

# Médecine et dépendance

Pr Olivier Saint Jean  
Service de Gériatrie HEGP  
Université Paris Descartes

# La séquence de Wood

- maladie



- déficiência



- incapacité



- désavantage (handicap)

environnement



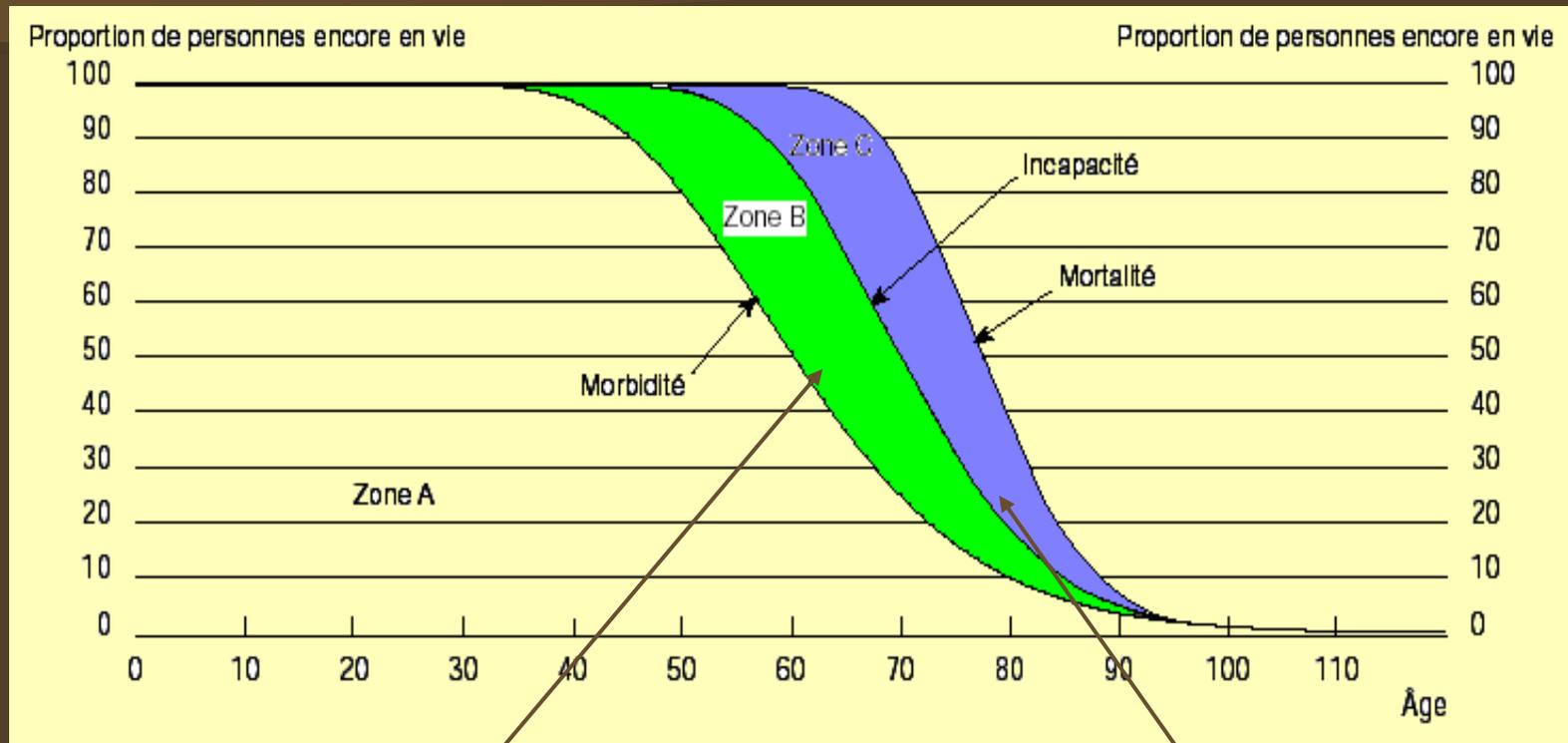
# Les 6 rôles de survie

- l'accomplissement des activités de soins personnel et de la vie courante, indépendance physique,
- les déplacements dans l'environnement habituel
- l'orientation dans le temps et dans l'espace
- l'exercice des occupations habituelles à son âge et son sexe
- l'entretien des relations sociales
- La suffisance économique obtenue par le travail ou d'autres ressources.

# Une définition de la dépendance

- Le point de départ : présence chez un sujet d'altérations physiques et/ou mentales
- Qui lorsqu'elles donnent lieu à des réduction de capacité ou une incapacité à effectuer une ou plusieurs activités de la vie courante
- Rendent l'aide nécessaire

# Courbes de survie – morbidité , incapacité et mortalité



Malades sans incapacité

Malades avec incapacité

# Réduction du taux de personnes dépendantes USA

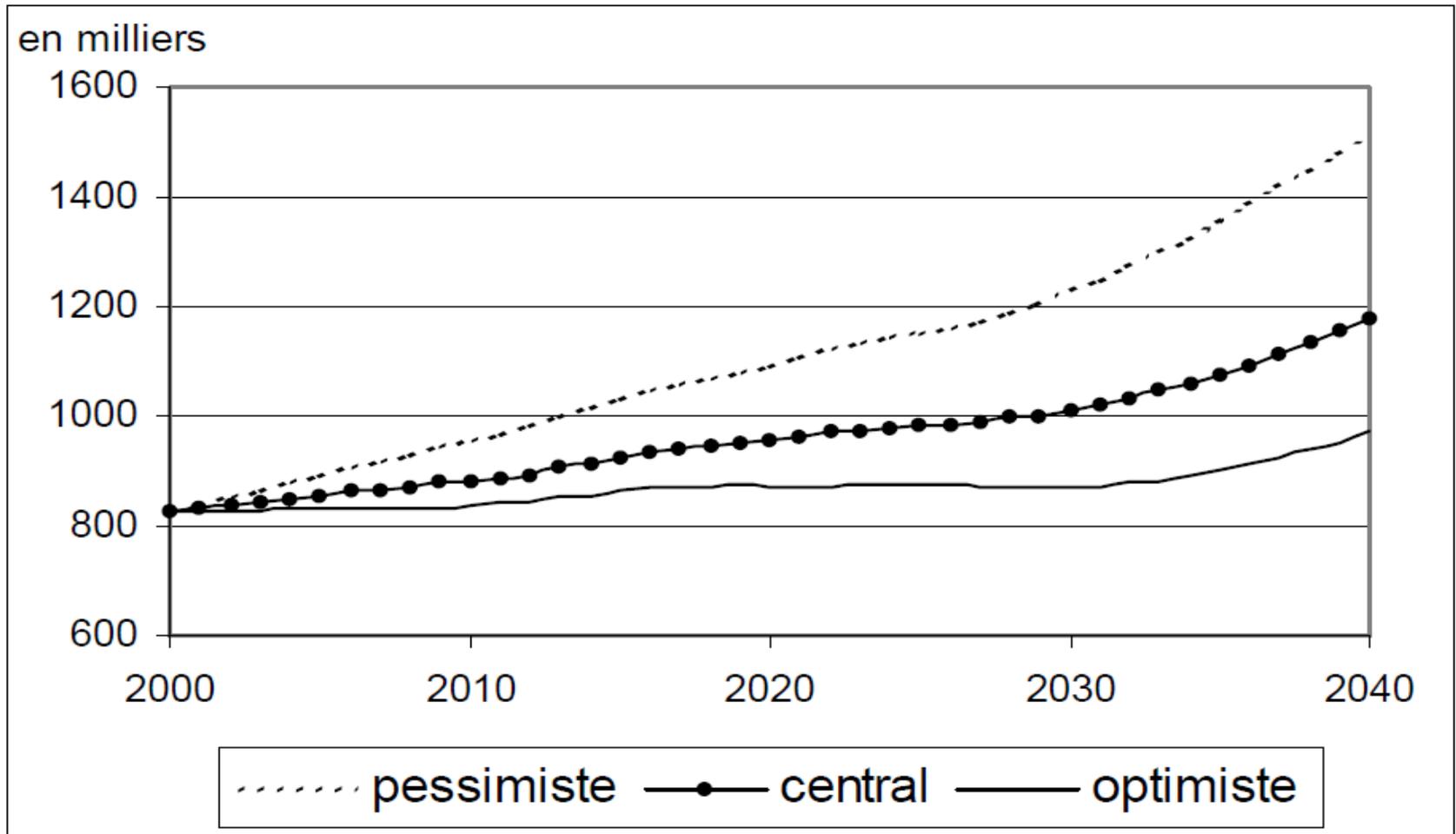
Table 1 Estimates of the chronically disabled percent of the U.S. population aged 65+ [from Manton et al. (71)]

