

ÉDITORIAL

Bien gérer les coûts des soins de santé aux personnes âgées : un des défis majeurs pour le 21^{ème} siècle

A.J. SCHEEN (1), J. PETERMANS (2)

Le vieillissement, avec tous les défis et controverses qu'il soulève, constitue le cœur de ce volumineux numéro thématique. Pour illustrer cette problématique majeure, qui, de près ou de loin, nous concerne tous, le Comité de Gestion de la revue a longuement hésité. Il a, notamment, essayé de ne pas tomber dans le piège d'une couverture à message trop négatif. Il a finalement retenu la symbolique du temps qui passe inexorablement, illustrée par un beau sablier d'un autre âge (fig. 1). Ce processus de vieillissement est un phénomène normal de la vie et les aînés en sont l'aboutissement. Vus de loin, les individus d'un âge avancé peuvent sembler tous identiques mais, si l'on y regarde de plus près, ces «personnes âgées» («seniors»), de plus en plus nombreuses, font partie d'une population très hétérogène. Il conviendra donc de tenir compte de toutes les caractéristiques individuelles, physiologiques, pathologiques, psychologiques, sociales, ... ainsi qu'en témoigne le sommaire éclectique de ce numéro. Comme pour les numéros thématiques des années précédentes, celui-ci comprendra, d'abord, quelques articles à visée didactique expliquant le phénomène de vieillissement sur le plan biologique, la diversité des populations étudiées sur le plan gériatrique, en insistant sur l'importance de la fragilité et de ses différentes composantes, les particularités liées à la pharmacothérapie du sujet âgé, ... Ensuite, nous aborderons les principales pathologies rencontrées dans la population âgée et ce, dans les différents domaines de la médecine. Hélas, la diversité des pathologies liées à l'âge est telle que nous n'avons pas pu aborder tous les problèmes médicaux en relation avec le vieillissement comme, par exemple, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, l'hypacousie/surdité,

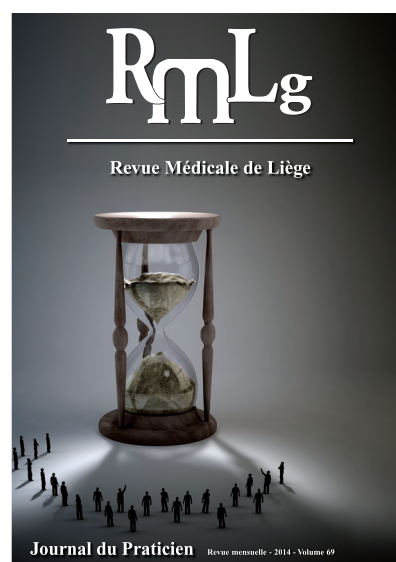


Figure 1. Couverture de la Revue Médicale de Liège, proposée pour l'année 2014, illustrant symboliquement le temps qui passe et la population âgée de plus en plus nombreuse (composée par Mr Claude Ernotte).

l'ostéoporose fracturaire, les maladies inflammatoires spécifiques comme, par exemple, la maladie de Horton, ... Enfin, ce numéro se terminera par quelques articles généraux à connotation plus éthique, directement en relation avec le vieillissement de la population, susceptibles de soulever débats et controverses.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à deux grands aspects des défis liés au vieillissement : ceux en relation avec l'individu et ceux en rapport avec la société. A l'échelle individuelle, le vieillissement doit être démembré en plusieurs aspects qui, chacun, mérite une attention particulière. A l'échelle sociétale, les problèmes posés sont de plus en plus nombreux et nous développerons quelque peu, dans la seconde partie de cet éditorial, la problématique de plus en plus délicate de la gestion des coûts des soins de santé dans la population âgée.

Le premier aspect de l'approche individuelle est représenté par le vieillissement physiologique. Il décrit l'ensemble des modifications diminuant progressivement l'aptitude de la personne à assurer les fonctions garantissant un bon équilibre physiologique (1). Il s'agit

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, CHU de Liège.

