

Les enjeux du vieillissement

Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale
des personnes âgées en 2003 ?

Quelle anticipation des besoins futurs ?

Une étude réalisée pour le Leem et le L.I.R



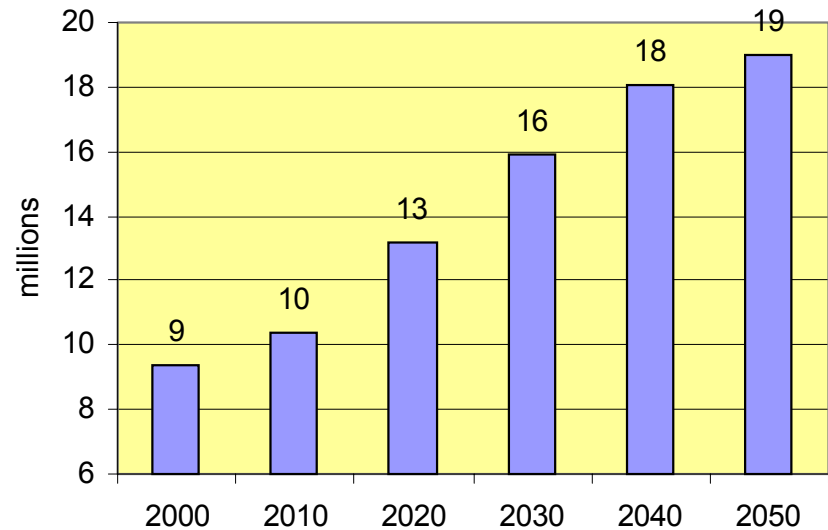
Annie Chicoye
achicoye@ace-health.com



Véronique Toully
vToully@jnbd.com

Retraites/Santé/Dépendance : Trois problèmes, une même origine

- L'évolution démographique :
 - ✓ 2000-2050 : la part des plus de 65 ans passera de 15,9% à 28%
- Explosif sur le plan économique
 - ✓ Les retraites : une réforme en cours
 - ✓ La santé et la dépendance : une réflexion parcellaire



Evolution de la population des plus de 65 ans
(en millions) entre 2000 et 2050 - INSEE, 2001

Des niveaux de réponse très différents :
d'une réforme en cours à une absence d'anticipation

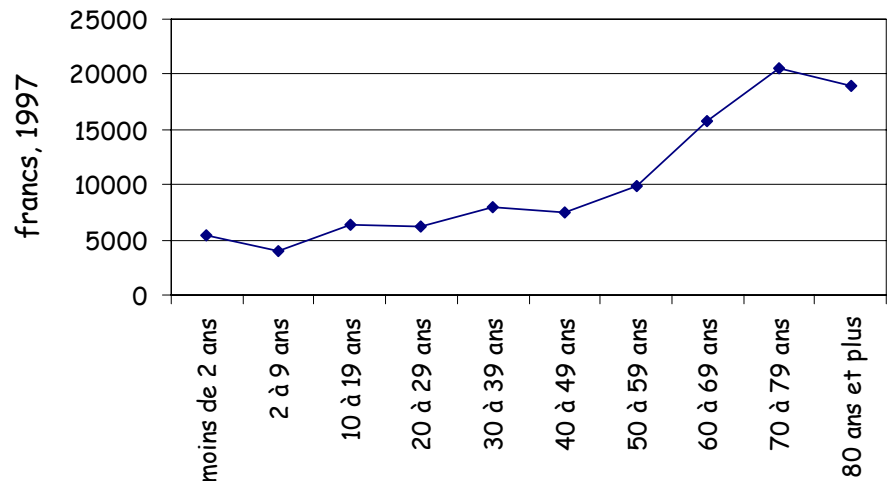
Quelle définition des personnes âgées ?

