



Âge et santé

Des pathologies exemplaires liées au vieillissement

L'allongement de la vie s'accompagne-t-il d'une augmentation des maladies et des handicaps ? Les études sur le sujet ne sont pas concordantes. Même si toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge, on sait que les personnes âgées ont un recours aux soins plus fréquent. D'autre part, on connaît mieux les pathologies liées à l'âge, elles font l'objet de nombreuses recherches.

La consommation médicale des personnes âgées

Le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections et d'une dégradation de l'état de santé. Face aux besoins de soins engendrés, les réponses dépendent des techniques et des connaissances médicales, du réseau de soins, du niveau de vie et du contexte économique et social. Dans les pays développés, elles entraînent une augmentation des dépenses médicales des adultes en fonction de l'âge.

Les dépenses médicales globales

◀ La consommation médicale peut se mesurer en terme de quantités ou d'évaluations financiè-

res. En 1996, la dépense entraînée par la consommation de biens et services médicaux est estimée, en France, à 700 milliards de francs, soit 12 000 francs par personne.

Les personnes de 65 ans et plus ont dépensé en biens et services médicaux environ 2,6 fois plus que la moyenne de la population, le double pour les personnes de 65 à 74 ans, près du triple de 75 à 84 ans et 4,5 fois au-delà de 85 ans (tableau ci-contre). Ces sommes sont affectées à de moins en moins de personnes au fur et à mesure que l'âge augmente. Ainsi, 61,4 % de la consommation médicale totale sont consacrés aux personnes de moins de 65 ans, 39,6 % aux personnes de 65 ans et plus (15,3 % de la population), et 8,8 % à celles de 85 ans et plus, (1,9 % de la population).

La dépense de biens et services médicaux est scindée en deux grands postes d'égale importance :

- l'hospitalisation dans les établissements publics ou privés, généraux ou spécialisés, de court, de moyen ou de long séjour, à laquelle sont rattachés les forfaits soins versés par l'assurance maladie aux sections de cure médicale,

Ensemble des rémunérations versées aux producteurs par l'Assurance maladie, les ménages, les mutuelles, assurances privées, collectivités locales, l'Etat, les associations caritatives,

etc.

Eco-Santé France 1997

aux maisons de retraite, hospices ou logements-foyers. L'hospitalisation représente 49,7 % de la consommation médicale totale, 48,3 % pour l'hospitalisation proprement dite et 1,4 % pour les forfaits soins ;

- les soins « de ville » aux patients ambulatoires ou soignés à domicile — soins de médecin, de dentiste, d'infirmier, de kinésithérapeute, analyses, cures, transports de malades, prévention individualisable, produits pharmaceutiques, prothèses — 50,3 % de la consommation médicale totale, 29,2 % pour les services et 21,2 % pour les produits pharmaceutiques et prothèses.

Cette répartition varie avec l'âge. L'hospitalisation représente 51 % de la dépense médicale des personnes de 65 à 74 ans, et augmente pour atteindre 63 % pour les personnes de 85 ans et plus. De même, la part des forfaits soins passe de 0,1 % entre 65 et 74 ans à 7 % au-delà de 85 ans (tableau et graphique ci-contre).

Inversement, la part des soins de ville diminue, passant respectivement de 24 % (services) et 25 % (biens) pour les personnes de 65 à 74 ans à 16 % et 14 % pour les personnes de 85 ans et plus.

Aussi bien pour les soins de ville que pour l'hospitalisation cette augmentation résulte de la conjonction d'une proportion de consommateurs plus grande et d'une dépense par consommateur plus élevée.

Recours fréquents aux soins bien que toutes les consommations médicales n'augmentent pas avec l'âge

Alors que les besoins de soins augmentent avec l'âge, la mobilité diminue, d'où une forte augmentation des soins pouvant être reçus à domicile (visites de généraliste, d'auxiliaire, produits pharmaceutiques) ; les consultations de généraliste, les séances de spécialiste (consultations et actes techniques) et les analyses biologiques augmentent avec l'âge, puis cessent de croître et même, diminuent à partir de 70 ou 80 ans (graphique page suivante).

