1% de la population avaient moins de 15 ans avec une médiane de 18 ans et un âge moyen de 22, 7ans [3 ; 4 ; 5].

En 2013 la courbe de mortalité de la population avait une allure en « J » (Graphique 6) [5]. Normalement, lorsque le niveau de la mortalité est élevé dans une population donnée, la courbe de variation des taux de mortalité selon l'âge présente approximativement une forme en « U ». Et lorsque le niveau de la mortalité est bas, cette courbe perd son allure en « U » et prend une forme en « J »

». L'allure en « J » de cette courbe indique que la mortalité est basse et qu'elle varie énormément selon l'âge. Elle part d'un niveau élevé chez les enfants de moins d'un an, décroît rapidement, passe par un minimum au groupe d'âges 10-14 ans et croît ensuite d'une façon continue jusqu'à 95 ans et plus (forte mortalité des personnes âgées). Elle a l'allure normale d'une courbe de mortalité d'une population à faible mortalité.



Source : ANSD. RGPHAE 2013

Figure 6: Taux de mortalité par groupe d'âge au Sénégal en 2013

I.4.2 Evolution de la population selon les projections démographiques

En 2020 selon l'ANSD pour un effectif de 16 705 608 habitants, le Sénégal a encore une population très jeune [19]. L'âge moyen est de 19 ans, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,55% de la population générale [19] ce qui est bien en deçà des seuils de définition de population âgée décrit dans la littérature [15 ; 16] et l'espérance de vie à la naissance est de 67.8 ans [19]. Les projections de l'ANSD les plus lointaines concernant la population de personnes âgées au Sénégal ne s'arrêtent qu'en 2035. Ces projections montrent que la population sénégalaise restera encore jeune jusqu'en 2035 avec une moyenne d'âge de 19 ou 20 ans [19]. Cependant les proportions de personnes âgées de 60 ans et plus continueront à s'accroître conséquence d'une baisse continue du taux brut de mortalité et d'une augmentation de l'espérance de vie à la naissance

(Tableau III). En 2020 la population de PA de 60 ans et plus représente près de 5,55% de la population générale, en 2035 elle atteindra 5,66%, dans le même temps l'espérance de vie passera de 67,8ans à 74.6ans.

Tableau III : Projection de la population générale et de la population de personnes âgées à l'horizon 2035 [19].

Années	Age moyen de la population (années)	Poids PA ≥ 60ans	TBM (effectif pour 1000 habitants)	EDV à la naissance (années)
2 014	19	5,50%	7,9	65,1
2 015	19	5,49%	7,7	65,6
2 016	19	5,49%	7,5	66
2 017	19	5,50%	7,3	66,5
2 018	19	5,51%	7,1	66,9
2 019	19	5,53%	6,8	67,4
2 020	19	5,55%	6,6	67,8
2 025	19	5,67%	5,7	70
2030	19	5,67%	4,9	72,3
2035	20	5,66%	4,3	74,6

(Source: ANSD projection population 3013-2063)

Selon d'autres projections des nations unies plus optimistes et plus lointaines [17] (Tableau IV), le Sénégal devrait atteindre très rapidement un cap de population âgée. En 2020 la proportion de personnes âgées de 60ans et plus est estimée à 4.81%, elle devrait atteindre rapidement 5.76% en 2035, 7.99% dès 2050 puis 10.68% en 2065 et à l'horizon 2100 elle sera de 19,20%.

Tableau IV : Evolution des effectifs, Poids et EDV des PA 60 ans et plus au Sénégal entre 2020 et 2100 [17]

Pays	Effectif PA	Poids population PA de 60ans (%)	Evolution espérance de vie à la naissance
2020	811444	4,81	-
2025	962220	4,99	68,87
2030	1165548	5,31	70,08
2035	1445303	5,76	71,12
2040	1808638	6,37	72,05
2045	2283694	7,17	72,90
2050	2823232	7,99	73,71
2055	3413717	8,84	74,47
2060	4052139	9,72	75,21
2065	4787145	10,68	75,93
2070	5700946	11,87	76,67
2075	6785754	13,22	77,39
2080	7913102	14,47	78,12
2085	9068268	15,65	78,86
2090	10264219	16,80	79,58
2095	11518219	17,98	80,30
2100	12835798	19,20	81,03

Source: based on data UNDESA, <http://esa.un.org/unpd/wpp>

Il faut noter que le vieillissement de la population est aussi accéléré par l'important phénomène de l'immigration des jeunes.

II. Aspects épidémiologiques du vieillissement au Sénégal

En Afrique, cette transition démographique rapide s'accompagne d'une modification simultanée de l'épidémiologie des maladies [6]. En effet il est noté en Afrique une persistance des pathologies transmissibles tels le paludisme, la tuberculose et l'infection à VIH [20 ; 21] qui continuent à poser un problème de santé publique, une émergence des maladies non transmissibles chroniques et de syndromes gériatriques liée à l'allongement de la durée de vie.

Quelques études ont montré la persistance des pathologies transmissibles. Une étude rétrospective sur une période de 8 ans (2005-2013), chez 697 personnes infectées par le VIH suivies dans les services de médecine interne et de

dermatologie du centre hospitalo-universitaire Aristide-Le-Dantec de Dakar, a montré que l'infection à VIH du sujet âgé reste une réalité dans nos régions. Dans cette cohorte 8% de personnes âgées de 55 ans et plus étaient touchés par l'infection à VIH [20].

Sur une autre étude réalisée à la clinique de pneumologie du CHNU de FANN à Dakar (avril 2005-mars 2006), la prévalence tuberculose pulmonaire était estimée à 12.8% chez les personnes âgées de 55ans et plus [21].

Concernant les pathologies chroniques chez les personnes âgées, en 2018 le bureau régional de l'OMS a mené une enquête concernant les pays du continent ayant menés une étude nationale pour connaître l'état de santé et les besoins socio-sanitaires des personnes âgées. Le Sénégal faisait partie des rares pays en Afrique de l'Ouest ayant menés cette étude parmi les 32 pays qui ont répondu. En effet le Sénégal a mené en 2000 cette enquête nationale pour dégager le profil épidémiologique des personnes âgées et connaître leurs besoins socio-sanitaires [22]. Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon national de 1100 personnes âgées réparties sur l'ensemble des régions du Sénégal utilisant un questionnaire élaboré par une équipe pluridisciplinaires (Gériatre, Santé publique, statisticien démographie et économiste). Elle avait retrouvé respectivement par ordre de fréquence les pathologies suivantes [22]:

- les pathologies cardiovasculaires ;
- les affections oculaires concernant pour près du 1/3 des patients le glaucome et la cataracte ;
- les affections ostéo-articulaires dégénératives et rhumatismales dominées par la Polyarthrite Rhumatoïde;
- le diabète dont l'incidence urbaine était préoccupante ;
- les déficits cognitifs qui devenaient une réalité ;
- et les affections urogénitales, dominées par les infections urinaires, l'adénome et le cancer de la prostate.

Cette tendance est confirmée par une étude recherchant le profil épidémioclinique de patients âgés dans un service de médecine interne au centre hospitalo-universitaire de Pikine en 2012. Elle retrouvait parmi les comorbidités les plus fréquentes les pathologies cardiovasculaires 64.4% (HTA 53.2%), le diabète 30,1% et les bronchopneumopathies chroniques 4% [23].

D'autres études de prévalence ont montré la réalité des syndromes gériatriques au Sénégal. Déjà en 2009, Touré et al ont jeté les bases de la recherche sur la démence en établissant un test de diagnostic de la démence adapté au contexte Africain fiable et valide au plan international [24]. Ce test a permis d'évaluer les troubles cognitifs même dans une population de personne analphabète. La prévalence de la démence retrouvait, chez les personnes âgées de 65 ans et plus était de 8,8% [24].

En 2011, Coumé et col retrouvaient une prévalence de la dénutrition de 6,6 % chez des patients âgés de 60 ans et plus vivant à domicile [25].

La prévalence de la dépression quant à elle, a été estimée à 47,7% en 2011 par Thiam et al [26]. Une étude rétrospective plus récente (2015-2018) retrouvait une prévalence de 5,23% chez les 60 ans et plus reçus en consultation externe au service de gériatrie de FANN [27]. Le risque de chute a été aussi mis en évidence dans une étude au centre gériatrique de "Ouakam" en 2013 ou la prévalence retrouvée était de 4,16% chez les patients ayant un bon statut nutritionnel et de 30,3% chez les patients dénutris [28].

III. Les enjeux du vieillissement en Afrique et au Sénégal

III.1 Au plan sanitaire

Les personnes âgées constituent un terrain particulier de vulnérabilité liée au vieillissement physiologique, aux facteurs socio-environnementaux et aux pathologies [29]. La prise en charge doit être globale et intégrée prenant en compte de toutes les dimensions.

Selon l'OMS, en Afrique il y a une faible intégration de la gériatrie dans le système de santé, les services de santé destinés aux personnes âgées sont insuffisants et inadaptés aussi le personnel qualifié est déficitaire [7]. Il y a une rareté de l'information sanitaire concernant les personnes âgées, les statistiques sanitaires de routine ne font pas de distinction entre les maladies dues à la vieillesse et les autres maladies.

En effet les structures sanitaires des pays jeunes en voie de développement sont pour la plupart des spécialités d'organe à l'exception de certaines spécialités transversales telle la médecine interne ou la pédiatrie. Elles ne sont de ce fait pas préparées à cette prise en charge globale de la personne âgée. Aussi il y a un

important déficit d'expertise en gériatrie, le personnel souvent non formé ne dispose pas du savoir et du savoir-faire gériatriques nécessaires. Ce qui a pour conséquence une augmentation de la morbi-mortalité chez les personnes âgées liée au double fardeau maladies transmissibles et non transmissibles. Ainsi, il y a une nécessité d'adapter offre de soins aux spécificités des personnes âgées et de former un personnel qualifié [7].

Même si le Sénégal n'est pas épargné par ces problèmes, beaucoup d'efforts ont été fait pour la prise en charge des personnes âgées.

III.2 Au plan économique

Au niveau macro-économique, lorsque dans une population la croissance démographique des personnes âgées plus importante que celle de la population générale, un nouvel équilibre se crée avec diminution de la population active et augmentation de la population inactive [8]. La conséquence en est une diminution de la productivité et une augmentation des dépenses de santé publique en faveur de la population inactive. Les caisses nationales de retraite, particulièrement celles à régimes contributifs, peuvent alors présenter un déficit avec une augmentation de la manne financière pour les retraités et une diminution des cotisations. Ce qui fait que pour pallier à ce déficit, dans les pays développés l'âge de la retraite a été considérablement relevé variant entre 62 et 65 ans.

Avec une croissance démographique des personnes âgées plus importante que la population générale depuis 1988 (tableau II) et une importante immigration des jeunes, le Sénégal risque d'aller au moyen terme vers un déséquilibre de son système macro-économique. Ce déséquilibre dû au vieillissement de la population s'est traduit par le relèvement de l'âge légal de la retraite qui est passé de 55 ans à 60 ans en décembre 2014 tout en ouvrant une voie qui stipule que cet âge pourrait être reporté à un âge plus avancé afin d'assurer l'équilibre financier du régime ou lorsque le marché de l'emploi le permettra et l'augmentation de la longévité l'exigera en vue du maintien et de l'amélioration de la valeur des prestations [30]. Récemment en juin 2020, cet âge a encore été relevé à 65 ans pour certaines professions. Tout ceci traduit un certain besoin de maintenir cet équilibre macro-économique.

Au niveau micro-économique, il y a une paupérisation du vieillissement en Afrique liée à une faiblesse des ressources financières, accentuée par le veuvage, la polygamie et féminisation du vieillissement [31]. En effet à l'âge de la retraite la pension est souvent la seule ressource financière, au Sénégal seules 30 % des personnes âgées bénéficient d'une pension de retraite. Ils sont répartis entre l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (21 %) pour les agents non fonctionnaires de l'état et du secteur privé et le Fond National de Retraite (9%) pour les agents fonctionnaires de l'état [13]. Les 70 % restants n'ont pas de retraite et représentent souvent la population la plus démunie car constituée en majorité d'agriculteurs, d'éleveurs ou de pêcheurs vivant souvent en zone rurale ou semi-urbaine [13 ; 31].

La particularité des maladies de la personne âgée est d'être invalidante et incapacitante, engendrant ainsi des dépenses importantes qui grèvent lourdement le budget déjà insuffisant de la personne âgée ou de sa famille. Ainsi la paupérisation du vieillissement associée à une baisse du soutien familial rendent encore plus difficile l'accès aux soins pour les personnes âgées.

III.3 Au plan social

En Afrique culturellement les personnes âgées tiennent une place centrale au sein de la famille et dans la société. Plusieurs rôles leur sont dévolus, détenteur du savoir, transmetteur de compétence, rôle de médiateur social [32].

Au Sénégal une organisation non gouvernementale dénommée "Grand-Mother Project Changement par la culture" a mis à profit ce statut culturel des personnes âgées, en les incluant dans la promotion du bien-être individuel et communautaire [33]. Ce projet, par une approche inclusive intergénérationnelle, a favorisé la réussite scolaire et l'abandon des traditions négatives comme le mariage précoce, les grossesses précoces et les mutilations génitales féminines. Les évaluations effectuées montrent clairement que l'inclusion des grand-mères dans les programmes de développement ont permis aux communautés de reconnaître plus facilement et de mettre en pratique les normes qui soutiennent le bien-être des jeunes filles [33].

Cependant, nous assistons de plus en plus à de profondes mutations socioculturelles qui entraînent l'effritement du pouvoir des aînés et leur isolement

favorisés par la dislocation de la cellule famille et des réseaux de solidarités [34 ; 35]. Au Sénégal, ce phénomène est beaucoup plus marqué en milieu urbain où les personnes âgées souffrent davantage de la retraite et des facteurs de stress liés à l'isolement et au baisse u soutien familial [31]. En effet, le travail des femmes qui s'occupaient du domicile et des grands-parents et l'immigration des jeunes sont en train de bouleverser l'équilibre et le fondement de la cellule familiale. A cela s'ajoute, l'urbanisation galopante avec la construction de grands immeubles qui ne favorise pas la cohabitation des générations et qui entraîne petit à petit le démantèlement des réseaux communautaires de soutien établis depuis longtemps. Des conflits de générations sont notés entre personnes âgées et jeunes, dans certaines régions les personnes âgées sont victimes de maltraitance comme c'est le cas de la " cité de vieilles " de Kabrousse au sud du Sénégal ou encore la persécution des "sorcières mangeuses d'âmes" au Burkina Faso [14]. Une étude menée au Togo sur la "Perception des vieilles personnes" montre que : «Soixante-dix-neuf pour cent (79%) estiment que les aînés sont budgétivores. Ils sont ennuyeux (47 %), encombrants (45 %), chronophages (42 %), trop plaintifs (41 %), dictatoriaux et réticents au changement (40 %) » [36].

