

colloque

SANTE PUBLIQUE
ET VIEILLISSEMENT

LES EDITIONS
INSERM



1981

Haut Commissariat
à la Recherche
128, Chemin Méridien - GACEM
BP 100 - 16075 - EL MADANIA

COLLOQUE

SANTE PUBLIQUE
ET VIEILLISSEMENT

Paris, 18 - 19 juin 1981

Publié sous la responsabilité de

J.-C. HENRARD

A22.1/1983

BIBLIOTHEQUE DU CERIST

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DU COLLOQUE SANTÉ PUBLIQUE ET VIEILLISSEMENT

Jean-Claude HENRARD

Consultation de Gériatrie, C.H.U. Paris-Ouest, 75016 Paris

1. Le colloque Santé Publique et Vieillessement organisé dans le cadre de l'I.N.S.E.R.M. a pour but de dégager des axes de recherche concernant les relations entre les processus de vieillissement et la santé d'une part, et les réponses sanitaires et sociales aux problèmes soulevés par le vieillissement d'autre part. Pour ce faire, des spécialistes de disciplines différentes : (épidémiologistes, sociologues, économistes...) confronteront leurs méthodes d'approche de thèmes d'intérêt commun et tenteront d'éclairer les choix des décideurs politiques, financiers et administratifs.

2. La première journée est consacrée aux processus de vieillissement et à la santé

2.1. Le vieillissement n'est pas un processus univoque mais résulte d'interactions entre le biologique et le social, l'inné et l'acquis. Son étude soulève de nombreux problèmes :

— Difficulté de sa mesure car, avec l'avance en âge, il devient de plus en plus difficile de distinguer le normal du pathologique ; la morbidité ou les séquelles des maladies croissant avec l'âge perturbent les modifications liées au vieillissement physiologique. Une recherche intéressante consisterait à étudier des groupes âgés indemnes de maladie. Est-ce dû à un hasard ou sont-ils à l'abri des facteurs pathologiques du fait de leurs gènes ou d'un environnement favorable ? Un autre groupe intéressant est celui des sujets atteints de progeria, maladie génétique où le vieillissement apparaissant précocément est presque dans une situation pure, expérimentale.

— Cette difficulté rend compte de la rareté des travaux épidémiologiques sur les altérations liées au vieillissement souvent remplacés par l'étude de la fréquence et des modifications des processus morbides chez les gens âgés.

— Si l'épidémiologie ne permet guère actuellement de distinguer vieillissement normal et vieillissement pathologique, elle permet en revanche de montrer les interactions entre vieillissement biologique et place dans l'appareil de production. Certaines fonctions sont prématurément diminuées et interdisent le maintien à certains postes de travail. Elle permet aussi de mettre en évidence un effet cohorte : les populations nées à une certaine époque n'ont pas le même vieillissement que des

populations nées à une autre époque, du fait, par exemple, d'un changement d'attitude de la société vis-à-vis de la vieillesse et des personnes âgées mais aussi de différences dans le cycle social de vie. Des recherches importantes sont à envisager sur les conséquences sur le vieillissement des modifications du cycle de vie : en particulier le raccourcissement de la période active et la mise à la retraite de plus en plus précoce s'opposant à un vieillissement biologique plus tardif du fait de l'élévation générale des conditions de vie et d'hygiène. Est-ce que cette retraite prolongée peut dans notre société être une période de vie où l'on est et l'on se sent utile socialement, la question est posée.

2.2. L'invalidité fait l'objet d'une session. En effet, le nombre croissant des personnes âgées de 80 ans et plus et leur accroissement prévisible dans les années immédiates en font un problème de santé publique majeur. Pour tenter d'y répondre, il faut l'analyser sur le plan conceptuel, être capable de la mesurer, fournir des réponses sanitaires et sociales appropriées à ses différents degrés de sévérité. Si l'approche épidémiologique, par ses données quantitatives, permet l'aide à la décision, les indicateurs utilisés dans les enquêtes de population ne sont pas sans limite et ne permettent pas toujours de saisir les besoins individuels des personnes invalides. D'autres abords plus sociologiques ou plus cliniques doivent être entrepris, tout en conservant le même cadre conceptuel, afin de mieux appréhender les différences dans le retentissement social des incapacités en fonction de variables socio-démographiques et des vécus antérieurs. La validation des indicateurs est dans tous les cas indispensable.

