

# JCVMA

2<sup>e</sup> édition des Journées Caribéennes  
Vieillessement et Maintien de l'Autonomie

LES  
SESSIONS  
VONT  
COMMENCER

NOUS REMERCIONS  
NOS PARTENAIRES



**08:30 – 09:30**

Salle de conférence

## Vieillessement démographique aux Antilles: enjeux et perspectives

Modérateurs : M. DRAME (Fort-de-France), G-A. RUFIN-DUHAMEL (Fort-de-France)

- Regard politique sur le vieillissement en Guadeloupe : CD 971  
K. VESPASIEN (Pointe-à-Pitre)
- Regard politique sur le vieillissement en Guadeloupe : ARS Guadeloupe / Martinique  
J-F. CAYET (Les Abymes)
- Vieillessement de la démographie médicale, Position et enjeux éthiques - Ordre des médecins  
J-C. VIEILLOT (Les Abymes)
- Santé subjective et mortalité chez les personnes âgées  
M. DRAME (Fort-de-France)

# Vieillessement de l'offre médicale en Guadeloupe

Positions et enjeux éthiques du conseil départemental de la Guadeloupe de l'ordre des médecins

# Pourquoi ce thème ?

- Problématiques du vieillissement chez le médecin !
- Sujet tabou,
- craintes, inquiétudes
- Perte du statut social
- « Je deviens inutile »
- Comment donc réagir ?

# Des questions?

- 1 contexte de santé publique
- 2 contexte géopolitique
- 3 contexte climatique
- 4 contexte numérique
- 5 contexte du médecin « âgé »

- PRS 2023-2028
  - Améliorer l'état de santé
  - Favoriser l'accès aux soins
  - Lutter contre les inégalités
- Les acteurs médicaux, sociaux et politiques
- Les structures adaptées

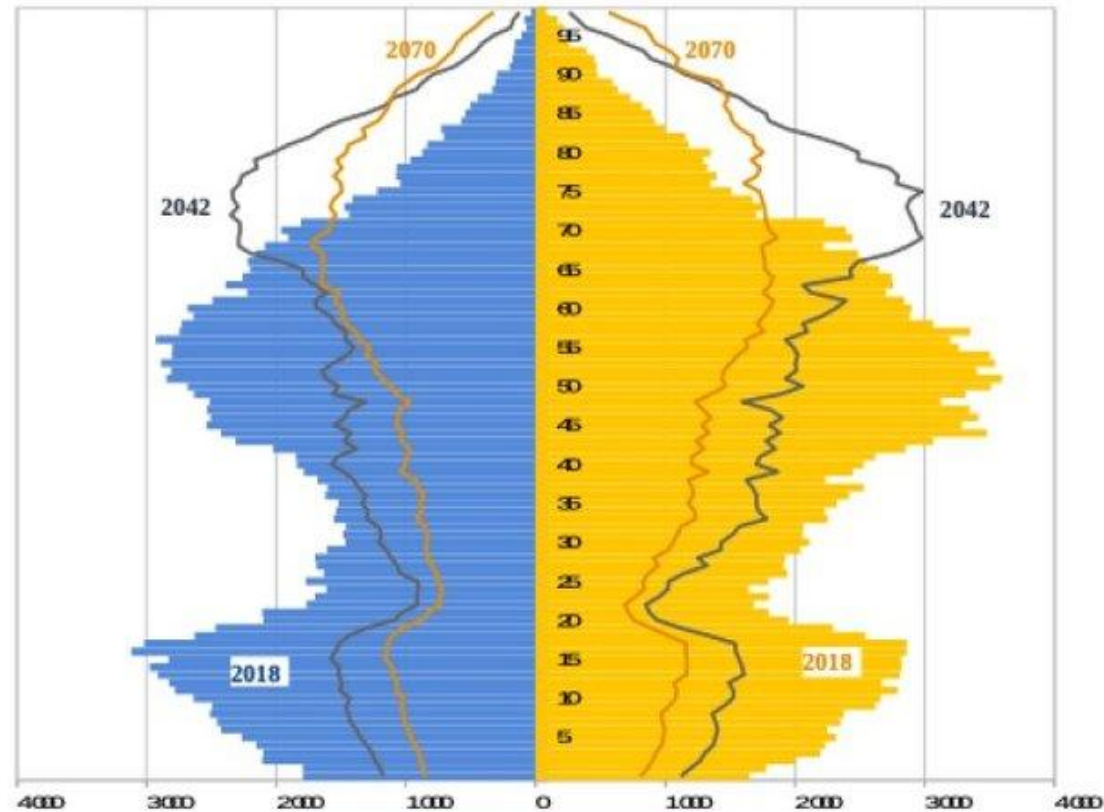
Contexte démographie population

Quid de la démographie médicale ?

Comment s'en sortir ?

# Pyramide des âges en 2025

Pyramide des âges des habitants de Guadeloupe en 2018, en 2042 et en 2070



Note : La population représentée est la population âgée de 0 à 98 ans.  
Source : Insee, *Omphale 2022 – scénario central*.

# climatique

- Evolution climatique Guadeloupe.....
- Devenir ?
- Avenir?

# numérique

- Logiciels médicaux:
  - Doctolib
  - Axisante
  - Hellodoc
  - T2A,NGAP,TIPS,CIM10.....
- Téléconsultation:
  - Respect du parcours de soins coordonnés
  - Charte, 20% de l'activité
  - Autres...
- Intelligence Artificielle:
  - Accompagnement
  - Intégrée dans les systèmes
  - Moins de charges administratives