En milieu rural, la personne âgée continue à jouir d'un soutien moral et d'une grande solidarité de la communauté élargie. Cependant la féminisation de la vieillesse (polygamie et veuvage) et l'exode rural des jeunes commencent à briser la structure familiale et communautaire et l'équilibre de la population active [31 ; 34].

L'ANSD, dans son rapport de la situation socio-économique du Sénégal [31], rapporte que 50 % des personnes âgées sont les seuls soutiens qui pourvoient au besoin de leur famille. Elles sont donc obligées de prolonger leurs activités pour subvenir aux besoins de leur famille du fait de la crise économique et du chômage endémique des jeunes.

La pauvreté et la diminution du soutien familial due aux difficultés économiques [31 ; 34] rendent difficile l'accès aux soins chez les personnes âgées. Ceux d'autant plus que ces derniers constituent une cible non prioritaire des états et partenaires sociaux au développement. Les politiques nationales de protection sanitaire sont plus orientées en faveur des femmes et des enfants [37].

IV. Etat des lieux de la gériatrie gérontologie au Sénégal

IV.1 L'offre de soins gériatriques

L'offre de soins gériatriques est caractérisée par une insuffisance et une inadéquation des services de santé destinés aux personnes âgées [7]. Les besoins spécifiques des personnes âgées sont bien documentés dans beaucoup de pays en Afrique. Cependant, dans la majorité, les systèmes de santé ne tiennent pas suffisamment compte de la spécificité des personnes âgées [14].

Au Sénégal, Il existe cependant des modèles de centre de gériatrie avec les centres médico-sociaux de l'institution de prévoyance retraite du Sénégal qui ne reçoivent que près de 21% des personnes âgées représentées par les retraités du secteur privé, des agents non fonctionnaires de l'état et leur famille. Il y a aussi le centre de gériatrie de "Ouakam" et depuis 2015 le service de gériatrie de FANN seul niveau d'intégration hospitalier de la gériatrie au Sénégal. Ailleurs il existe aussi quelques initiatives privées de prise en charge gériatrique en clinique et à domicile [12 ; 38]. Du fait de cette insuffisance de structures gériatriques, les autres structures à vocation non gériatrique reçoivent une plus large part de personnes âgées malades. C'est le cas des services spécialisés hospitaliers nationaux (Hôpital Aristide-Le-Dantec, Hôpital Principal de Dakar, Hôpital Idrissa Pouye de Grand -Yoff...) qui reçoivent sur référence une partie des patients âgés pensionnés mais aussi les 70% des personnes âgées sans pension de retraite [38]. Les agents fonctionnaires de l'état retraités, représentant 9% des personnes âgées, consultent souvent au centre médicosocial de la fonction publique réservé aux fonctionnaires actifs et retraités.

IV.2 Offre de formation [13]

Le Sénégal a connu beaucoup d'avancées dans le domaine de la formation. La gériatrie-gérontologie est reconnue comme une spécialité du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) depuis 2010. Elle est enseignée à l'université de Dakar, dans les unités de formation régionale en santé et dans les universités privées de médecine. Elle est aussi enseignée dans les écoles de formation paramédicale d'infirmiers et de sages-femmes d'état. Une spécialisation est même ouverte aussi bien dans le domaine médical (diplôme d'étude spécialisé et diplôme universitaire) que paramédicale (licence en gérontologie).

IV.3 Politiques de protection sociale

S'agissant de la protection sociale, en Afrique il est noté une insuffisance d'accès global aux soins pour les personnes âgées [7]. Les politiques de santé dans nos régions privilégient d'avantage les femmes et les enfants, rendant l'accès aux soins gériatriques difficiles pour les personnes âgées [37]. Chez ces derniers, avec l'accroissement des incapacités et des maladies chroniques à soins coûteux, la mise en place d'un système de protection social est plus que nécessaire pour une aide à la prise en charge.

Au Sénégal 70% des personnes âgées sont sans retraite [13], ils assuraient eux même ou leur famille les frais de leur prise en charge médicale. Mais depuis septembre 2006, l'état du Sénégal dans sa volonté de lutter contre l'exclusion des populations défavorisées a initié le plan "SESAME" pour une prise en charge gratuite des personnes âgées de 60 ans et plus. Ce plan a été repris en janvier 2015 dans le cadre d'une autre politique plus large dénommée "Couverture médicale universelle" [12 ; 39 ; 40]. Ces initiatives, même s'ils ont permis de garantir la gratuité des soins aux personnes âgées de 60 ans et plus présentent des limites. Les soins à domicile ainsi que les soins palliatifs ne sont pas pris en charge par le dispositif classique de soins et leur pérennité est mise en jeu par la faiblesse des financements et de l'encadrement de leur gestion.

➤ Le plan SESAME de soins gratuits pour les personnes âgées [12; 40]

Ce plan s'articule essentiellement autour de deux axes, l'appui aux institutions d'assurance vieillesse (IPRES, FNR), aux collectivités et l'instauration d'un système de prise en charge gratuite pour les 70% de personnes âgées de 60 ans et plus sans couverture sociale sur l'ensemble du territoire national.

L'appui aux retraités de l'IPRES s'est traduit par la signature d'un accord-cadre entre l'IPRES et le ministère de la Santé et de la prévention médicale. Cet accord octroie des tarifs préférentiels à l'IPRES dans le plan d'assistance sésame. Il permet aussi à ce dernier de préfinancer l'hospitalisation de ses retraités sur l'ensemble du territoire par le biais de convention avec les hôpitaux pour une prise en charge totale. Par cet accord aussi, l'IPRES pouvait intégrer la pyramide du Sénégal pour devenir un Centre National de Référence en gérontologie.

Quant à l'appui aux retraités du FNR, la mission du sésame sera de combler le gap de la prise en charge, c'est-à-dire le 1/5 et l'intégralité des médicaments.

Concernant la prise en charge gratuite des 70% de personnes âgées sans couverture sociale, elle repose essentiellement sur un état civil fiable grâce à la nouvelle carte nationale d'identité numérisée. La gratuité des soins est à tous les niveaux, postes de santé, centres de santé, hôpitaux de niveau 1, 2, 3. Concernant la gratuité de médicament, seuls les médicaments essentiels sont concernés. La gratuité exclut les prothèses, les lunettes, les implants sauf les implants oculaires. D'après le rapport sur le plan sésame, une totale anarchie a été constatée dans la pratique, accentuée par un gros déficit de communication et l'absence de spécialistes en gériatrie gérontologie. Ainsi ce plan connaît depuis lors quelques dysfonctionnements en rapport avec la faiblesse de son financement et de l'encadrement de sa gestion.

➤ **Couverture maladie universelle (CMU) [12]**

Depuis janvier 2015, le plan Sésame entre dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle, régie par un décret portant sa création et fixant ses règles d'organisation. La CMU est sous la tutelle technique du Ministère de la santé et la tutelle financière du Ministère de l'économie et des finances. Ses principes sont d'éviter que les barrières financières empêchent les populations d'avoir accès aux services de santé et de faire en sorte que les paiements des soins de santé ne privent les ménages de ressources financières pour assurer les autres besoins de base.

Elle s'articule autour quatre axes stratégiques, le développement des mutuelles de santé, la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie, le renforcement des politiques de gratuités existantes dont le plan sésame de gratuité des PA et la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0-5ans. Pour y parvenir la CMU apporte des innovations majeures dans son approche. Elle subventionne les cotisations à hauteur de 50% pour les personnes ayant la capacité contributive d'adhérer à une mutuelle de santé et à hauteur de 100% pour les indigents. Aussi la gratuité des soins se fait à tous les niveaux allant du poste de santé à l'hôpital national avec un taux de prise en charge de 80%. Les médicaments de spécialité sont pris en charge à hauteur de 50%.

Tout comme le plan sésame, la CMU rencontre les mêmes dysfonctionnements liés à un impact financier négatif.

**CHAPITRE II:
REVUE DOCUMENTAIRE ET
ENQUETE AU SERVICE DE
GERIATRIE DU CHNU DE
FANN**

I. Matériel et méthode

I.1 Cadre d'étude de l'enquête au niveau du CHU de FANN

I.1.1 Le Centre Hospitalier National Universitaire de FANN

Notre étude s'est déroulée au niveau du service de gériatrie du CHNU de FANN à Dakar capitale du Sénégal. Le CHNU de FANN est une structure de référence au sommet de la pyramide sanitaire, il constitue un cadre idéal pour une spécialité multidisciplinaire comme la gériatrie gérontologie. Plusieurs spécialités médico-chirurgicales y sont disponibles dont la Neurologie, la Neurochirurgie, la Psychiatrie, les Maladies Infectieuses, la Pneumologie, la Cardiologie, la Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, les Urgences, la Réanimation, le Service de Médecine Physique et les Services sociaux. Il abrite aussi des services d'aide au diagnostic tels un grand laboratoire central d'analyses médicales et un service d'Imagerie médicale avec la radiographie, l'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique. Ce cadre permettra une parfaite collaboration avec tous ces services pour le bénéfice des patients. Les gériatres pourront alors recueillir l'avis de ces spécialités médico-chirurgicales ou aussi avec l'unité mobile gériatrique, apporter toute leur expertise dans la prise en charge des patients âgés hospitalisés dans ces services.

I.1.2 Présentation du service de Gériatrie de FANN

Le service de gériatrie a été créé en 2015. Il ne disposait que deux bureaux, au niveau du Centre Antipoison du CHU de FANN, dont celui du chef de service Professeur agrégé de Gériatrie et un secrétariat médical. Le personnel se limitait alors au Chef de service, à une assistante médicale et à une infirmière diplômée d'état bénévole formée à la gériatrie. Les seules activités du service se résumaient aux consultations externes bihebdomadaires au niveau du bâtiment alloué au service d'accueil des urgences et à l'imagerie médicale. Depuis Mai 2019, le service dispose de ses propres locaux au niveau de l'ancien pavillon Salif Badiane, anciennement rattaché au service de Maladies Infectieuses et Tropicales. Le nouveau service a été entièrement rénové pour respecter les normes de sécurité tenant compte de l'avancée en âge en milieu hospitalier.

➤ **Les locaux du service comprennent :**

- Le bureau du Chef de service qui lui sert également de salle de consultation ;
- Le secrétariat administratif ;
- La salle commune de consultation et d'évaluation gériatrique;
- La salle d'attente d'une capacité de dix personnes située à l'entrée du service, elle est commune au bureau du Chef de service, au secrétariat et la salle de consultation ;
- Le bureau l'infirmier d'état, major du service, situé à l'entrée de l'unité d'hospitalisation ;
- L'unité d'hospitalisation court-séjour gériatrique d'une capacité de 8 lits répartis dans 6 cabines toutes équipées de commodités: toilette intérieure avec eau chaude, air conditionné, téléviseur, réfrigérateur.
 - 4 cabines à lit unique en première catégorie ;
 - 2 cabines de 2 lits en deuxième catégorie ;
- La salle de réunion d'une capacité de 10 personnes ;
- Le couloir d'environ 2 mètres de largeur, équipé de mains courantes.

➤ **Le personnel est composé :**

- Du chef de service, Professeur agrégé en gériatrie
- De deux internes des hôpitaux
- De médecins en cycle de spécialisation
- D'un personnel paramédical :
 - Un infirmier d'état, major du service
 - Une infirmière diplômée d'Etat contractuel de l'hôpital
 - Une assistante infirmière contractuel de l'hôpital
 - Une assistante sociale
 - Des prestataires de soins (infirmier d'état, Assistante infirmière)
 - Deux agents de la croix rouge internationale dont un brancardier et un agent d'accueil.
- D'un personnel administratif :
 - Une assistante médicale du chef de service
 - Un agent administratif.

➤ **Les activités du service sont :**

- La consultation externe, trois fois par semaine :
 - Hebdomadaire pour le chef de service (jeudi) ;
 - Bihebdomadaire pour les internes et les médecins en cycle de spécialisation (Mardi et Mercredi);
- Les hospitalisations court-séjour et hospitalisations de jour
 - Le major assure la coordination technique,
 - Le suivi médical est assuré par les internes et les médecins en cycle de spécialisation sous la supervision du chef de service.
 - Les gardes de nuit et les permanences les jours non ouvrables sont assurés par les internes et les médecins en cycle de spécialisation.
- Le travail d'assistance psychologique et sociale : l'assistante sociale est chargée du suivi psychologique et social des patients et de leurs accompagnants. Parmi ses activités,
- Les avis gériatriques dans les autres services spécialisés : des demandes d'avis gériatrique émanent de différents services dont les plus fréquents le service d'accueil des urgences, la neurologie ou la neurochirurgie. Les internes et les médecins en cycle de spécialisation sont chargés d'émètre ces avis et d'assurer le suivi gériatrique.
- Le suivi à domicile de patients hospitalisés dans le cadre d'une unité mobile gériatrique communautaire: l'agent administratif et l'infirmier major sont chargés de la coordination de cette UMG extrahospitalière. L'équipe mobile est composée d'un médecin, d'une infirmière, et de l'assistante sociale.
- Les activités pédagogiques d'encadrement des étudiants: le service constitue un terrain de stage et formation pour les étudiants en médecine, les médecins en spécialisation et les internes. A cet effet le chef de service est chargé de la coordination des enseignements, il assure une animation pédagogique régulière à travers des visites, des staffs, des présentations de malade et des cours.

