Kardiovaskuläre Medizin 2003;6:12–18

A. Bailly, M. Periat

Santé et vieillissement: une vision médicométrique

Summary

Health and aging: a medicometric approach

This paper deals with the problems linked to an aging population and the need to keep high quality health and systems. Based on the principles of universality, solidarity, equality and efficiency, we propose basic modifications in Swiss health care planning. We also deal with the financing of health care insurances and new medical and social policies.

Key words: aging; health care planning; health care policies

Résumé

Face au vieillissement des sociétés occidentales, il est devenu nécessaire de proposer des solutions pour maintenir des systèmes de santé de qualité. Cet article, sur la base de principes d'universalité, de solidarité, d'égalité et d'efficacité, propose une série de réformes dans la planification sanitaire suisse. Il envisage également des modifications dans le financement de l'assurance de base et de nouvelles politiques médicales et sociales.

Mots clefs: vieillissement; planification sanitaire; politiques sanitaires médicométrie

Zusammenfassung

In Anbetracht der älter werdenden Bevölkerung der westlichen Welt ist es notwendig geworden, Lösungen zur Aufrechterhaltung von qualitativ hochstehenden Gesundheitssystemen zu erarbeiten. Basierend auf den Prinzipien Universalität, Solidarität, Gleichheit und Wirksamkeit schlagen wir eine Reihe von Reformen in der schweizerischen Gesundheitsplanung vor. Wir ziehen auch Anpassungen in der Finanzierung der Grundversicherung und neue Wege in der Gesundheits- und Sozialpolitik in Betracht.

Key words: Alterung; Gesundheitsplanung; Gesundheitspolitik

Introduction

Les publications sur le vieillissement des sociétés occidentales sont nombreuses, étudiant leurs cortèges de conséquences en particulier sur les coûts de la santé et des retraites, avec deux questions majeures: la population va-t-elle vieillir en bonne santé, et dans ce cas, il n'y aurait qu'un décalage dans les pathologies de l'âge, ou bien va-t-elle souffrir de pathologies dégénératives plus longues, générant de nouvelles dépenses de santé?

La médicométrie refuse cette seule approche centrée sur les coûts, pour traiter de façon globale du vieillissement.

Vieillissement et dépenses de santé

Un vieillissement prévisible

Les prévisions démographiques sont claires: les sociétés occidentales vieillissent et la Suisse ne fait pas exception. D'ici 2020, le nombre d'habitants de plus de 65 ans va s'accroître de plus de 50%, avec un pourcentage double des plus de 85 ans! En 2025 l'espérance de vie à la naissance dépassera 77 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes.

Deux scénarii pour les dépenses de santé

Quelles sont les conséquences de ce vieillissement sur les dépenses de santé? Les réponses ne sont pas simples, car deux scénarii peuvent être proposés (tableau 1). Tout d'abord celui

Correspondance:
Dr Michel Périat
Rue du Jura 11
CH-2900 Porrentruy

Tableau 1
Deux scénarii pour les dépenses de santé.

Optimiste: décalage dans les pathologies du vieillissement
Pessimiste: Hausse des frais avec l'âge (doublement d'ici 2040)

d'une longévité en bonne santé, sans incapacité fonctionnelle ou maladie chronique. Celui-ci est fondé sur l'idée d'un décalage dans l'âge où apparaissent ces problèmes de santé, suite à une meilleure prévention des pathologies du vieillissement. Le deuxième scénario, plus pessimiste, basé sur des données actuelles, constate une hausse des frais de santé avec l'âge. Comme le nombre de personnes âgées s'accroît, il en va de même pour les dépenses. Selon les auteurs, les coûts des services de santé pourraient ainsi plus que doubler d'ici à 2040, si l'on fonde l'analyse sur des indices de coûts de 100 pour la classe d'âge 30–39 ans, 142 pour 50–59 ans, 192 pour 60–69 ans, 287 pour 70–79 ans et 413 au-delà.