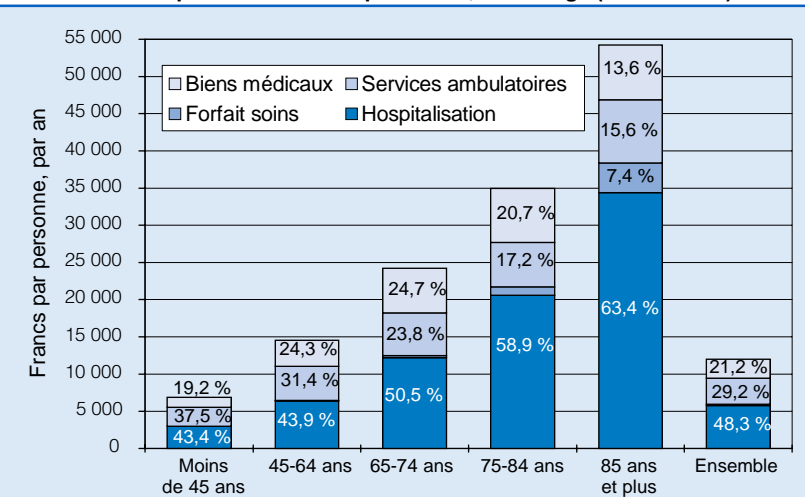
Les généralistes effectuent 31,5 % de leur séances au domicile du patient et les spécialistes 2 %. Parmi les spécialistes, ceux dont la clientèle est plus âgée se déplacent parfois, ainsi les cardiologues effectuent 5,4 % de leurs séances au domicile du patient et les rhumatologues 2,6 %. Pour les cardiologues, les rhumatologues

Estimation des dépenses médicales par nature, selon l'âge (France 1996, en francs par personne et par an)

	Hospitalisation	Forfait soins	Soins ambulatoires médicaux	Biens médicaux	Consommation de biens et services médicaux	Population moyenne 1996
Moins de 45 ans	2 977	0	2 573	1 315	6 866	36 495 720
45-64 ans	6 402	49	4 579	3 547	14 578	12 944 529
65-74 ans	12 218	260	5 753	5 974	24 206	5 162 366
75-84 ans	20 565	1 144	6 006	7 223	34 938	2 640 455
85 ans et plus	34 390	3 999	8 475	7 361	54 224	1 136 547
Tous âges	5 800	163	3 506	2 545	12 014	58 379 616
65 ans et plus	17 451	996	6 085	6 530	31 062	8 939 368

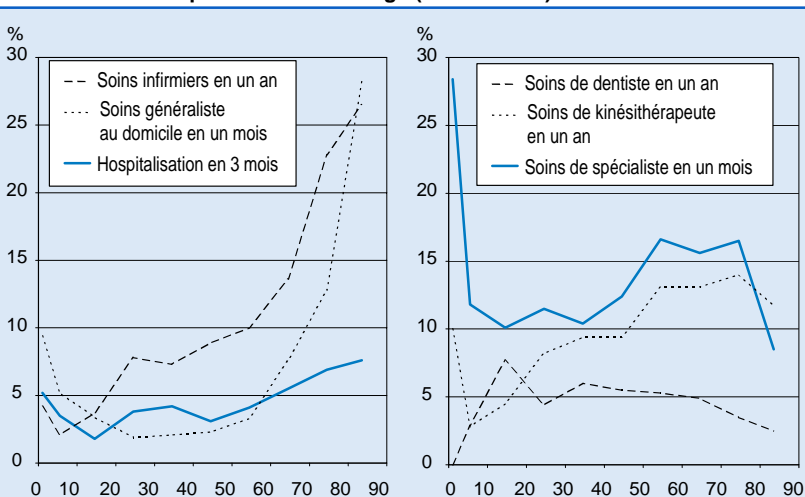
Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. « Évolution de la consommation médicale des personnes âgées », *Gerontologie et Société*, 30 ans de politiques vieillesse, n° 81, décembre 1997.

Estimation des dépenses médicales par nature, selon l'âge (France 1996)



Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Ibidem*.