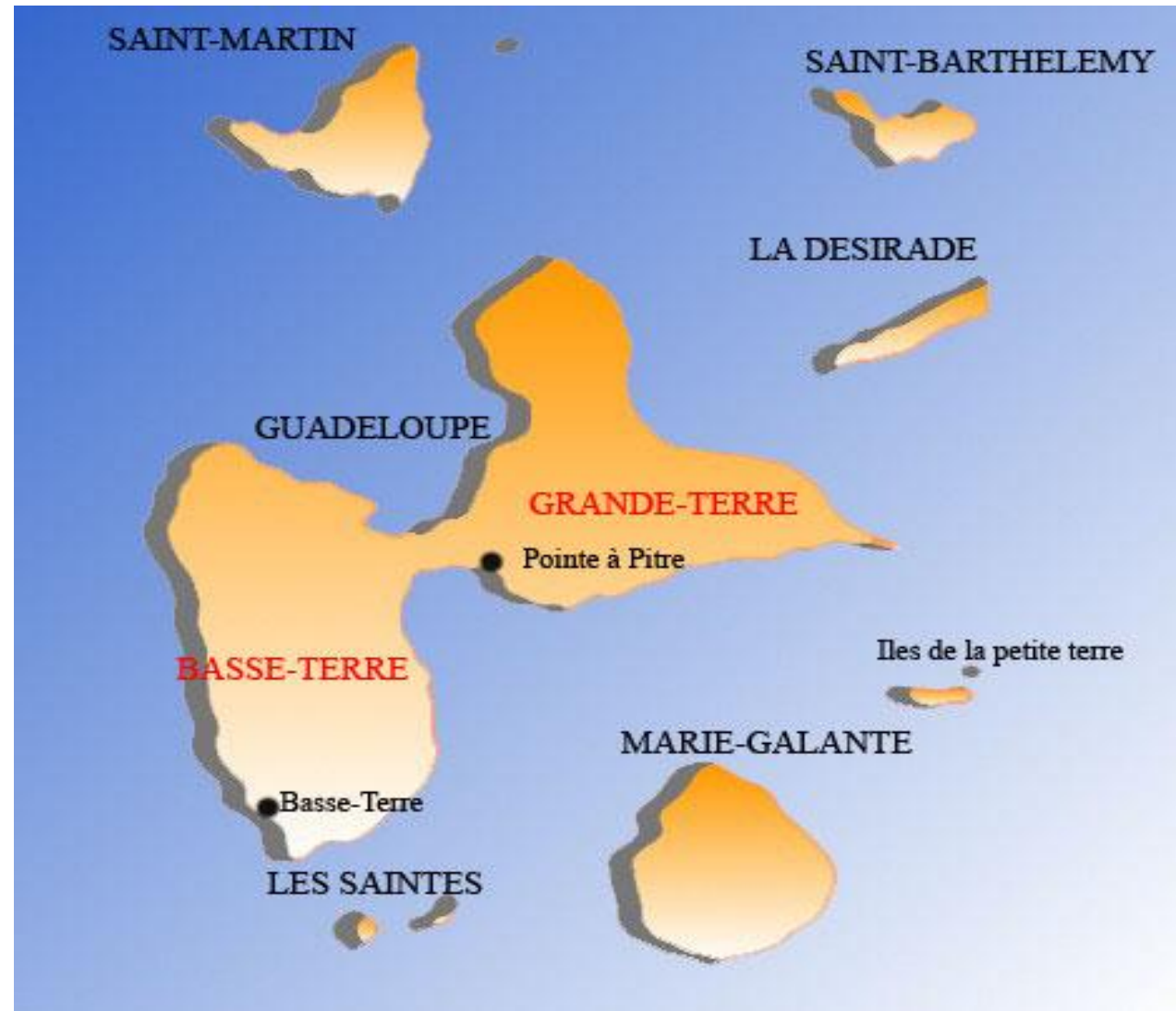
# Le médecin vieillissant

- Vous ?
- Pourquoi ?
- Que faire?



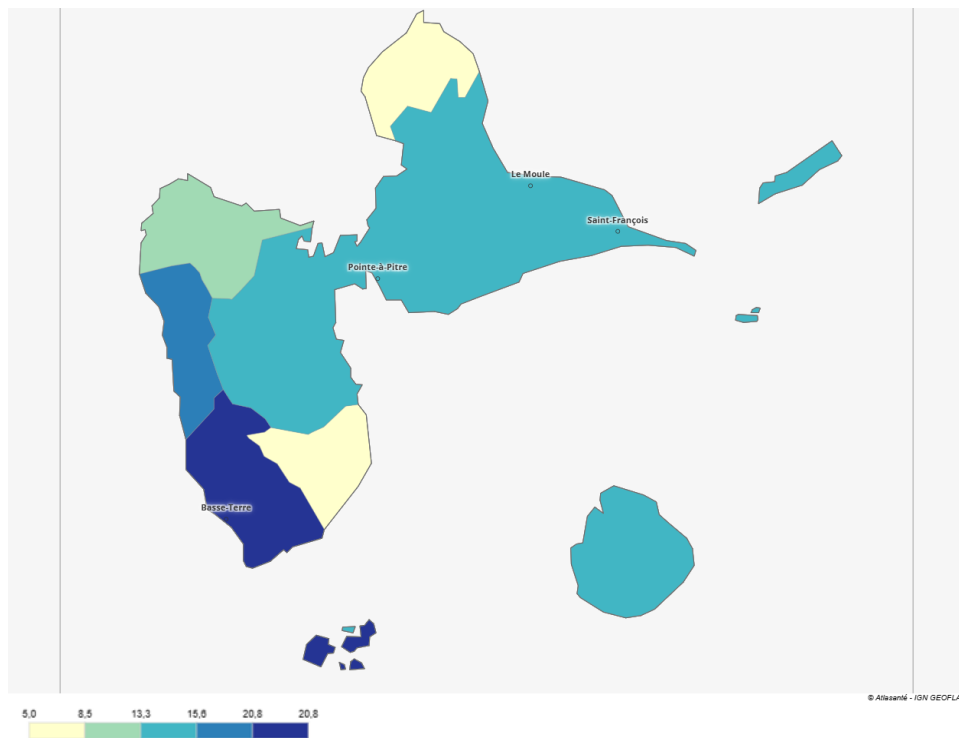
# Être âgé: mythe ou réalité ?

- Contexte physiologique: mémoire, poids, équilibre et marche
- L'antiquité : garant de la tradition
- Les années 2000: semaine bleue
- Le monde actuel: poids économique, croisière
- Que sera le futur?: aides techniques



# Au 1er janvier 2025, la Guadeloupe compte 15 médecins généralistes en moyenne pour 10 000 habitants

*Densité médicale des médecins généralistes en activité régulière  
au 1er janvier 2025 (pour 10 000 habitants)*



**L'ensemble des territoires de la Guadeloupe compte des médecins généralistes**, malgré une répartition inégale entre les bassins de vie

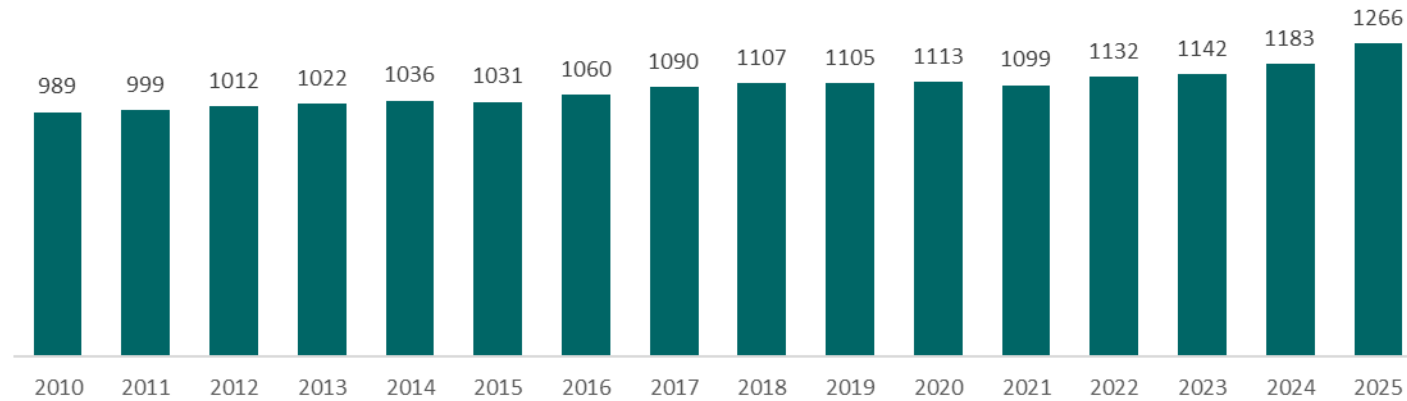
**Ils ont augmenté dans tous les bassins de vie**

