

FORUM CRSA MARTINIQUE

Edition N° 2

► **La prescription médicamenteuse de la personne âgée**

6 décembre 2012



Dans le cadre de
la **semaine**
de la **sécurité**
des **patients**





PROGRAMME DES INTERVENTIONS



Allocutions de bienvenue :

- **Madame Annie RAMIN**, Présidente de la CRSA : « **Enjeux Sécurité des patients - la prise en charge médicamenteuse des Personnes âgées** ».
- **Monsieur Christian URSULET**, Directeur Général de l'ARS représenté par Monsieur Dominique HALBWACHS, Directeur de l'Offre Médico-Sociale : « **La politique régionale de santé en faveur des personnes âgées** ».
- **Monsieur Frantz LEOCADIE**, Directeur CGSS représenté par Monsieur Judes LUCIEN, Directeur Adjoint : « **Les enjeux de l'Assurance Maladie dans ce domaine** ».

Interventions :

- **Madame Arlette BRAVO-PRUDENT**, Docteur en Civilisation Anglophone, Spécialité Caraïbe - Chargée de mission ARS Martinique : « *Vision du vieillissement dans la Caraïbe et dimension humaine* ».
- **Madame Isabelle PADRA**, chargée d'études à l'Observatoire Régional de Santé de Martinique (ORSM) : « *Caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées de Martinique* ».
- **Docteur Claire GODARD-SEBILLOTTE**, Pôle de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France : « *Facteurs pronostiques de mortalité en Martinique chez des patients âgés hospitalisés* ».
- **Docteur Lidvine GODAERT-SIMON**, Réseau Gérontologique de la Martinique : « *La vaccination des personnes âgées en Martinique a-t-elle encore un intérêt en 2012 ?* ».
- **Docteur Franck MICHEL** coordonnateur OMÉDIT de Martinique : « *Évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé dans les établissements de santé de Martinique* ».
- **Docteur François BERTIN-HUGAULT**, Directeur Ethique, médical et qualité - Direction des opérations - Groupe KORIAN : « *Le livret du médicament : quelle méthodologie et pour quelles prescriptions ?* ».

Conclusion des travaux :

- **Madame Annie RAMIN**, Présidente de la CRSA.

- **Présidente de séance** : Madame Annie RAMIN, Présidente de la CRSA
- **Modérateur** : Madame Arlette BRAVO-PRUDENT, Docteur en Civilisation Anglophone, Spécialité Caraïbe - Chargée de mission ARS Martinique

« La CRSA de la Martinique s'inscrit résolument dans la démarche planifiée par le Ministère de la Santé sur la sécurité des patients ».

Mesdames, Messieurs en vos titres et qualités, représentants des autorités civiles, Mesdames et Messieurs les membres de la CRSA, Mesdames et Messieurs les représentants des associations de Personnes Agées, Mesdames et Messieurs, Merci d'avoir répondu à notre invitation et d'être venus cet après-midi participer à nos échanges sur un sujet important qui concerne bon nombre d'entre nous... à vrai dire tous, quel que soit notre âge.

Mais, en tout premier lieu, je voudrais évoquer avec vous la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie... Les CRSA sont composées d'une centaine de membres représentant le monde sanitaire, médicosocial et social... répartis en différents collèges regroupant les associations de professionnels de santé, représentants des établissements publics et privés, d'hospitalisation et d'hébergement, de l'université, des organismes de formation, des organismes d'insertion, des organisations syndicales et des élus des collectivités locales, etc.

Peu connues, en dehors du milieu des ARS et de la Santé, ces CRSA sont pourtant dénommées Parlement de la Santé, car elles sont chargées de faire vivre la démocratie sanitaire en région, la CNS la faisant vivre au niveau national.

Etonnant pour un Parlement d'être peu connu !

Ce n'est d'ailleurs pas le cas qu'en Martinique puisque les 27 CRSA ont procédé à une enquête récente et en ont conclu, entre autres choses, qu'elles n'étaient pas encore audibles, dans un monde où la communication est le maître mot.

Mais cela viendra avec le temps car dans la forme actuelle nous n'avons que 2 ans d'existence.

En effet, créées par la loi HPST de 2009, les CRSA, organismes régionaux consultatifs, sont partenaires des ARS et « peuvent lui faire toutes propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre, et l'évaluation de la politique de santé dans la région ». Parmi les actions qu'elles doivent entreprendre, est prévue l'organisation de débats publics...

Nous n'en avons pas encore organisé pour diverses raisons et notamment des raisons d'ingénierie... Dans cette attente et, à une échelle plus modeste, nous avons organisé deux rencontres en 2011 :

- la 1^{ère} sur les conditions d'application de la loi 2011-803 du 5 juillet 2011, relative à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ;
- et la 2^{ème}, en partenariat avec l'OMéDIT, dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, consacrée au bon usage des médicaments à l'Hôpital.

Aujourd'hui, notre organisation a pris un peu plus d'ampleur et nous espérons qu'elle sera la dernière étape, le dernier rodage avant la mise en place du premier débat public.

Pourquoi parler du médicament et la Personne Agée ? Beaucoup de raisons nous ont conduits à choisir ce thème :

- La CRSA de la Martinique s'inscrit résolument dans la démarche planifiée par le Ministère de la

Santé sur la sécurité des Patients. Elle souhaitait donc poursuivre l'action commencée en 2011 avec l'OMéDIT.

- De nombreuses études tendent à montrer qu'il y a là (Médicament et Personnes Agées) un problème majeur de santé publique. C'est ainsi que la HAS, dans un article récent, écrit que « la polymédication est chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de Santé Publique ».

- La Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, et sa ministre déléguée, Michèle DELAUNAY, alertées par le niveau de prescription dans les EHPAD, viennent de confier une mission au DGA du CHU de LIMOGES, Philippe VERGER, sur la prescription de médicaments en EHPAD. Il apparaît en effet que le nombre moyen de médicaments par personne est de 8 à 9. Les spécialistes vous diront ce qu'ils en pensent.

- Plus personne n'ignore que la Martinique est en passe de devenir le département le plus vieux de France. Cette évolution est progressive, mais déjà, les personnes âgées sont en nombre et il convient de les aider à mieux prendre en charge leur santé, de sorte qu'elle soit la meilleure possible le plus longtemps possible. Mais, il convient aussi que d'ores et déjà, les uns et les autres (qui feront partie des 40% de personnes âgées en 2040) soient attentifs à cette prescription, de sorte que la politique de prévention mise en place aujourd'hui puisse donner dans l'avenir son plein effet.

- Enfin, et il faut aussi l'évoquer, car la question du financement de la solidarité est une question majeure. Ces médicaments coûtent chers à la collectivité (Assurance maladie, mutuelles) et aux personnes âgées elles-mêmes (politique de déremboursement des médicaments), alors que nous savons que les Personnes Agées ont,

en Martinique, une situation particulièrement précaire... Acheter et prendre les médicaments nécessaires, sans plus, nous paraît être aussi un bon objectif.

Si donc ces échanges de cet après-midi concernent les professionnels de santé, ils nous concernent tous, de sorte qu'un partenariat constructif puisse s'établir entre le professionnel et la Personne Agée et que nous soyons acteurs responsables de notre propre santé.

Merci donc à tous nos intervenants qui nous apporteront leurs connaissances pour le mieux de la population : les représentants de l'Administration Sanitaire et des organismes payeurs, l'Observatoire de la Santé de la Martinique, du pôle gériatrique du CHU de FDF et du réseau gérontologie, de l'OMéDIT, ainsi qu'à Monsieur BERTIN-HUGAULT, revenant en Martinique sous d'autres couleurs et qui nous apportera une expérience nationale bâtie à partir de 15 000 dossiers. Nous vous écouterons tous avec beaucoup d'attention.

Merci à tous ceux qui nous ont aidés à organiser cet après-midi et d'abord au Conseil Général qui a mis ses locaux gratuitement à notre disposition et aux agents de l'Atrium qui nous ont aidés à résoudre les problèmes matériels.

Merci à tous les services de l'ARS qui ont été, tout au long de ces dernières semaines, sollicités et ont répondu très vite de sorte que notre manifestation se déroule le mieux possible.

Merci à Franck MICHEL, responsable de l'OMéDIT en Martinique qui a accepté de travailler une nouvelle fois avec la CRSA et a scientifiquement élaboré ce forum, à Françoise ABSALON, secrétaire de la CRSA, très disponible, pleine d'initiative et de talents, à Jeanne-Marie GERCE, pilier de la CRSA qui est notre interface avec le Ministère et avec l'ARS et qui permet le fonctionnement de la CRSA, en assure la continuité et sans laquelle cette manifestation n'aurait pu avoir lieu.

Merci à tous de croire dans la Prévention.

2

ALLOCATION

Monsieur Dominique HALBWACHS -

Représentant le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Martinique

« Il sera nécessaire de s'appuyer sur une véritable politique de proximité pour proposer à la population martiniquaise un parcours de santé cohérent limitant au maximum les points de rupture dans ces mêmes parcours ».

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais d'abord remercier Madame la Présidente et les membres de la CRSA de l'initiative prise de l'organisation de ce forum.

La CRSA est, en effet, l'institution qui représente le mieux cette démarche de développement de la démocratie sanitaire portée par la loi HPST. Appelée « Parlement de la santé » en Région, la CRSA joue donc pleinement son rôle en initiant de telles rencontres ouvrant l'opportunité d'un large débat avec la population sur des questions en rapport avec les grandes préoccupations de santé publique.

Et s'il est aujourd'hui une priorité de santé publique touchant particulièrement notre Région c'est bien la question du vieillissement de la population.

La Martinique est, en effet, une région qui va vieillir plus vite que la plupart des régions françaises dans les années à venir. Ce changement démographique va entraîner une augmentation des pathologies liées au vieillissement et notamment celle de la maladie d'Alzheimer.

Ce vieillissement inéluctable et rapide de la population fera de la Martinique le 2^{ème} département le plus âgé de France en 2040 avec une croissance de +12,4% des plus de 60 ans entre 1999 et 2006 contre +2,90% en métropole et un taux de 7,5% de la population martiniquaise, pour les plus de 75 ans.