Recours aux soins par nature selon l'âge (France 1996)



Source : An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Ibidem*. Données : enquête annuelle sur la santé et la protection sociale 1996. S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Paris : Cnedes, n° 1 204, 1997.

et les ophtalmologistes les séances destinées aux patients âgés, et tout spécialement ceux de 80 ans et plus, représentent une part importante de leur activité (graphique ci-dessous). Les besoins de consultations de spécialiste, d'exams d'imagerie ou de biologie n'ont, a priori, aucune raison de décroître avec l'âge ; des obstacles, tels que les déplacements nécessaires, l'éloignement des producteurs ou les dépassements plus fréquents, en freinent sans doute la diffusion vers les personnes les plus âgées ou entraînent des hospitalisations.

Les soins dentaires ont un profil paradoxal selon l'âge, faibles voire nuls pour les nourrissons et les personnes âgées et élevés pour les autres adultes, diminuant à partir de 55 ans. Cette faible consommation des personnes âgées correspond sans doute à l'appareillage très insuffisant étant donné le coût élevé des prothèses, même après les remboursements de la sécurité sociale et des organismes sociaux.

L'hospitalisation augmente continuellement avec l'âge mais change de nature

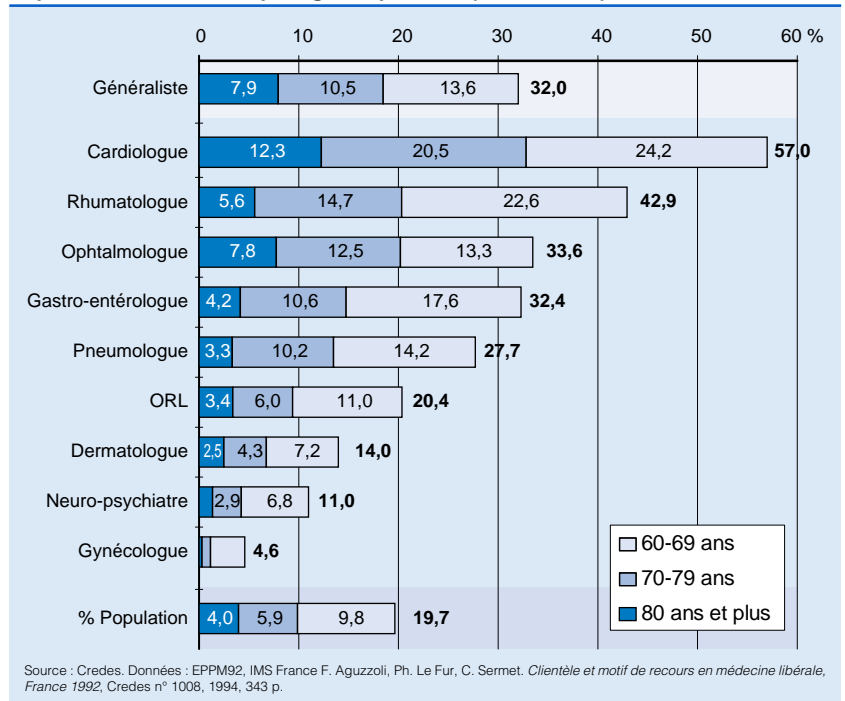
L'hospitalisation augmente fortement avec l'âge. Tant la nature des services fréquentés que les durées de séjour et l'intensité des soins reçus se modifient avec l'âge. Au taux d'hospitalisation plus élevé des personnes âgées s'ajoute une durée de séjour en moyenne plus longue, mais des densités de soins par jour moins importantes.

Le taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée, augmente rapidement avec l'âge, passant de 190 séjours par an pour 1 000 personnes de 45 à 64 ans à 316 séjours entre 65 et 74 ans et 566 au-delà de 85 ans. De plus, la durée de séjours passe de 8,9 jours de 65 à 74 ans à 9,6 jours de 75 à 84 ans et 12,7 jours au-delà de 85 ans. Le nombre de journées en court séjour passe de 1,3 jour de 45 à 64 ans à 3,9 jours au-delà de 65 ans (7,2 jours au-delà de 85 ans).

