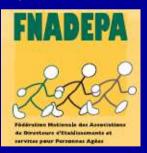
Vieux et malade : la double peine!

Dr Christophe TRIVALLE



christophe.trivalle@pbr.aphp.fr gerontoprevention.free.fr

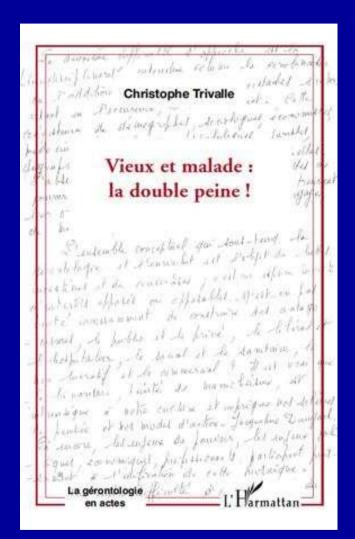


26ème Congrès National FNADEPA

Vivre vieux en 2030

16 et 17 juin 2011 – Les Sables d'Olonne

La médecine a fait tellement de progrès que plus personne n'est en bonne santé Aldous Huxley



« Demain on sera tous vieux! »

Association « Vieillir Ensemble »



Hospice Départemental Paul Brousse - 1913

14, avenue des écoles à Villejuif (Seine)Moyen de transport : Tramway 85Tél: Gobelin 44-33 ou Italie 11-57

1310 lits: 787 lits d'hommes, 787 lits de femmes et 130 lits de ménages + 85 lits d'infirmerie

Reçoit des vieillards des deux sexes du Département de la Seine bénéficiaires de l'assistance obligatoire (loi du 14 juillet 1905)

Aux termes de cette loi, tout vieillard de l'un ou l'autre sexe, âgé de 70 ans et privé de ressources, de même que tout infirme ou incurable doit être obligatoirement secouru par la collectivité : État, Département ou Commune.

Hospice Départemental Paul Brousse

14, avenue des écoles à Villejuif (Seine)

Moyen de transport : Tramway 85

Tél: Gobelin 44-33 ou Italie 11-57

Régime alimentaire

Petit déjeuner : Soupe

Déjeuner: Soupe, Viande (poisson 1x/sem),

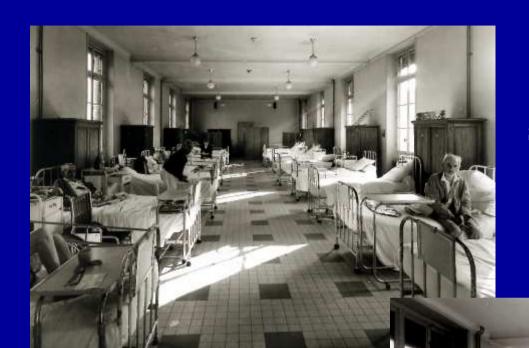
Légumes, Dessert ou Café

Dîner: Soupe, Légumes, Viande

(pour les travailleurs)

