

DU SANTE PRECARITE

Lille, février 2011

# Précarité et personnes âgées

François PUISIEUX

Pôle de Gériatrie, CHRU de Lille

Faculté de médecine, Université de Lille 2

Réseau de soins gériatriques de Lille-Hellemmes-Lomme

**INTERVIEW A l'occasion du rapport 2009 de la Fondation Abbé Pierre, Patrick Doutreligne, délégué général de la fondation, tire la sonnette d'alarme sur le mal-logement des personnes âgées, qui va aller en s'aggravant selon lui. **Le Figaro 3 février 2009****

- **Lefigaro.fr : Pourquoi vous êtes-vous intéressé à la situation des personnes âgées ? De prime abord, elles ne semblent pourtant pas être les plus touchées par la précarité...**  
Patrick Doutreligne : On a été surpris de voir arriver de nouvelles populations de personnes âgées dans les accueils pour SDF. Ils disent : « Je ne suis pas SDF, mais je ne m'en sors pas. » Alors on a commencé à creuser ce phénomène. On s'est rendu compte que plus de 600.000 personnes âgées vivent avec le minimum vieillesse qui est de 600 euros par mois, soit en dessous du seuil de pauvreté. La précarité des personnes âgées est sous-estimée. Sans doute parce que selon les statistiques, le revenu moyen des ménages retraités est comparable au reste de la population, et ils sont davantage propriétaires. **Mais en réalité, ces constats cachent de nombreuses disparités. Surtout, ces inégalités vont aller en s'aggravant. On veut donc tirer la sonnette d'alarme.**

**INTERVIEW A l'occasion du rapport 2009 de la Fondation Abbé Pierre, Patrick Doutreligne, délégué général de la fondation, tire la sonnette d'alarme sur le mal-logement des personnes âgées, qui va aller en s'aggravant selon lui. **Le Figaro 3 février 2009****

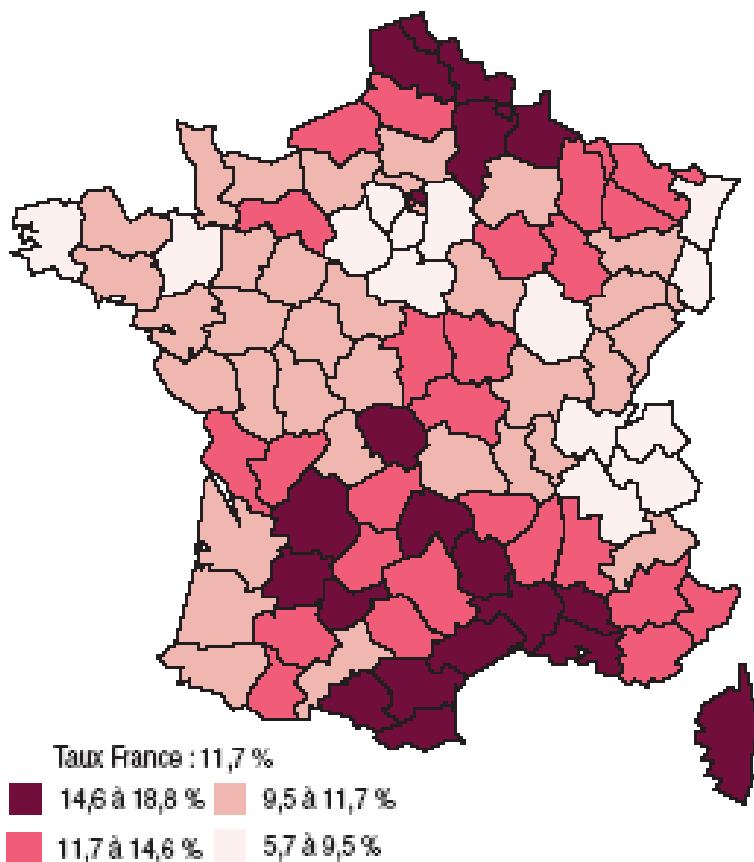
- **Le pire est-il à venir ?**

Oui, car c'est la fin d'une parenthèse heureuse pour les personnes âgées. Entre 1970 et 2005, elles ont connu une croissance de leur niveau de vie. Depuis trois ans, la pente est descendante, depuis l'arrivée de la génération du baby-boom à la retraite. Le minimum vieillesse n'a pas été revalorisé et ne correspond plus au seuil de pauvreté. On voit arriver aussi des personnes dont le parcours d'emploi n'est plus linéaire : les années de chômage plombent le calcul des retraites. Elles sont donc confrontées à un effet de ciseau qui va aller en s'aggravant : moins de retraite, et le prix des loyers qui a flambé. **On évalue à plus d'un million le nombre de personnes âgées qui, dans 10 ans, seront en dessous du seuil de pauvreté.**



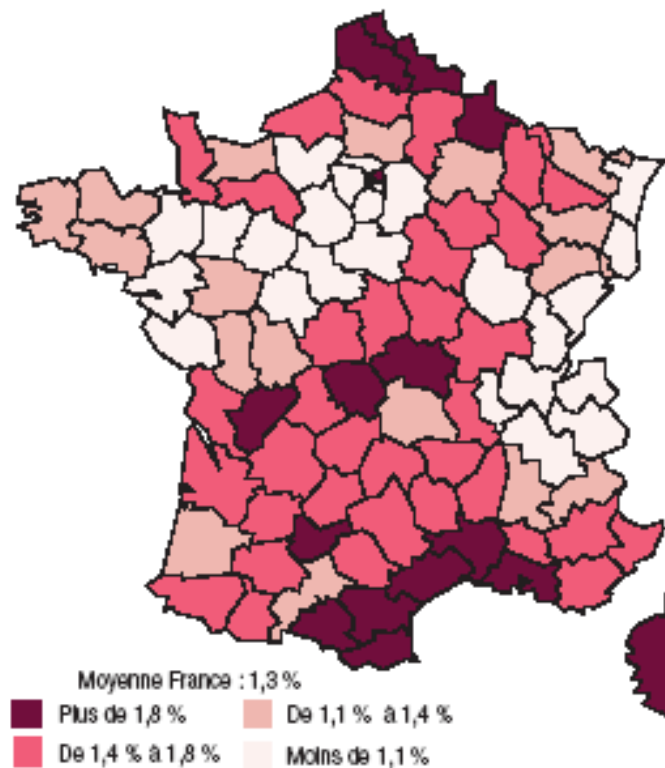
# Le Nord Pas-de-Calais une région pauvre

③ Taux de pauvreté par département



Les deux départements de la Corse ont été regroupés.  
Source : revenus disponibles localisés 2004, Insee-DGI.

④ Part des minima sociaux dans le revenu disponible des ménages par département



Les deux départements de la Corse ont été regroupés.  
Source : revenus disponibles localisés 2004, Insee-DGI.

## Taux de pauvreté des enfants et des plus âgés selon la région

en %

Région	Taux de pauvreté des enfants de 0 à 17 ans	Taux de pauvreté des 65 ans et plus
Île-de-France	14,2	4,4
Champagne-Ardenne	18,4	6,8
Picardie	18,5	6,8
Haute-Normandie	16,8	4,9
Centre	14,4	6,7
Basse-Normandie	16,4	7,7
Bourgogne	15,2	7,1
<b>Nord - Pas-de-Calais</b>	<b>25,3</b>	<b>7,2</b>
Lorraine	17,6	6,4
Alsace	12,8	4,4
Franche-Comté	14,5	7,4
Pays de la Loire	12,7	8,4
Bretagne	11,3	10,2
Poitou-Charentes	16,2	11,8
Aquitaine	15,3	9,6
Midi-Pyrénées	16,1	12,0
Limousin	17,2	13,4
Rhône-Alpes	13,9	6,5
Auvergne	17,1	11,5
Languedoc-Roussillon	24,8	10,8
Provence - Alpes - Côte d'Azur	21,3	7,6
Corse	22,3	15,6

Source : revenus disponibles localisés 2004, Insee - DGI.

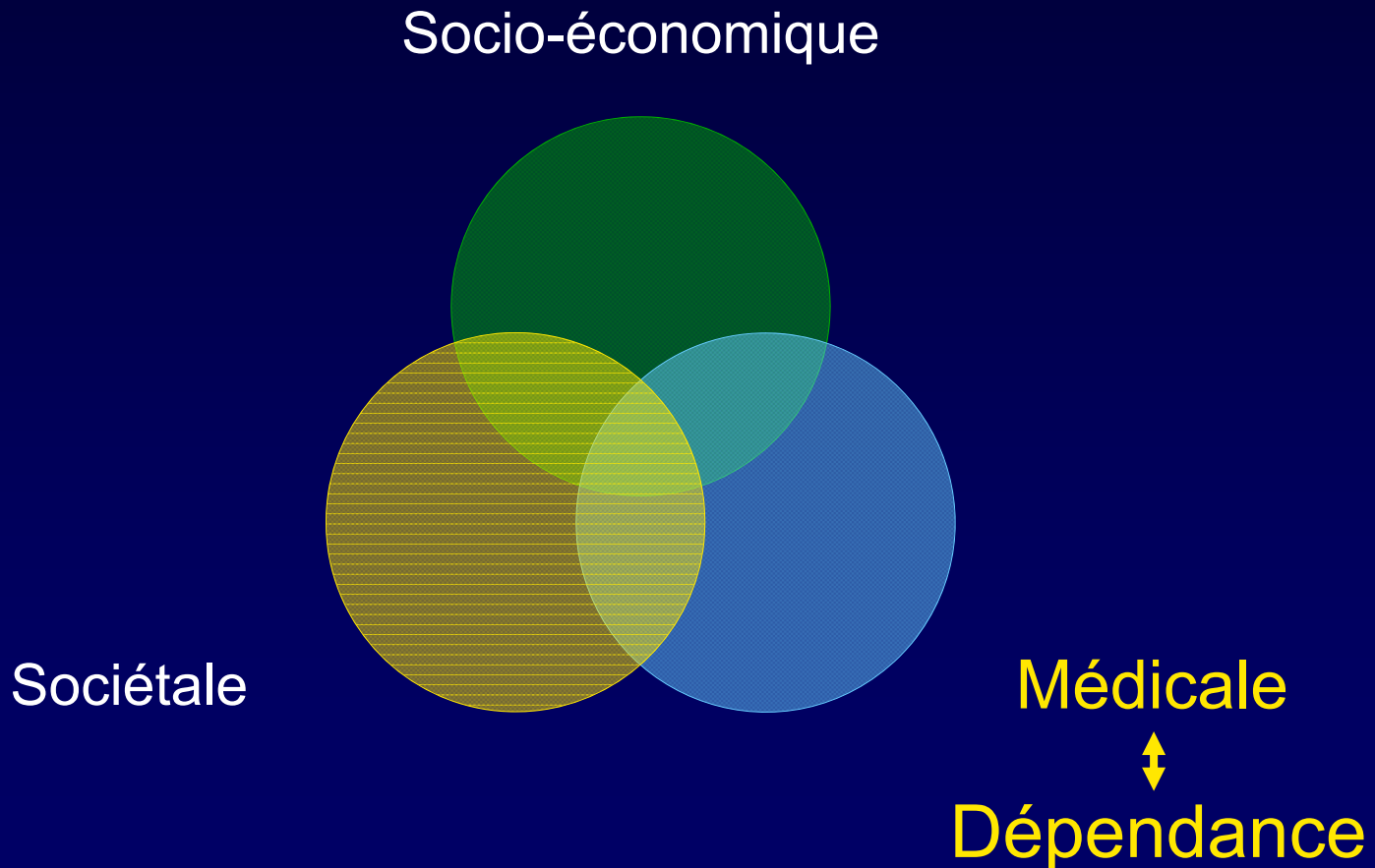
# La précarité des personnes âgées

## Une origine multifactorielle



# La précarité des personnes âgées

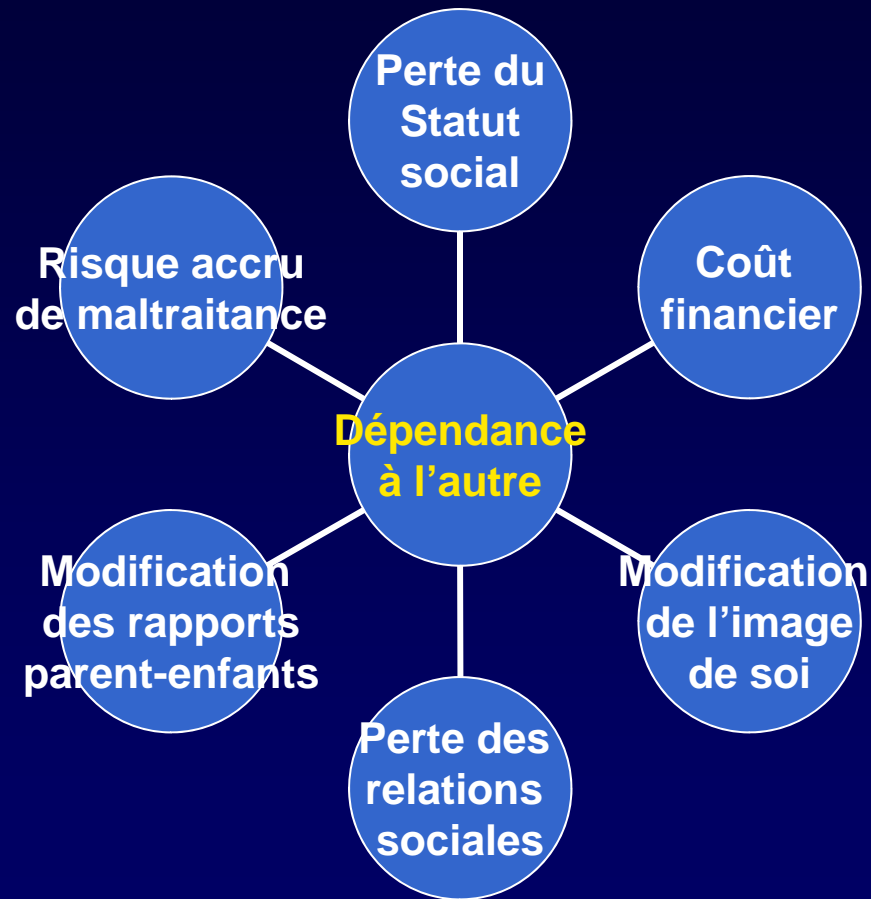
## Une origine multifactorielle



# Notions d'autonomie et de dépendance

- Autonomie = capacité à se gouverner soi-même
  - Capacité de jugement, de choisir
  - Liberté d'agir, d'accepter ou de refuser
- Dépendance = impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement

# Dépendance = facteur d'exclusion



# Espérance de vie à la naissance en fonction du sexe et de l'âge

Plus 30 ans  
en 100 ans !