Environ 74 000 personnes, dont 94 % sont âgées de 65 ans et plus, résident à demeure, ou pour de longues périodes, dans les services hospitaliers de soins de longue durée (antérieurement appelés « long séjour »).

La notion de dépense d'hospitalisation au niveau individuel est rendue floue par une législation privilégiant la tarification ou le paie-

Répartition des séances par âge et spécialité (France 1992)



- S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Credes. Paris : Credes, n° 1 204, 1997.
- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins*, Communication présentée au Congrès de l'Association dentaire française en novembre 1993, Credes n° 1 005.

Taux d'hospitalisation

Nombre de séjours de 24 heures ou plus pour 100 personnes et par an.

- ▶ M. C. Mouquet. (1996). *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée — Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 — Tome 1*. Documents statistiques n° 274, Sesi, 253 p.

- ▶ An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. (1997) « Dépenses d'hospitalisation des personnes âgées ». *Gérontologie et Société*, L'hôpital, n° 80, 1997.

ment forfaitaire de l'activité des établissements hospitaliers. Le cas limite est représenté par le budget global hospitalier, mais cela est également vrai dans le cas du prix de journée, voire d'un éventuel paiement par groupes homogènes de malades : la mesure de la dépense hospitalière, basée sur les services effectivement fournis, conduit à des résultats différents de celle issue de valeurs forfaitaires et présentée au début de cet article.

Ainsi les dépenses d'hospitalisations basées sur la valeur forfaitaire des prix de journée d'hospitalisation en distinguant uniquement court, moyen, long séjours et psychiatrie, augmentent très rapidement avec l'âge étant 5,4 fois plus élevées pour les personnes de 85 ans et plus que pour celles de 45 à 64 ans. Une valorisation des soins (hors nursing) réellement effectués selon la nomenclature générale des actes professionnels ramène ce rapport à 3,4.

L'intensité des soins hospitaliers diminue en effet avec l'âge, induisant que l'importance des soins au cours d'une hospitalisation n'est pas proportionnelle au nombre de journées. Cette diminution de l'intensité des soins résulte d'un double phénomène :

- lorsque l'âge augmente, la proportion de

personnes hospitalisées dans les services à forte intensité de soins (court séjour) diminue,

- dans chaque catégorie de service, l'intensité des soins diminue lorsque l'âge augmente.

En médecine par exemple, où l'intensité des soins au-delà de 85 ans est de 43 % inférieure à celle entre 45 et 64 ans, le nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an pour les personnes de 85 ans et plus est 8,1 fois supérieur, alors que la quantité de soins reçus l'est de 4,7 fois. Il en est de même en chirurgie.

Cette plus faible intensité concerne la plupart des soins, actes chirurgicaux et endoscopiques, imagerie, examens (biologiques, ECG, cathétérismes, ...), consultations de médecin, rééducation, réadaptation, ergothérapie, psychothérapie, actes de diététicien, radiothérapie, chimiothérapie, dialyse ou lithotripsie, pharmacie. Pour toutes les catégories de soins, la dépense estimée par jour d'hospitalisation est inférieure au-delà de 85 ans à celle entre 45 et 64 ans.

Les disparités selon l'âge de l'intensité des soins aux hospitalisés sont plus importantes au niveau de l'ensemble de l'hospitalisation, cumulant un effet de « filière », les patients les plus âgés étant hospitalisés dans des services à faible intensité de soins, et une consommation quotidienne des soins diminuant lorsque l'âge augmente dans chacune des catégories de service.

Cette diminution de l'intensité des soins avec l'âge peut avoir plusieurs causes dont certaines, de nature socio-administrative, peuvent être corrigées (absence de solution adéquate à la sortie), et d'autres, intrinsèques à la plus grande fragilité des patients âgés, nécessitent d'étaler dans le temps les examens et les soins.

La majorité des personnes âgées vit à domicile

La dégradation de l'état de santé, accompagnée ou non de conditions familiales ou socio-économiques défavorables, peut rendre difficile le maintien à domicile de certaines personnes et le taux d'hébergement en institution (établissements d'hébergement ou de soins de longue durée) augmente avec l'âge, passant de 1,2 % de 65 à 74 ans à 17,7 % au-delà de 85 ans. Même aux très grands âges, la vie en institution reste minoritaire.

