

Communiqué de presse

Vieillesse, aide et soins de santé /

Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg

En exécution des décisions prises au Conseil des Ministres des 16 et 17 janvier 2004, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé le Service public fédéral de la Sécurité sociale d'un rapport relatif à l'impact du vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (les soins de longue durée). Ce rapport était destiné à faciliter le lancement d'un large débat public sur les effets du vieillissement.

Par la suite, le Service public fédéral de Sécurité sociale a confié au service d'études Socio-Economie de la Santé de l'Université catholique de Louvain et au Hoger Instituut voor de Arbeid de la Katholieke Universiteit Leuven une mission commune : une étude de faisabilité, visant à identifier les informations disponibles en Belgique, susceptibles d'alimenter un tel débat. In fine, l'étude rassemble non seulement des données secondaires, mais a aussi établi une série de perspectives originales dans divers domaines ; en outre, les auteurs ont tenu à y présenter leurs commentaires et leur interprétation des données et ils émettent une série de suggestions quant aux politiques envisageables face aux défis à venir.

Loin de remettre le débat à plus tard, au moment où les enfants du « baby-boom » seront devenus très âgés et nécessiteront un maximum d'aide pour la dépendance, le débat peut et doit s'organiser dès maintenant, car certaines conséquences du vieillissement sont à nos portes.

En voici les principales conclusions

L'étude étudie les relations multiples entre population, vieillissement, incapacité, maladie, besoins de soins, services de santé, financement et politiques de santé. Les soins sont compris au sens large, car l'impact du vieillissement dépasse celui des seuls soins médicaux pour s'étendre à divers aspects qui conditionnent la qualité de vie de nos aînés.

Au plan de la morbidité et des incapacités

Nous vivons plus vieux et gardons plus longtemps la forme. Ces progrès vont perdurer et nous en bénéficierons. Par conséquent, le nombre de personnes âgées va croître, et ce d'autant plus qu'arriveront au troisième âge, puis (pour nombre d'entre eux) en état de dépendance, des générations très fournies issues du « baby-boom » consécutif à la guerre de 40-45.

Il s'ensuit une préoccupation : comment les populations à venir pourront-elles supporter la charge des soins de santé et des pensions de leurs aînés ? Cette crainte doit être relativisée pour quatre raisons : a) La croissance de la charge financière sera moindre que celle du nombre de personnes âgées (car les retraites augmentent moins vite que les salaires). b) Certes, le nombre d'octogénaires triplera en cinquante ans, mais le *taux* de personnes en incapacité grave est relativement faible et pourrait s'atténuer grâce aux progrès de la santé. c) La production globale de richesse (le PIB) continue à croître et dégagera donc des moyens supplémentaires, dont l'ampleur dépassera celle des besoins liés au vieillissement. d) Par ailleurs, les « jeunes âgés » (60-79 ans) fournissent aux plus jeunes un apport aux plans familial, social, culturel et économique, dont l'ampleur pourrait largement croître dans les années à venir.

Il n'en reste pas moins que le nombre de malades augmentera. Tous âges confondus, il y pourrait y avoir, en 2020, quelque 50 et 65 000 cas supplémentaires d'incapacité grave liée à une maladie chronique (peut-être moins si les progrès de la santé continuent à faire reculer l'âge de ces incapacités, d'où l'importance de politiques visant à retarder l'âge de leur apparition). Les maladies chroniques, étant plus fréquentes et survenant plus tôt dans la vie, elles pourraient affecter quelque 450 000 individus supplémentaires à la même date (sans même tenir compte de la croissance potentielle des démences).

Au plan de la consommation de soins

A mesure qu'ils vieillissent, les individus consomment plus de soins. Par conséquent, le volume des soins va augmenter, déjà par simple « effet mécanique du vieillissement ». Cette croissance sera accentuée par la propension croissante à consommer (résultat du progrès économique) et par l'arrivée aux âges avancés de générations habituées à beaucoup se soigner.

Tentons de chiffrer les évolutions à venir, tout en sachant que ces perspectives devront être régulièrement réévaluées. En 2020, les recours au *généraliste* auront probablement décliné (vu la désaffection à l'égard du généraliste observée récemment) ; mais ceux au *spécialiste* continueront à croître (+ 24 % en vingt ans).

