



L'activité est source de satisfaction pour les personnes âgées.

## Vieillesse et déficit cognitif léger

### Le saviez-vous?

# 47,5 millions

C'est le nombre de personnes souffrant de démence dans le monde.

La part mondiale des plus de 60 ans augmente plus vite que toutes les autres tranches d'âge. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette population devrait doubler (de 11 à 22 %) entre 2000 et 2050. En 50 ans, le nombre absolu des 60 ans et plus devrait passer de 605 millions à 2 milliards, et les plus de 80 ans devraient presque quadrupler, atteignant 395 millions.<sup>1</sup> Cette évolution démographique mondiale sera à la fois source de difficultés et d'opportunités pour notre secteur.

Dans ce contexte de population vieillissante, les troubles associés à la sénescence se multiplient. Le risque de démence étant étroitement corrélé à l'âge, le nombre de personnes souffrant d'une forme de démence devrait croître de manière spectaculaire. Selon les estimations actuelles, 25 à 30 % des 85 ans ou plus présentent un certain degré de déclin cognitif. De plus, 47,5 millions de

personnes souffrent de démence dans le monde, et 7,7 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Ainsi, le nombre total de cas de démence devrait atteindre 75,6 millions en 2030 et 135,5 millions d'ici 2050.<sup>2</sup>

### Diagnostic du déficit cognitif léger

Chez les personnes âgées, les facultés cognitives (normales, déficit léger ou démence patente) varient en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'études, du mode de vie – notamment du niveau d'activité – et de l'état de santé général. En cas de déficit cognitif léger (DCL), les facultés cognitives telles que la mémoire sont anormales, sans pour autant affecter les activités quotidiennes ou l'autonomie, restant ainsi hors des critères établis de démence.

Le DCL est souvent considéré comme une phase de transition entre le vieillissement normal et la démence. La Mayo Clinic le définit comme « une étape intermédiaire entre le déclin cognitif normalement associé au vieillissement et le déclin plus grave de la démence. Les problèmes de mémoire, langage, raisonnement et jugement sont plus marqués que les changements normaux liés à l'âge »<sup>3</sup>. Il est primordial que les assureurs sachent déceler ces signes et symptômes parfois imperceptibles, afin d'évaluer correctement les cas de DCL, qu'ils soient déjà diagnostiqués ou non. Les professionnels du secteur devront également faire face au nombre croissant de demandeurs présentant toute forme de démence.

<sup>2</sup> WHO. Dementia Fact Sheet No. 362. 2015.

<sup>3</sup> Mayo Clinic. Diseases and Conditions. Mild cognitive impairment (MCI). 2012.

<sup>1</sup> World Health Organisation (WHO). Facts about ageing 2014.

## Il est primordial que les assureurs sachent déceler les signes, parfois imperceptibles, du DCL.

Fondé sur le jugement clinique, le diagnostic du DCL est généralement posé lorsque des troubles de la mémoire sont avérés ou que le patient se plaint d'un déclin cognitif, les facultés cognitives et fonctionnelles restant globalement intactes sans aucun signe de démence à l'examen. Le DCL est qualifié d'amnésique lorsque la perte de mémoire constitue le principal symptôme, et de non amnésique (domaine unique ou domaines multiples) lorsqu'une ou plusieurs autres fonctions sont atteintes. Le diagnostic de DCL repose sur un examen clinique complet, comprenant les tests suivants :

- examination
- imagerie cérébrale
- analyses de sang
- tests neuropsychologiques

Ces tests visent à établir un diagnostic différentiel, puisqu'il n'existe pour l'heure aucun test neuropsychologique spécifique au DCL et, si certains tests sont recommandés, aucun seuil n'a été fixé pour en interpréter les résultats. De petits tests cognitifs sont parfois utilisés, comme le Mini Mental State Exam (score normal = bon état cognitif général), mais permettent rarement d'identifier un cas de DCL. Le diagnostic repose donc le plus souvent sur les observations de proches capables de déceler une évolution du comportement, des fonctions cognitives ou de l'état de santé général du patient (ex : conjoint ou enfant). Ces observations permettent d'établir un diagnostic fiable et précoce.<sup>4</sup> Du point de vue de l'assureur, il est important d'évaluer le risque de partialité du clinicien face à l'absence de critères de diagnostic établis.