I.2 Objectifs

L'objectif général de ce travail était de faire l'état des lieux sur la santé des personnes âgées au Sénégal.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer les aspects démographiques du vieillissement au Sénégal
- déterminer les aspects épidémiologiques du vieillissement au Sénégal ;
- déterminer les profils épidémiologiques cliniques et évolutifs des personnes âgées hospitalisées au service de gériatrie du CHNU de FANN ;
- déterminer les ressources actuelles disponibles au Sénégal : offre de soin, de formation, politique sociale ;
- formuler des recommandations pour améliorer la santé des personnes âgées

I.3 Méthodologie

I.3.1 Méthodologie de la revue documentaire

La revue documentaire a porté sur une étude qualitative de l'Organisation Ouest Africaine de la santé [41], réalisée en 2017 dans les pays de la CDEAO pour déterminer la situation de la santé de la personne âgée dans la région. Ce rapport a été réalisé dans le cadre du plan stratégique régional 2020-2024 de vieillissement en bonne santé dans l'espace CDEAO [14]. Nous nous sommes intéressés aux résultats du Sénégal.

Cette étude qualitative s'est déroulée en deux étapes. Tout d'abord, une enquête primaire qualitative sur un formulaire de recueil de données destiné aux points focaux techniques en charge de la santé des personnes âgées dans les quinze pays de la zone CDEAO. Ce formulaire renseignait sur le poids démographique des personnes âgées, l'espérance de vie, l'environnement socio-politique, le système de protection sociale, l'état des lieux de la gériatrie gérontologie, et l'existence d'appui par des partenaires techniques et financiers. Cette enquête a été complétée par une analyse approfondie sous la forme d'une enquête secondaire aussi qualitative, à partir d'une visite de terrain dans six des quinze pays de la CEDEAO dont le Sénégal. Le choix des pays visités s'est fait selon des critères sélectifs : linguistiques, poids démographique des personnes âgées, promotion du vieillissement en bonne santé.

Les questionnaires d'enquête approfondie concernaient la prise en charge de la santé des personnes âgées à travers des entretiens qualitatifs :

- auprès des acteurs clés de la santé sur ;
- auprès des acteurs de soins en milieu urbain et rural ;
- et auprès des associations de personnes âgées par des "focus groups".

I.3.2 Méthodologie de l'enquête au niveau du SG de FANN

I.3.2.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, allant du 1 Août 2019 date de démarrage des hospitalisations en gériatrie aigue au 31 octobre 2020 (15 mois) sur une population de personnes âgées de 60 ans et plus admis au service de gériatrie du CHNU de FANN.

I.3.2.2 Population d'étude

La population d'étude a porté sur les patients âgés de 60 ans et plus hospitalisés en gériatrie aigue durant cette période. Nous avons considéré pour des raisons sociales la définition de la personne âgée comme celle qui a 60 ans et plus.

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers complets de patients âgés de 60 ans et plus hospitalisés dans le service pendant cette période.

Les dossiers incomplets, les hospitalisations de moins de 24 heures de même que deux dossiers de patients ne répondant pas au critère d'âge n'ont pas été inclus.

I.3.2.3 Recueil des variables d'étude

Les données suivantes ont été recueillies sur une fiche d'enquête avant être saisies dans un logiciel Excel pour analyse :

- Caractéristiques sociodémographiques : âge, genre, situation matrimoniale, origine géographique, situation familiale (vit seul ou en famille), niveau socioéconomique ;
- Le mode de vie : prise de tabac, alcool, drogues, excitants ;
- Le niveau d'activité, l'autonomie antérieure
- L'isolement social
- Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux,
- Les comorbidités : la polypathologie était défini par l'existante concomitante de quatre pathologies chroniques ou plus chez le même individu ;

- Le nombre de médicaments à l'entrée : la polymédication définit selon l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » habituellement prise quotidiennement de 5 médicaments ou plus ;
- Les manifestations cliniques à l'entrée ;
- Les diagnostics retenus et syndromes gériatriques ;
- Les modalités d'évolution et les complications
- La durée d'hospitalisation
- Le mode sortie : décès, transfert, retour à domicile

I.3.2.4 *Saisie et analyse*

Ces données ont été analysées et analysées à l'aide du logiciel Excel 2013. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages et les variables quantitatives en moyenne avec son écart type, mais également de la médiane et des extrêmes.

II. Résultats

II.1 Résultats de la revue documentaire

II.1.1 Résultats de l'enquête primaire au Sénégal en 2017

II.1.1.1 *Données socio- démographiques*

Tableau V : Données socio- démographiques des PA au Sénégal en 2017

Situation démographique PA ≥ 60 ans 2017	
Effectif ≥ 60 ans	741 059
Poids PA ≥ 60 ans	4.7%
EDV naissance	67,58 ans
EDV à 60ans	16,92ans

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 4.7% de la population avec une espérance de vie à la naissance de 68 ans et à 60 ans de 17 ans.

II.1.1.2 *Environnement socio-politique*

Tableau VI : Environnement socio-politique au Sénégal en 2017

Environnement socio-politique au Sénégal en 2017		
Textes et lois en faveur des personnes âgées	Oui	
Documents de politiques ou de stratégies pour la promotion de la personne âgée	Oui	
Ministères en charge des personnes âgées	Oui	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
Regroupement des personnes âgées en associations	Oui	60 associations dénombrées

Un total de 60 associations de personnes âgées a été dénombré dans tout le pays.

II.1.1.3 *Santé et de protection sociale*

➤ **Maladies ou pathologies les plus courantes**

Les pathologies chroniques les plus courantes au Sénégal selon l'ordre de fréquence sont les pathologies cardiovasculaires, les pathologies oculaires, les pathologies rhumatismes, le diabète, les troubles cognitifs et les pathologies urogénitales.

➤ **Autres aspects de la santé et de protection sociale**

Tableau VII : Les différents aspects de la santé et de la protection sociale en 2017

Aspects santé et de protection sociale	Disponibilité
Médicaments	Irrégulière
Traitement et diffusion informations sanitaires SPA	Pas fait du tout
Assurance maladie	Oui (type non contributive)
Politique / Programme de prise en charge socio-sanitaire PA	Oui (Toujours opérationnel)
Partenariats techniques et financiers SPA	Non

La disponibilité des médicaments essentiels est irrégulière et l'information sanitaire indisponible. Aussi il n'existe pas de partenaires techniques et financiers engagés dans la santé de la personne âgée, cependant le Sénégal a bénéficié de l'appui de l'OMS pour élaborer sa politique nationale et son plan stratégique du vieillissement 2018-2023 toujours en instance de validation institutionnelle.

II.1.1.4 Etat des lieux de la gériatrie gérontologie

Tableau VIII : Etat des lieux de la gériatrie gérontologie en 2017

	Effectivité	Niveau
Intégration Gériatrie dans le système de santé	Oui	Hôpital de District Hôpitaux de référence Centres de gériatrie
Existence Formation en gériatrie et gérontologie	Oui	Médical Paramédical
Enseignement du module de gériatrie gérontologie dans le cadre du système LMD	Oui	Universitaire publiques et privées
Existence de gériatres et de gérontologues	Oui	6 gériatres et 7 gérontologues

La gériatrie est intégrée dans les hôpitaux de district et les centres de gériatrie. La formation se fait aussi bien au niveau médical que paramédical. En 2017, il n'existait que **6 gériatres et 7 gérontologues** dont les 87,5% résident dans la capitale Dakar.

II.1.2 Résultats de l'analyse approfondie au Sénégal en 2017

II.1.2.1 *Résultats de l'entretien avec les acteurs clés*

➤ **Au plan politique et protection sociale**

Les informations suivantes ont été retrouvées :

- Plusieurs ministères sont impliqués dans la prise en charge des personnes âgées.
- Il n'existe *pas encore une loi d'orientation sur protection sociale* des personnes âgées qui puisse définir des politiques publiques pour accompagner le vieillissement.
- Il existe un plan sésame de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans et plus sur l'ensemble du territoire qui doit être mieux ciblé vers les non pensionnés majoritaires.
- La prise en charge médicale des pensionnés est identique à celle des actifs pour les agents fonctionnaire de l'état. Cependant les médicaments ne sont pas pris en charge.

➤ **Au plan formation**

La faculté de médecine s'est investie dans la bonne mise en œuvre du système LMD conformément au protocole d'Addis Abeba. La gériatrie et gérontologie est enseignée aussi bien à la faculté de médecine de Dakar que dans les 3 unités de formation régionales en santé (Thiès, Saint Louis, Ziguinchor) et dans les universités privées de médecine. La faculté de médecine en plus de cet enseignement de base a ouvert une spécialisation en gériatrie gérontologie avec deux niveaux de formation, un niveau paramédical avec une licence de médiateur gérontologie et un niveau médical avec un diplôme universitaire et un diplôme d'étude spécialisée de gériatrie. Cependant le rapport relève un déficit d'enseignants spécialisés en gériatrie gérontologie.

II.1.2.2 *Résultats des enquêtes auprès des prestataires des infrastructures sanitaires*

Tableau IX: Problèmes soulevés par prestataires des infrastructures sanitaires

Questionnaires	Appréciations
1- Niveau d'utilisation des services de soins par les personnes âgées en cas de problèmes de santé en 2017	10 % quel que soit le milieu de résidence
2- Niveau de financement des soins des personnes âgées par l'Etat	Insuffisant
3- Ressources du secteur de la santé devant être affectées à la santé des personnes âgées selon le milieu de résidence	10% quel que soit le milieu de résidence
4- Prise en charge des maladies des personnes âgées	Problématique
5- Les principaux problèmes liés à la prise en charge des maladies des personnes du troisième âge reçus par le personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Négligence dans la prise en compte des pathologies chez les personnes âgées • Retard de diagnostic et de traitement • Manque de moyens financiers • Accessibilité géographique réduite • L'hospitalisation est un problème car le plan SESAME de soins gratuits pour les personnes âgées ne couvre pas tous les frais

Pour les prestataires de soins, la prise en charge des personnes âgées est problématique. Quel que soit le milieu de résidence, la fréquentation des services (10%) et le financement (10%) sont insuffisants. Des problèmes sont aussi notés à l'hôpital, tels les soins et structures hospitalières inadaptés, (retards diagnostiques et thérapeutiques, accessibilité réduite), l'insuffisance des ressources financières et les problèmes liés au plan Sésame ne couvrant pas tous les soins et médicaments.

II.1.2.3 *Résultats des enquêtes auprès des associations de personnes âgées*

Tableau X : Problèmes soulevés par des associations de personnes âgées

Questionnaires	Appréciations
1- Les problèmes fréquemment rencontrés par les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement non adapté • Impression que les PA retraitées sont négligées • Non accès aux financements (limite d'âge 40 ans) • Difficulté d'accès à un médecin spécialiste • Non accès aux soins et médicaments pour HTA, diabète, lombalgies, affections oculaires • Faiblesse des pensions • Isolement des PA • Pas d'allocation d'invalidité (femme âgée opérée des yeux a perdu son activité génératrice de revenu et sombre dans la pauvreté) • Oisiveté (mauvaise perception de la vieillesse) • Chômage des jeunes
2- Appréciations des services et soins par les PA dans les pays visités	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'accès aux médicaments surtout pour les femmes • Non implication PA dans la gestion du plan sésame de gratuité des soins • Non prise en compte des scanners • Mauvais accueil (comportement du personnel soignant) et refus d'appliquer le plan sésame du fait de la dette de l'Etat • Absence de communication

Les principaux problèmes soulevés par les personnes âgées étaient l'environnement hospitalier non adapté, les difficultés d'accès aux soins et aux médicaments et la faiblesse des ressources financières (faiblesse des pensions, pas d'allocation d'invalidité absence d'activité génératrice de revenu), le mauvais accueil réservé et la non implication des personnes âgées dans la gestion du plan sésame.

II.2 Résultats de l'enquête au niveau du SG du CHU de FANN

II.2.1 Echantillon de l'étude

Du 1er août 2019 au 31 octobre 2020 (15mois), **217 patients âgés de 60 ans ou plus** ont été hospitalisés en court séjour dans le service de gériatrie de l'hôpital FANN. Soit une moyenne de **14 patients hospitalisés par mois** pour **seulement 8 lits** en hospitalisation court séjour.

II.2.2 Aspects épidémiologiques

II.2.2.1 Répartition des patients en fonction de la fréquence des entrées par mois

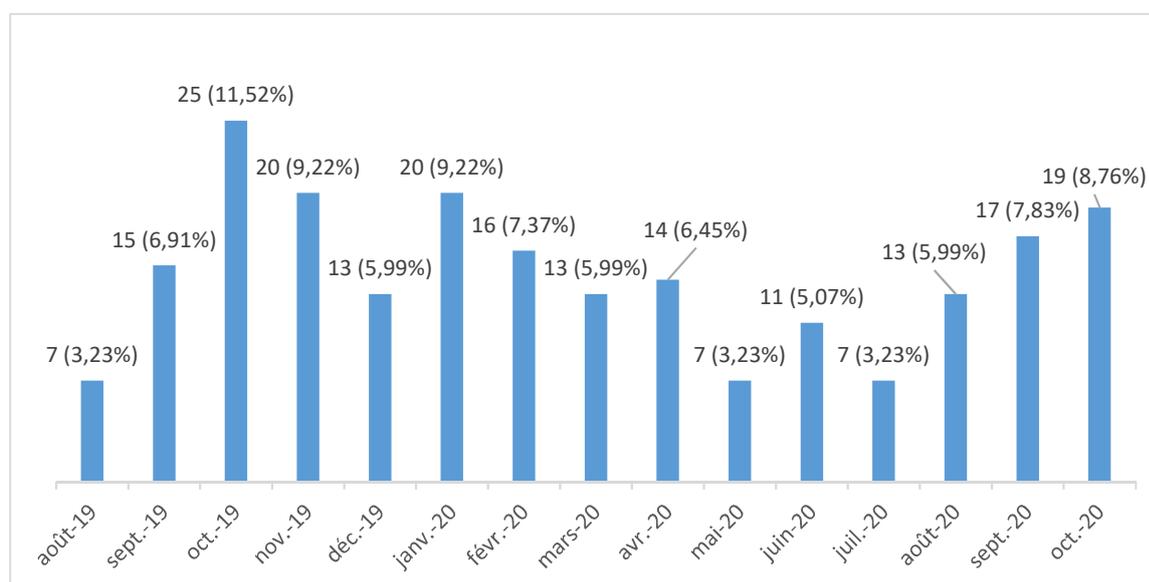


Figure 7: Répartition des patients en fonction de la fréquence des entrées par mois

Nous notons une courbe en dent de scie de la fréquence des hospitalisations. Les maximum de fréquence ont été observé en octobre (12%), novembre (9%) 2019 et en janvier (9%), février (7%), septembre (8%) et octobre (9%) 2020. Les mois de mai, juin et juillet 2020 ont été les mois où la fréquence des hospitalisations aura été la plus faible avec respectivement 3%, 5% et 3%.