Encart 1. L'insuffisance cardiaque.
Dans les 20 ans à venir l'insuffisance cardiaque sera l'un des grands problèmes de santé publique et nous sommes mal préparés pour y remédier.
L'étude Framingham montre que la prévalence de l'insuffisante cardiaque est de 1 à 3% dans la population générale. Elle s'élève à plus de 5% à partir d'un âge de 75 ans et à plus de 9% au delà de 80 ans.
L'incidence de l'insuffisance cardiaque varie entre 2–60‰ selon les tranches d'âge et atteint 55‰ chez la femme entre 85 et 94 ans.
En Suisse l'insuffisance cardiaque a une incidence générale de 3% soit environ 210 000 patients.
On estime qu'environ 68% des insuffisants cardiaques sont traités, soit 143 000 patients, parmi eux seulement environ 47% le sont en accord avec les «guide-lines» soit 99 000 patients.

La prévision devient encore plus délicate si l'on étudie le détail des dépenses de santé des personnes âgées, car il faut répartir la hausse selon les catégories. Les douze derniers mois de vie comptent pour plus de 10% des frais médico-pharmaceutiques de l'assurance de base. De plus, seules 10 à 20% des personnes âgées (selon la classe d'âge) souffrent de maladies chroniques et comptent pour 60 à 70% des dépenses de santé de leur groupe d'âge. Et ce n'est qu'à partir d'un âge supérieur à 90 ans que les dépenses d'hospitalisation et d'EMS comptent pour plus de 30% de l'ensemble des dépenses de santé de la classe d'âge.

Encart 2.
La comorbidité et la polypharmacie.
Deux problèmes liés plus spécialement à la personne âgée doivent retenir notre attention: la comorbidité et la polypharmacie qui en découle. En outre, la diminution des facultés cognitives souvent liée à l'âge rend les traitements parfois dangereux.
Dans une méta-analyse de 30 études prospectives Lazarou et col. ont montré qu'en 1994 aux USA les effets secondaires des médicaments ont été à l'origine de 2,2 millions d'hospitalisations causant 106 000 décès chez des patients de tout âge.
Les personnes âgées sont évidemment les plus concernées d'une part en raison de la diminution des fonctions rénales, d'autre part en raison de l'association de plusieurs médicaments augmentant le risque d'interaction.

Doit-on modifier nos pratiques?

Face à ces données, les autorités sanitaires se trouvent en situation délicate. Doit-on modifier les systèmes de financement de l'assurance maladie pour faire face aux dépenses du scénario 2? Ou doit-on résoudre d'abord des questions éthiques, telles celle de l'ampleur des soins en fin de vie et de la médicalisation des personnes âgées? Les enjeux éthiques sont graves: certains auteurs parlent de «limites raisonnables» à la médicalisation, c'est-à-dire d'une forme de rationnement liée au calcul de la «part équitable de vie». D'autres préfèrent la «solidarité intergénérationnelle» à la discrimination par l'âge ou à la «part équitable de vie» (tableau 2).

Pour les auteurs de cet article

1. Le vieillissement de la population génère et générera une hausse des dépenses de santé, même si grâce à une meilleure prévention et à une qualité de vie, certaines pathologies du grand âge sont retardées. Cette hausse est liée aux nouvelles at-

Tableau 2
Doit on modifier nos pratiques?

Limites raisonnables
Part équitable de vie et seuils d'âge
Solidarité intergénérationnelle

Kardiovaskuläre Medizin 2003;6: Nr 1

tentes sociales des personnes âgées, à la meilleure protection médicale et aux progrès techniques. Ce sont en particulier les affections neurologiques, cardio-vasculaires, genito-urinaires, la dégradation des sens et des articulations qui génèrent ces frais supplémentaires.