Ce vieillissement doit aussi être mis en relation avec la progression rapide du nombre de personnes très dépendantes. On estime, aujourd'hui déjà, à plus de 7 500 le nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. De même sur les plus de 75 ans, près d'une personne sur 5 vivant à domicile et 3 sur 4 vivant en institution sont atteintes par ces pathologies. Quand on ajoute à cela le vieillissement de la population handicapée et celui des familles aidantes, on imagine aisément la nécessité et les besoins d'une prise en charge spécifique, notamment à domicile.

On sait par ailleurs qu'une part élevée de la population âgée dispose de revenus limités et se trouve en situation de précarité. Le ratio de Martiniquais bénéficiaires de l'APA est de 289 ‰ contre 222 ‰ en moyenne nationale. 85,5% de ces personnes vivent à domicile contre 61% en métropole. 3% environ d'entre elles vivraient dans des habitations de fortune. 29% des plus de 75 ans vivent seuls. Cette situation est partagée par les personnes en situation de handicap, avec notamment une croissance extrêmement rapide du nombre d'allocataires bénéficiaires des minima sociaux dont l'AAH : 36,7 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans au 31/12/2009 contre 24,8 pour 1 000 au 31/12/2005 selon les sources officielles.

Il faut enfin souligner le retard indéniable du taux d'équipement de la Martinique, tant dans le domaine de l'hébergement des Personnes Agées que dans celui des Personnes

Handicapées. Ce retard doit nécessairement être pris en considération. Il est à l'origine du Plan exceptionnel de développement Médico-social signé pour la Martinique en 2008. Les résultats de ce plan peuvent déjà être observés : Création annuelle de 200 places d'hébergement pour les Personnes Agées et de 150 places d'hébergement pour les Personnes handicapées durant la période 2009-2013. Mais au-delà du rattrapage du retard, il sera nécessaire de s'appuyer sur une véritable politique de proximité pour proposer à la population martiniquaise un parcours de santé cohérent limitant au maximum les points de ruptures dans ces mêmes parcours.

C'est pourquoi ce thème : « *Politique régionale de santé en faveur des Personnes Agées* » que vous avez retenu pour ce forum est bien dans les préoccupations majeures de la politique de santé que l'Agence Régionale de Santé veut mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire de la Région.

Les constats relevés plus haut sont partagés par tous les professionnels de santé et les membres de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie. Ils ont été au centre de la réflexion qui a conduit à la définition des priorités retenues dans le Plan Stratégique Régional de Santé et le Projet Régional de Santé de l'ARS.

Il faut, en effet, rappeler que les Agences Régionales de Santé initiées par la loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 sont depuis plus d'un an les promoteurs d'un Plan Stratégique Régional de Santé à partir duquel sont identifiées les priorités de santé et est bâti le Projet Régional de Santé dont l'objectif essentiel est de réduire les inégalités.

Ce Projet Régional de Santé se construit autour de trois axes :

- Le premier est la garantie de l'accès pour tous à une offre de santé de qualité, c'est le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)
- Le second est l'action sur les déterminants socio-environnementaux de santé, c'est le Schéma Régional de Prévention (SRP)

- Le troisième enfin est l'assurance d'un parcours de santé lisible, continu et optimisé pour le citoyen, c'est le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

Le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, pour satisfaire les besoins locaux de santé.

Le SRP cherche à améliorer la qualité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas. Il organise la réponse locale à la question : comment coordonner les politiques territoriales issues de secteurs différents pour faire grandir la santé ?

Le SROMS doit prévoir et susciter les évolutions de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnement des populations vulnérables. L'objectif est de déterminer l'offre régionale souhaitable pour répondre aux choix exprimés par les personnes fragiles. Cela implique de prendre en compte les besoins de formation et de coopération des acteurs locaux, de guider la mutation du secteur vers une meilleure organisation.

Cette régulation est conduite par le biais d'un programme spécifique, le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

L'intérêt et la pertinence de ce Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale résident dans la prise en compte de la situation de la personne dans sa globalité. Ainsi sont donc priorités son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources. C'est dans le cadre de cet effort de transversalité que sont appréciés les besoins et en tenant aussi compte des évolutions démographiques, épidémiologiques et socio-économiques.

Fort de ces constats partagés par les professionnels de santé et les membres de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie,

l'ARS, pour ce qui concerne le secteur médico-social, a défini 3 priorités :

1. Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique.
2. Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge.
3. Assurer la couverture des besoins médico-sociaux sur les quatre territoires de proximité.

Ce faisant, elle répond à l'objectif premier de création des ARS, qui était d'assurer un pilotage unifié de la santé en région pour mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité du système de santé. En effet les compétences réunies dans une même structure autorisent une approche globale de la santé, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie.

Mais l'Agence Régionale de Santé de Martinique élabore aussi sa politique de santé en concertation avec tous les représentants des acteurs de santé, notamment ceux qui siègent au sein de la CRSA. La politique régionale de santé menée à l'ARS place la personne au cœur du dispositif de santé dans les domaines de la prévention, des soins de premiers recours, des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et de l'accompagnement médico-social. Elle s'attache aussi à faire connaître les droits et les devoirs des usagers. En effet, les attentes des usagers reposent sur la volonté d'être mieux informés mais aussi de participer davantage à leur propre prise en charge ainsi qu'aux décisions qui les concernent. C'est à ces fortes attentes que répond le choix prioritaire consistant à mettre l'utilisateur au cœur du système de santé et de toutes les réflexions qui ont été conduites sur les organisations répondant le mieux à cette ardente obligation.

Forte de ces principes, la politique régionale de santé va faire face à plusieurs enjeux : d'une part favoriser la réduction des inégalités territoriales et sociales tout en assurant l'accès aux soins et la qualité et l'efficacité du système de santé pour tous et, d'autre part, ancrer de façon encore plus forte la coordination entre tous les acteurs au sein d'une politique régionale déclinée territorialement, c'est-à-dire au plus près de l'utilisateur, de son cadre de vie et des besoins spécifiques liés à son environnement proche.

L'ancrage territorial des politiques de santé est donc privilégié et renforcé pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé. L'ARS s'appuie pour cela sur un diagnostic des forces et faiblesses de chaque territoire de proximité.

Cette approche a permis de diviser notre Région en quatre territoires de proximité sur lesquels sera mise en place une organisation spécifique adaptée aux besoins du territoire en question pour la réponse la plus appropriée aux problématiques de santé de ce territoire et de ses habitants.

C'est à cette préoccupation que répond la politique d'animation territoriale que compte développer l'ARS dans les 4 territoires de proximité qu'elle a définis.

Cette politique repose sur la collaboration la plus poussée de tous les acteurs du terrain, des institutionnels aux bénévoles associatifs en passant par les structures sanitaires et médico-sociales, les professionnels de santé, les réseaux de santé. Elle vise à la meilleure coordination des intervenants et à la meilleure réponse aux besoins identifiés sur le territoire concerné.

L'utilisateur et ses besoins sont donc au cœur du dispositif, qu'il s'agisse de prévention, de soins, de la qualité de la prise en charge et de la sécurité que doivent garantir toutes les organisations envisagées.

Nous sommes donc au cœur des problématiques liées à la sécurité des usagers et à la recherche des réponses à leur exigence légitime d'être associés à l'organisation de leur propre prise en charge.

C'est en répondant à cette exigence que tous les acteurs du système de santé montreront leur capacité à mettre en œuvre cette véritable démocratie sanitaire à laquelle la Loi HPST nous invite à contribuer.

La CRSA est le principal animateur de cette démocratie sanitaire, elle doit pleinement jouer son rôle dans ce domaine. Je félicite tous ceux qui la composent pour leur implication dans cette réflexion à laquelle ils ont été invités depuis la mise en place de cette instance. La programmation de ce forum dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients est une excellente illustration, à côté de ce qui est produit dans le travail régulier des différentes commissions de la CRSA, des opportunités qui peuvent être offertes aux usagers de débattre et s'exprimer sur leurs idées, leurs expériences et leurs attentes de l'organisation de notre système de santé.

Je vous remercie de votre attention.



3 ALLOCUTION

Monsieur Judes LUCIEN - Représentant le Directeur
Général de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale Martinique

« *Nous avons une particularité française de très forte consommation des soins de santé et en particulier des médicaments* ».

La politique de médicaments : un enjeu financier très important pour l'Assurance Maladie.

La dépense de médicaments est un poids important dans le budget de la Sécurité Sociale. En 2011, les dépenses de soins de ville (hors hospitalisation et médico-social) s'élèvent à 60 538 513 € au niveau national.

Les médicaments représentent 30 % de cette somme, soit 19 M€, alors que dans le même temps, les honoraires des professionnels de santé ne représentent que 16 391 000 €.

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses actions sont menées avec les pouvoirs publics et les autres partenaires afin de maîtriser ces dépenses de médicaments :

- Une évolution annuelle contenue à 2,3 % sur 2011/2010 contre 8 % au début des années 2000.
- Améliorer les gains sur les médicaments génériques (objectif national de 85 % de substitution).
- Meilleur soin au meilleur coût
- Politique du bon usage du médicament (intérêt des médecins et des pharmaciens)
- Mise en place d'outils d'amélioration de la prise en charge du patient (Espace Pro dédié aux médecins)

- Actions de prévention et de santé publique (ex : campagne sur les antibiotiques)

- Mise en place de dispositifs d'accompagnement des assurés atteints de maladies chroniques (ex : dispositif SOPHIA).

Je vous remercie de votre attention.



FORUM CRSA
MARTINIQUE

Edition N° 2

► La prescription médicamenteuse de la personne âgée

LES INTERVENTIONS



INTERVENTION N°1

VISION DU VIEILLISSEMENT DANS LA CARAÏBE

DIMENSION HUMAINE

Madame Arlette BRAVO-PRUDENT - Docteur en Civilisation Anglophone, spécialité Caraïbe, chargée de mission ARS Martinique



Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

Vision du Vieillissement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

Vision du Vieillissement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique



Avant-propos

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Avant de commencer, je tiens tout particulièrement à remercier Mme Ramin, Présidente de la CRSA pour avoir souhaité qu'ici et maintenant la dimension humaine soit constamment prise en considération dans tous les actes de soins à l'adresse des personnes âgées.
- Je ne serais pas juste si je ne vous confiais pas le rôle déterminant qu'a joué Mme Gercé pour que soit mise en lumière cette indispensable humanité dans le traitement des personnes âgées, tant voulue par Mme la présidente.
- Il y avait tant d'émotion, tant de passion quand elle m'a contacté pour camper cette manifestation que je n'ai pu m'y dérober.
- Ce rappel fait, une double mais passionnante tâche m'a été assignée : celle de vous présenter la thématique « **Dimension Humaine et Vision du Vieillissement dans la Caraïbe** » et celle de jouer le rôle de modérateur tout au long de nos échanges.