Quant aux *hospitalisations*, elles ne croîtront que d'environ 0.5 % par an (si les taux d'hospitalisation par âge restent inchangés), malgré la part croissante des très âgés (les séjours des 80+ pourraient tripler d'ici 2050). Pour *l'hébergement* des personnes âgées, les besoins sont fortement croissant, surtout en Flandre : de 29 000 à 36 000 places supplémentaires dans cette région, entre 2000 et 2020. Les besoins de *soins infirmiers à domicile* sont aussi fortement à la hausse : + 29 % à + 64 % en vingt ans selon les hypothèses ; c'est particulièrement le cas en Wallonie et à Bruxelles, fort en retard à cet égard. Quant aux *soins en fin de vie*, ils iront croissant aussi, bien que l'intensité des soins diminue à mesure que s'élève l'âge au décès.

Aussi, les *besoins en personnels* seront nettement accrus dans toutes les professions de santé, générant ainsi des emplois pour les générations futures.

Au plan des dépenses de santé, l'étude fournit une image combinée et aussi large que possible des services de soins et d'aide sociale destinés aux personnes âgées et des soins de long terme, ceci tant au niveau fédéral qu'à l'échelon des Communautés. L'inventaire des services montre que, dans notre pays, l'arsenal de protection sociale à destination des âgés supporte aisément la comparaison au niveau international. Nous disposons d'une large palette de services, tant au plan résidentiel qu'à domicile et pour diverses autres formes de soutien. Par contre, nous nous démarquons en ce qui concerne le haut niveau de contribution personnelle dans les prix de journée en maisons de repos, lesquels sont inférieurs dans la plupart des autres pays. L'étude montre l'image d'une « force tranquille », qui malgré la période d'austérité et d'orthodoxie budgétaire, a permis de bâtir une assurance-dépendance implicite, notamment via l'accroissement des moyens de l'INAMI à destination des âgés et de l'allocation d'aide aux personnes âgées. Cette évolution n'est pas terminée.

L'ensemble des dépenses publiques et privées pour les soins atteint environ 9% du PIB, dont un tiers en tant que dépenses privées (2001). Les tickets modérateurs spécifiques sont relativement limités, mais l'ensemble des suppléments et de la consommation autonome est néanmoins substantielle. Notamment, les contributions personnelles à charge des résidents dans les maisons de repos et les

MRS sont plus élevées que le total des tickets modérateurs dans les autres secteurs de soins pour l'ensemble de la population. Les assurances privées se sont rapidement développées, mais elles ne prennent à leur compte qu'une part limitée de ces dépenses supplémentaires. De nos jours, environ la moitié des dépenses de santé sont consacrées aux personnes âgées de 65 ans ou plus, et ceci pourrait évoluer vers les deux tiers. Ainsi, le système de soins devient-il largement un système axé sur les personnes âgées. L'étude évoque une série d'implications de cette évolution en matière d'offre de soins et de personnels de santé.

L'étude extrapole aussi les **dépenses à venir** : en 2050, les dépenses publiques de santé et d'aide sociale pourraient atteindre 13% du PIB et l'ensemble de ces dépenses 20%. Les dépenses publiques et privées qui se montent de nos jours à quelque 2 800 € par an et par habitant pourraient atteindre 11 600 € à prix constants ; mais au cours de la même période, l'ensemble des revenus disponibles pourrait croître de 25 000 € à quelque 50 000 € à prix constants.

Cette façon de présenter les choses dédramatise considérablement les perspectives d'avenir relatives au coût du vieillissement. Face aux besoins croissants en dépenses de santé, il se formera une « corne d'abondance », vu les développements économiques annoncés (c'est évidemment une condition sine qua non du raisonnement) ; le secteur des soins contribuera à cette évolution et en fait partie. Si une part croissante des soins est destinée aux personnes de 65 ans et plus, cette solidarité intergénérationnelle bénéficiera successivement à trois générations au cours des cinquante prochaines années (dont notamment les « baby-boomers et les echo-babyboomers »).

Néanmoins, les implications d'une telle évolution ne peuvent être sous-estimées. L'étude a tenté de distinguer l'impact du vieillissement de la population d'autres facteurs de croissance des dépenses de santé, tels que le développement du système et l'évolution des prix, dont une partie suit les tendances générales de notre économie. Nous avons utilisé tant nos propres scénarios qu'une réinterprétation des perspectives émises par le Bureau du Plan et le Comité d'Etude sur le Vieillissement. Le simple effet mécanique du vieillissement sur la croissance des soins restera limitée (50% en volume pour les 50 ans à venir), mais s'y ajoutent la croissance additionnelle des dépenses : celle estimée par le Bureau du Plan ou peut-être même une tendance plus rapide. Les hypothèses du Comité d'Etude sur le Vieillissement pourraient se situer à un niveau relativement bas. Inversement, la croissance pourrait être atténuée. L'étude fournit des indications

sur le débat en cours à l'étranger, où de fortes attentes se font jour, relatives à une meilleure efficacité et à une efficacité accrue en matière de soins et à une politique de santé plus orientée vers la prévention. Néanmoins, aucun système n'échappe à la conclusion que le progrès n'est possible que si des moyens nouveaux sont consacrés aux soins.

