

Quels enjeux pour les médecins de premier recours?

Laurence Seematter-Bagnoud, Brigitte Santos-Eggimann

Unité des Services de Santé, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.

Le vieillissement démographique s'accroît avec l'arrivée au troisième âge des baby-boomers. Si la santé de la population âgée s'est plutôt améliorée au fil des générations, le nombre élevé de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques s'accompagnera d'une demande croissante de soins, tandis que la profession médicale connaîtra vraisemblablement une situation de pénurie.

Une longévité accrue et des tendances plutôt favorables quant à l'état de santé

Le phénomène du vieillissement démographique est bien connu et largement médiatisé du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des nombreux baby-boomers. Les personnes âgées de 65 ans pouvant espérer vivre en moyenne une vingtaine d'années, la plupart de ces baby-boomers viendront dès 2025 accroître le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus. Il est prévu que l'effectif de ces dernières doublera au cours des trois prochaines décennies [1].

La longévité accrue des personnes âgées résulte en partie du recul de certaines pathologies, cardiovasculaires et oncologiques notamment, qui surviennent plus tardivement, et dont les traitements médicaux ont réduit la mortalité [2]. Cette évolution a fait craindre une augmentation du nombre d'années passées en mauvaise santé et avec des incapacités fonctionnelles. Ce n'est pas le scénario observé en Suisse: au cours des vingt dernières années, le gain d'espérance de vie à 65 ans représente environ 3 ans supplémentaires sans incapacités fonctionnelles, la période de vie avec incapacité fonctionnelle étant restée plus ou moins stable [3]. L'évolution de ces tendances reste néanmoins incertaine. Même selon les hypothèses optimistes, il faut s'attendre à une nette progression du nombre de personnes âgées souffrant de pathologies cardiovasculaires, oncologiques, ou neuro-dégénératives, entre autres, du simple fait de leur progression numérique. En conséquence, la fréquence de la polymorbidité devrait aussi augmenter. Ceci aura bien entendu des conséquences sur les besoins et la demande en soins de la population.



Les maladies cardiovasculaires: le fardeau principal pour les patients et le système de santé

Les maladies cardiovasculaires sont particulièrement fréquentes chez les «jeunes seniors», en conséquence de la prévalence très élevée de quatre facteurs de risque cardiovasculaires majeurs dans la population adulte. A partir de 50 ans, l'hypertension touche environ une personne sur trois. Près de la moitié des adultes d'âge mûr sont insuffisamment actifs, une proportion similaire est en surpoids [1]. Quant au tabagisme, il est présent chez une personne sur cinq à l'âge de 50 ans, mais diminue avec l'avance en âge.



Laurence Seematter-Bagnoud

Le système de santé est affecté à différents niveaux par les maladies cardiovasculaires: parmi les patients âgés de 65 ans et plus, une hospitalisation sur quatre leur est attribuable, seuls les accidents les surpassent chez les patients âgés de 85 ans et plus. Ces maladies nécessitent aussi un suivi ambulatoire à long terme, d'autant plus que leur létalité a diminué. Aux Etats-Unis, l'hypertension, le diabète, les troubles du rythme cardiaque et les maladies coronariennes figurent parmi les 5 causes les plus fréquentes de consultations, la cinquième étant représentée par les maladies oncologiques chez les hommes et les arthropathies chez les femmes [4]. En Suisse, l'impact des maladies cardiovasculaires sur le recours aux consultations des médecins de premier recours ou spécialistes n'a pour l'heure pas été quantifié, les données disponibles de routine ne renseignant pas quant au diagnostic des consultations effectuées.

Les données d'une enquête menée auprès de personnes âgées de 68 ans et plus vivant à domicile dans les cantons de Vaud et Genève permettent d'éclairer indirectement cet impact [5]. Chez les plus jeunes (68–74 ans), le nombre moyen de consultations au cours des 12 derniers mois s'élevait à 7,7 chez les participants ayant une cardiopathie ischémique ou d'une autre nature, contre 5,2 chez ceux ne déclarant pas de maladie cardiaque (fig. 1a). La différence s'estompe un peu avec l'âge, probablement sous l'influence d'autres problèmes de santé concomitants. L'impact de l'accident vasculaire cérébral est encore plus marqué (fig. 1b), soit 4 consultations supplémentaires par an (données personnelles). Cette charge supplémentaire peut paraître faible pour un individu et une année donnée, mais elle doit être mise en regard de la prévalence élevée des différentes maladies cardiovasculaires parmi les patients âgés.

