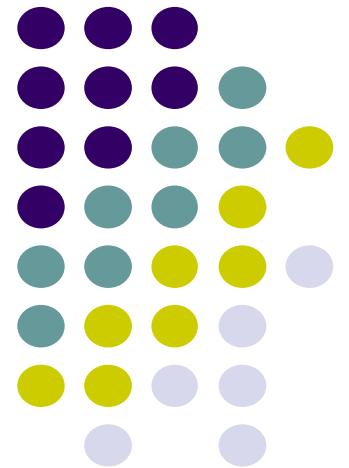
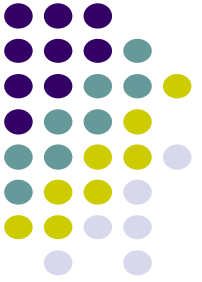


Les personnes âgées dépendantes

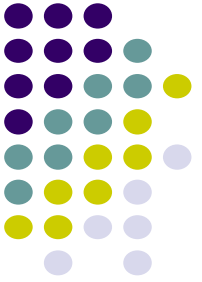
Pr Pierre JOUANNY
Service de Médecine gériatrique
CHU de Rennes





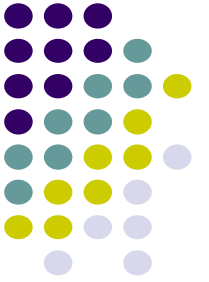
La vieillesse

- Qu'est-ce qu'un sujet âgé ?
 - Définitions variables selon les besoins
 - OMS : âge civil > 65 ans = 3ème âge
 - 4ème âge = incapacité / handicap
 - économie sociale : âge de la retraite : 55 à 60 ans
 - Conseil général (EHPAD) : > 75 ans
 - Service de gériatrie : âge moyen 85 ans
 - sociologique : > 10 ans !!!
 - Longévité (Jeanne Calment) : 122 ans
 - Espérance de vie (2008) :
 - homme : 77.5 ans
 - femme : 84.3 ans



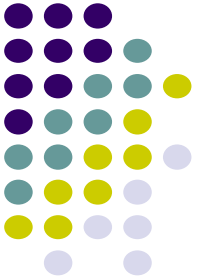
Autonomie

- Conception philosophique :
 - “capacité ou le droit de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie”
- Perte d'autonomie :
 - “impossibilité pour une personne de choisir les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir”
 - se réfère plus à l'altération des fonctions supérieures



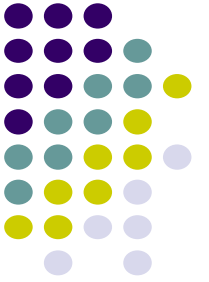
Autonomie et dépendance

- Dépendance :
 - une personne est considérée comme dépendante lorsqu'elle n'effectue pas sans aide,
 - qu'elle le veuille ou ne le puisse,
 - les principales activités de la vie courante
- Autonomie :
 - N'est pas inverse de la dépendance : indépendance
 - Réduit l'individu à ses AVQ



La dépendance

- C'est le fait qu'une personne n'effectue pas sans aide, qu'elle ne le veuille ou qu'elle ne le puisse, les principales activités de la vie courante.
 - La dépendance peut donc être physique,
 - mais aussi sociale, économique ou mentale.
- La dépendance est une notion essentiellement relative :
 - pas de définition en soi
 - se définit par rapport
 - à un contexte dans lequel tous les facteurs sont interactifs
 - par rapport à l'expression du besoin de l'individu.
- On peut considérer que la dépendance est
 - l'ensemble des liens qu'entretient l'individu avec son milieu de vie et
 - qui sont de l'ordre de la nécessité.



La séquence de Wood

- DEFICIENCE : Altération d'un organe

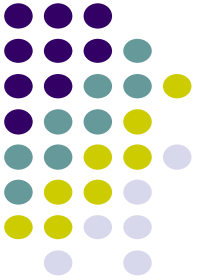


- INCAPACITÉ : Altération d'une activité

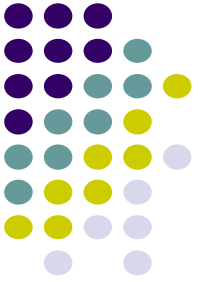


- DESAVANTAGE : Altération d'un besoin
fondamental

Déficiência

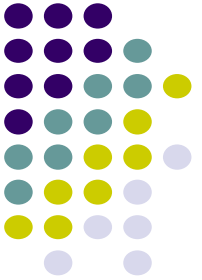


- Définition :
 - altération, temporaire ou définitive, d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique, consécutive à une maladie ou un accident.
- Se réfère à ce qui est intrinsèque à l'individu
- C'est le niveau ORGANIQUE
- S'apprécie par rapport à une norme BIOLOGIQUE



Incapacité

- Définition :
 - réduction, partielle ou totale, de la faculté d'accomplir une activité de la manière considérée comme normale pour un être humain
- résultante d'une déficience
- Se réfère à ce qui est extrinsèque à l'individu ou en rapport avec autrui
- C'est le niveau de la PERSONNE.
- S'apprécie par rapport à une norme FONCTIONNELLE.



Les capacités

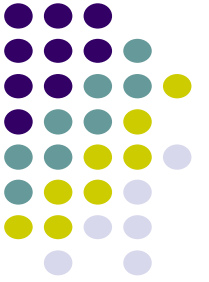
- L'APTITUDE :
 - C'est une possibilité théorique :
 - " elle peut marcher " évaluée en situation de test en faisant abstraction des motivations de la personne et des finalités de la fonction.
- LA PERFORMANCE :
 - correspond à ce qui est fait réellement :
 - " elle marche " dans le cadre de vie habituel, domicile ou institution.
- Noter que AGGIR évalue les PERFORMANCES
 - A : Correctement, habituellement, totalement, seul, spontanément (CHT2S)
 - B : Non C ou, Non H ou, Non T ou, Non Seul ou, Non spontanément
 - C : Ne fait pas.

Handicap



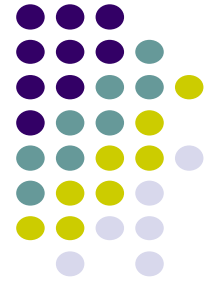
- Définition :
 - désavantage social résultant de l'incapacité,
 - compte tenu des contraintes auxquelles est soumis l'individu
 - et des ressources matérielles, psychologiques et sociales dont il dispose, pour y faire face.

Le DESAVANTAGE ou Handicap



- d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité
- et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.
- C'est le niveau de l'ENVIRONNEMENT.
- S'apprécie par rapport à une norme SOCIALE

De la déficience au handicap



déficience



organe

incapacité

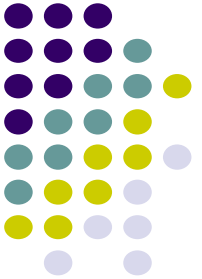


individu

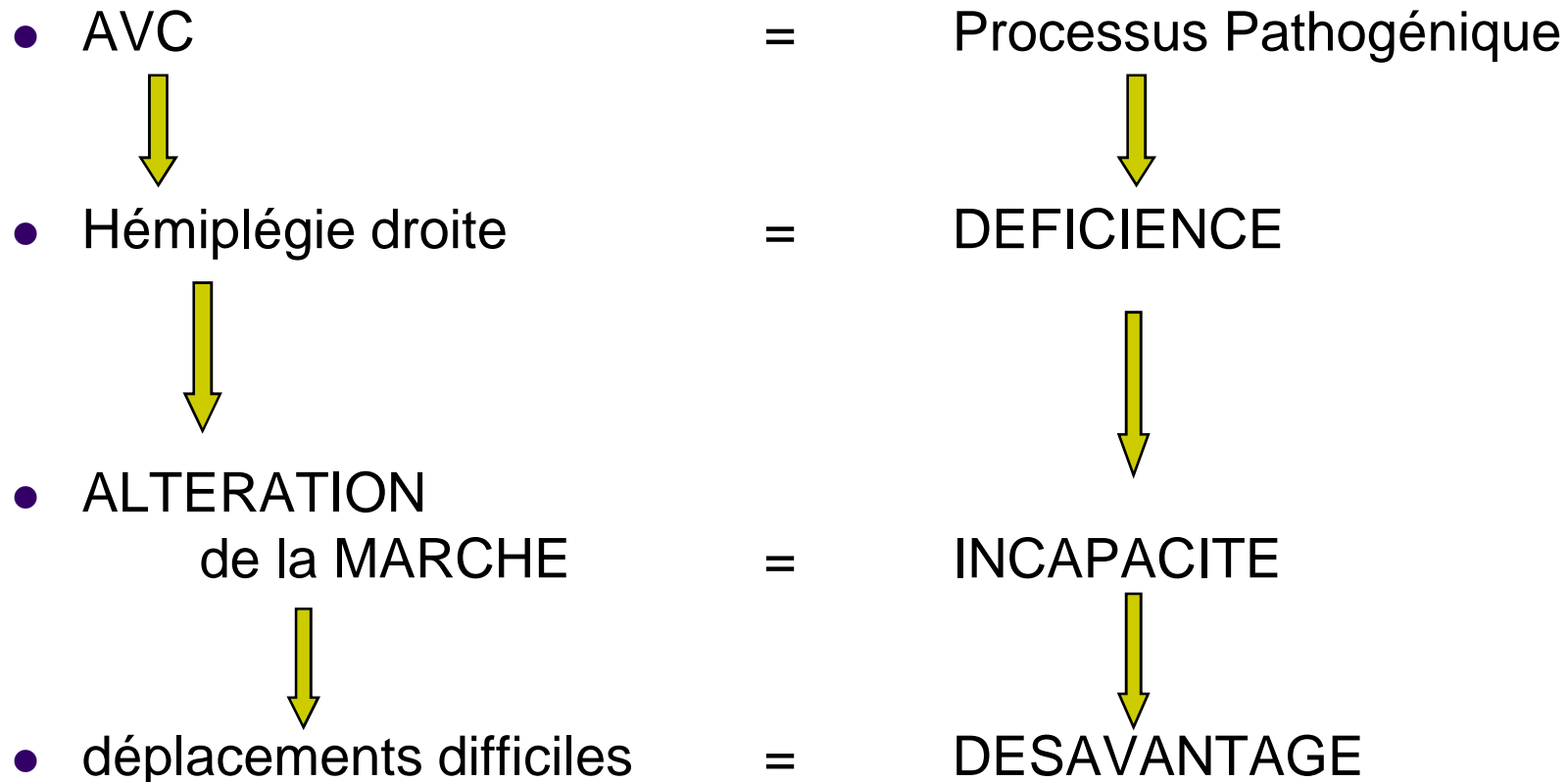
handicap



société

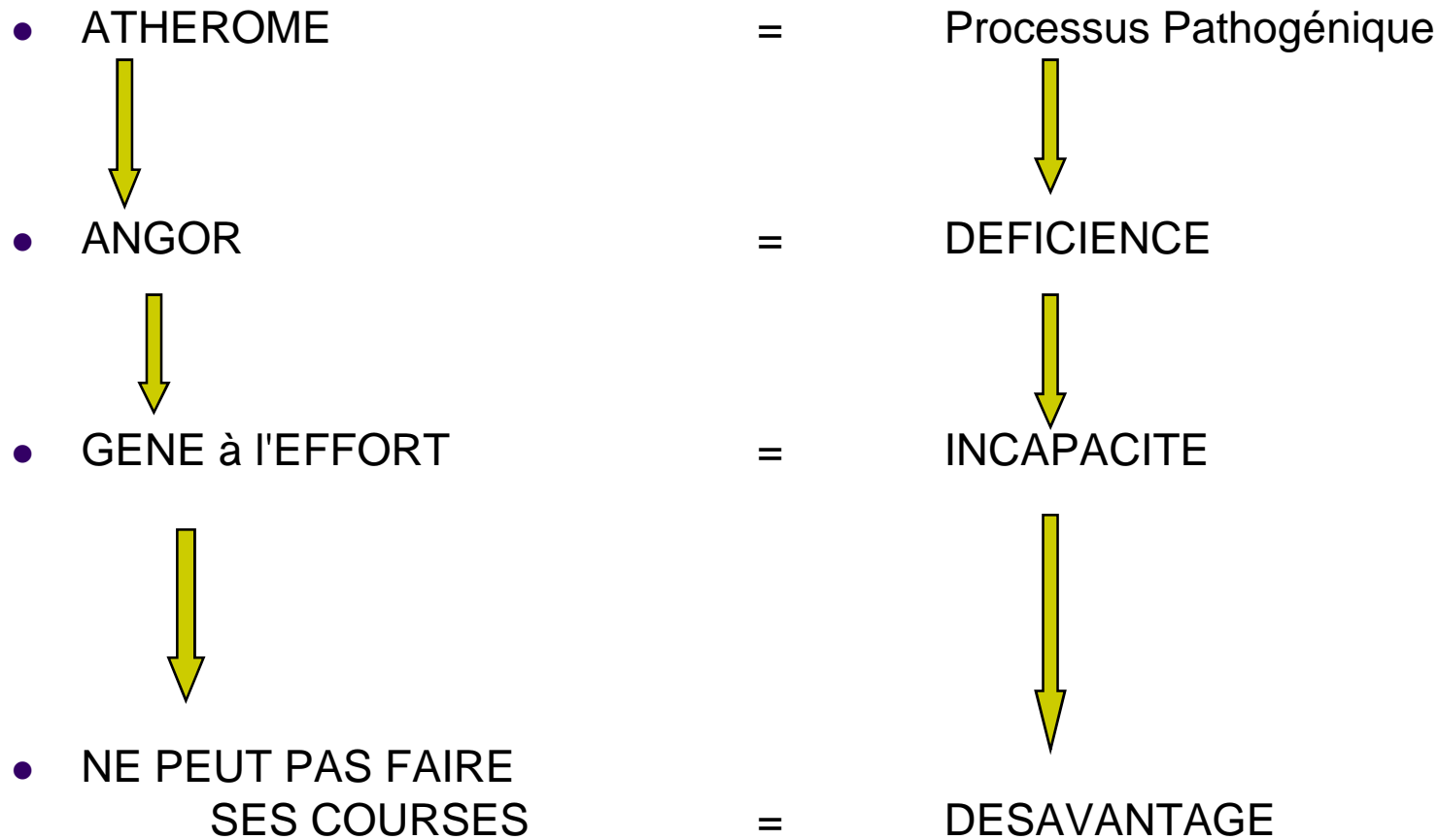


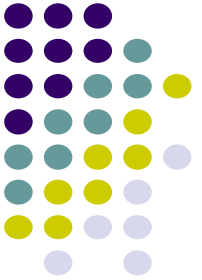
Séquence de Wood : exemple 1





Séquence de Wood : exemple 2

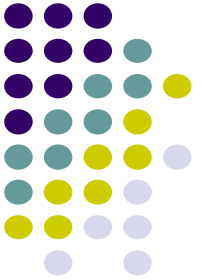




De la déficience au handicap

- **Déficience**
 - physique, neuro-sensorielle, neuropsychique
 - polypathologique
- **incapacité**
 - hygiène
 - alimentation
 - déplacement
 - relations avec autrui
 - orientation dans le temps et dans l'espace