	2000	2020
A la naissance	Femmes: 82,2 Hommes: 74,6	Femmes: 86,4 Hommes: 77,9
A 60 ans	Femmes: 25,7 Hommes: 20,3	Femmes: 28,4 Hommes: 22,8
A 75 ans	Femmes: 13 Hommes: 10,1	Femmes: 14,9 Hommes: 11,6
A 85 ans	Femmes: 6,5 Hommes: 5,2	Femmes: 7,6 Hommes: 5,9

*"tout le monde voudrait  
vivre longtemps, mais  
personne ne voudrait être  
vieux"*

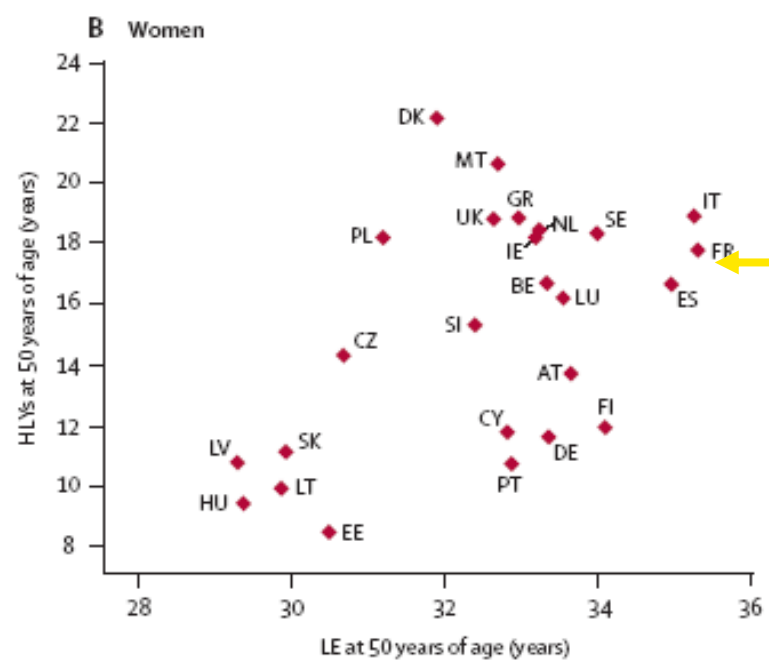
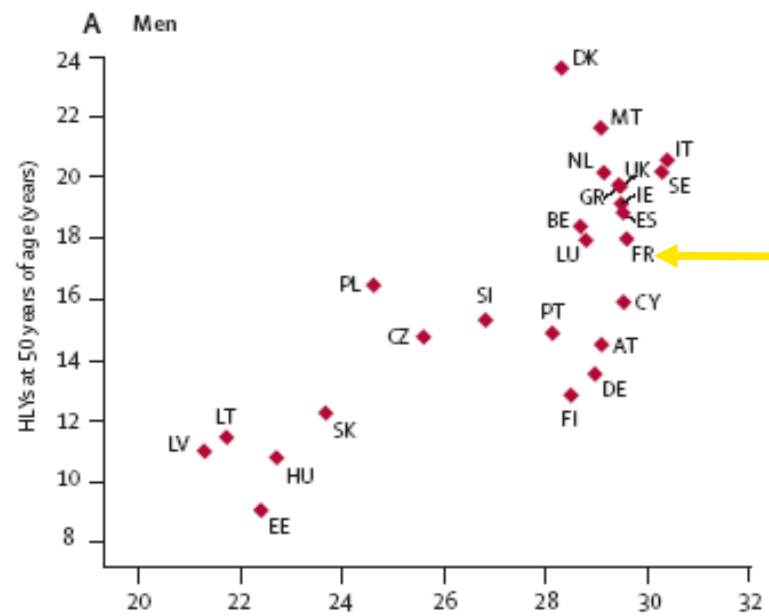
Jonathan SWIFT

*Dans Pensées sur divers sujets*

# Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis

Jagger C et al. Lancet 2008; 372: 2124–31

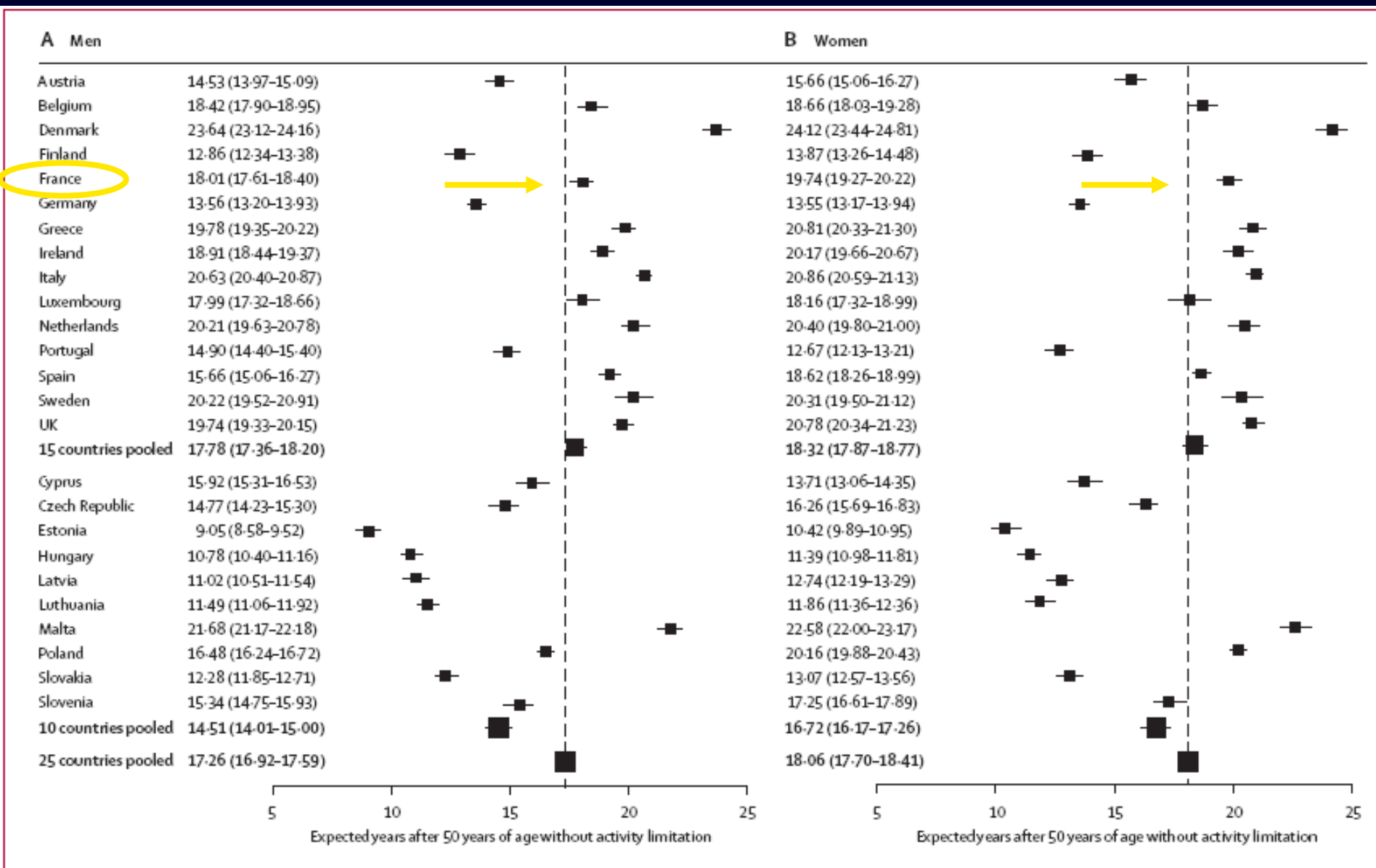
- L'espérance de vie augmente dans toute l'Union Européenne
- Mais les années gagnées sont-elles des années en santé?
- Comparaison des espérances de vie et des espérances de vie en santé à 50 ans dans 25 pays européens



	Men		Women	
	LE	HLYs	LE	HLYs
Austria (AT)	29.08	14.53	33.70	15.66
Belgium (BE)	28.67	18.42	33.39	18.66
Cyprus (CY)	29.52	15.92	32.86	13.71
Czech Republic (CZ)	25.61	14.77	30.72	16.26
Denmark (DK)	28.30	23.64	31.94	24.12
Estonia (EE)	22.42	9.05	30.52	10.42
Finland (FI)	28.48	12.86	34.16	13.87
France (FR)	29.57	18.01	35.37	19.74
Germany (DE)	28.06	12.66	33.41	13.55
Greece (GR)	29.43	19.78	33.02	20.81
Hungary (HU)	22.72	10.78	29.40	11.39
Ireland (IE)	29.50	18.91	33.24	20.17
Italy (IT)	30.37	20.63	35.31	20.86
Latvia (LV)	21.31	11.02	29.32	12.74
Lithuania (LT)	21.74	11.49	29.90	11.86
Luxembourg (LU)	28.78	17.99	33.60	18.16
Malta (MT)	29.07	21.68	32.74	22.58
Netherlands (NL)	29.14	20.21	33.28	20.40
Poland (PL)	24.62	16.48	31.23	20.16
Portugal (PT)	28.12	14.90	32.92	12.67
Slovakia (SK)	23.68	12.28	29.96	13.07
Slovenia (SI)	26.81	15.34	32.44	17.25
Spain (ES)	29.48	19.16	35.02	18.62
Sweden (SE)	30.28	20.22	34.05	20.31
UK (UK)	29.46	19.74	32.69	20.78

En moyenne, un homme (resp. une femme) de 50 ans peut espérer vivre jusqu'à l'âge de 67,3 ans (resp. 68,1 ans) sans limitation d'activité.

**Figure 1:** Life expectancy (LE) and healthy life years (HLYs) at 50 years of age for all EU countries  
 HLYs=healthy life years. LE=life expectancy. (A) and (B) show scatter graphs for men and women, respectively. (C) Data for scatter graphs.



**Figure 2: Healthy life years by sex at 50 years of age for all 25 EU countries**  
 Data are mean (95% CI). The dotted line indicates the overall pooled average.