Tout particulièrement à Basse-Terre , Bouillante et Grand-Bourg

# Une dynamique de rajeunissement et de féminisation des actifs réguliers

L'effectif d'actifs réguliers a augmenté de **+ 28%** en 15 ans en Guadeloupe

*Evolution de l'effectifs d'actifs réguliers depuis 2010*



L'âge moyen des actifs réguliers a baissé de **- 2,4 ans** entre 2010 et 2025

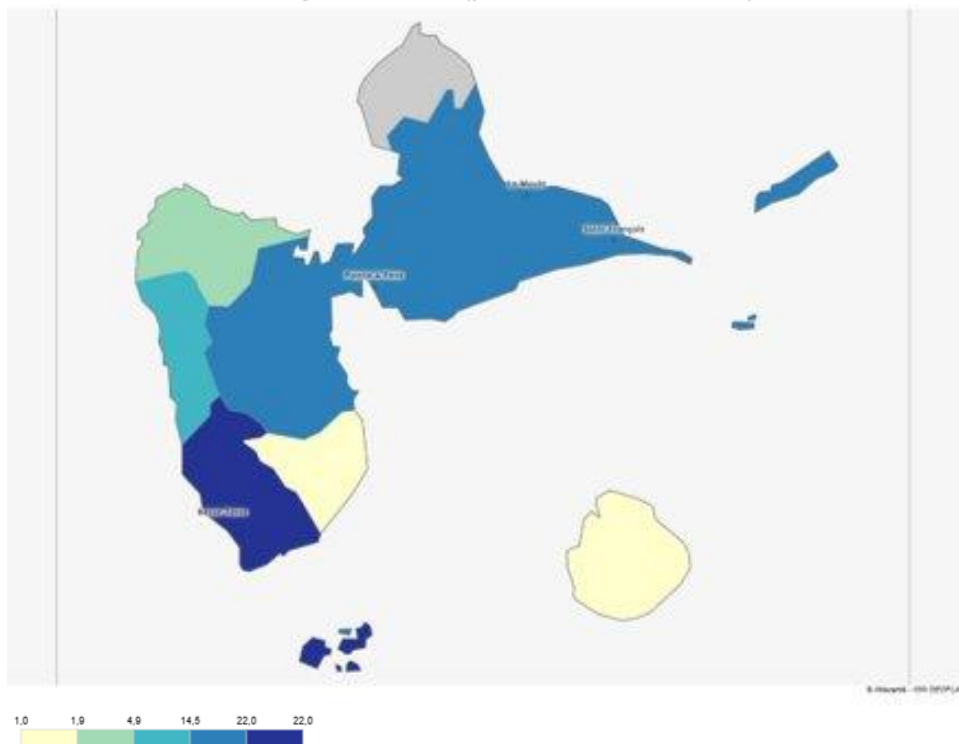
La proportion des femmes actifs réguliers a augmenté de **+31,8 %** ans 15 ans

*Age moyen et taux de féminisation des actifs réguliers en 2010 et 2025*

	2010	2025
<b>Age moyen</b>	51,0	48,6
<b>Taux de féminisation</b>	35,8%	47,2%

# De fortes inégalités d'accès aux spécialistes médicaux

Densité médicale des spécialistes médicaux en activité régulière  
au 1er janvier 2025 (pour 10 000 habitants)



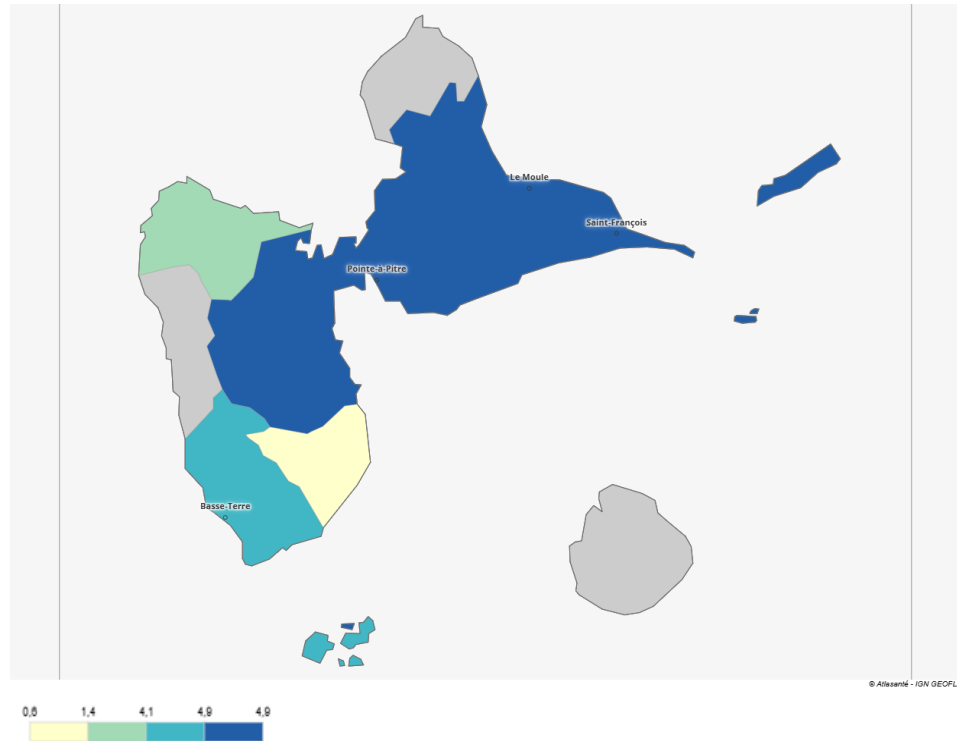
La densité médicale moyenne des spécialistes médicaux est de **13,8 pour 10 000 habitants** au 1er janvier 2025

Les spécialistes médicaux sont **répartis de façon très inégale sur le territoire** Guadeloupéen : 1,0 pour 10 000 habitants à Grand-Bourg contre 22,0 à Basse-Terre

