



Maladies chroniques : l'envers du décor

Maladies chroniques : l'envers du décor : Vieillesse de la population et progrès médicaux ont transformé des maladies aiguës et souvent mortelles en pathologies chroniques. Au-delà de la tendance, reste à comprendre les tenants et les aboutissants de cet énorme défi social. Muriel Jaouën On estime leur nombre à 20 millions en France. 20 millions de personnes atteintes de maladies chroniques ou, pour reprendre la définition large de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'un « problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années ». En vingt ans, le nombre d'assurés souffrant d'une affection de longue durée a doublé dans l'Hexagone. Et ça n'est pas fini. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) prévoit pour la période 2015-2020 une augmentation de 14 % pour les maladies cardio-neuro-vasculaires, de 12 % pour les diabètes, de 10 % pour les pathologies respiratoires chroniques, de 11 % pour les maladies psychiatriques et jusqu'à 20 % pour les maladies inflammatoires. Pour une grande part, l'augmentation de la prévalence de ces maladies tient au vieillissement de la population et à des progrès médicaux. On vit plus longtemps, on a donc plus de chances de développer des pathologies dont on mourra moins, ou moins vite. Rupture ou confirmation de tendance ? Faut-il pour autant parler d'explosion ? Ou bien ces données, si impressionnantes qu'elles soient, ne font-elles finalement que confirmer une tendance ? La Cnamts pointe elle-même un ralentissement de la progression de plusieurs pathologies. Le nombre de patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires ne devrait ainsi progresser « que » de 2,7 % par an pour la période de 2016 à 2020 (contre 3,3 % entre 2013 et 2015). « Ces infléchissements s'expliquent en partie par une progression démographique moins soutenue », souligne Aline Désesquelles, chercheuse à l'Ined. En outre, si l'on observe le phénomène des maladies chroniques sur la durée, la vraie « nouveauté » tient sans doute moins à l'augmentation des effectifs qu'aux interactions des incidences entre elles. Car on meurt de plus en plus souvent d'une combinaison de facteurs. « Les certificats de décès remplis par les médecins mentionnent en général plusieurs causes : 2,4 en moyenne en 2011 », note Aline Désesquelles. Les causes dites associées peuvent être des facteurs de risque pour la cause dite initiale, comme, par exemple, l'hépatite virale chronique pour un cancer du foie. Elles peuvent également interagir avec la cause initiale, soit en l'aggravant, soit en affaiblissant davantage le patient, soit en rendant le traitement plus complexe ou moins efficace. « Certains traitements contre le cancer peuvent concourir à de l'insuffisance cardiaque. La radiothérapie peut contribuer au rétrécissement coronarien. Ces interactions génèrent des interrogations. Quel traitement privilégié, cancer ou cœur ? Quel risque anticiper ? », se demande Jean-Pierre Usdin, cardiologue, ancien chef du département cardiologie de l'Hôpital américain de Paris. « En vue de cette augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de la dimension multifactorielle et de l'incertitude des prises en charge des systèmes publics, les produits d'assurance commercialisés pour faire face à ces risques sont en croissance, en particulier en Asie. Pour mieux comprendre les tendances de la région asiatique, nous avons récemment organisé une conférence sur ce sujet avec la participation d'épidémiologistes, économistes et démographes », précise Mohamed Baccouche, actuaire certifié IA, Life Saving & Health Chief Risk Officer et Chief Actuary du Groupe Axa. Une lecture indifférenciée des pathologies La difficulté à modéliser le risque lié aux maladies chroniques tient précisément à la dimension multifactorielle. Or c'est à ce jour une lecture indifférenciée de « la » maladie chronique qui prévaut et dans le champ médical, où les disciplines sont encore très largement compartimentées, et dans les tables de prévoyance. « Les assureurs développent plutôt des offres ciblant des bouquets de maladies – qu'on appelle “maladies redoutées” – afin de jouer sur des effets de mutualisation », note Marie-Catherine Sarraudy, actuaire certifiée IA, Partner Actuarial Services chez **Optimind** Winter. Avec, pour clés principales de lecture, des critères de dépendance. « On va d'abord évaluer les probabilités d'entrée en état de dépendance (dans la vie quotidienne, au travail...). Puis s'intéresser aux probabilités d'aggravation de la dépendance, jusqu'au risque de décès, explique Stéphane Loisel, actuaire agrégé IA, professeur à l'université Lyon 1, Institut de science financière et d'assurances (Isfa). L'heure est à des modélisations relativement maîtrisées, dont la difficulté technique majeure tient à la pluralité et à la gradation des états de santé (bonne santé, incapacité temporaire, invalidité, décès...). » Les facteurs sociaux