	1982	1984	1989	1994	1999	2004/5
Nondisabled	73.5	73.8	75.2	76.8	78.8	81.0
IADL only	5.7	6.0	4.5	4.4	3.3	2.4
1–2 ADLs	6.8	6.9	6.6	6.1	6.3	5.6
3–4 ADLs	2.9	3.0	3.7	3.4	3.7	3.8
5–6 ADLs	3.5	3.3	3.1	2.9	3.0	3.2
Institution <sup>1</sup>	7.5	7.0	6.9	6.3	4.9	4.0
Per annum % declines		0.6	1.1	1.3	1.8	2.2

<sup>1</sup>Institution refers primarily to nursing home beds, i.e., beds in residential facilities where nursing or medical care is available on a 24-hour basis.

# Prospective du handicap en France

Évolution du nombre de personnes dépendantes (en milliers)

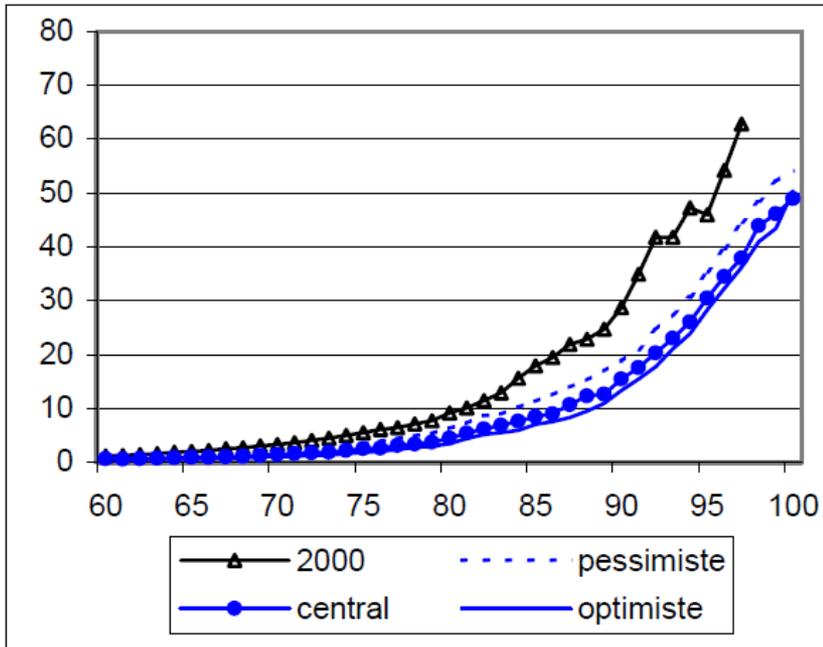


Sources : Insee, Destinie et enquêtes HID 1998-2001

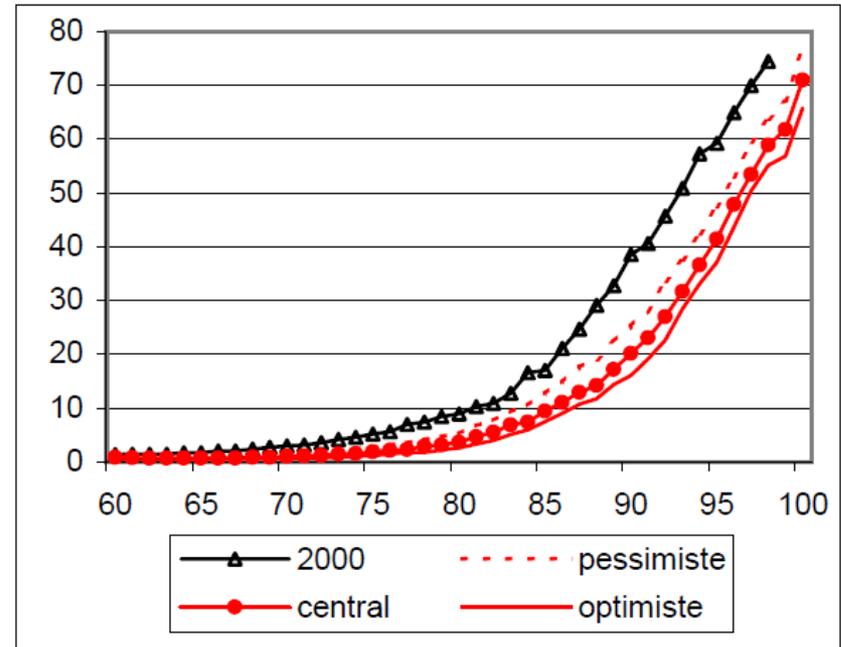
# Prospective du taux de handicap selon l'âge et le sexe

Taux de dépendance en 2040 (en %)