**Ils ont augmenté sur tout le territoire**, et de façon importante à Basse-Terre (3,2 pour 10 000 habitants en 2010 à 22,0 en 2025)

# Les spécialistes chirurgicaux sont les médecins les moins nombreux en Guadeloupe

Densité médicale des spécialistes chirurgicaux en activité régulière au 1er janvier 2025 (pour 10 000 habitants)



Au 1er janvier 2025, la densité médicale **moyenne** des spécialistes chirurgicaux est de **4,2 pour 10 000 habitants**

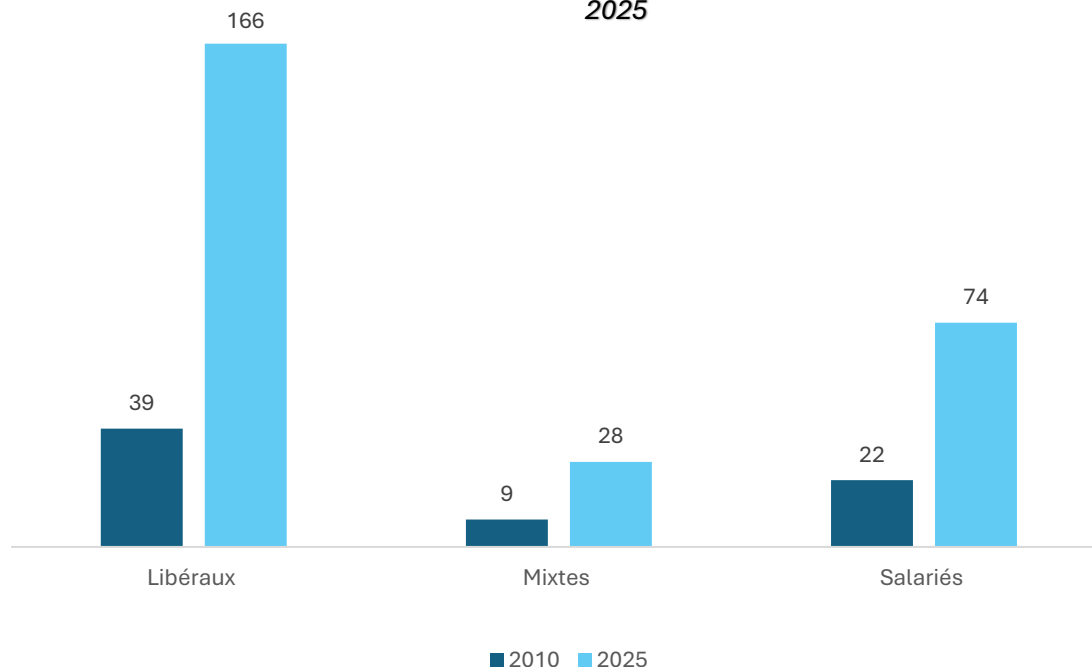
Elle varie de **0,6 pour 10 000** à Capesterre-Belle-Eau à **4,9** aux Abymes

Elle a augmenté aux Abymes, à Basse-Terre et à Capesterre-Belle-Eau

En revanche, **3 bassins de vie sont dépourvus de spécialistes chirurgicaux**

# Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, parmi les actifs de 65 ans et plus, 61,9% exercent en libéral

Évolution des médecins de 65 ans et plus par mode d'activité en 2010 et 2025

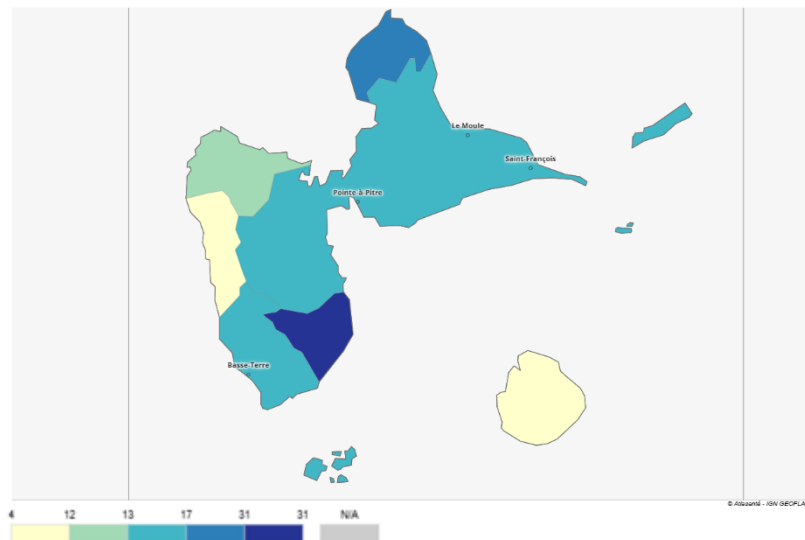


Les médecins actifs de 65 ans et plus privilégient l'activité libérale, avec 166 médecins libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2025

Malgré leurs plus faibles effectif, les médecins exerçant une activité mixte et salariée progressent tout aussi rapidement

# Des médecins vieillissants qui prolongent leur activité ?

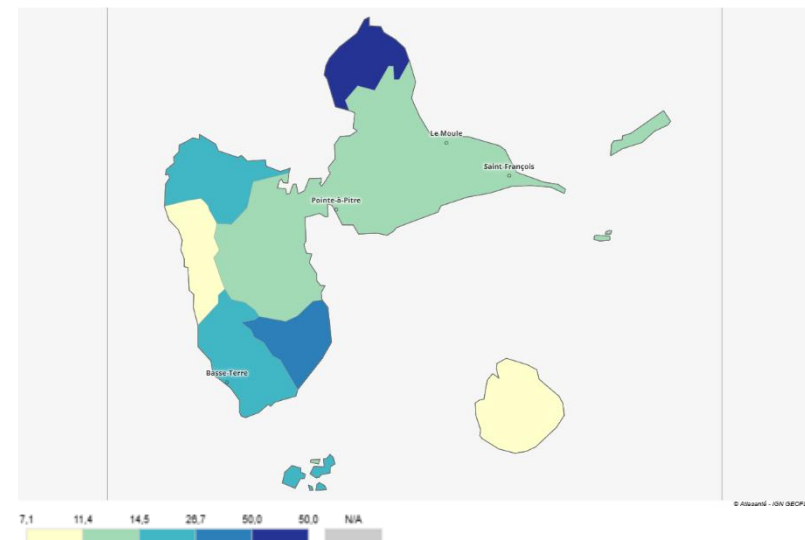
Part des 65 ans et plus parmi les médecins en activité régulière au 1er janvier 2025 (en %)



Depuis 2010, la part des actifs réguliers de 65 ans et plus augmente dans le bassin des Aymes et la Basse-Terre, tandis qu'elle recule à Port-Louis et Sainte-Rose.

