



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

François Höpflinger et Valérie Hugentobler

Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse

Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle

François Höpflinger et Valérie Hugentobler: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse – Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle . Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Ed. Hans-Huber, Berne, 2003. CHF 39,80 / Euro 22,95 (ISBN 3-456-84050-0.)

Résumé

Au cours des décennies à venir, le nombre des personnes âgées et très âgées connaîtra une forte hausse. Ce vieillissement démographique culminera lorsque les membres de la génération du «baby boom» parviendront à un grand âge. L'évolution de l'état de santé et de la demande de soins parmi les personnes âgées dépendra toutefois aussi de l'allongement de l'espérance de vie. Cette remarque vaut notamment pour les maladies liées à l'âge, telles que les troubles organiques cérébraux.

L'espérance de vie continue de s'allonger

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie moyenne s'est nettement accrue tant parmi les femmes que parmi les hommes. Cela est moins dû à un allongement de la «durée de vie biologique» qu'à une diminution du nombre de décès prématurés. A court et à moyen terme, on peut donc prévoir que l'allongement de l'espérance de vie va ralentir. Selon les scénarios établis par l'Office fédéral de la statistique, l'espérance de vie moyenne des hommes, qui est aujourd'hui de 76,5 ans, devrait se situer entre 82,5 et 85,5 ans en 2060. Chez les femmes elle passera des 82,5 ans actuels à 87,5 voire à 90 ans. Ces prévisions ne se réaliseront toutefois que si les structures sociales et sanitaires ne s'effondrent pas.

Pour planifier les structures sanitaires et les établissements de soins nécessaires, mais aussi pour établir des scénarios dans le domaine de l'assurance-maladie, il importe avant tout de connaître l'évolution du nombre des personnes nécessitant des soins au cours des années et

des décennies à venir. En effet, l'allongement de l'espérance de vie appelle une question liée à la qualité de vie: Ces années supplémentaires sont-elles vraiment des «années gagnées»? Ou ne s'agit-il que d'une prolongation de l'existence pour des personnes perclues de maladies? Deux théories ont cours à ce sujet:

- Selon la première, le recul de la mortalité, notamment parmi les personnes âgées, résulte de la volonté de repousser la mort chez des individus souffrant de maladies chroniques dégénératives. Si les gens vivent plus longtemps, c'est surtout parce que la médecine et la médecine sociale sont à même de lutter contre les maladies chroniques.
- La seconde théorie part au contraire de l'hypothèse que c'est surtout la durée de l'existence active, c'est-à-dire de la vie en bonne santé, qui s'est allongée. Selon cette thèse, les maladies chroniques apparaissent plus tard car les générations plus jeunes ont bénéficié d'une meilleure alimentation et d'une meilleure hygiène, et restent ainsi en bonne santé plus longtemps.

Les données empiriques existantes font plutôt pencher la balance en faveur de la seconde de ces théories: aujourd'hui, les hommes et les femmes ne vivent pas seulement plus longtemps, ils souffrent aussi moins vite d'impotence que les générations précédentes. Entre 1981/1982 et 1997/1999, la période de vie en bonne santé s'est ainsi allongée de plus de 5 ans pour les femmes, tandis que la période marquée par des problèmes de santé s'est raccourcie de 2 années. Dans le même temps, le nombre des années en bonne santé a augmenté de plus de 4 ans chez les hommes, tandis que la période «à problèmes» a diminué d'un semestre. Or ces changements pourraient influencer sur l'évolution future de la demande de soins: si les personnes âgées restent en bonne santé plus longtemps, la demande de soins augmentera plus lentement que ne le laisse supposer une extrapolation démographique à partir des chiffres actuels. Dans le même temps, on observe une dualisation plus on avance dans l'âge: il y a d'une part un grand groupe de personnes qui demeurent indépendantes longtemps et ne nécessitent des soins que pendant une phase assez brève qui précède leur mort; d'autre part, une minorité de personnes âgées sont malades et nécessitent des soins pendant une période relativement longue.

