L'importance de la médecine gériatrique

La valeur ajoutée pour les systèmes de santé et les décideurs politiques

Les défis démographiques actuels liés au vieillissement de la population exercent une pression sans précédent sur les systèmes de santé, en termes de tension de ressources humaines, d'impact social et de viabilité financière.

La médecine gériatrique [1] est une spécialité médicale [2] qui s'intéresse aux conditions physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des personnes âgées dans le cadre des soins aigus, chroniques, de réadaptation, préventifs et de fin de vie. Elle cible les personnes en situation de fragilité et de polypathologies, dont les besoins dépassent les traditionnelles habitudes de soins axés sur les pathologies d'organes. Cela nécessite une prise en charge multidisciplinaire et holistique afin de préserver les capacités fonctionnelles, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

En plus d'être une spécialité médicale, la médecine gériatrique illustre une approche clinique adaptée aux personnes âgées, tout en tenant compte des aspects des soins spécifiques à chaque tranche d'âge. Cette approche doit être considérée comme une compétence supplémentaire majeure pour les professionnels de santé car elle offre un cadre unique, fondé sur des compétences médicales, pour la prise en charge de la fragilité, de la polypathologie, des troubles cognitifs, de la polymédication et du déclin fonctionnel. Ces situations cliniques pèsent de plus en plus lourdement sur la **consommation de soins,** et engendrent des **frais de santé conséquents** dans les sociétés vieillissantes.

Intégrer avec succès la médecine gériatrique dans les systèmes de santé constitue une solution **rentable** [3], à l'échelle du système, face au vieillissement de la population, en améliorant l'état fonctionnel des usagers [3], en réduisant la charge pesant sur les hôpitaux [4] et en renforçant la **pérennité des systèmes de santé** [5].

La médecine gériatrique n'est pas une spécialité optionnelle – C'est l'élément essentiel pour les systèmes de santé ; indispensable pour dispenser des soins efficaces centrés sur la personne âgée, dans un modèle durable pour les sociétés européennes modernes. Elle peut mener la **transformation** vers un environnement des soins de santé mieux adaptés aux besoins des personnes âgées. Aucun européen ne devrait être privé de l'accès à des soins de qualité.

Messages clés

- Les systèmes de santé sont confrontés aux besoins spécifiques d'une population vieillissante, hétérogène et en constante croissance.
- La médecine gériatrique est essentielle à la pérennité des systèmes de santé, en particulier dans les sociétés où la part des personnes âgées ne cesse d'augmenter, car elle réduit le recours coûteux aux soins de santé, l'hospitalisation et l'institutionnalisation.
- La médecine gériatrique améliore également deux facteurs qui comptent pour les personnes âgées et la société à savoir leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie.
- Les politiques visant à promouvoir la formation du personnel de santé, la mise en place de structures et de services gériatriques adaptés, ainsi que l'intégration des soins, vont contribuer à améliorer la prise en charge des personnes âgées.
- Investir aujourd'hui permet d'éviter une surcharge des systèmes de santé demain.



*Cette publication s'appuie sur les travaux de l'Action COST PROGRAMMING 21122, soutenue par COST (European Cooperation in Science and Technology, Coopération européenne en science et technologie). COST est une agence de financement des réseaux de recherche et d'innovation. Nos actions contribuent à établir un lien entre les initiatives de recherche à travers l'Europe et permettent aux scientifiques de développer leurs idées en les partageant avec leurs pairs. Cela stimule leur recherche, leur carrière et l'innovation. Ce présent document est un outil conçu pour inciter les décideurs politiques et les gestionnaires du secteur des systèmes de santé à intégrer les principes de la médecine gériatrique dans les systèmes qu'ils gèrent, en mettant en avant les avantages systémiques et économiques. Il est le fruit d'un processus de co-création et de révision en plusieurs étapes mené par les chercheurs engagés. Son contenu s'articule autour de trois questions fondamentales: **Pourquoi** la médecine gériatrique est-elle importante pour les décideurs politiques et les gestionnaires du secteur des systèmes de santé? **Quels** changements politiques sont nécessaires? **Comment** les mettre en œuvre?*

COST CA21122

PROGRAMMING

PROmoting GeRiAtric Medicine in countries where it is still eMergING

I. Pourquoi la médecine gériatrique est-elle essentielle

UNE INADÉQUATION SYSTÉMIQUE | Les systèmes de santé actuels, sont principalement conçus autour des maladies d'organe plutôt qu'une approche globale. Ils doivent évoluer pour répondre aux besoins de santé des personnes âgées qui sont globalement plus complexes, comme l'a dramatiquement révélé la pandémie de COVID -19.

UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS AVEC UNE CONSEQUENCE SOCIÉTALE | Des soins fragmentés et mal coordonnés entraînent une augmentation des coûts, un défaut d'efficacité, des inégalités et l'insatisfaction des usagers. L'approche holistique telle que proposée par la médecine gériatrique permet des soins intégrés [6] et améliore les indicateurs incontournables pour les patients [7], tels que la qualité de vie et l'espérance de vie sans incapacité [8], contribuant ainsi à la satisfaction des usagers du système de santé, parmi lesquels les personnes âgées sont largement représentées [3].

UNE EFFICIENCE FINANCIÈRE | La médecine gériatrique, en tant qu'approche clinique, constitue un investissement à haut rendement et permet de réaliser des économies. Elle permet d'éviter les trajectoires d'un vieillissement en mauvaise santé [5], en réduisant la polymédication inappropriée, les consultations ambulatoires [8] et les admissions dans les services d'urgences [9], la durée moyenne de séjour de 4,1 jours [10], en économisant en moyenne 620 € par admission pour fracture dans un contexte de fragilité, et jusqu'à 1 320 € par patient en soins périopératoires [11,12], en diminuant jusqu'à 51 % des réadmissions à l'hôpital [13]. Elle prévient les complications coûteuses, telles que le déclin fonctionnel [13,14] et les admissions en EHPAD de 22 % [15], et en limite le handicap en fin de vie [16].

UNE AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ | Les systèmes de santé qui intègrent la médecine gériatrique prolongent l'autonomie à domicile, favorisant ainsi une vie active plus longue, tout en réduisant les dépenses liées aux soins de longue durée, le lourd fardeau social et financier des aidants informels [17] qui peuvent impacter les revenus familiaux jusqu'à 45 %.

UNE HARMONISATION DES POLITIQUES ET UNE RESPONSABILITÉ INTERNATIONALE | La mise en œuvre de politiques ciblant les soins en santé des personnes âgées doivent être en cohérence avec les plans de santé nationaux et s'appuyer sur des recommandations internationales, telles que la Décennie pour le vieillissement en bonne santé portée par les Nations Unies et les priorités identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [18]

De meilleurs soins et des coûts réduits.

Les systèmes de santé ont besoin d'une expertise gériatrique pour fonctionner efficacement.

II. Quels changements politiques sont nécessaires pour obtenir un impact significatif



Le vieillissement en bonne santé en tant que priorité politique

Passer d'un modèle centré sur la maladie à un modèle qui donne la priorité aux capacités fonctionnelles et à l'autonomie dans son parcours de soin des personnes âgées, et promouvoir des politiques de santé publique axées sur la longévité en santé. [3]



Intégration des systèmes

Garantir l'accès à des soins de haute qualité, intégrés et continus [19,20] pour les personnes âgées dans l'ensemble des services de santé, selon le modèle de ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS. [6]



Optimisation des effectifs

Relever le défi des effectifs par la formation de tous les professionnels de santé aux compétences de base en matière de soins aux personnes âgées, par l'atteinte d'une masse critique suffisante de professionnels spécialisés et par la création et par la mise en place de cadre de référence qui font la promotion du travail en équipe pluriprofessionnelle et le partage des compétences professionnelles. [21]

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

III. « Comment fait-on ? » : L'implémentation en pratique

En fonction de la situation de départ de chaque système et des priorités stratégiques définies à l'échelle locale, différentes mesures peuvent être sélectionnées et mise en oeuvre. [22]