Vision du Vieillissement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique



Introduction

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Pour commencer, je dirais tout simplement que ce n'est pas un hasard si ce forum s'exprime dans cette merveilleuse salle de l'Atrium qui porte le nom célèbre de Frantz Fanon.
- Aujourd'hui, Frantz Fanon aurait eu 87 ans. Il aurait donc rejoint le rang de nos aînés.
- Mais, **hier** Frantz Fanon était soignant, d'abord en tant que médecin, puis en tant que psychiatre.
- Frantz Fanon avait placé le respect de la personne humaine au centre de sa relation avec le patient, au cœur de sa prise en charge thérapeutique.
- Vous l'aurez compris, celui qui résonne dans nos cœurs pour la dimension humaine qui a toujours sous-tendu son engagement au service de la santé; celui qui aiguise nos esprits pour ses révélations sur la personnalité antillaise nous accompagnera dans nos échanges.

Vision du Vieillissement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

PANORAMA DE LA GEOGRAPHIE DE LA CARAÏBE

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone



Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

OBJECTIFS

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Protéger les droits humains et créer les conditions de sécurité économique
- garantir l'accès à des soins de santé
- Offrir un cadre de vie adapté
- Echanger sur les mécanismes nationaux
- Définir un itinéraire et des outils adéquats
- Harmoniser les politiques des Etats

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Le contexte du vieillessement

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Le vieillissement de la Caraïbe insulaire concerne une mosaïque d'îles (16), de cultures, d'histoires, de ressources, d'hommes et de femmes. Il se déploie dans un contexte économique difficile qu'il convient de rappeler.
- Les économies de ces pays sont fragiles à cause de la taille des pays, de la dépendance extérieure pour l'importation des matières premières et de la carence des travailleurs qualifiés. De plus, ces îles sont vulnérables du fait des aléas climatiques et sismiques dévastateurs, des épidémies (Choléra, Dengue, Sida), des maladies infectieuses, cardiaques, cardiovasculaires et des cancers qui les touchent. De plus, avec une économie souterraine (non déclarée) très répandue, un taux de chômage élevé, des cotisations de retraites faibles, le financement des politiques nationales en matière de vieillesse s'avère problématique.

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

REALITE DU VEILLISSEMENT COMPARAISON DES TAUX

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Caraïbe : 10,5%
- Europe : 20,3%
- Amérique du Nord : 16,2%
- Afrique : 5,1%

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

20% des personnes ont eu ou auront plus de 60 ans

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- **Caraïbe** : en 2035
- **Europe** : depuis 2000
- **Amérique du Nord** : en 2015
- **Afrique** : en 2050

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Barbade: indicateurs du vieillissement

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Population : **287 733**
- Moyenne d'âge : **36,5 ans**
- Espérance de vie : **74,52 ans** (H: 72,25 F: 76,82 ans)
- Pop de 65 ans et plus : **9,80%**
- Taux de natalité: **12,23%**
- Taux de mortalité: **8,39%**
Taux de croissance : **0,354%**



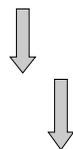
Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Tendance des indicateurs du vieillissement dans la Caraïbe

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- **Natalité:**
- **Mortalité**
- **Espérance de vie**
- **Progrès de santé**



Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Acteurs et Offre de soins

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- **Ministère de la Santé et d'Environnement** : Système de santé (de 1960 à 1970)
- **Programme santé PAHO**
- **Réseau de 5 hôpitaux gériatriques**
- **Un institut de gériatrie; en MQ:30 Maisons de retraite; 1100 lits**
- **CHU: Queen Elizabeth (quelque lits)**
- **Hôpital psychiatrique (quelques lits)**



Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Barbade : quelques chiffres sur la santé

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Les dépenses de santé
- 6,8% du PIB (2009)
- La densité de médecins
- 1,81 médecins / 1000 habitants (2005) (en MQ 1.29/1000)
- La densité de lits d'hôpital
- 7,6 lits / 1000 habitants (2008) (en MQ: 4,1)



Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Synthèse

- En fait, le XXI siècle a vu se dessiner dans la Caraïbe une approche de la question du vieillissement différente de chez nous. Parce que les systèmes politiques, administratifs et organisationnels le sont, que la prise en compte de la réalité culturelle est plus forte et que les gouvernements font de fortes incitations en faveur de la solidarité intergénérationnelle.
- Pour nous, le vieillissement annonce des dépenses budgétaires supplémentaires pour l'Etat, les collectivités locales, les familles. La prise en charge des personnes âgées est une action de l'autre, c'est l'affaire de l'Etat. C'est le devoir de l'Etat envers les aînés, c'est tout simplement un juste retour pour les années de bons et loyaux services de nos aînés.
- Pour eux, de façon paradoxale, la question du vieillissement dans la Caraïbe n'est pas vécue comme une charge, mais d'abord comme un élément clé du développement socioéconomique des pays de la région, une autre manière de faire vivre la solidarité intergénérationnelle
- C'est la raison pour laquelle, depuis 1980, des programmes de méthodologie sur l'appréciation de la vieillesse ont été lancés. Ils consistent à améliorer les données sur le vieillissement, à inventer une façon de mieux vivre pour les aînés.
- Ces programmes n'étaient assortis d'aucune construction de maison d'accueil pour les personnes âgées.

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Le système de retraite à Barbade

Mission coopération
Arlette Bravo-Prudent
Dr en Civilisation anglophone

- Age de la retraite 65,5ans.
- Nombre minimal de semaines : 500.
- Pension : 40% après 10 ans
60% après 30 ans
- Part des bénéficiaires du régime 7% de la population
- Coût du régime 4,1% du PIB:



Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

Synthèse (2)

- En 1996, le Plan d'action sur le vieillissement adopté à Vienne par les Nations Unies soulignait l'exigence universelle de la dimension humaine dans la prise en charge des Personnes âgées.
- Dans la Caraïbe respect de la personne humaine rime avec respect des traditions et maintien dans la cellule familiale.
- Jusqu'à quand cette solidarité intergénérationnelle fonctionnera-t-elle?
- Je ne saurais vous le dire !
- Certainement, jusqu'à ce que les enfants pour des raisons économiques ou sociétales, las de porter le fardeau de la prise en charge de leurs parents, consentent à ce que la personne âgée, pièce maîtresse, « potomitan », de la famille, évolue hors du cercle familial !
- Certainement, jusqu'à ce que la prise en charge individuelle devienne impossible pour des raisons de surcharge familiale!
- Certainement, jusqu'à ce que la solution collective de la mise en institution, plus rentable et plus adaptée aux contraintes de la vie ultramoderne ne s'impose !
- Alors plus que jamais, quelle que soit la forme de la prise en charge, individuelle ou collective, familiale ou extra familiale, la dimension humaine doit invariablement se situer au cœur du traitement des personnes âgées.

Vision du Vieillessement dans la Caraïbe et Dimension Humaine

05/12/12, Martinique

- **Notre forum sur « la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées »** entend faire rayonner, l'exigence de cette dimension humaine qui doit prévaloir à chaque niveau d'intervention
- Et puis, de façon égoïste, cette dimension humaine s'impose à chacun de nous, car nous sommes tous des personnes âgées en devenir.
- Et puis surtout, parce que la personne âgée porte et transmet les valeurs de notre société, de nos identités, de notre histoire, de la richesse de notre présent. Alors, préservons la, le plus longtemps possible, car « *une personne âgée qui s'éteint c'est une bibliothèque qui brûle* » déclarait un Sage africain.
- Nul doute que les interventions qui suivent seront éclairées par la lumière de cette maxime canadienne :

Alors, méditons cette maxime canadienne:

« Les personnes âgées ne nous appartiennent pas, même perdues dans leur mémoire, leurs douleurs, leur identité, elles n'appartiennent qu'à elles-mêmes ; si elles ont besoin d'aide, elles n'ont pas besoin qu'on dispose d'elles ! ».

INTERVENTION N°2

CARACTERISTIQUES SOCIO SANITAIRES DES PERSONNES AGEES DE MARTINIQUE

Madame Isabelle PADRA

Chargée d'études à l'Observatoire régional de santé de Martinique

« Sur le territoire de la Martinique, on constate une forte disparité dans la répartition géographique des personnes âgées de 60 ans et plus ».