Besoin d'être pris en charge et vie quotidienne

Chez les personnes âgées et en particulier chez celles qui sont très âgées, le besoin d'être pris en charge est rarement dû à une seule cause, mais plutôt à une conjonction de divers facteurs liés à l'âge et à la maladie. La multimorbidité, autrement dit la combinaison de plusieurs maladies, est en effet fréquente à un âge avancé. Par ailleurs, le besoin de soins dépend des activités quotidiennes qui sont jugées indispensables. Une personne âgée en chaise roulante pourra par exemple garder son autonomie et demeurer dans son appartement si celui-ci est bien équipé et bien situé.

La notion de besoin de soins se définit en général sur la base des tâches quotidiennes les plus simples. On la mesure souvent en fonction de critères basés sur les activités de la vie quotidienne: capacité ou incapacité de s'habiller et de se déshabiller, de se mettre au lit et de se lever, de faire sa toilette et de se déplacer au moins dans son appartement. C'est

d'ailleurs cette définition du besoin de soins qui s'applique aux allocations pour impotents que l'AVS verse actuellement à 9% environ des personnes de plus de 80 ans.

Les données sur le besoin de soins (ou dépendance physique) des personnes âgées en Suisse sont encore très lacunaires. Certaines études ne recensent ainsi que les personnes du troisième âge vivant dans un ménage privé. Leurs résultats ne peuvent donc qu'être partiels puisque ce sont justement les personnes âgées malades et dépendantes qui vivent le plus souvent dans des établissements médico-sociaux. Selon les informations disponibles, entre 109 000 et 126 000 personnes âgées sont aujourd'hui dépendantes physiquement, c'est-à-dire qu'elles ne sont plus en mesure de gérer leur vie quotidienne de manière autonome. Cela représente entre 9,8 et 11,4% de toutes les personnes de 65 ans et plus. Puisque les Suissesses et les Suisses qui sont parvenus à un âge avancé ne souffrent pas des séquelles de la seconde guerre mondiale, le taux de prise en charge dans notre pays est inférieur à celui qui prévaut en Allemagne. De même, l'espérance de vie autonome est donc plus longue dans notre pays que chez nos voisins allemands. On sait par ailleurs que la moitié au moins des personnes âgées nécessitant des soins souffrent de troubles cérébraux organiques (maladie d'Alzheimer, p. ex.).

En partant du taux de prise en charge actuel, on peut prévoir que le nombre des personnes âgées qui nécessitent des soins augmentera de 15% environ entre 2000 et 2010. Si le taux de prise en charge reste inchangé, le vieillissement démographique engendrera une augmentation de cette proportion d'un tiers au maximum (32 à 36%) d'ici en 2020. En admettant que le taux de prise en charge demeure constant, le nombre des personnes âgées et très âgées nécessitant des soins continuera, selon le scénario démographique choisi, de croître jusqu'en 2050. Il passerait ainsi des 109 000 à 126 000 actuels à quelque 272 000.

L'augmentation de la demande de soins faiblit

Il est toutefois extrêmement hasardeux de vouloir faire des projections à partir du taux actuel de prise en charge, car l'espérance de vie autonome s'est accrue au cours des dernières décennies. Par ailleurs, des changements sociaux futurs pourront également réduire le risque de dépendance physique ou repousser encore la phase pendant laquelle une prise en charge s'impose. Parmi les facteurs déterminants, relevons que davantage de personnes prendront soin de leur santé tout au long de leur vie et que moins de personnes souffriront d'infirmités dues à leur activité professionnelle, mais aussi que des progrès seront faits en matière de réadaptation. Des études-pilotes ont également montré que des visites préventives au domicile de personnes âgées ou très âgées sont à même de réduire le risque d'infirmité. La gériatrie dispose donc déjà de stratégies préventives applicables et efficaces qui peuvent contribuer à diminuer le taux de prise en charge.

Des modélisations ont montré qu'une réduction modérée du besoin des soins – obtenue grâce à des programmes gériatriques préventifs ou à une augmentation du taux de réadaptations réussies – peut atténuer sensiblement l'effet du vieillissement démographique. De plus, une stratégie ciblée de promotion de la santé chez les personnes du troisième âge pourrait atténuer le problème que pose l'augmentation de la demande de soins.