## Enjeux éthiques

Le diagnostic du DCL repose en grande partie sur des aspects biomédicaux. Cependant, la réaction des personnes diagnostiquées et de la société en général fait ressortir les aspects sociaux de la maladie. Cette réaction varie bien sûr d'une personne à l'autre. En quoi le diagnostic de DCL affecte-t-il le fonctionnement social d'une personne et sa qualité de vie ? Ses proches seront-ils également touchés ? Si le DCL est assimilé à la maladie plutôt qu'au vieillissement normal, il se peut que les patients et les membres de leur famille cherchent à masquer le problème en ne sollicitant pas l'aide nécessaire, de peur d'être stigmatisés.<sup>5</sup> De nombreux aspects sociaux doivent être pris en compte : considérations éthiques, enjeux économiques et élaboration de programmes sociaux et de services pour le patient et sa famille. Les assureurs doivent également prévoir le risque d'antisélection de la part de ces derniers.



Une intensification de l'activité peut permettre de rétablir les capacités fonctionnelles.

<sup>4</sup> Morris J et al. Pages 387-405.

<sup>5</sup> Whitehouse et al. Pages 1417-1422.

D'un point de vue éthique, quand le patient doit-il faire part du diagnostic de DCL à son entourage ? Il est important d'évaluer les avantages et les inconvénients d'une telle annonce. De même, quand faut-il informer le patient du diagnostic de DCL ou au contraire taire l'information ? L'annonce du diagnostic au patient présente des points positifs (respect du droit de la personne à l'autonomie et possibilité de l'impliquer dans la prise de décisions concernant son avenir) ainsi que des points négatifs (favorise la peur et la détresse au détriment de l'espoir et de l'optimisme).<sup>6</sup>

En tant qu'assureurs et gestionnaires de demandes d'indemnisation, nous devons comprendre la portée sociale et économique d'un diagnostic de DCL.

## Enjeux économiques

Le diagnostic de DCL réduirait les coûts, tant sociaux qu'économiques, notamment dans le cadre des services de soins à long terme. Cette affirmation n'a cependant pas été formellement démontrée.<sup>7</sup> Des efforts supplémentaires devront être réalisés afin de déterminer les coûts précis du diagnostic de DCL à court et à long terme. L'intérêt économique des programmes de prévention primaire visant à endiguer le développement du DCL, et des services sociaux ciblant les besoins des patients a néanmoins été reconnu.<sup>8</sup> Nous savons qu'un diagnostic de démence a de lourdes conséquences en termes de frais médicaux, de prise en charge sociale et de soins informels : en 2010, l'ensemble des coûts sociétaux de la démence au niveau mondial était estimé à 604 milliards USD, soit 1 % du PIB mondial (de 0,24 % dans les pays à faible revenu, à 1,24 % dans ceux à revenu élevé).<sup>9</sup> Il va de soi qu'une intervention précoce permettrait de réduire ces chiffres exorbitants.

Les progrès en matière de diagnostic ont fait croître la demande de services et programmes sociaux. Des groupes de soutien ont créés à la fin des années 1990 pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer dans ses premiers stades, s'avérant très bénéfiques.<sup>10</sup> La même démarche pourrait être envisagée pour le DCL. De telles initiatives permettent de lutter efficacement contre les effets de la stigmatisation, informer les patients sur la maladie, exercer et améliorer leur mémoire par des programmes adaptés.<sup>11</sup>

## Théories

Plusieurs théories ont été avancées afin d'expliquer le processus d'adaptation au vieillissement. L'analyse de la réaction des patients face au diagnostic de DCL peut reposer sur chacune d'entre elles. Novak en présente trois : la théorie du désengagement, de l'activité et de la continuité.<sup>12</sup>

Selon la **théorie du désengagement**, les interactions sociales diminuent avec l'âge, au moins en partie parce que la société se désengage vis-à-vis de la personne âgée. Cela vaut aussi certainement pour un diagnostic de DCL. En effet, les personnes diagnostiquées sont souvent perçues différemment, ce qui peut nuire à leur fonctionnement social. Le risque est alors d'observer un désengagement mutuel de la part de la société et de la personne âgée. C'est notamment le cas lorsque le DCL est assimilé à une maladie.