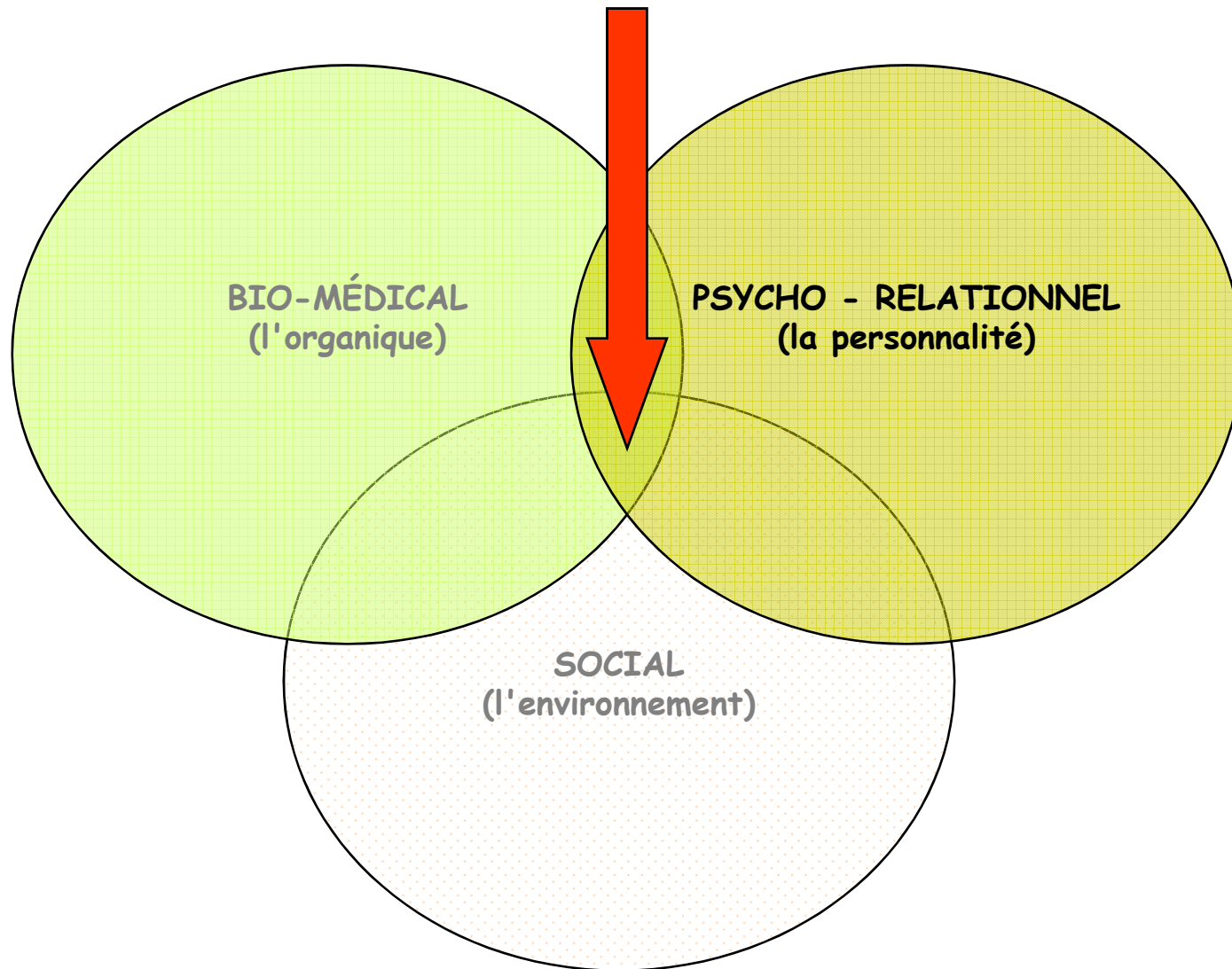
De la déficience au handicap



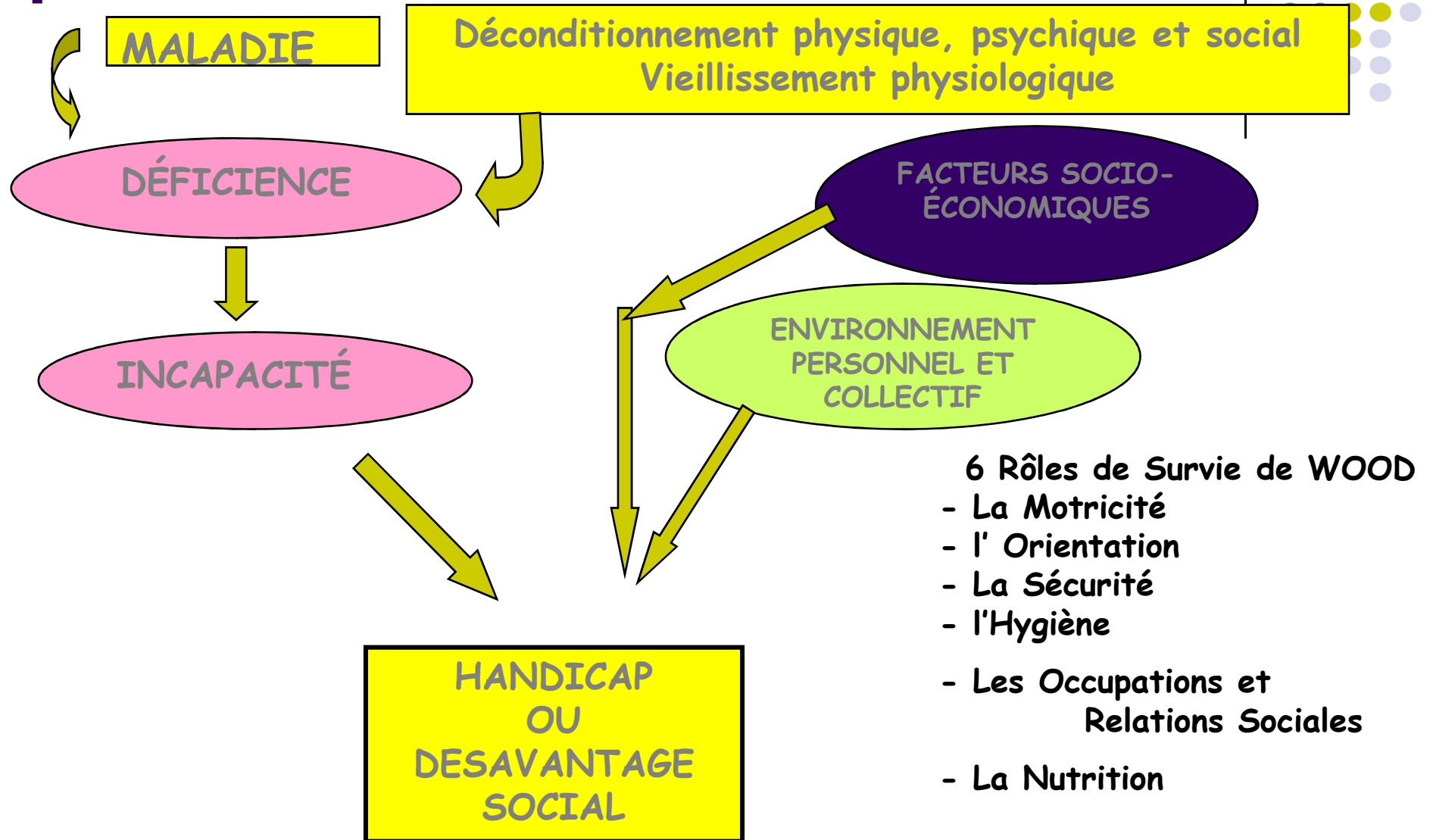
- Handicap variable selon :
 - Facteurs socio-économiques :
 - âge, sexe,
 - catégorie socio-professionnelle
 - niveau culturel
 - Environnement :
 - habitat
 - relations
 - ressources

L'INDIVIDU

et la réponse adaptative globale dans ses trois dimensions fondamentales

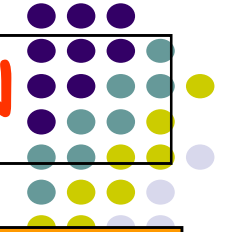


Séquence de Wood



6 RÔLES VITAUX NON SATISFAITS

LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION



DÉFICIENCES (LÉSIONS)
INTELLECTUELLE
PSYCHIQUE
AUDITIVE
VISUELLE
LANGAGE
LOCOMOTRICE
ESTHÉTIQUE

DIAGNOSTIC

TRAITEMENT

INCAPACITÉS (FONCTIONS)
COMPORTEMENT
COMMUNICATION
LOCOMOTION
MANIPULATION
UTILISATION DU CORPS
SOINS CORPORELS

TEST
APTITUDES (théoriques)
PERFORMANCES (réalité)

RÉÉDUCATION
APPAREILLAGE

HANDICAPS DÉSAVANTAGES SOCIAUX (SITUATION)
MOBILITÉ PHYSIQUE
INDÉPENDANCE (ACTES ÉLÉMENTAIRES)
OCCUPATIONS HABITUELLES
INTÉGRATION SOCIALE
ORIENTATION TempSpatiale
RESSOURCES ÉCONOMIQUES

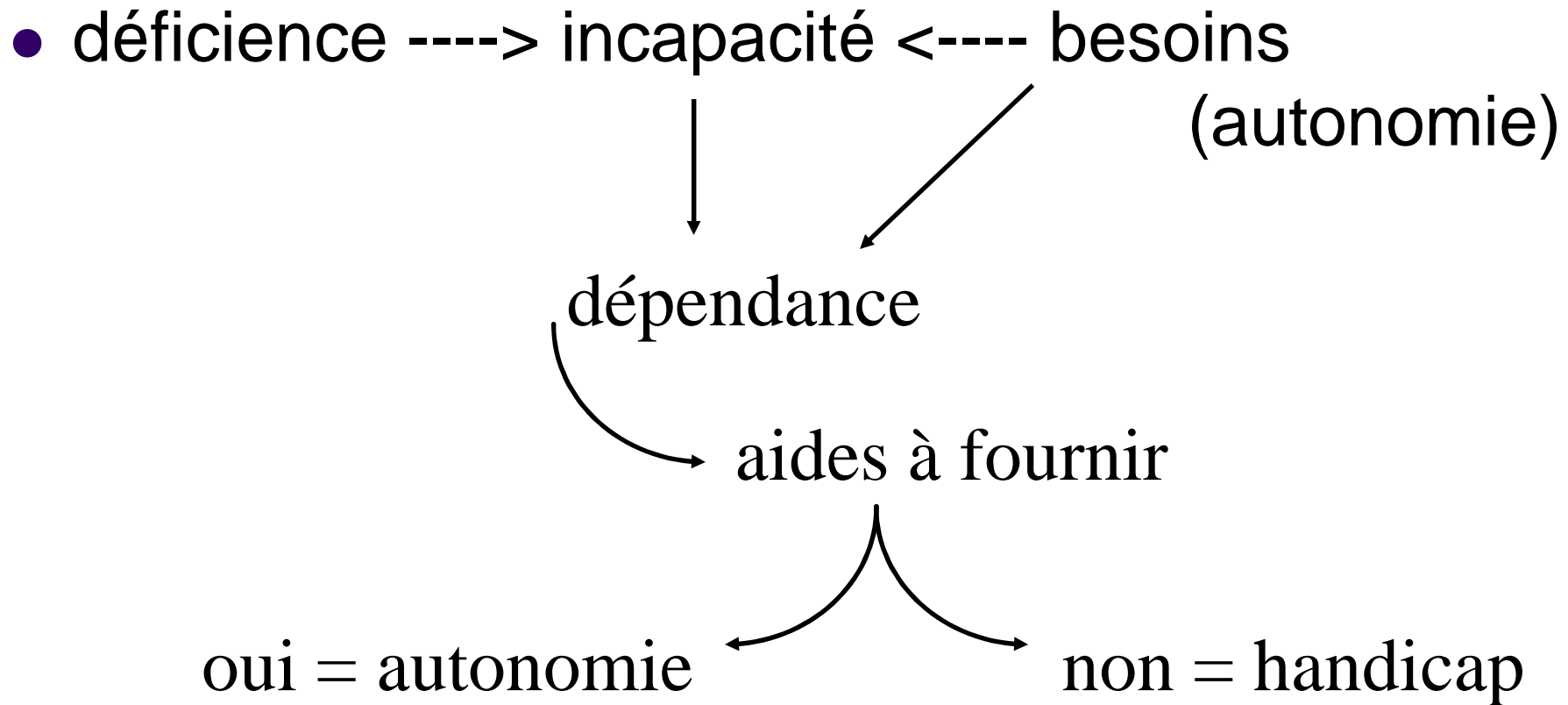
EVALUATION (GRILLES)

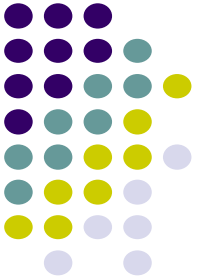
MOBILISATION DES RESSOURCES
INDIVIDUELLES
HUMAINES
MATÉRIELLES
STRUCTURELLES

DIAGNOSTIC DE SITUATION

PRISE EN CHARGE GLOBALE

De la déficience au handicap

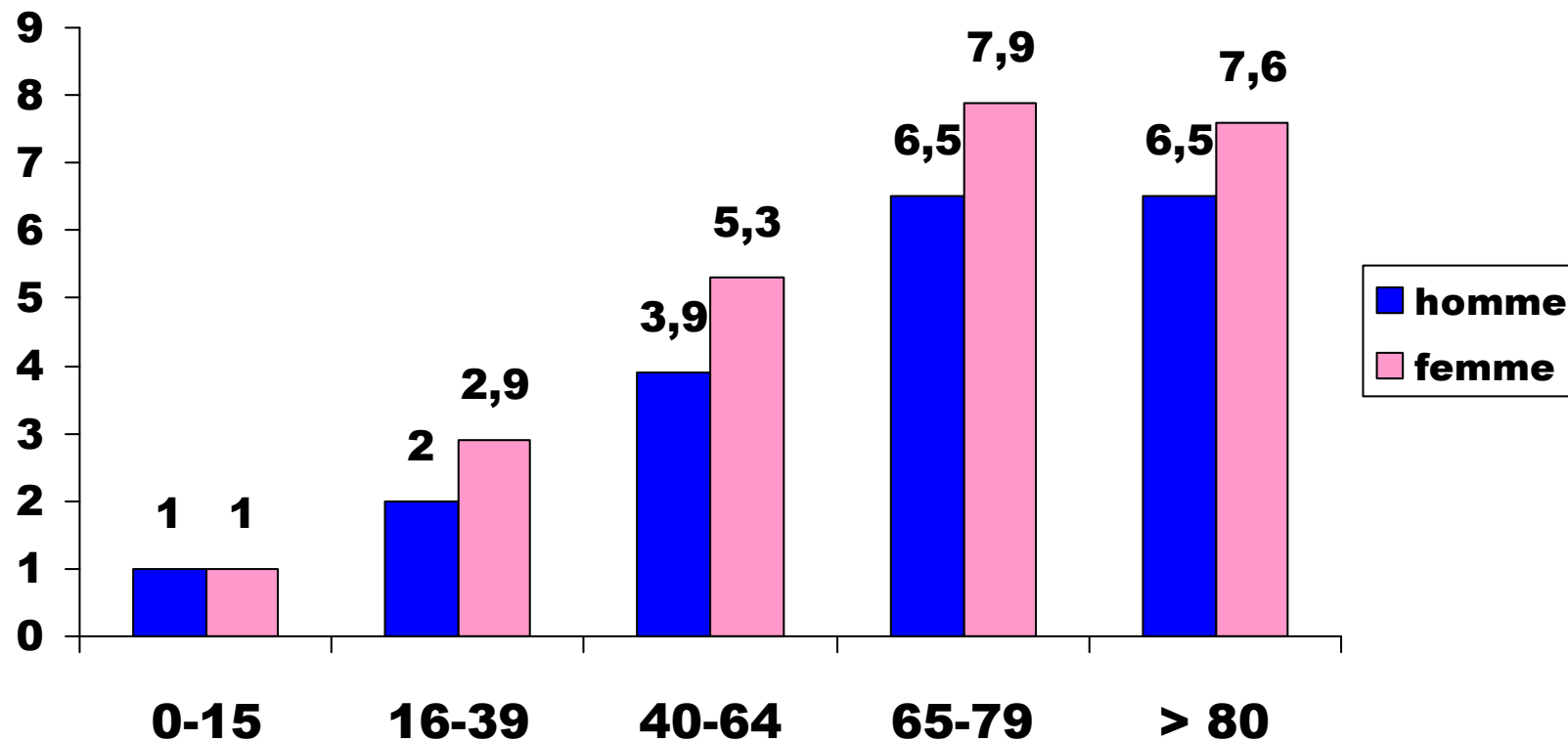
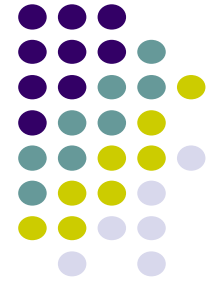




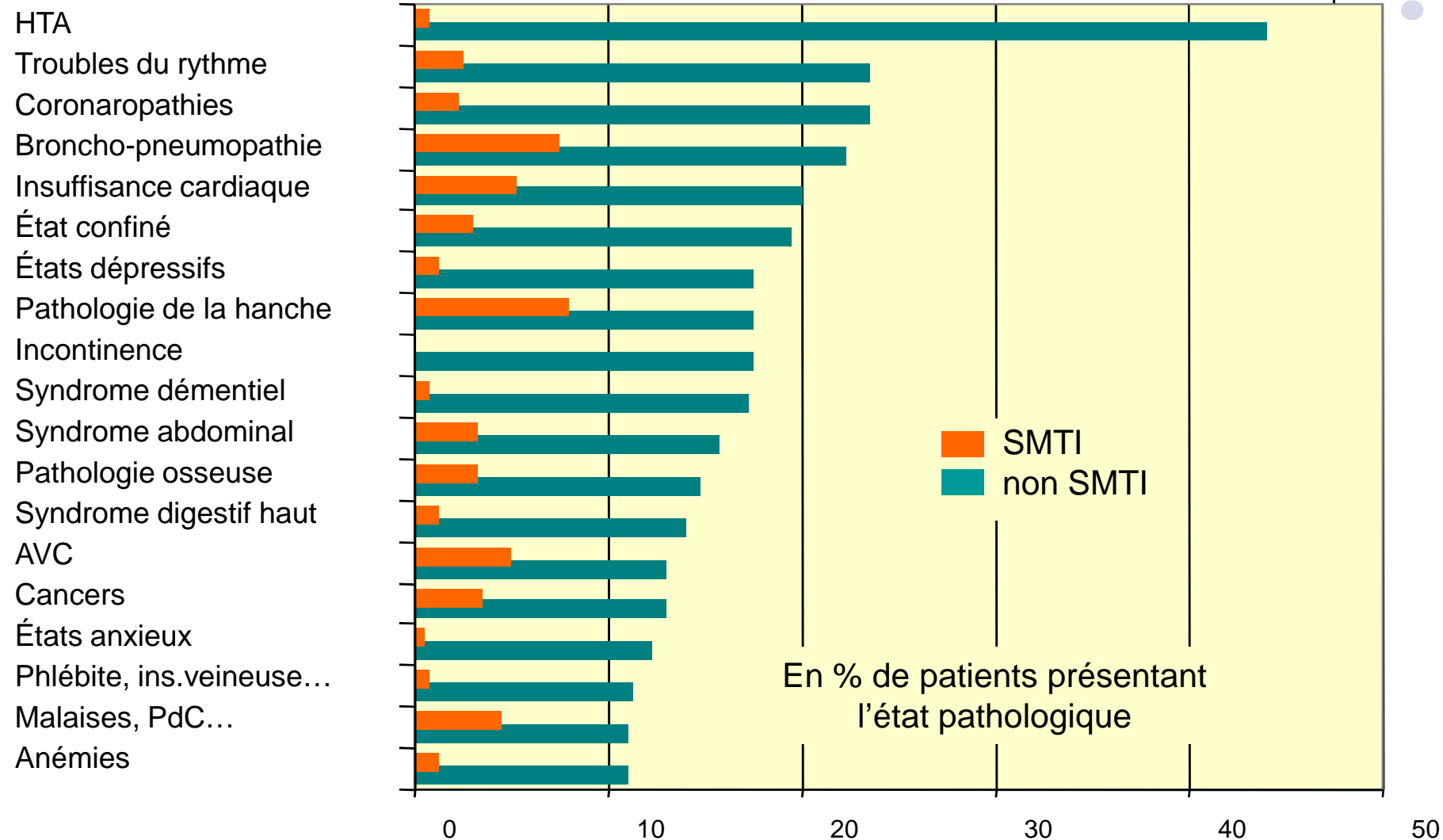
Déficience - incapacité - aide à fournir

Déficience (pathologies)	Incapacité	Aide à fournir (en vue de)
Gonarthrose	Flexion limitée Douleur à l'appui	Déplacements (escaliers)
Vessie instable	Contrôle sphinctérien insuffisant	Maîtrise de l'incontinence
Dégénérescence maculaire	Lecture impossible	Communications occupations