Hommes



Femmes



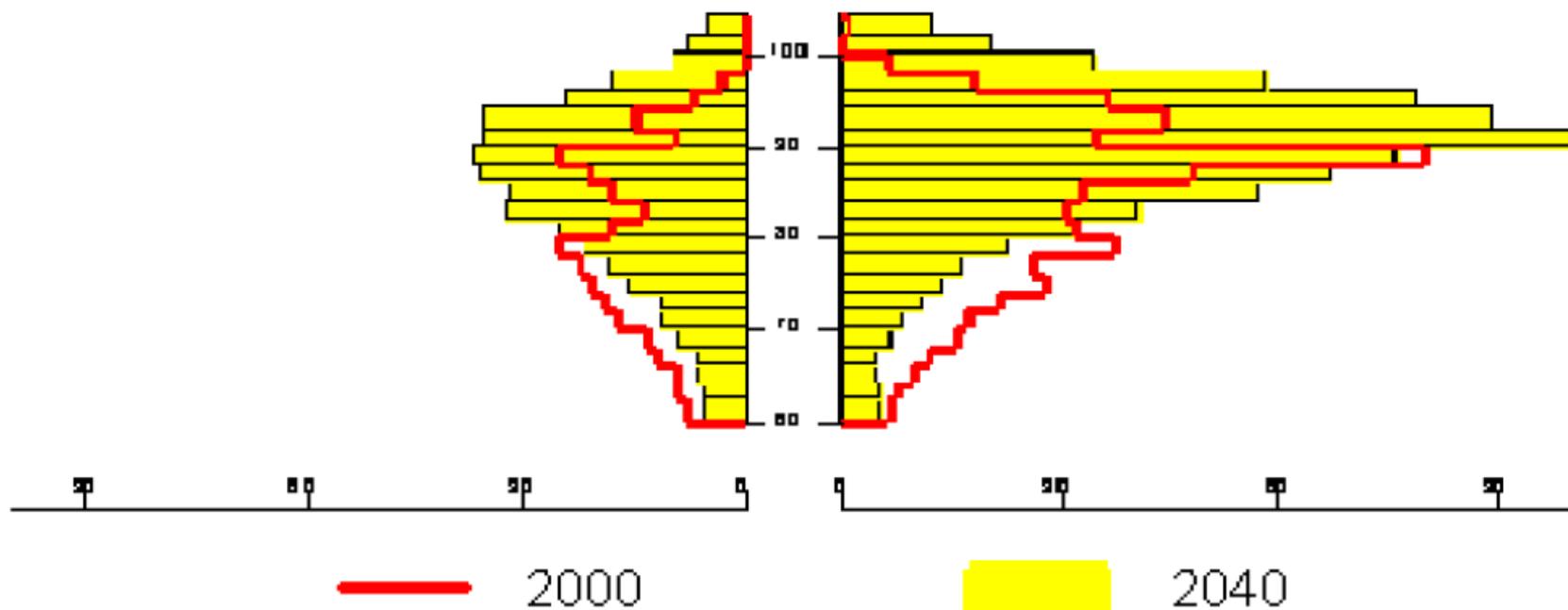
Sources : Insee, Destinie et enquêtes HID 1998-2001

# Age et dépendance

Effectifs des personnes dépendantes par groupes d'âge (en milliers)

Hommes

Femmes



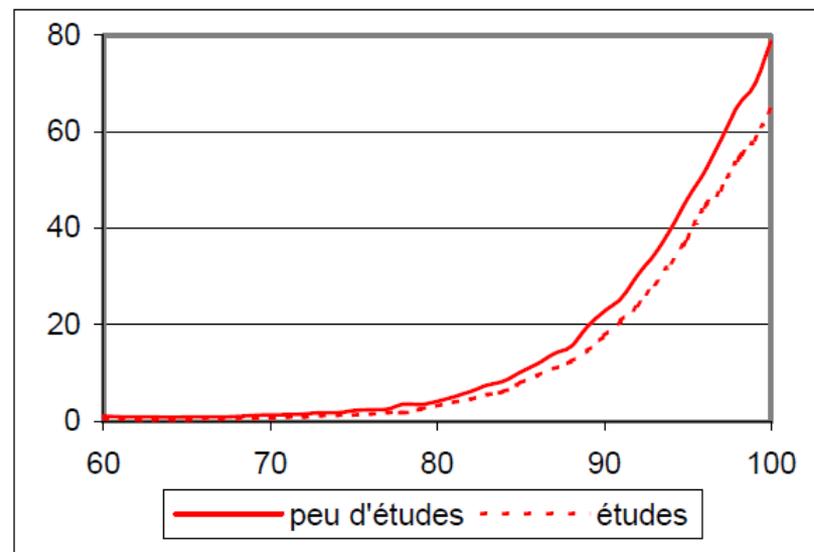
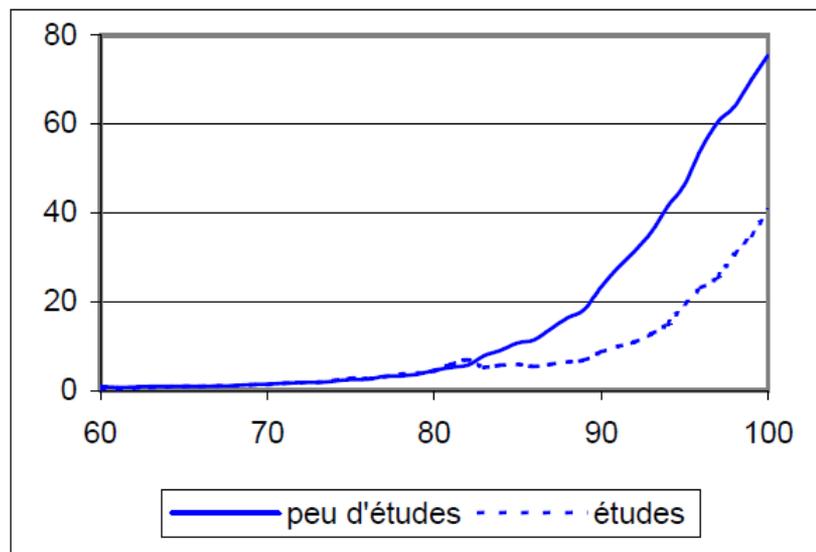
Sources : Insee, Destinie (scénario central) et enquêtes HID 1998-2001

# Dépendance et niveau d'études

Taux de dépendance en 2040 selon la durée des études (en %)