II.2.2.2 Répartition selon l'âge

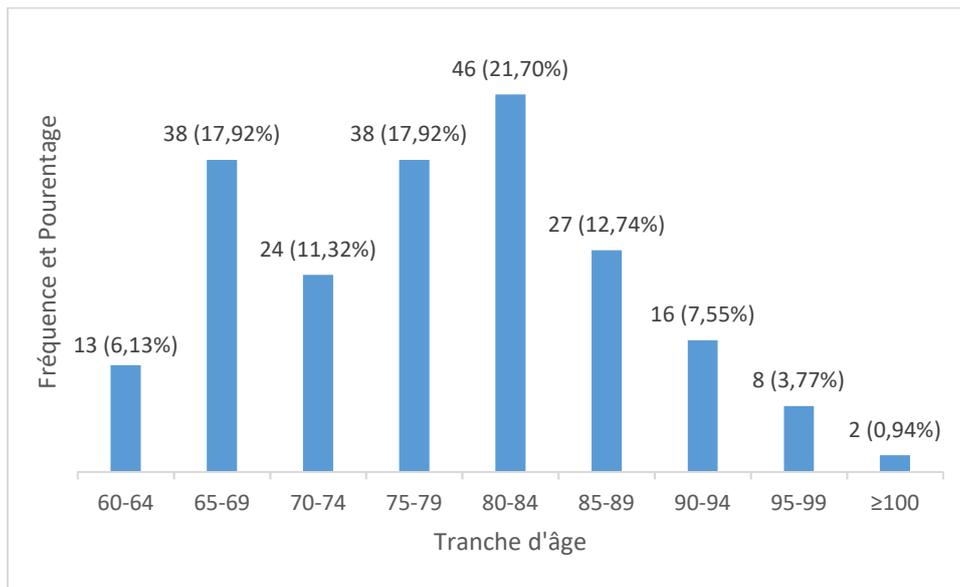


Figure 8 : Répartition de la population en fonction de la tranche d'âge (N=212).

L'âge moyen était de 78 ans \pm 9,31 avec des extrêmes variant entre 60 et 102 ans. La tranche d'âge de 80-84 ans était la plus représentative (21,7%), suivie de celle de 75-79 ans et 65-69 ans toutes deux (17,9%). Les 25% des patients avaient 85 ans ou plus.

II.2.2.3 Répartition selon le genre

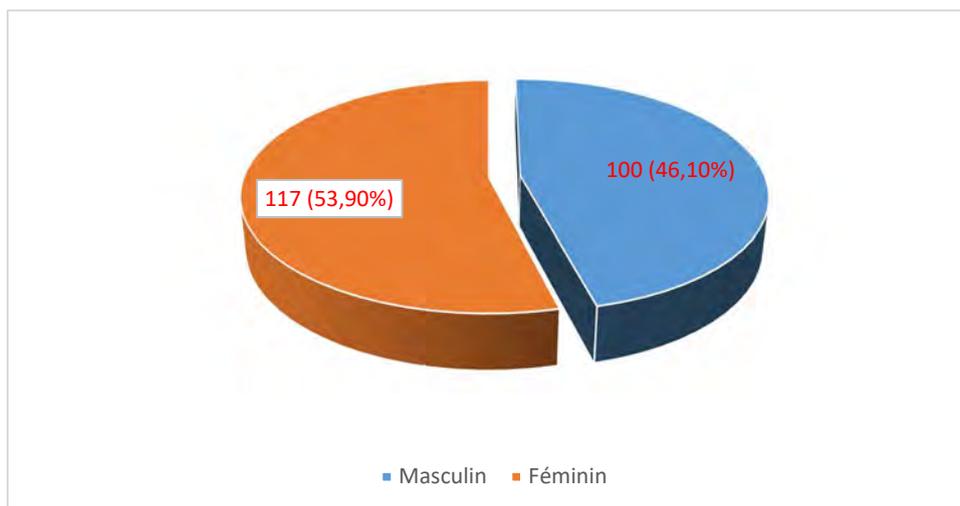


Figure 9: Répartition selon le genre

Les femmes représentaient 53,9%, contre 46,1% pour les hommes, soit un sexe ratio F/H de : 1,17.

**II.2.2.4 Répartition des patients selon les autres
caractéristiques épidémiologiques**

Tableau XI : Répartition des patients selon les autres caractéristiques épidémiologiques

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
Origine géographique (N=217)		
Dakar commune	32	14,75%
Banlieues Dakar (Pikine, Guédiawaye, Rufisque)	90	41,47%
Régions du Sénégal	13	5,99%
Sous-région du Sénégal	2	0,92%
Non précisée	80	36,87%
Situation matrimoniale (N=217)		
Marié (e)	22	10,14%
Veuf (ve)	12	5,53%
Divorcé (e)	2	0,92%
Non précisée	181	83,41%
Style de vie (N=217)		
Tabac (non précisée chez 74%)	13	5,99%
Alcool (non précisée chez 75%)	3	1,38%
Autonomie antérieure (non précisée chez 43%)	34	15,67%
Vit seul (non précisée chez 30%)	3	1,38%
Niveau d'activité (N=217)		
Faible	75	34,56%
Moyen	18	8,29%
Elevé	7	3,23%
Non précisé	117	53,92%
Mode de venue (N=217)		
Domicile	16	7,37%
Reference	82	37,79%
Urgences (SAU)	72	33,18%
Non précisé	47	21,66%

Les patients venaient pour la plupart des banlieues de Dakar 41%.

La consommation de tabac (6 %) et d'alcool (1,4 %) n'était pas très importante. L'isolement n'était retrouvé que chez 1,4% des patients et la plupart des patients étaient mariés.

Le niveau d'activité de nos patients était globalement faible 34.6%.

La plupart des patients (38%) venait au service sur référence d'une structure sanitaire et 33% étaient référés du service des urgences de l'hôpital de FANN.

II.2.3 Aspects cliniques

II.2.3.1 Répartition selon les antécédents retrouvés

Tableau XII: Répartition selon les antécédents retrouvés

Antécédents	Effectifs	Pourcentages
Accident vasculaire cérébral	44	20,28%
Maladie thromboembolique	5	2,30%
Artériopathie des membres inférieurs	6	2,76%
Tuberculose	4	1,84%
Chute	12	5,53%
Troubles comportement	4	1,84%
Antécédents de chirurgie	64	29,49%
Non précisés	78	35,94%
Total	217	100%

Les antécédents médicaux étaient dominés par les accidents vasculaires cérébraux 20.28% et les chutes 5.53%. Les 29.5% des patients avaient déjà subi au moins une intervention chirurgicale.

II.2.3.2 Répartition selon les comorbidités

❖ Répartition selon le nombre de comorbidité

Tableau XIII: Répartition selon le nombre de comorbidités

Nombre de comorbidités	Effectifs	Pourcentage	Effectifs cumules	Pourcentage effectifs cumules
7 comorbidités	1	0,46%	1	0,46%
5 comorbidités	2	0,92%	3	1,38%
4 comorbidités	10	4,61%	13	5,99%
3 comorbidités	26	11,98%	39	17,97%
2 comorbidités	64	29,49%	103	47,47%
1 comorbidité	85	39,17%	188	86,64%
Aucune comorbidité	14	6,45%	202	93,09%
Non précisé	15	6,91%	15	
Total	217	100,00%	217	100,00%

La plupart des patients 39% n'avait qu'une seule comorbidité, 6% des patients avaient au moins 4 comorbidités et 18% au moins 3 comorbidités. Nos patients présentaient en moyenne deux comorbidités.

❖ Répartition selon les comorbidités retrouvées

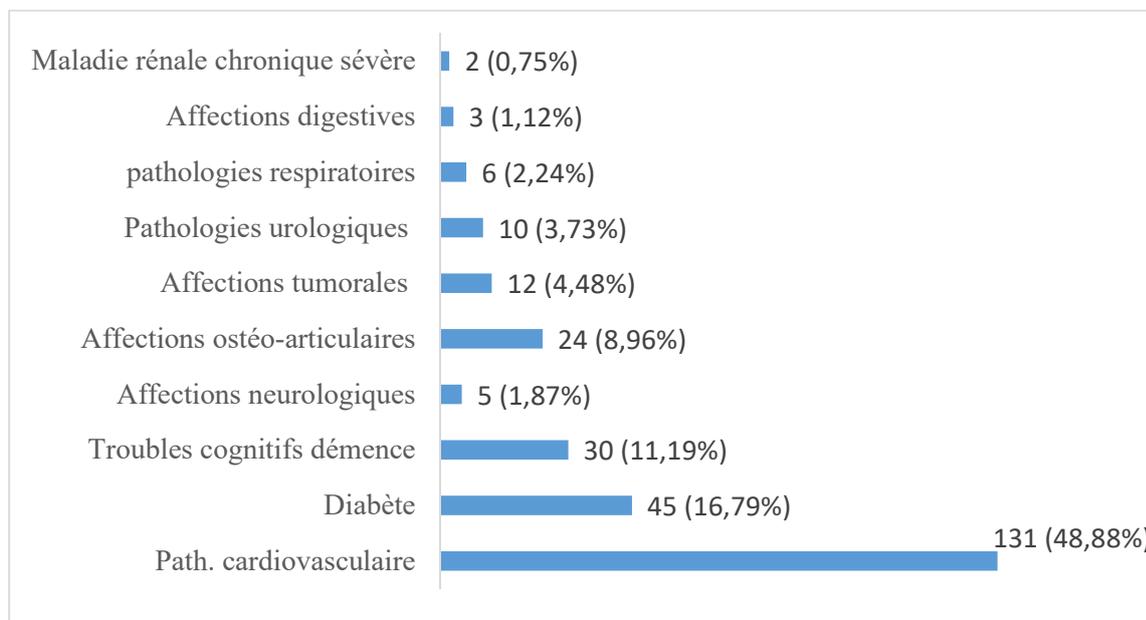


Figure 10 : Répartition selon les comorbidités retrouvées

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvés étaient :

- les pathologies cardiovasculaires 49% dominés par l'hypertension artérielle 42 %, la fibrillation atriale 4% ; les cardiomyopathies 3% ;
- le diabète 17%,
- les troubles neurocognitifs 11%
- et les affections ostéo-articulaires 9%.

Ailleurs nous retrouvons dans des proportions non négligeables les affections tumorales 4.5%, la fibrillation atriale 4% et les affections respiratoires 2%.

II.2.3.3 Répartition selon le nombre de médicaments à l'admission

Tableau XIV: Répartition selon le nombre de médicaments à l'admission

Nombre de médicaments à l'entrée	Effectifs	Pourcentage	Effectifs cumules	Pourcentage effectifs cumules
9 médicaments	3	1,38%	3	1,38%
8 médicaments	3	1,38%	6	2,76%
7 médicaments	5	2,30%	11	5,07%
6 médicaments	7	3,23%	18	8,29%
5 médicaments	17	7,83%	35	16,13%
4 médicaments	13	5,99%	48	22,12%
3 médicaments	29	13,36%	77	35,48%
2 médicaments	41	18,89%	118	54,38%
1 médicament	21	9,68%	139	64,06%
Aucun médicament	7	3,23%	146	67,28%
Non précisé	71	32,72%	47	217
Total	217	100,00%	217	100,00%

La plupart des patients 19% prenaient 2 médicaments et 16% prenaient au moins 5 médicaments. Les patients prenaient en moyenne 3 médicaments.

II.2.3.4 Répartition selon les manifestations cliniques à l'entrée

Tableau XV: Répartition des patients selon les manifestations cliniques (N=217)

Manifestations cliniques à l'entrée	Nombre	Pourcentage
Perte d'autonomie	107	49,31%
Dénutrition	155	71,43%
Syndrome confusionnel	42	19,35%
Chute	8	3,69%
Syndrome d'immobilisation	43	19,82%
Incontinence urinaire	7	3,23%
Fragilité	8	3,69%
Troubles cognitifs et du comportement	20	9,22%
Hyperglycémie	9	4,15%
Hypoglycémie	2	0,92%
OMI aigu	1	0,46%
Troubles ioniques	14	6,45%
Maladie rénale chronique	1	0,46%
Déshydratation	65	29,95%
Déficit neurologique aigu	52	23,96%
Troubles de la vigilance	33	15,21%
Etat fébrile	55	25,35%
Grosse jambe inflammatoire	4	1,84%
Syndrome méninge	1	0,46%
Syndrome condensation pulmonaire	27	12,44%
Dyspnée sévère	12	5,53%
Syndrome anémique sévère	28	12,90%
Syndrome douloureux sévère	22	10,14%
Algies diffuses	5	2,30%
Syndrome sub-occlusif	8	3,69%
Diarrhée /vomissement aigue	17	7,83%
Fécalome / constipation	3	1,38%
Poussée HTA	5	2,30%
Signes de décompensation cardiaque aigue	6	2,76%
Troubles du rythme cardiaque	3	1,38%
Signes de thrombophlébite	6	2,76%
Hypotension artérielle	1	0,46%
Syndrome tumoral	10	4,61%
RAU/incontinence	2	0,92%
Hématurie	1	0,46%
Altération de l'état général	109	50,23%

Les signes généraux étaient au premier plan dominés par l'altération de l'état général 50%, la déshydratation 30%, les états fébriles 25%, les troubles de la vigilance 15% et l'anémie 13%. Les signes physiques les plus fréquents étaient le déficit neurologique aigu 24% et le syndrome de condensation pulmonaire 12%.

Les syndromes gériatriques aussi occupaient une bonne place avec la dénutrition 71%, la perte d'autonomie fonctionnelle 49%, le syndrome d'immobilisation 20% (dominé par les escarres) et la confusion 19% des patients.