(2) Chargé de Cours, Université de Liège. Chef de Service, Service de Gériatrie, Site NDB, CHU de Liège.

d'un phénomène naturel, inéluctable, lent et progressif. Il implique divers facteurs biologiques (vieillesse cellulaire, qui commence très tôt dans la vie), psychologiques (en partie liés à l'histoire de vie personnelle) et sociaux (résultat, en partie, d'un construit social). L'ensemble des phénomènes d'affaiblissement des fonctions physiologiques liés au vieillissement constitue la sénescence (terme formé sur le mot latin : *senex*, «vieillard») où l'homéostasie affaiblie prend le nom d'allostasie. L'étude de la vieillesse et du vieillissement ainsi que de leur impact sociétal constitue la gériatrie (vocabulaire construit sur le mot grec *geron*, *gerontos*, «vieillard»). Le vieillissement est donc lié à l'avancée en âge, ce qui a amené à certaines catégorisations en fonction de l'âge chronologique des individus. Ainsi, on parle de troisième âge (65-80 ans), de quatrième âge (80 ans et plus) et de grand âge (> 90 ans), ou encore de «jeunes vieux» (65-75 ans), de vieux (75-85 ans) et de «vieux vieux» (> 85 ans). Ces critères d'âge sont cependant assez artificiels et, de plus en plus, remis en question. En effet, sur le plan médical, les définitions chronologiques sont reléguées au second plan au profit de celles tenant compte du niveau de dépendance du sujet âgé. Ainsi, un sujet âgé en bonne santé et complètement autonome ne peut, en aucune façon, être comparé à une personne du même âge, mais qui a perdu toute autonomie et a dû être institutionnalisée. Dans le premier aspect, on parlera de vieillissement réussi, de robustesse ou de vieillissement usuel.

Le deuxième aspect est représenté par le vieillissement pathologique (1). Certains individus présentent, en effet, un vieillissement anormalement rapide et prononcé, en raison de la programmation génétique, de phénomènes épigénétiques (pouvant survenir très tôt dans la vie, y compris déjà *in utero*) et de l'influence de divers facteurs environnementaux. Ainsi, le vieillissement pathologique peut être considéré comme un phénomène complexe, au même titre que les pathologies complexes qui avaient été envisagées dans un autre numéro thématique de la revue en 2012 (2). L'état pathologique résultant de la sénescence est la sénilité. La médecine s'occupant de l'impact fonctionnel du vieillissement et des pathologies y afférentes est la gériatrie (3). Ce vieillissement pathologique amène à une perte plus ou moins rapide d'autonomie, avec tous les aléas que cette situation comporte pour le patient, pour sa famille et pour la société. Par ailleurs, le sujet âgé est exposé à un nombre croissant de pathologies

chroniques qui grèvent sa qualité de vie et hypothèquent son espérance de vie.

Le troisième aspect est représenté par le vieillissement des différents organes. Aucun n'échappe au phénomène. Ceci conduit aux troubles fonctionnels, déjà mentionnés ci-dessus et accélère le processus de vieillissement pathologique de l'individu. Les organes les mieux étudiés, avec les conséquences les plus importantes sur le plan clinique, sont assurément le cœur, le cerveau et le rein. Mais, tous les organes sont atteints, qu'il s'agisse des glandes endocrines, de l'appareil urinaire, du tractus digestif, de l'os et des articulations, de l'appareil bucco-dentaire ou encore de la peau. Les principales pathologies y afférentes seront abordées dans une série d'articles spécifiques de ce numéro. Ces pathologies chroniques du sujet âgé représentent maintenant une activité médicale prépondérante, et en constante croissance, en particulier en médecine générale. Elles contribuent largement à augmenter les dépenses en soins de santé, comme nous le discuterons plus loin.

D'un point de vue médical, il est donc essentiel de tenir compte de la grande hétérogénéité de la population âgée. Celle-ci comprend, en effet, des personnes robustes, des personnes fragiles et des personnes malades et chacun doit bénéficier d'une approche singulière, qui tient compte des particularités individuelles. La notion de fragilité est particulièrement importante en gériatrie et a été abordée dans un article entièrement consacré à son évaluation (4) ainsi qu'indirectement, dans d'autres articles de ce numéro traitant, par exemple, de la dénutrition, de la sarcopénie, du risque de chutes, ... chez le sujet âgé.

Si l'on quitte les aspects individuels et que l'on envisage l'aspect sociétal, force est de reconnaître que notre monde doit faire face à une «société vieillissante». Ce phénomène, caractérisé par une inversion de la pyramide des âges, résulte de la croissance du nombre de personnes âgées, suite à l'augmentation de l'espérance de vie, et de la diminution des taux de natalité. Ce vieillissement de la population est devenu un sujet particulièrement préoccupant, non seulement sur le plan médical, mais aussi d'un point de vue sociétal et, donc, politique. Il a conduit au développement d'une gériatrie sociale en plein essor dans nos pays «riches». Il faut sans doute repenser notre modèle de société pour mieux intégrer les personnes âgées. Il convient de limiter le stéréotype créant une discrimination généralement négative vis-

à-vis de ces dernières («âgisme»), pouvant parfois même conduire à des maltraitances; il faut être attentif à améliorer leur confort psychologique (à une période où la cellule familiale, fondement d'un soutien trans-générationnel, est de plus en plus vacillante), et, ainsi, réduire le risque suicidaire; enfin, il faut mettre tout en oeuvre pour réussir à mieux gérer la délicate problématique de la fin de vie. Toutes ces thématiques, à visée plus humaniste, occupent dorénavant une place majeure au sein de notre société et seront également abordées dans plusieurs articles à la fin de ce numéro.