Hommes

Femmes

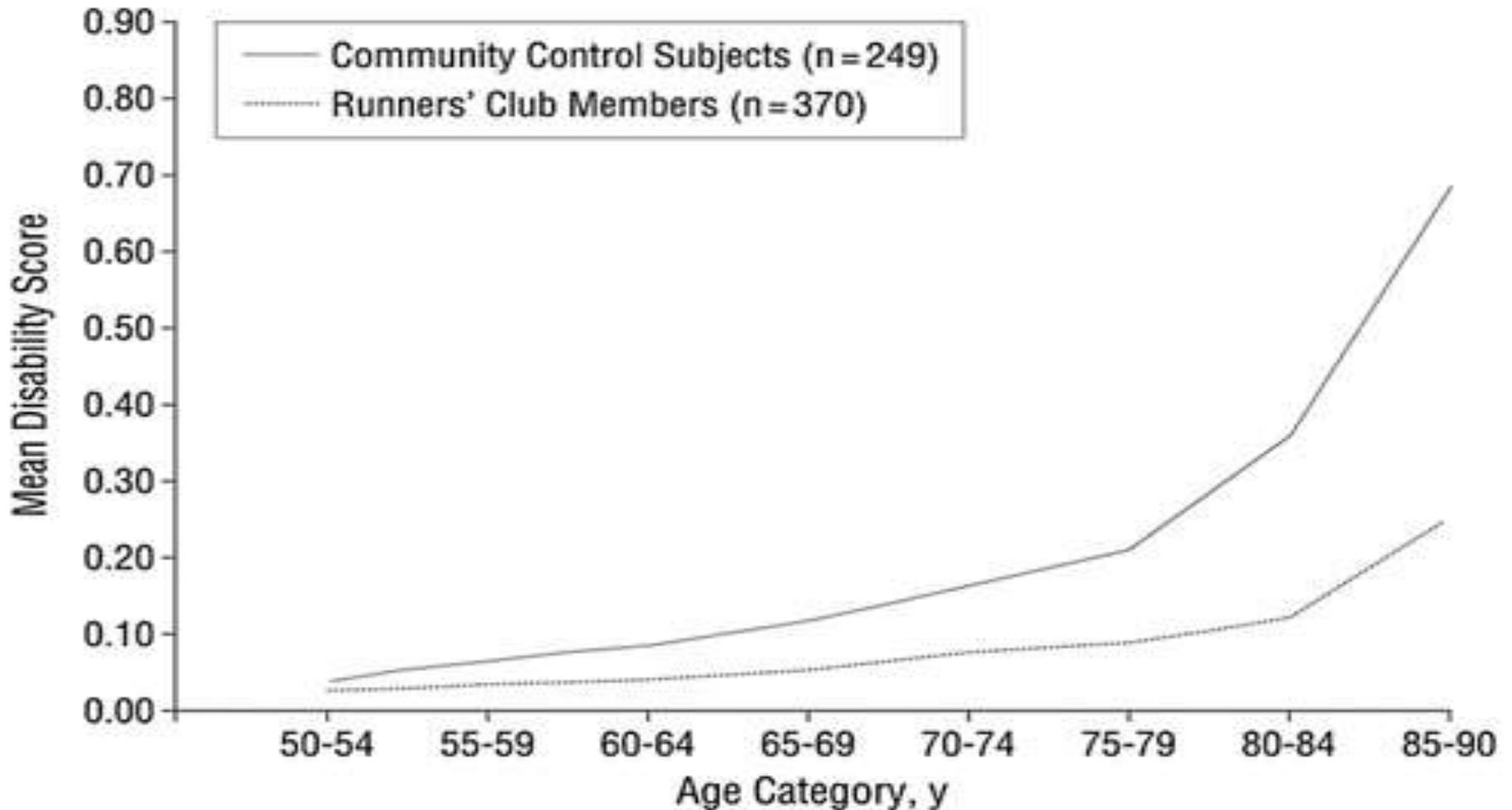


Sources : Insee, Destinie (scénario central) et enquêtes HID 1998-2001

# Le futur



# Impact sur l'autonomie physique de la course à pied



# Intensité de course à pied

**Table 1. Cohort Demographics (Runners Club vs Community Controls)**

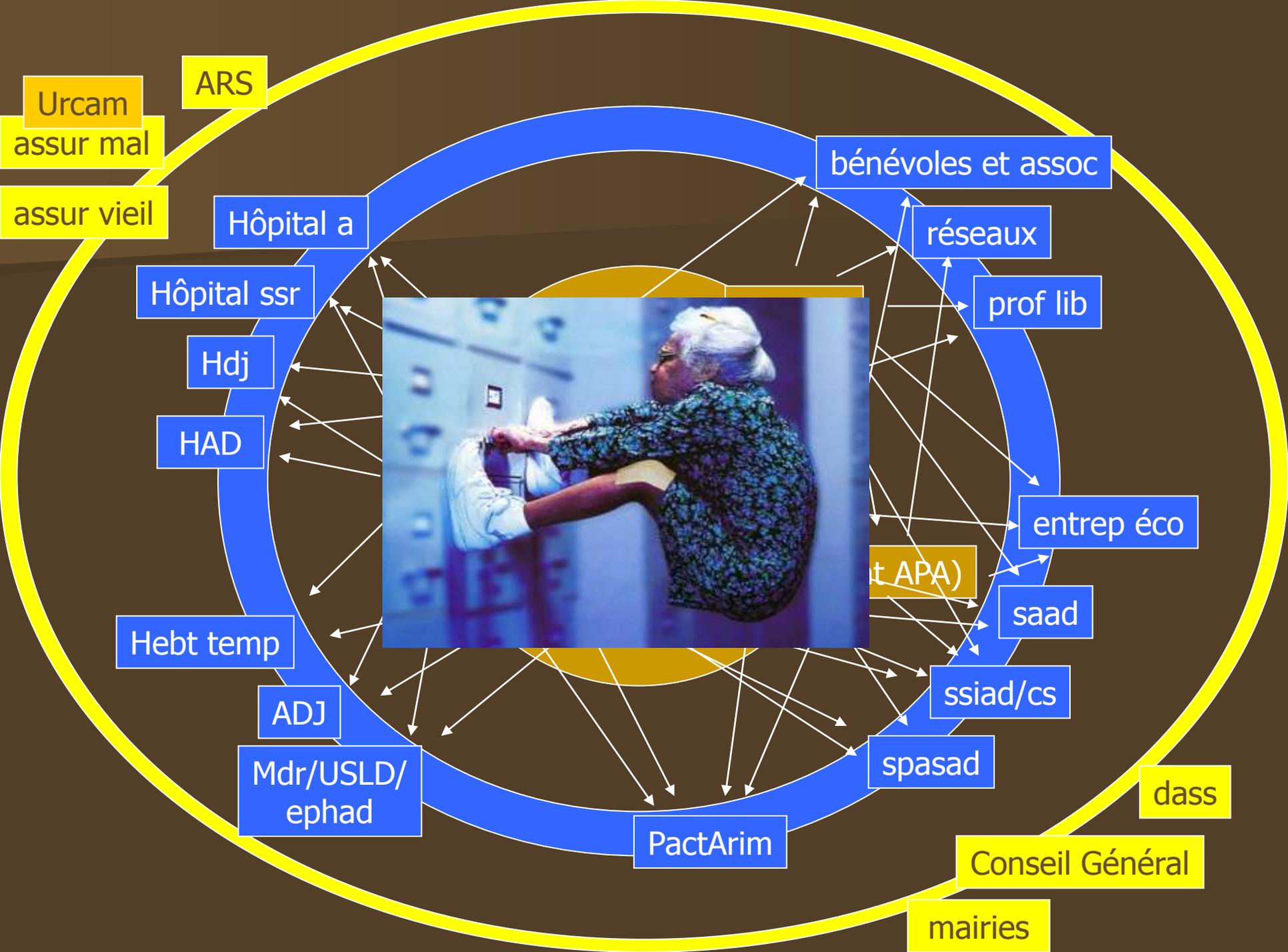
Demographic	All Subjects in 1984		Noncompleters in 1984		Completers in 1984		Completers in 2005	
	Runners (n=538)	Controls (n=423)	Runners (n=254)	Controls (n=267)	Runners (n=284)	Controls (n=156)	Runners (n=284)	Controls (n=156)
Age, mean (SD), y	58 (5.6) <sup>a</sup>	62 (7.2)	59 (6.4) <sup>c</sup>	64 (7.2) <sup>c</sup>	57 (4.4) <sup>a</sup>	59 (5.8)	78 (4.4) <sup>a</sup>	80 (5.8)
Male, %	84 <sup>a</sup>	56	87	57	81 <sup>a</sup>	56	81	56
White, %	97	96	95	97	98	95	98	95
Education, mean (SD), y	16.6 (2.5)	16.6 (2.7)	16.5 (2.6)	16.5 (2.8)	16.6 (2.5)	16.8 (2.4)	16.6 (2.5)	16.8 (2.4)
Smokers, %	1.9 <sup>a</sup>	9.5	2.8	9.0	1.1 <sup>a</sup>	10.3	0.7	1.3
BMI, mean (SD)	22.9 (2.5) <sup>a</sup>	24.4 (3.45)	22.9 (2.5)	24.6 (3.5)	22.9 (2.5) <sup>a</sup>	24.1 (3.3)	23.7 (3.4)	24.2 (3.9)
HAQ-DI, mean (SD), score	0.029 (0.10) <sup>a</sup>	0.095 (0.18)	0.043 (0.12)	0.112 (0.18) <sup>d</sup>	0.022 (0.07) <sup>a</sup>	0.068 (0.16)	0.200 (0.35) <sup>a</sup>	0.430 (0.57)
Running, mean (SD), min/wk	237 (144) <sup>a</sup>	15 (49)	234 (141)	9 (38) <sup>c</sup>	240 (147) <sup>a</sup>	25 (63)	76 (245) <sup>a</sup>	1 (12)
vigorous exercise, mean (SD), min/wk	311 (196) <sup>a</sup>	87 (123)	315 (208)	79 (125)	307 (185) <sup>a</sup>	100.1 (118)	287 (398) <sup>a</sup>	138 (189)
Alcoholic drinks/wk, mean (SD)	1.1 (1.3) <sup>b</sup>	1.3 (1.5)	1.2 (1.5)	1.4 (1.6)	1.1 (1.2)	1.3 (1.2)	0.9 (1.2)	1.0 (1.1)
HAQ-DI score of 0, %	86.6 <sup>a</sup>	61.0	84.7	54.3 <sup>c</sup>	88.4 <sup>a</sup>	72.4	62.3 <sup>a</sup>	46.2