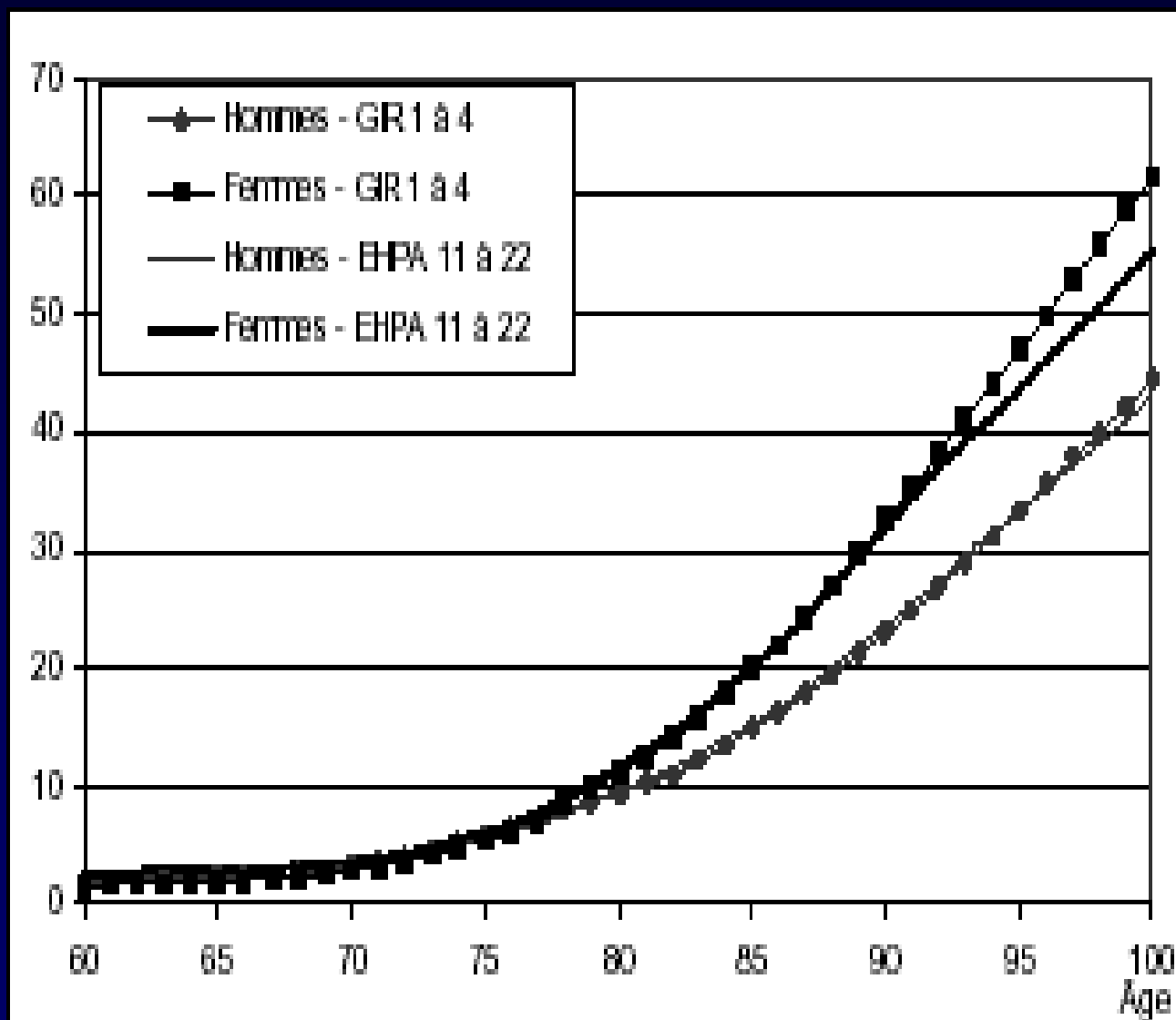
# Facteurs influençant l'espérance de vie en santé

	Men		Women	
	Coefficient (SE)	p value	Coefficient (SE)	p value
Gross domestic product	0.04 (0.016)	0.013	0.04 (0.017)	0.039
Expenditure on elderly care	2.87 (1.262)	0.023	2.81 (1.295)	0.030
Poverty risk for people aged $\geq 65$ years	0.05 (0.076)	0.486	-0.002 (0.078)	0.974
Inequality of income distribution	-0.70 (0.648)	0.277	-0.67 (0.660)	0.307
Employment rate of older workers	0.07 (0.075)	0.374	-0.04 (0.058)	0.543
Long-term unemployment rate	-0.68 (0.298)	0.023	-0.17 (0.267)	0.522
Mean exit age from labour force	0.53 (0.669)	0.430	0.20 (0.439)	0.643
Life-long learning	0.23 (0.101)	0.021	0.13 (0.079)	0.088
Low education attainment	0.10 (0.040)	0.010	0.07 (0.044)	0.105

For all models, the indicators were entered singly.

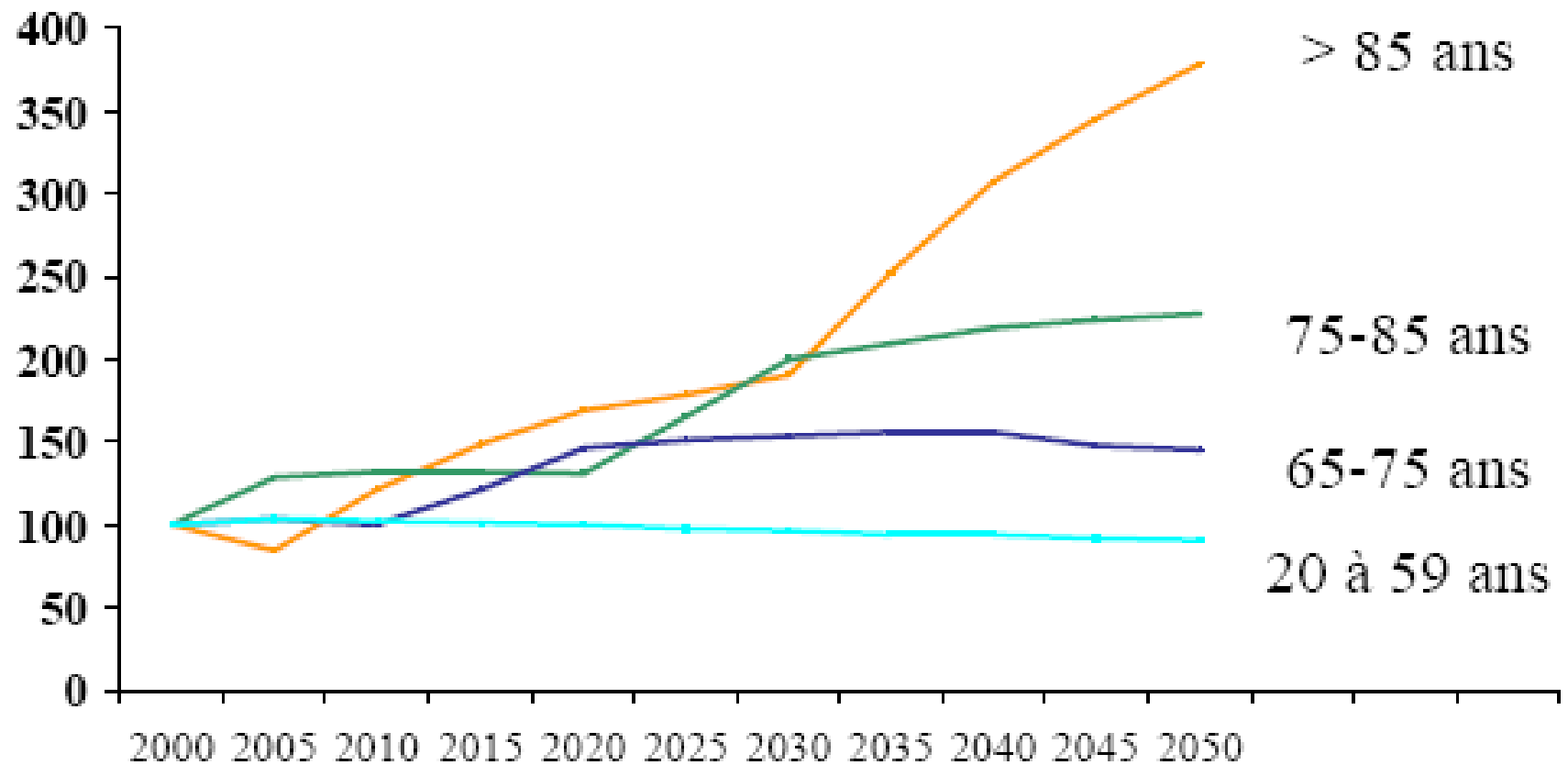
**Table 3:** Results of meta-regression analyses assessing association between healthy life years at 50 years of age and the structural and sustainable indicators for all 25 EU countries

# Age et dépendance

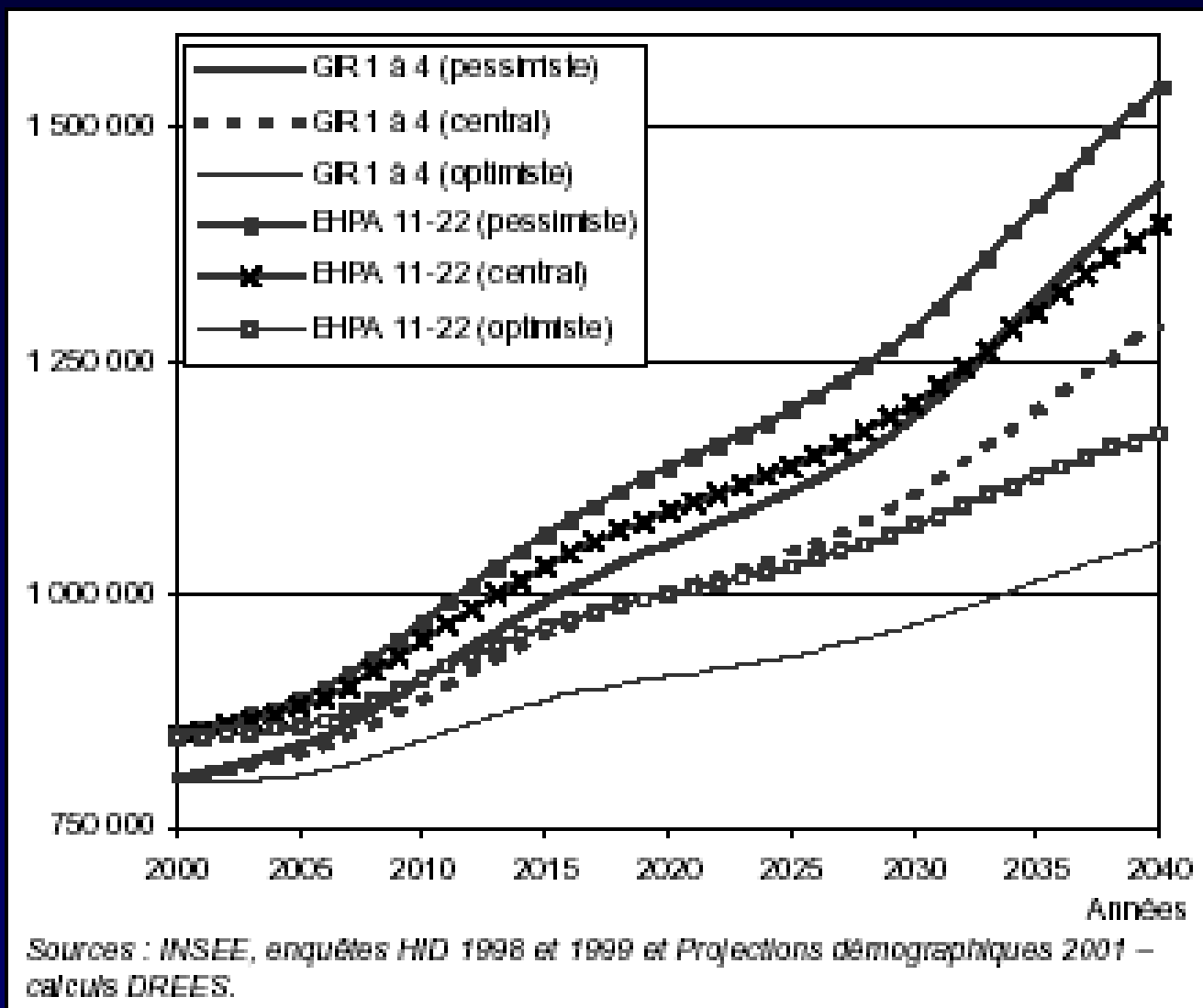


Source : INSEE, enquêtes HID 1998 en institution et 1999 à domicile - calculs DREES.