Revenons au problème crucial de l'augmentation du coût des soins de santé en relation avec le vieillissement de la population. De tous les continents, c'est l'Europe qui a le pourcentage le plus élevé de personnes âgées de 60 ans et plus (23,4%, alors que ce taux atteint seulement 12% dans le monde). L'évolution démographique de la population belge démontre un accroissement progressif du nombre des personnes âgées. En 2020, il y aura probablement, dans notre pays, plus de personnes au-dessus de 65 ans que d'enfants de moins de 5 ans. Si l'on fait l'inventaire des personnes de plus de 65 ans, elles étaient au nombre de 1.762.390 pour un total de 10.355.844 belges en 2003 (soit 17,12%) et 1.959.125 pour un total de 11.099.554 en 2013 (soit 17,65%). Les chiffres de consommation en soins de santé montrent qu'ils sont, en grande partie, consacrés aux personnes plus âgées. En 2005, les personnes de plus de 60 ans représentaient 23% de la population... mais concentraient 55 % des dépenses de l'INAMI (fig. 2) (5) ! Cela signifie-t-il que le vieillissement démographique va entraîner une explosion des coûts des soins de santé à terme?

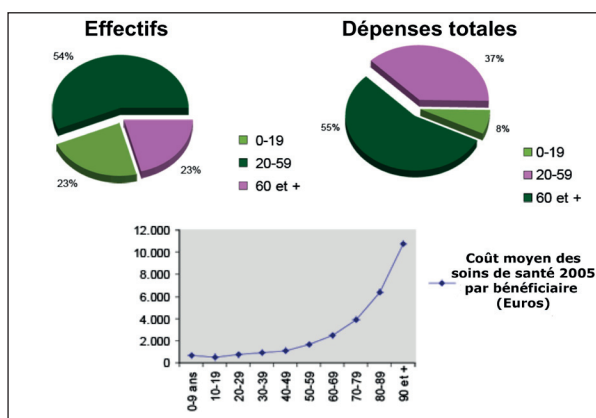


Figure 2. Comparaison des proportions démographiques et des dépenses correspondantes en soins de santé pour l'année 2005 (données tirées de la référence 5).

La réponse est complexe car d'autres facteurs vont certainement intervenir (6). En fait, tout dépendra vraisemblablement de la qualité du vieillissement. On vit de plus en plus vieux, c'est un fait. Mais le tout est de savoir si les années ainsi gagnées sont des années en bonne ou en mauvaise santé ? Dans le premier cas de figure, ce seront des années relativement «neutres» pour le budget des soins de santé tandis que, dans le second cas de figure, ce seront des années qui «coûteront» cher à ce budget. A ce propos, trois scénarios peuvent être envisagés avec des conséquences budgétaires sensiblement différentes (fig. 3). Dans le premier scénario, plutôt pessimiste, les années gagnées sont des années de mauvaise santé, ce qui risque de grever considérablement le budget des soins de santé. Même dans la meilleure version de ce premier scénario, en postulant que la proportion d'années en mauvaise santé reste la même tout au long de la vie, si on vit plus longtemps, on est en mauvaise santé plus longtemps ! Dès lors, l'allongement de l'espérance de vie entraînera inéluctablement une prolongation de la période d'incapacité et coûtera plus cher en soins de santé. Dans le second scénario, le nombre d'années en mauvaise santé en fin de vie restera stable, quelle que soit l'espérance de vie. Si, par exemple, actuellement, cette période est de 10 ans, elle sera toujours de 10 ans, mais commencera plus tard. C'est en fin de vie que les dépenses de soins de santé sont très élevées : empiriquement, on constate que c'est la dernière année de vie qui coûte très cher (7). Avec l'allongement de l'espérance de vie, cette dernière année de vie sera simplement «retardée». Dans cette hypothèse, il y a un équilibre dynamique, avec une durée de la période