# Activités physiques à l'âge moyen et Alzheimer

	Odds ratio (95% CI) for active vs sedentary group	
	Dementia (n=1251)	Alzheimer's disease (n=1239)
Crude model	0.55 (0.30-1.01)	0.45 (0.22-0.93)
Model 1	0.45 (0.24-0.85)	0.34 (0.15-0.74)
Model 2	0.46 (0.24-0.88)	0.34 (0.15-0.77)
Model 3	0.47 (0.25-0.90)	0.35 (0.16-0.80)

Model 1 was adjusted for age at re-examination, sex, education, follow-up time, and locomotor disorders. Model 2 was adjusted for the same variables as model 1 with the addition of APOE ε4 genotype, midlife body-mass index, systolic blood pressure, cholesterol, and history of myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus. Model 3 was adjusted for the same variables as model 2 with the addition of smoking status and alcohol drinking. The analyses included participants with no missing data on the outcome, physical activity, or any of the covariates (including 61 cases with dementia and 48 with Alzheimer's disease).

Table 2: Association between midlife leisure-time physical activity and odds of dementia and Alzheimer's disease later in life



# Une évidence plus indiscutée qu'évaluée scientifiquement

- Aucune donnée scientifique (française ou internationale)
- Consensus multiprofessionnel sur la fragmentation des dispositifs de soins et d'aide et sur les conséquences au sein d'une population multipathologique et en perte d'autonomie
  - Usage inappropriée des structures
  - Induction d'une morbi-mortalité (dépendance accrue, iatrogénie)
  - Nécessité d'une organisation avec « guidance »
    - Liaison ?
    - Coordination ?
    - Intégration ?

# Fragmentation des organisations

- Pas de délimitation claire de champs de compétence et d'intervention
- Multiplicité des procédures d'offre ou de régulation de services
- Champ sur-structuré par l'APA (vision limitée de la grille AGGIR)
- Autorités multiples et concurrentes, dominée par le Conseil Général
- Territorialités multiples et concurrentes

# Fragmentation des services d'aides

- Délai d'obtention des services
- Transmission inadéquate d'informations
- Evaluations redondantes
- Coordinations partielles multiples
- Prestations conditionnées par le point d'entrée dans le dispositif
- Utilisation inappropriée de ressources coûteuses par non accès à des ressources appropriées moins coûteuses

# Fragmentation des soins

- Identification de la source principale de décision du soin
- Transmission d'informations
  - Introduction d'un nouveau médicament pour une pathologie chronique
  - Consultations spécialisées
  - Réalisation des examens complémentaires
- Continuité SAU/soins primaires
- Continuité hospitalisation/soins primaires
- Continuité hôpital/hôpital