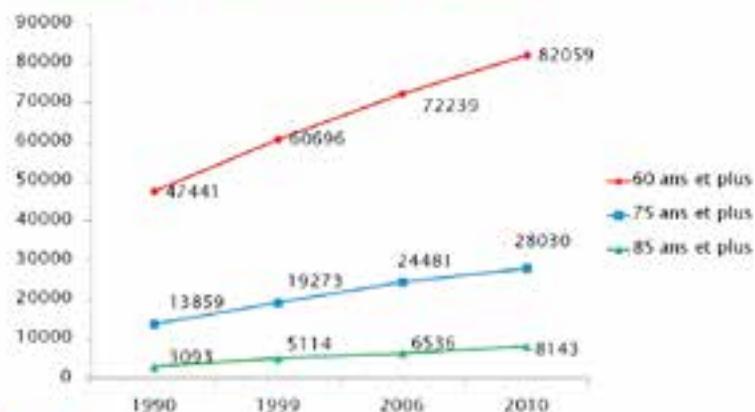


Caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées de Martinique

Isabelle PADRA
Sylvie MERLE
Observatoire de la santé de la Martinique

Forum CRSA - 6 décembre 2012

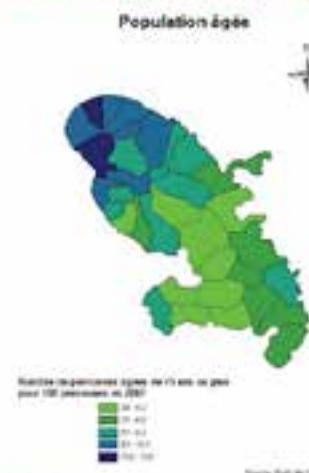
Evolution du nombre de personnes âgées en Martinique entre 1990 et 2010



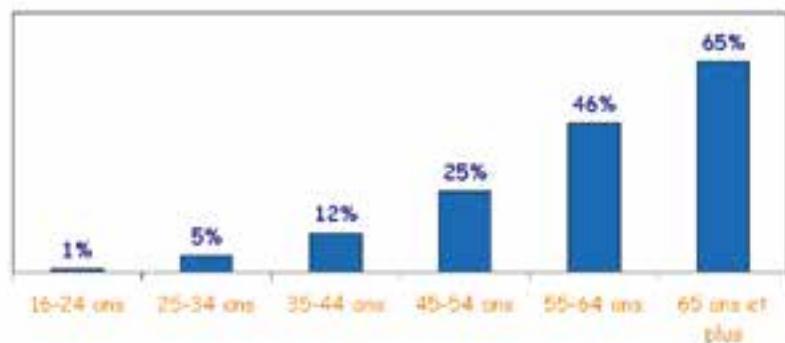
Source : INSEE - estimations de la population - exploitation CSM

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Un vieillissement plus marqué dans le Nord de la Martinique



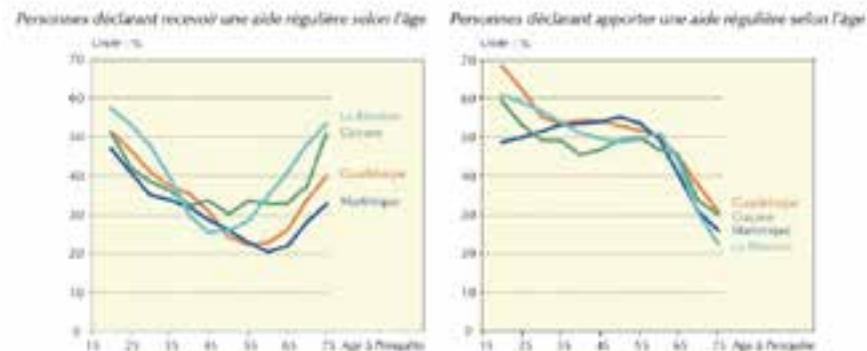
Un exemple : l'augmentation de la prévalence de l'HTA en Martinique en fonction de l'âge



Source : Enquête ESCAL 2003-2004

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Peu d'aides reçues autour de 60 ans en Martinique



Source : Enquête Migrations, Famille et Vieillesse, Ined- Insee 2009-2010.

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Les « grandes personnes » très entourées même lorsqu'elles vivent seules

- ▶ + de 50 % des personnes de 60-79 ans ont un proche vivant sur l'île :
 - frère, sœur : 9 fois sur 10
 - un enfant : 7 fois sur 10
- ▶ $\frac{3}{4}$ entretiennent des contacts très réguliers avec leurs enfants
- ▶ 13 % des seniors martiniquais déclarent n'avoir aucune famille dans le département

Source : Enquête Migrations, Famille et Vieillesse, Ined- Insee 2009-2010.

Forum CRSA - 6 décembre 2012

L'aide à domicile privilégiée en cas de dépendance

La famille peu sollicitée par les retraités ne pouvant plus vivre seuls

L'accompagnement pour les personnes âgées en Martinique

Unité : %	Type d'aide		
	Recourir à une aide à domicile	Vivre chez un membre de la famille	Aller dans un établissement spécialisé
60 à 69 ans	62	13	25
70 à 79 ans	66	11	23
Total	64	12	24

Source : Enquête Migrations, Famille et Vieillesse, Ined- Insee 2009-2010.

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Pathologies les plus fréquentes chez les personnes âgées de 65 ans et plus

- ▶ Les maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, AVC)
- ▶ Les tumeurs
- ▶ L'état nutritionnel (obésité, diabète)
- ▶ Les maladies neurodégénératives dont les démences : la maladie d'Alzheimer



Exemples avec des statistiques de mortalité et de morbidité

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Principales causes d'admission en ALD (affection longue durée)

- ▶ En moyenne on enregistre plus de 7600 nouvelles ALD chaque année en Martinique (2007-2009)
- ▶ 47 % de ces ALD concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

Hommes	Femmes
1. Cancers (27 %)	1. Hypertension artérielle (32 %)
2. Hypertension artérielle (24 %)	2. Diabète (19 %)
3. Diabète (15 %)	3. Cancers (12 %)

% d'ALD par cause sur l'ensemble des ALD de la tranche d'âge (Source : CNAMTS, RSI)

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Principales causes de mortalité

- ▶ En moyenne il se produit plus de 2800 décès chaque année en Martinique (2008-2010)
- ▶ 77 % de ces décès concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

Hommes	Femmes
1. Cancers (28 %)	1. Maladies cardiovasc. (28 %)
2. Maladies cardiovasc. (25 %)	2. Cancers (26 %)
3. Maladies respiratoires (5 %)	3. Maladies nutritionnelles (7 %)

% de décès par cause sur l'ensemble des décès de la tranche d'âge (Source : Inserm)

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Principales causes d'hospitalisation (soins de courte durée)

- ▶ En moyenne on enregistre plus de 75 000 séjours hospitaliers chaque année en Martinique (2007-2009)
- ▶ 33 % de ces séjours en soins de courte durée concernent des personnes âgées de 65 ans et plus

Hommes	Femmes
1. Cancers (35 %)	1. Cancers (18 %)
2. Maladies appareil génito-urinaire (11 %)	2. Maladies de l'oeil (15 %)
3. Maladies app. circulatoire (10 %)	3. Maladies app. circulatoire (13 %)

% de séjours par cause sur l'ensemble des séjours de la tranche d'âge (Source : PMSI)

Forum CRSA - 6 décembre 2012

La problématique des troubles cognitifs

- La Martinique étant le département d'outre-mer le plus âgé et la maladie d'Alzheimer (et les troubles apparentés) étant en progression dans toutes les populations vieillissantes
- Quelle est la réalité de cette maladie en Martinique ?

➔ Une réponse apportée par l'enquête ALZEMA

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Résultats : prévalence des troubles cognitifs sévères

- Près d'une personne sur 4 de 75 ans et plus vivant à domicile en Martinique présente des troubles cognitifs sévères
- En institution, il s'agit de 3 personnes sur 4
- Les facteurs de risque connus ont bien été retrouvés :
 - Âge (les troubles cognitifs augmentent avec l'âge)
 - Niveau d'études (la proportion de personnes atteintes de troubles cognitifs sévères diminue plus le niveau d'études augmente)
 - Antécédents d'AVC (les troubles cognitifs sont plus fréquents chez les personnes ayant des ATCDs d'AVC)
- En extrapolant les résultats de cette étude aux données du recensement (INSEE), on estime qu'il y aurait entre 6 500 et 7 800 personnes atteintes de troubles cognitifs sévères en Martinique

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Une réponse : l'enquête ALZEMA

- En 2008, dans le cadre de l'actualisation du Schéma gérontologique, du Conseil général de la Martinique
- ALZEMA (OSM + réseau gérontologique)
- Enquête en population générale dont l'objectif est d'évaluer la prévalence de la démence chez les sujets âgés de 75 ans et plus vivant en Martinique

Méthode

Enquête transversale en population générale réalisée sur 2 échantillons

- un en population générale
- l'autre en établissements pour personnes âgées dépendantes

Au total 577 sujets de 75 ans et plus ont été vus

- 427 à domicile
- 150 en établissements

Forum CRSA - 6 décembre 2012

Pour conclure

- Evolution démographique qui entraîne un vieillissement de plus en plus marqué
- Poids des maladies chroniques :
 - ➔ Intérêt de la prévention pour limiter leur apparition
 - ➔ Intérêt de l'éducation thérapeutique pour améliorer la prise en charge

Forum CRSA - 6 décembre 2012



INTERVENTION N°3

FACTEURS PRONOSTIQUES DE MORTALITE EN MARTINIQUE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES

Docteur Claire GODARD-SEBILLOTE
Pôle Gériatrie du CHU de Fort-de-France

« La non-prise en compte du pronostic conduit à une moindre qualité de soins ».

Etude des facteurs pronostiques de mortalité
précoce dans une population de personnes âgées
hospitalisées en gériatrie à Fort de France

Dr Godard Sebillote
Service du Dr FANON
CHU Pierre Zobda Quitmann, Fort de France, Martinique

Pourquoi s'intéresser au pronostic chez la personne âgée ?

- Prise en soins guidée par le pronostic
- La non prise en compte du pronostic conduit à une moindre qualité de soins

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Scores Pronostiques chez l'adulte

Tiennent compte de :

- La gravité de la pathologie considérée : score en cancérologie : classification TNM
- Des comorbidités : score de mortalité cardiovasculaire à 10 ans (Framingham)
- De la sévérité clinique à l'admission : APACHE 2

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Pourquoi lors de l'hospitalisation en urgence ?