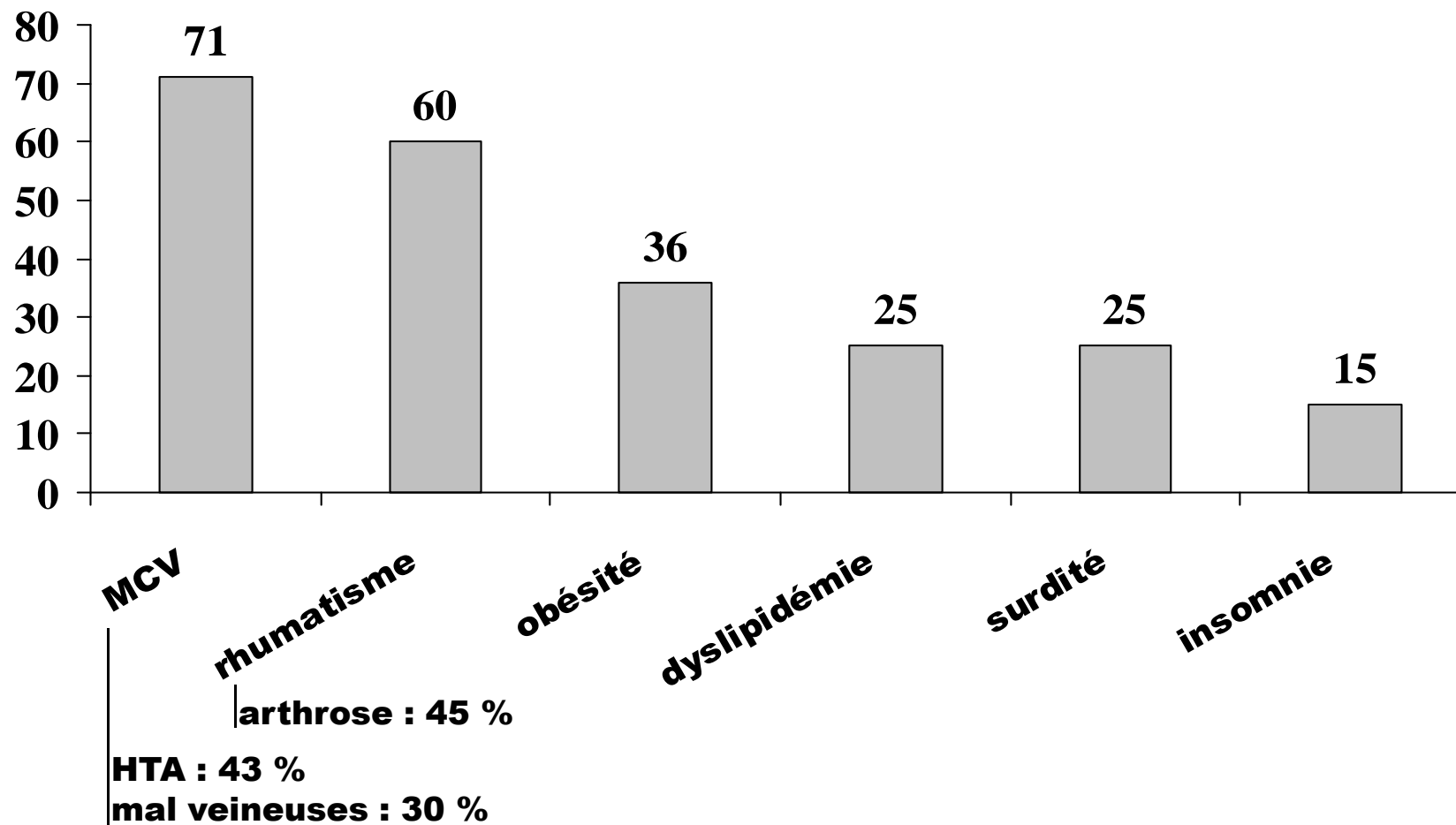
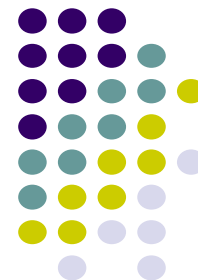
Maladies selon l'âge

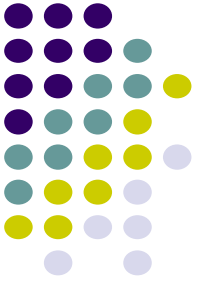


Les états pathologiques



Maladies déclarées (> 65 ans)





Principales affections chroniques frappant les personnes âgées

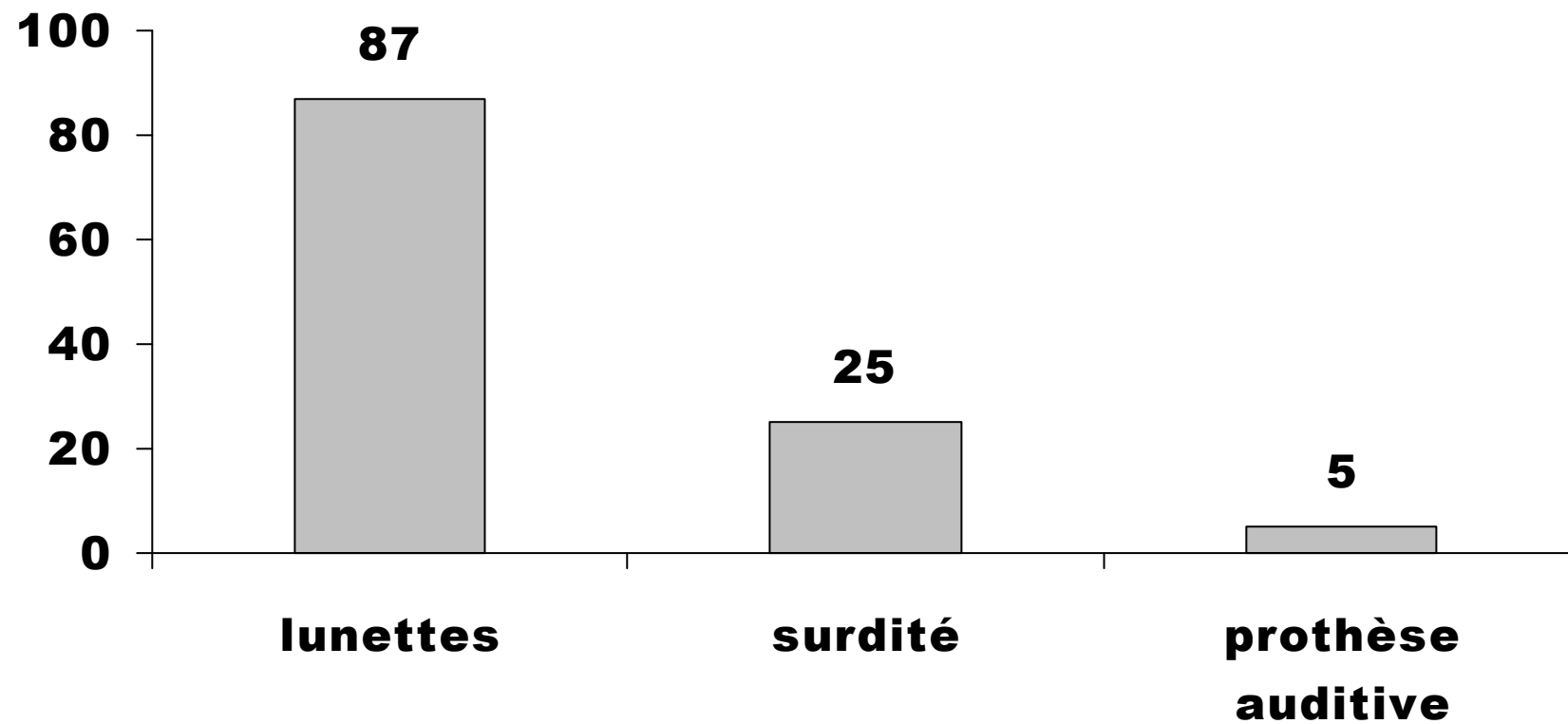
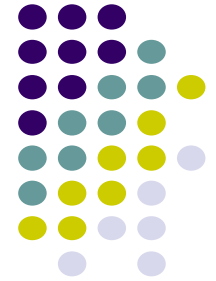
- Premier pourvoyeur d'handicap chez la PA :
 - affection neurologiques 35 à 45 %
 - troubles loco-moteurs 15 à 20 %
 - FESF F > 80 ans 20 %
 - H > 80 ans 10 %
 - dénutrition > 65 ans hôpital 50 %
domicile 15 %
 - incontinence urinaire institution 40 à 50 %
domicile 23 %
 - pathologie d'organe évolutive 5 à 10 %

Principales affections chroniques frappant les personnes âgées

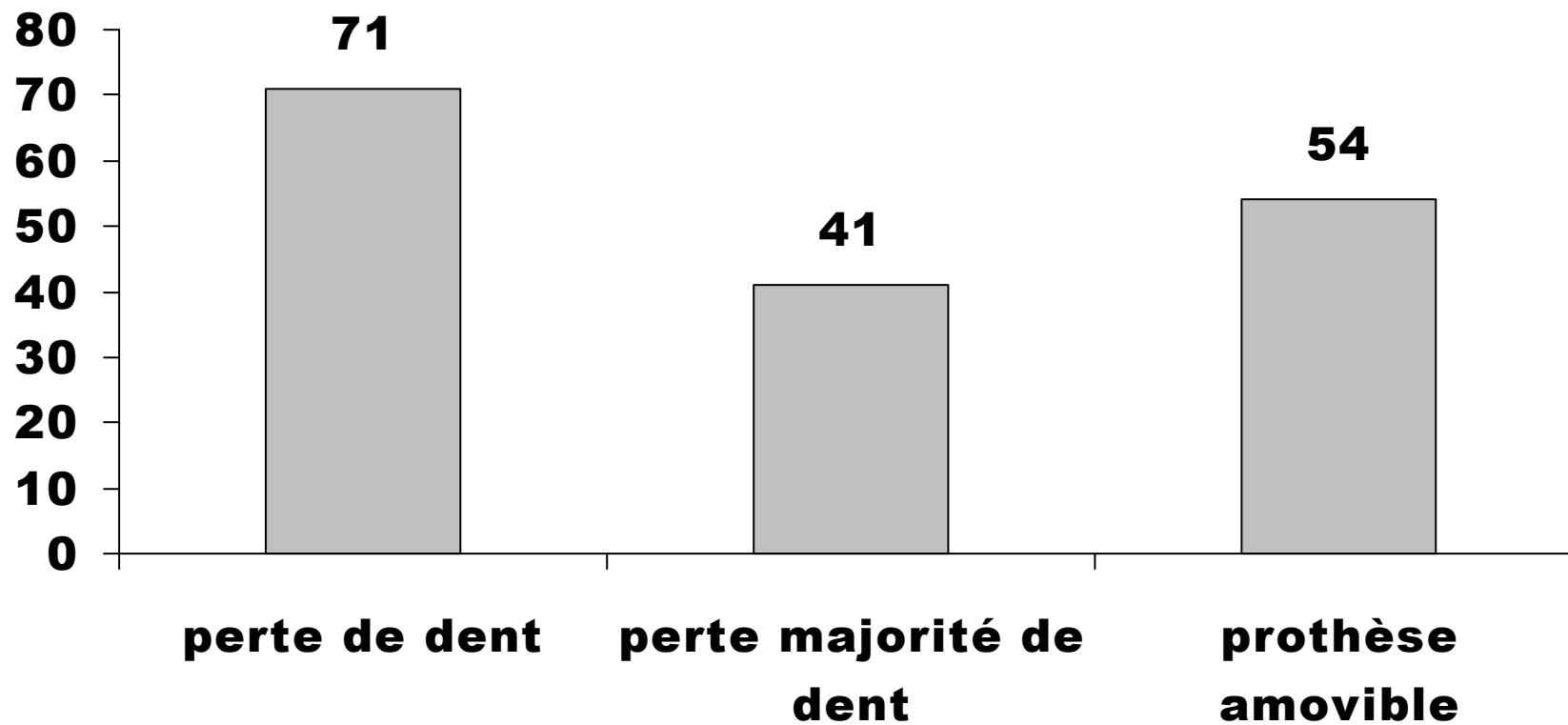
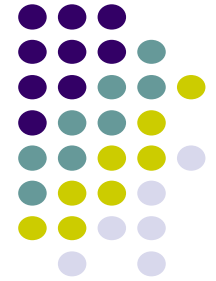


- Déficiences psychiques
 - Alzheimer
 - 65 ans 1 %
 - > 80 ans 20 %
 - dépression 4 à 25 %
- Déficiences sensorielles
 - presbyacousie > 70 ans 62 %
 - cataracte 18 à 20 %
 - DMLA 10 %
 - glaucome 5 %
 - ----> fragilité du sujet âgé

Déficiences sensorielles



Etat bucco-dentaire

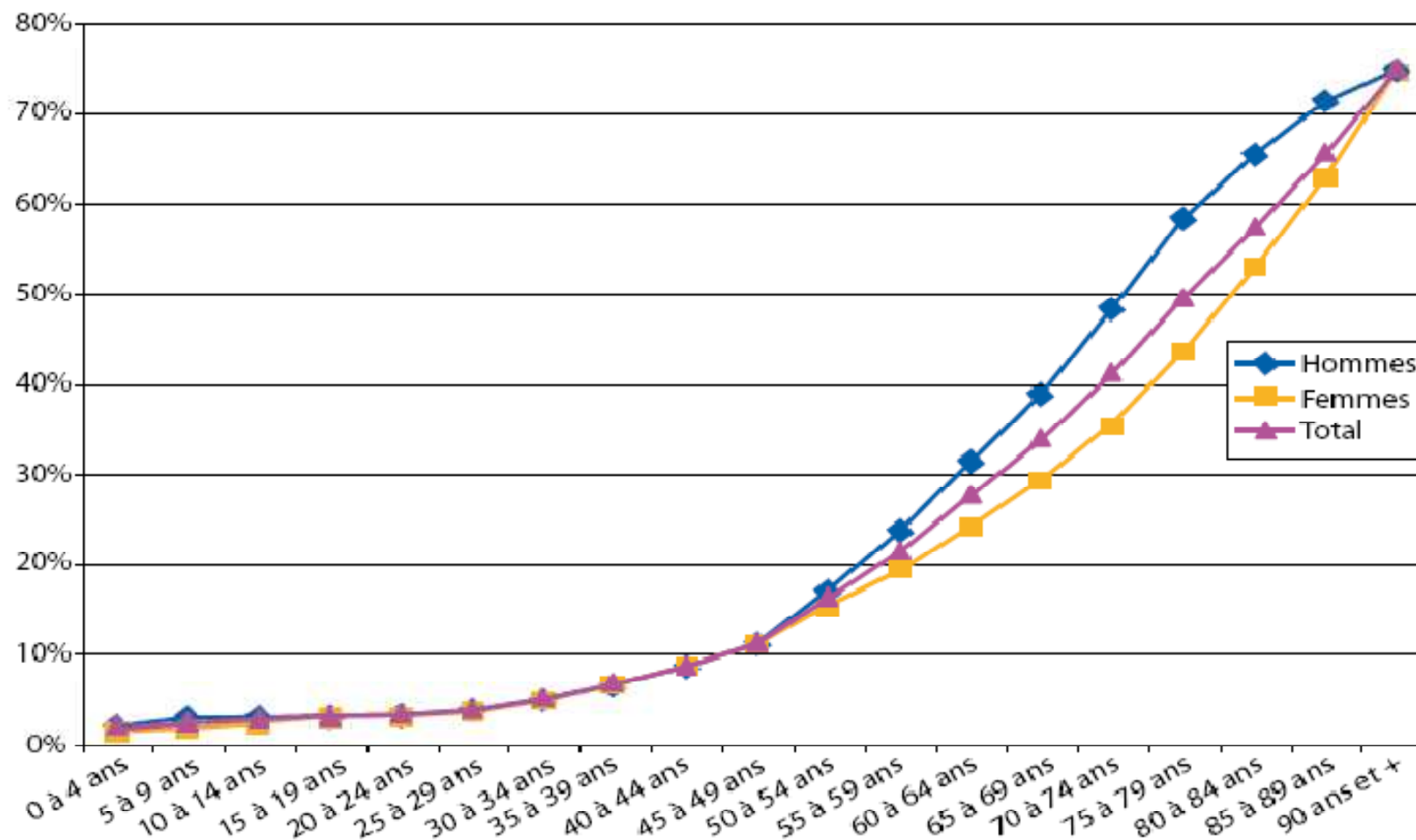


Répartition des ALD



Figure 2

Taux de personnes en ALD par classe d'âge et par sexe au 31 décembre 2006



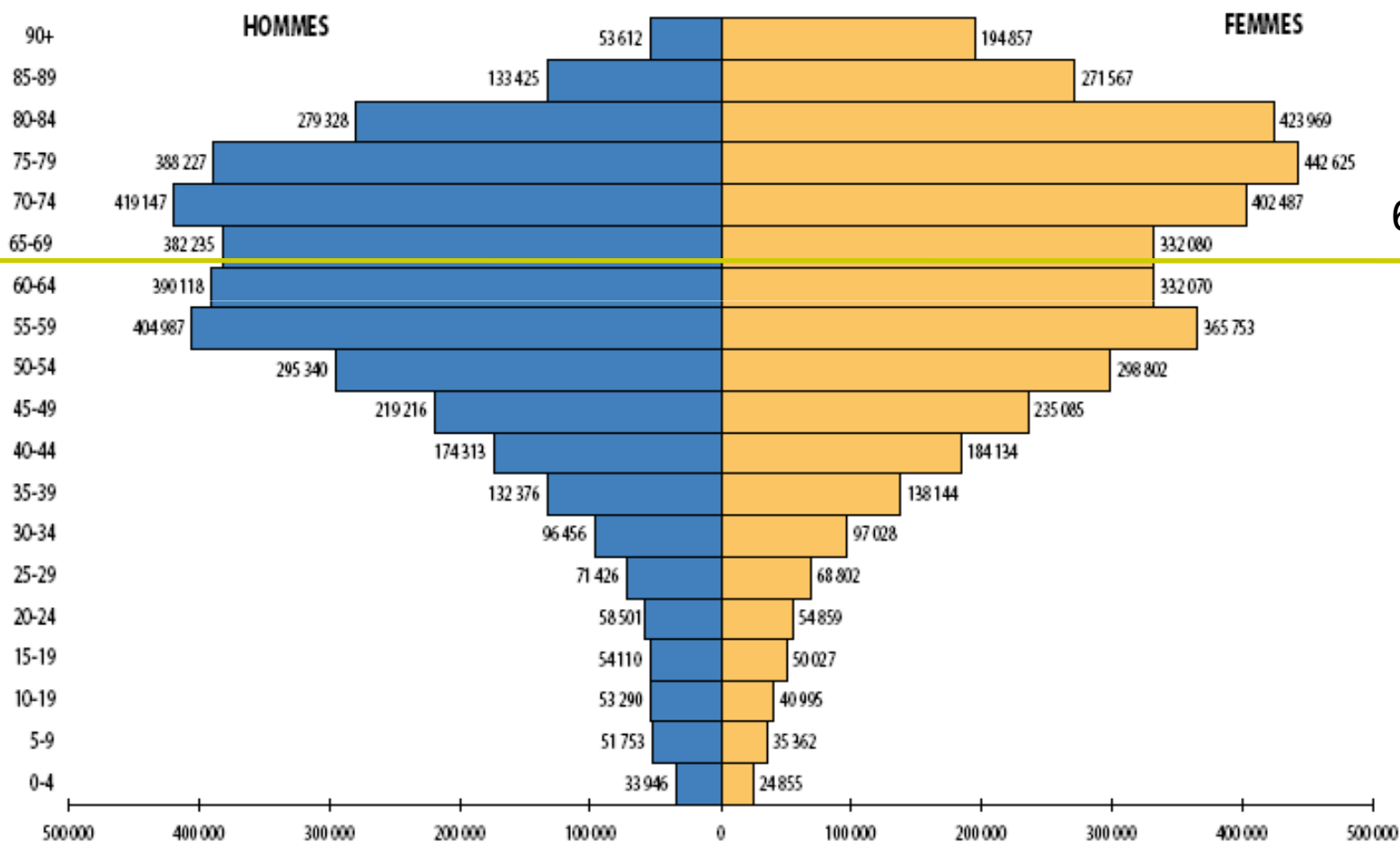
Source : SNIIR-AM ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