II.2.4 Aspects diagnostiques :

II.2.4.1 Répartition globale selon le diagnostic

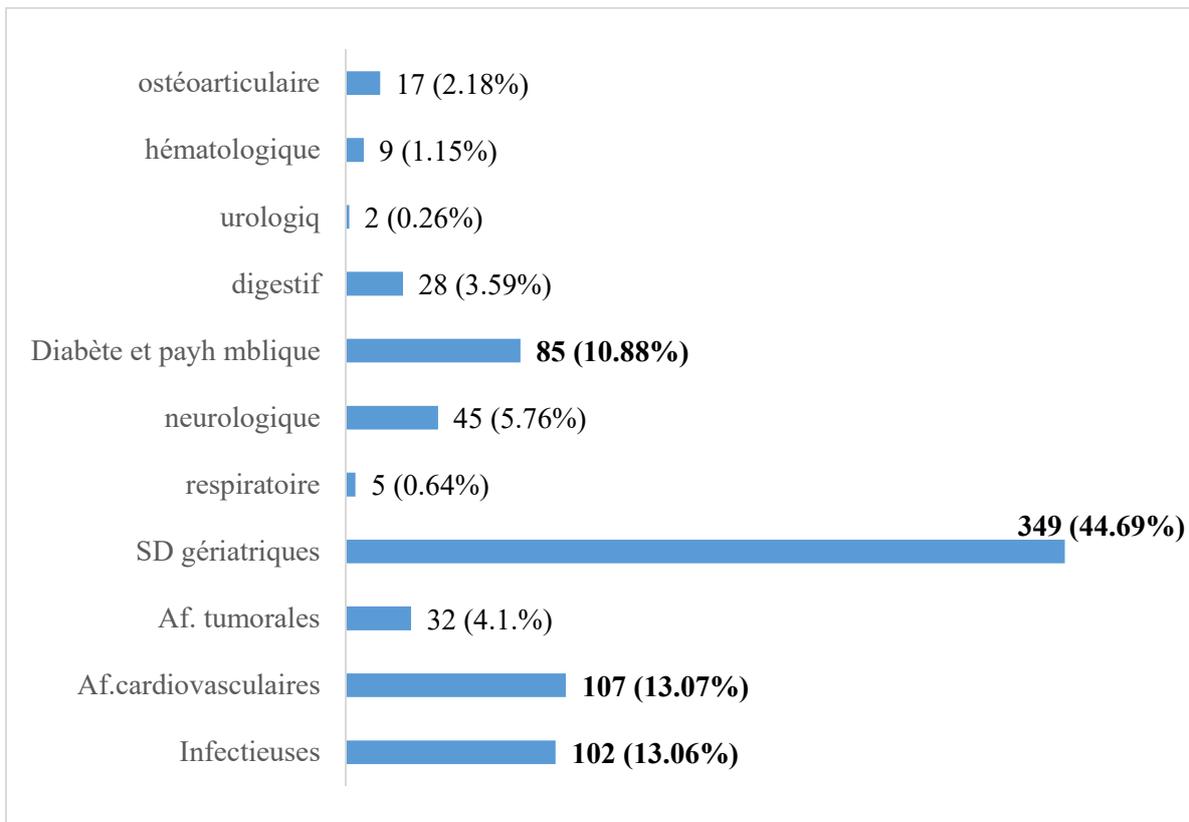


Figure 11 : Répartition des patients selon le diagnostic

Les syndromes gériatriques 45% des diagnostics, les pathologies cardiovasculaires 13%, infectieuses 13%, le diabète et les pathologies métaboliques 11% avaient été retrouvés avec une importante fréquence.

Ailleurs les pathologies neurologiques 5.76%, les pathologies tumorales 4.1%, les pathologies digestives 3.59% et les pathologies ostéo-articulaires 2.18% avaient été retrouvées aussi dans des proportions non négligeables.

II.2.4.2 Répartition selon les syndromes gériatriques (45%)

Tableau XVI: Répartition selon les syndromes gériatriques (N=217)

Syndromes gériatriques	Effectifs	Pourcentages
Perte d'autonomie	105	48,39%
Dénutrition	115	53,00%
Syndrome confusionnel	37	17,05%
Risque de Chute	5	2,30%
Syndrome d'immobilisation (44% escarres)	42	19,35%
Iatrogénie	1	0,46%
Troubles de l'humeur	15	6,91%
Troubles cognitifs	29	13,36%

Les syndromes gériatriques étaient dominés par la dénutrition 53% des patients, la perte d'autonomie aigue 48%, le syndrome d'immobilisation 19% dont 44% de diagnostic d'escarres, le syndrome confusionnel 17% et les troubles cognitifs 13%. D'autres syndromes gériatriques avaient été aussi retrouvés avec une fréquence moins importante, il s'agit des troubles de l'humeur 7%, du risque de chute 2% et de l'iatrogénie 0.46%.

II.2.4.3 Répartition des pathologies cardiovasculaires (13%)

Tableau XVII: Répartition selon les pathologies cardiovasculaires (N=217)

Pathologies cardiovasculaires	Effectifs	Pourcentages
Décompensation cardiaque aigue	20	9,22%
Fibrillation atriale et autres troubles du rythme cardiaque	9	4,15%
Hypertension artérielle	62	28,57%
Péricardite	1	0,46%
Collapsus cardiovasculaire	2	0,92%
Cardiothyroïose	1	0,46%
Cardiopathie ischémique	2	0,92%
Maladie thromboembolique et artériopathie des membres inférieurs	10	4,61%

Les pathologies cardiovasculaires étaient dominées par la poussée d'hypertension artérielle 29%, les décompensations cardiaques aiguës 9% et la maladie thromboembolique/ artériopathie 5%.

II.2.4.4 Répartition des pathologies infectieuses (13%)

Tableau XVIII: Répartition selon les pathologies infectieuses (N=217)

Pathologies infectieuses	Effectifs	Pourcentages
Infection à VIH	1	0,46%
Pneumopathies infectieuses	61	28,11%
Infection urinaire	4	1,84%
Dermo-hypodermite	12	5,53%
Infection PE non retrouvée	12	5,53%
Accès palustre	2	0,92%
Sepsis	2	0,92%
Tuberculose	1	0,46%
Méningite bactérienne	2	0,92%
Candidose oropharyngée	5	2,30%

Les pathologies infectieuses étaient dominées par les pneumopathies infectieuses 28% des patients, les dermo-hypodermes infectieuses 6% et les infections à porte d'entrée non étiquetée à 6% aussi.

II.2.4.5 Répartition des pathologies endocriniennes et métaboliques (11%)

Tableau XIX : Répartition selon les pathologies endocriniennes et métaboliques (N=217)

Pathologies endocriniennes et métaboliques	Effectifs	Pourcentages
Décompensation de diabète	19	8,76%
Maladie rénale sévère	3	1,38%
Déshydratation et troubles ioniques	61	28,11%
Insuffisance surrénalienne	2	0,92%

Elles étaient dominées par la déshydratation et les troubles ioniques 28% des patients et la décompensation du diabète 9% des patients.

II.2.4.6 Répartition des pathologies neurologiques (6%)

Tableau XX: Répartition selon les pathologies neurologiques (N=217)

Pathologies neurologiques	Effectifs	Pourcentages
Maladie Parkinson	1	0,46%
A.I.T	1	0,46%
AVCI (91%)	41	18,89%
AVCH	1	0,46%
Sclérose latérale amyotrophique	1	0,46%

Les pathologies neurologiques étaient dominées par l'accident vasculaire cérébral dont le type ischémique constituait 91% des diagnostics posés chez 19% des patients. Le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique, de Maladie Parkinson et d'accident ischémique transitoire avait été posé pour chacune de ses pathologies chez moins de 1% des patients.

II.2.4.7 Répartition des pathologies tumorales (4%)

Tableau XXI: Répartition selon les pathologies tumorales (N=217)

Pathologies tumorales	Effectifs	Pourcentages
Tumeur de la prostate	20	9,22%
Tumeur vésicale	1	0,46%
Tumeur génitale	1	0,46%
Carcinome hépatocellulaire	2	0,92%
Tumeur des voies biliaires	1	0,46%
Hémopathie	4	1,84%
Tumeur hypo pharynx	1	0,46%
Métastases de tumeur x	2	0,92%

Les pathologies tumorales étaient dominées par les tumeurs de la prostate 9% et les hémopathies 2%. Les tumeurs du foie (carcinome hépatocellulaire) et les métastases de tumeurs d'origine indéterminée étaient retrouvées dans des proportions de 1% chacune.

II.2.4.8 Répartition selon les autres diagnostics

Tableau XXII: Répartition selon les autres diagnostics (N=217)

	Diagnostics	Effectifs	Pourcentages
Pathologies digestives (4%)	Gastroentérite aigue	12	5,53%
	Gastrite aigue	3	1,38%
	Hémorragie digestive	2	0,92%
	Hernie inguino-scrotrale non étranglée	1	0,46%
	Fécalome	10	4,61%
Pathologies ostéo-articulaires (2%)	Hernie discale	6	2,76%
	Poussée arthrose	3	1,38%
	Pathologie traumatique	6	2,76%
	Goutte /Polyarthrite rhumatoïde	2	0,92%
	Maladie de Biermer	1	0,46%
Pathologies respiratoires (0,64%)	OAP	1	0,46%
	Poussée de BPCO	3	1,38%
	Emphysème Pantolobulaire	1	0,46%
Pathologies urologiques (0.26%)	Pathologie prostatique	1	0,46%
	Rétention aigue d'urine	1	0,46%
Pathologies hématologiques (1.15)	Anémie	8	3,69%
	Maladie de Biermer	1	0,46%

Parmi les autres diagnostics les plus fréquents, nous retrouvons la gastroentérite aigue 6%, l'anémie 4%, les pathologies ostéo-articulaires dominées par la hernie discale et les pathologies traumatiques 3% chacune et la poussée de bronchopneumopathie obstructive 1%.

II.2.5 Aspects évolutifs

II.2.5.1 *Durée moyenne d'hospitalisation*

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8.61jours (extrêmes entre 2 et 25jours). Les 50% des patients avaient une durée moyenne de séjour de moins de 7 jours et 75% avaient une durée moyenne de séjour de moins de 11jours.

II.2.5.2 *Modalités évolutives*

L'évolution était favorable chez 74% des patients, chez 26% l'évolution était émaillée de complications.

II.2.5.3 *Complications*

Tableau XXIII : Complications présentées par les patients

Complications	Effectif	Pourcentage
Infectieuses	7	12,73%
Troubles ioniques	9	16,36%
Confusion	3	5,45%
Escarres	3	5,45%
Aggravation clinique	15	27,27%
Poussée hypertensive	1	1,82%
Maladie thromboembolique	5	9,09%
Décompensation cardiopathie en ICG	3	5,45%
IRA	3	5,45%
Hématologique (thrombopénie/anémie)	5	9,09%
Troubles de la conscience	1	1,82%
TOTAL	55	100,00%

Chez 27% des patients il y a eu une aggravation du tableau clinique. Les autres complications les plus fréquentes étaient les troubles ioniques 16%, les complications infectieuses 13%, la maladie thromboembolique 9% et les complications hématologiques 9%.

II.2.5.4 *Issu des patients*

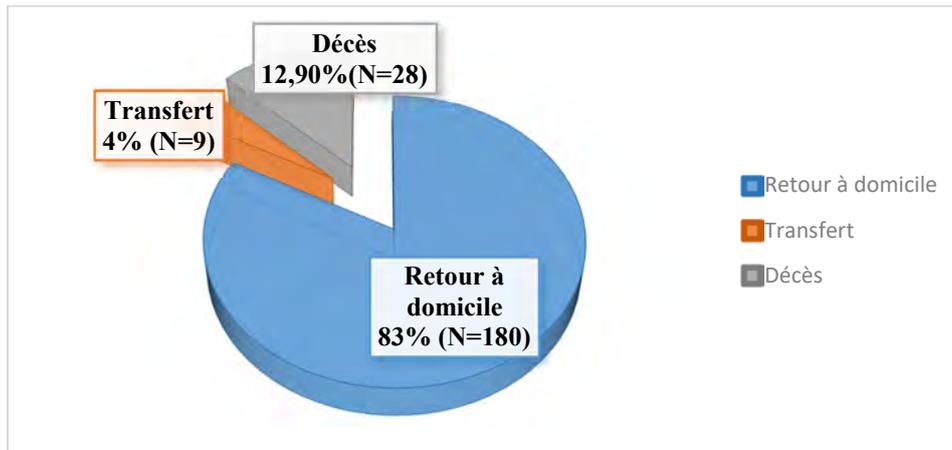


Figure 12 : Issu des patients hospitalisés

La plupart de nos patients 83% étaient retournés à leur domicile, 4% avaient été transférés dans un autre service pour suite de prise en charge et 13% sont décédés.

II.2.5.5 *Profil pathologique des patients décédés*

○ Profil pathologique global des patients décédés par spécialité

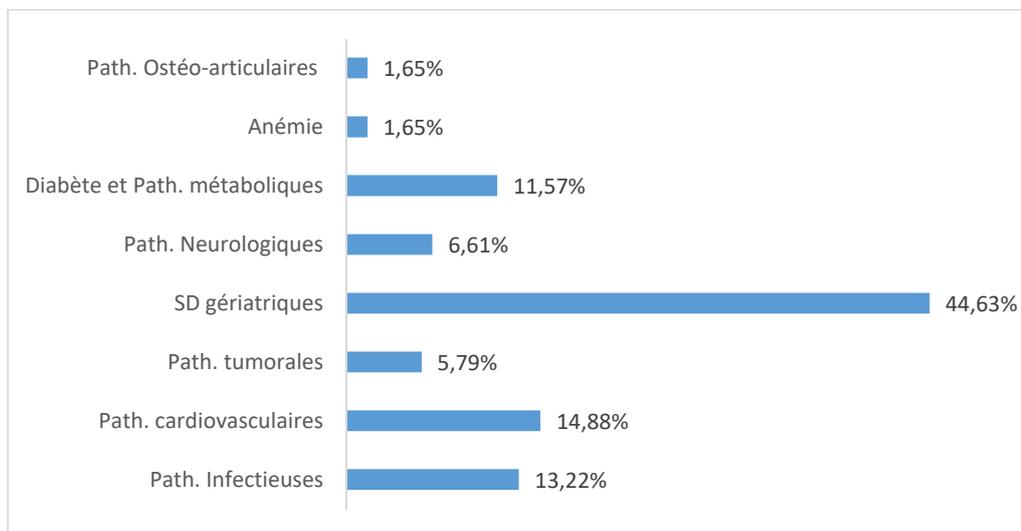


Figure 13 : Profil pathologique global des patients décédés par spécialité

Les syndromes gériatriques (45%) étaient retrouvés avec une fréquence plus importante que les diagnostics d'organe.