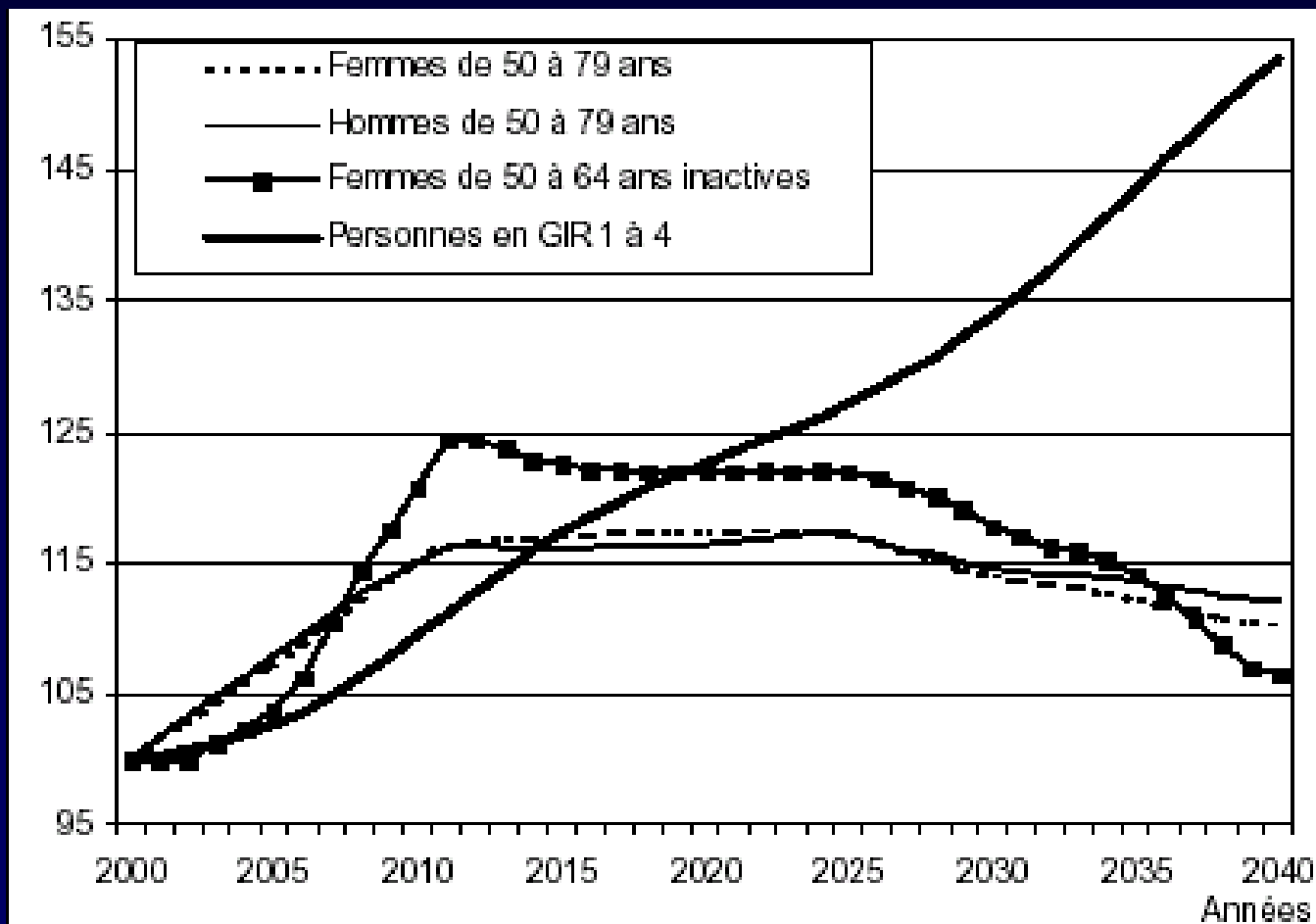
# Evolution 2000-2050 par tranches d'âge



# Augmentation inévitable du nombre de personnes âgées dépendantes



# Evolution du nombre de PA dépendantes et du potentiel d'aidants



Sources : INSEE, enquêtes HID 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001 – calculs DREES.



Le sujet âgé fragile

# Variable selon les individus

- Inégalité devant le vieillissement

Facteurs génétiques

Facteurs environnementaux  
Hygiène de vie

VIEILLISSEMENT

Maladies liées à l'âge

- La population âgée est caractérisée par sa grande hétérogénéité

# La population âgée est hétérogène

## Les malades âgés le sont aussi

- Vieillissement réussi
- Vieillissement normal
- Vieillissement pathologique



- VIGOUREUX
- FRAGILES
- DEPENDANTS



# Les cibles de la gériatrie

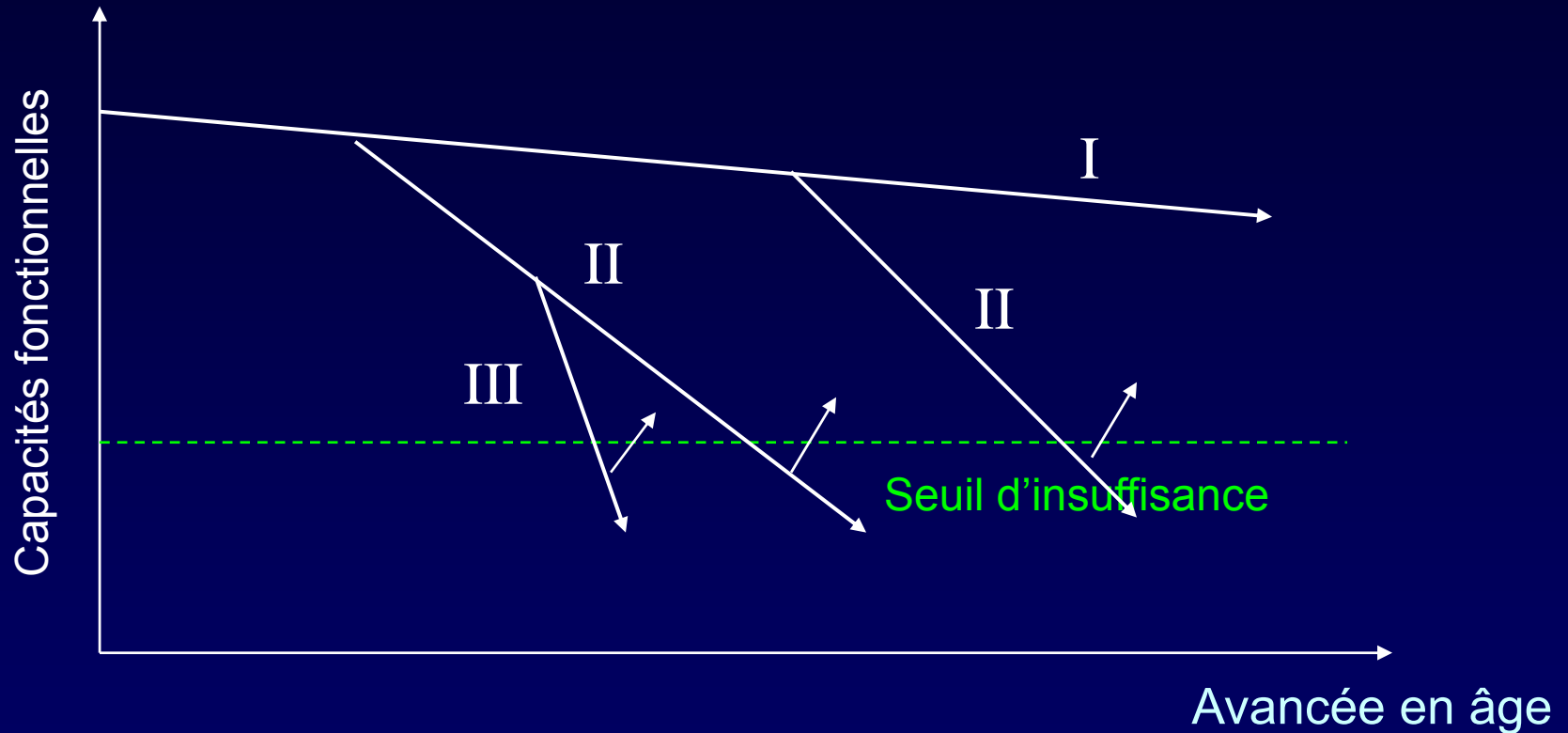
- VIGOUREUX
- FRAGILES
- DEPENDANTS

Cibles de  
la gériatrie

# Définition de la fragilité

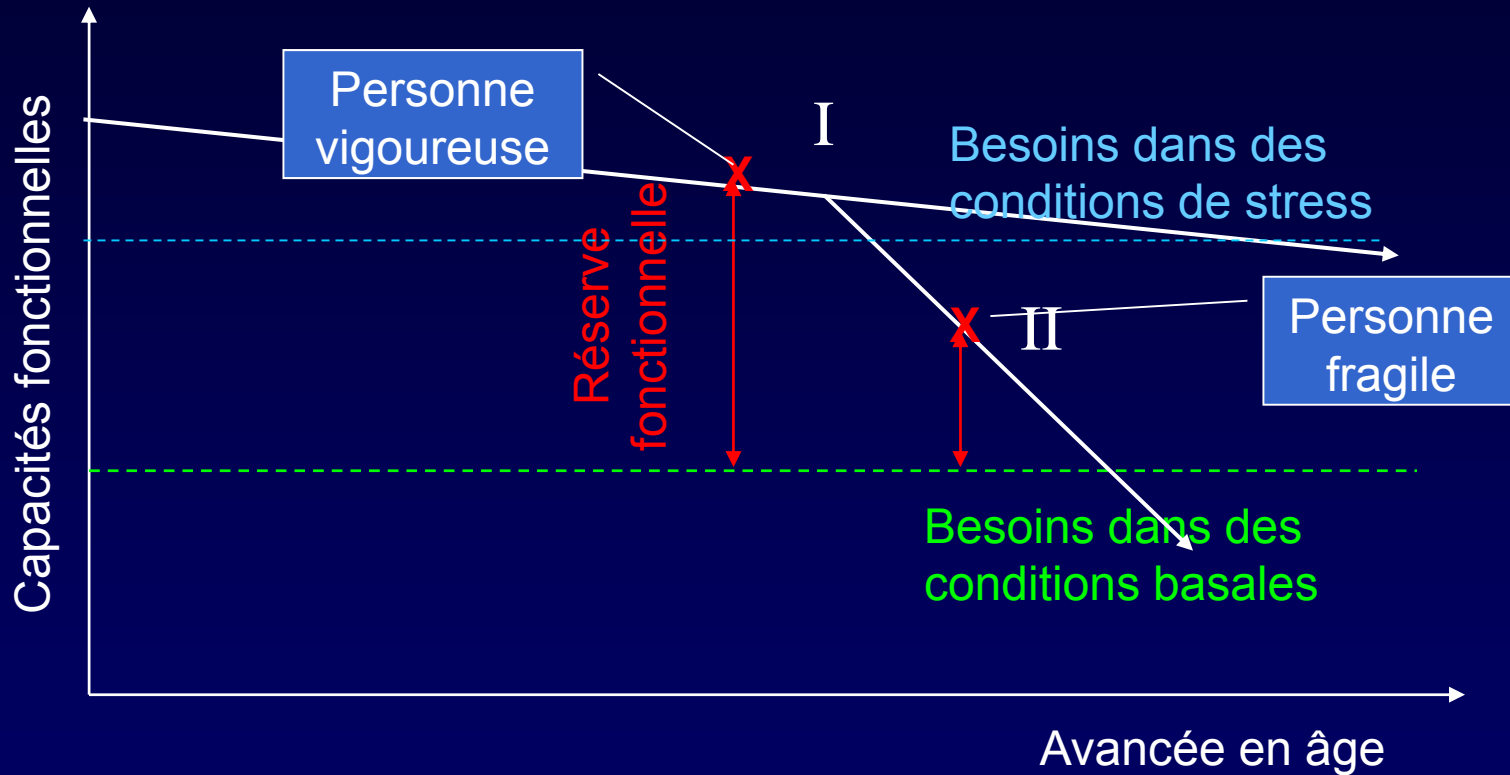
- Diminution des capacités à « faire face »
- Diminution des capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement
- Diminution des réserves fonctionnelles

# Intrication vieillissement – pathologies: I+II+III de Bouchon



Analyse des capacités fonctionnelles sous l'effet du vieillissement (I), des pathologies chroniques (II) et des pathologies intercurrentes (III)

# Intrication vieillissement – pathologies: I+II+III de Bouchon



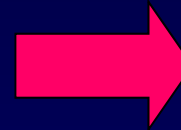
Analyse des capacités fonctionnelles sous l'effet du vieillissement (I), des pathologies chroniques (facteurs prédisposants) (II) et des pathologies intercurrentes (facteurs précipitants) (III)

# Fragilité

**Irréversible**

**Robuste**

**Fragile**



**Dépendant**

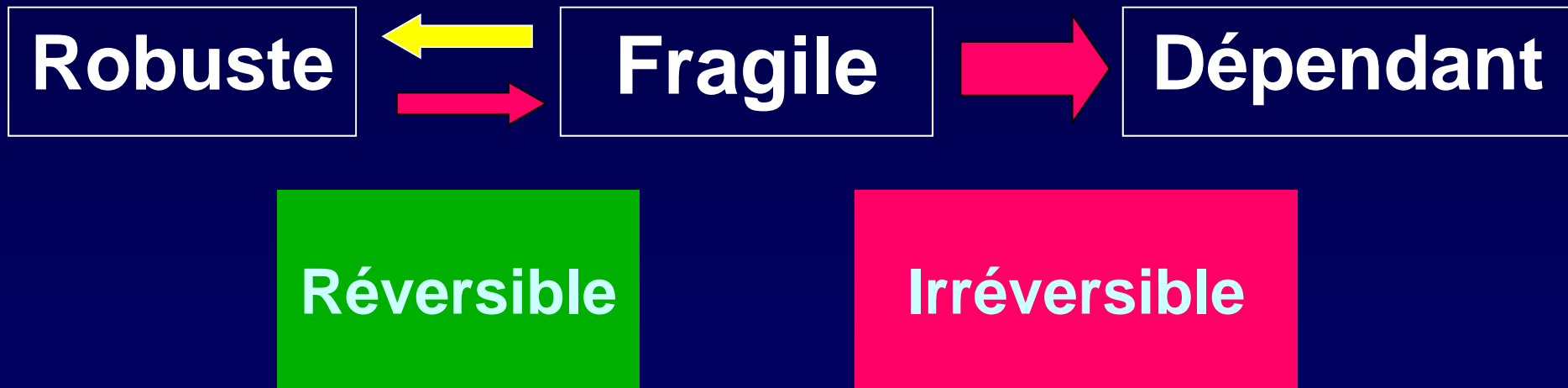


**perte d'autonomie,  
maladies en cascade,  
hospitalisation à répétition  
entrée en institution  
décès**

Selon Rolland Y

# Fragilité

Thérapeutiques (nutrition,  
activité physique, thymie,  
sociale...)