Répartition des ALD



Figure 1

Pyramide des âges des personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2006



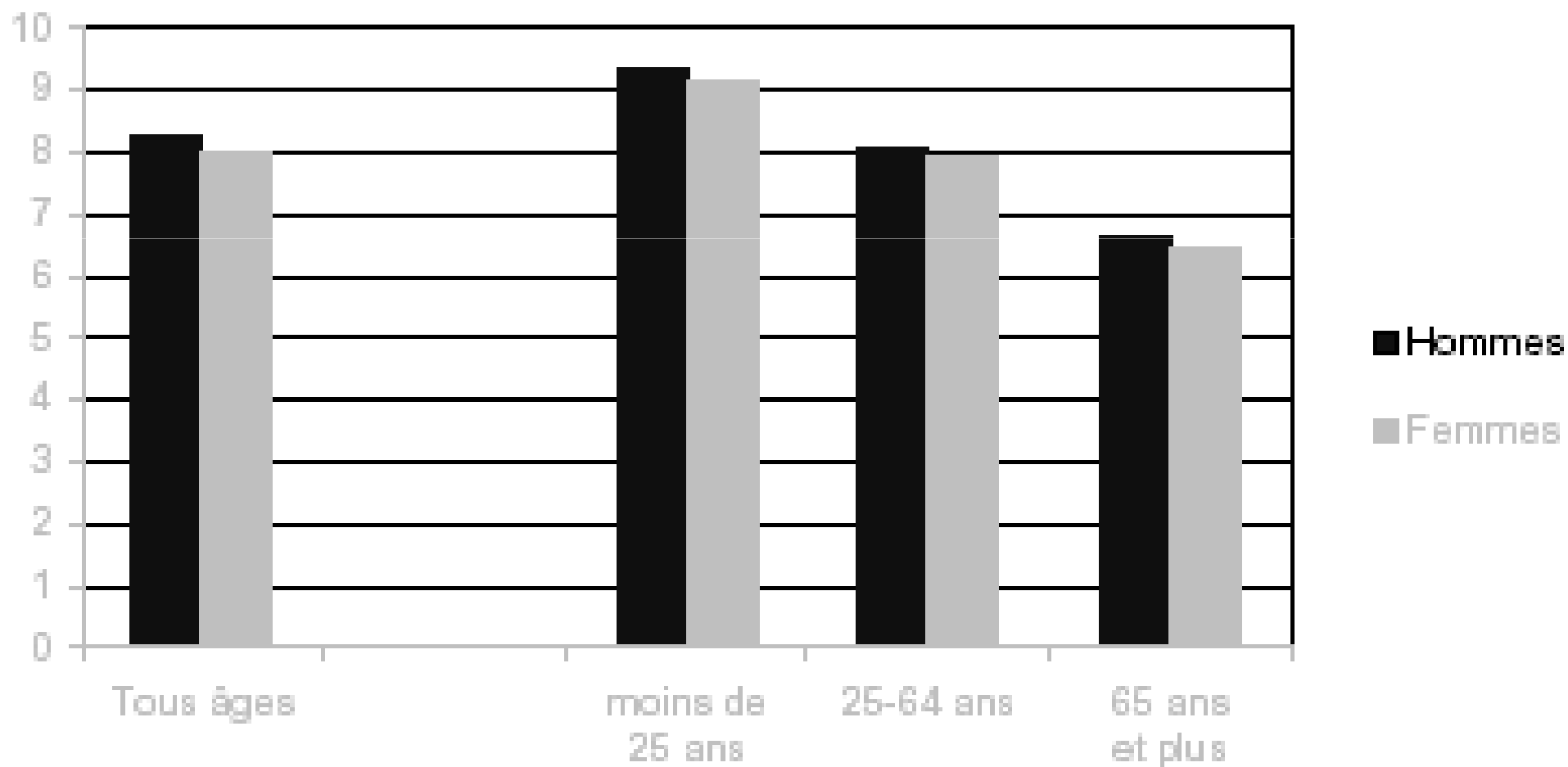
65 ans et plus

Source : SNIR-AM ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

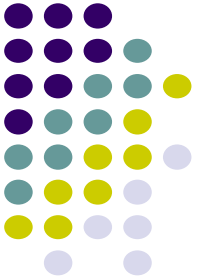
Santé perçue



note moyenne de la classe d'âge



Epidémiologie



- à partir de 80 ans
 - 4,5 % sont très dépendantes
 - 28 % des PA manquent d'indépendance au domicile pour certains gestes de la vie quotidienne
 - 72 % ont besoins d'aide pour les tâches domestiques
 - 11 % n'ont ni sorties, ni relations, ni contacts téléphoniques avec un tiers
 - leurs revenus sont les plus bas

Epidémiologie

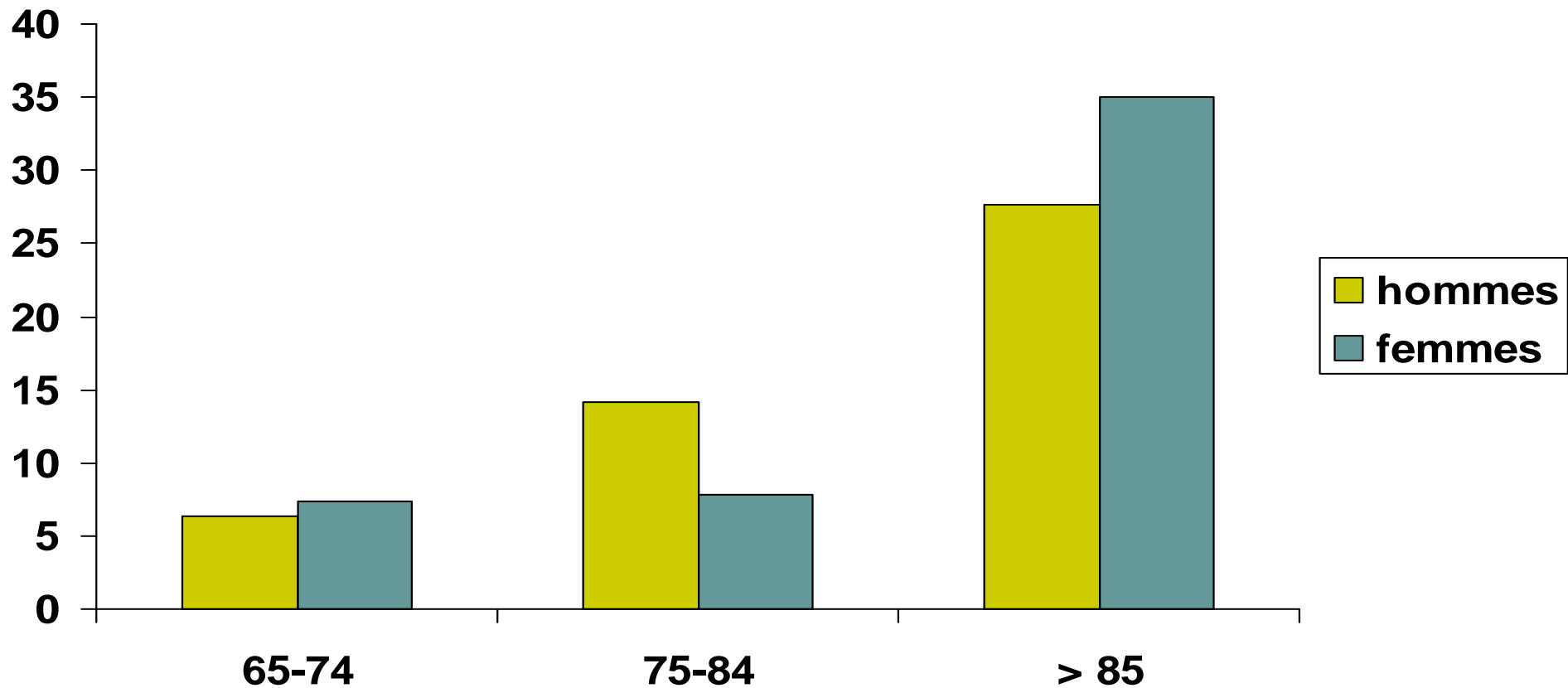


- Credoc 1996 :
 - 20 % des Français ont dans leur entourage une PA “ne pouvant vivre seule”
 - 1985 : 50 % accueillies en famille
 - 1988 : 36 % “ “ “
 - 1996 : 26 % “ “ “
 - 30 % des PA dépendantes vivent dans leur logement
 - stabilité malgré le développement des services d’aides à domicile
 - recours aux établissements d’accueil
 - 1986 : 25 %
 - 1995 : 35 %

Pourcentage de sujets dépendants à domicile



Pour au moins un ADL – Paquid (n=3770)

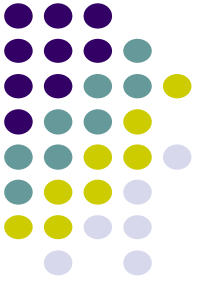




Dépendance à domicile

- Selon chaque ADL – Paquid (n=3770)

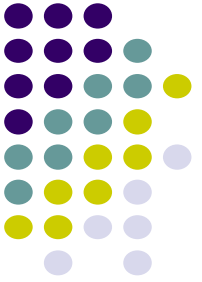
● AGE	65-74		75-84		85 +		Total
	SEXE H	F	H	F	H	F	
● Effectif	619	784	417	667	84	221	2792
● Toilette	2,0	0,9	4,8	3,3	6,0	12,0	3,3
● Habillage	2,0	1	3,8	3,2	6,0	10,4	3,1
● Aller WC	0,7	0,6	3,4	2,4	3,6	5,9	2,0
● Locomotion	1,1	1,2	2,9	4,5	3,6	6,3	2,7
● Continence	5	6,4	14,2	17,4	20,2	29,9	12,2
● Alimentation	0,2	0,3	0	0,5	2,4	1,4	0,4



Dépendance à domicile

- Selon chaque IADL – Paquid (n=3770)

● AGE	65-74		75-84		85 +	
● SEXE	H	F	H	F	H	F
● Téléphone	1,1	1,3	4,3	3,3	9,5	14,5
● Courses	9,7	13,8	29,3	38,8	52,4	71,5
● Repas	12,3	4	29	14,4	52,4	43,9
● Entretien	4,4	1,1	12,9	7,2	25	21,3
● Lessive	8,6	2,3	26,6	11,5	52,4	35,3
● Transports	5,2	6,9	18,9	25,6	41,7	61,1
● Médicaments	2,1	1,7	9,6	6,4	14,3	20,8
● Budget	3,1	1,3	9,6	6,6	11,9 2	4,4



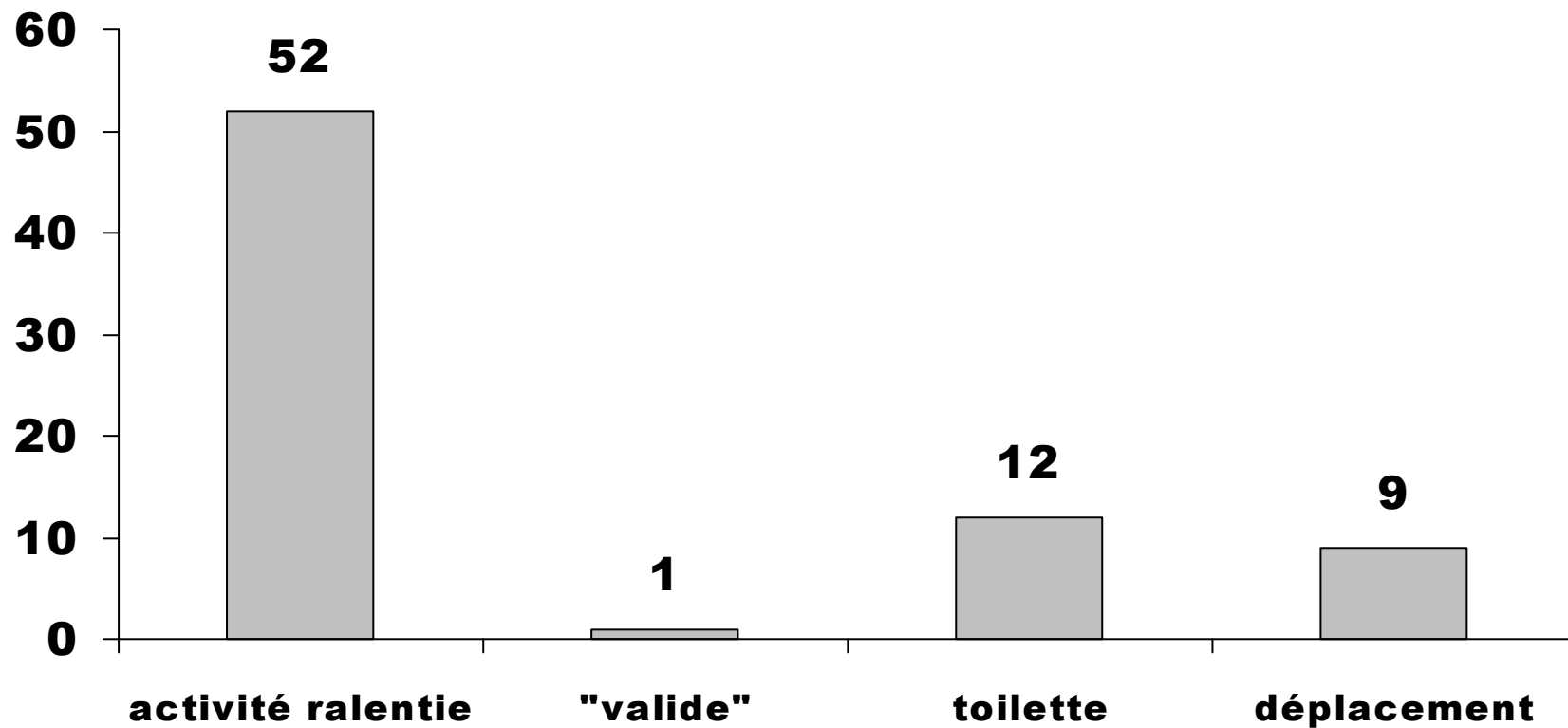
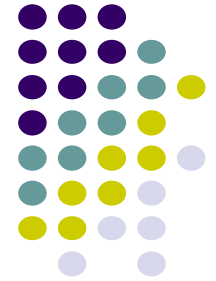
Évolution de l'incapacité

- Évolution de l'incapacité entre 2 générations de personnes âgées de 75 à 84 ans espacées de 10 ans.