Le profil pathologique global des patients décédés était dominé par les pathologies cardiovasculaires 15%, les pathologies infectieuses 13%, le diabète et les pathologies métaboliques 12%, les pathologies neurologiques 7% et les pathologies tumorales 6%.

○ **Profil diagnostic des patients décédés**

Tableau XXIV: Profil pathologique des patients décédés (N=28)

Diagnostics	Effectifs	Pourcentages
Fécalome	1	3,57%
Perte d'autonomie	19	67,86%
Dénutrition	19	67,86%
Troubles de l'humeur	1	3,57%
Troubles cognitifs non étiquetés	2	7,14%
Confusion	3	10,71%
Syndrome d'immobilisation	6	32,14%
Maladies thromboembolique	2	7,14%
Artériopathie	1	3,57%
Poussée HTA	10	35,71%
Péricardite	1	3,57%
Collapsus cardiovasculaire	2	7,14%
Cardiopathie décompensée	2	7,14%
Pneumopathie infectieuse	9	32,14%
Dermo-hypodermite	3	10,71%
Infection PE non retrouvée	3	10,71%
Candidose buccale/ oro-pharyngée	1	3,57%
Décompensation diabète	2	7,14%
Maladie rénale sévère	1	3,57%
Déshydratation	11	39,29%
Accident vasculaire cérébral ischémique	8	28,57%
Tumeur prostate	2	7,14%
Tumeur vésicale	1	3,57%
Carcinome hépatocellulaire	1	3,57%
Tumeur des voies biliaires	1	3,57%
Hémopathie maligne	1	3,57%
Métastase de tumeur x	1	3,57%
Anémie	2	7,14%
Lombarthrose ou hernie discale	1	3,57%
Pathologies traumatique +/- fracture	1	3,57%

La plupart des patients décédés présentaient une perte d'autonomie 68%, une dénutrition 68%, une déshydratation 39%, une poussée d'HTA 36%, syndrome d'immobilisation 32%, une pneumopathie infectieuse 32%, un accident vasculaire ischémique 29 %.

III. Discussion

III.1 Analyse situationnelle de la santé de la personne âgée au Sénégal

❖ An plan démographique et épidémiologique

L'enquête destinée au point focal technique en charge de la santé des personnes âgées au Sénégal indique qu'en 2017 les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 4.7% de la population avec une espérance de vie à 60 ans de 17 ans. Selon les projections du département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, le Sénégal devrait faire sa transition démographique vers un vieillissement dès 2050 [17]. En effet ces projections montrent une proportion de personnes âgées de 60 ans et plus est estimée à 4.81 % en 2020, elle devrait atteindre rapidement 5.56 % en 2035, 7.99 % dès 2050 puis 10.68 % en 2060 et à l'horizon 2100 elle sera de 19,20 %.

En Afrique, cette transition démographique rapide s'accompagne d'une modification simultanée de l'épidémiologie des maladies [6]. En effet il est noté en Afrique une persistance des pathologies transmissibles telles le paludisme, la tuberculose et le VIH qui continuent à poser un problème de santé publique, une émergence des maladies non transmissibles et des syndromes gériatriques liée à l'allongement de la durée de vie. La persistance de l'infection à VIH a été montrée dans une étude rétrospective sur une cohorte de 697 personnes infectées par le VIH suivis dans les services de médecine interne et de dermatologie du centre hospitalo-universitaire Aristide-Le-Dantec de Dakar. La prévalence était estimée à 8% chez les 55 ans et plus [20].

Le rapport de l'analyse de la situation de la santé de la personne âgée au Sénégal montre que les pathologies chroniques les plus courantes au Sénégal par ordre de fréquence étaient les pathologies cardiovasculaires, les pathologies oculaires, les pathologies rhumatismes, le diabète, les troubles cognitifs et les pathologies urogénitales. Ce profil pathologique est similaire à d'autres études dans la région où les pathologies chroniques sont caractérisées par la prédominance des pathologies cardiovasculaires avec en tête l'hypertension artérielle [42 ; 43].

❖ An plan politique de protection sociale

S'agissant des politiques de protection sociale en faveur des personnes âgées, en Afrique il est noté une insuffisance d'accès global aux soins pour les personnes âgées [7]. Les politiques de santé dans nos régions privilégient d'avantage les

femmes et les enfants, rendant l'accès aux soins difficiles pour les personnes âgées [37].

Le RASSPA de l'OOAS a montré qu'au Sénégal plusieurs ministères étaient impliqués dans la prise en charge des personnes âgées. Ces dernières étaient regroupées au sein de 60 associations dans tout le pays, cette absence de cadre unitaire d'échange rend difficile leur implication dans l'élaboration des projets de politiques sociales. Il serait opportun de fédérer ces associations et de créer un ministère ou une agence qui ne s'occupe que des affaires qui les concernent.

Il existe un plan de soins gratuits, dénommé plan sésame, pour les personnes âgées de 60 ans et plus mis en place depuis 2006 sur l'ensemble du territoire [40]. Mais ce plan connaît quelques limites en rapport avec la faiblesse des financements et l'encadrement de sa gestion [39]. Il présente beaucoup de dysfonctionnement quant à l'accessibilité des soins et la disponibilité régulière des médicaments essentiels, aussi il ne prend pas en compte les soins à domicile ainsi que les soins palliatifs. Les acteurs de soins ainsi que les personnes âgées estiment que ce plan présente beaucoup de problèmes parmi lesquels la faible fréquentation des services (10%), l'insuffisance des financements (10%) et l'indisponibilité des médicaments.

Ailleurs il est à noter qu'en 2017, il n'y avait pas encore de loi d'orientation sur la protection sociale des personnes âgées. Cependant le Sénégal a bénéficié de l'appui de l'OMS pour élaborer sa politique nationale et son plan stratégique du vieillissement 2018-2023.

Ailleurs l'information sanitaire concernant les personnes âgées est indisponible et il n'existe pas de partenaires techniques et financiers engagés dans la santé de la personne âgée au Sénégal.

❖ **An plan sanitaire et de la formation médicale**

En Afrique, l'offre de soins gériatriques est caractérisée par une insuffisance des services de santé destinés aux personnes âgées et une inadaptation de ces services à leur prise en charge [7]. En effet les besoins spécifiques des personnes âgées ne sont bien documentés dans beaucoup de pays en Afrique et la majorité des systèmes de santé ne tiennent pas compte de la spécificité de la personne âgée.

Au Sénégal, il existe quelques structures gériatriques dont le centre de gériatrie de l'IPRES destiné à ses retraités (21%), le centre de gériatrie de "Ouakam" et

depuis récemment le service de gériatrie du CHNU de FANN seule structure intégrée dans un hôpital de référence. Cette offre de soin reste insuffisante et le personnel qualifié déficitaire. Le rapport note qu'en 2017, il n'existait que 6 gériatres et 7 gérontologues.

❖ **An plan de la formation médicale**

Le Sénégal a fait beaucoup d'avancée dans ce domaine. La gériatrie et gérontologie est enseignée aussi bien à la faculté de médecine de Dakar que dans les trois écoles privées de médecine de la capitale que dans les 3 unités de formation régionales en santé (Thiès, Saint Louis, Ziguinchor) depuis 2014.

Il existe aussi une spécialisation en gériatrie gérontologie au niveau paramédical avec la licence de médiateur gérontologie et au niveau médical avec un diplôme universitaire et un diplôme d'étude spécialisé de gériatrie. Cependant le Rapport fait état d'un déficit d'enseignants spécialisés en gériatrie gérontologie.

III.2 Etude au service de gériatrie du CHU de FANN

L'étude réalisée au service de gériatrie du centre hospitalo-universitaire de FANN a permis de mettre en évidence de données originales des caractéristiques épidémio-cliniques de patients âgés hospitalisés dans ce service. En effet l'échantillon est représentatif de la population générale de personnes âgées au Sénégal. Les patients venaient de toutes les régions du pays sans restriction aucune par rapport au type de prise en charge. La seule limite de cette étude, liée au fait qu'il s'agissait d'une étude rétrospective, était que beaucoup de données avaient été retrouvées incomplètes ou rapportées de façon sommaire dans les dossiers de patients.

❖ **Aspects épidémiologiques**

Durant les 15 mois premier mois de son fonctionnement, le service de court séjour gériatrique de FANN a accueilli 217 patients âgés de 60 ans ou plus. Soit une moyenne de 14 patients hospitalisés par mois pour une capacité de seulement 8 lits fonctionnels en hospitalisation aigue. Ceci montre un bon rythme de rotation des lits, comme attendu dans un service de court séjour gériatrique.

La courbe de la fréquence des hospitalisations était en dent de scie. Les mois de mai, juin et juillet 2020 ont été les mois où la fréquence des entrées aura été la plus faible avec respectivement 3%, 5% et 3%. Ces mois ont coïncidé avec la

montée fulgurante de l'infection à COVID 19 où les hôpitaux ont été désertés par crainte de cette pandémie.

L'âge de nos patients variait entre 60 et 102 ans avec une moyenne de 78 ans \pm 9,31. La tranche d'âge de 80-84ans était la plus représentative (22%) et 25% des patients avaient 85ans ou plus. Ceci témoigne de l'âge assez avancé des patients que reçoit le service. Une légère prédominance féminine (54%) était retrouvée (ratio F/H de 1.17). Les données de l'ANSD [5; 31] mettent en évidence une féminisation du vieillissement au Sénégal liée à une mortalité plus importante chez les hommes avec l'avance en âge. Ces données montrent qu'à partir l'âge de 90 ans, les femmes sont largement plus nombreuses que les hommes du fait d'une mortalité plus importante chez ces derniers.

Nos patients provenaient essentiellement des banlieues de Dakar (41%) mais aussi de Dakar centre (15%), des différentes régions du Sénégal (6%) et même de la sous-région 2%. Le service de gériatrie de l'hôpital de FANN est le seul niveau d'intégration hospitalière de la gériatrie dans tout le pays, ceci peut expliquer l'origine multiple et parfois lointaine des patients. Cela montre aussi l'important besoin d'un cadre adapté à la prise en charge des personnes âgées.

Seuls 16% étaient autonomes à domicile et le niveau d'activité était globalement faible (34.6%). La perte d'autonomie fonctionnelle est un syndrome gériatrique dont la fréquence est très importante avec l'âge. L'âge avancé de notre échantillon pourrait expliquer la fréquence de cette perte d'autonomie à domicile. La majorité des patients vivaient en famille soit 69%. L'isolement n'était retrouvé que chez 1,4% des patients. Au Sénégal le contexte social impose la vie en famille où les personnes âgées patriarques détiennent la sagesse et sont gardiennes des cultures ancestrales. Même si cette culture a tendance à disparaître, toujours demeure-t-il que la vie en famille est sacrée et prendre soins de ses ascendants reste important [2 ; 27].

Le tiers des patients (33%) provenait du service des urgences (SAU), ce qui témoigne de l'étroite collaboration avec ce service où les patients transitent souvent en attendant d'obtenir une place au service. Chez 38% des patients, l'hospitalisation était non programmée provenant directement d'une référence d'une structure.

❖ Aspects cliniques

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvés étaient les pathologies cardiovasculaires 49% dont l'hypertension artérielle à elle seule touchait 42% des patients. Suivi du diabète 17%, des troubles neurocognitifs 11% et des affections ostéo-articulaires 9%. Ailleurs nous retrouvons dans des proportions non négligeables les affections tumorales 4.5%, la fibrillation atriale 4% et les affections respiratoires 2%.

Ces résultats sont en accord avec ceux décrits par l'enquête nationale au Sénégal qui retrouvait parmi les pathologies chroniques les plus fréquentes: les pathologies cardiovasculaires, les pathologies oculaires, les pathologies rhumatismes, le diabète, les troubles cognitifs et les pathologies urogénitales [22]. Une autre étude, recherchant le profil épidémio-clinique de patients âgés dans un service de médecine interne au centre hospitalo-universitaire de Pikine en 2012, retrouvait des résultats quasi similaires avec les pathologies cardiovasculaires au premier rang 64% toujours dominées par l'hypertension artérielle 53%, suivi du diabète 30% et des bronchopneumopathies chroniques 4% [23].

Seuls 6% de nos patients étaient polypathologiques. Dans les données de la littérature la prévalence de la poly pathologie était assez élevée avec l'avancée en âge [44]. Dans notre série chez 7% des patients, les comorbidités n'avaient pas été recherchées, cela pourrait sous-estimer la polypatologie. Cependant 18% des patients avaient au moins 3 comorbidités. Dans la série de Diagne et al, la comorbidité avec trois pathologies chroniques ou plus concernait 20% des patients [28]. Les patients prenaient en moyenne trois médicaments et la polymédication concernait 16 % des patients (≥ 5 médicaments). Dans une étude en Côte d'ivoire, chez des personnes âgées reçues dans un service d'urgence, la polypathologie touchait 61 % des patients [45].

Les syndromes gériatriques occupaient une bonne place dans les manifestations cliniques de l'examen à l'entrée. Nous retrouvons avec une grande fréquence, la dénutrition 71% des patients, la perte d'autonomie fonctionnelle 49%, le syndrome d'immobilisation 20% et la confusion 19 %.

Les manifestations cliniques à l'entrée retrouvaient les signes généraux au premier plan avec l'altération de l'état général 50%, la déshydratation 30%, les états fébriles 25%, les troubles de la vigilance 15% et l'anémie 13%. Les signes

physiques les plus fréquents étaient le déficit neurologique aigu 24% et le syndrome de condensation pulmonaire 12%. Ces résultats sont presque similaires à ceux de l'étude réalisée au service de médecine interne du CHU Pikine qui retrouvait parmi les manifestations cliniques les plus fréquentes l'AEG 18%, la dyspnée 10.9%, la fièvre 9.8%, la toux 9,4% et l'OMI 8% [23].

