

Annick Alperovitch

Directeur de Recherche, Inserm

En France et dans la plupart des pays développés, l'espérance de vie continue d'augmenter. Cette évolution s'accompagne d'un changement progressif de la prévalence des principales causes de morbidité et de mortalité, 70 % des décès étant imputables à des maladies chroniques. Les progrès de la prévention et du traitement de certaines pathologies chroniques (hypertension, hyperlipidémies, etc.), qui ont permis une diminution importante de l'incidence et de la mortalité par infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral, peuvent entraîner une augmentation de la prévalence de certaines conséquences à long terme de l'hypertension artérielle ou du diabète, comme les insuffisances cardiaques ou rénales chroniques sévères.

De manière générale, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies chroniques génère de nouveaux risques liés aux interactions entre de multiples pathologies ou altérations fonctionnelles liées à l'âge.

Le cancer est devenu une pathologie chronique majeure dans la population âgée, du fait des progrès de la cancérologie et de l'évolution démographique. Les troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer et autres processus démentiels) peuvent interférer avec la prise en charge des maladies chroniques.

Il y a 30 ans

- Amorcée depuis le début des années 1960, la diminution de la mortalité par infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral se confirmait.
- En France, 20 % des décès survenaient après 85 ans ; parmi ces décès, 12 000 étaient attribués à une insuffisance cardiaque et 100 seulement à une insuffisance rénale.
- La prévalence de l'obésité dans la population adulte française était de 6 % et n'avait pas augmenté en dix ans. L'épidémie d'obésité s'installait aux États-Unis et commençait à toucher d'autres pays développés.
- Aucun médicament n'avait encore obtenu une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des troubles cognitifs dans la maladie d'Alzheimer.

Il y a 10 ans

- Aux États-Unis, l'incidence de l'insuffisance cardiaque chronique était de 10 pour 1000 personnes-années. Pour les personnes ayant atteint l'âge de 80 ans, le risque de développer une insuffisance cardiaque était de 20 % (remaining life risk) ; ce risque était multiplié par 2 pour les personnes ayant un antécédent d'infarctus du myocarde ou une hypertension artérielle sévère (160/100 versus 140/90).
- Première homologation des défibrillateurs implantables par la Food and Drug Administration.
- En Amérique du Nord, quel que soit le sexe, le risque de développer un diabète était estimé à environ 35 % (life time risk). Le risque d'insuffisance rénale était de 30 % chez les diabétiques et, globalement, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, nécessitant dialyse ou transplantation, avait été multipliée par 2 entre 1990 et 2000.

- En France, un tiers des décès survenaient après 85 ans ; le nombre de décès par insuffisance cardiaque avait augmenté de 40 % en 20 ans et celui des décès attribués à une insuffisance rénale avait été multiplié par 4.

Aujourd'hui

- En Allemagne, l'insuffisance cardiaque constitue la première cause d'hospitalisation, tous âges confondus ; la moitié des patients ont plus de 80 ans.
- Au cours des 30 dernières années, le diabète est l'une des deux rares causes de décès dont le taux a significativement augmenté (+ 50 % aux États-Unis, où 1 personne sur 4 est diabétique).
- En France, en 2007, près d'un quart des patients en insuffisance terminale (dialysés ou greffés) avaient plus de 75 ans ; c'est chez les personnes de plus de 75 ans que l'augmentation de la prévalence des dialysés a été la plus forte au cours des dernières années. Globalement, la moitié des insuffisances rénales terminales sont dues à l'hypertension ou au diabète.
- La prévalence de l'obésité continue d'augmenter dans la population française ; elle reste cependant très inférieure à celle observée aux États-Unis (approximativement 15 % versus 30 %). Les données les plus récentes indiquent que la prévalence de l'obésité dans la population nord-américaine n'a pas augmenté au cours des 5 dernières années.
- En France, si la proportion de décès survenant après 85 ans reste globalement stable (33 %), les personnes de 95 ans et plus constituent 20 % de ces décès contre 13 % il y a 10 ans.
- Deux tiers (62 %) des personnes de plus de 65 ans vivent aujourd'hui dans des pays en développement.

En 2025 ?

- L'objectif est que, dans les 15 ans à venir, les progrès dans la prévention et le traitement des complications à long terme des maladies chroniques contribuent à préserver la qualité de la vie des personnes ayant atteint un très grand âge.
- La consommation quotidienne de médicaments (nombre de prises) des personnes âgées sera plus faible, grâce notamment au développement d'associations de principes actifs à doses minimales efficaces. Un meilleur respect des contre-indications liées à l'âge et aux comorbidités et la disponibilité de nouveaux médicaments, mieux adaptés aux altérations physiologiques liées au vieillissement, permettront de réduire l'incidence des effets indésirables. La généralisation du dossier "médicaments" informatisé doit y contribuer.

- Les technologies visant à suppléer les défaillances organiques chroniques auront progressé en efficacité, innocuité et acceptabilité.

Il serait non éthique que les ressources engagées au cours des 15 ans à venir visent exclusivement à améliorer la santé des 25 % de la population mondiale âgée vivant dans des pays développés, sans se préoccuper des besoins les plus prioritaires des 75 % des personnes de plus de 65 ans vivant dans des pays en développement, besoins qui diffèrent de ceux des pays ayant depuis plusieurs décennies un haut niveau de vie.

Comment passer de 2010 à 2025 ?

- La recherche médicale et en santé ne pourra répondre à ces enjeux sans définir de nouveaux paradigmes. Les approches non médicales doivent avoir une place majeure dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes très âgées.
- Mais la recherche médicale doit aussi s'investir dans ce champ, en intégrant ses spécificités en matière d'objectifs, de critères de jugement, de sélection des patients.
- Il est particulièrement urgent de respecter les recommandations internationales concernant l'inclusion de patients âgés dans les essais cliniques. Dans l'intérêt de chaque patient, et de l'ensemble de la société qui supporte les coûts

de la santé, on ne peut admettre que des médicaments ou des technologies soient souvent majoritairement utilisés dans des situations où leurs bénéfices et risques n'ont pas été correctement évalués.

- Des démarches spécifiques de prévention en fonction de l'âge (à 60, 70, 80 ans), médicamenteuses et non médicamenteuses, doivent être définies, évaluées et mises en place. La prévention secondaire, centrée encore aujourd'hui sur la survenue d'événements aigus, doit s'élargir aux conséquences à long terme des maladies chroniques et les recherches nécessaires doivent être mises en œuvre sans tarder.

Références

1. "An Aging World: 2008". www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf.
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>.
3. Maillard G et al. Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980 and 1991. *Int J Obesity* 1999; 23:389-394.
4. Levy D et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N. Engl. J. Med.* 2002; 347:1397-1402.
5. Lloyd-Jones DM et al. Life time risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2002; 106: 3068-3072.
6. Venkat Narayan KM et al. Lifetime risk of diabetes mellitus in the United States. *JAMA* 2003; 290:1884-1890.
7. Neumann T et al. Heart failure: the commonest reason for hospital admission in Germany – Medical and economic perspectives. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 269-275. Epub 2009 April 17.
8. National Diabetes Statistics 2007. www.niddk.nih.gov/DM/PUBS/statistics/.
9. Jemal A et al. Trends in the leading causes of death in the United States 1970-2002. *JAMA* 2005; 294:1255-1259.
10. Rapport 2007 du Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie (REIN). www.agence-biomedecine.fr.
11. Ogden CL et al. Obesity among adults in the United States – No statistically significant change since 2003-2004. *NCHS Data Brief, November 2007*. www.cdc.gov/obesity/data/trends.html