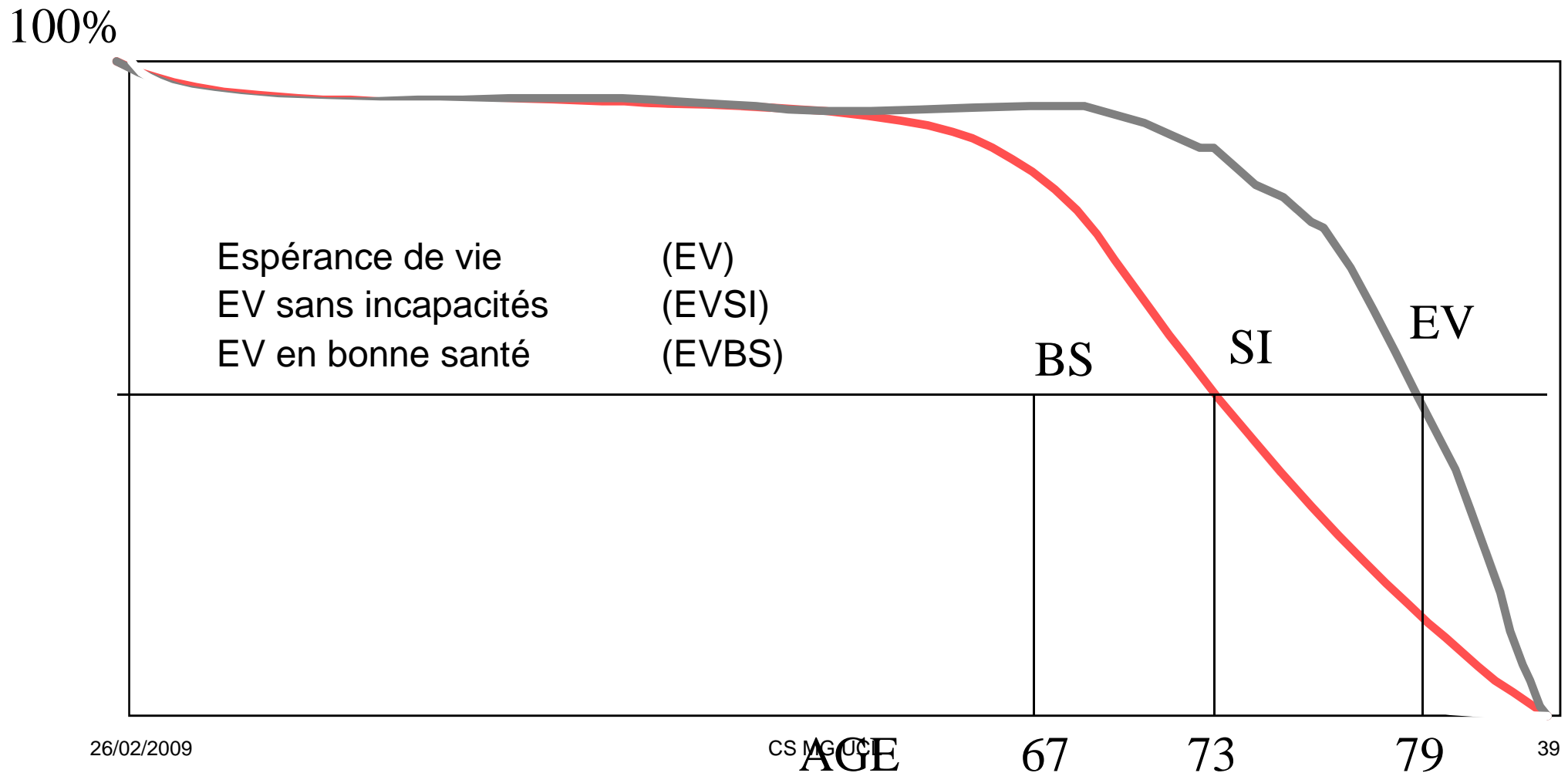
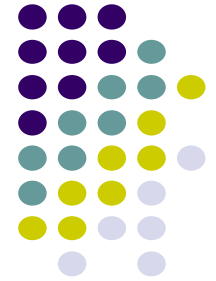
● % Dép.	Global***		Hommes***		Femmes***	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
● Autonomes	13,4	23,3	22,4	34,7	7,4	15,5
● Dép. 1	48,2	46,0	48,8	38,6	47,8	51,1
● Dép. 2	32,8	26,4	23,3	21,1	39,2	30,0
● Dép. 3	5,5	4,2	5,5	5,5	5,6	3,4

- Différence significative entre les 2 générations
- *** p global < 0.0001

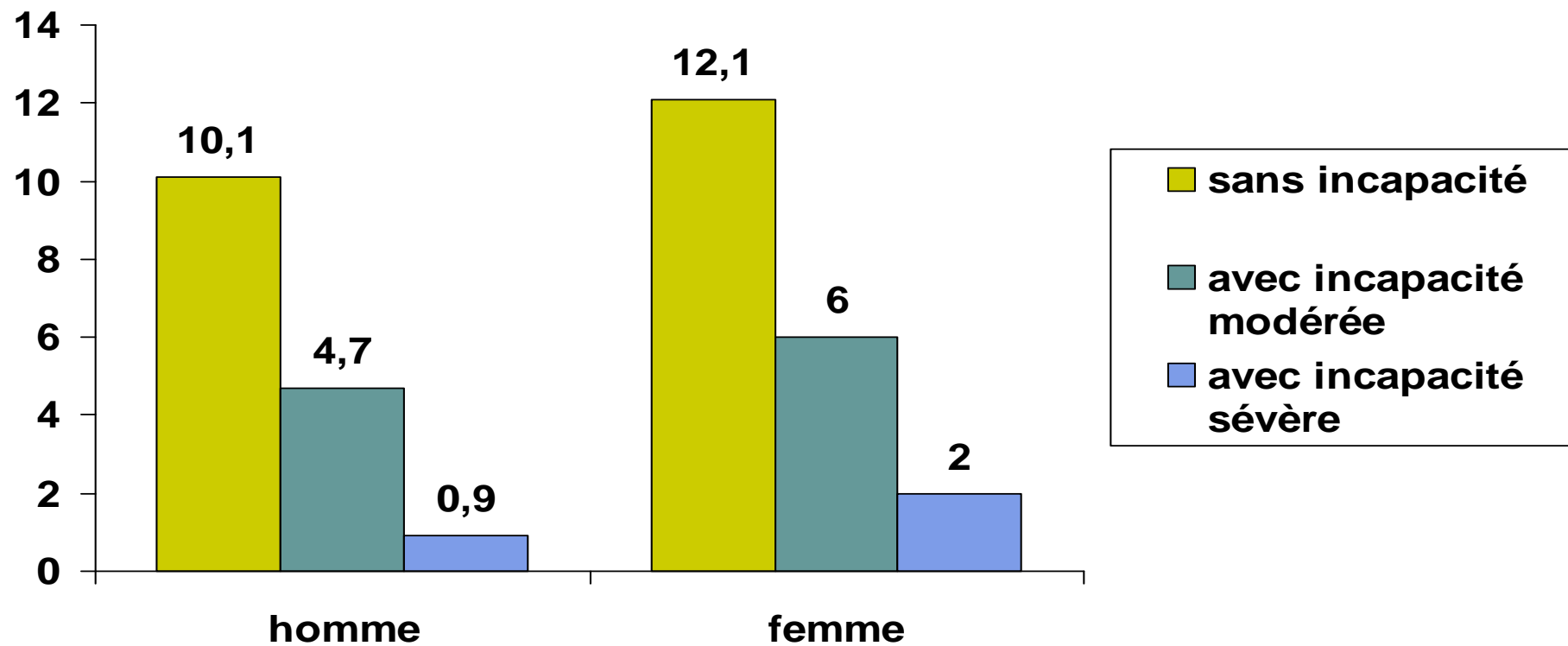
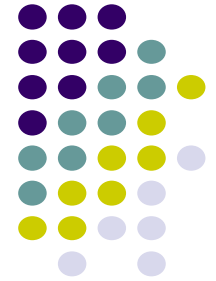
Dépendance (> 80 ans)



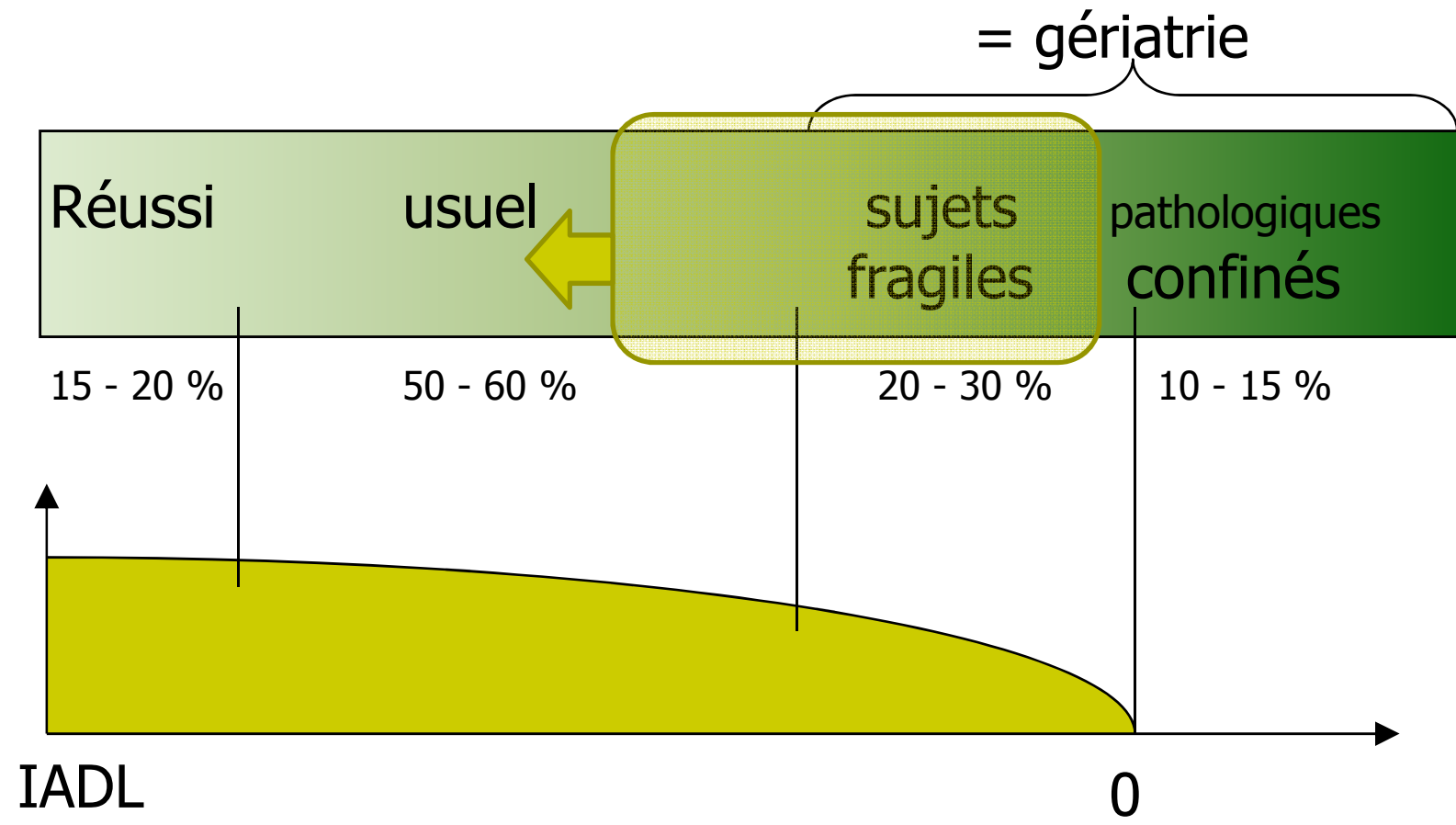
Espérance de vie et santé

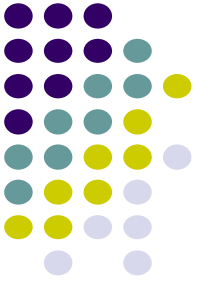


Espérance de vie à 65 ans



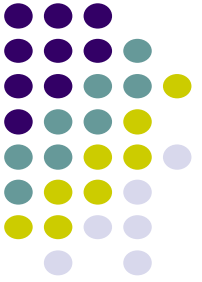
Les différentes trajectoires du vieillissement





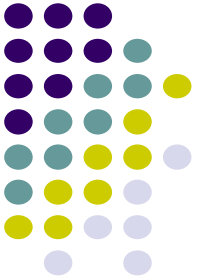
Fragilité et comorbidités

- Comorbidités : agrégation de maladies
- Fragilité : Agrégation de pertes infracliniques de réserves de multiples systèmes physiologiques
 - J of Gerontol 2004 ; 59 : 255 – 263
- Facteurs de risque indépendants d'incapacité et de dépendance



Stade(s) clinique(s)

- Réserves fonctionnelles < 30 % ?
- Fragilité = syndrome clinique
- 4 domaines majeurs :
 - Neuro-musculaire (motricité – mobilité)
 - force préhension, sarcopénie
 - Cognitif
 - Nutritionnel
 - Sensoriel
- Critères cliniques : aucun consensus (> 30)
 - Définissant des stades cliniques très différents

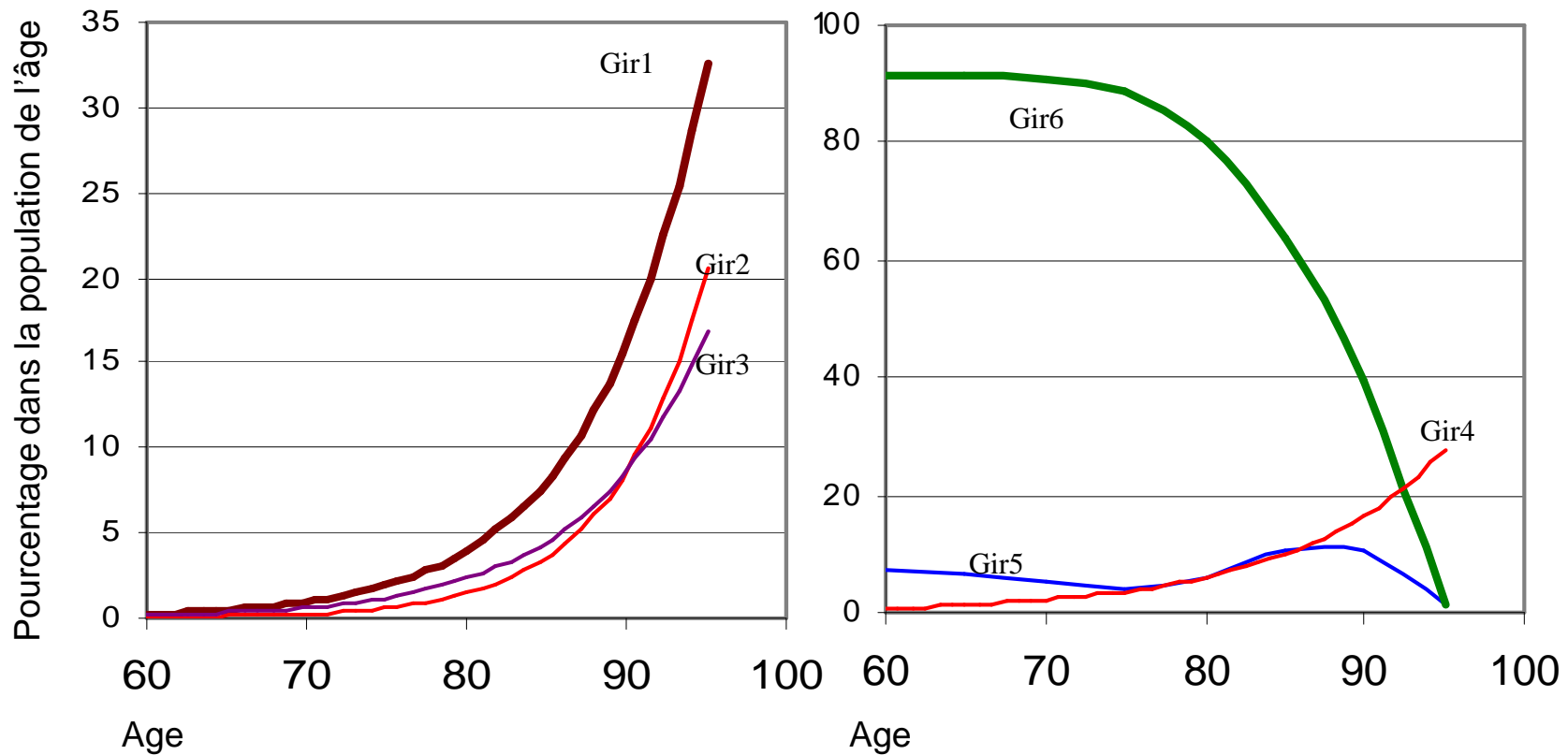


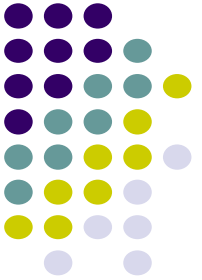
Critères de fragilité

- AGE > 85 ANS
- ≥ 1 SYNDROME GERIATRIQUE
 - Troubles de la marche ou chutes
 - Incontinence
 - Confusion mentale ou démence
 - Dénutrition
- CO-MORBIDITE > 3
- ATTEINTE ≥ 1 ADL
- (Ann Med Int 2002 ; 153 : 397 – 402)



Les GIR en fonction de l'âge

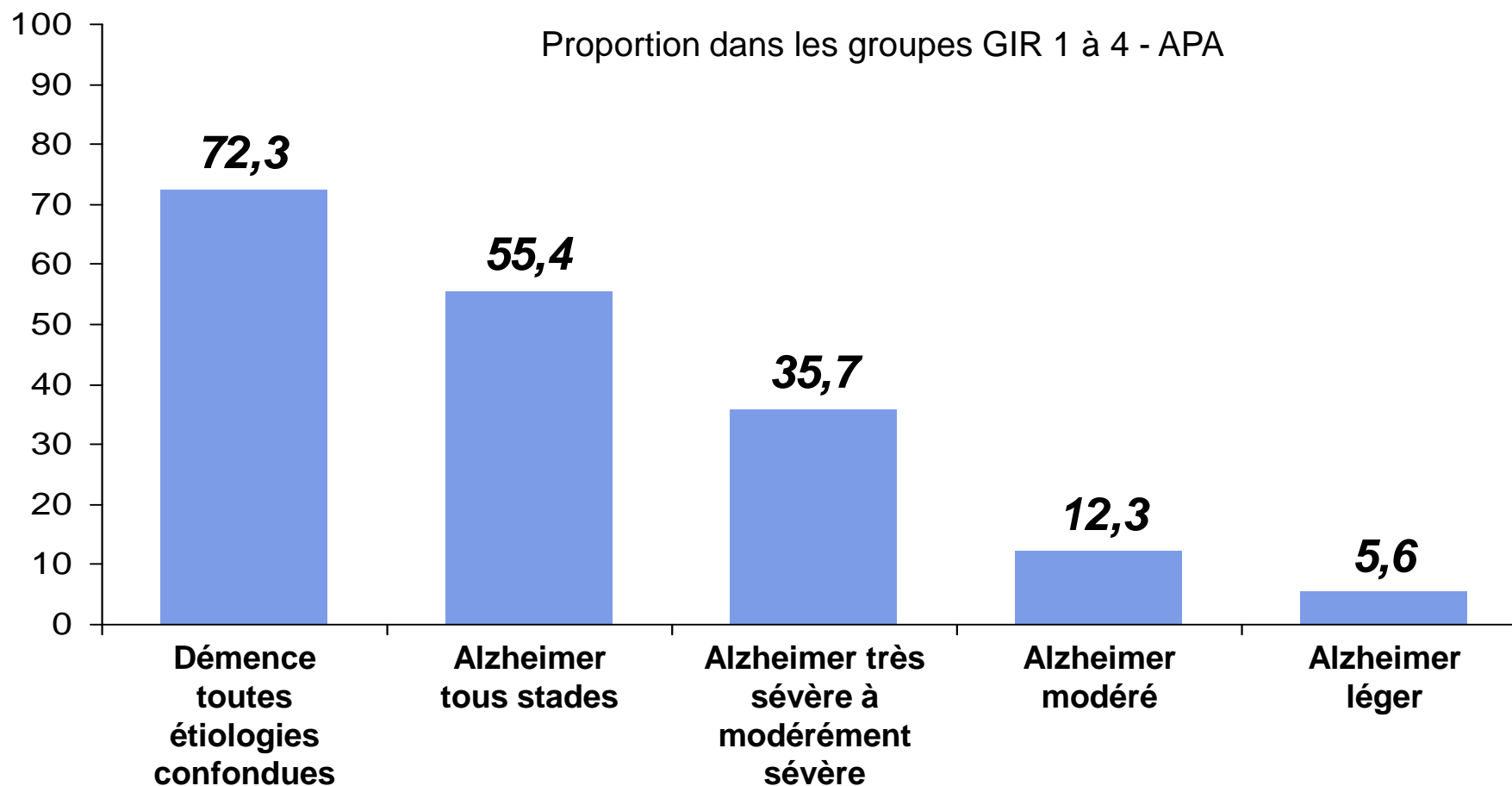




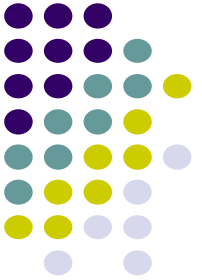
APA : bénéficiaires

- **827.000 au 31 mars 2004**
 - soit **4,4%** de plus qu'au 31 décembre de l'année précédente,
 - **58% des bénéficiaires (âgés de 60 ans ou plus)** vivaient à domicile
 - et 42% en établissement.
 - montant moyen du plan d'aide
 - à domicile : 489 euros par mois
 - en établissement : 378 euros.
 - 83% ont plus de 75 ans.
 - Parmi les plus de 75 ans, 181 pour 1.000 bénéficiaient de l'APA
 - Trois bénéficiaires sur quatre sont des femmes
 - Au cours du premier trimestre 2004,
 - 7% des bénéficiaires ont cessé de percevoir l'APA,
 - essentiellement pour cause de décès ou d'hospitalisation longue.