Selon Rolland Y

Réduction des réserves  
physiologiques liées au  
vieillessement

Age  
biologique

Maladies  
chroniques:  
démence,  
diabète...

Habitudes:  
sédentarité,  
alcool, tabac

## FRAGILITE

- Facteurs médicaux
- Facteurs nutritionnels
- Facteurs psychologiques
- Facteurs sociaux

INCAPACITE

Facteurs précipitants

- Maladie aiguë, crises, stress
- Effet indésirable d'un médicament

# Prise en charge du sujet âgé fragile pour prévenir les décompensations

- Prise en charge médicale rapide de toute affection aiguë
- Prise en charge nutritionnelle
- Réduction de la polymédication
- Correction des troubles neuro-sensoriels
- Réduction de la durée de l'alitement
- Réentraînement physique
- Plan de soins et d'aides adaptés

# Prévention de la fragilité

- Lutte contre la sédentarité = maintien d'une activité physique
- Lutte contre l'isolement
- Lutte contre la polymédication
- Prévention des maladies incapacitantes: FdR cardiovasculaires, ostéoporose,...
- Lutte contre la désafférentation: correction des troubles neurosensoriels
- Vaccinations

# A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home

Thomas M. Gill et al. *N Engl J Med* 2002;347:1068-74

- Methods** We randomly assigned 188 persons 75 years of age or older who were physically frail and living at home to undergo a six-month, home-based intervention program that included physical therapy and that focused primarily on improving underlying impairments in physical abilities, including balance, muscle strength, ability to transfer from one position to another, and mobility, or to undergo an educational program (as a control). The primary outcome was the change between base line and 3, 7, and 12 months in the score on a disability scale based on eight activities of daily living: walking, bathing, upper- and lower-body dressing, transferring from a chair, using the toilet, eating, and grooming. Scores on the scale ranged from 0 to 16, with higher scores indicating more severe disability.

**TABLE 2. BASE-LINE CHARACTERISTICS OF THE PARTICIPANTS.\***

CHARACTERISTIC	INTERVENTION GROUP (N=94)	CONTROL GROUP (N=94)
Age — yr	82.8±5.0	83.5±5.2
Age ≥85 yr — no. (%)	35 (37)	41 (44)
Female sex — no. (%)	80 (85)	70 (74)
White race — no. (%)	85 (90)	86 (91)
Living alone — no. (%)	41 (44)	47 (50)
Education — yr	11.3±3.1	11.3±2.3
No. of chronic conditions‡	2.1±1.1	2.0±1.3
Mini-Mental State Examination		
Mean score	26.7±2.6	26.3±2.4
Score — no. (%)		
≥28	39 (41)	32 (34)
24–27	42 (45)	48 (51)
<24	13 (14)	14 (15)
Recruitment strategy — no. (%)		
Assessment in office	51 (54)	50 (53)
Identification from roster	43 (46)	44 (47)
Level of physical frailty — no. (%)		
Moderate	60 (64)	56 (60)
Severe	34 (36)	38 (40)
Summary disability score§		
Mean score	2.3±2.2	2.8±2.8
Score — no. (%)		
0	22 (23)	28 (30)
1	20 (21)	10 (11)
2	15 (16)	15 (16)
3	12 (13)	12 (13)
4	12 (13)	7 (7)
≥5	13 (14)	23 (23)

\*Plus-minus values are means ±SD. There were no significant differences in any of these characteristics between the intervention and control groups. Chi-square tests were used for categorical variables, and t-tests were used for continuous variables.

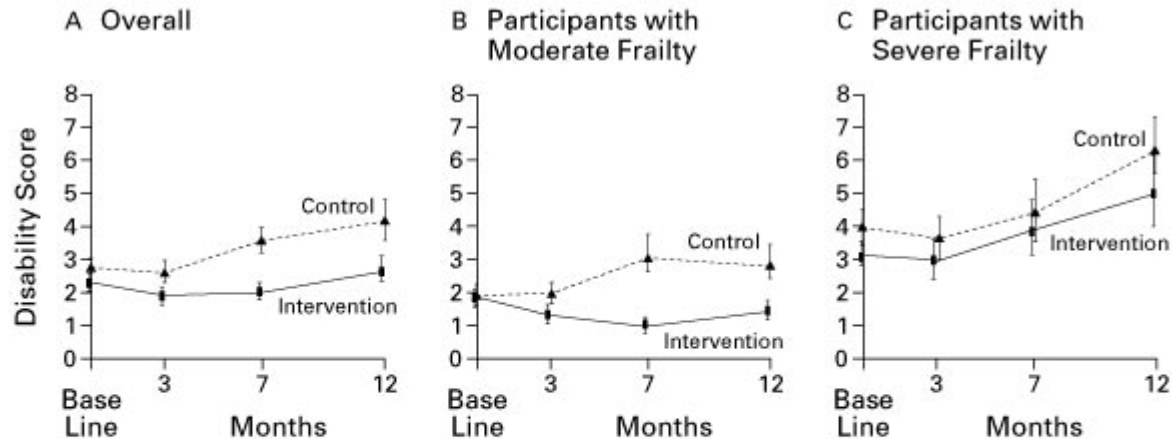
‡Chronic conditions included congestive heart failure, diabetes, and arthritis.<sup>17</sup>

§Possible scores, based on an assessment of performance of eight activities of daily living, ranged from 0 (no disability) to 16 (total disability); the highest score in each group was 11.

# A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home

Thomas M. Gill et al. *N Engl J Med* 2002;347:1068-74

- Results** Participants in the intervention group had less functional decline over time, according to their disability scores, than participants in the control group. The disability scores in the intervention and control groups were 2.3 and 2.8, respectively, at base line; 2.0 and 3.6 at 7 months ( $P=0.008$  for the comparison between the groups in the change from base line); and 2.7 and 4.2 at 12 months ( $P=0.02$ ). The benefit of the intervention was observed among participants with moderate frailty but not those with severe frailty. The frequency of admission to a nursing home did not differ significantly between the intervention group and the control group (14 percent and 19 percent, respectively;  $P=0.37$ ).



No. of participants

Intervention group	94	91	91	88	60	58	58	58	34	33	33	30
Control group	94	91	90	90	56	55	54	54	38	36	36	36

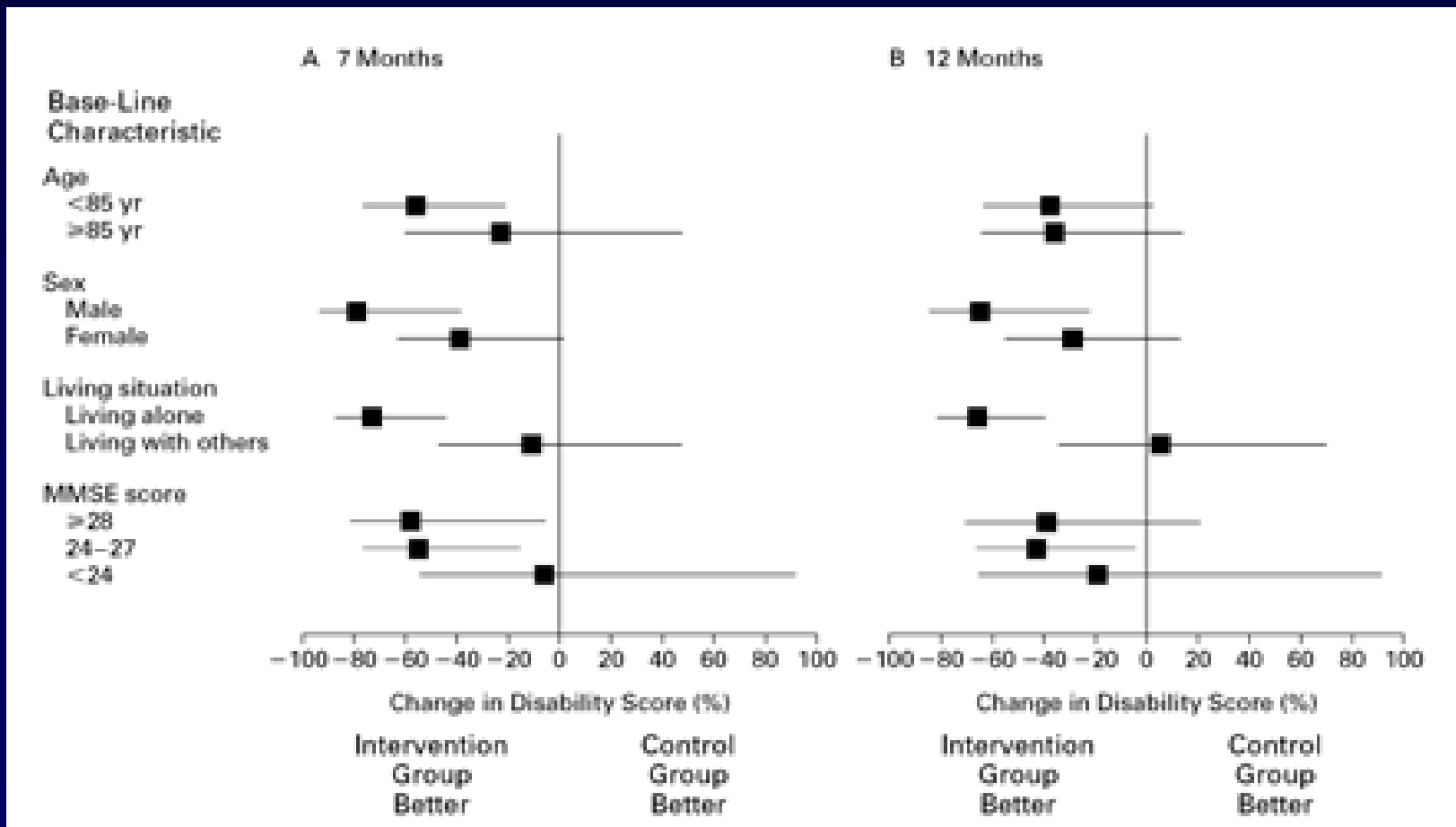
Disability score

Intervention group	2.3	1.9	2.0	2.7	1.9	1.3	1.0	1.4	3.1	3.0	3.9	5.0
Control group	2.8	2.6	3.6	4.2	1.9	2.0	3.0	2.8	4.0	3.6	4.4	6.3
Change (%)	—	15	45	37	—	25	66	53	—	1.7	5.1	16s
P value	—	0.48	0.008	0.02	—	0.40	<0.001	0.005	—	0.95	0.87	0.50

# A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home

Thomas M. Gill et al. *N Engl J Med* 2002;347:1068-74

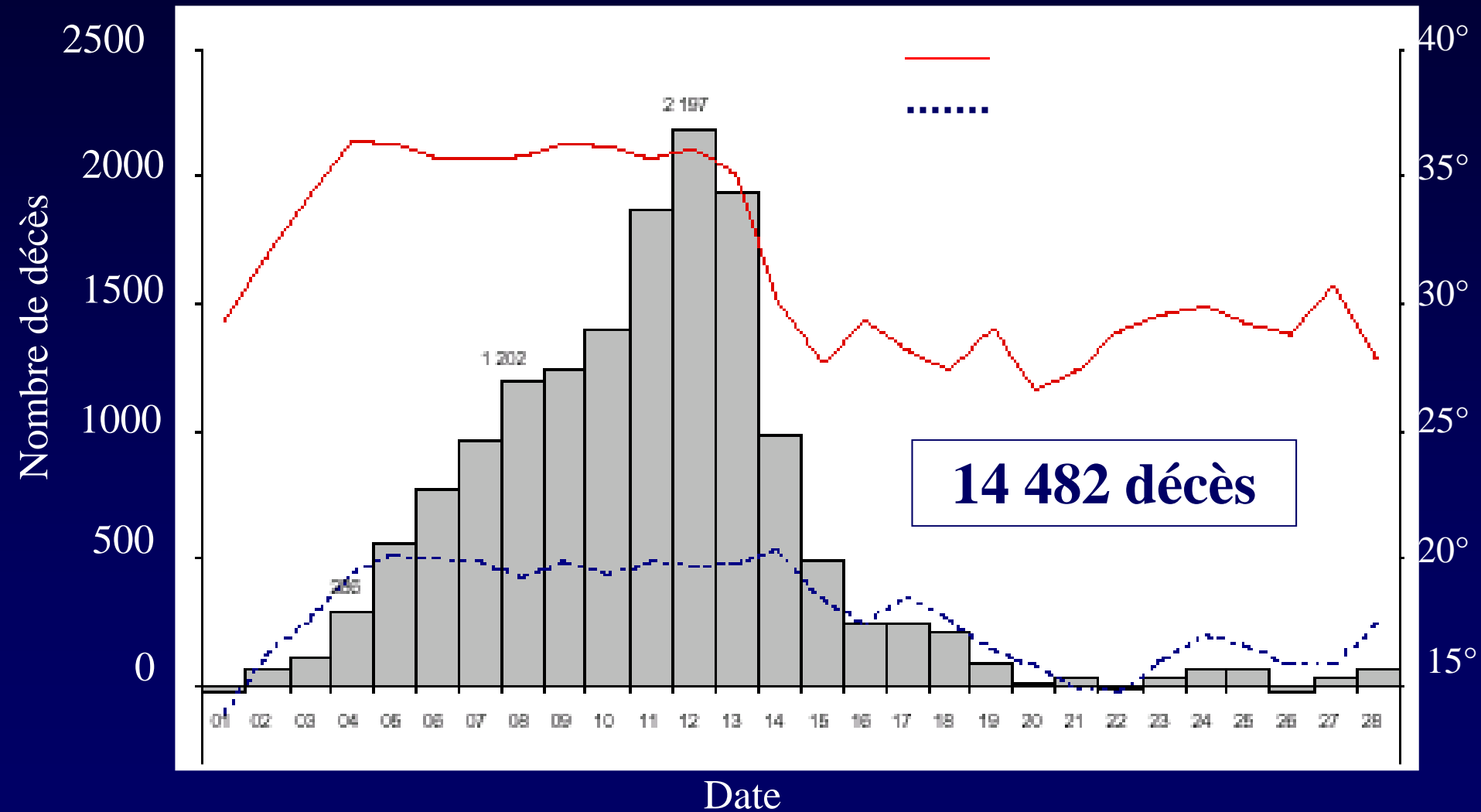
- *Conclusions A home-based program targeting underlying impairments in physical abilities can reduce the progression of functional decline among physically frail, elderly persons who live at home*