1. UNE MISE EN ŒUVRE ET UNE GOUVERNANCE ADAPTÉE AU CONTEXTE

- Réaliser des **analyses des lacunes propres à chaque pays** afin de recenser les ressources, d'identifier les besoins et de hiérarchiser les domaines prioritaires pour orienter les investissements nécessaires.
- Élaborer des **stratégies nationales** adaptées aux contextes locaux et conformes aux normes européennes et internationales [18], afin de relever les défis multidimensionnels de santé et sociaux liés au vieillissement et aux problèmes qui en découlent.
- Promouvoir la **co-création avec toutes les parties prenantes** (professionnels de santé, décideurs politiques, universitaires, société civile) pour la **recherche sur l'implémentation** de telles mesures pour en permettre l'évolutivité et la pérennité.
- Créer un cadre pour l'apport d'une recherche scientifique indépendante, nécessaires aux décideurs politiques, afin de favoriser des prises de décision fondées sur des données scientifiques probantes.
- Mettre en œuvre au niveau national des **systèmes d'analyses comparatives, d'audits et d'accréditations** s'appuyant sur des données en vie réelle afin de surveiller la qualité, le rapport coût-efficacité et les performances du système, pour pouvoir **généraliser** les pratiques efficaces.

2. RÉFORMER ET RENFORCER LES SYSTÈMES DE SANTÉ, ET LA PRESTATION DES SERVICES

- Établir **des normes minimales et des critères de qualité** pour les services gériatriques, y compris les besoins/quota en personnel.
- Développer des **centres d'excellence de médecine gériatrique** jouant un rôle de coordination régionale, de formation, de recherche et d'innovation, en lien avec les territoires de proximité.
- Déployer des **équipes gériatriques mobiles pluridisciplinaires** dans les hôpitaux et les structures de soins de proximité afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins.
- Soutenir les **soins primaires** et permettre l'évaluation de l'état de santé général et des capacités fonctionnelles des personnes âgées [6], ainsi que le dépistage précoce et la prise en charge des pathologies chroniques fréquentes pour cette tranche d'âge.
- S'appuyer sur des **outils numériques et des technologies innovantes** (télémédecine, dossiers médicaux électroniques, intelligence artificielle – IA) pour **optimiser les ressources, renforcer l'intégration et l'accès**; promouvoir la gérontechnologie et les solutions de santé numérique afin de **favoriser l'autonomie et le suivi des personnes âgées**. [3]
- Réformer les **modèles financiers afin d'encourager la mise en œuvre de protocoles et de procédures, avec la valorisation des résultats fonctionnels et la prévention** (par exemple, gratification au résultat, nomenclature adaptée, critères de satisfaction et retour d'expérience des patients). [23]

3. RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES PAR LA FORMATION

- Reconnaître la **médecine gériatrique comme une spécialité ou une sous-spécialité** dans tous les pays et renforcer **le rôle des gériatres** [2] en tant que partenaire incontournable pour le système de santé, du fait de ses compétences multiples en clinique, pédagogie, recherche, conseil en matière de politiques.
- Créer les bases du travail en équipe pluridisciplinaire en:

  a) constituant **une masse critique de professionnels de santé formés** grâce à des investissements ciblés, notamment pour la formation professionnelle, la formation des formateurs ou encore les programmes de jumelage internationaux;

  b) définissant des compétences fondamentales obligatoires et en facilitant le **développement professionnel continu** dans le domaine des soins aux personnes âgées pour l'ensemble des professionnels de santé;

  c) intégrant les bases de la gériatrie dans la formation initiale de tous les professionnels de santé et en offrant des **possibilités de formations postuniversitaires**.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

- Renforcer le rôle des **universités, des sociétés savantes et des réseaux européens** (tels que l'action COST 21122 « PROGRAMMING ») et s'appuyer sur les résultats de leurs recherches dans les domaines de l'éducation, de la recherche et de la diffusion des connaissances. S'adosser à l'**expertise nationale et internationale**, notamment celle des groupes consultatifs et des réseaux scientifiques, pour soutenir la planification stratégique et le déploiement.

4. SENSIBILISATION DU PUBLIC ET ENGAGEMENT SOCIÉTAL

- Mettre en œuvre des **campagnes nationales en faveur du vieillissement en bonne santé** afin de sensibiliser le public, d'autonomiser les personnes âgées et de lutter contre l'âgisme. [24]
- Améliorer l'accès à des **informations fiables en matière de santé**, notamment par la littératie en santé et en numérique (par exemple, par des séminaires, des hotlines, des centres d'information destiné au grand public).
- Impliquer les citoyens et les aidants comme **partenaires actifs** dans la conception, la mise en place et l'évaluation de la qualité des soins.