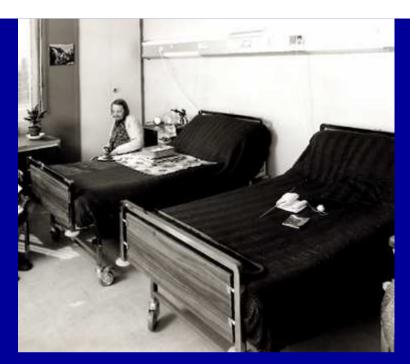
Vin: hommes 25 cl, femmes 20 cl

Tabac à fumer ou à priser

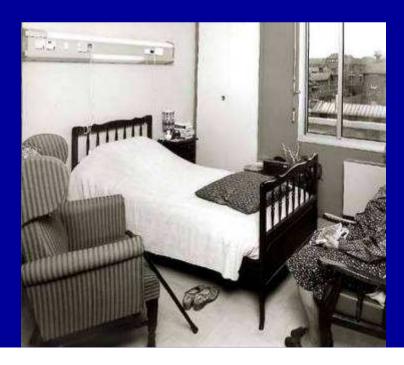


1976 secteur homme

Pavillon 8 secteur femme février 1976



Les années 80



Les années 2000

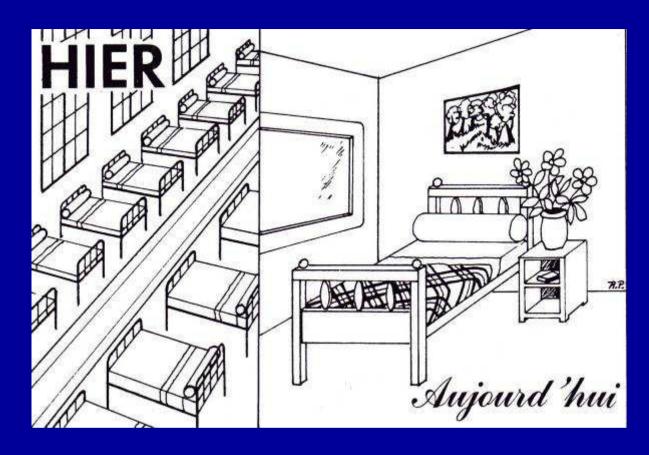




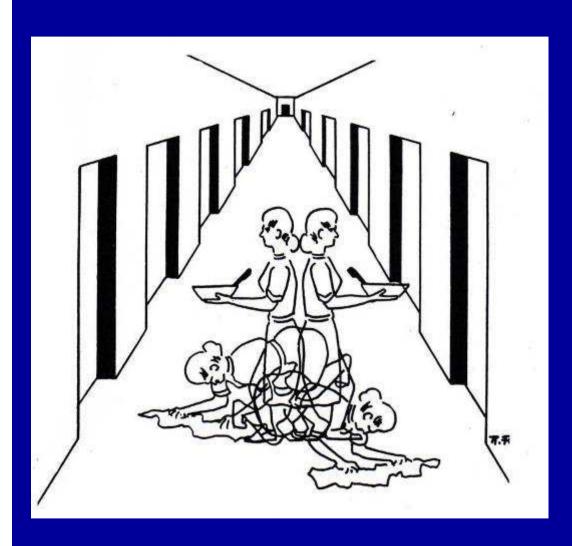




Noël 1976 Noël 2007



« Et nous retrouvons ici, peut-être encore aggravé, du fait de la structure architecturale des locaux, le problème général, le plus aigu de l'hospitalisation long séjour : que pouvons-nous faire, si peu nombreux que nous sommes pour tous ces vieillards?... Tout ceci suppose donc que nous soyons suffisamment nombreux. Faute de quoi, nos beaux locaux, ne représenteront que des mouroirs de luxe. »



Lettre de l'hospice

« Depuis plusieurs années déjà le personnel infirmier et aide-soignant représente une préoccupation et une revendication constantes pour les médecins d'hospice, de long séjour ou de maison de cure médicale : l'intitulé de ces institutions change mais le manque de personnel demeure!... Sans personnel pas de salut! »

Renée Sebag-Lanoë, 1979

Le soignant en gériatrie Aujourd'hui

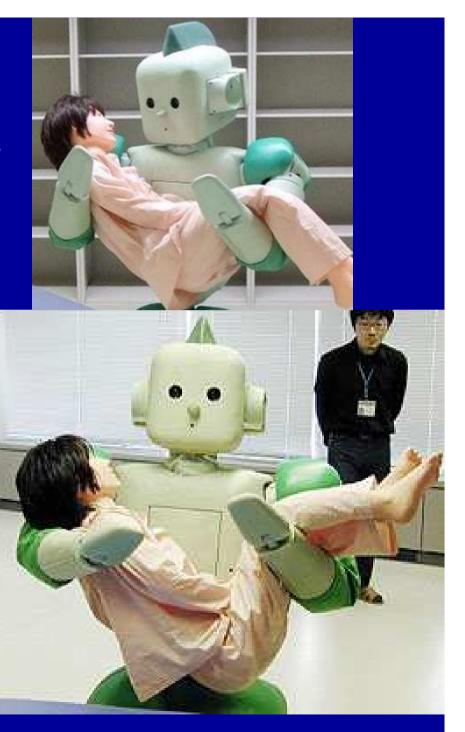






Demain?