Selon la **théorie de l'activité**, l'activité serait source de satisfaction pour les personnes âgées. Généralement suite au diagnostic de DCL, le patient augmente son niveau d'activité et d'engagement social pour surmonter le diagnostic et tenter de rétablir ses capacités fonctionnelles.

La **théorie de la continuité** affirme que pour vieillir et s'adapter au mieux, il faut mettre en œuvre des stratégies du passé afin de surmonter les difficultés présentes, telles qu'un diagnostic de DCL. D'une certaine manière, les personnes évolueraient en intégrant de nouvelles expériences à leur propre histoire afin d'aller de l'avant.

<sup>6</sup> Maguire CP. Pages 123-126.

<sup>7</sup> Maguire CP. Pages 123-126.

<sup>8</sup> Wimo et al. Pages 94-99.

<sup>9</sup> WHO. Dementia Fact Sheet N.362.

<sup>10</sup> Goldsilver et al. 109-114.

<sup>11</sup> Werner et al. Pages 413-420.

<sup>12</sup> Novak. Pages 132-150.

## Conclusion

En conclusion, le DCL est un parfait exemple de diagnostic en constante augmentation sur fond de vieillissement démographique. En notre qualité d'assureurs et gestionnaires de demandes d'indemnisation, nous devons connaître ces maladies ainsi que leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité, afin de pouvoir traiter les demandes de souscription et d'indemnisation en conséquence. Nous devons également comprendre la portée sociale et économique d'un diagnostic de DCL.

La présence d'un DCL n'empêche pas forcément de contracter une assurance-vie ; en revanche, un coefficient spécial risque d'être appliqué et le contrat n'inclura probablement pas de prise en charge des soins à long terme ni de garantie de revenus. Avant de proposer une couverture, il est important de pouvoir vérifier que le demandeur et le titulaire de police ont bien la capacité juridique de souscrire un contrat. Une fois droit établi, la possibilité de proposer des conditions doit alors être déterminée selon plusieurs facteurs, tels que l'âge d'apparition de la maladie, sa vitesse d'évolution, l'ampleur des symptômes de type perte de poids, l'état nutritionnel, le degré d'intégrité des fonctions cognitives (jugement, langage, aptitudes motrices), les examens d'imagerie cérébrale et les résultats correspondants. Il est également important de tenir compte des facteurs sociologiques, tels que les conditions de vie, le niveau d'aide sociale et la situation générale. Par exemple : la personne est-elle plus proche de la théorie de l'activité que de celle du désengagement ?

Vous souhaitez établir des recommandations relatives au vieillissement démographique ? N'hésitez pas à contacter votre équipe Hannover locale, composée de professionnels expérimentés entièrement disposés à vous aider.



### Tracy Peterson

Directrice de la souscription  
Tel. +1 441 535-0120  
tpeterson@hhr.bm

## Références

- GOLDSILVER PM, GRUNIER, M.R. Early stage dementia group: An innovative model of support for individuals in the early stages of dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 2001; 16(2):109-14.
- MAGUIRE CP. Telling the diagnosis of dementia: Consider each patient individually. *International Psychogeriatrics*, 2002; 14:123-6.
- MAYO CLINIC. Diseases and Conditions. Mild Cognitive impairment (MCI). 2012.
- MORRIS JC ET AL. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 2001; 58(3):387-405. doi:10.1001/archneur.58.3.397.
- NOVAK, M. (2006). Memory and intelligence. Extract from *Lifespan development*. In *Issues in ageing* (pp. 132-150). Boston, USA: Pearson / A&B
- WERNER P, KORCZYN, AD. Mild cognitive impairment: Conceptual, assessment, ethical and social issues. *Clinical Interventions in Ageing*, 2008; 3(3):413-420.
- WHITEHOUSE PJ, JUENGST ET. Anti-ageing medicine and mild cognitive impairment: Practice and policy issues for geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005; 53:1417-22.
- WIMO A, WINBALD B. Pharmacoeconomics of mild cognitive impairment. *Acta Neurologica*, 2003; 179:94-9.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (WHO). Ageing and Life Course. Facts about ageing, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (WHO). Dementia. Fact sheet No. 362, 2015.