A Capesterre-Belle-Eau, il n'y avait aucun actif régulier de 65 ans et plus en 2010. En 2025, ils représentent **31 %** des actifs réguliers.

Part des 65 ans et plus libéraux parmi les médecins en activité au 1er janvier 2025 (en %)



Une dépendance de la population aux médecins actifs proche de la retraite :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, la moitié (**50%**) des médecins actifs dans le bassin de vie du Port-Louis sont des médecins de 65 ans et plus actifs libéraux.

# Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, 19,3% des actifs ont 65 ans et plus

Répartition de la part des 65 ans et plus selon la situation d'inscription

	2010	2025
Retraités actifs	65,2%	97,8%
Remplaçants	2,8%	15,9%
Actifs réguliers	5,6%	14,1%
Ensemble	6,7%	19,3%

La part des 65 ans et plus augmente dans toutes les situations d'inscription.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les 65 ans et plus représentaient **5,6%** de l'ensemble des actifs réguliers, contre **14,1%** en 2025.

Taux de féminisation des médecins actifs de 65 ans et plus selon le statut d'inscription

	2010	2025
Actifs réguliers	10,9 %	21,3 %
Remplaçants	-	15,4 %
Retraités actifs	6,7 %	26,4 %
Ensemble	9,9 %	23,3 %

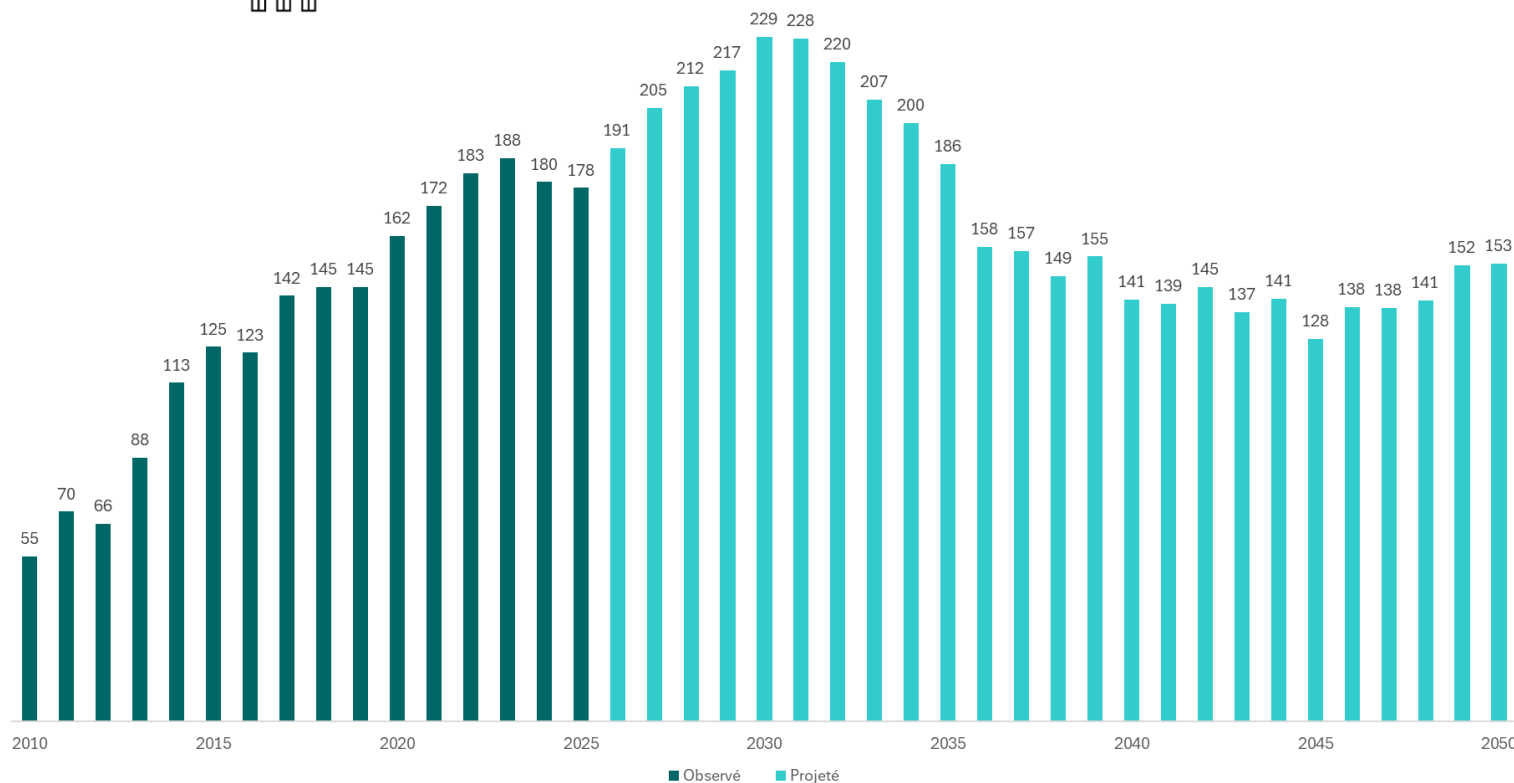
Le taux de féminisation augmente mais reste plus faible qu'à l'échelle de l'ensemble des médecins : **les femmes représentent 23 % des 65 ans et plus contre 47 % de l'ensemble des médecins actifs**

➔ La féminisation est plus importante auprès des plus jeunes et donc des futures générations