Les vieux, malades et dépendants

En France, quelles caractéristiques du vieillissement?

Le vieillissement de la population est un processus long, qui a débuté au XIX^e siècle et concerne aujourd'hui l'ensemble des pays à des rythmes et selon des ampleurs différents. Ce qui est singulier dans la situation actuelle, c'est l'extrême rapidité de ces évolutions. En France, le processus sera marqué par une nette accélération entre 2005 et 2035 : alors qu'en 2005, 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus, cette proportion pourrait atteindre le seuil des 30 % dès 2035¹. Cette accélération est liée à l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du *baby-boom*, c'est-à-dire nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2050, en revanche, la progression sera plus modérée, du fait à la fois de générations moins nombreuses arrivant à l'âge de 60 ans et de la disparition progressive des générations du *baby-boom*, qui parviendront alors à des âges de forte mortalité.

A quel âge commence la vieillesse?

-Pour l'OMS à l'âge de la retraite (65 ans). Depuis les années 80 abaissement de l'âge de cessation d'activité.

Age moyen de départ à la retraite: 61,52 ans; cessation d'activité: 59 ans

- Pour les gériatres : 75 ans
- Age moyen d'entrée en EHPAD: 84 ans

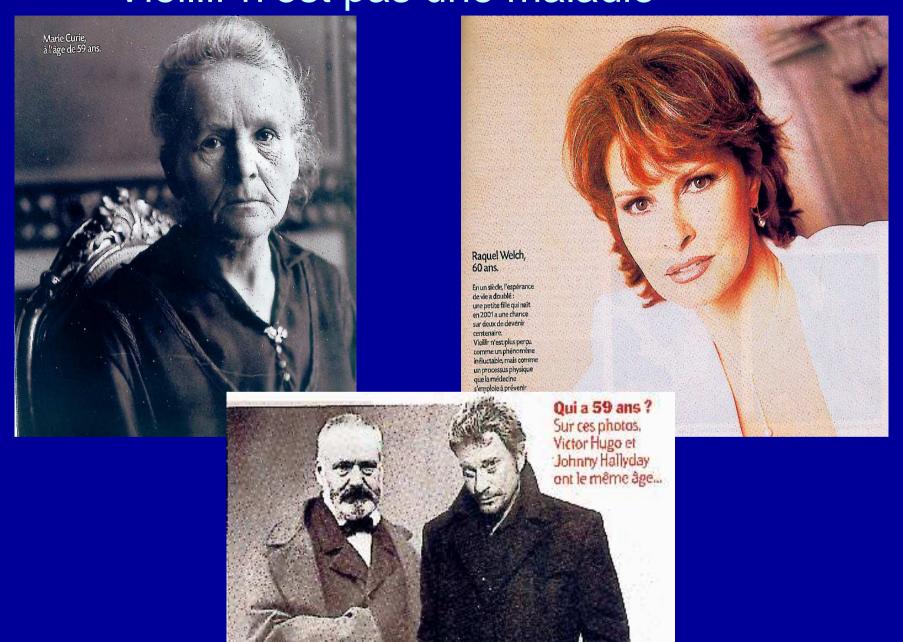


Pour mémoire

- A partir de 20 ans, chacun se perçoit plus jeune qu'il n'est en réalité
- De 35 à 49 ans, on se donne 8 ans de moins
- De 50 à 64 ans, on se donne 13 ans de moins
- De 65 à 80 ans, on se donne 19 ans de moins
- Il faut attendre 80 ans pour se sentir à nouveau en phase avec son âge