# Comment défragmenter ?

Coordination des structures

Guidance clinique

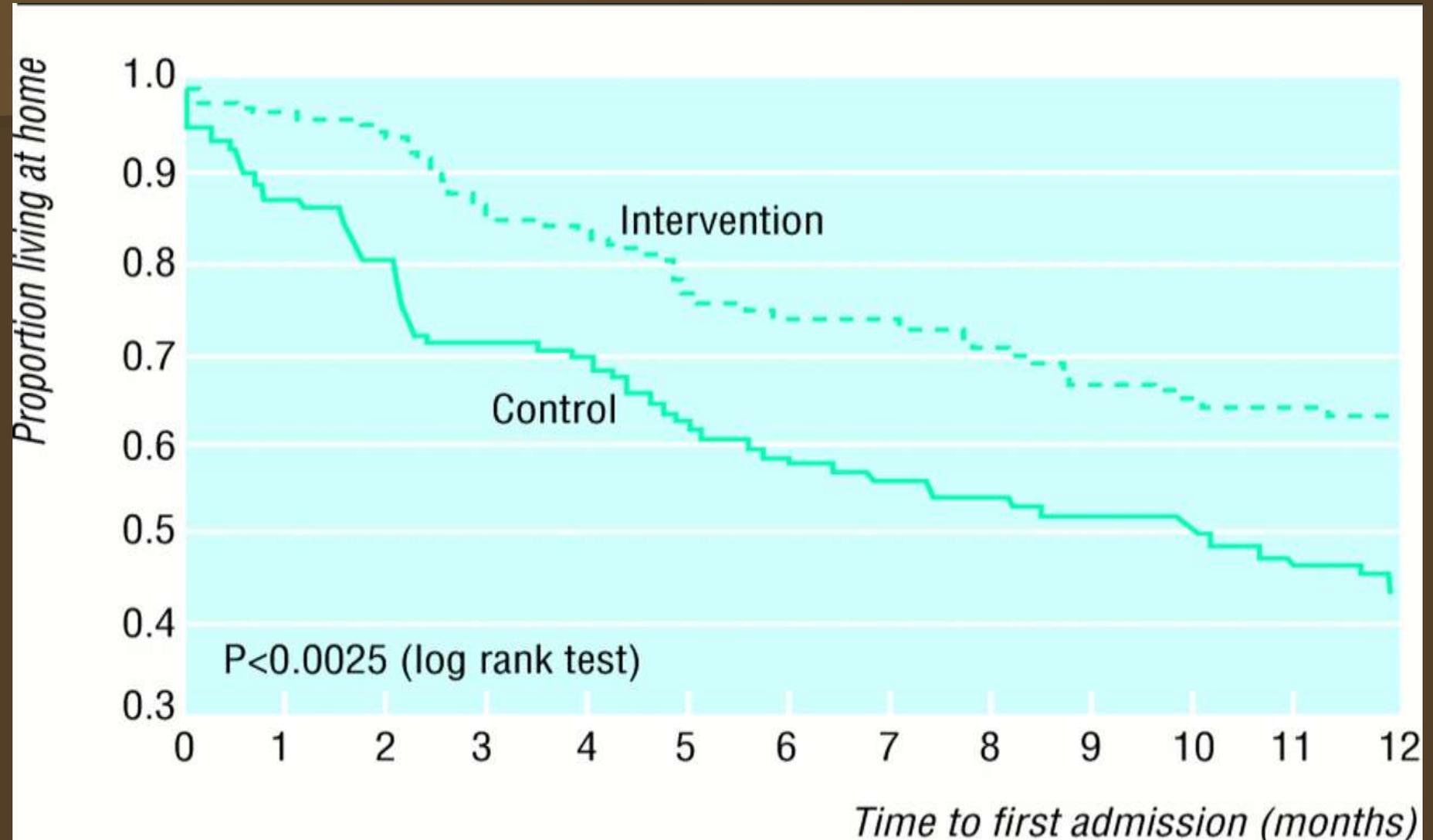
# Les différents niveaux de liaison entre organisations

- Liaison
  - Etablissement de protocoles inter-organisation pour faciliter références et transitions
- Coordination
  - Mise en place de structure de concertation inter-organisation
- Intégration complète
  - Mise en place d'une organisation responsable de la prise en charge complète des usagers

# L'impact de l'intégration en gériatrie

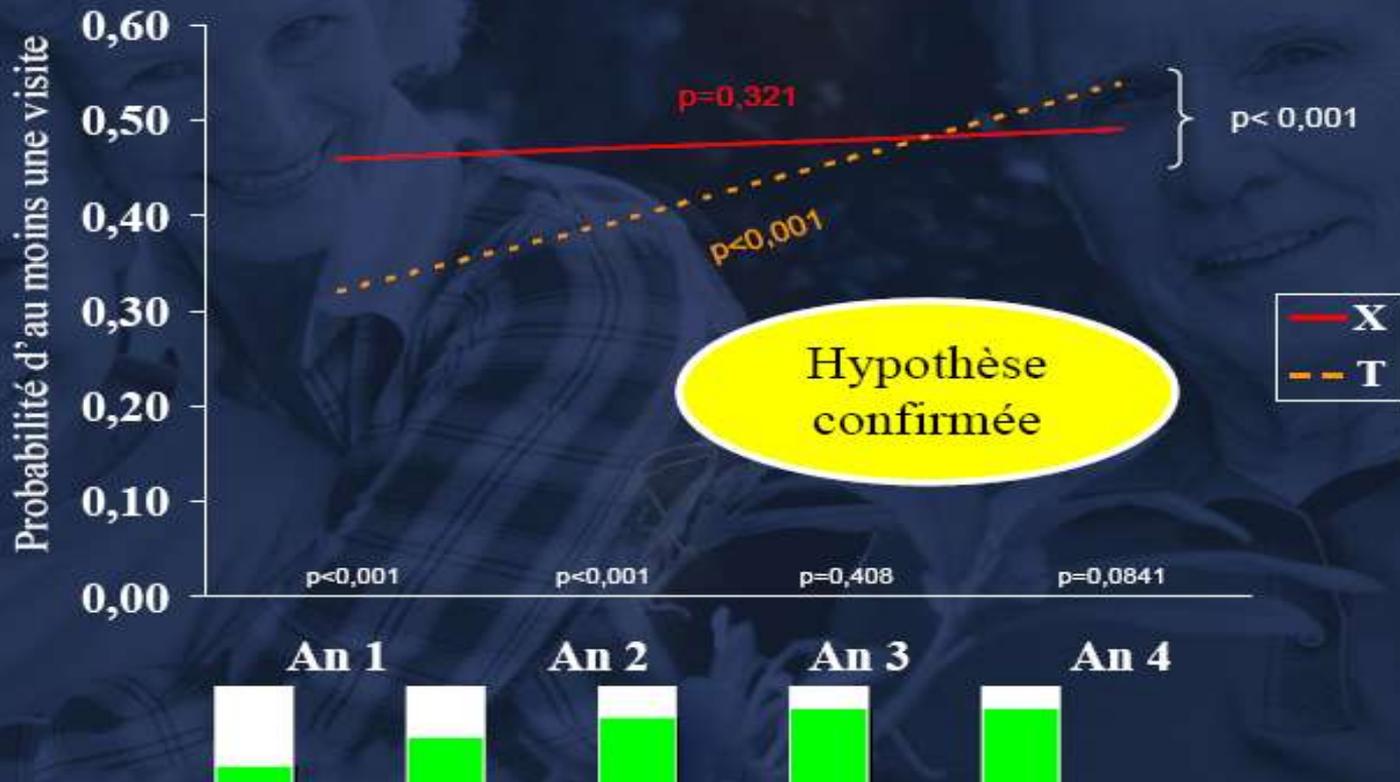
- Darlington (RU): diminution des coûts sociétaux, diminution du taux d'institutionnalisation, augmentation du nombre de j à la maison, pas de diff de mortalité à 12 mois, amélioration satisfaction, moral
- OnLok (US): amélioration de l'autonomie, meilleur accès aux soins spécialisés, moindre institutionnalisation, diminution des coûts per capita (21%) et répartition vers les services
- PACE (US): moindre utilisation des spécialistes, utilisation moindre de l'hôpital à handicap constant, diminution des coûts (5-15%), utilisation plus appropriée des médicaments
- S/HMO (US not KP) vs NHS: utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes (AVC, Insuffisance respiratoire), meilleur respect des règles de bonnes pratiques
- Revereto (Italie): réduction de l'utilisation de l'hôpital et de l'institutionnalisation, amélioration de l'autonomie, diminution des coûts (29%)
- SIPA (Canada): meilleur respect des règles de bonnes pratiques, amélioration accessibilité des aides, moindre utilisation de l'hôpital
- PRISMA (Canada) : réduction du recours au SAU, autonomisation et satisfaction accrue, tendance sur l'autonomie