2. La solution ne doit pas venir d'un rationnement en fonction de l'âge, même si la part des coûts de fin de vie peut être atténuée par un renoncement à l'acharnement thérapeutique. Les concepts de «part équitable de vie» et de «seuils d'âge» ne sont pas acceptables sur le plan éthique. Celui de solidarité et d'égalité devant la maladie est par contre fondamental dans nos sociétés développées.
3. De ce fait des solutions doivent être envisagées pour financer la santé des sociétés de demain et prévoir les infrastructures nécessaires de façon durable. Tel est l'objet du débat que nous proposons d'ouvrir dans ce document, sur la base de quatre principes.

Quatre principes pour l'assurance santé en Suisse

Quatre principes à respecter

L'assurance santé doit respecter quatre principes: universalité, solidarité, égalité, efficacité.

- Par le principe *d'universalité,* tous les résidents suisses doivent être assurés contre les risques de maladie et d'accidents, quels que soient leur âge, leur sexe, leurs revenus, leur situation sociale.
- Par le principe *de solidarité,* tous les résidents suisses doivent être protégés par une assurance de base, égale pour tous. Les cantons contribuent au financement des cotisations pour des personnes dont les revenus sont insuffisants.
- Par le principe *d'égalité,* tous les résidents suisses doivent avoir accès au panier de soins défini dans l'assurance de base. Ce panier intègre les priorités de santé publique dont l'Etat est le garant, en concertation avec les organisations de professionnels de santé et de patients. Il prévoit également des actions de prévention.
- Par le principe *d'efficacité,* les professionnels de santé doivent agir avec compétence dans le respect des contraintes éthiques et budgétaires, en maximisant les potentialités des réseaux de soins.

Tableau 3
Quatre principes.

Universalité
Solidarité
Egalité
Efficacité

De tels principes généraux permettent de préserver une médecine libérale à laquelle la Suisse est attachée, tout en évitant des dérapages sociaux qui laisseraient les plus fragiles hors de l'assurance santé. Ils combinent les principes d'économie solidaire et de concurrence.

Comment mieux organiser la planification de la santé? Des réformes nécessaires

Comme dans tout système sanitaire, la question du financement dépend d'allocations financières. En Suisse les contributeurs sont les résidents, par le biais des cotisations à l'assurance maladie et des paiements directs pour les frais non pris en charge par l'assurance, les Cantons, les Communes et l'Etat Fédéral. Vu la hausse des coûts de la santé, plus rapide que celle des budgets publics, la part des résidents ne fait que croître. Et les cotisations deviennent insupportables pour les personnes à bas revenus, au point qu'un appui des Cantons doit être apporté à près de la moitié des cotisants dans certaines régions.

Ce système pose actuellement de nombreux problèmes, les primes variant d'un canton à l'autre et d'une caisse-maladie à une autre, du fait de la concurrence entre caisses et d'une répartition spatiale des risques selon les Cantons. Cette conception cantonale met en question le principe de solidarité au niveau helvétique. Il met aussi en cause le principe d'efficacité, les patients étant obligés de fréquenter des établissements hospitaliers définis par le canton, sans qu'une véritable organisation sanitaire fédérale ne soit possible. De plus, certains petits cantons ont des difficultés à payer pour les hospitalisations extérieures. En outre, la Suisse est l'un des rares pays où les cotisations ne sont pas proportionnelles aux revenus (avec un plafond). Cette situation peut-elle se prolonger, alors que les plus pauvres doivent être assistés pour payer leurs cotisations et que la population âgée dispose souvent de bons revenus? La question doit être abordée pour faire face à l'évolution des dépenses de santé. Sinon des formes de rationnement, non acceptables, devront être mises en place.