Les diagnostics suivants avaient été retrouvés:

- les **pathologies cardiovasculaires 13%** dominées par la poussée d'hypertension artérielle 29%, les décompensations cardiaques aiguës 9 % et la maladie thromboembolique/artériopathie 5%)
- **les pathologies infectieuses 13% aussi** dominées par les pneumopathies infectieuses 28% dont des cas d'infection à COVID19, les dermo-hypodermes infectieuses 6 % et les infections à porte d'entrée non retrouvée 6%.
- **le diabète décompensé 11%**
- **les pathologies métaboliques 11 %**
- et les **pathologies neurologiques 6%** dominées par l'accident vasculaire cérébral ischémique 91% des diagnostics neurologiques posé chez 19% des patients.

Nous retrouvions aussi les pathologies tumorales 4% (tumeurs de la prostate 9%, les hémopathies 2%, les tumeurs du foie et les métastases de tumeurs non étiquetées 0.92%), les pathologies digestives 4% et les pathologies ostéo-articulaires 2%.

Dans les données de la littérature, les étiologies des décompensations aiguës chez les personnes âgées sont souvent dominées par les pathologies cardiovasculaires et les pathologies infectieuses. Ces pathologies cardiovasculaires sont favorisées par la forte prévalence de l'hypertension artérielle avec l'âge et les facteurs de risque cardiovasculaires [46]. Les pathologies infectieuses souvent dominées par les pneumopathies sont favorisées par l'immuno-sénescence [47].

Nos résultats sont en adéquation avec la série du service de médecine interne du CHU de Pikine, où les profils pathologiques retrouvés étaient dans l'ordre de fréquence, les pathologies cardiovasculaires 20% (cardiopathie décompensée 81%), les pathologies infectieuses 16% (tuberculose 40,5 % ; paludisme 34.5 % ; sepsis 7.14%), les pathologies cancéreuses 14% (hépatogastro digestif 59% ; urogénital

29% ; hémopathie maligne 11 % ; cancer bronchique 1.36%) et les pathologies endocriniennes 13% (diabète 94% ; dysthyroïdie 6%) [23].

Une autre étude recherchant les profils pathologiques de patients en décompensation aigue reçus dans un service d'urgence en Côte d'Ivoire retrouvait les pathologies infectieuses (33,7%), neurologiques (19,4%), métaboliques (16,3%), cardiovasculaires (12%), et pleuropulmonaires (9,6 %) [45].

Les syndromes gériatriques 45% ont été retrouvés plus fréquents que les diagnostics de spécialités. Il s'agissait essentiellement de la dénutrition 53% des patients, la perte d'autonomie aigue 48%, le syndrome d'immobilisation 19% (44% d'escarres), le syndrome confusionnel 17% et les troubles cognitifs 13%. Il faut noter la grande fréquence des escarres 44% des syndromes d'immobilisation, souvent associées à la dénutrition et à la perte d'autonomie elles constituent un problème réel de prise en charge. Le vieillissement, la polypathologie mais surtout la décompensation de pathologies aiguës peuvent expliquer la grande fréquence de ces syndromes gériatriques [29]. Nos patients étaient hospitalisés pour un stress aigu et 18% avaient au moins 3 comorbidités. En France, Lanière et al [48] ayant suivi une cohorte de 1306 patients passant par les urgences, avaient retrouvé un nombre moyen de 5,3 syndromes gériatriques. Il s'agissait majoritairement de la perte d'autonomie fonctionnelle (73,2%), dénutrition (72,3%), chute (42,1%), syndrome confusionnel (19,2%) et déficience cognitive (30,9%).

❖ Aspects évolutifs

La durée moyenne du séjour hospitalier dans notre série était de 8.61jours \pm 4 avec des extrêmes de 2 à 25 jours. Soixante-quinze pour cent (75%) des patients avaient une durée moyenne de séjour de moins de 11 jours. Ceci est en accord avec une durée moyenne d'hospitalisation en court séjour gériatrique acceptable [49]. En court séjour gériatrique, une durée moyenne d'hospitalisation excédant 10 jours est considérée comme longue. Le court séjour gériatrique est une composante importante de la filière gériatrique qui a un rôle fondamental dans le diagnostic et la mise en route rapide du traitement. Il doit user de tous les moyens diagnostiques, pour raccourcir au plus cette durée moyenne du séjour et permettre une rotation optimale des lits. La DMS est une valeur flottante capitale pour le

rendement économique d'un établissement hospitalier. Lorsqu'elle est basse, elle permet une tarification maximale de l'acte et une rotation optimale des lits [49]. L'évolution était favorable chez 74% des patients (N=156) avec une amélioration clinique, 26% des patients ont présenté des complications (N=55). Les complications retrouvées étaient une aggravation du tableau clinique (27%), les troubles ioniques 16%, les complications infectieuses 13%, la maladie thromboembolique 9% et les complications hématologiques 9% (anémies sévères+++).

La plupart de nos patients 83% (N=180) sont retournés à leur domicile, 4% (N=9) ont été transférés dans une autre structure pour soins de suite et de réadaptation et 13% sont décédés (N=28). Cette mortalité élevée peut s'expliquer par le terrain de fragilité des patients et l'important poids des comorbidités [23].

Le profil diagnostic des patients décédés était dominé par les pathologies cardiovasculaires 15%, les pathologies infectieuses 13%, le diabète et les pathologies métaboliques 12%, les pathologies neurologiques 7% et les pathologies tumorales 6%.

**CONCLUSIONS
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSIONS

Dans le contexte de vieillissement de sa population, le Sénégal s'est doté d'un plan stratégique pour le vieillissement en bonne santé 2018- 2023. Ce travail visait à faire un bilan situationnelle de la santé des personnes âgées vivant au Sénégal. Pour se faire, nous avons procédé deux étapes. Une première étape basée sur revue documentaire des données concernant le Sénégal, d'un rapport de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé qui nous a permis d'établir l'état des lieux de la situation sanitaire des personnes âgées au Sénégal. Suivi d'une deuxième étape basée sur une étude rétrospective, descriptive nous a permis de faire le bilan de fonctionnement du service de gériatrie court séjour du CHU de FANN.

- **Bilan du rapport de l'analyse situationnelle de la santé des personnes âgées au Sénégal (RASPAS)**

Avec une population encore jeune mais en pleine transition démographique vers un vieillissement, le Sénégal devrait atteindre très rapidement une proportion de 10 % de sa population âgée de 60 ans et plus dès 2050.

L'analyse situationnelle de la santé de la personne âgée au Sénégal a permis de dégager le profil épidémiologique des pathologies chroniques chez les personnes âgées au Sénégal. Ce profil épidémiologique est dominé par les pathologies cardio-vasculaires avec en tête l'hypertension artérielle suivie du diabète, puis viennent les pathologies oculaires, ostéo-articulaires et les troubles cognitifs.

An plan politique, il n'existe pas encore de cadre spécifique d'échange pour les personnes âgées permettant leur implication dans les instances de décision, soixante (60) associations sont dénombrées dans tout le pays. Le Sénégal ne dispose pas encore de loi d'orientation sur leur protection sociale. Cependant avec l'appui de l'OMS, il a élaboré son plan stratégique du vieillissement 2018-2023 mais celui-ci tarde à être validé et mis en œuvre au plan institutionnel.

Les personnes âgées souvent exposées à la précarité dans un contexte d'effritement de la solidarité des familles rendant ainsi difficile l'accès aux soins de qualité et aux médicaments. Le système de protection sociale, dispose d'un plan de soins gratuits pour les personnes âgées (plan Sésame, CMU) qui connaît quelques limites en rapport avec la faiblesse des financements et l'encadrement

de sa gestion. Ainsi ce plan présente beaucoup de dysfonctionnement quant à l'accessibilité des soins et la disponibilité régulière des médicaments essentiels.

Au plan sanitaire, il n'existe encore au Sénégal que trois structures de soins gériatriques, le centre gériatrique médico-social de l'IPRES, le centre gériatrique de "Ouakam" et le service de gériatrie de l'hôpital de FANN, seul niveau d'intégration hospitalier de la gériatrie au Sénégal et dans la sous-région. Cependant ces structures présentent encore d'importants déficits quant à leur capacité d'accueil, leur plateau technique et la disponibilité d'une ressource humaine qualifiée. Ainsi il n'existe pas encore de structures gériatriques capables de prendre en charge les soins de suites de réadaptation et les soins palliatifs. Aussi du fait de l'insuffisance de ces structures, les personnes âgées sont souvent orientées vers des structures de soins conventionnelles globalement non adaptées à leur besoin. En 2017, le rapport ne relevait que 6 gériatres et 7 gérontologues dans tout le territoire dont les 87,5% résident dans la capitale Dakar.

Dans le domaine de la formation, le Sénégal a fait beaucoup d'effort. La gériatrie- gérontologie est enseignée dans les différentes universités publiques et privées et une spécialisation est ouverte aussi bien dans le domaine médical que paramédical.

- Bilan de l'étude au service du CHNU de FANN

Durant les 15 premiers mois de son fonctionnement, 217 patients âgés de 60 ans ou plus auront été hospitalisés en court séjour gériatrique du CHNU de FANN. Soit une moyenne de 14 patients hospitalisés par mois. Les patients étaient âgés entre 60 à 102 ans avec une moyenne d'âge de 78 ans \pm 9,31 et 25% des patients avaient 85 ans ou plus. Une légère prédominance féminine 54% avait été retrouvée (ratio F/H de 1.17).

Les patients provenaient essentiellement des banlieues de Dakar (41%) mais aussi du centre (15%), des différentes régions du Sénégal (6%) et même de la sous-région (2%).

Seuls 16% étaient autonomes à domicile et le niveau d'activité de l'échantillon était globalement faible 35%. L'isolement n'était retrouvé que chez 1,4% des patients.

Le tiers des patients (33%) provenait du service des urgences (SAU), ce qui témoigne de l'étroite collaboration avec ce service où les patients transitent souvent en attendant d'obtenir une place au service.

La polypathologie concernait 6% des patients et la polymédication 16%. Les comorbidités les plus fréquemment retrouvés étaient l'hypertension artérielle 42%, le diabète 17%, les troubles neurocognitifs 11% et les affections ostéo-articulaires 9%.

Les manifestations cliniques à l'entrée étaient dominées par les signes généraux au premier plan avec l'altération de l'état général 50%, la déshydratation 30%, les états fébriles 25%, les troubles de la vigilance 15% et l'anémie 13%. Les signes physiques les plus fréquents étaient le déficit neurologique aigu 24% et le syndrome de condensation pulmonaire 12%. Les syndromes gériatriques aussi occupaient une bonne place avec la dénutrition 71%, la perte d'autonomie fonctionnelle 49%, le syndrome d'immobilisation 20% dominé par les escarres et la confusion 19% des patients.

Les diagnostics les plus fréquents chez nos patients étaient :

- les pathologies cardiovasculaires 13% (poussée HTA 29%),
- les pathologies infectieuses 13% (pneumopathie infectieuse 28%),
- le diabète 11%,
- les pathologies métaboliques 11%,
- les pathologies neurologiques 6% (accident vasculaire cérébral ischémique 91% des diagnostics neurologiques posé chez 19% des patients),
- et des pathologies tumorales 4%.

Ailleurs cette étude a montré que les syndromes gériatriques étaient une réalité chez les personnes âgées. Les syndromes gériatriques les plus fréquents étaient la dénutrition 53%, la perte d'autonomie aiguë 48%, le syndrome d'immobilisation 19% dont 44% de diagnostic d'escarres, le syndrome confusionnel 17% et les troubles cognitifs 13%

La durée moyenne du séjour hospitalier dans notre série était de 8.61 jours \pm 4 (2 - 25 jours) et 75% des patients avaient une DMS de moins de 11 jours.

L'évolution était favorable chez 74% des patients, 26% des patients avaient présenté des complications (N=55). Ces complications étaient l'aggravation du

tableau clinique 27%, les troubles ioniques 16%, les complications infectieuses 13%, la maladie thromboembolique 9% et les complications hématologiques 9%. La plupart de nos patients 83% sont retournés à leur domicile, 4% ont été transférés dans une autre structure pour soins de suite et de réadaptation et 13% sont décédés.

Le profil diagnostique des patients décédés était dominé par les pathologies cardiovasculaires 15%, les pathologies infectieuses 13%, le diabète et les pathologies métaboliques 12%, les pathologies neurologiques 7% et les pathologies tumorales 6%.

- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette conclusion, nous formulons les recommandations suivantes :

• A l'endroit des autorités publiques

○ Politique de promotion de la santé des personnes âgées

- Mettre en place un dispositif pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan stratégique de vieillissement en bonne santé.
- Voter une loi d'orientation sur leur protection sociale des personnes âgées.
- Avoir des orientations claires et budgétisées pour une bonne politique sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées.
- Impliquer les PA dans la gestion des programmes de protection sociale en créant un cadre de concertation unique.

○ Renforcer le système de protection social

- Réformer le plan de gratuité des soins (Sésame, CMU) afin de faciliter l'accès aux soins et aux médicaments
- Valoriser l'autonomisation des aînés :
 - Promouvoir la disponibilité des ressources financières PA (bourse sociale, allocation d'invalidité, Appui la création d'activité régénératrice...);
 - Améliorer les conditions de vie des PA en valorisant leur expertise ;

- Créer un cadre d'épanouissement adapté à leur statut (maison des aînés).
- **Renforcer le système de prise en charge de la santé des aînés :**
 - Appuyer l'intégration de la gériatrie dans la pyramide sanitaire par l'augmentation des structures gériatriques à tous les niveaux de cette pyramide;
 - Mettre en place des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pour coordonner l'activité des filières gérontologiques et donner une bonne information aux PA.
 - Développer le service de gériatrie du CHU de FANN en un centre national de référence en formation, soin et recherche.
 - Ce centre en collaboration avec les CLIC permettra de coordonner un réseau de prise en charge intégrée et adaptée des personnes âgées ;
 - Il permettra de développer un programme de formation et de recherche en gériatrie gérontologie ;
 - Il permettra aussi de rendre disponible l'information sanitaire concernant la santé des personnes âgées.
 - Développer une filière communautaire pour une prise en charge adaptée des personnes âgées à domicile;
- **A l'endroit des autorités du CHNU de FANN**
 - Extension du service gériatrique :
 - Renforcer l'unité d'hospitalisation gériatrique (faible capacité d'accueil)
 - Mettre en place une unité de réadaptation fonctionnelle afin de faciliter la réinsertion du domicile ;
 - Mettre en place une unité de soins palliatifs ;
 - Développer une stratégie d'intervention communautaire à travers une équipe mobile ;
 - Renforcer la fourniture de services adaptés aux personnes âgées;
 - Promouvoir la formation du personnel médical et paramédical ;
 - Informatiser l'information sanitaire pour la sauvegarde des données.