2.3. Le vieillissement de la population est lié au fait que les jeunes ont de plus en plus de chance de devenir vieux et non au fait que les vieux meurent plus âgés. Cette diminution de la variance de l'âge du décès s'accompagne d'un plus grand nombre de personnes ayant des maladies ou des séquelles de maladies chroniques. Tout accroissement de la longévité moyenne à partir d'un certain âge se traduit par une diminution de la qualité des dernières années de vie pour un nombre croissant de sujets. Sachant que garder une qualité de vie et augmenter la longévité sont pour l'instant du domaine du rêve, faut-il mourir un peu moins vieux et conserver une meilleure qualité de vie ou l'inverse ?

Le problème de l'attitude face à la mort se pose : ce thème fera l'objet de la première table ronde.

3. La deuxième journée est consacrée à la réponse sanitaire et sociale aux problèmes de santé des personnes âgées

3.1. Trois questions méritent d'être soulevées :

Pourquoi des populations qui ont les mêmes types de problèmes se retrouvent dans des lieux différents (chez eux, en hébergement social ou sanitaire par exemple) ? De l'étude des différents circuits suivis sortiront peut-être les réponses.

Pourquoi le maintien à domicile et les alternatives à l'institutionnalisation ont-ils si peu de succès en France ? De l'étude des modes de financement, des forces sociales en présence, professionnels, responsables administratifs, financiers, politiques, personnes âgées et familles, peut jaillir la lumière. Les travaux présentés ici illustreront cette question en montrant les difficultés ou les échecs de certaines tentatives françaises et certaines expériences réussies chez nos voisins.

Troisième question, faut-il des filières de soins ou d'interventions sociales propres aux personnes âgées ? Le débat est relancé avec les propositions de création de centres de santé intégrés. Les praticiens seront-ils à même de prendre en charge les problèmes médico-sociaux de la population âgée qu'ils desserviront ou faudra-t-il des centres de gérontologie avec des professionnels spécialisés ?

3.2. Une deuxième table ronde a pour sujet la prise en charge des problèmes soulevés par le vieillissement, avec une approche prospective. Le vieillissement de la population active est considéré par certains comme un véritable désastre social. Des recherches doivent être entreprises pour savoir quel est l'effet de ce vieillissement sur la production. Le vieillissement démographique est un phénomène très lent dont l'impact sur le coût de la consommation médicale est très minime au cours du temps. Ceci ne contredit pas le fait que les gens âgés soient de gros consommateurs médicaux. Quoi qu'il en soit, un chiffrage du coût global de ce vieillissement est également à faire. Le refus du vieillissement, l'augmentation du nombre de médecins exposent à l'apparition d'un marché médical de lutte contre le vieillissement, source d'augmentation des dépenses de soins. Enfin la transformation récente du cycle de vie, soulève la question de savoir comment la société peut y répondre : solidarité entre les générations, rééquilibrage du développement entre les régions, entre les zones rurales et urbaines ou médicalisation de la dernière période de la vie qui sera de plus en plus longue ?

BIBLIOTHEQUE DU CERIST

SOMMAIRE / CONTENTS

I – LES PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT ET LA SANTE

1^{ère} Partie

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT

Animateur : Philippe LAZAR (Villejuif)

J. Grimley Evan (Newcastle upon Tyne, G.B.) Epidemiology and ageing / <i>Epidémiologie et vieillissement</i>	15
B. Forette, Y. Wolmark, F. Lert(*) , P. Berthaux (Ivry-sur-Seine et *Paris) Caractéristiques du diabète sucré dans une population de 75 ans et plus vivant à son domicile	31
G. Lagrue, M. Choppy-Jacolin(*) , C. Demaria, J.C. Ansquer, B. Jacotot, A. Grillot (Créteil et *Paris) Vieillesse vasculaire et psychologique. Influence de l'âge et de l'activité physique	41
B. Laumon, N. Mamelle, P. Lazar(*) (Villeurbanne et *Villejuif) Coût épidémiologique d'un événement dépendant de l'âge	53
A. Laville, C. Teiger (Paris) Vieillesse et facteurs socio-économiques	63
C. Teiger, A. Laville, M. Lortie(*) (Paris et *Montréal, Québec) Morbidity, mortality différentielles et conditions de travail dans les métiers ouvriers de la presse	69
F. Clément (Paris) Influence du niveau socio-économique sur la santé et le vieillissement	85
F. Lert, J.M. Brodeur, B. Forette* (Paris et *Ivry-sur-Seine) Facteurs socio-économiques et vieillissement	95

2^{ème} Partie : L'INVALIDITE

Animateur : Jean-Claude HENRARD (Paris)