Kardiovaskuläre Medizin 2003;6: Nr 1

Autant de questions qui nous poussent à:

1. Proposer une *planification sanitaire* à l'échelle suisse et une organisation du pays en «bassins de santé» pour tenir compte de la demande. Cette double organisation permet une planification «par le bas» (bottom up) pour les soins de proximité et régionaux, et «par le haut» pour les soins de pointe et la médecine universitaire.
2. Proposer une *tarification pour l'assurance de base, en fonction de grandes régions sanitaires* [5], pour conférer une meilleure solidarité au système. Ces grandes régions disposeraient d'une organisation sanitaire cohérente sur le plan éthique, géographique, social et économique.
3. Maintenir le rôle de *l'Etat Fédéral dans la fixation des droits et des actes liés à l'assurance de base* et développer son rôle en matière de garantie de la protection sociale par l'élaboration de cadres fédéraux en matière éthique et juridique. Ces cadres seraient fixés en accord avec les associations professionnelles et de patients. Ils seraient gérés par les Cantons dans les cinq grandes régions sanitaires (groupements inter cantonaux).

Tableau 4
Mieux organiser la santé.

Une planification à l'échelle suisse
De grandes régions sanitaires
Un état fédéral garant

La proposition 1 est liée au principe d'efficience et de mise en réseaux des établissements de santé dans le cadre de grandes régions sanitaires (proposition 2) articulées autour des centres hospitaliers universitaires et des hôpitaux de soins aigus. Elle renforce la solidarité tout en envisageant une meilleure coordination, source d'économies.

La proposition 3 est liée au besoin de fixation de la couverture de l'assurance de base, par une concertation Etat Fédéral, Association de professionnels de santé, Associations de patients, pour bien évaluer et anticiper les dépenses liées aux choix effectués, dans le respect d'une santé publique de qualité. L'ensemble de ces propositions vise à mieux coordonner le système sanitaire suisse pour éviter des dépenses inutiles (efficience) et harmoniser son fonctionnement tout en respectant l'accessibilité aux soins, indispensable dans une société en vieillissement, et les principes de démocratie locale.

Comment financer l'assurance santé?

Même avec une planification sanitaire améliorée, les dépenses de santé ne seront pas stabilisées. Nous acceptons ce scénario de hausse, pour éviter le rationnement des soins sur la base de critères d'âge ou d'autres choix. Cela suppose donc de dégager les moyens nécessaires, puisque le système de financement actuel touche à ses limites.

Les débats sur les solutions sont nombreux: soit on limite les coûts en contrôlant l'offre et la demande, soit on dégage de nouvelles allocations budgétaires. Cette deuxième voie est la seule permettant de préserver les principes d'universalité, de solidarité et d'égalité. Quelles sont donc les solutions possibles pour l'assurance de base en Suisse?

1 Modification de l'assurance de base

Dans ce domaine, deux propositions existent: réduire le catalogue des prestations de cette assurance pour en limiter les coûts ou sortir de cette assurance les cas de fin de vie et de maladies graves et chroniques. Dans le premier cas apparaît le risque d'une médecine à deux vitesses, dans le deuxième la nécessité de sources de financement complémentaires. Cherchons donc ces sources.

2 Les sources de financement complémentaires

Là encore, deux solutions sont envisageables, la capitalisation santé à l'approche de la retraite puisque les personnes âgées disposent de plus de richesses que les classes jeunes, et/ou une intervention de l'Etat Fédéral pour une assurance santé fin de vie – maladies graves et chroniques, ce qui suppose des réallocations dans les budgets fédéraux pour faire une part plus forte à la santé.

3 Un co-financement par prélèvement sur les revenus

Une autre voie discutée est celle d'un cofinancement, parallèle aux cotisations actuelles, sur la base d'un prélèvement plafonné sur les revenus, comme dans de nombreux pays occidentaux. Les cotisations ainsi prélevées s'ajoutent à celles mobilisées actuellement pour couvrir les frais de l'assurance fin de vie – maladies graves et chroniques, au titre de la solidarité.

Tableau 5
De nouveaux financements.

Capitalisation
Assurance santé de fin de vie
Cofinancement par prélèvement plafonné sur les revenus

Face à l'impasse actuelle des systèmes de financement de la santé et en fonction de ses principes de base, de nouvelles sources financières sont à dégager. L'idée d'une *assurance santé pour fin de vie et les maladies graves et chroniques*, hors de l'assurance de base, apparaît essentielle dans une société en vieillissement. Son financement serait effectué par des prélèvements complémentaires sur les revenus, la capitalisation et la réallocation des budgets fédéraux.