Principales conclusions

La mise en œuvre efficace de la médecine gériatrique nécessite une **action coordonnée** dans les domaines de la politique, du financement, des ressources humaines et de l'implémentation des services, **adaptée aux contextes nationaux**. Elle doit être axée sur des améliorations concrètes et mesurables de l'état de santé des personnes âgées, en termes de résultats fonctionnels et de la qualité de vie.

Sans l'intégration structurelle des principes de la médecine gériatrique, les systèmes de santé risquent de devenir de plus en plus inefficaces, fragmentés et économiquement peu viables sous la pression du vieillissement démographique.

Investir dans la médecine gériatrique ne doit donc pas être considéré comme une dépense de santé supplémentaire, mais plutôt comme un investissement sociétal stratégique majeur visant la pérennité, l'autonomie et la dignité tout au long de la vie.

Déclaration de transparence: *l'IA générative a été utilisée uniquement pour faciliter la révision éditoriale d'un manuscrit initialement rédigé par des auteurs humains, notamment pour améliorer le style, raccourcir le texte et synthétiser des idées complexes en une formulation concise. L'IA a également aidé à identifier la littérature potentiellement pertinente ; toutes les références ont toutefois été vérifiées de manière indépendante, évaluées de façon critique et sélectionnées par les auteurs. Les données factuelles, les recommandations politiques, l'interprétation et le contenu final ont été élaborés, relus de manière critique et approuvés par les auteurs, qui assument l'entière responsabilité du document.*

Pour la traduction, des outils d'assistance AI ont été utilisés pour la révision linguistique. La version traduite finale a été révisée et approuvée par l'équipe nationale de traduction.

AUTRES RESSOURCES (disponibles sur www.cost-programming.eu/):

1. Notes de plaidoyer de l'Action COST 21122 « PROGRAMMING »: L'importance de la médecine gériatrique: la valeur ajoutée pour... les formateurs en santé et les concepteurs de programmes d'études | les professionnels de santé | les personnes âgées et la société civile
2. Publications de l'Action COST 21122 « PROGRAMMING »
3. Vidéo de 90 secondes présentant l'Action COST 21122 « PROGRAMMING »
4. Courte vidéo expliquant la médecine gériatrique
5. Glossaire des termes de médecine gériatrique créé par l'Action PROGRAMMING

PROGRAMMING COST ACTION 21122

CIVIL SOCIETY | HC EDUCATORS | HC PROFESSIONALS

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

REFERENCES:

1. https://uemsgeriatricmedicine.org/

2. Cesari M, et al. Defining the role and reach of a geriatrician. The Lancet Healthy Longevity, 2024;5. doi:10.1016/j.lanhl.2024.100644

3. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, doi:10.1787/b3704e14-en

4. Samuel Jay, Paula Whittaker, Jerome Mcintosh, Nicholas Hadden, Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review, Age and Ageing, Volume 46, Issue 3, May 2017, Pages 366–372, doi:10.1093/ageing/afw231

5. Greer SL, Lynch JF, Reeves A, Raj M, Gingrich J, Falkenbach M, Cylus J, Bambra C. The Politics of Healthy Ageing: Myths and realities [Internet]. Cylus J, Normand C, Figueras J, North J, Jackson L, editors. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.

6. https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope

7. NHS England Digital. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England, final 2024/25 data [Internet]. London: NHS England Digital; 2026 Apr 2 [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/ publications/statistical/patient-reported-outcome-measures-proms/final-2024-25-data

8. Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGe-FIT trial. BMC Geriatr. 2018 Jan 31;18:32. doi:10.1186/s12877-017-0703-1

9. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006 Jan;61(1):53-62. doi:10.1093/gerona/61.1.53

10. Ekdahl AW, Wirehn AB, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, Eckerblad J, Milberg A, Krevers B, Carlsson P. Costs and effects of an ambulatory geriatric unit (the AGe-FIT study): a randomized controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2015 Jun 1;16(6):497-503. doi:10.1016/j.jamda.2015.01.074

11. Partridge JSL, Healey A, Modarai B, Harari D, Martin FC, Dhesi JK. Preoperative comprehensive geriatric assessment and optimisation prior to elective arterial vascular surgery: a health economic analysis. Age Ageing. 2021;50(5):1770-1777. doi:10.1093/ageing/afab094