- Précipitation de la perte d'autonomie :
 - > 70 ans 30 % de perte d'autonomie aux AVQ
 - > 85 ans 50 % de perte d'autonomie aux AVQ
- Perte d'autonomie de mauvais pronostic, un an après l'hospitalisation :
 - Chez ceux qui ont perdus de l'autonomie : 41 % de décès, 29% dépendance persistante, 30% récupération
 - Chez ceux qui n'ont pas perdu d'autonomie : 18 % décéderont, 15% dépendance persistante, 67 % de récupération



Un tournant dans la vie du sujet âgé

Covinsky JAGS 2003
Boyd JAGS 2008
Covinsky JAMA 2011
Dramé J Nutr Health Aging 2008

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Scores pronostiques chez la personne âgée hospitalisée en urgence

Sur 8 scores pronostiques de mortalité répertoriés dans cette revue de la littérature étaient pris en compte :

- Motif d'admission 2/8
- Gravité de la présentation à l'admission 1/8
- Age 5/8
- Comorbidité/ Polymédication ou diagnostic cancer, insuffisance cardiaque 5/8
- Dépendance dans les activités de la vie quotidienne 4/8
- Malnutrition 5/8

Yourman JAMA 2012

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

La fragilité du sujet âgé

- Concept facile à comprendre, difficile à définir
- Le concept de fragilité permet de décrire un patient ayant un risque particulièrement élevé d'entrée en dépendance, d'entrée en institution, et de mortalité
- Probabilité élevée d'évolution péjorative lorsque la personne est confrontée à un stress
- État de pré-dépendance

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Matériel et Méthodes

- Cohorte SAFMA : cohorte prospective de sujets âgés hospitalisés en urgence dans le service de gériatrie aiguë de Janvier à Juin 2012
- Inclusion de l'ensemble des sujets de 75 ans et plus hospitalisés pour une pathologie aiguë
- Variables d'intérêt :
 - Mortalité à 6 semaines
 - Facteurs pronostiques potentiels

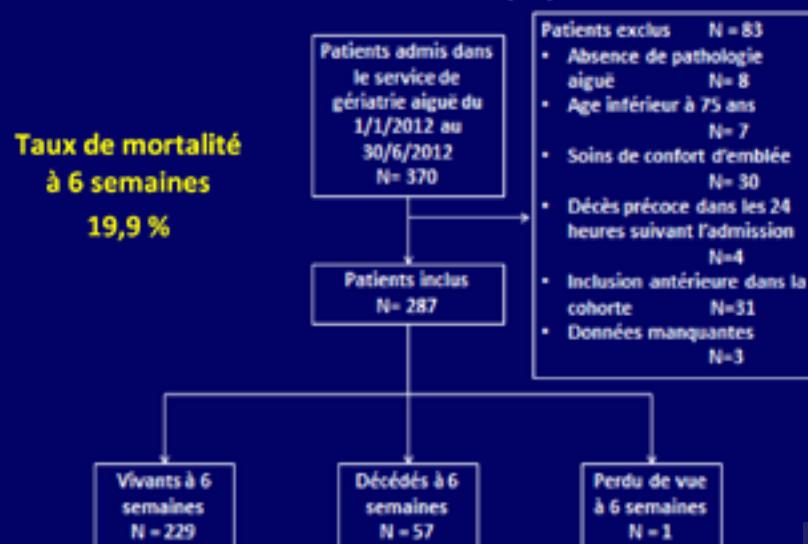
Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Les définitions de la fragilité

- Critères de Fried (2001):
 - Perte de poids involontaire sur 12 derniers mois
 - Fatigue subjective
 - Quantification de l'activité physique
 - Vitesse de marche
 - Force de poigne
- Vitesse de marche sur 4,5 m

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Résultats (1)



Résultats (2) caractéristiques à l'inclusion

	Cohorte SAFMA
	%
Age (années)	
75-84	41
85 et plus	59
Sexe	
Femme	61
Homme	39
Niveau de dépendance dans les activités de la vie quotidienne	
0-1 Indépendant	30
2-4 Modérément dépendant	18
5-6 Sévèrement dépendant	52
Risque de malnutrition	
Absence	4
Présence	96

Evaluation du risque de dénutrition (MNA-SF)

Existence sur les 3 derniers mois d'une anorexie

Existence sur les 3 derniers mois d'une perte de poids

Evaluation de la motricité

Existence d'une pathologie aiguë

Existence d'une démence ou d'une dépression

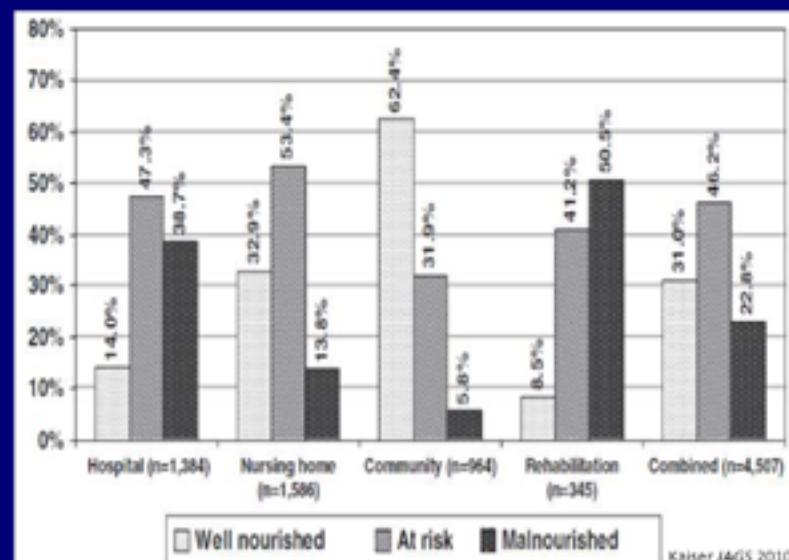
IMC

Godard Sébastien/ Claire Forum CRSA
6/12/2012

Evaluation niveau de dépendance dans les actes de la vie quotidienne 15 jours avant l'hospitalisation en urgence

Item	Score
Hygiène corporelle Autonomie/ Aide partielle/Dépendance	1 / % / 0
Habillage Autonomie/ Autonomie sauf le chaussage/ Dépendance	1 / % / 0
Aller aux toilettes Autonomie/ Doit être accompagné/ Dépendance	1 / % / 0
Locomotion Autonome/ Besoin d'aide/ Grabataire	1 / % / 0
Continence Continent/ Incontinent occasionnel/ Incontinent	1 / % / 0
Repas Autonome/Aide/ Dépendant	1 / % / 0
Total	/6

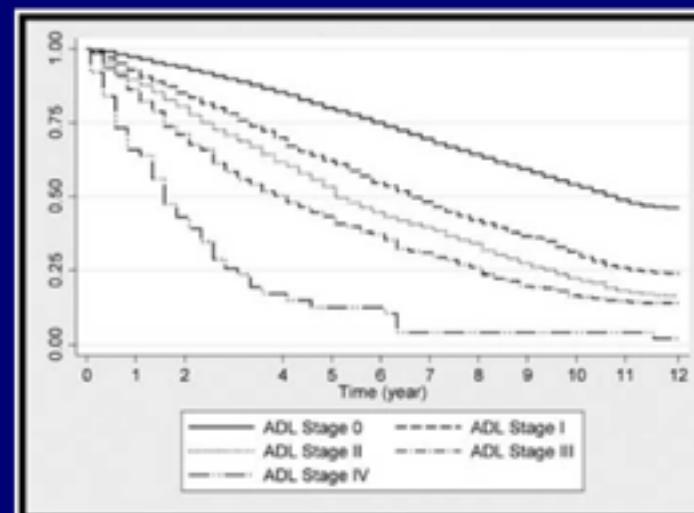
Prévalence de la dénutrition



Résultats (3)

Variables explicatives	Statut vital à 6 semaines		Valeur de p
	Vivant	Mort	
Niveau de dépendance dans les activités de la vie quotidienne (Moyen)	3,5	4,3	0,0333
MNA-SF (Moyen)	6,8	5,4	0,0053
Albuminémie (g/l)	30,2	26,2	0,0014

Perte d'autonomie et mortalité



Discussion (1)

- Mortalité particulièrement élevée, traduisant la très grande fragilité de ces sujets âgés hospitalisés en urgence

- Association entre perte d'autonomie et mortalité à 6 semaines

Discussion (2)

- Association entre dénutrition et mortalité
 - ↑ de la durée d'hospitalisation
 - ↑ du risque d'admission en institution
 - X 3 le risque de décès

Discussion (2)

- Association entre dénutrition et mortalité



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

Santé perçue

Variables explicatives	Statut vital à 6 semaines		Valeur de p
	Vivant	Mort	
Santé perçue			0,0019
Bonne/Très Bonne	91,9	8,1	
Moyenne/Mauvaise/Très mauvaise	77,0	23,0	

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

Dénutrition, perte d'autonomie et mortalité

Age	Remaining Life Expectancy in the General Population	Multiple Morbidities (>3 Diseases)	Low Body Mass Index	Disability in Activities of Daily Living
65	18.4	-2.2	-5.4	-3.9
70	14.9	-2.0	-4.8	-3.4
75	11.7	-1.7	-4.1	-3.0
80	8.9	-1.4	-3.4	-2.5
85	6.5	-1.1	-2.7	-2.0
90	4.6	-0.8	-2.0	-1.5
95	2.8	-0.5	-1.2	-0.9
100	0.4	-0.1	-0.2	-0.2

Kane JAGS 2012

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
06/12/2012

En pratique

- Importance de l'évaluation du pronostic dans la prise en soin
- Critères pronostiques faciles à identifier en pratique clinique
- Pour lesquels une prévention et une prise en soin adaptée doit être envisagée

Godard Sébastien Claire Forum CRSA
6/12/2012

QUESTIONS DÉBAT

Concernant la dénutrition, les critères HAS parlent de dénutris, de dénutris modérés et de dénutris sévères. Est-ce que le terme « risque de dénutrition » dans l'étude équivaut à « dénutri modéré » ?

L'étude divise les patients en trois groupes : les dénutris, les bien-nourris et les patients à risque chez lesquels il faudra envisager un diagnostic par la mesure de paramètres nutritionnels tels que l'albumine. Une étude sur l'état nutritionnel à l'entrée en EPAHD a montré que 70% des malades sont dénutris à l'entrée dont 30% de dénutris sévères.

Les critères de la HAS concernant la dénutrition sont très intéressants. Toutefois, il est à noter que dans l'évolution sur six mois, si pour les dénutris sévères il est possible de les faire passer au-dessus de 30 g d'albumine, il s'avère plus difficile pour ceux qui ont une albumine entre 30 g et 35 g de les faire changer de statut. L'objectif en EHPAD ne serait-il pas davantage de redonner plaisir à manger que d'atteindre des objectifs absolus ?

Effectivement, le mot d'ordre de la gériatrie est bien d'adapter les objectifs à chaque patient.

Concernant la mortalité à six semaines après les admissions en urgence, l'étude a-t-elle analysé uniquement des cas d'urgences médicales ou également des interventions chirurgicales ?