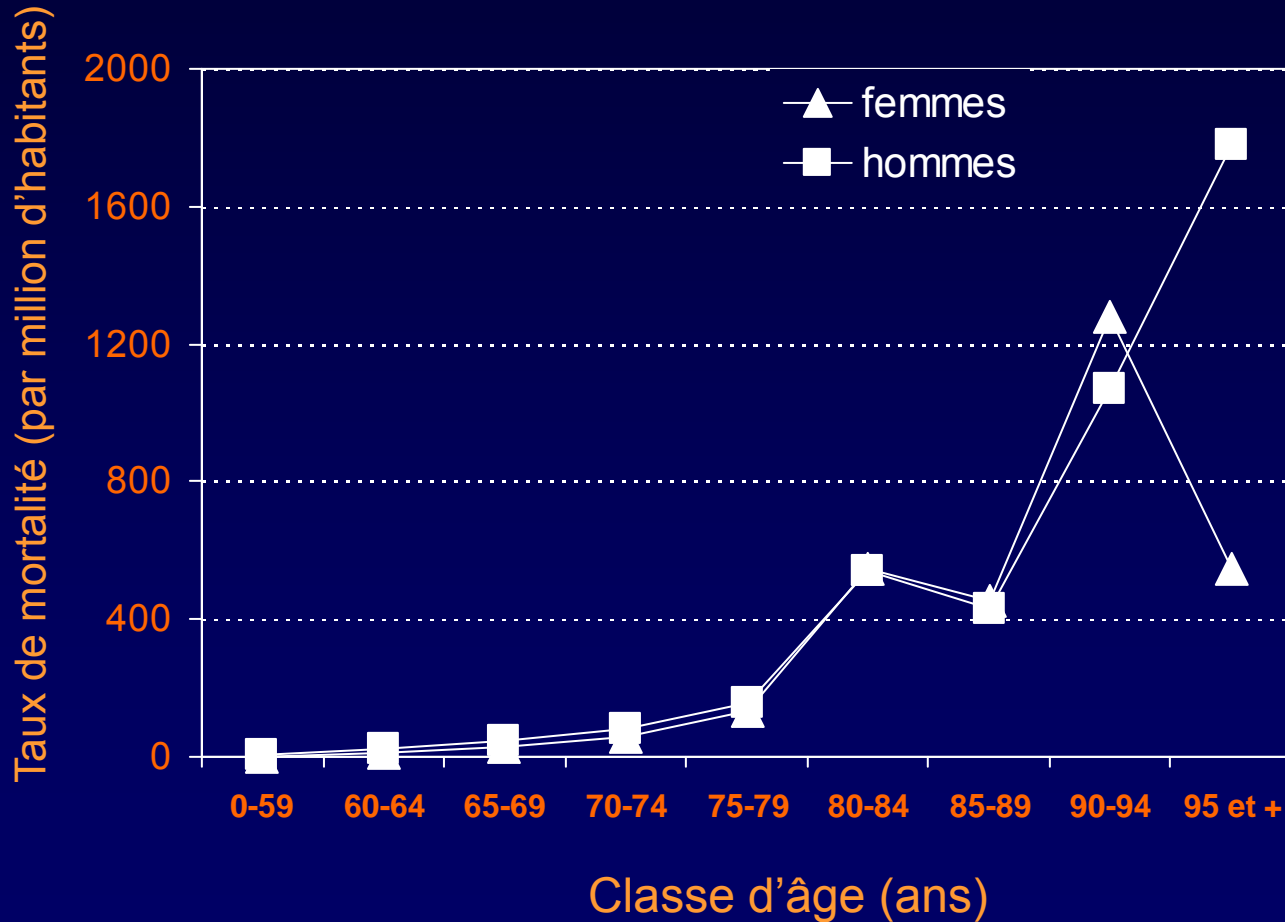
# La canicule

- L'épisode de la canicule a tragiquement révélé le problème de la fragilité des personnes très âgées
- Il a aussi mis sur la place publique les carences des politiques vis à vis de la dépendance, le dénuement des services sociaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'insuffisance de la filière gériatrique.

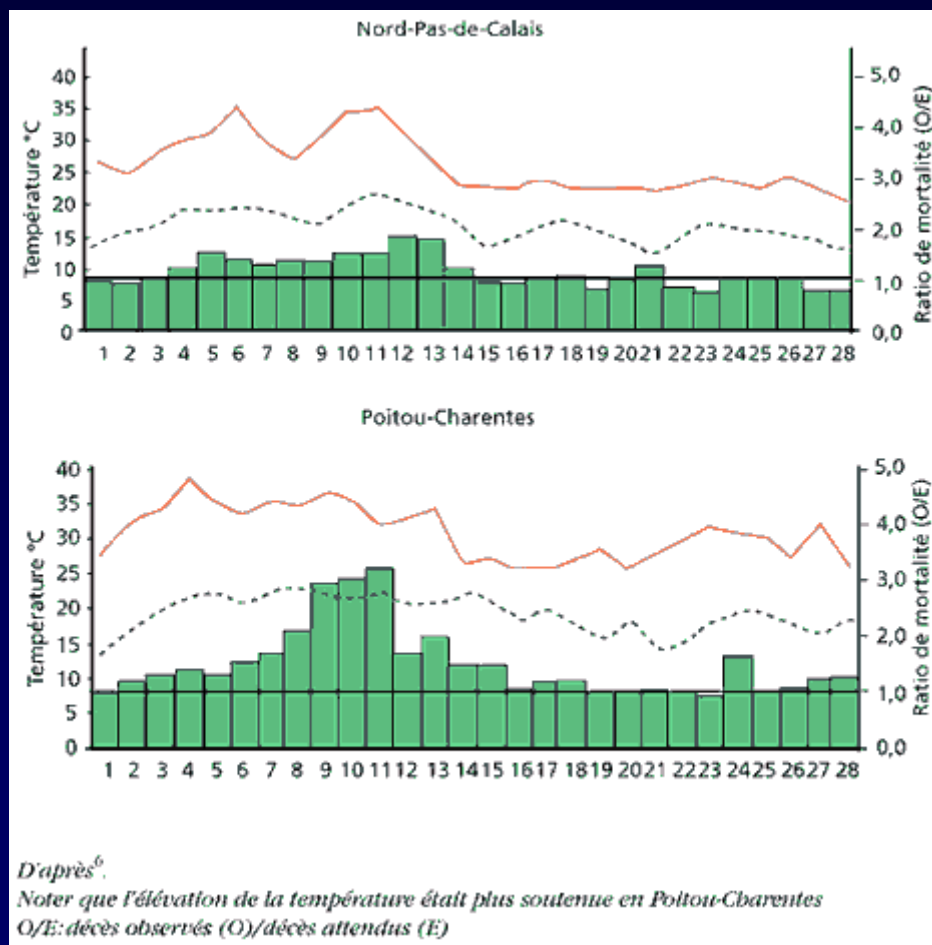
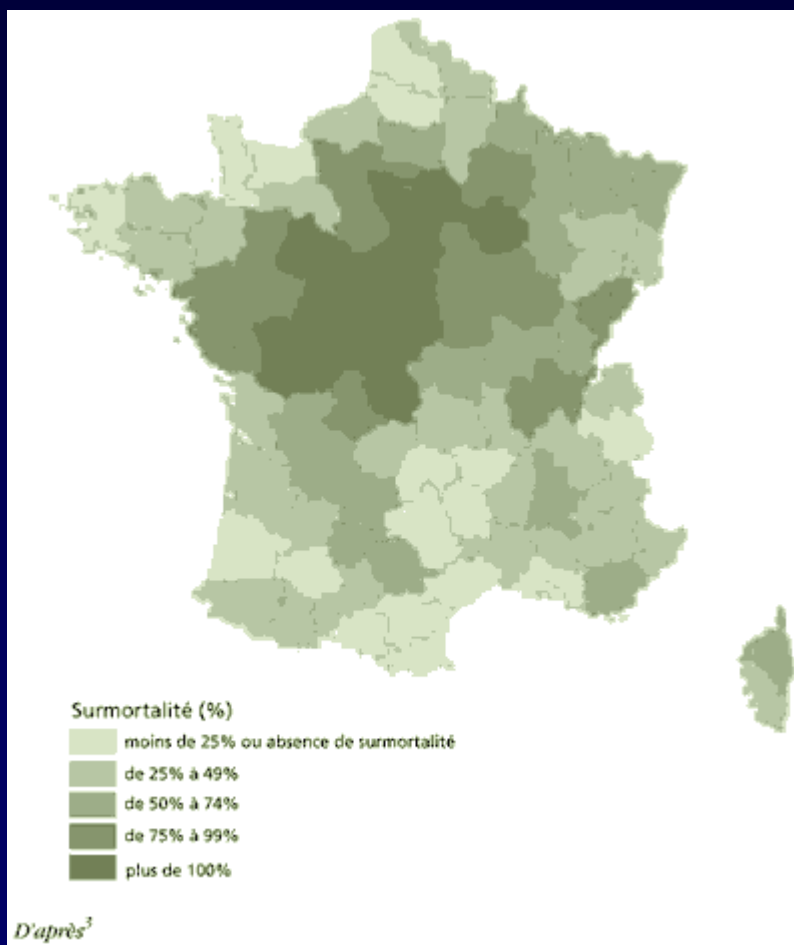
# Surmortalité au cours de la vague de chaleur d'août 2003



# Mortalité par coup de chaleur et âge



# Avec des inégalités régionales



Les personnes âgées sont-elles des  
exclues...du système de soins ?