12. Baji P, Patel R, Judge A, Johansen A, Griffin J, Chesser T, et al. Organisational factors associated with hospital costs and patient mortality in the 365 days following hip fracture in England and Wales (REDUCE): a record-linkage cohort study. Lancet Healthy Longev. 2023;4(8):e386-e398. doi:10.1016/S2666-7568(23)00086-7

13. Tan X, Miu X, Wang X, Li X, Chen X, Wen X. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to the hospital as emergencies: a meta-analysis of randomized controlled trials. Geriatr Nurs. 2025 Jul-Aug;64:103374. doi: 10.1016/j.gerinurse.2025.05.013

14. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2022;51:1-11. doi:10.1093/ageing/afac081

15. Ellis G, Robinson D, Langhorne P. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2011;343:d6553 doi:10.1136/bmj.d6553

16. Ihorst G, Jentschke E, Tatschner K, et al. Effect of geriatric co-management on independence, quality of life, and severe toxicity in vulnerable older patients with cancer: Results of a randomized clinical trial. Journal of Geriatric Oncology 17 (2026). doi:10.1016/j.jgo.2026.102896

17. Petrillo, M., Valdenegro, D., Rahal, C. et al. (2025) Estimating the cost of informal care with a novel two-stage approach to individual synthetic control. Working Paper. Sheffield Economic Research Paper Series (2025004). Department of Economics, University of Sheffield ISSN 1749-8368. doi.org/10.48550/arXiv.2411.10314

18. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030 [Internet]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action

19. Dyer SM, Suen J, Williams H, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022. Jul 14;22:579. doi:10.1186/s12877-022-03131-2

20. Liljas AE, Brattström F, Burström B, et al. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. Int J Integr Care. 2019 Jul 24;19(3):6. doi:10.5334/ijic.4632

21. Winkelmann J, et al. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? – Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-can-skill-mix-innovations-support-the-implementation-of-integrated-care-for-people-with-chronic-conditions-and-multimorbidity

22. Fahy N, Mauer N, Panteli D. From ideas to reality - An introduction to generating and implementing innovation in health systems. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/from-ideas-to-reality-an-introduction-to-generating-and-implementing-innovation-in-health-systems

23. Benson T. Why health services should use generic PROMs and PREMs. BMJ Open Quality 2025;14:e003435. doi:10.1136/bmjoq-2025-003435

24. Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L. Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2024 Mar 1;79(3):glad264. doi:10.1093/gerona/glad264

ÉQUIPE DES COORDINATEURS PRINCIPAUX (par ordre alphabétique):

Rui Buzaco Family Unit, Clínica CUF Estádio José de Alvalade, Lisbon, Portugal **Monserrat Conde** Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford; Cochrane Global Ageing, UK **Sofia Duque** Internal Medicine Department, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Nova Medical School, Lisboa. Portugal **Anne Wissendorff Ekdahl** Department of Clinical Sciences, Helsingborg Hospital, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden **Meltem Koca** Department of Geriatric Medicine, Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye **Marina Kotsani** Hellenic Society for the Study and Research of Ageing, Athens, Greece **Serdar Ozkok** Department of Internal Medicine, Division of Geriatrics, Istanbul University, Istanbul, Türkiye **Karolina Piotrowicz** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland **Maria Tampaki** Athens Chest Hospital 'Sotiria' and National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

GROUPE DE TRAVAIL:
Outre les coordinateurs principaux (par ordre alphabétique)

Athanase Benetos University of Nancy, INSERM u1116, Nancy, France **Nenad Bogdanovic** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden **Sylvie Bonin-Guillaume** Aix Marseille University, University hospital of Marseille, France **Tahir Masud** Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK **Ian Perera** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland (proofreading) **Mirko Petrovic** Ghent University, Ghent, Belgium **Maria Cristina Polidori** University Hospital of Cologne,Germany **Roman Romero-Ortuno** Trinity College Dublin, Ireland. **Tamar Yellon** Hebrew University of Jerusalem, Israel.

EQUIPE POUR LA TRADUCTION :
Evelyne LIUU et Sylvie BONIN-GUILLAUME

PERSONNE À CONTACTER :
Sylvie Bonin-Guillaume sylvie.BONIN-GUILLAUME@univ-amu.fr

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE & GÉRONTOLOGIE