# Possible recul des actifs réguliers de 65 ans et plus, passant de 178 en 2025 à 153 en 2050



Evolution du nombre d'actifs réguliers de 65 ans et plus à l'horizon 2025

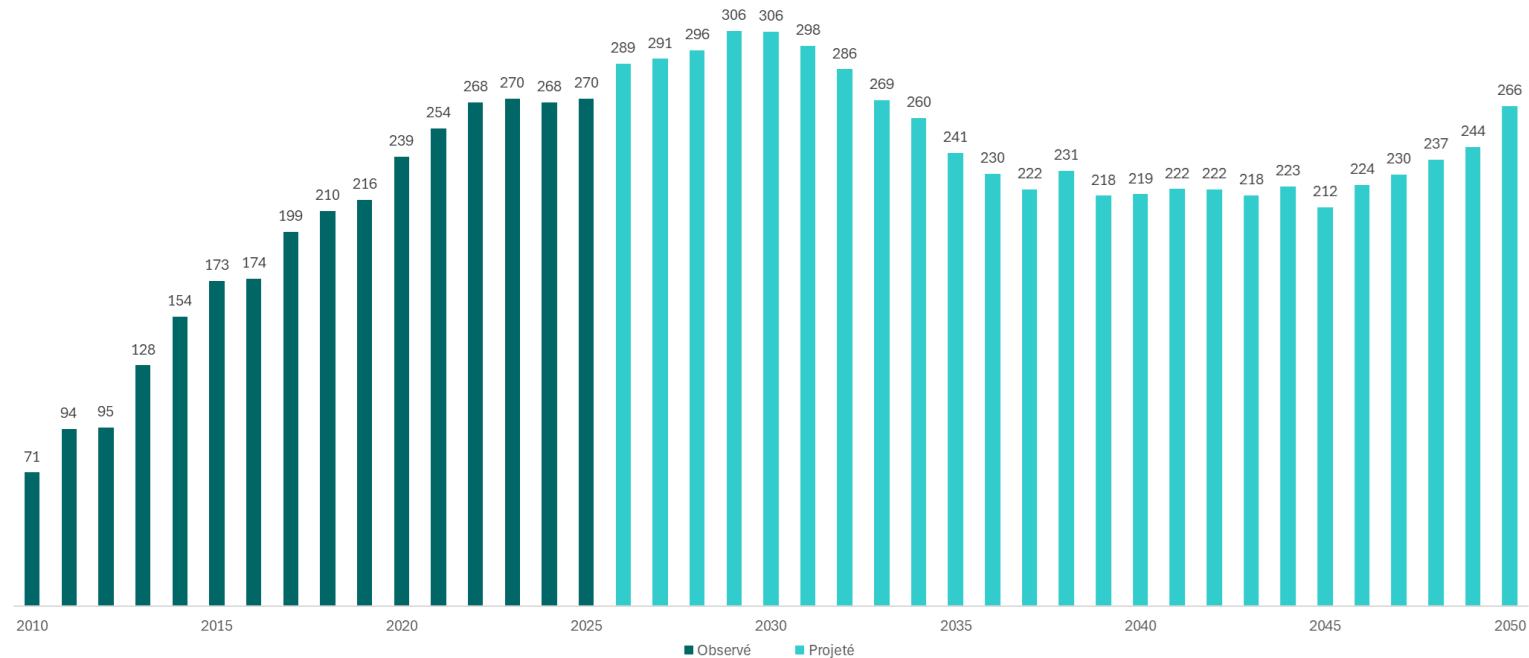


- En augmentation depuis 2010 avec un pic qui devrait être atteint vers 2030
- Une stabilité relative à partir de 2033

# Les projections à horizon 2050 suggèrent une stabilité des actifs de 65 ans et plus



Evolution du nombre d'actifs de 65 ans et plus à l'horizon 2025



Des fluctuations sont possiblement attendues :

- l'effectif sera en progression jusqu'en 2030
- Puis reculera jusqu'en 2045 avant de repartir à la hausse

# En résumé

## Médecins actifs en Guadeloupe

- L'effectif est en hausse depuis 2010, avec une évolution marquée par un rajeunissement et une féminisation
- Malgré une hausse de l'offre de soins et l'implantation de spécialistes sur des territoires auparavant dépourvus, de fortes inégalités persistent sur le territoire

## Médecins actifs de 65 ans et plus en Guadeloupe

- L'effectif est en hausse depuis 2010 et sont caractérisés par une majorité d'actifs réguliers, une féminisation croissante et le mode d'activité privilégié est le libéral
- Le bassin Les Abymes et la Basse-Terre voient la part de médecins âgés de 65 ans et plus augmenter. Alors que Sainte-Rose et Capesterre-Belle-Eau ne comptaient pas de médecins âgés de 65 ans et plus en 2010 et c'est désormais le cas en 2025

## La projection des 65 ans et plus à l'horizon 2050

- La projection met en évidence des fluctuations, avec notamment une hausse attendue vers 2030, mais aboutit en 2050 à un niveau globalement comparable à celui observé aujourd'hui

# Un peu de réglementation concernant surtout notre médecin âgé !!

- 1 État pathologique
- 2 Commission d'entraide confraternelle
- 3 Insuffisance professionnelle



## 1a – Etat pathologique

- Article R 4124-3 du CSP
- Ce n'est pas une sanction , c'est une décision administrative afin d'éviter toute dangerosité pour les patients et le médecin
- C'est une protection encadrée par une procédure respectant des règles prescrites par le CSP
- Le CDGOM apprécie les faits apportés a sa connaissance , s'interroge sur l'aptitude ou non du confrère a exercer sans danger
- Propose un entretien , si nécessaire met en exergue la procédure

## 1b– Etat pathologique

- Le CROM diligente une expertise par 3 experts: 1er choisi par le confrère, 2ieme par le CROM, 3ieme par les premiers,
- Décision notifiée: non-lieu ou suspension pendant une durée déterminée
- Reprise d'activité après réévaluation de la situation professionnelle et personnelle, retour a un état antérieur
- Penser toujours à une solution individualisée ,a des mesures de protection juridique et a prendre l'attache de l'entraide ordinale

## 2a – Commission d'entraide ordinale

- Accompagner le médecin en difficultés et sa famille
- Article 56 du code de déontologie médicale
- Accompagnement médico-social
- Accompagnement organisationnel
- Accompagnement financier

## 2b – Commission d'entraide ordinaire\*\*\*

- A la discrétion du réfèrent et du président CDOM\*
- N° vert: 0800 288 038
- [Entraide.XX@ordre.medecin.fr](mailto:Entraide.XX@ordre.medecin.fr)\*\*\*

## 3-Insuffisance professionnelle

- Article R 4124-3-5 du CSP
- Article L 4113-14 du CSP
- Conditions pour exercer : moralité, indépendance , compétence
- Modification mode d'exercice
- Mise a jour de ses connaissances DPC
- Améliorer les pratiques
- \*Dr J... L. S..... 299 victimes

# Certaines obligations réglementaires du conseil départemental de la Guadeloupe de l'ordre des médecins

1-Inscription

2-Contrats

3-Signalements

# 1 – inscription : limites de l'âge ?

- Art R.4112-1 CSP
- L'inscription au tableau de l'ordre des médecins est obligatoire pour exercer la médecine en FRANCE
- C'est une démarche personnelle
- Remplir un questionnaire
- Pièces justificatives:
  - Photocopie pièce d'identité
  - Copie des titres et certificats
  - Casier judiciaire
  - Déclaration sur l'honneur
  - CV actualisé et détaillé

# 1 – contrats : finalité de ce dispositif ?

- Contrats-types pour encadrer et protéger l'activité professionnelle des médecins
- Situation financière du médecin en fin de carrière\*
- Amélioration de la distribution des charges
- Optimiser ses connaissances en fiscalité, protection sociale et investissement

## 3 - signalements et doléances

- Accès au dossier médical
- Discriminations et soins
- Vaccinations
- Exigences du patient
- Que faire suite à une doléance, un signalement voire une plainte
- Dr Google!