et économiques de la maladie Et c'est sans compter les facteurs de risque psychologiques, économiques et sociaux, qui peuvent considérablement modifier le pronostic mais aussi la nature et les modalités de la prise en charge. Ainsi en va-t-il de l'obésité, dont la prévalence continue d'augmenter pour atteindre 15 %. « C'est une maladie chronique, mais c'est aussi un fait de société, avec un très fort gradient social », confirme Jean-Michel Oppert, chef de service du centre de recherche et de médecine de l'obésité de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière AP-HP à Paris. Alors, à quand une prise en compte de la dimension multifactorielle de la survenue des maladies chroniques (pollution, comportements sociaux, environnement sanitaire), ainsi que des paramètres plus « politiques » (transformation du système de santé, qualité de la prise en charge, réglementation...) ? « Cette démarche induit un préalable : l'accès à une masse importante de données de santé publique (Sécurité sociale, acteurs du système de soins, sociologues...), note Stéphane Loisel. Alors seulement les actuaires pourront établir des probabilités pathologie par pathologie. Et là, les choses seront beaucoup plus complexes. Car plus la lecture actuarielle s'inscrit dans une double logique de segmentation des pathologies et de longévité, plus elle se trouvera face à des risques en compétition. » Quid également des progrès dans les traitements, qui ne manqueront pas de rejaillir sur l'espérance de vie ? Les regards sont notamment tournés vers l'immunothérapie. Cette thérapeutique, qui vise à mobiliser les défenses immunitaires du patient contre sa maladie, a récemment permis des avancées remarquables là où les approches traditionnelles (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) se sont montrées impuissantes. Elle permet d'ores et déjà de soigner des patients jusqu'à leur permettre de reprendre une vie « normale », de travailler, quand on ne pouvait jusqu'alors que leur garantir une survie au prix de traitements lourds et agressifs. Exemple le plus frappant, la maladie de Hodgkin, un cancer du système lymphatique : dans 80 % des cas, les anticorps immunothérapeutiques réussissent là où les autres traitements ont échoué. Mieux : ils pourraient rapidement parvenir à guérir les patients de maladies jusqu'ici non guérissables. « Nous sommes à l'aube d'une vraie révolution. Dans 5 % des cancers métastasés du côlon, l'immunothérapie non seulement réussit, mais il est probable que bientôt certains patients guériront », explique Thierry André, chef du service d'oncologie médicale de l'hôpital Saint-Antoine AP-HP. Avec la question des progrès médicaux se pose celle de leur coût et de la capacité de la société à les supporter. Les dépenses liées aux affections de longue durée représentent aujourd'hui 60,8 % du total des remboursements de l'assurance maladie. Certains traitements mobilisés dans des thérapies de pointe coûtent cher. Prenons le cas de l'immunothérapie : entre 80 000 et 90 000 euros par an et par patient, pour des anticorps dont les facteurs prédictifs d'efficacité sont encore assez méconnus. Autrement dit, dont on ne sait pas bien avant le traitement s'ils vont fonctionner ou pas. Faute de pouvoir cibler avec justesse, on doit donc jouer sur des effets de nombre. Cher, très cher, même. Certes, mais à quelle échelle ? Où placer le curseur de l'équation économique ? « L'enjeu ne mérite-t-il pas que l'on raisonne davantage en termes d'investissement que de dépenses ? », demande Thierry André. Solvabiliser les dispositifs de prévention La question vaut pour tous les acteurs du système de santé dans son périmètre le plus élargi. Aujourd'hui, c'est notamment l'investissement dans les dispositifs et les actions de prévention qui draine les réflexions. Helmuth Cremer, professeur à la Toulouse School of Economics, s'intéresse ainsi à la pertinence économique des taxes de type "taxe soda", censées prévenir les phénomènes d'obésité. « Il y a encore très peu de recherche économique sur l'efficacité de ces taxes, leur impact net, leurs biais socialement régressifs (sous-redistribution des bénéfices aux plus pauvres), leur incidence sur une stratégie d'adaptation des industriels (notamment sur les composants en sucre des produits). Or cette analyse rigoureuse des mécanismes de causalité entre dispositifs et évolutions de santé est nécessaire pour outiller les politiques publiques. » Un travail scientifique sur la prévention que les acteurs de l'assurance santé et prévoyance appellent également de leurs vœux. Beaucoup d'entre eux cherchent aujourd'hui à migrer vers une logique vertueuse, avec des assurés exposés à de moindres risques, des assureurs couvrant des risques plus faibles et une ressource publique moins ponctionnée. Mais reste encore à en fonder les bases économiques.