Démence, maladie d'Alzheimer et GIR



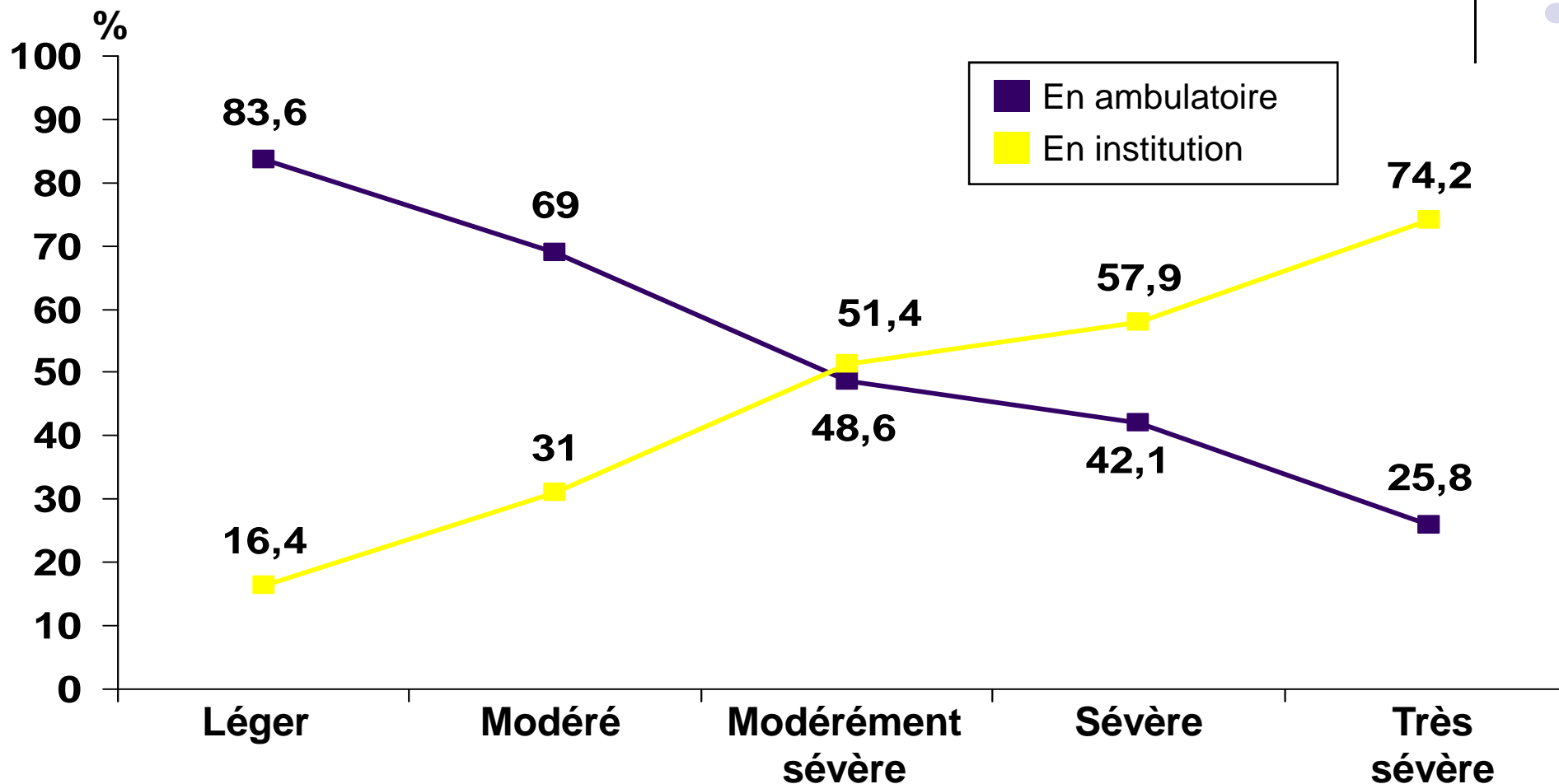
1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002
2. Communiqué de presse Secrétariat d'état aux personnes âgées 16/01/2003



GIR et maladie d'Alzheimer

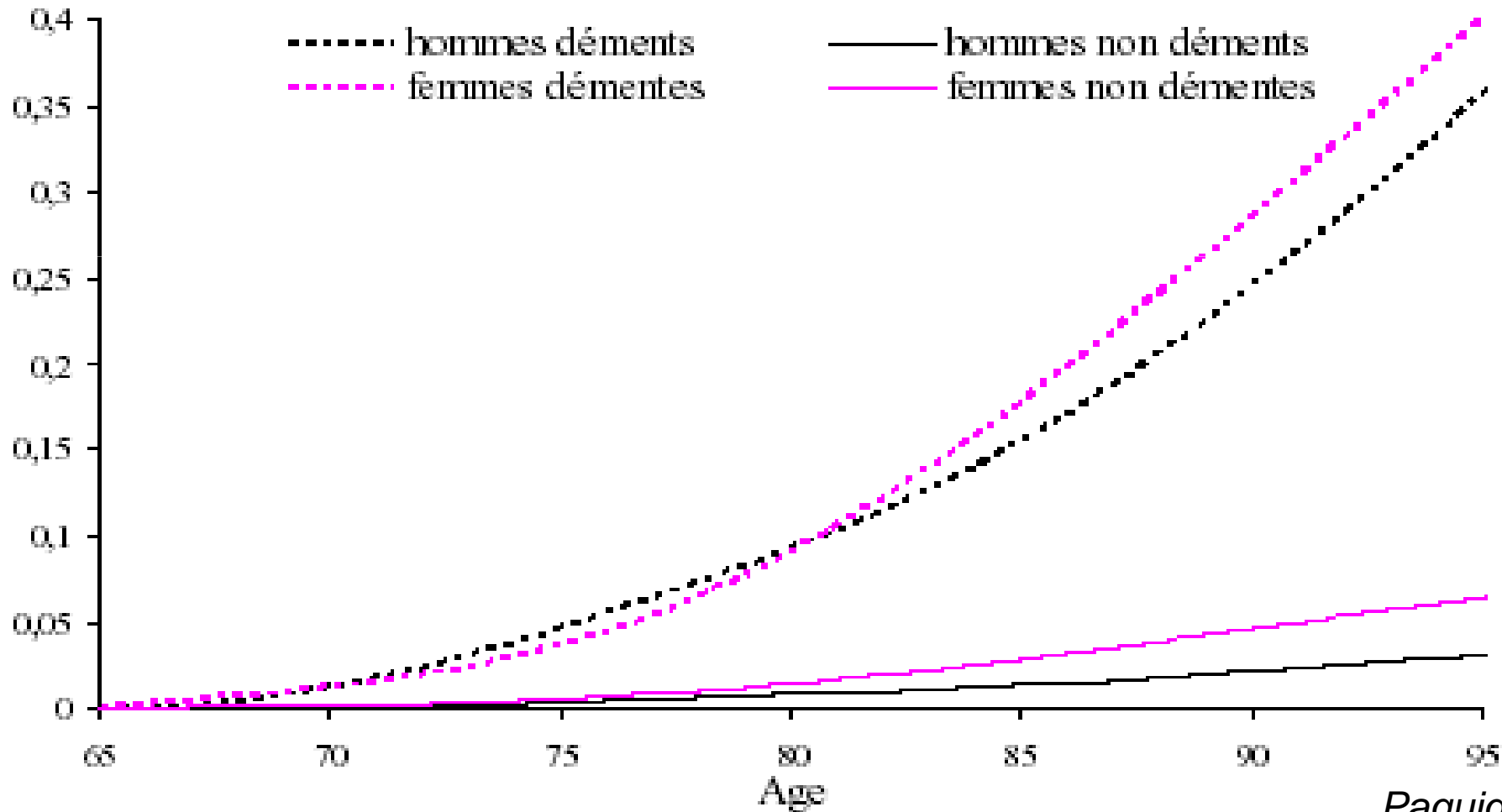
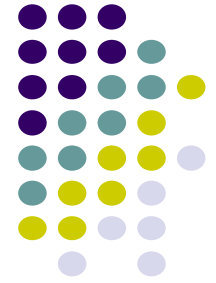
● Stade	M Alzheimer	démence autre	non dément
● GIR 1	86,3%	13,8%	0,0%
● GIR 2	49,2%	32,8%	18,0%
● GIR 3	62,5%	11,5%	26,0%
● GIR 4	35,6%	12,8%	41,6%
● GIR 5	20,8%	4,7%	75,5%
● GIR 6	6,5%	1,4%	92,1%
● GIR 1 à 4	53,8%	19,5%	26,7%

Maladie d'Alzheimer et institution

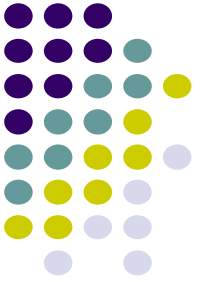


1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002
2. Communiqué de presse Secrétariat d'état aux personnes âgées 16/01/2003

Taux d'entrée en institution selon l'existence d'un syndrome démentiel



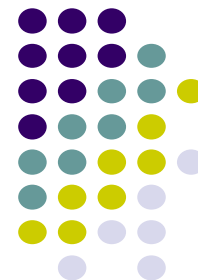
Paqid 1988-2001



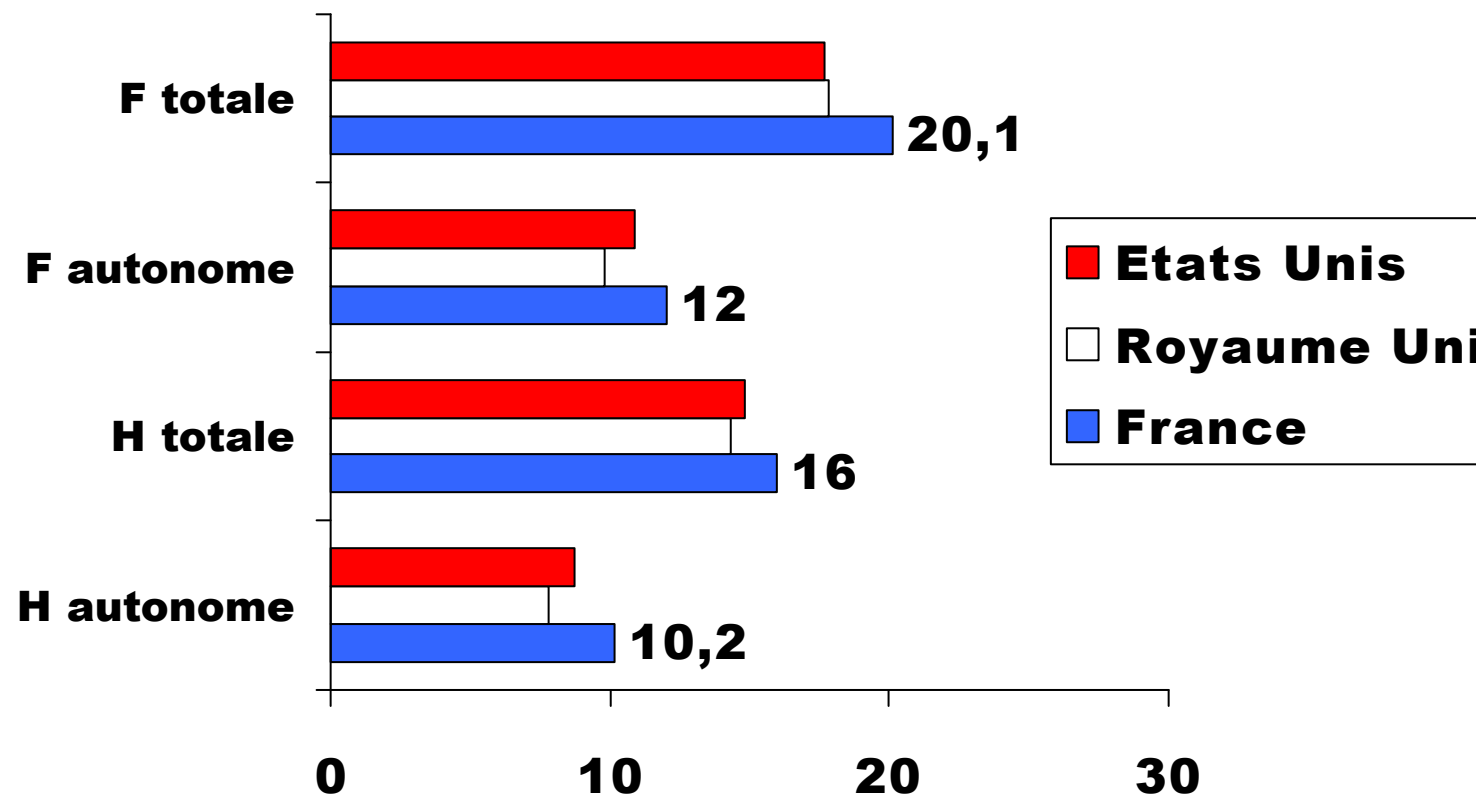
Prévalence de la M Alzheimer selon le lieu de vie

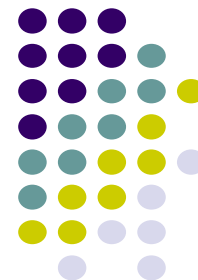
- Parmi les 1 461 personnes de 75 ans et plus
 - 1320 vivent à leur domicile (90,3%)
 - 40 vivent RPA / LF (2,7%)
 - 141 vivent en institution (9,7%)
 - 260 présentant un Sd démentiel (dont 207 MA)
- Prévalence de la maladie d'Alzheimer :