Par rapport aux personnes âgées à domicile, le recours aux soins des personnes résidant en institution est plus élevé pour les soins de mé-

- Ph. Le Fur, C. Sermet. *Les soins d'infirmiers et d'auxiliaires aux personnes âgées de 80 ans et plus en institution : Enquête Nationale France 1987-1988*. Credes n° 933, 1992, 77 p.

- C. Sermet. *Le recours au médecin des personnes âgées en institution*. Credes n° 907, 1991, 93 p.

- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *L'hospitalisation des personnes âgées résidant en institution (taux d'hospitalisation, durée de séjour, service fréquenté)*. Credes n° 863, 1990/11, 95 pages.

- M. Sabourdin. *Évolution des disparités des dépenses médicales 1970-1980-1991 : enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980, 1991-92*. Credes n° 1168, 1997/04, 146 p.

- An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution à long terme des disparités des dépenses médicales. France 1960-1970-1980*, Credes n° 721, 1986/12, 172 p.

- F. Aguzzoli, C. Sermet. *Consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution*. Credes n° 988, 1993/10, 110 pages.

decin et d'infirmière, sensiblement équivalent pour l'hospitalisation et moins élevé pour les autres types de soins de ville (dentiste, biologie etc.).

Un profil non immuable

La consommation médicale totale présente, en fonction de l'âge, un profil qui rappelle celui de la mortalité au début du siècle : élevée aux deux extrémités de la vie, nourrissons et personnes âgées, et aux âges de la maternité pour les femmes. Si les groupes démographiques les plus fragiles consomment le plus de soins, il n'en a pas été toujours ainsi et ce n'est pas vrai pour tous les soins.

Ainsi, en 1960, toutes les consommations médicales non hospitalières décroissaient à partir d'un certain âge (entre 60 et 80 ans selon le type de soins). Entre 1960 et 1991, un rattrapage très net s'est produit pour les personnes les plus âgées : en 1960, les soins de généraliste au domicile du patient augmentaient moins vite à partir de 60-69 ans et diminuaient au-delà de 70-79 ans. Dix ans plus tard, on n'observait plus de baisse, mais encore une augmentation moins rapide au-delà de 70-79 ans. En 1991, cette consommation augmente régulièrement avec l'âge. De même, la croissance des soins infirmiers et de kinésithérapie pour les personnes âgées a fortement augmenté entre 1980 et 1991, entraînant une croissance continue avec l'âge qui n'existait pas antérieurement. La consommation de produits pharmaceutiques a suivi la même évolution et traduit l'extension des traitements médicamenteux aux maladies longues et chroniques des personnes âgées.

Au cours des années quatre-vingt, l'accès aux soins dentaires s'est étendu aux personnes âgées qui n'ont cependant pas rattrapé leur retard sur ce plan, la consommation de soins dentaires continuant de diminuer avec l'âge après 60 ans.

Les consommations médicales des personnes âgées ont augmenté plus rapidement que celles du reste de la population et ce rattrapage a porté sur pratiquement tous les soins de ville. Il a été particulièrement marqué pour les soins de généraliste au domicile du patient, la pharmacie et les soins d'auxiliaire. Mais l'accès aux soins plus spécialisés et techniques, séances de spécialiste, analyses, radiologie, s'est aussi développé plus rapidement pour les personnes âgées que pour le reste de la population.

Alors que les besoins de soins de tous ordres augmentent avec l'âge, la mobilité diminue, ce qui entraîne indirectement une modification de la structure des dépenses médicales et détermine en partie le profil des consommations de soins des personnes âgées axé sur l'hospitalisation et les soins pouvant être dispensés à domicile, privé ou collectif (maisons de retraite et logements-foyers).