- **A l'endroit des professionnels de la santé**
 - Renseigner de façon exhaustive les dossiers médicaux de patients.
 - Raccourcir au maximum la durée de séjour en court séjour gériatrique.
 - Promouvoir l'évaluation gériatrique systématique des patients hospitalisés (médecins, paramédicaux).
 - Etre à affût des pathologies les plus fréquentes dans notre contexte chez le clinicien notamment cardiovasculaires, infectieuses, neurologiques, tumorales et les syndromes gériatriques (perte d'autonomie, déshydratation, dénutrition, immobilisation).
 - Respect des règles de prescription gériatrique pour éviter la poly médication devant la poly pathologie.
 - Au plan évolutif mettre en place un plan de suivi cohérent pour éviter la ré-hospitalisation précoce.
 - Sensibiliser les PA vivant à domicile et leur entourage pour prévenir la déshydratation, la dénutrition, la perte d'autonomie et les chutes.

- **A l'endroit des personnes âgées et de l'entourage**
 - Fédérer les associations de personnes âgées pour faciliter l'échange avec les autorités publiques ;
 - Avoir un suivi médical régulier par un professionnel qualifié pour la prévention des syndromes gériatriques les plus fréquents: déshydratation, dénutrition, chute, perte d'autonomie ;
 - Appeler au besoin les centres locaux d'information et de coordination (numéro vert) pour une bonne orientation dans la filière gérontologique ;
 - Veiller à avoir une alimentation de qualité et une activité physique régulière adaptée à leur état.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1- **Golaz V, Nowik L, Sajoux M.** L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement. Population et Sociétés n° 491, juillet-août 2012
- 2- **Organisation mondiale de la santé.** Rapport mondial sur le vieillissement en la santé. Genève 2015.
- 3- **Ministère de l'économie des finances et du plan, Direction de la prévision et de la statistique.** Recensement général de la population et de l'habitat de 1988. Rapport national juin 1993
- 4- **Agence nationale de la statistique et de la démographie.** Résultats définitifs du troisième recensement général de la population et de l'habitat (2002). Juin 2008.
- 5- **Agence nationale de la statistique et de la démographie.** Sénégal : Recensement Général de la population et de l'Habitat Agriculture et de l'Elevage RGPHAE 2013, Rapport national de Présentation, juin 2013. <http://www.ansd.org>
- 6- **Golaz V.** « Prise en charge familiale et accès aux soins de santé » la dépendance en Afrique. Gérontologie et Société-n° 145-juin 2013 page 77
- 7- **Organisation mondiale de la santé.** Vieillissement en bonne santé dans la région africaine : analyse de situation et perspectives. Brazzaville, 2013.
- 8- **Philippe Antoine,** « Vieillir en Afrique », Idées économiques et sociales 2009/3 (N° 157), p. 34-37. DOI 10.3917/idee.157.0034.
- 9- **Organisation mondiale de la santé.** Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé – cadre de mise en œuvre dans la région africaine. Brazzaville, 2018.
- 10- **Union Africaine et Help Age International.** Cadre stratégique et plan d'action de l'Union africaine sur le vieillissement. Nairobi, Union africaine et Help Age International, 2002.
- 11- **La CEDEAO :** <http://www.ecowas.int/a-propos-de-la-cedeao/historique>
- 12- **Ministère de la santé et de l'action sociale, Direction générale de la santé, bureau de la santé des personnes âgées.** Politiques nationales de vieillissement en bonne santé Janvier 2017 <https://extranet.who.int>.
- 13- **Coumé M, Touré K, Faye A, Diop Moreira T.** Gériatrie et gérontologie au Sénégal. Dossier Soins Gérontologie. Personnes âgées sur les cinq continents n°100-mars/avril 2013 P 34-37.
- 14- **Organisation Ouest Africaine de la Santé.** 'Analyse Situationnelle de la Santé de la Personne Agée en Afrique de l'Ouest ' OOAS 2018, <https://www.wahooas.org/web-ooas/sites>.
- 15- **GLOSSAIRE Termes et concepts démographiques.** Les « essentiels » pour les professionnels de l'éducation [consulté le 22/11/20](#)
- 16- **Germaine Veyret-Verner.** Une définition du vieillissement de la population. In: Revue de géographie alpine, tome 43, n°4, 1955. pp. 703-706.
- 17- **United Nations Department of Economic and Social Affairs.** Population Division World Population Prospects''2019, Volume II: Demographic Profiles.
- 18- **Golaz V, Nowik L, Sajoux M.** L'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement. Population et Sociétés n° 491, juillet-août 2012

- 19- **Ministère de l'économie des finances et du plan, Agence nationale de la statistique et de la démographie, Direction des statistiques démographiques et sociales.** Rapport de projection de la population du Sénégal 2013-2063. Février 2016.
- 20- **M. Coumé · A. Faye · A. Pouye · A. Kane · T.M. Diop** Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH chez le sujet âgé sénégalais Cah. Année Gérontol. (2014) 6:97-101 DOI 10.1007/s12612-014-0375-9.
- 21- **Touré O et col** Tuberculose du sujet âgé Revue des Maladies Respiratoires Volume 27, Issue 9, November 2010, Pages 1062-106.
- 22- **Coumé M.** Besoins sociaux sanitaires des personnes âgées au Sénégal : à propos d'une enquête nationale. Mémoire de Capacité de Gériatrie: Grenoble; 2001.
- 23- **Diop EB.** Aspects épidémio-clinique de la pathologie gériatrique dans le service de médecine interne du CHU de Pikine. Thèse médecine Juillet 2012 N° 157 FMPOS, UCAD.
- 24- **Toure K., Coumé M.,** Epidémiologie de la démence en Afrique. La Revue de Gériatrie 2010 ; 35 :627-632.
- 25- **Coumé M, Touré K., Faye A, Pouye A, Diop Moreira T.** Prévalence de la Malnutrition dans une population de patients âgés sénégalais. Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2014 ; NPG-D- 14-00014).
- 26- **Thiam MH, Touré K, Faye PL.** Evaluation de la prévalence de la dépression chez les sujets âgés au Sénégal : étude préliminaire sur une série de 304 sujets avec l'Echelle de dépression gériatrique. PSY-CAUSE. 01 Janvier 2011; 59: 16-20.
- 27- **Coumé M, Touré ME, Ba M,** Dépression du sujet âgé au Sénégal : déterminants actuels et particularités de la prise en charge. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (2020), <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.11.005>.
- 28- **Diagne SLD, Ka O.** Risque de chute et dénutrition chez des patients vivants à domicile à Dakar Médecine d'Afrique noire 2017.
- 29- **Bouchon JP.** 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat 1984 ; 34 : 888-92.
- 30- **Journal officiel République du Sénégal N° 6847 du 02 mai 2015.** Arrêté ministériel n°01418 en date du 02 février 2015 portant approbation de la modification de l'article 6 des Statuts de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal. Articles 1, 2 et 3.
- 31- **Ministère de l'économie des finances et du plan, Agence nationale de la statistique et de la démographie.** Situation économique et sociale du Sénégal ; état et structure de la population ; Ed 2016
- 32- **Judi Aubel** « Les aînés : une ressource culturelle pour la promotion d'un développement durable » State of the World : Transforming Cultures » WorldWatch Institute, Washington, D.C. 2010, pp. 41-46.
- 33- **Judi Aubel,** spécialiste de développement communautaire et de la santé dans les pays en développement, Directeur Exécutif de l'ONG, « Projet Grand-mère» (Grandmother Project).www.grandmotherproject.org
- 34- **Antoine P, Ba G S,** 2014 : « Les personnes âgées au Sénégal : accueillants ou accueillis ? », in Les personnes âgées en Afrique, (sous dir) Alfred Inis Ndiaye, Health Inc, CREPOS, pp. 99-115, Doi : 10.13140/2.1.2480.8645.

- 35- **Ba SG.** « Les temps de la vieillesse au Sénégal : le malentendu intergénérationnel », Sociologie [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 07 mars 2014. ISSN électronique 1992-2655 URL : <http://sociologies.revues.org/461828>.
- 36- **Apeti S et al.** Âgisme naissant en milieu urbain au Togo : À propos des opinions des descendants prenant en charge financièrement la santé de leurs ascendants en consultation gériatrique externe à Lomé. La Revue de Gériatrie, Tome 43, No 4 AVRIL 2018
- 37- **Berthe A, Sanou LB, Konaté B, et al.** Les personnes âgées en Afrique subsaharienne: une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. Sante Publique2 013;25(3):367-71.
- 38- **Coumé M, Touré K, Faye A, Diop Moreira T.** l'offre de soins gériatrique en Afrique de l'Ouest : exemple de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal. Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2014 ; NPG-D- 14-00013.
- 39- **Ka O, Mbaye E, Leye MMM et al.** Plan sésame au Sénégal: limites de ce modèle de gratuité. Afrique, santé publique et développement volume 28/N°1 janvier-février 2016/1 Vol.28/pages91101 ISSN 0995-3914.
- 40- **Leye MMM, Diongue M, Faye A, Coumé M, Tall AB et coll.** « Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. » Santé Publique 1/2013 (Vol. 25), p. 101-106.
- 41- **OOAS:** <http://www.ecowas.int/la-vie-dans-la-communaute/protection-sanitaire>
- 42- **Cadmus EO, Adebusoye LA, Olowookere OO, Oluwatosin OG, Owoaje ET et al.** A descriptive study of the morbidity pattern of older persons presenting at a Geriatric Centre in Southwestern Nigeria. Niger J Clin Pract 2017;20:873-8
- 43- **Duboz P, Touré M, Hane F, Macia E, Coumé M et al.** Vieillesse et pathologies chroniques au Sénégal. Comparaison entre des populations vivant en milieu rural (Ferlo) et urbain (Dakar) Bull. Soc. Pathol. Exot. (2015) 108:25-31
- 44- **Kadam UT, Croft, PR, North Staffordshire GP Consortium Group.** Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. Fam. Pract. 2007;24, 412-419.
- 45- **Tetchi Y, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT et al.** Profil des affections du sujet âgé aux urgences médicales du CHU de Cocody Abidjan-(Côte d'Ivoire). Journal Européen des urgences et de réanimation 2013 ; 25, 147-151.
- 46- **Roux S, Bocquet P.** Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en unité de médecine aiguë. La Revue de Gériatrie 2018; 43 (5):269.
- 47- **Hammami s., Chakroun M., Mahjoub S et al.** Les Infections du Sujet âgé. Revue TunInfectiol 2007 ; 1(3) : 1-8.
- 48- **Lanièce I, Couturier P, Dramé M et al.** Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among french medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age and ageing 2008; 4 (37): 416-422.
- 49- **Holstein J, Saint Jean O, Verny M, Berigaud S, Bouchon JP.** Facteurs explicatifs du devenir et de la durée de séjour dans une unité de court séjour gériatrique. Sci Soc Sante 1995 ; 13 : 45-71.

ANNEXES

CAHIER D'OBSERVATION

Dossier N°

Numéro d'Identification

Age :

Sexe : M F

Situation socio familiale : Marié(e) Veuf (ve) Célibataire

Origine: Dakar Guédiawaye Pikine Rufisque Autre.....

Mode de venue : Urgence Domicile Référence

Date d'entrée/...../..... Date sortie...../...../..... Durée séjour jrs

MOTIF D'HOSPITALISATION

Poussée HTA Décompensation cardiaque aigüe Dyspnée sévère

Insuffisance circulatoire aigüe Diabète décompensé Cardiopathie

ischémique Trouble rythme Déficit neurologique focal

Troubles de la vigilance Syndrome infectieux Grosse jambe inflammatoire

Douleur invalidante Rétention aigüe d'urine Hématurie

Insuffisance rénale aigüe Syndrome sub-occlusif Gastroentérite aigüe

Syndrome Tumoral Syndrome anémique sévère AEG

Perte d'autonomie Dénutrition Sévère Escarres

Refus alimentaire Chute +/- malaise Syndrome Confusionnel

Autres.....

.....

COMORBIDITES

HTA ACFA Cardiopathie isché Diabète BPCO HBP

Affections tumorales Troubles cognitifs

Affections neurologiques

Affections ostéo-articulaires

Affections digestives

Autres

Nombre de comorbidité.....

ANTECEDENTS

AVCI/ H TVP/Embolie P AOMI Tuberculose

Chute Antécédents chirurgie.....

Autres antécédents

MODE DE VIE :

Niveau activité : faible moyen élevé / Vit seul Oui Non

Autonomie à domicile Oui Non ADL/6

Tabac Oui Non / Alcool Oui Non

TRAITEMENTS A L'ARRIVEE

AINS AVK AAP Antibiotique IEC ARA2

Béta-bloquant Diurétique Calcibloqueur Statine

Biguanide Sulfamide hypoglycémiant Insuline

Alpha bloquant BZD Neuroleptique Antiparkinsonien

Antidépresseur IPP Paracétamol Antalgique Pallier 2

Autres traitements

Nombre de médicaments à l'arrivée

Phytothérapie Oui Non

DIAGNOSTIC RETENU

Infectieuses

Pneumopathie bactérienne Infection urinaire Dermo-hypodermite

Infection PE non retrouvée Accès palustre Sepsis Suspicion de TB

Autres

Affections cardiovasculaires

Décompensation diabète AVCI AVCH Maladie rénale sévère

Décompensation cardiaque aigüe ACFA TVP/EP

Autres

Affections tumorales

Tumeur prostate Tumeur vésicale Tumeur génitale

Tumeur colorectale CHC Tumeur des voies biliaires

Hémopathie

Autres

Syndrome gériatriques

Perte autonomie Troubles équilibre et marche (risque chute)

Dénutrition Troubles de l'humeur Troubles cognitifs

Confusion Iatrogénie

Autres diagnostics.....

.....

EVOLUTION :

Favorable Complications

Complications : Oui Non

Infectieuses Troubles ioniques Confusion

Escarres Aggravation clinique Hypoglycémie

Dénutrition Escarres TVP/EP

Autres complications

.....

Issu du patient

RAD Transfert Décès

Réadmission précoce (dans les trois mois)