# Quelques interrogations de notre médecin vieillissant qui est devenu âgé !

Disparition sociale...je n'existe plus

J'enlève ma plaque professionnelle

Je fais des remplacements

J'effectue des vacations

Je deviens retraité sans activité

Je deviens retraité avec activité

# Quelle conduite à tenir devant un médecin vieillissant?

- Aspects biologiques, psychologiques, sociaux
- Formation ou plutôt information
- Prévention:
  - personnelle
  - professionnelle



## EN PRATIQUE....

Baisse du rendement professionnel

Expérience versus compétence

Ralentir ses activités

Vieillesse cognitive , déclin de l'intelligence

Proposer des rendez vous plus longs

S'adapter aux nouvelles techniques

Raisonner

Analyser

Définir le diagnostic ou optimiser la prestation

# **Merci de votre aimable attention**

## MIC du médecin âgé

Précurseurs de cette manifestation

Acteurs de santé ,acteurs sociaux ,associations , aidants ...

Patients

2<sup>e</sup> édition

Journées Caribéennes Vieillesse et Maintien de l'Autonomie  
La Créole Beach Hôtel - En Guadeloupe



# Santé perçue et mortalité

**M. Dramé<sup>1</sup>, M. Tabue Teguo<sup>1</sup>, L. Godaert<sup>2</sup>**

1. Université des Antilles – CHU de Martinique

2. CH de Valenciennes

29 – 30 janvier 2026

# Contexte

- **Évaluation gériatrique**
  - Multidimensionnelle
  - Permet de déterminer le pronostic
- **Évaluation du pronostic permet de**
  - Proposer plusieurs options thérapeutiques
  - Légitimer la priorité accordée à la qualité de vie
  - Identifier les patients les plus vulnérables
- **Plusieurs scores de risque de mortalité**
  - Performances souvent discutables
  - Intègrent peu la santé subjective

# Définitions

- **Qualité de vie liée à la santé (OMS 1994)**
  - Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence
  - En relation avec
    - Sa culture
    - Ses valeurs
    - Ses objectifs
    - Ses attentes
    - Ses normes
    - Ses préoccupations

# Définitions

- **Santé perçue**

- Propre évaluation qu'une personne fait de son état de santé général, en tenant compte de
  - Son bien-être physique
  - Son bien-être mental
  - Son bien-être social
  - Pas seulement de l'absence de maladie
- Mesure subjective, mais fiable
- Peut révéler des aspects imperceptibles de la santé

# Santé perçue et mortalité

- Dans la cohorte SAFES

JAMDA 13 (2012) 453–458



JAMDA

journal homepage: [www.jamda.com](http://www.jamda.com)



Original Study

Is Health-Related Quality of Life an Independent Prognostic Factor for 12-Month Mortality and Nursing Home Placement Among Elderly Patients Hospitalized via the Emergency Department?

Gaëlle Dhaussy MD, MPH<sup>a,\*</sup>, Moustapha Dramé MD, MPH, PhD<sup>a,b,c</sup>, Damien Jolly MD, MPH, PhD<sup>a,c</sup>, Rachid Mahmoudi MD<sup>a,b</sup>, Coralie Barbe MD, MPH<sup>a,c</sup>, Lukshe Kanagaratnam<sup>b</sup>, Pierre Nazeyrollas MD, MPH, PhD<sup>a,d</sup>, François Blanchard MD, MPH, PhD<sup>a,b</sup>, Jean-Luc Novella MD, MPH, PhD<sup>a,b</sup>, for the SAFES Group

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFES : Définition Santé perçue**

*Je suis une personne en bonne santé*

- C'est exactement mon cas
- C'est à peu près mon cas
- Ce n'est pas du tout mon cas

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFES**

- Amélioration du score de santé perçue est associée à
  - Meilleure survie à 12 mois

**HR = 0,93    IC 95% (0,93 – 0,99)    p = 0,004**

- Après ajustement sur
  - Âge
  - Sexe
  - Dépendance aux ADL
  - Comorbidités
  - Malnutrition et risque d'escarre
  - Syndrome confusionnel

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFMA**


Qual Life Res

DOI 10.1007/s11136-016-1252-3



BRIEF COMMUNICATION

## **Is self-rated health an independent prognostic factor of six-week mortality in older patients hospitalized for an acute condition?**

Claire Godard-Sebillotte<sup>1</sup>  · Moustapha Dramé<sup>2,3</sup> · Tatiana Basileu<sup>4</sup> ·  
Jean-Luc Fanon<sup>4</sup> · Lidvine Godaert<sup>4</sup>

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFMA : Définition Santé perçue**

*« Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous votre état de santé sur une échelle allant de très bon à très mauvais ? »*

Cette variable a été dichotomisée comme suit : « *très bonne ou bonne santé* » vs « *santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise* »

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFMA : Survie à 6 semaines**

Characteristics	HR	95% CI	p
Age	1.03	0.97 – 1.10	.31
Male sex	0.95	0.43 – 2.10	.90
Living with a partner	1.05	0.44 – 2.51	.91
Living in an institution	1.45	0.39 – 5.39	.58
Dependent for ADLs	0.96	0.39 – 2.32	.92
Risk for falling	0.99	0.46 – 2.12	.97
Malnutrition	1.42	0.69 – 2.92	.34
Charlson comorbidity index	1.12	0.93 – 1.36	.23
<b>SRH: medium to very poor</b>	<b>2.61</b>	<b>1.18 – 5.77</b>	<b>.02</b>

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFMA : Survie à moyen et long termes**

Qual Life Res  
DOI 10.1007/s11136-017-1693-3



---

## **Self-rated health as a predictor of mid-term and long-term mortality in older Afro-Caribbeans hospitalised via the emergency department**

Lidvine Godaert<sup>1</sup>  · C. Godard-Sebillotte<sup>2</sup> · L. Allard Saint-Albin<sup>1</sup> ·  
L. Bousquet<sup>1</sup> · I. Bourdel-Marchasson<sup>3,4</sup> · J.-L. Fanon<sup>1</sup> · M. Dramé<sup>5,6</sup>

# Santé perçue et mortalité

- **Dans la cohorte SAFMA : Survie à moyen et long termes**

**Table 2** Multivariable analysis of the factors independent related to mortality at 6 months, 1, 2, and 3 years in the SAFMA cohort