● Institution	RPA / LF	Domicile
● 71.6%	20%	11.8%

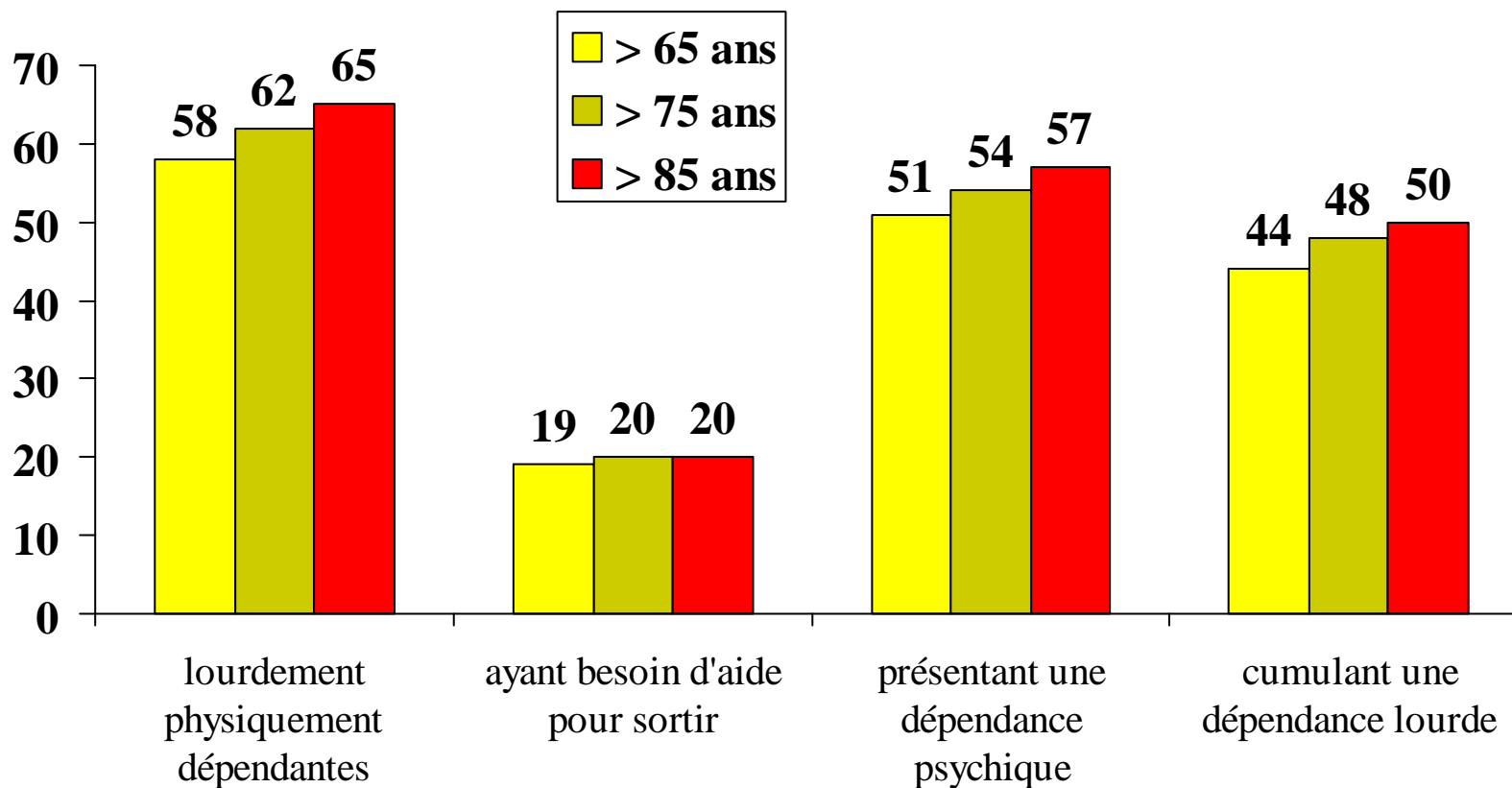


Espérance de vie et incapacité à 65 ans

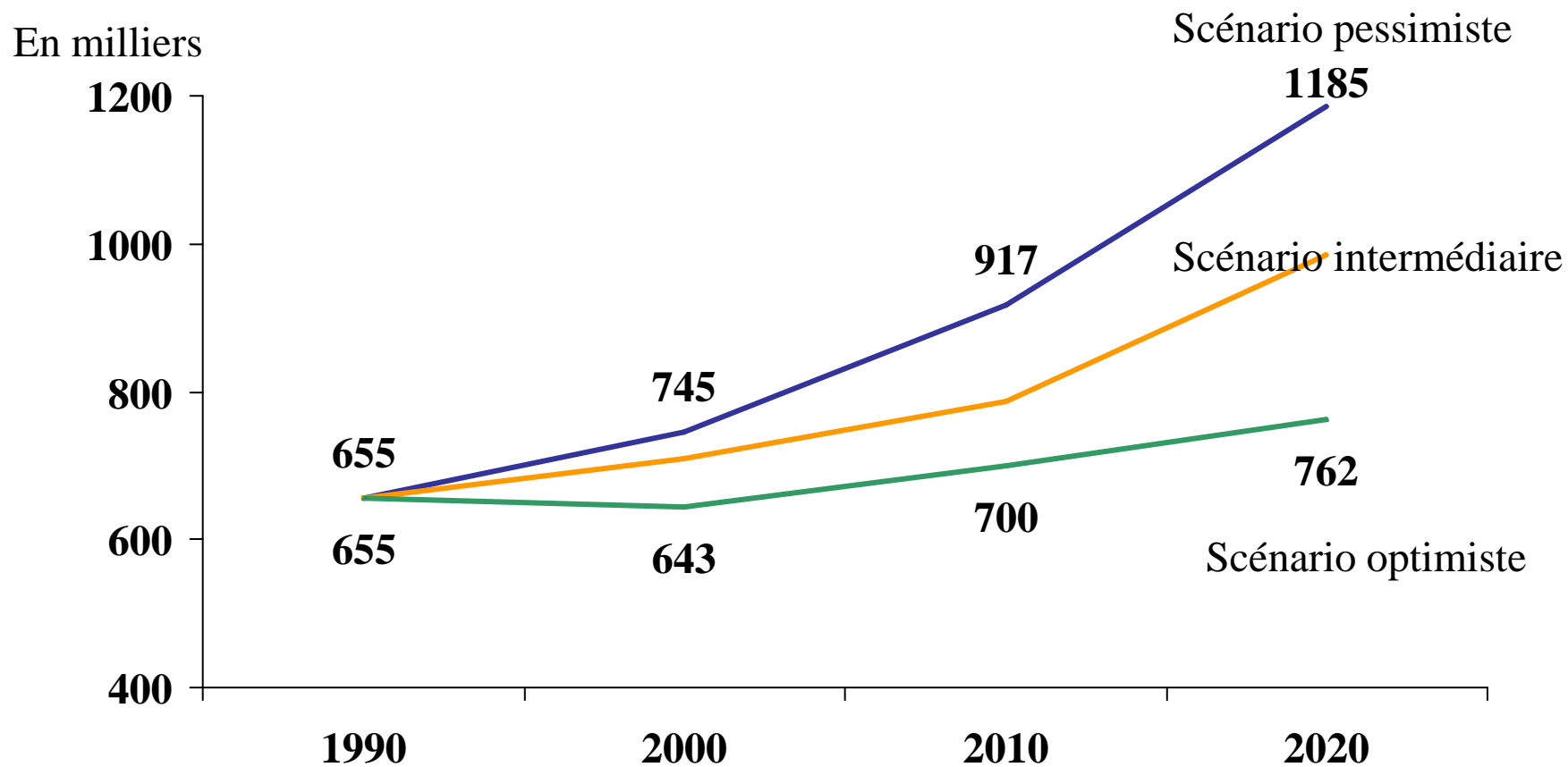




Proportion de PA dépendantes en institution



Évolution de la dépendance



Estimation SESI : enquête EHPA90, INSEE



Besoins attendus

- Évolution du nombre de PA dépendantes

- GIR 1 – 4

- Scénario

	2010	2015
▪ Pessimiste	+100 700	+173 200
▪ Central	+ 75 700	+134 200
▪ Optimiste	+ 32 300	+ 61 000

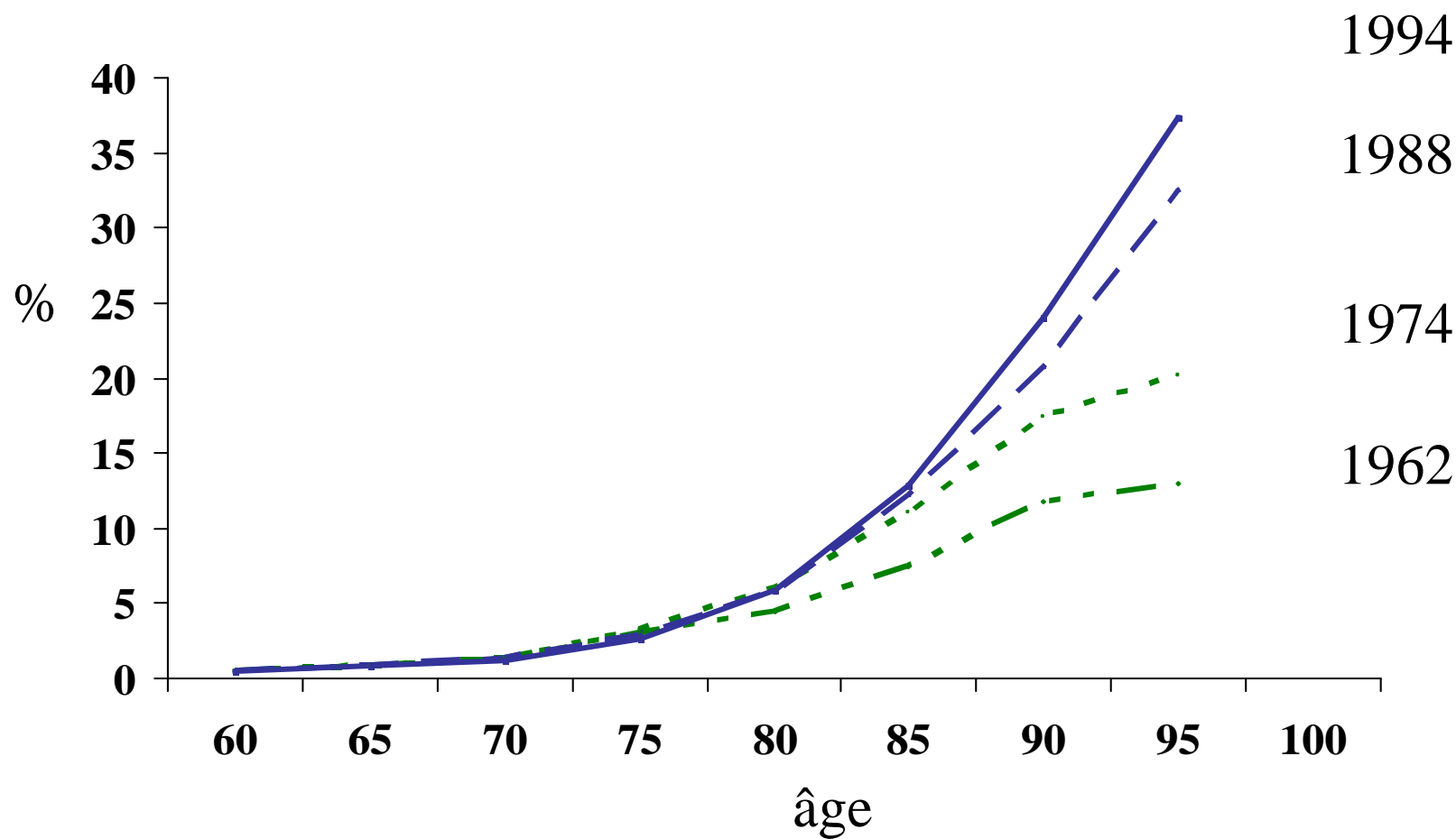
- Places

- EHPAD
- SSIAD
- Pour maintenir la même offre !

▪ EHPAD	+129 800	+171 300
▪ SSIAD	+ 13 300	+ 18 600



Taux de recours à l'institution

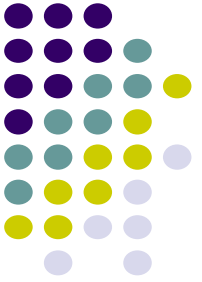


Places réservées aux personnes atteintes de « détérioration intellectuelle »



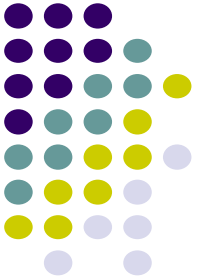
	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour et de nuit	Total	Total des places installées	Proportion / total des places
Logement-foyer	3 500	40	400	4 000	152 900	3
Maison de retraite rattachée à un hôpital	9 000	170	270	9 400	100 800	9
Maison de retraite privée à but lucratif	31 100	2 500	750	34 400	87 900	39
Maison de retraite privée à but non lucratif	19 200	430	710	20 400	127 100	16
Maison de retraite autonome publique	19 700	320	590	20 600	120 500	17
Résidence d'hébergement temporaire	80	290	40	410	2 400	17
USLD	17 800	70	310	18 200	79 300	23
Ensemble	100 400	3 800	3 100	107 000	670 900	16

Source : DRESS (2005)



Aides techniques

- 6.6 % des plus de 60 ans ont besoin d'aide
 - Sur 12.1 millions
- Les aides fréquentes (ordre décroissant) :
 - Les aides à la mobilité sont les plus répandues
 - Canes, béquilles, déambulateurs, fauteuils roulants
 - L'aide auditive est le besoin le moins satisfait
 - Les aides à l'hygiène
 - Femmes : protections absorbantes
 - Hommes : dispositifs de sonde et évacuation d'urines
 - Adaptation du logement
 - PA à domicile : 72 % en maison individuelle et 28 % en appartement
 - Télé-alarme



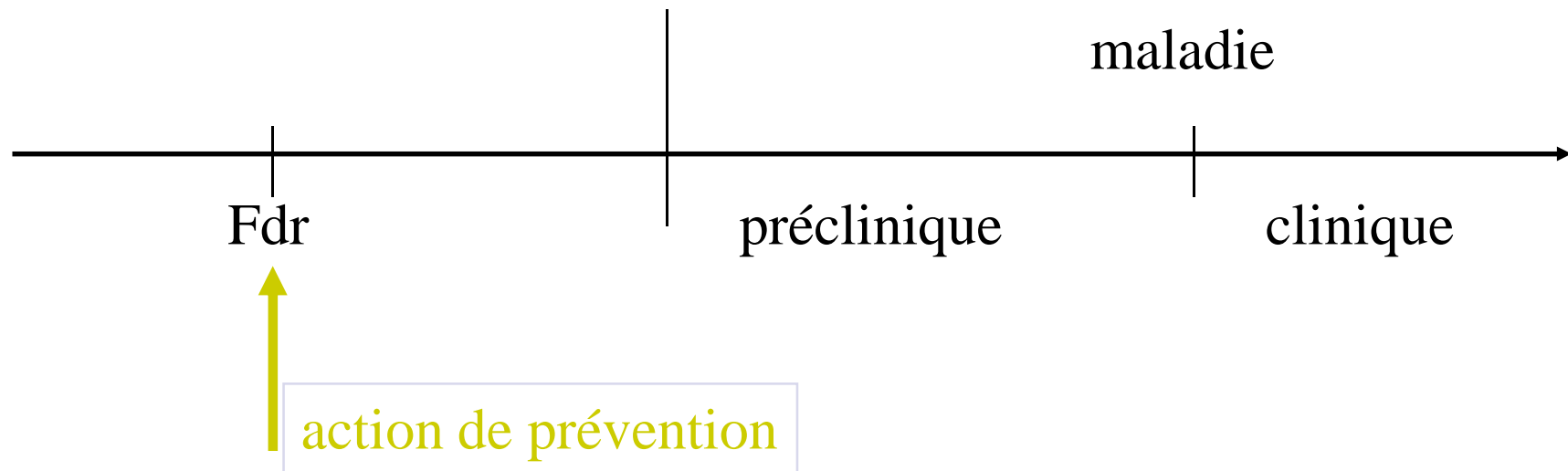
Téléalarme

- 400 000 PA, soit 3.3 % des > 60 ans
- FDR
 - Âge, surtout > 80 ans
 - Confinement au lit/fauteuil
 - Absence de perte d'autonomie psychique
 - Vivre seul au domicile (77 %)

Prévention



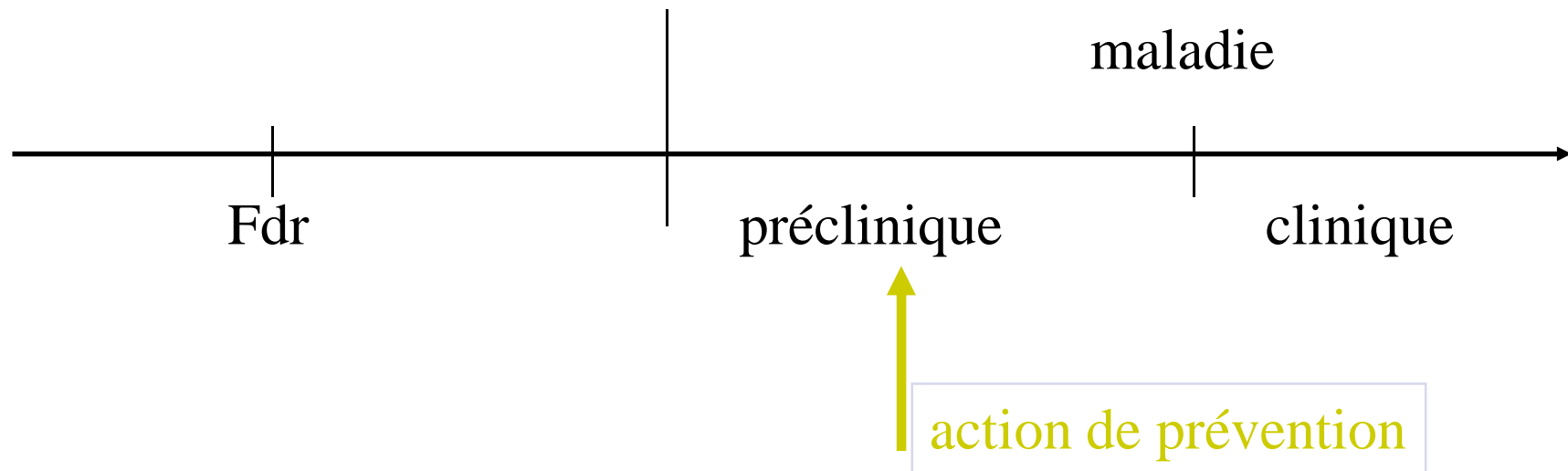
- prévention primaire
 - agir sur des facteurs de risque afin que la maladie n'arrive pas



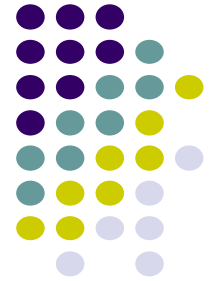
Prévention



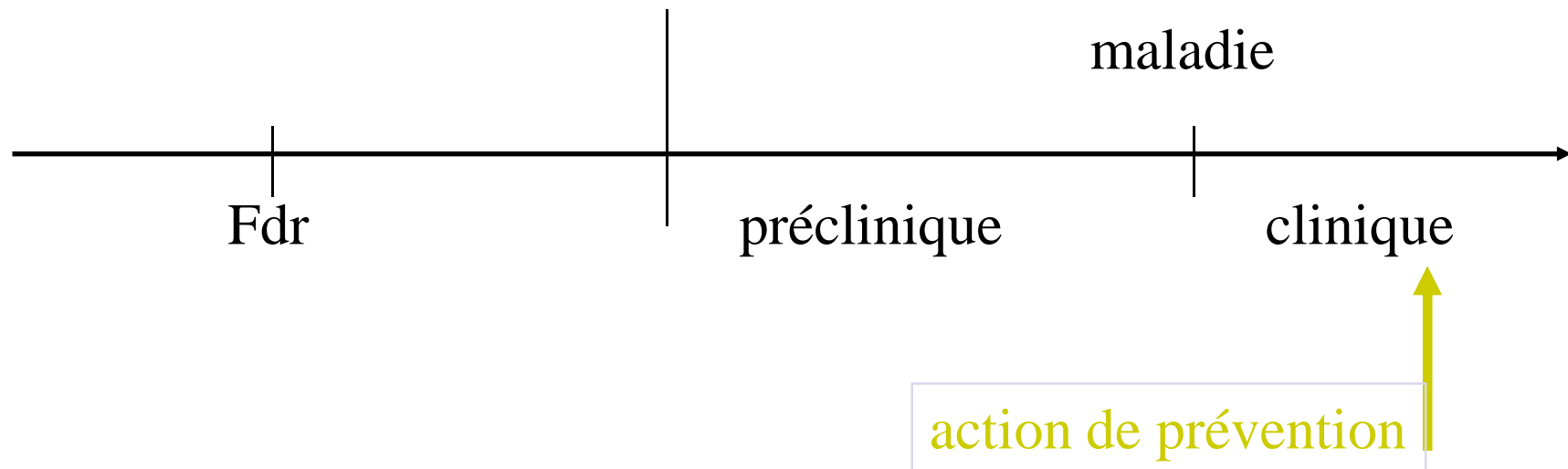
- prévention secondaire
 - agir pour que la maladie ne devienne pas clinique # dépistage