L'étude ayant eu lieu dans le service gériatrie, il s'agissait uniquement de cas d'urgences médicales. La suite de l'étude portera sur le suivi et la recherche de critères de fragilité à long terme.

La chirurgie cardiaque dispose d'un outil pronostique qui est le ressort. Il permet d'aiguiller sur les modalités d'intervention chez les personnes âgées (chirurgie lourde ou pas).

La recommandation est-elle donc l'activité ?

L'activité physique est, en effet, le traitement le plus efficace pour le plus grand nombre de pathologies connues à l'heure actuelle et avec le moins d'effets secondaires. Il est donc recommandé trois quarts d'heure d'une activité physique adaptée au sujet âgé, trois fois par semaine. Ces activités comprennent également le jardinage, le ménage, des petites choses qui permettent de maintenir une autonomie et une meilleure santé.

Concernant la dénutrition, faut-il imposer un régime au sujet âgé ?

Il n'y a pas de réponse générale sur l'ensemble des sujets âgés, qui sont très différents. Globalement, les régimes ne sont pas recommandés car ils risquent notamment de les faire perdre du muscle, et donc d'entraîner davantage de risques de chutes, etc.

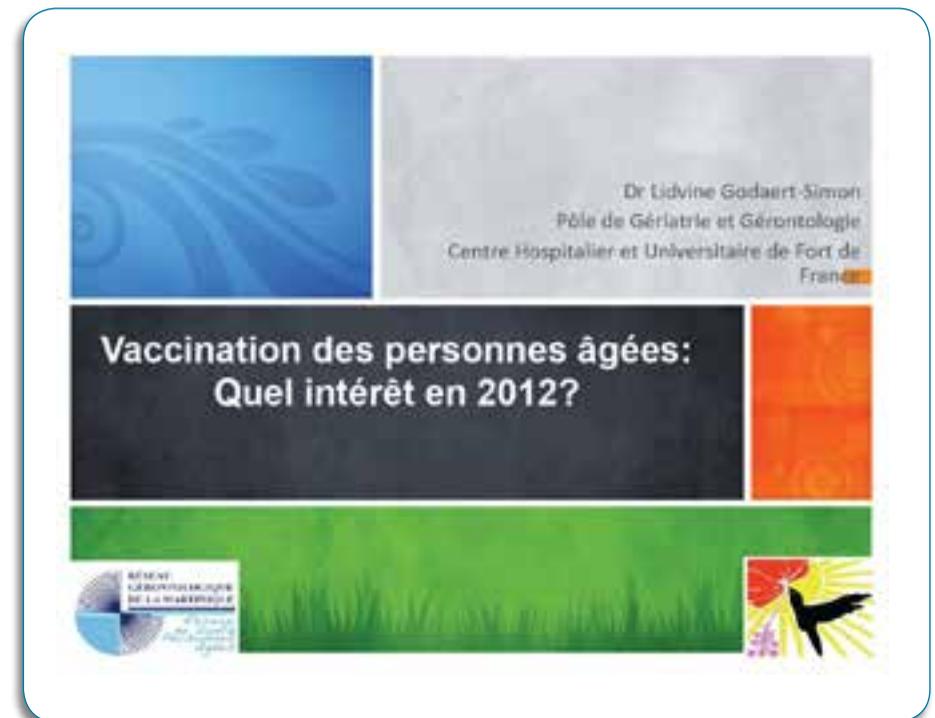
Même concernant les personnes atteintes de diabète, la dernière recommandation pour la population des 70 ans et plus, fragiles ou pas, est de ne pas faire de régime restrictif.

INTERVENTION N°4

LA VACCINATION DES PERSONNES AGEES EN MARTINIQUE A-T-ELLE ENCORE UN INTERET EN 2012 ?

Docteur Lidvine GODAERT-SIMON
Réseau gérontologique de la Martinique

« Il va nécessiter une réflexion sur cette prévention pour que l'individu en profite mais aussi qu'elle soit profitable à l'échelle de la population ».



Généralités

- Les maladies infectieuses notamment à prévention vaccinale restent une des principales causes de morbi-mortalité des sujets âgés et aggravent les pathologies chroniques
- Vieillesse démographique accéléré en Martinique
 - 2^{ème} région la plus âgée de France en 2030
- La vaccination est un moyen efficace de protection des populations fragiles
 - Mais obligation de tenir compte de l'hétérogénéité de la population âgée et de l'immunosénescence



Source: Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. Lancet Infect Dis 2002;2:659-66

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets Âgés
Martinique)

QUELS SONT LES VACCINS À PRIVILÉGIER?



Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets Âgés
Martinique)

L'immunosénescence

- Immunogénicité* des sujets âgés inférieure à celle des sujets jeunes en bonne santé
 - Modification de l'immunité post-vaccinale
- Influence connue d'autres pathologies fréquemment rencontrées lors du vieillissement (Ex.: dénutrition)
- Nécessité de penser différemment les programmes de vaccination pour les sujets âgés
 - Susceptibilité accrue aux infections
 - Diminution de la réponse vaccinale

* Capacité pour toute substance, soluble ou particulaire, protéique ou non, habituellement étrangère à l'organisme dans lequel elle se trouve, de provoquer une réponse immunitaire spécifique



Source: Leng PO, Govind S, Michel JP et al. Immunosenescence: implications for vaccination programmes in adults. Martinica 2011
Sagawa M, Kajimahara N, Otsuka N et al. Immune response to influenza vaccine in the elderly: association with nutritional and physical status. Geriatr Gerontol Int 2011;11:63-8

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets Âgés
Martinique)

La grippe saisonnière : un virus meurtrier



Des recommandations connues, insuffisamment appliquées

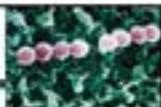
- Les couvertures vaccinales antigrippales restent insuffisantes chez les personnels encadrant alors qu'ils sont fréquemment touchés et qu'ils peuvent contribuer à la diffusion de l'épidémie
- La mortalité est due au virus et surtout aux infections secondaires (pneumonie) donc mortalité totale sous-estimée
- Population âgée particulièrement à risque:
 - Patients diabétiques ou ayant des antécédents cardio-vasculaires, une pathologie respiratoire chronique, une insuffisance rénale



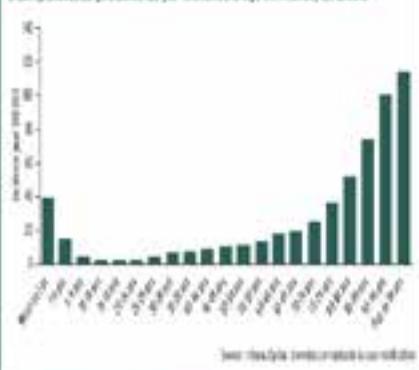
Source: Vaut S. Surveillance épidémiologique et biologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2006-2007. Bull Epiphytémol Interd 2007;79-40:134-6
http://www.invs.sciensano.be/fr/health/tdocument/1517_12_seasonal_human_influenza_vaccination.pdf

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets Âgés
Martinique)

Le pneumocoque : un grand oublié



Incidence, pour 100000 habitants, des infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* par tranches d'âge en France, en 2008



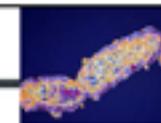
- 4000 à 12000 décès/an en France
- Taux de létalité important chez les sujets âgés
- Un taux croissant de résistance aux antibiotiques
- Population à risque bien ciblée mais très insuffisamment vaccinée



Source: Tricote C. Les infections à pneumocoque et leur prévention en gériatrie. Rev Geriatr 2005;20:319-8
A. S. DeBello-Fallon et al. Vaccine coverage against influenza and pneumococcal infections in patients aged 65 and over: A survey of 250 outpatients. La Revue de médecine interne 30 (2009) 658-660

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets
Âgés
Martinique)

La coqueluche



- Maladie des voies respiratoires hautement contagieuse
 - Nombre de cas en augmentation touchant les enfants et les sujets âgés
 - Les adultes sont le réservoir
- Errance diagnostique fréquente car tableau atypique



Source: Celentano LP, Messeri M, Paronetti D, et al. Resurgence of pertussis in Europe. Pediatr Infect Dis J 2005;24:761-5

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets
Âgés
Martinique)

Le vaccin antitétanique : un assassin dans l'ombre

- Maladie rare
 - 36 cas en France entre 2008-2011
- Oui mais...
 - 86% des personnes touchées étaient âgées de 70 ans et plus
 - Taux de létalité 31%
- Vaccination 1x/10 ans



Source: bulletin épidémiologique hebdomadaire du 26 juin 2012

Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets
Âgés
Martinique)

Conclusion

- Population âgée nécessite un plan de vaccination spécifique
- Sensibilisation nécessaire des professionnels de santé et de la population concernée
- Mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé

Projet VaSAM
Contact: smgg@wanadoo.fr



Projet VaSAM
(Vaccination
Sujets
Âgés
Martinique)

QUESTIONS DÉBAT

3.2 Tableau des recommandations vaccinales chez les adultes en 2012 (en dehors des vaccinations d'adultes ou adultes professionnels)

Vaccins contre :	18-23 ans	24 ans	24-28 ans	29-45 ans	46-64 ans	≥ 65 ans
Recommandations générales			1 dose d'HTV10*, 1 dose d'HTV11*, 1 dose d'HTV12*	1 dose d'HTV10 tous les 10 ans		
						1 dose annuelle
Autres vaccins				Substituer une dose 1 dose d'HTV10 ou 1 dose de vaccination quadrivalente adjuvante à l'âge adéquat		
	1 dose*					
	2 doses selon le schéma 0, 1, 2, 4 mois (première dose à 12-15 ans)					
	Annuler 2 doses au total chez les personnes âgées depuis 1990					
				1 dose de BCG, plus les formes des vaccins		
	1 dose de dTpa/dTf/dTf* une seule fois (une fois au moins après le premier d'âge parent (concomitant, les données de la dernière dose d'un "groupe" de la mère et par exemple, celui minimal de 3 ans entre 1 dose de dTpa/dTf et 1 dose de dTf/dTf)					
	1 dose annuelle et unique particulière*					
	2 doses selon le schéma : 0, 6 mois et répétition à un risque particulier*					
	3 doses selon le schéma : 0, 1, 2, 6 mois et répétition à un risque particulier*					
	1 dose chez les personnes âgées en déficit ou complétement en ce domaine, recevoir un traitement anti-CVA ou anticoagulant					
	1 dose si présence d'un risque élevé d'infection à pneumocoque* (sauf de la vaccination en absence d'une infection par le VCSF)					
	2 doses* d'un risque particulier					

Document communiqué - 06/07/12 - 04/08/12

Comment inciter les personnels à se faire vacciner ? Dans certains pays, la vaccination est obligatoire à l'embauche, dans d'autres, le port du masque est obligatoire pour les personnes non vaccinées pendant la période épidémique. Un service a fait cette expérience à Grenoble et l'année suivante, les personnes étaient davantage vaccinées. Aujourd'hui, le résultat national est de 40 % de personnels vaccinés. Cependant, les chiffres ont diminué depuis 2006 suite à la problématique de la grippe H1N1. D'autre part, il est à noter que les hôpitaux ne montrent pas l'exemple : 20 % de personnels vaccinés contre 45 % à 50 % dans les EPAHD.