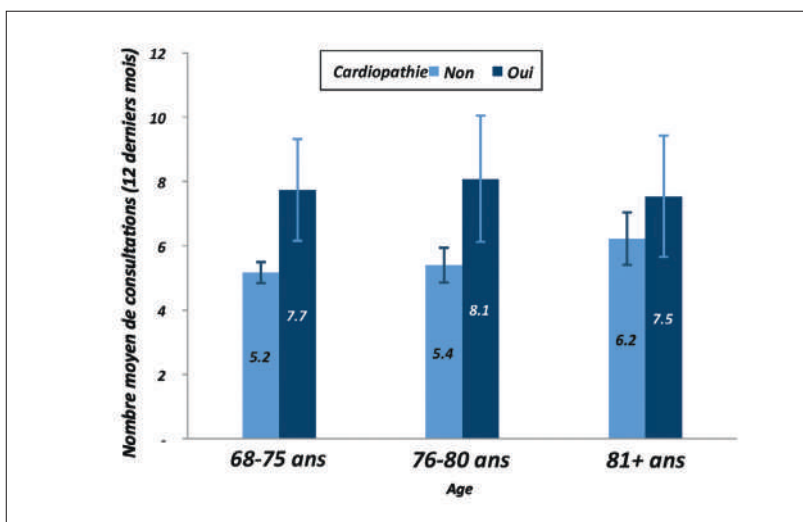


Figure 1a: Nombre moyen de consultations au cours des 12 derniers mois selon la présence ou non d'un diagnostic de cardiopathie, par groupe d'âge.

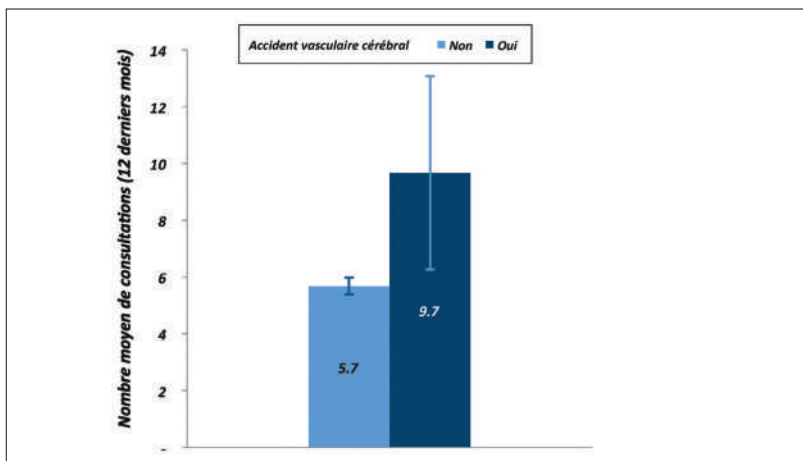


Figure 1b: Nombre moyen de consultations au cours des 12 derniers mois selon la présence ou non d'un diagnostic d'accident vasculaire cérébral, chez des personnes âgées de 68 ans ou plus.

Une augmentation prévisible du nombre de patients atteints de maladies cardiovasculaires malgré une réduction de leur incidence

Diverses études internationales ont montré une tendance à la baisse de l'incidence de plusieurs maladies cardiovasculaires au cours des trente dernières années. Certains chercheurs estiment qu'il est probable que cette tendance se poursuive et compense les effets du vieillissement démographique [6]. Cependant, les calculs pour les classes d'âge après 75 ans, dont l'effectif augmentera le plus d'ici à 2030, sont très incertains. De fait, le nombre de personnes âgées hospitalisées en Suisse pour un infarctus aigu a augmenté de plus de 40% entre 2002 et 2010 [1], une tendance à la hausse qui devrait se poursuivre au cours des vingt prochaines années (fig. 2) [7].

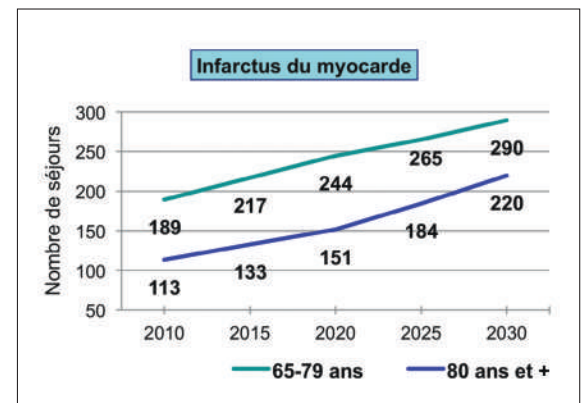


Figure 2: Projection du nombre annuel de séjours pour infarctus aigu du myocarde*, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 2010–2030 [7].