Characteristics	6-month mortality			1-year mortality			2-year mortality			3-year mortality		
	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P	HR	95% CI	P
Living maritally	1.1	0.6–2.1	0.65	1.2	0.7–2.2	0.43	1.1	0.7–1.8	0.63	1.1	0.7–1.8	0.56
Living in an institution	1.4	0.5–3.7	0.49	1.3	0.5–3.5	0.58	1.8	0.8–3.9	0.13	1.7	0.8–3.6	0.18
Dementia syndrome	0.7	0.4–1.1	0.13	0.5	0.3–0.9	0.02	0.6	0.4–0.9	0.02	0.7	0.5–1.1	0.12
Delirium syndrome	1.0	0.4–2.3	0.94	1.1	0.5–2.3	0.89	1.3	0.7–2.3	0.44	1.4	0.8–2.3	0.27
History of falls	0.8	0.5–1.4	0.47	0.8	0.5–1.4	0.52	0.9	0.6–1.4	0.67	1.0	0.7–1.4	0.89
Dependency for ADLs	1.2	0.6–2.2	0.59	1.2	0.7–2.2	0.48	1.3	0.8–2.2	0.26	1.2	0.8–2.0	0.37
Severe malnutrition	1.5	0.9–2.5	0.12	1.6	1.0–2.6	0.04	1.5	1.0–2.2	0.06	1.3	0.9–1.9	0.13
SRH medium to very poor	2.7	1.6–4.7	0.0003	2.4	1.5–4.0	0.0006	1.9	1.3–2.9	0.002	1.6	1.1–2.4	0.01

Adjusted for age, sex, and comorbidity score

# Santé perçue et mortalité

- **Revue systématique**





International Journal of  
*Environmental Research  
and Public Health*



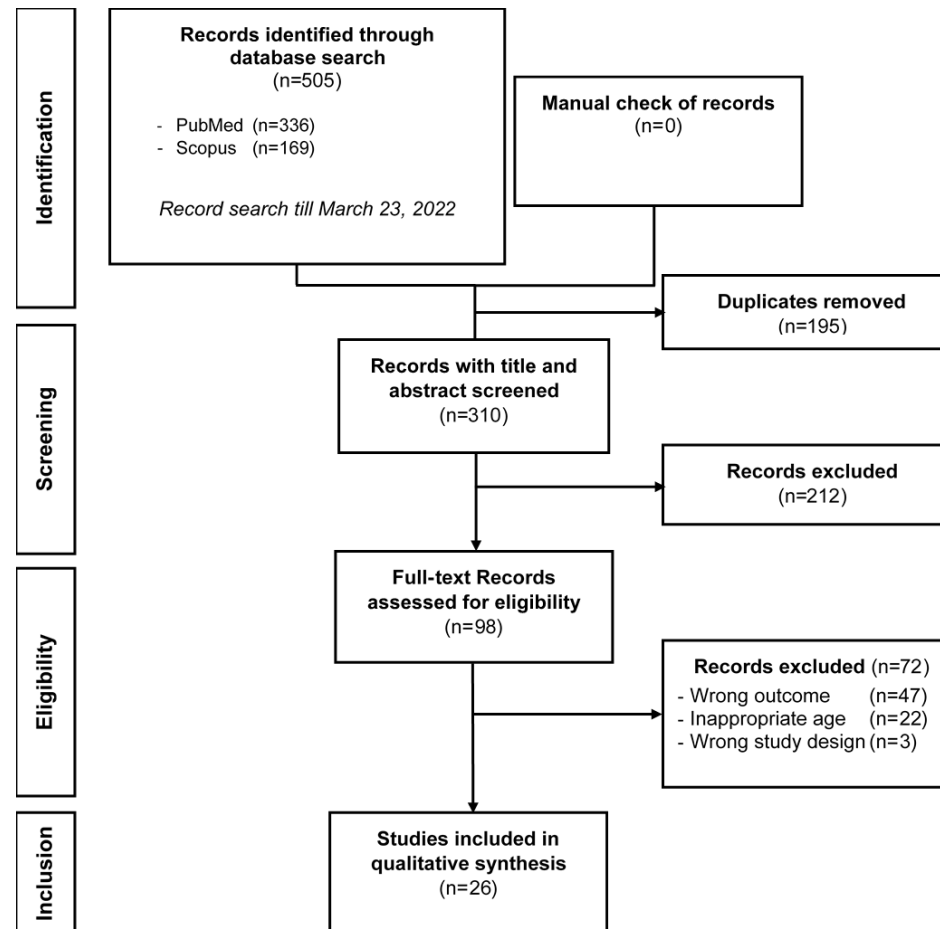
*Systematic Review*

## **Self-Rated Health as a Predictor of Mortality in Older Adults: A Systematic Review**

Moustapha Dramé <sup>1,2,\*</sup> , Eléonore Cantegrit <sup>3</sup> and Lidvine Godaert <sup>1,3</sup> 

# Santé perçue et mortalité

## • Revue systématique



# Santé perçue et mortalité

- **26 études incluses** : 20 significatives
- **21 en ambulatoire** : 16 significatives
- **20 avec âge < 80 ans** : 14 significatives
- **17 sans maladie spécifique** : 12 significatives

# Santé perçue et mortalité

- **4 études survie à court terme : 3 significatives**
- **7 survie à moyen terme : 7 significatives**
- **18 survie à long terme : 12 significatives**

# Conclusion

- **Indicateur simple basé sur le ressenti du patient**
- **Outil rapide et adapté aux contextes à ressources limitées**
- **Forte capacité prédictive de mortalité**
- **Captation globale : santé, fonction, psychologie, contexte social**
- **À intégrer systématiquement dans l'évaluation gériatrique ?**

# Santé perçue et mortalité

**Table 3.** Quality assessment of the different studies included in this systematic review performed using the Newcastle–Ottawa scale (NOS).

Author(s), Year	Study Design	Selection	Comparability	Outcome	Total Score	Quality Rating
Wuorela et al., 2020 [18]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Godaert et al., 2018 [11]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Godard-Sebillotte et al., 2016 [12]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Mavaddat et al., 2016 [19]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Brown et al., 2015 [20]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Gurland et al., 2014 [21]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Shen et al., 2014 [15]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Fernández-Ruiz et al., 2013 [22]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Puts et al., 2013 [2]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Ernstein et al., 2011 [23]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Khang et al., 2010 [24]	Longitudinal	***	**	**	7	High
Ford et al., 2008 [25]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Johansson et al., 2008 [26]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Okamoto et al., 2008 [27]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Lee et al., 2007 [28]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Van den Brink et al., 2005 [29]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Baron-Epel et al., 2004 [30]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Walker et al., 2004 [31]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Bath, 2003 [32]	Longitudinal	****	**	***	8	High
Helmer et al., 1999 [33]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Yu et al., 1998 [17]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Leung et al., 1997 [34]	Longitudinal	**	**	***	7	High
Schoenfeld et al., 1994 [35]	Longitudinal	****	**	***	9	High
Tsuji et al., 1994 [16]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Pijls et al., 1993 [13]	Longitudinal	***	**	***	8	High
Rakowski et al., 1993 [14]	Longitudinal	****	**	***	9	High