Il va falloir, en effet, avoir recours à une réglementation. Peut-être faudrait-il également revaloriser les vaccins, comme cela a été fait pour les antibiotiques, d'abord pour rétablir la confiance, ensuite, pour remettre à la mode le fait d'être vacciné.

Certaines personnes ont des réactions très violentes au vaccin de la grippe et sont donc découragées.

La difficulté c'est que le vaccin n'empêche pas d'attraper la grippe. Son but est d'empêcher d'en mourir. Il s'agit davantage d'une question de santé publique : diminuer la diffusion des virus et protéger les populations fragiles.

Quel est le retour sur les documents qui sont envoyés au public concernant les vaccins obligatoires ? Quel est le nombre de personnes vaccinées ? Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des médecins traitants qui ne préconisent pas certains des vaccins nécessaires et vis-à-vis des pouvoirs publics ?

Au sein du réseau gérontologique de la Martinique et du pôle de gériatrie et de gérontologie du CHU de Fort-de-France une étude appelée VASAM (Vaccination Sujet Agé de Martinique) est en cours. La première étape en est le diagnostic pour savoir quelle est la couverture vaccinale des sujets âgés de 65 ans et plus en Martinique. Les différentes structures partenaires de cette étude sont dans une phase de collecte de données. Il n'est donc pas encore possible de répondre à cette question.

Il conviendra, par la suite, de mener des campagnes de sensibilisation ciblées sur le territoire, en association avec tous les partenaires.





INTERVENTION N°5

ETUDE SUR LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE CHEZ LA PERSONNE AGEE HOSPITALISEE

Docteur Franck MICHEL - Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux
et de l'Innovation Thérapeutique (OMÉDIT)

*« L'OMÉDIT souhaite mettre à disposition des établissements sanitaires
des recommandations qui pourront aider à améliorer la prise en charge
médicamenteuse des patients âgés ».*



Méthode (1) – critères d'inclusions

- juillet 2010 – février 2011
- Enquête dans 9 établissements :
 - de médecine
 - de SSR
- Patients hospitalisés :
 - ≥ 75 ans
 - ≥ 65 ans et polypathologiques (≥ 2 atteintes d'organe)

Résultats (1) - population

238 patients
[135 F / 103 H : sex-ratio = 1,3 ; âge moyen = **81,3 ans**]

☞ MCO : **121 patients**
[65 F / 56 H : sex-ratio = 1,2 ; âge moyen = **81,9 ans**]

☞ SSR : **117 patients**
[70 F / 47 H : sex-ratio = 1,5 ; âge moyen = **80,7 ans**]

Méthode (2) – items étudiés

- Motifs d'hospitalisation
- Durées de séjour
- Pathologies
- Informations / dossier patient
 - Traitement à l'entrée
 - poids
 - fonction rénale
 - fonction hépatique
 - albuminémie

... Traitement à la sortie

nb de médicaments/molécules
analyse interactions

Résultats (2) - informations dans le dossier patient



	MCO (%)	SSR (%)	TOTAL (%)
Albuminémie	40,5	36,8	38,7
Fonction rénale	53,7	59,8	56,7
Transaminase	76	54,7	65,5
Poids	52,9	85,5	68,9
Traitement connu	96,7	99,1	97,9*

* pour 17 patients, l'information sur le traitement est difficilement accessible → **90,8%**

Résultats (3) - nombre moyen de molécules

• A l'entrée : **6,5 molécules/patient**
[0 à 14]

• A la sortie : **6,9 molécules/patient**
[1 à 14]



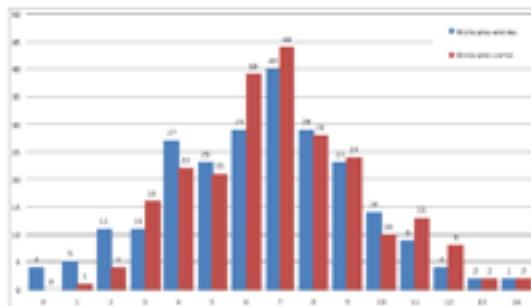
... défaut d'observance lié au nombre de prises ?



Bonne observance :

- 61% à 1 prise / jour
- 45% à 2 prises / jour
- 39% à 3 prises / jour

... iatrogénie « polymédicamenteuse »



90% des patients avec 3 molécules ou plus

Modifications des traitements entrée / sortie

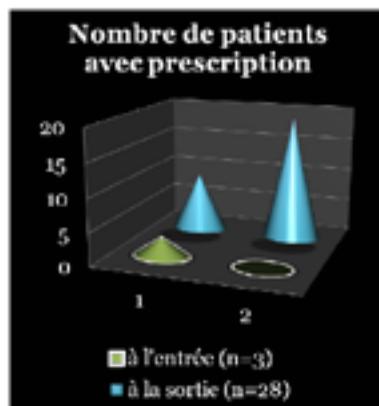
63,9% des patients (149) ont vu leur traitement modifié

Nb moyen de modifications :
3 / patient

Variation du nombre de médicaments



Compléments nutritionnels



La dénutrition :

- est sous-estimée
- bien que facteur favorisant la iatrogénie

2^{ème} Forum CESA
6 décembre 2012

à destination ...

Sanitaire

Médico-social

Recommandations

prise en charge
médicamenteuse
(arrêté du 6 avril 2011)

liste préférentielle
(décret du 27 mai 2005)

Évaluation des pratiques

certification V2010 , indicateurs IPAQSS

... sans oublier l'**Ambulatoire**

↳ enquête qualitative et quantitative
sur la prescription en ville ?

2^{ème} Forum CESA
6 décembre 2012

Conclusions

- Données régionales quantitatives
 - ⇒ sensibilisation pour une amélioration de la prise en charge
- Outils d'aide à la prescription et à la surveillance des traitements
 - ⇒ Recommandations / pathologie
 - ⇒ Évaluation des pratiques

2^{ème} Forum CESA
6 décembre 2012

QUESTIONS DÉBAT

Pourquoi n'avoir pas inclus les EHPAD dans l'étude sur les prescriptions médicamenteuses pour les personnes âgées ?

Le champ de l'étude était la MCO (médecine - chirurgie - obstétrique) et les soins de suite. Les EHPAD, ainsi que la psychiatrie, ont été exclus à titre technique (car cela compliquait l'analyse) et à titre organisationnel. En effet, aujourd'hui, le champ des missions de l'OMéDIT est défini par décret et se limite à la MCO. Ce décret est en cours de révision par le Ministère. Normalement, le médico-social et l'ambulatoire devront passer dans le champ d'action des OMéDIT.

INTERVENTION N°6

LE LIVRET DU MEDICAMENT

QUELLE METHODOLOGIE POUR QUELLE PRESCRIPTION

Docteur François BERTIN-HUGAULT - Directeur éthique médicale et qualité
de la Direction des opérations (Groupe KORIAN)

« On jette aujourd'hui, 30% à 40% de ce qu'on donne au malade. Cela pose aussi la question de savoir si ce qu'on leur donne est adapté ».



**Comment la prescription impacte-t-elle le circuit du médicament ?
Un livret du médicament ? Pour quelles prescriptions ?**

Forum CRSA : « La prescription médicamenteuse de la personne âgée »
6 décembre 2012 : Atrium de Fort de France

Docteur Anne DAZINIERAS – Pharmacienne – Groupe Korian
Docteur Caroline BLOCHET – Présidente – Groupe Medissimo
Docteur Paul VERA – Médecin Coordonnateur Korian Frontenac
Docteur François BERTIN-HUGAULT – Directeur Médical – Groupe Korian



SOMMAIRE

- 1 Comment prescrire en 2012 ?
- 2 Et si on prenait en compte le circuit du médicament ?
- 3 Quelques chiffres ?
- 4 Un livret du médicament ?
- 5 Analyse de nos prescriptions de ville par rapport au livret du médicament
- 6 Conclusion



4 messages clefs :

1. Plus de la moitié des patients ont une prise au coucher (52%)
2. La très grande majorité des patients ont 3 ou 4 prises de médicaments par jour (88%)
3. 99% des patients qui ont une prise au coucher ont aussi une prise le soir.
4. Les médicaments consommés au coucher sont des psychotropes.



Quelques chiffres autour du nombre de prises ?

L'année 2010 (du 1er janvier au 31 décembre)
 74 établissements du groupe Korian

Les traitements chroniques

La prise du coucher est la 4^{ème} prise standard de la journée : matin, midi, soir, coucher

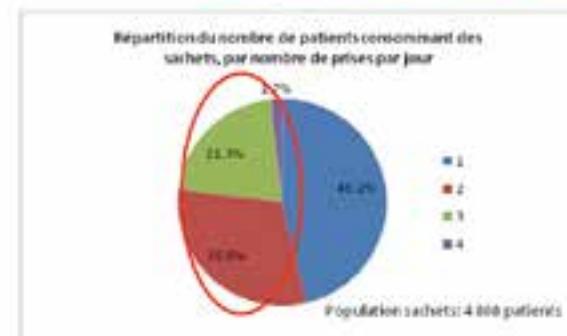
Patient avec au moins une ordonnance chronique : 7 047

Prescriptions chroniques (nombre) 65 291

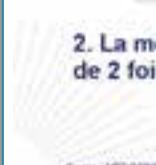
Dépenses en médicaments chroniques (€) 6 585 633



Nombre de patient par nombre de prise de sachet par jour



2. La moitié des malades consommant des sachets en prennent plus de 2 fois par jour dont 23% plus de 3 fois par jour.



3 messages clefs :

1. Environ 2/3 des patients consomment des médicaments en forme galénique sachet
2. La moitié des patients consommant des formes sachet en prennent 2 fois par jour ou plus dont 21% de ces patients consomment des sachets matin, midi et soir
4. L'acide acétylsalicylique et le Macrogol sont consommés respectivement par 45% et 42% des patients.