# Intégration et hospitalisation/institutionnalisation



# Intégration et recours au SAU

## Au moins une visite à l'urgence



# Les six lois de l'intégration

1. Concertation des partenaires
2. Gestion par cas avec critère d'éligibilité
3. Porte d'entrée unique
4. Plan de services individualisé
5. Outil d'évaluation produisant le PSI et un système de classification (médico-économique)
6. Système d'information

# Concertation des partenaires

- A tous les niveaux
  - National (stratégique)
  - Départemental/Régional (tactique)
  - Local (clinique)
- Définissant les partages de prérogative et les opérateurs

# Le gestionnaire de cas

- Correspondant unique, interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant
- Champ d'action aussi bien social que sanitaire
- Action continue dans le temps
- Pour les situations « complexes »
  - Responsable de l'évaluation globale des besoins de la personne et de l'élaboration de son projet individualisé partant de sa demande +/- de celle de sa famille
  - Responsable du suivi de la réalisation des services planifiés en fonction de ce projet (30 à 40 personnes par gestionnaire de cas)
- Responsable de la réévaluation régulière des besoins
- Fonction plus que métier

# Le guichet unique

- La réponse ne dépend pas de l'endroit où on s'adresse mais du besoin exprimé
- La personne n'a pas à savoir « comment ça marche » ou « à qui faut-il s'adresser » pour ceci ou cela
- Quel que soit le partenaire sollicité, la réponse tient compte de l'ensemble des ressources locales

# Le plan de soins et services individualisé

- Basé sur une évaluation pertinente des besoins multi-disciplinaire
- Guidé par des règles de bonnes pratiques cliniques
- Validé par le patient (et son entourage) et les différents acteurs de délivrance de la prise en charge
- Référence permanente du parcours du patient

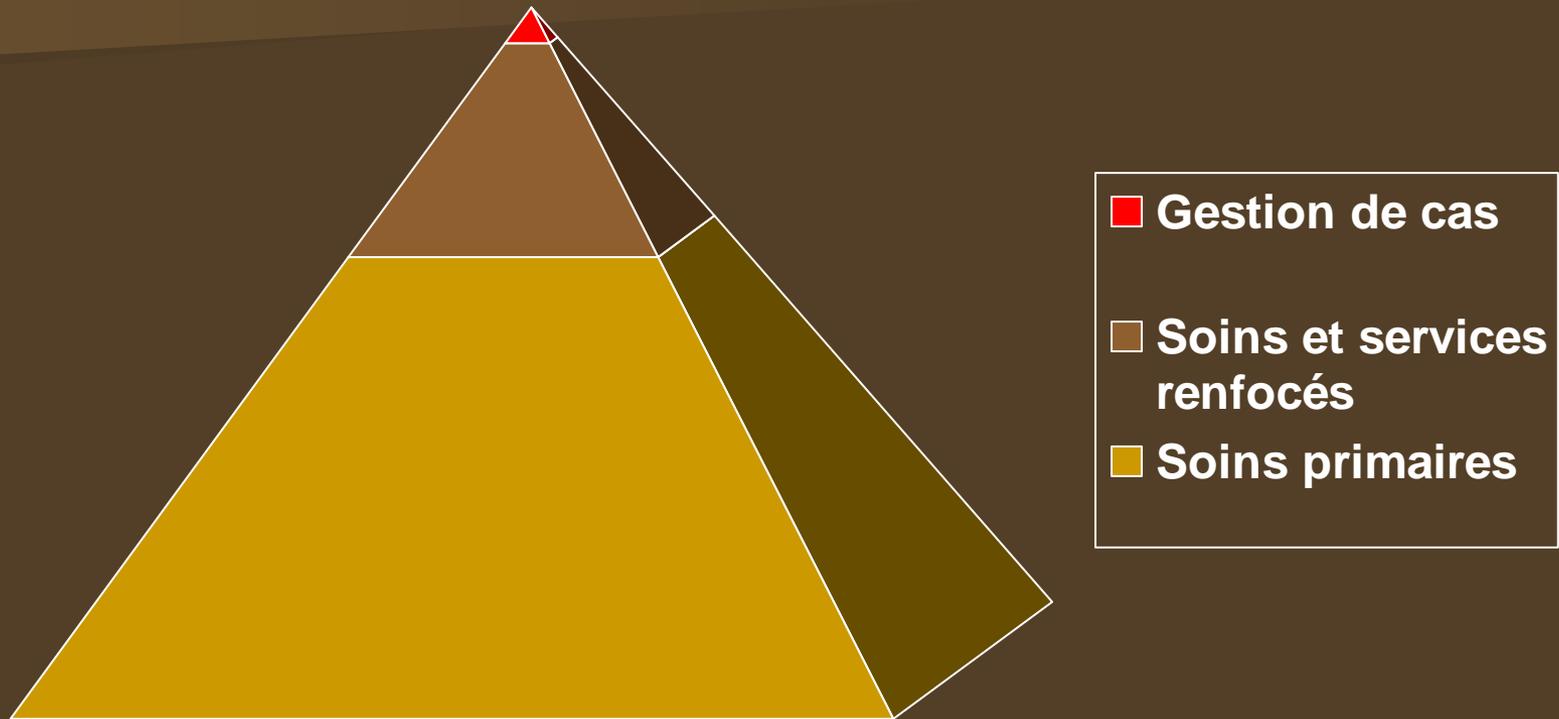
# L'outil d'évaluation

- Unique
- Couvrant l'ensemble des problématiques des malades âgés (multidimensionnel)
- Permettant l'identification de l'éligibilité à la gestion de cas
- Accepté par les professionnels et les organisations
- Doté de qualités métrologiques satisfaisantes (standardisé)
- Transparent (publications scientifiques)
- Permettant une classification médico-économique

# Le système d'information

- Prenant en compte des logiques « métiers »
- Assure la transmission d'informations cliniques
  - Horizontalement (entre professionnels)
  - Verticalement (entre structures)

# Quelle clientèle pour la gestion de cas ?



100 à 150 000 sujets âgés vivant à domicile (2 à 3% des 75 ans et plus) seraient en situation complexe, soit 2500 à 5000 gestionnaires de cas (case-load 30/40)