Différents points de vue

- Selon les économistes : 60 ans (retraite)
- Selon les démographes ou les institutions internationales : 65 ans
- Selon les gériatres : les « octo + »
- ou bien en termes de dépenses de santé :

Un niveau maximal de consommation médicale dans la tranche d'âge 70-79 ans

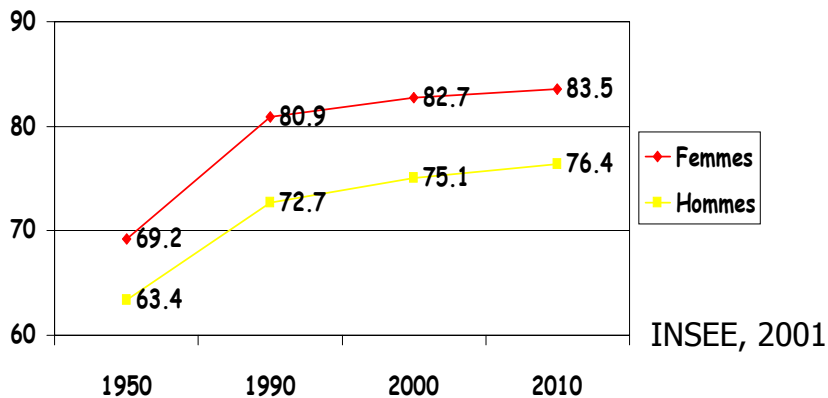
Dépenses médicales totales par personne
selon l'âge en 1997 - CREDES, 2001



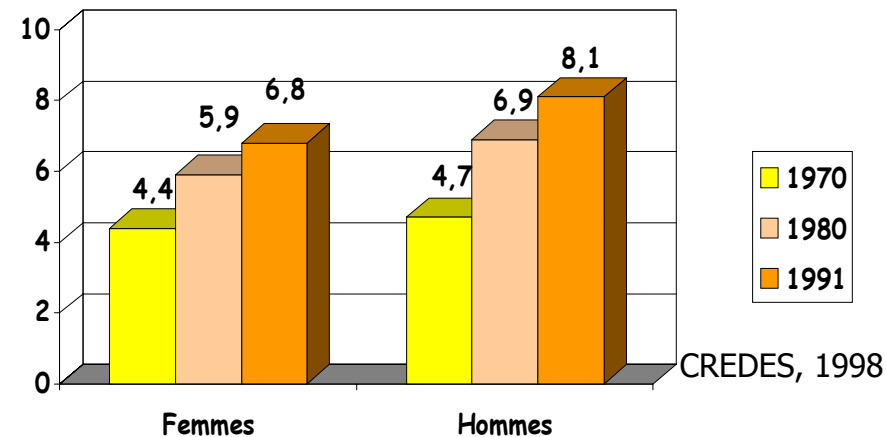
Le paradoxe apparent entre gains en espérance de vie et augmentation de la morbidité déclarée ...

Evolution de l'espérance de vie à la naissance

En 50 ans : + 13,5 ans pour les femmes et +9,3 ans pour les hommes

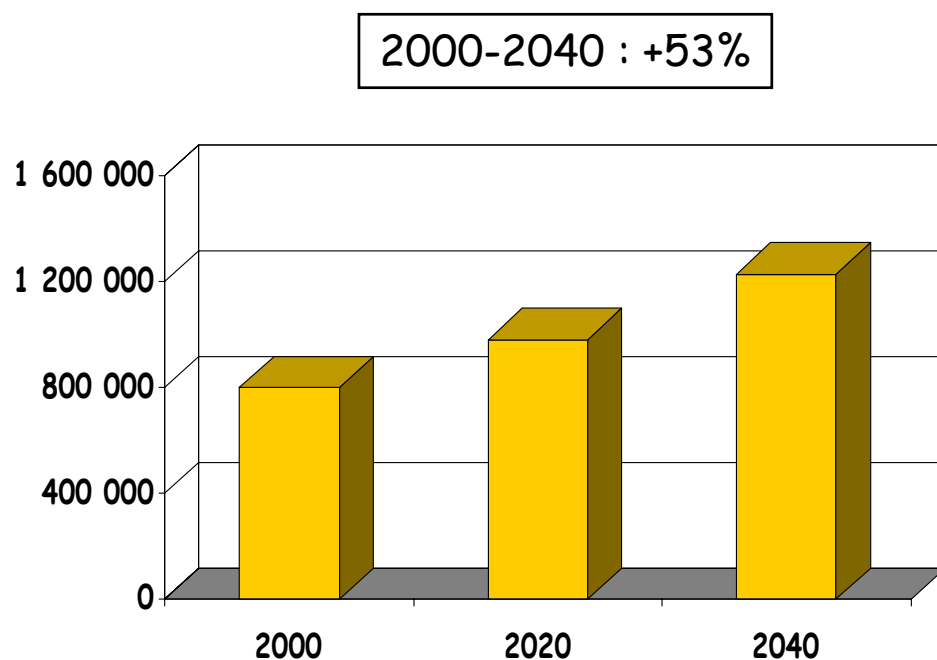


Evolution de la morbidité déclarée en nombre de maladies (65 ans et plus)