Denis Guiot, professeur de marketing à Paris-Dauphine

Vieillir n'est pas une maladie

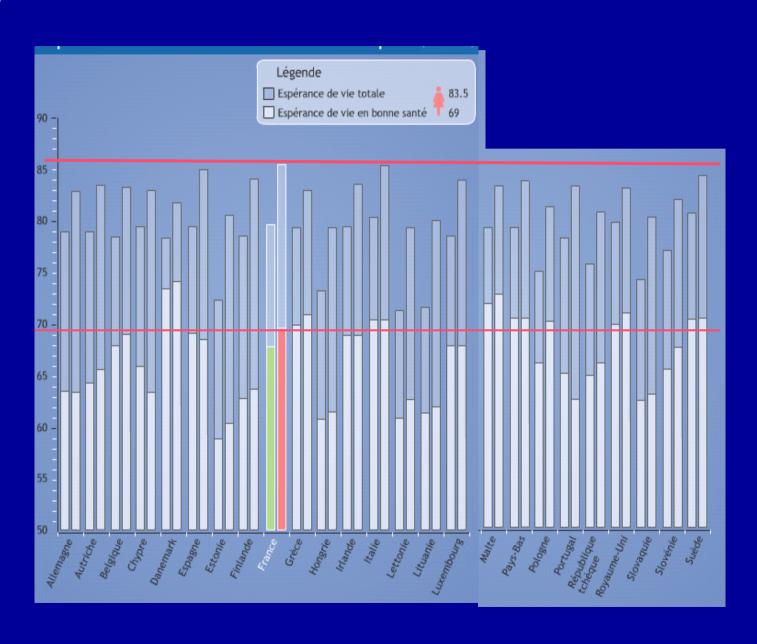


Calendrier Pirelli 2007

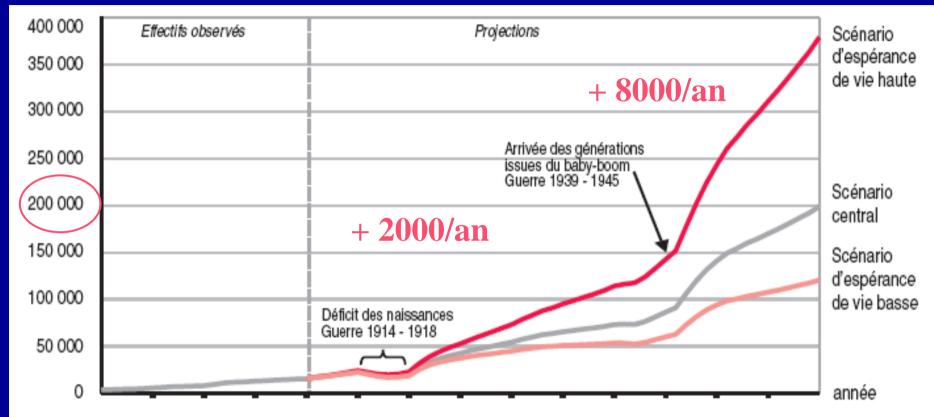


Sophia Loren, 72 ans

Espérance de vie en bonne santé en Europe



Nombre de centenaires jusqu'en 2060



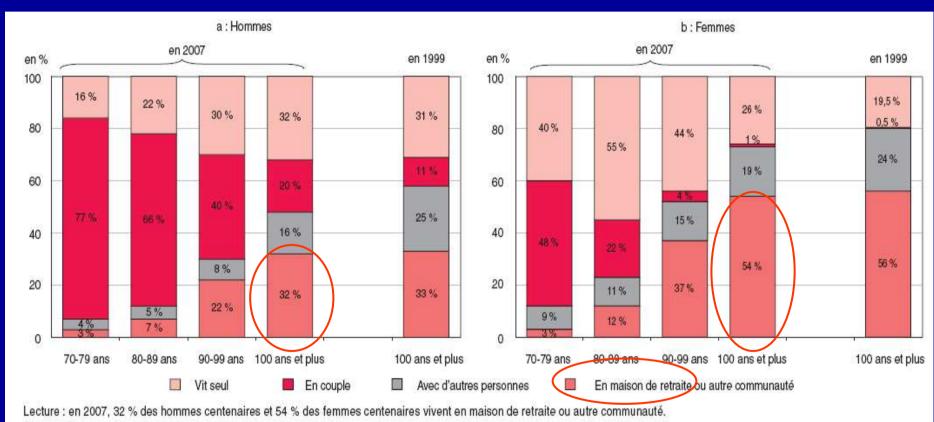
1990 1995 2000 2005 2010 2015 2020 2025 2030 2035 2040 2045 2050 2055 2060