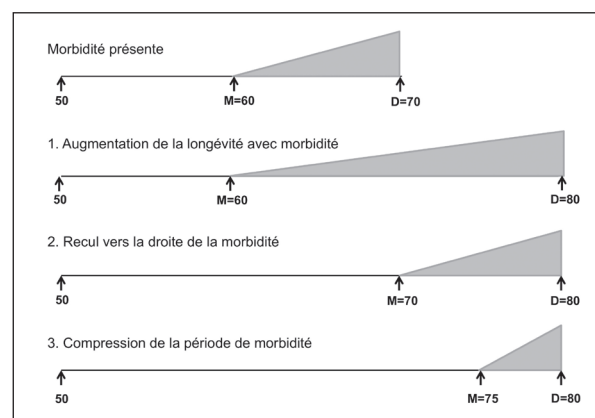


Figure 3. Illustration des trois scénarios possibles impactant, de façon sensiblement différente, les effets du vieillissement sur le coût des soins de santé (voir explications dans le texte). M = morbidité. D = décès.

de maladie/invalidité qui restera constante et, par conséquent, un coût qui demeurera sensiblement stable également. Enfin, selon un troisième scénario, le plus optimiste, comme l'espérance de vie ne pourra s'allonger indéfiniment, mais que les progrès de la médecine, en ce compris ceux de la médecine préventive, retarderont l'apparition des problèmes de santé dans la population générale, la conjugaison de ces deux phénomènes pourrait conduire à raccourcir la période de vie en mauvaise santé et, donc, à limiter les coûts des soins de santé liés au vieillissement de la population. On parle alors de «compression de la morbidité». Bien évidemment, l'objectif, d'un point de vue médical, est de mettre tout en œuvre pour faire échec au premier scénario et pour faire émerger le dernier des trois envisagés. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), avec les problèmes qu'elle dépiste et les interventions qu'elle induit, a déjà montré que cette voie était possible (8). Elle est un des principaux objectifs et a permis le développement et la reconnaissance de la médecine gériatrique, d'ailleurs.

Prévenir et mieux traiter les maladies chroniques, dans la population âgée, représenteront assurément l'un des défis du 21^{ème} siècle. Par ailleurs, le vieillissement de la population va obliger le monde médical à gérer, de façon optimale, les soins de santé aux personnes âgées, en favorisant des filières de soins adaptées, dans lesquelles le contexte gériatrique sera bien intégré. Ainsi, le nombre de personnes âgées hospitalisées va augmenter considérablement dans les 30 prochaines années, ce qui nécessitera une adaptation de l'offre de soins et de l'organisation, non seulement à l'hôpital, mais également dans les filières d'aval et d'amont intégrant la première ligne. La médecine devra changer de paradigme pour aller vers une démarche où le diagnostic fonctionnel enrichira le diagnostic médical et où l'hospitalo-centrisme devrait être progressivement transformé en «domicilio-centrisme». Ce contexte est discuté, plus en détails, dans un article de ce numéro consacré à la place du gériatre dans la filière des soins (3).

Nous sommes particulièrement heureux que de nombreux collègues aient accepté, avec enthousiasme, de contribuer au succès de ce volumineux numéro entièrement dévolu aux controverses et défis liés au vieillissement. Nous tenons à les remercier pour avoir répondu positivement à notre appel et à les féliciter pour la qualité du travail fourni. Nous exprimons, plus particulièrement, notre reconnaissance à

tous les médecins du service de gériatrie qui ont largement contribué au succès de ce numéro, malgré une surcharge du travail clinique parfois considérable. Nous espérons que le lecteur trouvera autant de plaisir à parcourir ce numéro que nous en avons eu à le construire. Bonne lecture à tous !

BIBLIOGRAPHIE

1. Petermans J.— Le vieillissement pathologique : mythe ou réalité ? *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 341-348.
2. Scheen AJ, Bours V.— Editorial. Maladies complexes : des interactions gènes-environnement au problème de santé publique. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 217-219.
3. Petermans J.— Place du gériatre dans la filière de soins. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 233-238.
4. Ricour C, de Saint-Hubert M, S. Gillain S, et al.— Dépister la fragilité : un bénéfice pour le patient et pour le soignant. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 239-243.
5. Service Public Fédéral Soins de Santé.— L'impact du vieillissement démographique sur le coût des soins de santé. https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_3/ABOUT_5_3_1.xml
6. Boecking W, Klammer A, Kitzmann F, et al.— Pharmacoeconomic impact of demographic change on pharmaceutical expenses in Germany and France. *BMC Public Health*, 2012, **12**, 894.
7. Ricci P, Mezzarobba M, Blotière PO, et al.— Les dépenses de soins remboursés durant la dernière année de vie, en 2008, en France. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 2013, **61**, 29-36.
8. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, et al.— Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 7.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.