Prévention

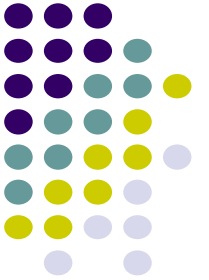


- prévention tertiaire
 - la maladie étant survenue, agir pour qu'elle entraîne le moins de séquelles morbides



Prévention

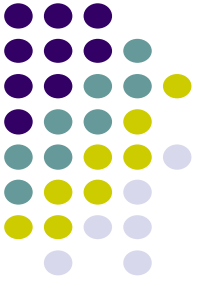
- cible de la prévention
 - survenue des maladies
 - survenue dépendance
 - # perte d'autonomie
 - physique
 - psychique
 - sociale



Prévention primaire de la perte d'autonomie

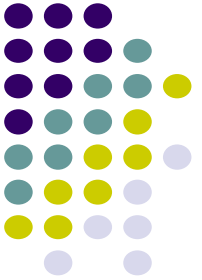


- physique
 - éviter les maladies
 - distinction classique :
 - vieillissement primaire = physiologique
 - pas de perte d'autonomie
 - vieillissement secondaire = pathologique
 - source de perte d'autonomie
 - maintenant : vieillir avec succès
 - éviter les maladies
 - et maintenir l'autonomie maximale



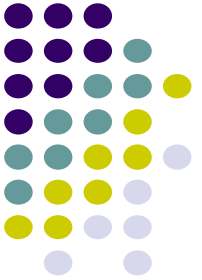
Prévention primaire

- prévention primaire des maladies
 - premier pourvoyeur de déficience chez la PA :
 - affection neurologiques 35 à 45 %
 - troubles loco-moteurs 15 à 20 %
 - FESF F > 80 ans 20 %
 - H > 80 ans 10 %
 - dénutrition > 65 ans hôpital 50 %
 - domicile 15 %
 - incontinence urinaire institution 40 à 50 %
 - domicile 23 %
 - pathologie d'organe évolutive 5 à 10 %



Prévention primaire

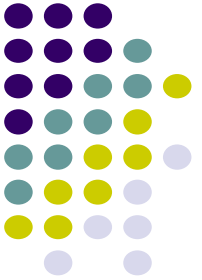
- déficiences psychiques
 - M Alzheimer 65 ans 1 %
 - > 80 ans 20 %
 - dépression 4 à 25 %
- déficiences sensorielles
 - presbycousie > 70 ans 62 %
 - cataracte 18 à 20 %
 - DMLA 10 %
 - glaucome 5 %
 - ----> confusiogène (Sd Charles Bonnet)
- peu de réponse en prévention primaire



Prévention primaire

- sociale
 - isolement social
 - familles éclatées
 - conflits intergénérationnels
 - isolement culturel
 - histoire personnel/Histoire
 - jeunisme/agisme # tribalisme
 - isolement économique
 - démographie et retraite par reversion
 - 10 % de pauvres dont 75 % PA

Prévention primaire



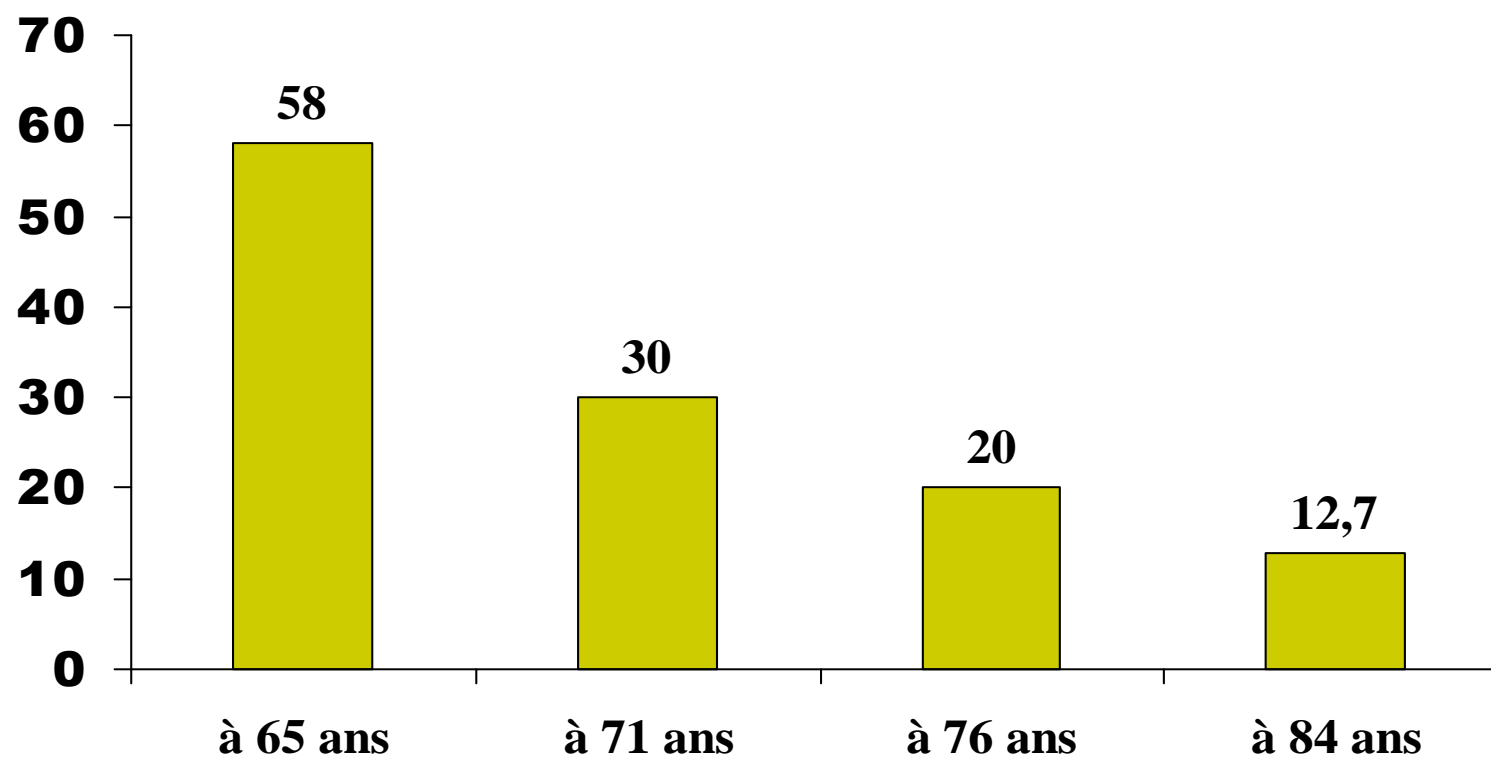
- Pour un vieillissement réussi
 - processus adaptatif
 - actions de sélection :
 - je ne peux plus faire en vieillissant tout ce que je pouvais faire à l'âge adulte
 - actions d'optimisation
 - conserver ou améliorer ses fonctions physiologiques
 - actions de compensation
 - adapter ses souhaits à ce que l'on peut faire, différemment
 - aides technologiques



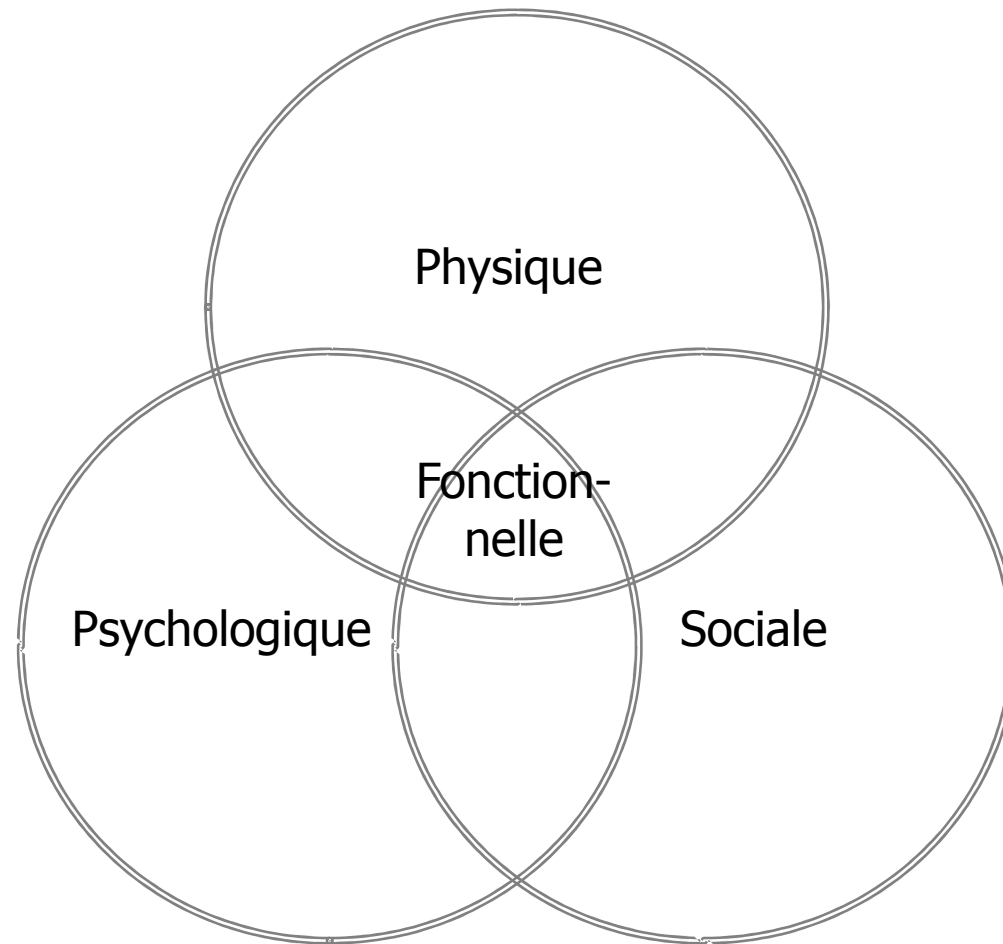
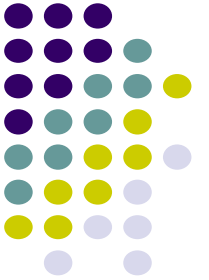
Le vieillissement réussi

12,7 à 33 % des sujets âgés

12 % des sujets âgés l'obtiennent secondairement

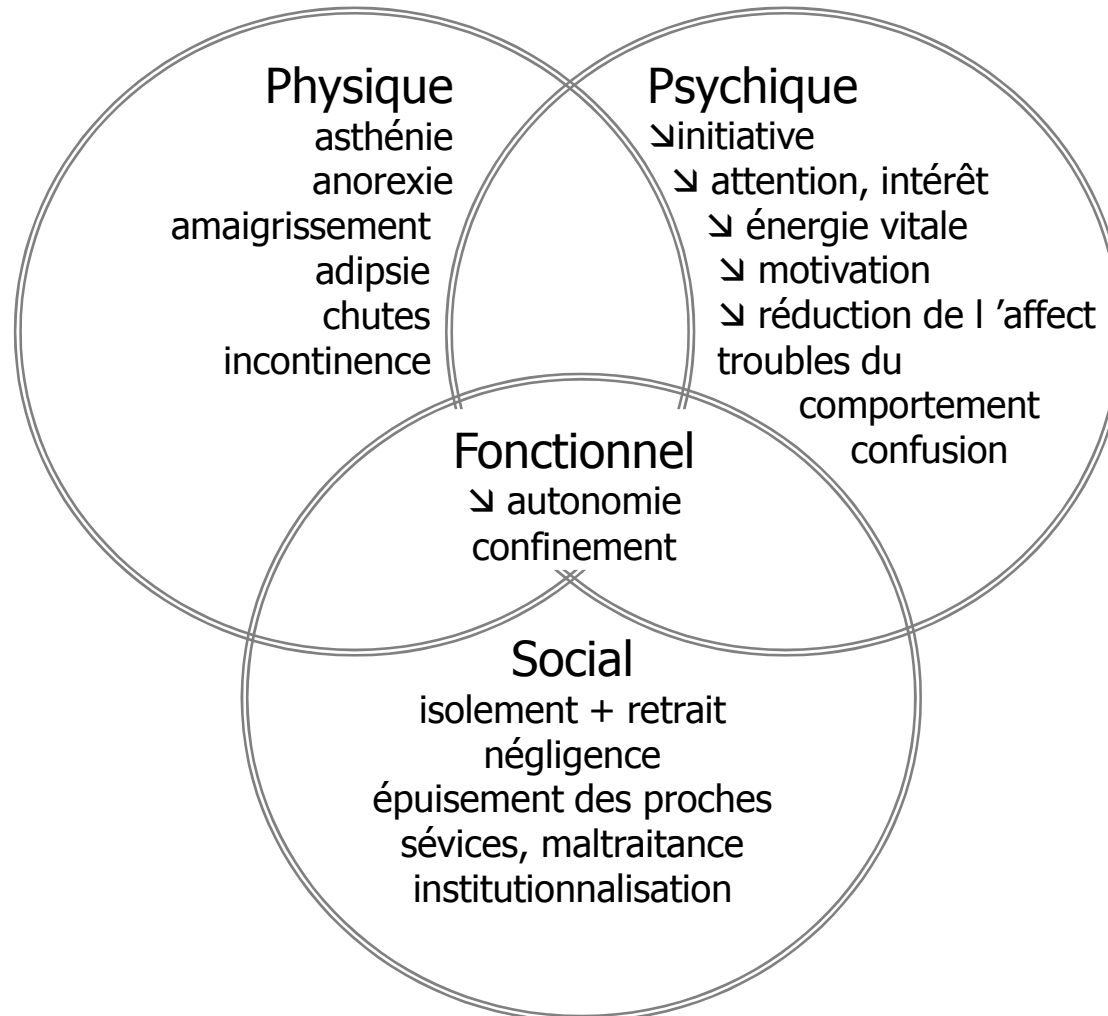


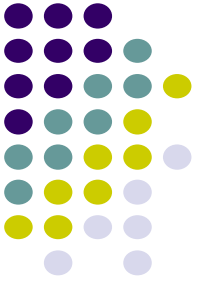
Évaluation globale du sujet âgé





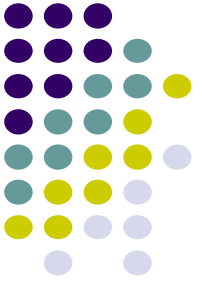
Perte d 'autonomie du sujet âgé





Difficultés au maintien à domicile

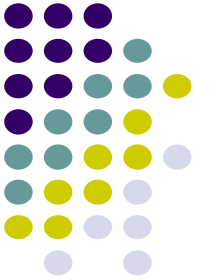
- personnes vivant seules ou socialement isolées (deuil récent)
- incapacité à se déplacer sans aide
- mauvaise tolérance à l'effort
 - insuffisance cardiaque ou respiratoire, angor...
- troubles psycho-comportementaux
 - démence, dépression...
- incontinence
- retour d'hospitalisation
- recours répété aux urgences
- personnes qui refusent de se déplacer
 - pathologies non diagnostiquées, troubles psychologiques...



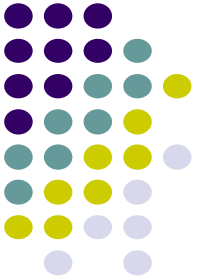
Pré-requis au maintien à domicile

- consentement éclairé de la personne, de la famille
- entourage responsable
- état général compatible
- environnement adéquat
- ressources disponibles
 - humaines, support social effectif et potentiel
 - matérielles, financières
- services structurés
 - disponibilités, visites, urgences
- intervention multidisciplinaire

Rôle du médecin dans le maintien à domicile

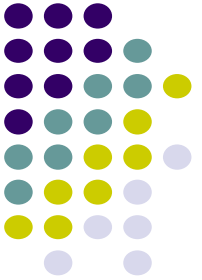


- Évaluation et mise en place
 - diagnostic et thérapeutique
 - autonomie/dépendance
 - apprécier le réseau social et le support social
- coordinateur
 - décision pluridisciplinaire
 - intégrant la famille proche
- suivi médical
 - thérapeutique, prévention Ilre et Illre
- mobiliser les ressources disponibles
 - institutionnelles



Aidants bénévoles

- UK : 5 millions d'aidants
 - 1 millions > 50 heures par semaine
 - Plus atteints dans leur santé
 - 40 % pathologie objective
 - Accès au MG ou aux soins primaires
- Aides représentent 81 milliards €

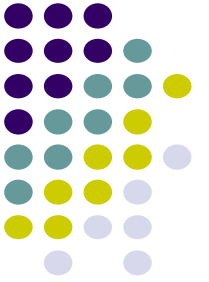


Aidants familiaux

- étude REACH
 - 217 aidants face au décès du proche
 - « Charge » en fin de vie
 - 11h/semaine pour les ADL
 - 35h/semaine pour les IADL
 - 20 % arrêtent de travailler
 - Se sentent « sur le pont » 24h/24
 - Régression rapide des symptômes dépressifs < 3 mois
 - Mieux qu'en institution (stress, culpabilité ?)

N Engl J Med 2003; 349: 1936-42

La gériatrie : une médecine particulière



- gériatrie : médecine des sujets âgés
 - non définie par l'âge
 - vieillissement physiologique / pathologique
 - sujets âgés pathologiques - « sains »
 - coexistence de plusieurs pathologies
 - entités particulières : polypathologie en cascade
 - sujet âgé fragile
 - réserves adaptatives très diminuées
 - conséquences psychiques, fonctionnelles et sociales
 - évaluation gérontologique standardisée (EGS)