Lecture : selon le scénario central, 200 000 centenaires vivront en France métropolitaine au 1e janvier 2060.

Champ : personnes âgées de 100 ans et plus en France métropolitaine.

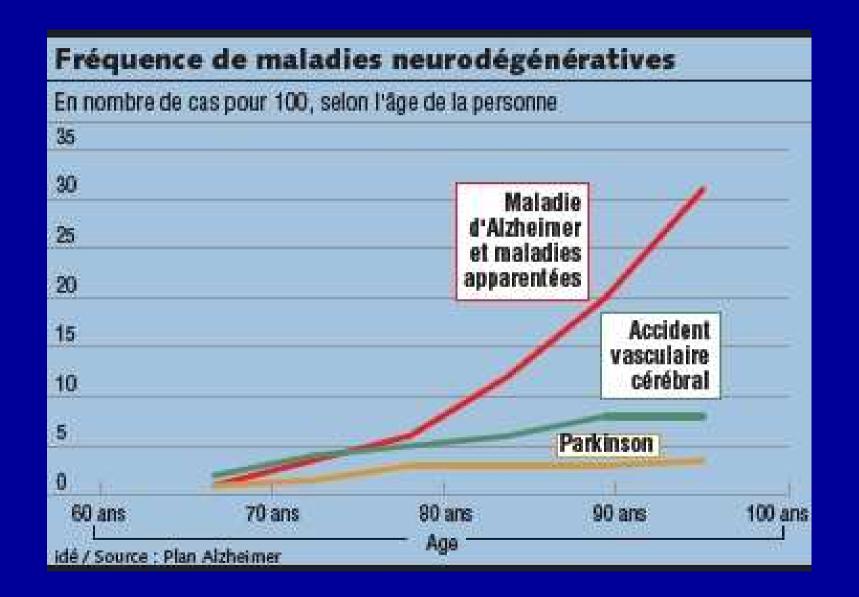
Sources: Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2009), projections de population 2007-2060.

Mode de vie par âge



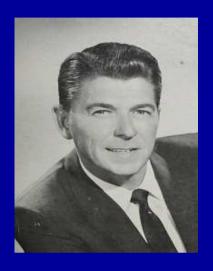
Champ: France métropolitaine.

Source : Recensements de la population de 1999 et 2007.