# Un système de soins inadapté aux sujets âgés

Enseignement et organisation des soins verticaux  
compartimentés par spécialités d'organes

MAIS

Des malades « transversaux »

Enseignement et organisation des soins pensés  
pour la p.e.c des pathologies aiguës  
guérissables

MAIS

Des malades chroniques qui ne guérissent pas

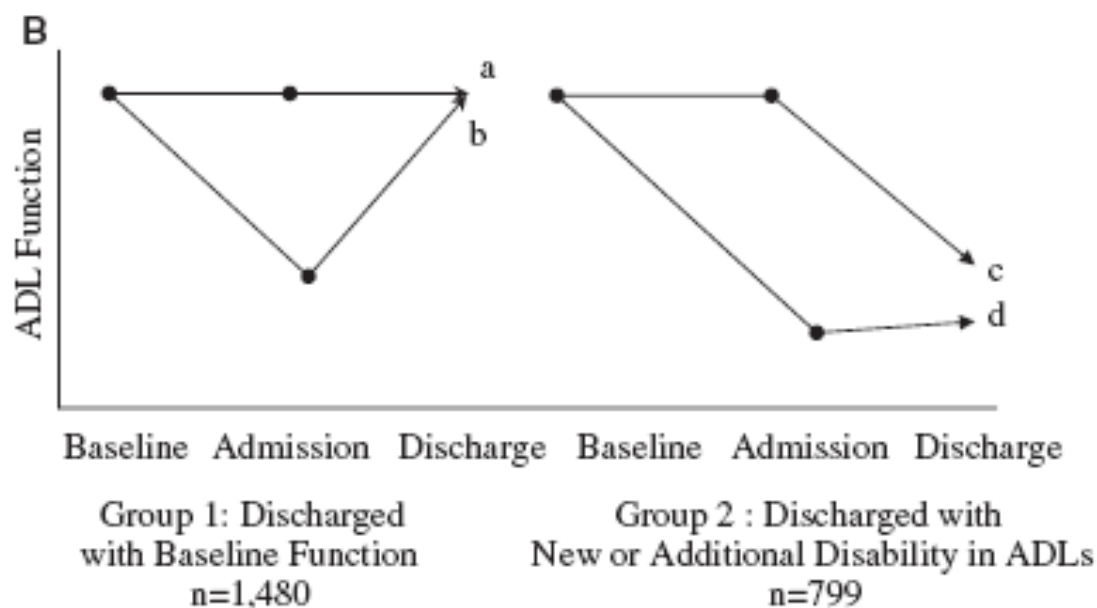
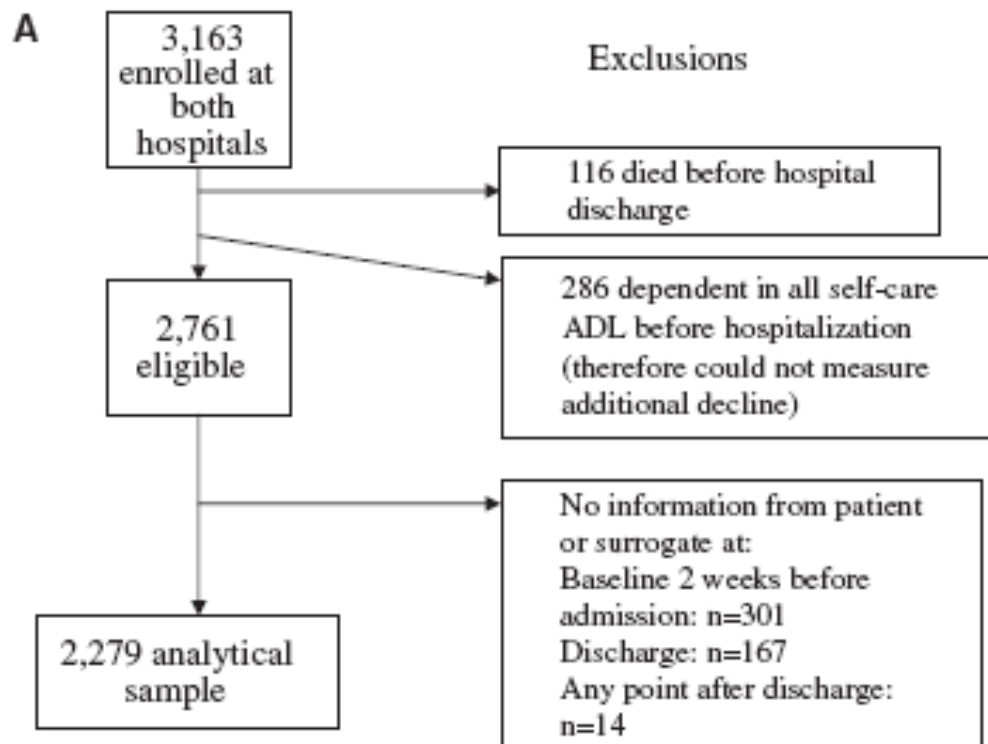
# Une formation insuffisante des médecins à la gériatrie

- CHRU/Faculté de Médecine de Lille
- 2ème cycle des études médicales: 350 étudiants/an
  - Module « Vieillessement-Gérontologie »: 4 heures
  - Module « Neurologie-Neurochirurgie »: 2 heures
  - Séminaire « Bon usage du médicament »: 1 heure
  - Conférences de préparation au concours de l'internat (ECN)
  - « cours du soir »: 4 heures
- 3ème cycle Médecine Générale: 150 médecins/an
  - Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale: 3 heures

# Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness

Cynthia M. Boyd, et al. J Am Geriatr Soc. 2008;56:2171-9

- **OBJECTIVES:** To compare functional outcomes in the year after discharge for older adults discharged from the hospital after an acute medical illness with a new or additional disability in their basic self-care activities of daily living (ADL) (compared with preadmission baseline 2 weeks before admission) with those of older adults discharged with baseline ADL function and identify predictors of failure to recover to baseline function 1 year after discharge.
- **DESIGN:** Observational.
- **SETTING:** Tertiary care hospital, community teaching hospital.
- **PARTICIPANTS:** Older (aged  $\geq 70$ ) patients non electively admitted to general medical services (1993–1998)



**Table 1. Characteristics of Patients According to Function at Hospital Discharge**

Characteristic	Discharged with New or Additional Disability in ADLs (n = 799)	Discharge with Baseline Function (n = 1,480)	P-Value
Age, mean $\pm$ SD	82.0 $\pm$ 7.3	78.2 $\pm$ 6.0	<.001
Length of stay, mean $\pm$ SD	8.2 $\pm$ 6.6	5.3 $\pm$ 3.6	<.001
Acute Physiology Score, mean $\pm$ SD	10.2 $\pm$ 3.9	9.1 $\pm$ 3.0	<.001
Ethnicity, %			
White	76.0	76.7	.15
Black	24.0	23.3	
Women, %	68.3	61.0	<.001
Lives alone, %	35.4	35.2	.94
Admitted from nursing home, %	7.8	3.4	<.001
Independent in all ADL at baseline, %	54.7	73.4	<.001
Number of independent IADLs at baseline (of 7), mean $\pm$ SD	4.0 $\pm$ 2.5	5.6 $\pm$ 2.1	<.001
Education <12 years, %	42.3	39.5	<.001
Cardiovascular disease, %*	42.4	35.9	.002
Cancer: solitary, %	6.6	6.1	.18
Metastatic cancer, %	5.2	4.0	
Congestive heart failure, %	31.0	26.9	.04
Dementia, %	18.9	7.3	<.001
Chronic obstructive pulmonary disease, %	18.0	23.7	.002
Diabetes mellitus, %	19.9	23.0	.08
Renal disease, %	4.8	4.0	.47
Albumin <3.5, %	43.3	33.4	<.001

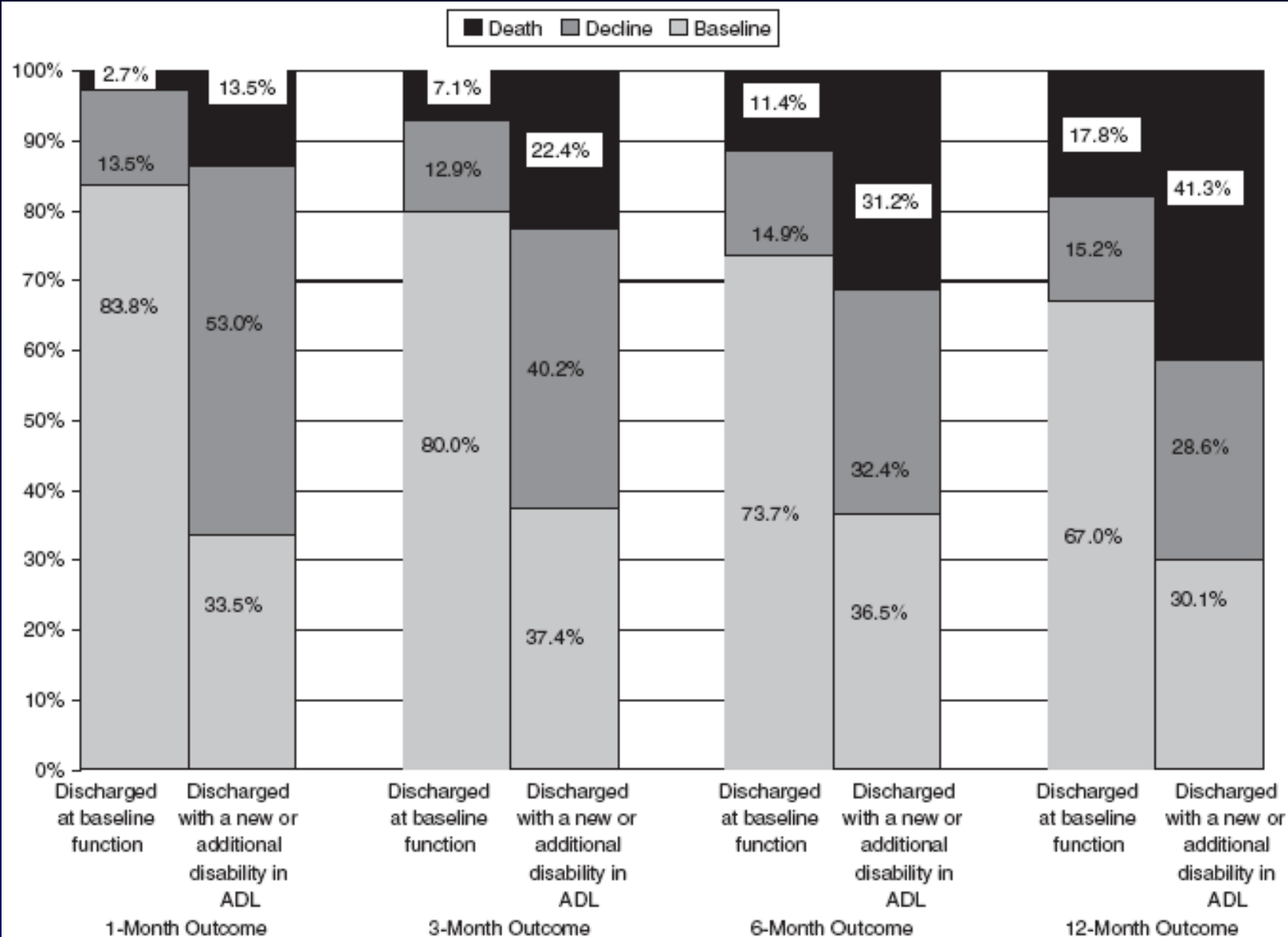


Figure 2. Course of self-care activity of daily living (ADL) outcomes and survival after hospitalization.

Discharged at baseline function: N = 1,480.

Discharged with new or additional disability in self-care ADLs: N = 799.

Baseline: At baseline level of self-care ADLs function.

Decline: With more self-care ADLs disabilities compared to baseline level of self-care ADLs function.

Elles sont partout...  
mais elles coûtent cher

# Personnes âgées dans l'activité des médecins généralistes

**T  
•01**

répartition des séances de médecins généralistes par tranche d'âge et sexe du patient examiné *En %*

	Patients	Patients	Ensemble
0 - 12 ans	13	10	11
13 - 24 ans	8	8	8
25 - 44 ans	20	21	21
45 - 69 ans	24	20	32
70 ans ou plus	25	31	28
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

**T  
•02**

répartition des séances des généralistes selon l'âge des médecins et celui des patients examinés *En %*

Âge du patient	Âge du médecin		
	30 - 39 ans	40 - 49 ans	50 ans et plus
0 - 12 ans	20	10	8
13 - 24 ans	8	8	9
25 - 44 ans	25	21	19
45 - 69 ans	28	33	32
70 ans ou plus	19	29	32
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

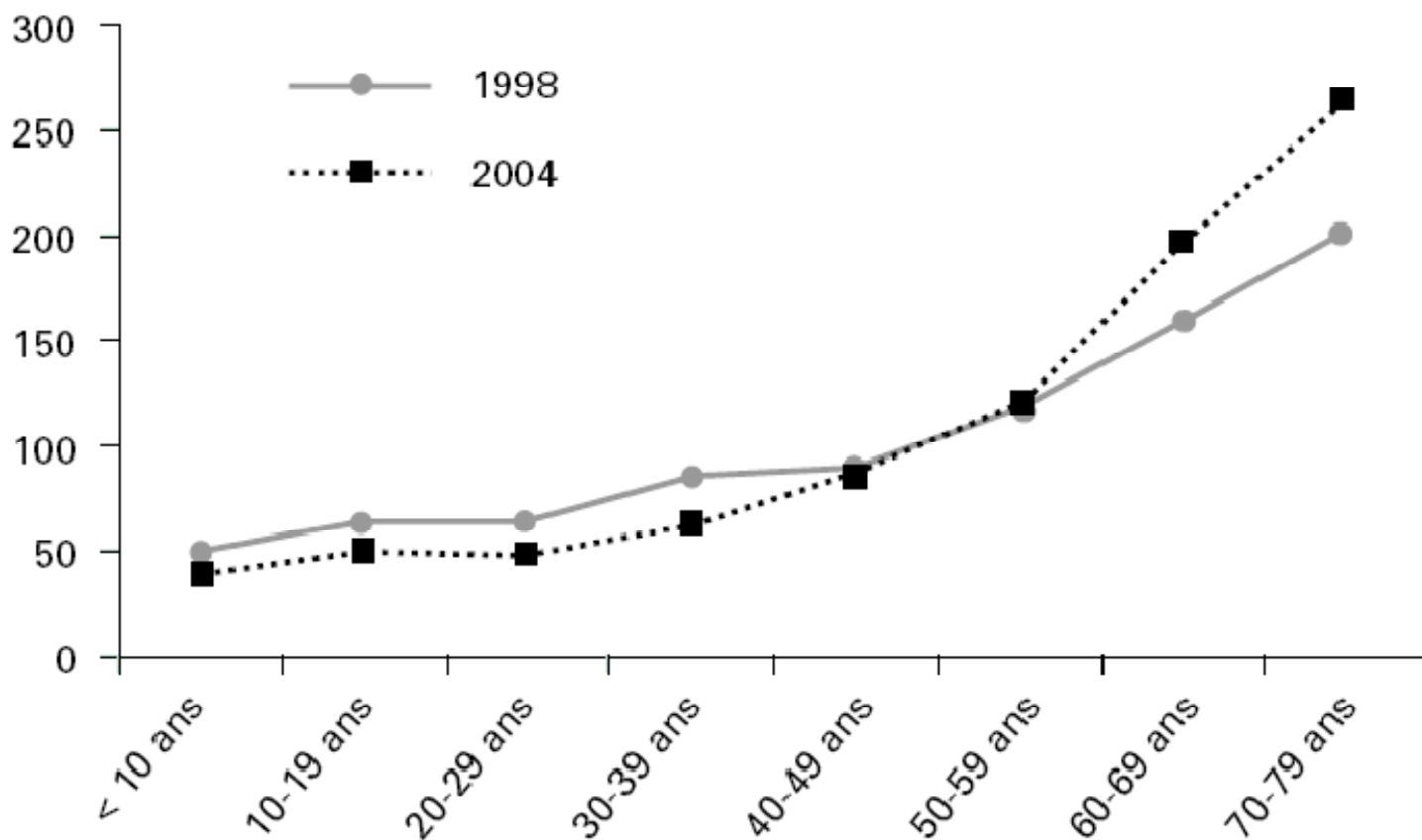
Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