Evolution de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991 :
+ 3 ans pour les hommes et + 2,6 ans pour les femmes (vs + 2,5 ans d'espérance de vie totale) INSERM - CREDES, 1998

et accroissement de la dépendance



Une hausse concentrée
sur les 80 ans et plus

Une diminution prévisible
du rôle des aidants familiaux

Evolution du nombre de personnes dépendantes
de 60 ans ou plus - DREES, 2002

Malgré une position institutionnelle condamnant toute discrimination liée à l'âge, une sous-médicalisation de la population âgée

- **Les cancers** : une sous-médicalisation mise en évidence par des études françaises et reconnue par la Commission d'Orientation sur le Cancer (Janvier 2003)
 - ✓ **Le cancer colo-rectal**
 - ◆ Radiothérapie adjuvante : 49,5% des moins de 65 ans / 25% des plus de 75 ans (registre de la Côte d'Or)
 - ◆ Chimiothérapie adjuvante : 86% des moins de 65 ans / 24,4% des plus de 75 ans (registre de la Côte d'Or et de Saône et Loire)

- **La dépression**
 - ✓ Une étude réalisée dans deux services de soins de suite et de longue durée a montré que seuls 65% des patients présentant un syndrome dépressif majeur avaient reçu un traitement antidépresseur (Revue de Gériatrie, 2002)
 - ✓ En matière de suicide des personnes âgées, la France occupe la triste place de tête des pays européens

Une sous-médicalisation de la population âgée

- **L'AVC** : une sous-médicalisation rappelée dans le rapport de l'ARH IdF 2002
 - ✗ A la phase aiguë, les patients hospitalisés en médecine sont plus âgés que ceux hospitalisés en neurologie
 - ✗ Les patients âgés trouvent difficilement une place en soins de suite ou de réadaptation
 - ✗ Les services de soins de suite polyvalents à dominante gériatrique ont moins de personnel spécialisé et ne peuvent assurer une réadaptation neurologique adaptée des AVC

...et une couverture encore insuffisante des besoins

- La maladie d'Alzheimer

- ✘ 430 000 personnes seraient atteintes en 2002 mais les derniers chiffres avancés sont de 600 000 personnes
- ✘ 270 000 à 350 000 seraient diagnostiquées
- ✘ 100 000 seraient traitées par un anti-cholinestérasique

- La cataracte

- ✘ Malgré la possibilité d'un traitement efficace, la cataracte reste une cause majeur de cécité
- ✘ Toutes les personnes atteintes ne bénéficient pas aujourd'hui d'un traitement chirurgical, notamment les sujets très âgés ainsi que les personnes vivant en institution

Des moyens insuffisants et inadaptés sur le terrain

- La répartition et le nombre de professionnels de santé qualifiés en gériatrie
 - ✓ Des disparités régionales importantes
 - ✗ Ile de France : 1 gériatre pour 7 175 personnes de plus de 65 ans
 - ✗ Creuse : 1 gériatre pour 17 600 personnes
 - ✓ Seront-ils assez nombreux demain ?
- Une interrogation pertinente pour d'autres spécialités
 - ✓ Ophtalmologie : une spécialité déjà sinistrée
 - ✗ diminution de 44% du nombre d'ophtalmologistes d'ici 2020 pour une augmentation des troubles de la vue de 15%
- A l'hôpital, un déficit reconnu en lits de court séjour gériatrique
- Le lent développement des réseaux de santé
 - ✓ 2001 : 18 réseaux gérontologie financés par le FAQSV
 - ✓ Combien en 2003 par la DNDR ?