Alzheimer: tous concernés











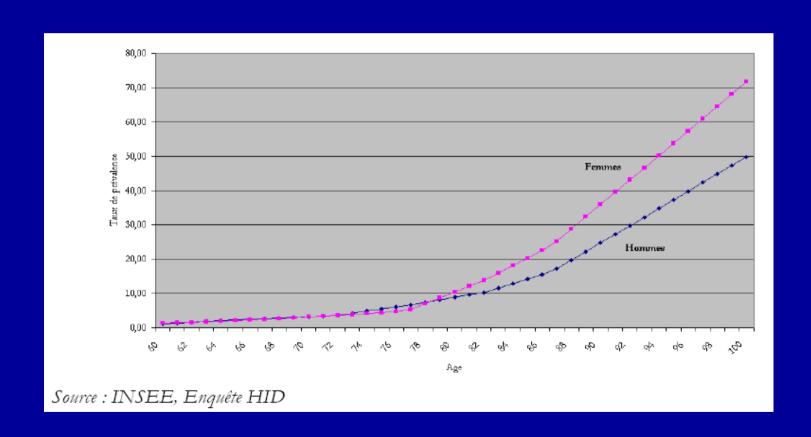




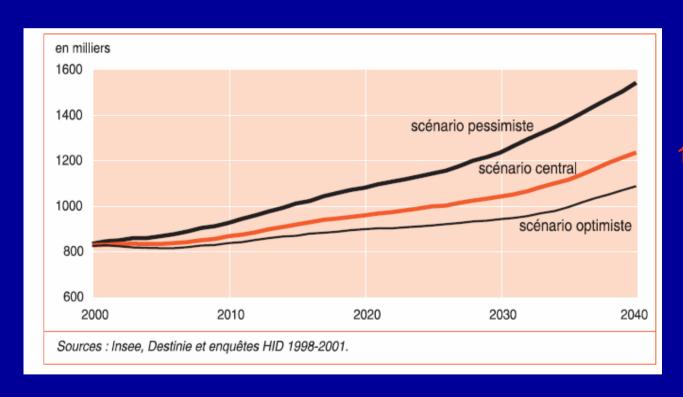


Même les plus fortunés...

Taux de prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) par âge et par sexe



Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040



1 200 000

« Caractéristiques » médicales du vieux

Hétérogénéité du vieillissement +++

Polypathologie: 3 à 5 maladies chroniques ou aiguës par PA > 70 ans

Polymédication: 4 à 6 médicaments par PA > 70 ans; 6 à 8 en institution; 10% = aucun traitement

Dénutrition: 3 à 5% en ville, 40 à 60% en institution

Modifications pharmacocinétiques (reins, foie...) +++

Intrication du médical et du social, mais seulement 5% des plus de 65 ans et 20% des plus de 80 ans sont en institution

Sémiologie clinique, biologique et radiologique atypique

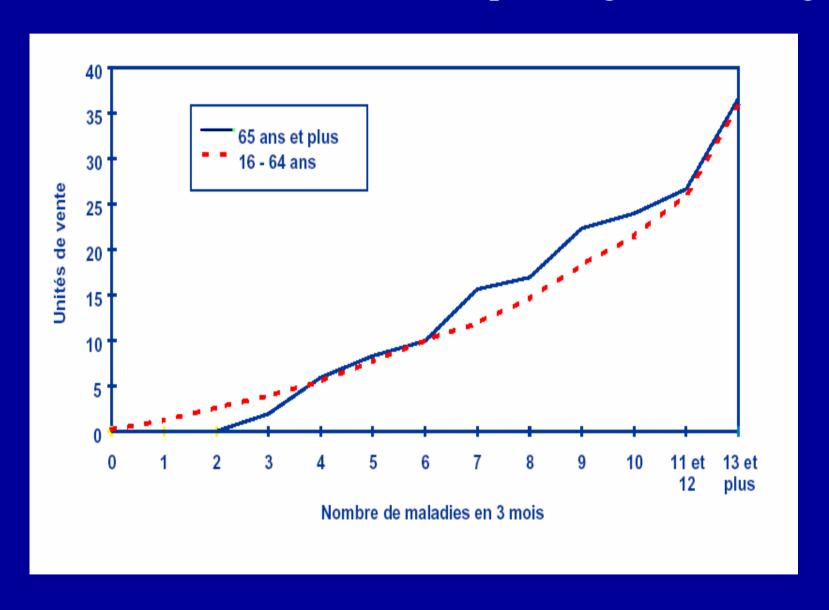
Fréquence de certaines situations pathologiques

	Contexte de soin		
	domicile	hôpital	institution
Mauvais état nutritionnel	5%*	40-70%*	20-60%*
Perte d'autonomie	5%*	25%*	80%*
Insuffisance cardiaque	5%*	15%*	10-15%*
Insuffisance respiratoire	5%*	15%*	10-15%*
Diabète sucré	10%*	15%*	10-15%*
Maladies neurologiques	10-15%*	30-60%*	30-70%*