* Projections reposant sur l'hypothèse d'un taux d'admission pour infarctus aigu du myocarde stable au cours du temps.

Outre le fait que la létalité des maladies cardiovasculaires a nettement diminué au cours des 15 dernières années, en particulier pour l'infarctus du myocarde [1], l'état de santé des survivants s'est également amélioré [8]. Bien que ces observations soient favorables, il faut s'attendre à une augmentation importante du nombre de personnes ayant besoin d'un suivi ambulatoire après cet événement.

La polyopathie et ses conséquences: vers une épidémie de dépendance?

Les pathologies chroniques, en particulier lorsqu'elles sont cumulées, entraînent un risque accru de déficits fonctionnels, pouvant résulter après plusieurs années en une dépendance dans les activités de la vie quotidienne. La contribution des maladies cardiovasculaires dans la survenue de la dépendance fonctionnelle est substantielle, se situant juste après les maladies neurodégénératives. Ainsi, sans un fléchissement du processus conduisant des maladies chroniques à la dépendance fonctionnelle, le nombre absolu de personnes dépendantes pour leurs activités de la vie quotidienne pourrait doubler d'ici à 2030, selon des estimations réalisées pour le canton de Vaud [9].

La prévention: utile sous toutes ses formes et à chaque étape

La prévention joue un rôle important à chaque étape du processus conduisant au déclin fonctionnel (fig. 3). Tout d'abord, la promotion d'habitudes de vie favorables a des effets bénéfiques à tout âge, autant sur les maladies cardiovasculaires qu'oncologiques et sur le maintien des capacités cognitives. Ce bénéfice est par-

ticulièrement bien démontré en ce qui concerne l'activité physique [10]. La prévention et la prise en charge des facteurs de risque majeurs que sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le surpoids et le tabagisme pourrait être intensifiée, avec comme impact possible une diminution marquée, jusqu'à 60%, du risque d'événement cardiovasculaire selon des estimations faites aux Etats-Unis [11]. Les bénéfices les plus importants étaient apportés par les interventions proposées aux personnes à haut risque, notamment les diabétiques et les obèses. Ainsi, l'impact global serait probablement inférieur en Suisse, la prévalence de ces deux problèmes y étant moindre. Au vu de la prévalence élevée des facteurs de risque cardiovasculaires dans la population suisse, précédemment mentionnée, il existe encore un potentiel d'amélioration non négligeable. Plus en aval dans le processus invalidant, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques évoluées devra essayer d'en minimiser les conséquences sur leurs capacités fonctionnelles.

L'évaluation gériatrique brève: un premier pas vers une évaluation et prise en charge globales

La proportion des consultations attribuables aux plus âgés (actuellement environ 1 consultation sur 6, environ 1 sur 4 en 2030 [12]) augmentera encore. Dans ce sous-groupe de la population, les facteurs de risque de déclin fonctionnel comme les déficits sensoriels, les chutes, les problèmes cognitifs, ou encore les syndromes gériatriques, sont particulièrement fréquents, mais leur dépistage reste déficitaire. Par exemple, si la plupart des personnes, âgées de 69 ans et plus, vivant dans le canton de Vaud rapportent avoir eu un contrôle de leur tension artérielle, de leur taux de cholestérol ou encore de leur glycémie au cours des deux dernières années, seule une personne sur cinq indique avoir eu un test de la mémoire ou de l'audition [5]. Ces observations soutiennent la recommandation d'effectuer une évaluation gériatrique brève chaque année dès l'âge de 75 ans, voire plus tôt chez les patients fragiles ou présentant plusieurs comorbidités [13]. Bien entendu, l'évaluation n'est utile que suivie d'une prise en charge des problèmes détectés. Selon leur ampleur, il peut être souhaitable de référer le patient pour une prise en charge gériatrique plus complète, et en général multidimensionnelle. Le bénéfice d'une telle prise en charge en soins ambulatoires est actuellement difficile à quantifier, mais on peut légitimement faire l'hypothèse que l'investissement consenti pour s'attaquer aux facteurs de risque de déclin fonctionnel permette un gain ultérieur, au quatrième âge.