La consommation médicale plus élevée des personnes âgées peut être analysée en relation avec leur plus grande morbidité (nombre de maladies par personne, incapacités, taux de mortalité). Deux indicateurs ont été utilisés pour évaluer la variation de la consommation médicale selon l'âge « à morbidité constante » : le nombre de maladies par personne et l'indicateur de morbidité unidimensionnel du CreDES. Avec les deux modèles, la dépense médicale des adultes, à morbidité constante, est indépendante de l'âge.

L'effet des facteurs socio-économiques sur les consommations médicales s'atténue avec l'âge

L'absence de protection complémentaire, un faible niveau d'instruction, de bas revenus, l'appartenance à un groupe socioprofessionnel défavorisé, entraînent un moindre recours aux soins les plus spécialisés, aussi bien pour l'ensemble de la population que pour les personnes les plus âgées. Toutefois, les différences sont moins accentuées pour les personnes âgées que pour les adultes plus jeunes ; plusieurs causes peuvent être évoquées :

- la proportion de femmes augmente avec l'âge et les différences socio-économiques de recours aux soins sont moins marquées pour elles que pour les hommes,
- les variables socio-économiques ayant un impact sur la consommation médicale des adultes insérés dans la vie sociale ont moins d'effet pour les personnes âgées avec la disparition des risques immédiats liés à l'activité professionnelle et dont les conditions de vie sont peut-être plus uniformes ; des variables familiales, de voisinage, d'environnement médico-social sont peut-être plus pertinentes pour analyser les variations de leurs dépenses médicales.

Les phénomènes démographiques sont continus et les limites fixées à l'âge de la vieillesse sont arbitraires : quel que soit le seuil retenu,

► An. Mizrahi, Ar. Mizrahi. *Évolution de la consommation pharmaceutique par personne et par maladie : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991*. CreDES n° 1071, 1995/05, 22 pages.

le groupe des personnes âgées n'est pas homogène et les différences entre « jeunes vieux » et « vieux vieux » sont aussi importantes qu'entre « jeunes » et « vieux ». Les limites des âges extrêmes 80, 85, 90 ans, conditionnent l'amplitude des résultats.

L'effet de l'âge sur la consommation médicale est plus important que celui des facteurs socio-économiques (profession, niveau d'instruction, revenu,...). Dans la mesure où l'état de santé se dégrade avec l'âge, qui peut ainsi être considéré comme un indicateur de besoin de soins, l'augmentation de l'effet de l'âge au cours des quarante dernières années traduit une meilleure diffusion des soins vers les groupes démographiques qui en ont le plus besoin. Cette évolution a été accompagnée d'une amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie à tous les âges. Ces progrès ne sont pas irréversibles, et pour se poursuivre dans le climat actuel de forte contrainte économique, ils nécessitent une attention accrue pour que les mesures de maîtrise des coûts des soins n'entraînent pas un retournement de tendance pour les plus vulnérables en particulier les personnes âgées.

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi

Les pathologies oculaires liées à l'âge

La cécité est un problème très fortement lié à l'âge : le risque de cécité est dix fois plus élevé après 65 ans et 20 fois plus élevé après 75 ans que chez les personnes plus jeunes. Ceci s'explique par l'existence de pathologies liées au vieillissement des différentes structures de l'œil : cristallin (cataracte), rétine (dégénérescence maculaire liée à l'âge), nerf optique (glaucome). Ces pathologies touchent la fraction de la population qui va augmenter le plus rapidement dans les années à venir. On peut donc s'attendre à voir les besoins en soins ophtalmologiques augmenter de manière exponentielle. Déjà, les maladies oculaires tiennent une place particulière dans l'ensemble des maladies invalidantes, puisque seules les incapacités dues aux maladies oculaires et aux maladies mentales ont progressé en France de 1980 à 1991, les incapacités dues aux autres causes

◀ Klein R, Klein BE, Linton KL, De Mets DL. The Beaver Dam Eye Study : visual acuity. *Ophthalmology* 1991 ; 98 : 1310-5.

◀ Robine JM, Mormiche P, Sermet C. Vie et santé s'allongent : un effet conjoint de meilleures conditions de vie et des progrès médicaux ? In : Données sociales 1996. La société française. Champsaur P, ed. Insee, Paris, 1996.