# Les plus de 75 ans $\geq$ 1/3 des patients hospitalisés un jour donné

Services régionaux	Capacités régionales des services (déclarés installés)	Nombre de PA présentes	% de PA / capacité totale
court séjour gériatrique	201	142	70,6%
médecine polyvalente	1506	562	37,3%
neurologie	470	142	30,2%
cardiologie	864	257	29,7%
pneumologie	662	173	26,1%
médecine interne	406	90	22,2%
urgences	230	40	17,4%
Autres	844	238	28,2%
<b>Total</b>	<b>5183</b>	<b>1644</b>	<b>31,7%</b>

# Dépense de santé selon l'âge

Profil de dépenses de santé par âge - comparaison 1998-2004



Source : Échantillon permanent d'assurés sociaux, exploitation CnamTS

# Impact mécanique : +1,7 points de PIB en 45 ans

Impact mécanique de la déformation de la structure d'âge sur les dépenses publiques de santé – projection à 2050

	<b>2004</b>	<b>2050</b>	<b>Ecart</b>
<b>EU 25</b>	<b>6,4%</b>	<b>8,1%</b>	<b>1,7 pt</b>
<b>Portugal</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>0,6 pt</b>
<b>Royaume-Uni</b>	<b>7,0%</b>	<b>9,3%</b>	<b>2,3 pt</b>
<b>France</b>	<b>7,7%</b>	<b>9,5%</b>	<b>1,8 pt</b>

Simulations Commission européenne, 2006

+ dépenses de soins de long terme (perte d'autonomie) : +0,8 pt

Rappel : entre 1970 et 2004 la part des dépenses de santé dans le PIB a progressé de près de 5 points en France (6 à 11% du PIB).

# Moteur principal de l'augmentation des dépenses de santé

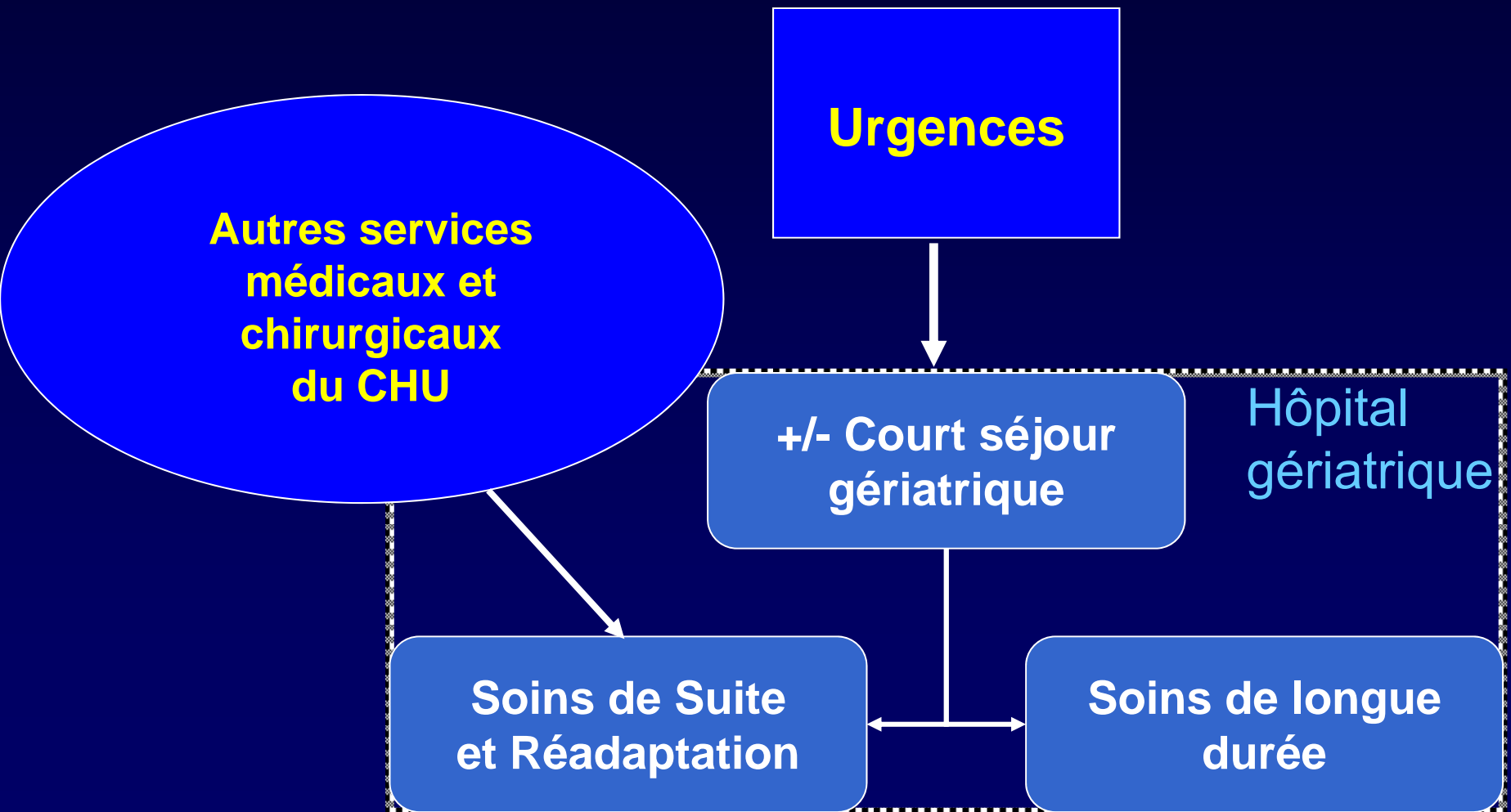
= évolution des pratiques de soins et des technologies à état de santé donné.

- Exemple de l'augmentation de la chirurgie fonctionnelle : entre 1993 et 1999, le taux de cataractes a augmenté de +50%, celui des arthroplasties du genou +40%, dont 3 à 4% seulement s'expliquent par l'évolution de la structure d'âge (Oberlin, Mouquet, 2002).
- ✓ Facteurs explicatifs du creusement du profil de dépenses par âge : concentration de l'innovation technologique sur les populations âgées, effet de rattrapage, plus faibles gains de productivité (virage ambulatoire)?
  - » CNAMTS 2008

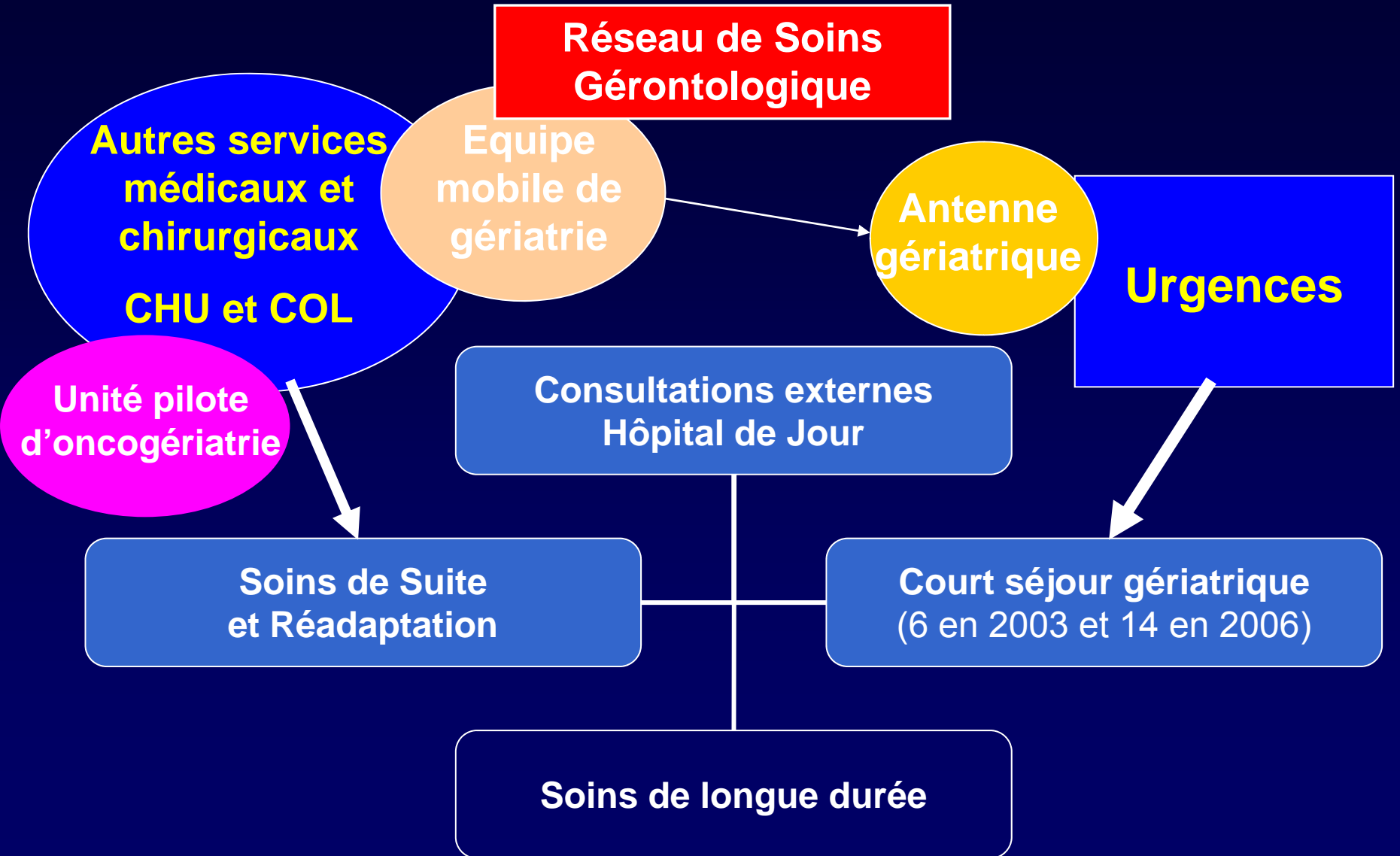
# L'âgisme existe encore...

- Formation insuffisante des soignants (médecins tout particulièrement) à la gériatrie
- Gériatrie = discipline encore peu valorisée
- Difficultés pour obtenir les examens complémentaires nécessaires
- Locaux inadaptés notamment aux urgences
  - Inconfort : brancards, fauteuil...
  - Salles de bain trop étroites
  - Pas de lieu pour accueillir les familles
- Difficultés pour faire admettre un patient très âgé dans des unités spécialisées et particulièrement les unités de soins intensifs
  - « Qu'est qu'on va en faire ? »
  - Impact de la T2A???
- Trop petit nombre et engorgement des services de médecine aiguë gériatrique et de SSR
- ...

# La gériatrie elle-même est-elle un facteur d'exclusion ?



# Où un moyen de mieux prendre en soins les personnes âgées ?



# Avis du Conseil Economique et Social Septembre 2007

## Impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins

Conclusion du rapporteur M. Coquillon:

« Le vieillissement de la population française ... constitue un phénomène inéluctable qui doit être anticipé. Seule une politique construite sur un consensus large et soigneusement préparé peut aider à relever un défi à la fois médical, social et financier.....

L'hôpital ne peut, évidemment, rester à l'écart de cette évolution: il est un maillon essentiel de la structuration de l'offre de soins sur le territoire »