Une politique médico-sociale erratique

- Des capacités saturées et une incertitude sur le financement de leur développement
 - ✓ Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
 - ✗ Un taux d'occupation de 100% et le gel du plan de développement de 20 000 places supplémentaires en 5 ans prévu sur la période 2001-2005
 - ✓ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
 - ✗ Un taux général d'équipement en baisse
 - ◆ De 179 places pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 1994 à 138 pour 100 000 en 2001, soit une baisse de 23%
 - ✗ Le gel des moyens financiers alloués à la création de 90 000 places de section de cure médicale
- Après le gel des crédits dans la LFSS 2003, une enveloppe de 80 millions d'euros dégagée en mai 2003 après arbitrage de Matignon

Une prise en charge qui demeure trop segmentée

Une gestion des volets sanitaire et médico-sociaux par des institutions distinctes qui peut conduire à des situations absurdes

- La même personne âgée évaluée jusqu'à 3 fois, selon les mêmes critères, par des équipes distinctes
 - ✓ Evaluation de la perte d'autonomie dans le cadre de l'attribution de l'APA
 - ✓ Evaluation pluridisciplinaire permettant l'élaboration d'un plan d'aide par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
 - ✓ Evaluation gériatrique à l'hôpital
- Les CLIC, créés pour pallier l'absence de concertation et qui font face à de nombreux écueils dont le gel des crédits d'Etat en leur faveur en 2003

Face à une situation déjà critique, l'absence notable d'anticipation

- Les prévisions démographiques ne suffisent pas à anticiper l'évolution des dépenses
 - ✓ Les analyses macro-économiques concluent à une croissance de 1% par an des dépenses d'Assurance Maladie jusqu'en 2020 par seul effet démographique
 - ✓ Mais l'impact du vieillissement ne se réduit pas à ce facteur
 - ✗ Etat de santé
 - ✗ Progrès technologique
 - ✗ Attitude face à la santé et niveau de revenu

La relation entre vieillissement de la population et épidémiologie : une tentative d'approche prospective

Augmentation de 10% de la population des plus de 65 ans entre 2000 et 2010

- Prévalence et incidence de certaines maladies augmenteront plus que proportionnellement, du fait de la déformation de la pyramide des âges et de l'absence de moyens de prévention
 - ✓ Augmentation attendue de 29 % du nombre de cas de Maladie d'Alzheimer
 - ✓ Augmentation prévisible de 17 % du nombre de patients atteints de cataracte ou de 13 % des arthrosiques
- Pour certaines pathologies, les données épidémiologiques disponibles sont insuffisantes pour anticiper l'évolution
 - ✓ cancers, insuffisance cardiaque par tranche d'âge, BPCO
- Pour d'autres, le progrès thérapeutique et l'amélioration de la prise en charge peuvent être des facteurs de modération
 - ✓ AVC, complications du diabète, infarctus du myocarde

Le vieillissement : un enjeu de santé publique présent en filigrane

- Parmi les objectifs proposés dans le rapport préparatoire à la loi relative à la santé publique
 - ✓ pathologies : douleurs chroniques rebelles, tumeurs malignes, diabète, Alzheimer, Parkinson, troubles de la vision, AVC, insuffisance cardiaque...
 - ✓ Approche populationnelle : troubles psychiatriques, dénutrition, chutes, consommation médicamenteuse (fréquence des prescriptions inadaptées)
 - ✓ iatrogénie de toute origine
- Mais les limites de l'exercice sont réelles
 - ✓ Une approche verticale et uniquement sanitaire,
 - ✓ Sans possibilité de chiffrage des besoins en matière de financement liés aux objectifs à atteindre

Quelle est sa place au sein de l'ONDAM médicalisé ?

A la lecture du rapport sur la médicalisation de l'ONDAM
(A. Coulomb, mars 2003)

- Une approche qui ne paraît pas prendre la mesure du problème
 - ✓ en le limitant à la démographie qui explique 1% de la croissance annuelle des dépenses de santé
 - ✓ en écartant une approche fondée sur les besoins médicaux

- Quel est le poids réel du vieillissement ?
- Comment les objectifs de santé publique sont-ils intégrés ?
- Au-delà des économies attendues des mesures correctrices proposées, comment est déterminé annuellement le niveau de l'ONDAM médicalisé ?

En conclusion ...

- Les décideurs face à une équation délicate à résoudre en matière de financement
 - ✓ Les actions de prévention mises en place au travers du projet de loi relatif à la politique de santé publique n'auront un impact, pour la plupart d'entre elles, que sur les générations à venir
 - ✓ Les actions visant à améliorer l'organisation des soins n'auront d'impact qu'à l'issue de deux ou trois ans de mise en œuvre
 - ✓ Les besoins des populations déjà âgées, qui n'auront pas su, faute de politique publique adéquate, se donner les moyens de « bien vieillir » sont incontournables
- Peut-on trouver une issue sans aborder clairement la définition du périmètre de la prise en charge par la solidarité ?