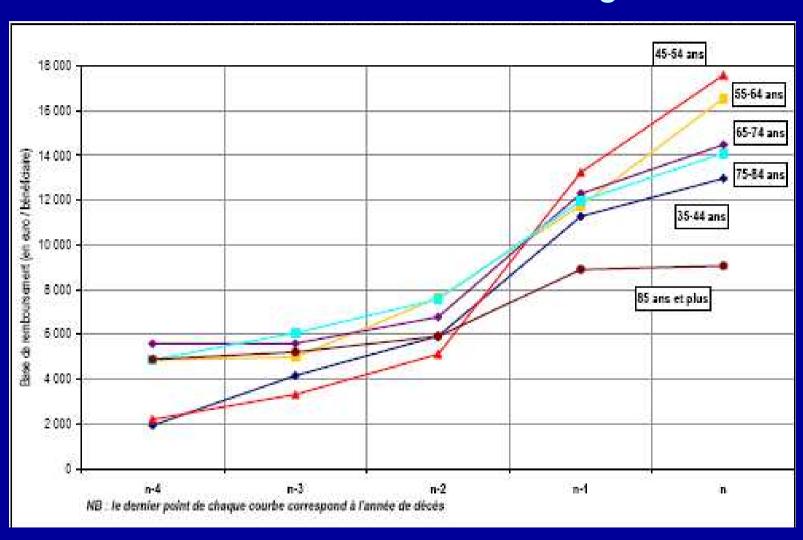
^{* =} fréquence de la maladie

Est-ce que les vieux coûtent plus cher?

Dépenses en fonction du nombre de pathologies et de 1 'âge



Consommation moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de leur âge au décès



Revenus

- Retraite moyenne (brut 2010) :

1112 euros/mois

Hommes: 1426, Femmes: 825

- 600 000 personnes sont au minimum vieillesse soit 740 euros/mois
- Ce qui fait la différence, c'est le fait d'être propriétaire
- Forfait hébergement EHPAD: 1500 à >3500 euros/mois

La double peine

Double peine vieux/jeunes

Les malades âgés sont sous-traités (underuse):

- -antalgiques
- -anticoagulants
- -bêtabloquants
- -IEC
- -ostéoporose

Ou sur-traités (overuse):

- -somnifères
- -veinotoniques
- -vasodilatateurs

Double peine déments/non déments

1-Cancers:

- -Cancers sein, colon, prostate: 33,3% des déments décèdent dans les 6 mois vs 8,5% des non déments
- -Diagnostic plus tardif, moins d'histologie
- -Moins de chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie
- 2-Insuffisance rénale: moins de dialyse (2% vs 21%)
- 3-Fractures du col du fémur:
 - -plus de fractures (x 3), plus de mortalité (x 2)
 - -moins d'antalgiques (/3), moins de rééducation

4-Douleurs:

- -moins diagnostiquées, moins traitées, moins de morphiniques
- -plus de « si besoin » et plus de psychotropes

Double peine de l'accessibilité géographique et financière (Yves-Jean Dupuis (Fehap), LEMONDE.FR, 20.04.10)

L'offre des maisons de retraite habilitées ou non à l'aide sociale dans les territoires de santé Densité de l'offre des maisons de retraite pour 1000 hab. de plus de 80 ans Plus de 230 190:230 [[150 ; 190 [[110 : 150 [[70:110] Moins de 70 Habilitation à l'aide sociale MdR Autre MdR Habilités AS MdR Non habilités AS Nb Lits MdR 10 000 5 000 Source Finess 2009; Insee RP 2006 2 500 Traitements nft@Octobre 2009

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

ÉDITORIAL

Pathos, un très bon outil pour attribuer des moyens... en réanimation!