Des politiques à mettre en place

Sur le plan médical

Grâce à ces nouveaux financements il devient possible de proposer des politiques médicales et sociales. Ces deux types de politiques sont à mettre en place progressivement.

- Prévention et éducation: prévention pour retarder les pathologies dégénératives et éducation pour favoriser une prise en charge personnelle de la santé. Cela suppose de consacrer des budgets plus importants à des secteurs pour lesquels on dépense actuellement moins de 2% des budgets-santé.
- Formation et mise en place des personnels et des infrastructures adaptés au vieillissement: la mobilité diminuant avec l'âge, la présence d'infrastructure de proximité devient nécessaire. Non seulement en EMS, mais aussi en petits centres hospitaliers capables de traiter des cas aigus simples (par exemple, au niveau cardiovasculaire) ou de cas chroniques. Les soins à domicile complètent ces infrastructures pour le suivi des cas. Les notions de bassin de santé, d'accessibilité et de proximité sont ici essentielles pour faire face à la demande de soins adaptée au vieillissement.

Encart 3. Raccourcir la durée des maladies.
Le maintien en bonne santé des personnes âgées semble être une des priorités pour diminuer les coûts de la santé. C'est ainsi qu'en raccourcissant au maximum la durée de la maladie avant que le décès n'intervienne on va pouvoir économiser en particulier sur les hospitalisations et les placements en institution.
Une étude de l'US Institute of Health a montré qu'en retardant de 5 ans l'apparition de la maladie d'Alzheimer on diminuait le coût annuel de cette affection de 81 milliards de dollars à 43 milliards, soit une économie de 38 milliards de dollars.
Les tentatives «de compression» de la période de co-morbidité avant l'issue fatale doivent faire partie des objectifs et de la réflexion médicométrique.

Tableau 6
Santé et vieillissement des politiques médicales.

Prévention et éducation de la population, avant le vieillissement
Infrastructures de proximité, accessibles et bien équipées
Personnels médicaux et para-médicaux

Sur le plan social

A ce niveau, des politiques d'encadrement sont à prévoir, à la fois pour disposer d'habitats adaptés à la demande de couples et de personnes seules, en situation autonome, et pour ceux qui ont besoin d'infrastructures médicalisées. Une évaluation de la demande future est à faire pour créer les équipements nécessaires.

Cela suppose également la formation de personnels para-médicaux et sociaux. Vivre et bien vieillir au pays, tel sera l'objectif de cette politique sociale.

Tableau 7
Santé et vieillissement des politiques sociales.

Formation de personnels sociaux
Aide à la création d'habitats adaptés à la demande des personnes âgées
Amélioration et développement d'EMS

Sur le plan budgétaire

A l'évidence, les politiques médicales et sociales ont un coût qui pèse sur des lignes budgétaires différentes, santé publique, logement, aide médico-sociale, économie publique (retraites) ... ce qui rend difficile, sinon impossible, toute vision globale.

En intégrant dans sa réflexion des considérations éthiques, économiques, sociales,

Kardiovaskuläre Medizin 2003;6: Nr 1

spatiales et temporelles, la médicométrie cherche à mieux anticiper les effets d'un processus inéluctable. Dans nombres de pays qui n'anticipent pas, le «grey power» commence à se manifester par des revendications justifiées. Nous n'en sommes pas là en Suisse, à condition de faire de la prospective et d'anticiper le futur, par respect pour les personnes âgées de demain.

Tableau 8
Santé et vieillissement pour les politiques budgetaires.

Création de départements cantonaux se consacrant à la planification économique, sociale, territoriale et médicale du vieillissement
Allocations budgétaires pour les besoins du vieillissement
Appui aux activités du «grey power»