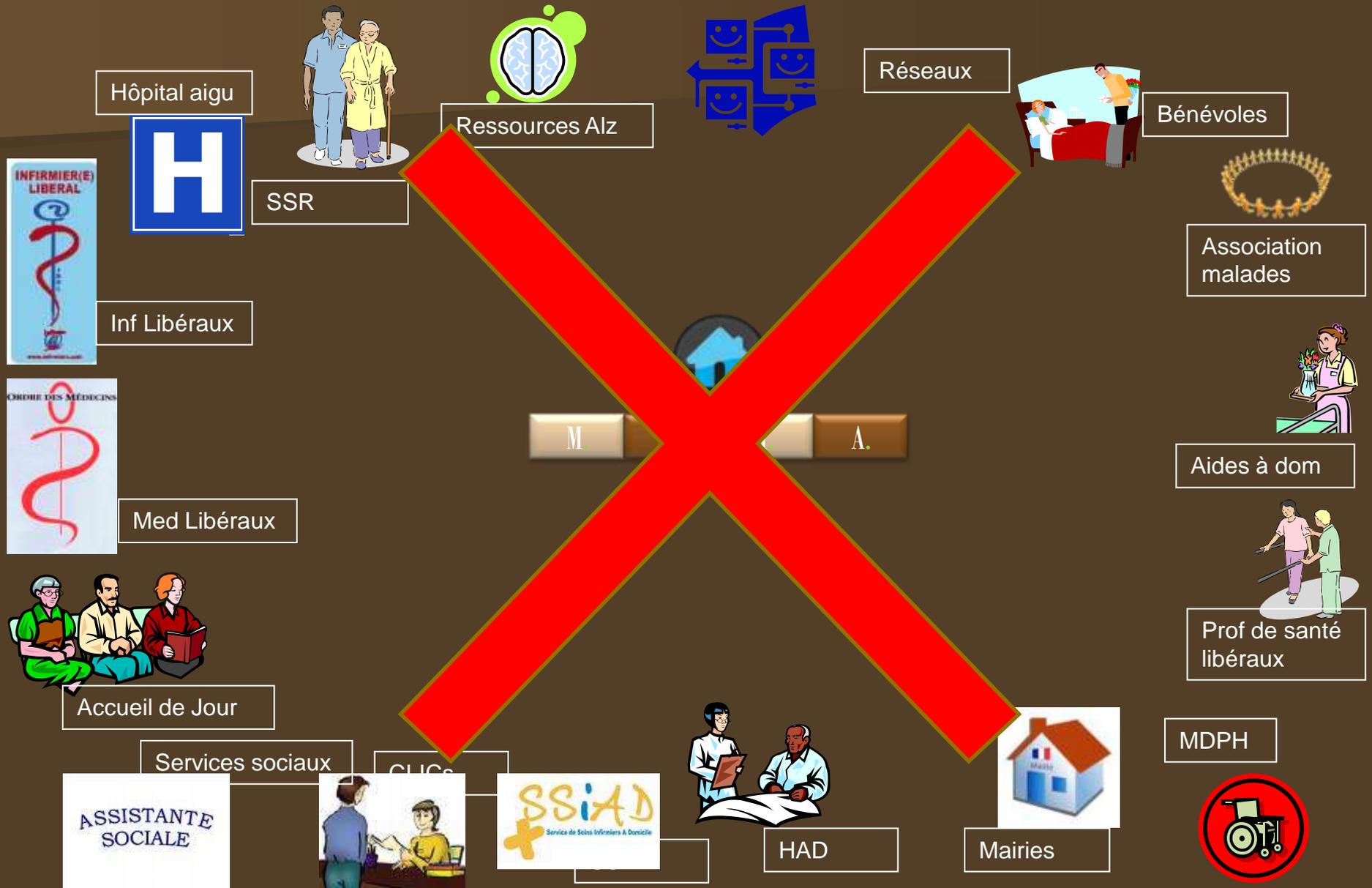
**Coût 150 à 300 M€ (à comparer au coût des « traitements » Alz : 240 M€/an)**

# Une expérience d'intégration en France

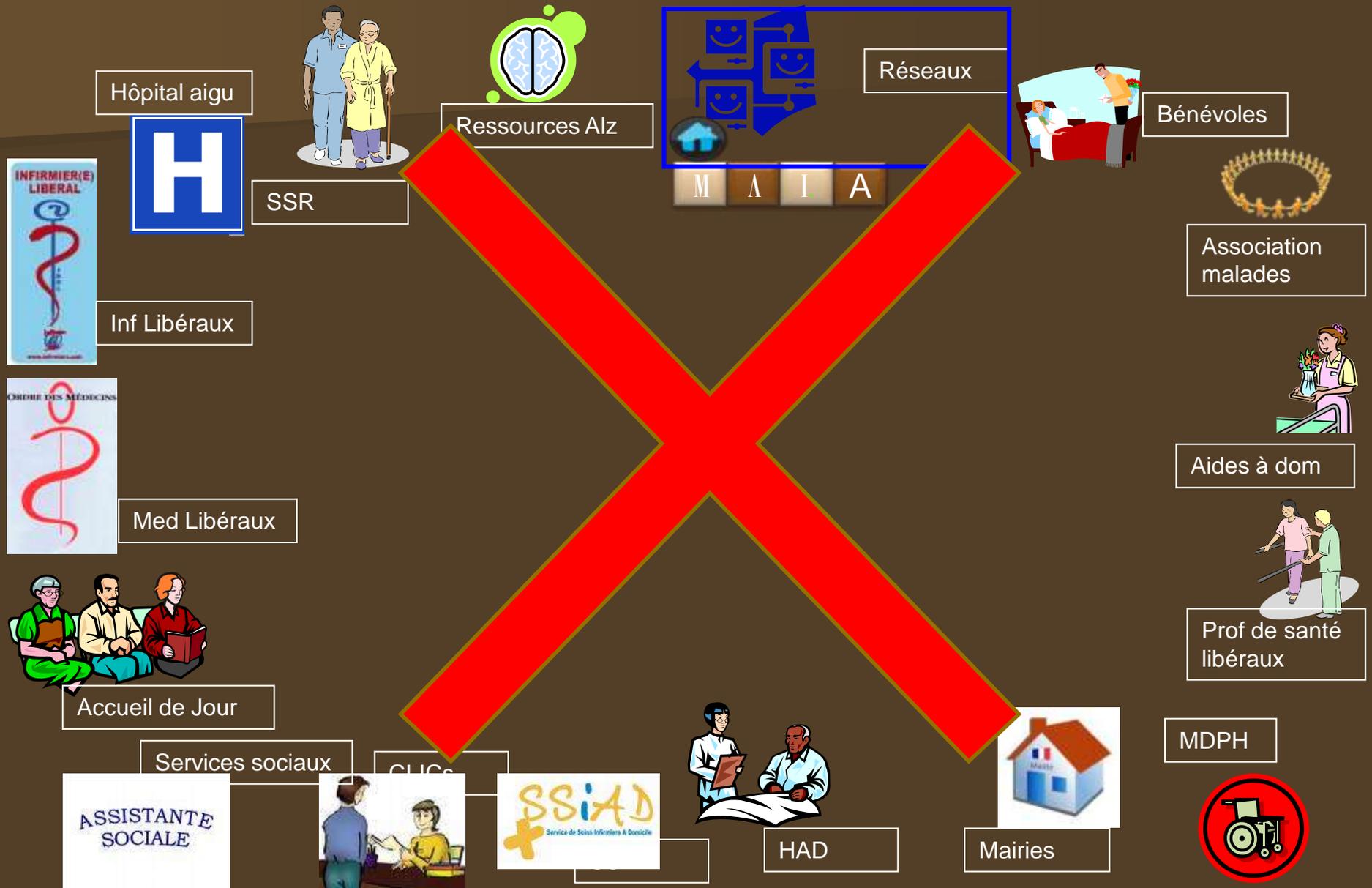
PRISMA France

MAIA du Plan National Alzheimer

# Ce que n'est pas une MAIA



# Ce que n'est pas une MAIA



# Un label pour une organisation partagée