Il est certain que le nombre des personnes âgées dépendantes physiquement augmentera encore entre 2000 et 2020, mais certainement moins rapidement que ne le laissent supposer des projections démographiques linéaires. Il est dès lors peu probable que le nombre de ces personnes augmente d'un tiers (32 à 36%) pendant la même période. De manière plus réaliste, on peut admettre que cette augmentation n'excèdera pas 20% et elle pourrait se révéler plus modérée encore si les conditions sont propices. Dans le même temps, l'âge moyen des personnes nécessitant des soins continuera d'augmenter. Par conséquent, de plus en plus de gens dépendants physiquement auront un âge très avancé et souffriront de ce fait de plusieurs maladies simultanément (multimorbidité).

Pour vérifier ces prévisions, il vaut la peine d'examiner de plus près quelques-uns des éléments qui mettent fin à l'autonomie des personnes de grand âge. Ces causes comprennent les chutes, les troubles dépressifs et les démences.

Chutes et fractures

Chez les personnes âgées, les chutes sont relativement fréquentes. Elles peuvent être dues à des troubles de l'équilibre et à des réactions moins rapides. De plus, certains médicaments, tels que les hypotenseurs, fréquemment prescrits à ces personnes, perturbent le sens de l'équilibre. Or c'est justement à cette période de la vie, où les os sont fragiles, que les chutes provoquent souvent des fractures, qui ne guérissent en général que lentement. Les fractures dues à une chute ont souvent pour conséquence de réduire la mobilité. Il arrive par exemple que des personnes âgées ne retrouvent pas toute leur autonomie après une telle fracture et se voient dans l'obligation de déménager dans un home après avoir séjourné à l'hôpital. Les données disponibles montrent clairement que le risque d'accidents (notamment de chutes) et de fractures augmente avec l'âge. Par ailleurs, puisque le risque de fragilisation des os (ostéoporose) est plus élevé chez les femmes, celles-ci courent aussi un risque d'accident et de fracture plus grand. De plus, les femmes, même âgées, assument davantage de tâches ménagères et l'on sait qu'à un âge avancé, plus de 90% de toutes les chutes surviennent à domicile, d'où l'importance d'une prévention adéquate et bien ciblée.

Le risque de chute est déterminé aussi bien par des facteurs extérieurs que par la condition physique: un sol glissant, mouillé ou verglacé constitue à l'évidence l'une des principales causes de chute. Par ailleurs, des troubles cardiaques, circulatoires et de l'irrigation cérébrale augmentent le risque de chute autant que des vertiges ou des troubles de l'équilibre. L'hypotension accroît également ce risque. Il en va de même pour les troubles de la mémoire ainsi que pour la difficulté à marcher ou à se mouvoir. Enfin, la consommation d'alcool ou de médicaments, mais aussi la fatigue, de mauvaises chaussures ou un mauvais éclairage – tous des facteurs qu'il est possible de modifier aisément – augmentent le risque de chute chez les personnes âgées. Bien entendu, la combinaison de plusieurs facteurs négatifs équivaut à un danger accru: la consommation d'alcool ajoutée à un mauvais revêtement du sol augmente de 21 fois le risque de chute; chez les personnes de plus de 90 ans, un revêtement mouillé ou glissant accroît ce risque 13 fois. Il existe cependant nombre de moyens, souvent peu coûteux, pour éviter les accidents, notamment les chutes, chez les personnes âgées. Ces moyens comprennent non seulement des mesures touchant le

logement et son environnement (sols antidérapants, poignées, couloirs bien éclairés, etc.), mais aussi des exercices spécifiques pour améliorer la marche et l'équilibre, ainsi que l'utilisation de bonnes chaussures, d'un système de protection des hanches, etc.

Symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs occupent une grande place dans les prises en charge de personnes âgées non seulement parce qu'ils sont fréquents, mais aussi parce qu'ils renforcent les déficits cognitifs et les problèmes de santé. Ainsi, des symptômes dépressifs relativement anodins augmentent-ils la demande de prestations médicales et non médicales. Les tendances dépressives minent l'autonomie des personnes âgées, augmentant ainsi davantage leur besoin de soins. Les dépressions à un âge avancé forment cependant un groupe de maladies extrêmement hétérogène, de sorte qu'il est difficile de déterminer clairement la prévalence de symptômes dépressifs chez les personnes âgées. On estime toutefois qu'un tiers environ des cas de dépressions dans ce groupe de la population sont des dépressions graves, alors que les dépressions légères ou de gravité moyenne représentent les deux tiers restants.