Pathos, a good tool for assigning resources... to intensive care

Christophe TRIVALLE

© La Revue de Gériatrie, Tome 36, N°4 AVRIL 2011

buer et fluidifier la prise en charge. Les moyens des hôpitaux pourraient en partie être réalloués vers les maisons de retraite. En Italie,

L'entretien Rose-Marie Van Lerberghe « Ne pas faire de la dépendance un épouvantail»

es pistes pour le financement de la dépendance se précisent. Alors que le Conseil économique social et environnemental se prépare cette semaine à rendre un avis sur cette question, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a écarté l'idée d'une assurance privée obligatoire ou d'une nouvelle journée de solidarité. Elle prône un « socle massif de solidarité ». Une position que partage Rose-Marie Van Lerberghe, présidente du groupe privé de maisons de retraite Korian. Ancienne directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, elle estime que l'hôpital ne peut pas assumer tous les soins. Et demande de décloisonner le financement de l'assurance-maladie

Interview Bruna Basini et Matthieu Pechberty

Pensez-vous qu'une seconde journée de solidarité, après celle initialement prévue le lundi de Pentecôte, puisse apparter un Ancienne directrice générale de l'APHP, Rose-Marie Van Lerberghe est aujourd'hui présidente du groupe privé de maisons de retraite Korian.

> torités contrôlent tous les ans chaque établissement, privé comme public. Leurs conclusions sont portées à la connaissance du public sur Internet.

La gestion de la dépendance par des institutions privées, parfois cotées en Bourse, comme Korian, n'est-elle pas contre nature?

Nous sommes parfois diabolisés et victimes de suspicion. La prise en charge de la dépendance nécessite des investissements importants pour la création mais aussi pour la rénovation des établissements. Des entreprises privées acceptent de faire cet investissement à la place du contribuable. Aujourd'hui, les dividendes que nous offrons à nos pas trouvé de médecin de ville. Faute d'aide à domicile, elles sont hospitalisées. Faute de service de gériatrie, elles sont prises en charge dans d'autres services qui ne peuvent traiter qu'une partie de leur problème. Et faute de lits dans les établissements de long séjour, elles restent à l'hôpital au-delà du temps nécessaire. Une étude du CHU de

La solution, c'est un État moins présent dans la santé publique?

Je pense que tout ce qui est d'intérêt général ne doit pas être nécessairement géré par l'État. Son
rôle doit consister davantage à fixer
les règles et à en contrôler l'application, qu'à gérer lui-même. En
France, au contraire, la moitié des
maisons de retraite sont publiques.
Elles sont contrôlées en moyenne
une fois tous les quatorze ans
contre deux fois par an pour nos
établissements privés. En Allemagne, 7% seulement des maisons de
retraite sont publiques mais les au-

blissements. Des entreprises privées acceptent de faire cet investissement à la place du contribuable. Aujourd'hui, les dividendes que nous offrons à nos actionnaires représentent un rendement de 2,5 %, soit moins que le coût d'un crédit bancaire. La

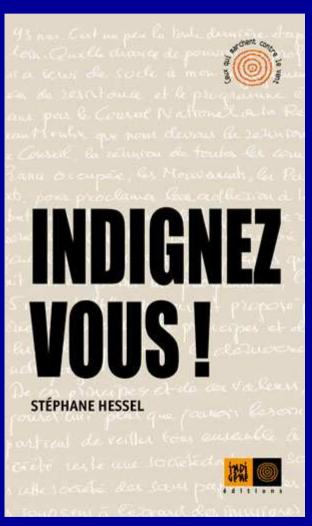
Le Parisien du 10 juin: pour Marie-Anne Montchamp, la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion sociale venue clôturer le 11e congrès du Synerpa (syndicat national des maisons de retraite privées), il faut « que nous soyons plus économes de nos moyens sur des dépenses hospitalières qui n'ont rien à voir avec la dépendance des personnes âgées... »

Conclusion Parole de vieux



Stéphane Hessel, 93 ans





(S'indigner, c'est défendre sa dignité)