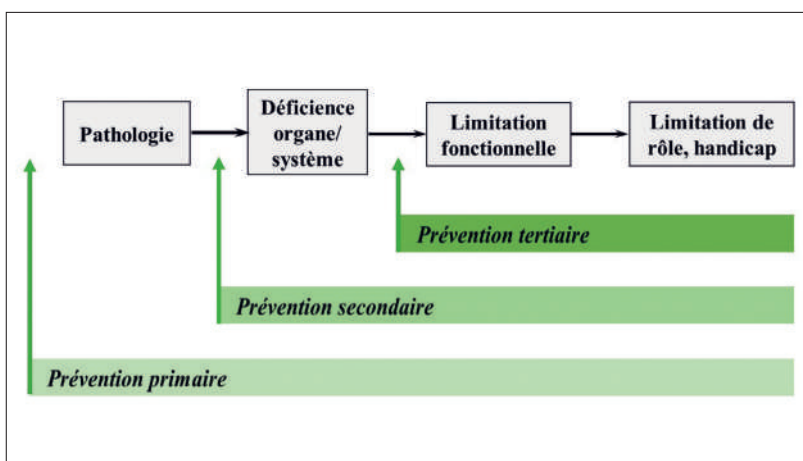


Figure 3: Modèle du déclin fonctionnel et d'actions de prévention. Adapté d'après le modèle fonctionnel de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé).

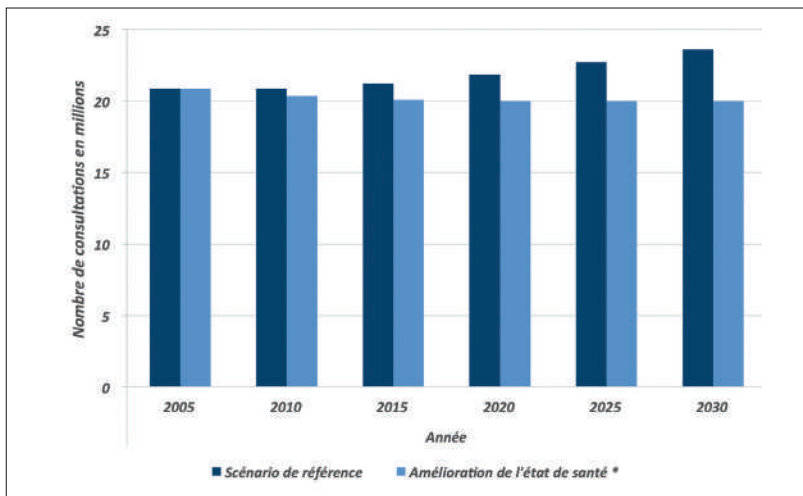


Figure 4: Projection du nombre annuel de consultations en médecine de premier recours selon l'état de santé de la population âgée, Suisse, 2005–2030.

Adapté d'après [12].

* Hypothèse d'amélioration de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus, avec attribution du taux de recours de la classe quinquennale inférieure.

Impact possible de la prévention sur le recours aux soins

En postulant que le recours aux consultations médicales reste stable (tel qu'observé au sein de chaque classe d'âge), il a été calculé que les consultations en médecine de premier recours augmenteraient de 13% entre 2005 et 2030, soit près de 3 millions de consultations supplémentaires [12]. Cette augmentation s'explique par le fait que le taux de visites médicales croît avec l'âge (culminant à environ 12–13 consultations par an à partir de 75 ans contre la moitié entre 41 et 65 ans). En simulant une amélioration de l'état de santé des personnes âgées telle que leur taux de consultations soit celui de la classe quinquennale plus jeune, le nombre de consultations projetées en médecine de base resterait stable (fig. 4). Ces projections doivent bien entendu être considérées avec prudence, mais donnent une idée de l'impact possible d'un vieillissement en meilleure santé.

Perspectives

D'un point de vue démographique, même si la situation deviendra moins tendue une fois la vague du

baby-boom passée, l'accroissement de la longévité et la faible natalité persistante laissent prévoir une population toujours plus vieillissante. Si les efforts de prévention primaire et secondaire portent leurs fruits, il est envisageable que l'espérance de vie sans incapacité s'allonge. Quel que soit le scénario qui se déroule, le recours aux soins ambulatoires et hospitaliers augmentera vraisemblablement, la consommation de soins étant déterminée par d'autres facteurs que l'état de santé, notamment par les progrès thérapeutiques et des attentes croissantes au fil des générations. Les services de santé doivent se préparer à faire face à ces attentes en période de pénurie de soignants.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Photo de couverture