De toutes les études, il ressort que les dépressions sont deux fois plus fréquentes chez les femmes âgées que chez les hommes de leur génération. Ce taux plus élevé chez les femmes vaut également pour diverses affections corollaires, sauf pour ce qui est des troubles de la personnalité qui sont plus fréquents chez les hommes d'âge avancé. Quant à savoir si la prévalence des symptômes dépressifs augmente au fur et à mesure que l'on avance dans l'âge, la question reste ouverte car la recherche n'a pas encore fourni une réponse claire à cette question. En effet, si certaines études concluent que les symptômes dépressifs augmentent avec l'âge, d'autres affirment au contraire qu'ils diminuent et sont indépendants de l'âge.

Les résultats des études menées jusqu'ici indiquent qu'en Suisse 44 000 à 53 000 personnes âgées (65 ans et plus) souffrent d'une dépression grave. Les femmes jouissant d'une plus longue espérance de vie, mais présentant un risque dépressif plus grand, on compte, au-delà d'un certain âge, 2,6 femmes dépressives pour un homme dépressif.

Dans ce domaine, il serait peu judicieux d'extrapoler les taux actuels, car la prévalence des troubles dépressifs varie grandement d'une génération à l'autre et que l'état de santé psychique des «jeunes» retraités tend plutôt à s'améliorer. Le nombre des dépressions graves chez les personnes âgées pourrait néanmoins s'accroître en raison du vieillissement démographique. Divers scénarios montrent toutefois clairement qu'une réduction modérée du nombre de dépressions – obtenue grâce à des stratégies psychothérapeutiques efficaces et aux progrès de la pharmacopée par exemple – suffirait pour atténuer sensiblement l'effet du vieillissement démographique. Par ailleurs, une prise en charge gérontopsychiatrique ciblée est à même de venir à bout des dépressions liées à l'âge.

Démences

Les troubles cérébraux organiques des personnes âgées, avec leurs diverses formes (maladie d'Alzheimer, démences vasculaires, Parkinson, etc.), constituent depuis longtemps l'un des problèmes auquel doit faire face le système de santé. La fréquence des démences augmente avec l'âge et cette évolution a été constatée dans tous les pays industrialisés. Dès lors, si le nombre des personnes âgées atteintes de démence est aujourd'hui plus élevé, ce n'est pas parce que le risque de ces maladies s'est accru mais parce qu'un nombre plus grand de personnes parviennent à un âge où ces affections sont plus fréquentes. A l'heure actuelle, environ 86 000 personnes de plus de 60 ans et quelque 83 000 personnes de plus de 65 ans souffrent de démence, et l'on enregistre chaque année 22 000 nouveaux cas de maladies cérébrales parmi les personnes âgées. Sur l'ensemble des personnes atteintes, 8% seulement ont moins de 70 ans et 28% ont entre 70 et 79 ans. A l'opposé, presque deux tiers (64%) des malades ont 80 ans et plus, ceux-ci souffrant souvent d'autres affections (multimorbidité).

C'est à long terme que les hypothèses concernant l'évolution de l'espérance de vie parviennent à des chiffres différents: une extrapolation linéaire indique que la Suisse comptera en 2050 entre 142 000 (au minimum) et 186 000 (au maximum) personnes atteintes de démence. Ces chiffres sont toutefois très irréalistes, car ils sont assez pessimistes pour supposer qu'au cours des 50 prochaines années, la médecine sera incapable de se doter de moyens de prévention et de réadaptation à même de faire face à ce type de maladies. Si des moyens préventifs ne seront certes pas disponibles avant des années, on peut tout de même supposer que la science en fournira à long terme. Dans ce domaine, la recherche de moyens préventifs vise en priorité les démences purement génétiques (qui ne sont pas uniquement liées à l'âge). Par conséquent, la science permettra d'éviter en priorité les démences qui frappent des patients relativement jeunes, ce qui tendra à augmenter la moyenne d'âge des personnes atteintes de démence.

Outre les moyens destinés à prévenir et à empêcher l'apparition de troubles cérébraux organiques, un autre moyen semble à même de retarder l'apparition des symptômes et des conséquences de ces troubles: aujourd'hui déjà, certains médicaments et un entraînement ciblé de la mémoire permettent de préserver plus longtemps les capacités cognitives.