Méthode de constitution du livret

Historique

- Le Dr Paul Véra
- Une équipe de médecins et pharmaciens pendant 3 ans, discussion de chaque molécule
- Des consultations d'experts au fil de l'eau
- Une validation hospitalo-universitaire de 2 équipes

Objectifs

Ne pas être contestable, mais laisser la place à la contestation : livretmedicament@groupe-korian.com (Pas d'analyse économique)

Un outil adapté au sujet âgé

Recouvrir 90% des situations cliniques en France au moins

Ne pas être déconnecté du terrain

Un outil pratique dans sa forme : DCI et DC, une molécule par ligne, classification Vidal ...

S'inscrire dans une réflexion sur le médicament par filière, mais centraliser la réflexion pour en faire une référence

Critères de choix d'une molécule

1. Molécule reconnue de référence
2. SMR reconnu comme important (fiche de transparence HAS)
3. Intérêt générique :
 1. Qualité de la réponse pharmacodynamique
 2. Propriétés pharmacocinétiques
 1. Absorption
 2. Distribution (liposolubilité, hydrosolubilité, la liaison aux protéines plasmatiques)
 3. Métabolisme (cytochromes P450)
 4. Élimination, spécialement rénale
 3. Interactions, effets indésirables des bulletins de pharmacovigilance
 4. Liste de Beers revue par M-L Laroche
 5. Galénique
 6. Nombre de prise
 7. Heure de prise
4. 60 000 lignes de prescriptions



Attendu depuis plusieurs mois, le livret du médicament est destiné à nous aider à mieux prendre en compte le risque iatrogénique lors de nos prescriptions chez les sujets âgés.

Le contenu a été rédigé à partir de la littérature, et ensuite étudié et validé par différents médecins et pharmaciens KORIAN en commission du médicament, et par différentes équipes universitaires.

Sur un plan scientifique, une analyse gériatrique des différentes classes thérapeutiques a été réalisée à partir des fiches de transparence et des recommandations de bonnes pratiques de la HAS renforcées par les communications des différentes sociétés savantes. Les articles critiques de la Revue Prescrire ont été également un support incontournable pour le choix des molécules, en privilégiant constamment les molécules de référence et

en adoptant comme critère le meilleur service médical rendu avec l'impérieuse nécessité d'un rapport bénéfice/risque le plus favorable possible. Les propriétés pharmacodynamiques dont le degré d'affinité aux récepteurs, les propriétés pharmacocinétiques comme l'absorption, la liposolubilité, la liaison aux protéines, le métabolisme et l'élimination sont demeurées des critères sélectifs. Les formes galéniques adaptées aux capacités réduites de prise médicamenteuse des sujets âgés ont été répertoriées et favorisées. La commission est restée également très attentive aux bulletins de pharmacovigilance émanant de plusieurs CHU, ainsi qu'à plusieurs publications dont celles essentielles du Dr LAROCHE. Toutes les références bibliographiques détaillées ayant guidé ce choix sont disponibles si vous le souhaitez.

Sur un plan fonctionnel, ce livret s'est comparé à une pratique de ville de plus de 60 000 prescriptions, permettant de voir qu'une majorité des produits que nous vous proposons fait déjà partie des principaux volumes de prescription.

Enfin, l'argument économique doit être pris en compte au niveau local par le pharmacien, en fonction de son propre marché. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons les molécules choisies en Dénomination Commune Internationale (DCI) avec l'ensemble des noms commerciaux correspondants. Dans le respect déontologique de la liberté de prescription qui laisse le médecin libre et responsable de ses choix, la commission du médicament KORIAN voit, dans ce livret du médicament, un outil de travail quotidien, un support de formation, une aide puissante à la prescription « éclairée » dans la filière gériatrique. Les mentions simplifiées des produits retenus sont présentées sous la forme d'un tableau didactique, par classes pharmaco-thérapeutiques. Toute prescription doit rester tributaire des recommandations légales des produits (RCP), qu'il est nécessaire de consulter au moindre doute. Le livret du médicament doit bénéficier, dès à présent et en permanence, de l'apport des dernières publications. Nous vous invitons à nous faire part de vos remarques, qui seront d'autant plus constructives que vous nous apporterez l'argumentaire scientifique ou fonctionnel sur lequel elles s'appuient, à l'adresse suivante : livretmedicament@groupe-korian.com. Elles seront ainsi analysées lors de chaque réunion du comité, tous les 6 mois. Cela nous assurera une continuité dans la mise à jour de notre outil qui devra être republié environ une fois par an.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Docteur François BERTIN-HUGAULT

Quelle est la structure financière de KORIAN ?

KORIAN est un groupe à but lucratif coté en bourse. Ses actionnaires majoritaires sont le Crédit Mutuel, le Crédit Agricole, donc des mutuelles.

Aujourd'hui se pose d'ailleurs la question : *Comment associer les mutuelles à la réflexion sur la prévention ?*

Chez KORIAN, on note un grand souci de maîtriser les coûts. En EHPAD, il faudra bien trouver un organisme, quelqu'un qui paie.

Il est important de rappeler que quelqu'un qui entre en maison de retraite paiera essentiellement un coût d'hébergement, la dépense étant en partie prise en charge par le Conseil Général et par l'ARS et le coût du soin par l'ARS. Il est vrai que l'un des enjeux majeurs est de savoir comment proposer, à des coûts raisonnables, un hébergement et des soins adaptés.

En tant que médecin coordonnateur, quelle attitude avoir vis-à-vis des médecins libéraux (cardiologues par exemple) qui prescrivent beaucoup de médicaments ?

Concernant les médicaments en cardiologie, aujourd'hui, toutes les études rajoutent des médicaments. Cela pose beaucoup de questions par exemple, concernant les antihypertenseurs. Il y a un manque de visibilité.

Il convient de rappeler au médecin libéral que s'il est important d'avoir beaucoup de médicaments, il n'y a pas d'études chez les personnes âgées.

Les médecins coordonnateurs ont depuis septembre 2011, la possibilité d'intervenir quand le malade est en danger ou pour des problématiques de collectivité. S'il y a mise en danger, il convient de se poser la question en lien avec le médecin traitant.

Concernant le traitement de certaines maladies, dont le diabète notamment, beaucoup de médecins prescrivent des médicaments dans la catégorie des vignettes orange. Or, beaucoup de mutuelles ont décidé de ne pas rembourser les médicaments de cette catégorie car, selon une étude, il s'agirait d'un service médical au rendu faible.

Il est à regretter que la seule étude réellement sérieuse sur le diabète date des années 80 et que cette étude ait montré que la Metformine, justement, était le bon médicament pour le diabète et que les autres n'avaient pas démontré d'effets clairs.

Aujourd'hui, vu le contexte économique, il convient de faire attention aux médicaments de confort et d'éviter d'enrichir l'industrie pharmaceutique avec un médicament qui n'a pas démontré d'efficacité claire. Cette démarche des mutuelles n'est donc pas une mauvaise démarche, à condition de s'assurer que l'évaluation des molécules s'est faite de façon transparente.

CONCLUSION

Madame Annie RAMIN - Présidente de la CRSA

Un certain nombre de sujets ont été traités, certains plus culturels, d'autres plus techniques, permettant d'avoir une vision des stratégies développées, ou à développer, afin de répondre aux besoins des personnes âgées que nous découvrons tous les jours davantage.

C'est en effet la 1^{ère} fois dans l'histoire de l'humanité que nous avons à faire face à un si grand nombre de personnes âgées avec les problèmes économiques, sociaux qui en découlent nécessairement.

Il paraît de plus en plus évident que la société devra s'organiser pour que toutes ces personnes restent à domicile pour des raisons psychologiques, mais aussi sociales et économiques.

Le mouvement d'entrée tardive et de plus en plus tardive en Maison de retraite (EHPAD ou autre formule) que nous avons constaté au cours des 15 dernières années s'amplifiera en même temps que la volonté de ne pas y entrer du tout...

Mais quelle qu'en soit la raison, environ 96 % des personnes âgées mourront à domicile où elles seront restées.

Ceci veut dire que la tâche à accomplir reste immense afin de les aider à s'y maintenir ? Tous les actes de la vie constituant déjà une difficulté à surmonter un bon suivi alimentaire, une bonne prévention des chutes, un maintien en forme physique afin de ne pas perdre l'essentiel de la motricité, une prévention des dangers de la solitude, l'accès aisé à une prise en charge médicale adaptée, un bon suivi infirmier, une bonne surveillance de la prise médicamenteuse et la limitation raisonnable du nombre de médicaments... tous éléments qui, chacun pris

séparément constituent déjà une source de dégradation de l'état de santé de la personne âgée, difficile à surmonter quand l'âge fragilise l'individu.

Réseau gériatrie, réseau gérontologie, ARS, Caisse Générale de Sécurité Sociale, mais aussi associations ou syndicats de médecins et de personnels soignants, tous ces partenaires auront donc à nouveau l'occasion de se revoir, afin de mettre en œuvre les politiques de santé définie par l'Etat et les collectivités, mais aussi de faire progresser la prise en charge grâce aux constats et connaissances qu'ils auront acquis auprès de ces personnes âgées.

Merci donc à tous d'avoir participé à cette étape et espérons qu'elle pourra être prolongée dans le temps pour le bien de tous.





crsa-martinique@sante.gouv.fr

ARS - Martinique

Centre d'Affaires « AGORA » - Zac de l'Etang Z'Abriçot - Pointe des Grives
CS 80656 - 97263 FORT DE FRANCE Cedex