© Tyler Olson | Dreamstime.com

Références

- Office fédéral de la statistique (OFS). Statistiques de la santé 2012. Neuchâtel 2012.
- Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J* 2014;35:2950–9.
- Seematter-Bagnoud L, Paccaud F, Robine JM. Le futur de la longévité en Suisse. Office fédéral de la statistique (OFS). Neuchâtel 2009.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Top 5 diagnoses at visits to office-based physicians and hospital outpatient departments by patient age and sex: United States, 2008. National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Accessible sous: http://www.cdc.gov/nchs/ahcd/web_tables.htm
- Santos-Eggimann B. Indicateurs de soins, attentes et préférences des personnes âgées non-institutionnalisées dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2014 (Raisons de santé 235).
- Guzman Castillo M, Gillespie DOS, Allen K, Bandosz P, Schmid V, Capewell S, et al. Future Declines of Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales Could Counter the Burden of Population Ageing. *PLOS One* 2014;9(6):e99482.
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Rochat S, Büla C, Pécoud A, Santos-Eggimann B. Personnes âgées hospitalisées au CHUV: Projections jusqu'en 2030. Méthodologie et résultats. COAV, CHUV, 2011.
- Cutler D, Landrum MB, Stewart KA. Intensive medical care and cardiovascular disease disability reductions, Working Paper 12184, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2006 <http://www.nber.org/papers/w12184>
- Paccaud F, Peytremann-Bridevaux I, Heiniger M, Seematter-Bagnoud L. Vieillesse: Eléments pour une politique de santé publique. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2010 (Raisons de santé 161).
- Blain H et al. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. *La Presse Médicale* 2000;29(22):1240–8.
- Cochrane T, Davey R, Gidlow C, Iqbal Z, Kumar J, Mawby Y, et al. Contribution of Individual Risk Factor Changes to Reductions in Population Absolute Cardiovascular Risk. *BioMed Research International* 2014.
- Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2008.
- Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet? *Rev Méd Suisse* 2009;5:2205–10.

Correspondance:

Dr Laurence Seematter-Bagnoud
FMH Prévention et Santé Publique
Unité des Services de Santé
Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
Biopôle 2
Rte de la Corniche 10
CH-1010 Lausanne
Laurence.Seematter-Bagnoud[at]chuv.ch

L'essentiel pour la pratique

Actuellement, la population des jeunes seniors augmente, un groupe dont les besoins en prévention cardiovasculaire primaire et secondaire sont importants. Dans un second temps croîtra le groupe de personnes très âgées, dont les besoins plus complexes nécessiteront plus fréquemment une évaluation et prise en charge gériatrique.

Literatur / Références

1. Office fédéral de la statistique (OFS). Statistiques de la santé 2012. Neuchâtel 2012.
2. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J* 2014;35:2950-9.
3. Seematter-Bagnoud L, Paccaud F, Robine JM. Le futur de la longévité en Suisse. Office fédéral de la statistique (OFS). Neuchâtel 2009.
4. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Top 5 diagnoses at visits to office-based physicians and hospital outpatient departments by patient age and sex: United States, 2008. National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Accessible sous: http://www.cdc.gov/nchs/ahcd/web_tables.htm
5. Santos-Eggimann B. Indicateurs de soins, attentes et préférences des personnes âgées non-institutionnalisées dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2014, (Raisons de santé 235).
6. Guzman Castillo M, Gillespie DOS, Allen K, Bandosz P, Schmid V, Capewell S, et al. Future Declines of Coronary Heart Disease Mortality in England and Wales Could Counter the Burden of Population Ageing. *PLOS One* 2014; 9(6): e99482.
7. Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Rochat S, Büla C, Pécoud A, Santos-Eggimann B. Personnes âgées hospitalisées au CHUV : Projections jusqu'en 2030. Méthodologie et résultats. COAV, CHUV, 2011
8. Cutler D, Landrum MB, Stewart KA. Intensive medical care and cardiovascular disease disability reductions, Working Paper 12184, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2006 <http://www.nber.org/papers/w12184>
9. Paccaud F, Peytremann-Bridevaux I, Heiniger M, Seematter-Bagnoud L. Vieillessement : Eléments pour une politique de santé publique. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2010, (Raisons de santé 161).
10. Blain H et al. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. *La Presse Médicale* 2000 ;29(22) :1240-1248.
11. Cochrane T, Davey R, Gidlow C, Iqbal Z, Kumar J, Mawby Y, et al. Contribution of Individual Risk Factor Changes to Reductions in Population Absolute Cardiovascular Risk. *BioMed Research International* 2014.
12. Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, Roth M, Foletti C, Santos-Eggimann B. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2008.
13. Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? *Rev Méd Suisse* 2009;5:2205-10.