Au niveau international, le système de soins belge est bien loti mais pas exubérant. Nous devons certes nous garder de dépenser trop, mais nous devons aussi éviter de dépenser trop peu. Notre système a probablement trouvé un bon équilibre entre la croissance en volume (laquelle se traduit aussi en croissance de l'emploi) et maîtrise des moyens financiers. Cette création d'emploi et de valeur ajoutée est de plus en plus reconnue, y compris au niveau international, comme une contribution à la croissance économique et à l'emploi global.

Pour faire face à la croissance des besoins de soins, diverses politiques seront nécessaires :

- **Améliorer la formation de tous les professionnels de santé** concernant les soins aux personnes âgées, instaurer la spécialité de médecin gériatre, et organiser des **formations spécifiques** pour des infirmiers (évaluation des besoins), des ergothérapeutes (aménagement du domicile) et des kinésithérapeutes (exercices en groupe), ...
- Planifier au moins une **stabilisation de la force de travail des médecins** au niveau national (en équivalents temps-plein), ce qui implique, au moins temporairement, un relèvement des quotas.
- **Adapter les infrastructures et les services** : augmenter les lits G, financer le programme gériatrique des hôpitaux et prévoir des structures de transition. Construire des maisons de repos et poursuivre les reconversions de celles-ci en maison de repos et de soins. Développer des habitats alternatifs, par exemple les résidences-services. Etendre les soins infirmiers à domicile.
- Dégager des modalités complémentaires pour le **financement de l'assurance obligatoire**.

Au plan de la politique de santé : viser à réduire la morbidité et l'incapacité, afin d'améliorer la qualité de vie. Eviter l'acharnement et la « médecine anti-âge » (qui,

de façon fallacieuse, se targue de « prolonger la vie »). Orienter les moyens disponibles vers les besoins nouveaux et mieux organiser les soins. Un large éventail de mesures est envisageable.

- *Promouvoir une vie saine*, informer le public sur le « bien vieillir ». Organiser des exercices physiques en groupe avec des kinésithérapeutes.
- *Dépister* et agir sur les facteurs des maladies chroniques. Prévenir, dépister et traiter les maladies chroniques invalidantes, afin d'éviter leurs séquelles, revalider, réadapter.
- Dépister, évaluer et *agir sur la fragilité fonctionnelle pour prévenir le déclin* : promouvoir des outils simples d'évaluation, tant dans des réseaux de soins à domicile qu'à l'hôpital, en vue d'éviter des placements et des hospitalisations.
- *Intégrer et coordonner les soins* : Développer des réseaux extrahospitaliers. Créer des centres de référence.
- *Développer des services formels* : évaluation gériatrique (plans de soins), prévention des réadmissions (plans de sortie). Attention particulière aux patients déments : formation spécifique et structures adaptées (« cantous » et unités hospitalières).

Quant à la politique à l'égard du Troisième âge, elle devrait aussi être adaptée

- *Soulager les aidants proches (les familles)* : soutien socio-économique et développement de services informels (exemple : « balluchonneuses » du Québec) ; statut spécial pour les bénévoles ; aide aux associations de soutien ; envisager un service civil.
- *Promouvoir une image positive du vieillissement et améliorer le bien-être social* : Valoriser les apports des âgés. Intégrer les personnes âgées à la vie sociale, renforcer la solidarité entre générations, sensibiliser le public. Favoriser les contacts : pluriactivités, programmes et lieux plurigénérationnels, service de transports, adoption de grands-parents, « matching » d'enfants géographiquement éloignés, ...

- *Améliorer les conditions de vie* : revaloriser le Revenu garanti aux personnes âgées (un des plus bas d'Europe, selon Béa Cantillon, 2004), péréquation des retraites, environnement plus adapté : transports, aires de repos, adaptation des trottoirs et des signalisations, ...

Enfin, le rapport fournit encore une série de pistes de réflexion quant aux **recherches à mener** pour compléter les données disponibles, ainsi que sur les **systèmes d'information** susceptibles de les diffuser.

Le rapport et sa synthèse sont téléchargeables à partir du site web des équipes (www.sesa.ucl.ac.be) et peuvent être commandés auprès du SPF Sécurité sociale.

Pacolet J, Delière D, Artoisenet C, Leroy X, Swine Ch, Cattaert G, Peetermans A, Coudron V. *Viellissement, aide et soins de santé*, Rapport pour le SPF Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, 2005 : 679 – Synthèse : VI + 55