R.G.A. Williams (Aberdee, Ecosse)Some issues concerning the concept and measurement of disability/
Problèmes de mesure de l'invalidité. 111**A. Colvez, E. Michel, M. Galpin** (Le Vésinet)L'appréciation du handicap dans la population des personnes âgées en
Haute-Normandie 119**J.L. Albarede, H. Bocquet, J. Pous** (Toulôuse)Santé, morbidité ressentie et incapacités dans un échantillon de 1000
personnes âgées de la région Midi-Pyrénées 135**G. Attali, R. Leroux*** (Lyon et *Vierzon)

Un outil pour l'évaluation des handicaps : Géronte 147

B. Cassou, J.C. Henrard, P. Lazar*, J.P. Camus, M.F. Kahn (Paris et
*Villejuif)Indicateurs d'invalidité dans les affections chroniques : à propos des mala-
dies rhumatismales. 155**D. Kozarevic** (Belgrade, Yougoslavie)Epidemiological aspects of functional disability and health among the
elderly/*Aspects épidémiologiques de l'incapacité fonctionnelle et des pro-
blèmes de santé chez les personnes âgées* 167**R.G.A. Williams** (Aberdeen, Ecosse)The prediction of varying sequences of handicap : a new analysis of the
British Government's survey of the handicapped/*Prédiction des différentes
séquences du handicap : une nouvelle analyse de l'enquête nationale sur les
handicapés*. 181**C. Attias-Donfut, A. Rozenkier** (Paris)

Grilles d'incapacités et aide à domicile : réflexions critiques. 195

3^{ème} Partie : QUALITE DU VIEILLISSEMENT ET LONGEVITE

Animateur : Maryvonne Gognalons-Nicolet (Genève, Suisse)

P. Ducimetière (Villejuif)Mortalité "prématurée" et longévité des personnes âgées. Quelques remar-
ques épidémiologiques 215

M.C. Léonard, P. Aiach*, J.C. Henrard (Paris et *Fontenay-aux-Roses)	
Attitude devant le vieillissement, la vieillesse et la mort	229

II – LA REPONSE SANITAIRE ET SOCIALE

1^{ère} Partie

**LES SOLUTIONS ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT
EN INSTITUTION**

Animateur : Xavier GAULLIER (Paris)

X. Gaullier (Paris)	
La réponse sanitaire et sociale au processus du vieillissement	243
J. Pous, J.L. Albarede, H. Bocquet (Toulouse)	
Bilan critique des réalisations de la politique en faveur de la vieillesse dans la région Midi-Pyrénées	253
C. Attias-Donfut (Paris)	
Vie et mort des centres de jour	265
B. Ennuyer (Paris)	
Les difficultés auxquelles se heurte la mise en place de solutions alternatives à l'hébergement dans la prise en charge des sujets dépendants	275
J. Riondet (Lyon)	
Les solutions alternatives à l'hospitalisation	289
A.E. Bennett (Londres, G.B.)	
An experiment in rehabilitation of the elderly disabled/ <i>Une expérience de réhabilitation des personnes âgées</i>	299
B.J. Davies . (Canterbury, G.B.)	
The Community Care Project/ <i>Le projet "soins communautaires"</i>	307
D.J. Challis, B.J. Davies (Canterbury, G.B.)	
Community care projects : costs ad effectiveness/ <i>Les projets de soins communautaires : coût et efficacité</i>	317
W.J.A. van den Heuvel (Groningen, Pays-Bas)	
Health and care for the elderly/ <i>Santé et soins pour les personnes âgées</i>	327

BIBLIOTHEQUE DU CERIST

2^{ème} Partie :LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES SOULEVES
PAR LE VIEILLISSEMENT*Animateur* : Edgar ANDREANI (Nanterre)

E. Andreani (Nanterre)	
Prise en charge des problèmes soulevés par le vieillissement	341
E. Andreani (Nanterre)	
Vieillessement de la population et dépenses de santé	347
P. Aiach, M.C. Léonard*, J.C. Henrard* (Fontenay-aux-Roses et *Paris)	
Le vieillissement en tant que motif de consultation	355
L. Raymond, E. Christe, A. Clémence, O. Jeanneret, C. Lalive d'Épinay (Genève, Suisse)	
Validité du jugement global sur leur santé chez les personnes âgées, d'après une enquête en Suisse.	367
Andrée, Mizrahi. Arié Mizrahi (Paris)	
Les consommations médicales cessent-elles de croître à partir d'un certain âge ?	379
X. Gaullier (Paris)	
Crise économique et vieillissement - La période critique de la pré-retraite . .	395
<hr/>	
TABLE DES PARTICIPANTS	409
PUBLICATIONS DE L'INSERM	415
<hr/>	