On peut donc prévoir que le risque de démence diminue au moins à moyen et à long terme. Les extrapolations linéaires ne pourront donc servir de base de planification que jusqu'en 2020 tout au plus. En effet, le nombre des cas de démence augmentera certainement entre 2000 et 2010 pour passer de 86 000 environ à près de 100 000 (99 000 à 100 000). En 2020, ce nombre devrait tout au plus se situer entre 114 000 et 117 000. Au cours des vingt années à venir, le nombre des personnes atteintes de démence ne devrait donc pas augmenter de plus de 28 000 à 31 000 et le nombre des nouveaux cas annuels ne devrait pas dépasser 29 000 à 30 000.

Relevons que ce scénario à court et à moyen terme fait état des chiffres les plus élevés. En effet, les futures générations de retraitées bénéficiant d'une meilleure formation et d'une expérience plus riche, ils seront souvent mieux à même de compenser les déficits cognitifs engendrés par une maladie cérébrale. Par conséquent, les démences n'engendreront des

besoins de soins qu'à un âge plus avancé. Des médicaments et un entraînement ciblé, tant des muscles que de la mémoire, peuvent avoir le même effet. Cette évolution aura diverses conséquences:

- Allongement de la période d'autonomie même en cas de maladie cérébrale dégénérative. Le nombre de personnes atteintes de démence nécessitant une prise en charge augmentera donc moins vite.
- Nouvelle augmentation de l'âge moyen des personnes atteintes de démence nécessitant une prise en charge.
- Passage souvent difficile, tant sur le plan éthique qu'individuel, entre le moment où intervient le diagnostic de démence, toujours plus précoce, et l'apparition de graves déficits cognitifs entravant la vie de tous les jours. Plus le laps de temps qui sépare le diagnostic et le moment où une prise en charge s'impose sera long, plus la demande de soins ambulatoires sera élevée.
- Prolongation des stades où la démence est moyennement grave, d'où une plus grande mise à contribution des services de soins ambulatoires et stationnaires. En effet, à ces stades-là, les démences exigent plus de soins qu'à un stade plus avancé, notamment en raison des sautes d'humeur, de la modification des capacités physiques et psychiques, ainsi que du fait que le malade est pleinement conscient de la baisse de ses capacités cognitives.

A court et à moyen terme, il reste malgré tout possible que le nombre des personnes atteintes de démence soit inférieur en 2020 à celui qu'indiquent les projections linéaires. Si l'on admet par exemple que les troubles cérébraux organiques apparaîtront une année plus tard, le nombre des personnes âgées atteintes de démence n'augmentera que de 5000 à 6000 (au lieu de 13 000 à 14 000). Un décalage d'une année dans l'apparition de ces troubles réduit donc de 60% l'augmentation du nombre de malades.

L'hypothèse selon laquelle l'apparition de troubles cérébraux organiques pourrait survenir deux ans plus tard – un scénario assez réaliste, surtout à long terme – aurait des conséquences encore plus marquées: en 2030, le nombre des malades ne se situera pas entre 135 000 et 144 000, mais entre 116 000 et 124 000. Dans tous les cas, des stratégies de traitement et de réhabilitation à même de retarder de deux ans l'apparition des conséquences graves des démences sur la vie de tous les jours peuvent atténuer efficacement les effets du vieillissement démographique.

Réduire les conséquences du vieillissement

Dans l'ensemble, il apparaît que le vieillissement démographique accroîtra la demande de soins, tant chez les personnes âgées en général que pour les différents risques étudiés. Dans le même temps, il apparaît clairement qu'une application plus large des stratégies de prévention et d'intervention qui ont déjà fait leurs preuves atténuera efficacement les effets de ce vieillissement. Par ailleurs, une réduction modérée du besoin de soins suffit pour compenser dix années du vieillissement démographique. Si l'on parvient par exemple à

retarder d'une année seulement l'apparition des déficits qui sont engendrés par les démences et qui entravent l'autonomie quotidienne, on résout une bonne part du problème que pose la prise en charge des personnes atteintes de démence. En conclusion, s'il est impossible d'influer sur le vieillissement démographique à court et à moyen terme, il est parfaitement possible d'atténuer sensiblement ses conséquences négatives.