

LE VIEILLISSEMENT RÉUSSI

CAPACITÉ DE GÉRONTOLOGIE – PAR LE DOCTEUR LEÏLA GHETTAS

L'allongement constant de l'espérance de vie est l'un des grands bouleversements sanitaires des derniers siècles. En moyenne, nous gagnons environ **trois mois** d'espérance de vie chaque année. En un peu plus d'un siècle, cela représente plusieurs décennies supplémentaires : au début des années 1900, l'espérance de vie était d'environ 52 ans chez les femmes et 49 ans chez les hommes ; aujourd'hui elle tend vers 85 ans chez les femmes et 78 ans chez les hommes.

Ce progrès remarquable pose toutefois une question centrale : **comment vieillir plus longtemps sans multiplier maladies, incapacités et dépendance** ? C'est précisément à cette question que répond la notion de vieillissement réussi.



Qu'appelle-t-on vieillissement réussi ?

Le vieillissement réussi regroupe l'ensemble des méthodes et actions qui permettent de **réduire l'apparition des maladies et des handicaps liés à l'âge**, tout en préservant la qualité de vie, l'autonomie et le bien-être.

Il s'inscrit dans une vision globale, qui distingue :

- Le **vieillissement physiologique**, lié au passage du temps,
- Le **vieillissement pathologique**, associé aux maladies dont l'incidence augmente avec l'âge, avec nécessité d'une démarche diagnostique,
- Et surtout un **continuum** entre normalité et pathologie (par exemple entre ostéopénie et ostéoporose, ou entre troubles de la relaxation ventriculaire gauche avec remplissage incomplet et insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée).

L'objectif n'est donc pas de nier le vieillissement, mais de **retarder l'entrée dans la maladie et la dépendance**.

Maladie, incapacité, handicap : trois niveaux à comprendre

Le vieillissement s'analyse à plusieurs niveaux :

- La **maladie**, qui touche un **organe** et se définit par des **normes biologiques**,
- L'**incapacité**, qui concerne la **fonction** et retentit sur l'**individu**,
- Le **handicap**, qui entraîne un **besoin d'aide** et impacte la **vie sociale**.

Agir précocement permet souvent d'éviter le glissement progressif de la maladie vers l'incapacité puis vers le handicap.

Les piliers du vieillissement réussi

Le vieillissement réussi repose sur plusieurs piliers clairement identifiés, qui agissent de façon complémentaire. Ils visent à réduire l'incidence des maladies, limiter les incapacités et préserver la qualité de vie :

- L'hygiène de vie,
- La maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires,
- Une réflexion critique sur les médicaments dits « anti-âge »,
- L'insertion sociale et les activités intellectuelles.

1. Une hygiène de vie adaptée

- **Alimentation équilibrée : un enjeu majeur**

Les besoins nutritionnels de la personne âgée sont globalement identiques à ceux de l'adulte, avec un **apport énergétique supérieur à 30 kcal/kg/jour**.

Pourtant, les enquêtes alimentaires montrent que la malnutrition reste fréquente : environ **3%** des personnes âgées à domicile, **20 à 60%** en institution, et jusqu'à **50%** lors d'une hospitalisation pour pathologie aiguë.



L'évaluation repose sur des éléments simples mais essentiels :

- La courbe du poids
- L'IMC-Quetelet ($\text{poids} / \text{taille}^2$) < 21
- L'albuminémie < 35 g/L

Les causes de la malnutrition sont multiples : troubles bucco-dentaires, difficultés digestives, isolement social, dépression, régimes restrictifs ou effets indésirables des médicaments.

La prévention passe par :

- Le respect du plaisir alimentaire et de la liberté de choix,
- Une alimentation adaptée (textures modifiées si besoin : nourriture hachée),
- Des plats appréciés,
- Des compléments nutritionnels si nécessaire.

Un apport suffisant en micronutriments est indispensable, notamment :

- **Calcium** : environ 1,2 g/jour,
- **Vitamine D** : environ 800 U/jour.

Plus de 60% des personnes âgées présentent une hypovitaminose D, dont près de 22% sous forme sévère. Chez les plus de 80 ans, les régimes restrictifs sont à éviter : **la priorité est la stabilité pondérale et la préservation de la masse maigre.**



- **Activité physique : un bénéfice démontré à tout âge**

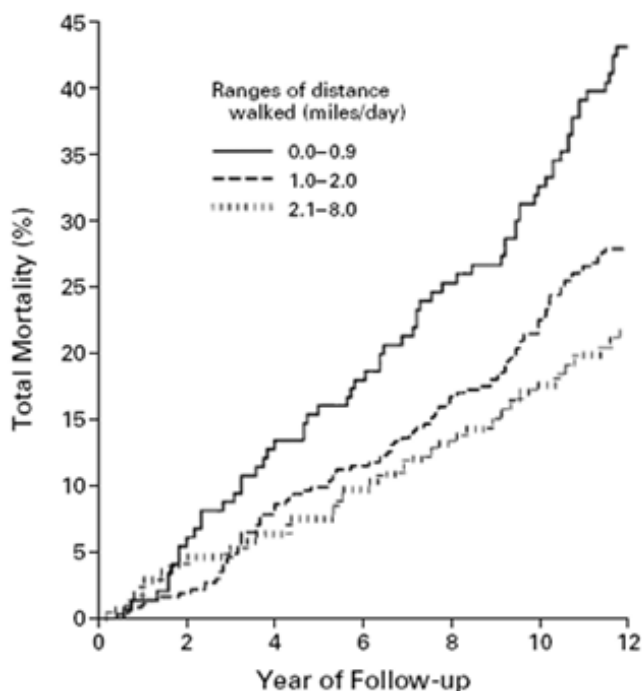
Avec l'âge, la capacité respiratoire (VO₂ max) **diminue d'environ 10% tous les dix ans**. Cette baisse est réduite à environ **4% lorsque l'activité physique est régulière**, à raison de trois séances de vingt minutes par semaine.

L'activité physique agit sur de nombreux plans :

- Réduction des facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, obésité, insulino-résistance),
- Diminution de la perte osseuse post-ménopausique et du risque de fracture,
- Augmentation de la force musculaire,
- Amélioration de l'équilibre postural et diminution des chutes,
- Soutien des fonctions cognitives, en particulier de l'attention.

La marche illustre parfaitement ce bénéfice : des études longitudinales ont montré qu'une pratique régulière est associée à une **diminution significative de la mortalité chez les personnes âgées**.

Honolulu Heart Program : 707 hommes retraités non-fumeurs, 68,9 ans moyen suivis pendant 12 ans avec 208 décès pendant le suivi :



Il est estimé qu'une activité d'endurance régulière permet un gain de **1 à 2 années d'espérance de vie**, même lorsqu'elle débute après 70 ans.



2. La maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires

- **Hypertension artérielle**

L'hypertension est fréquente après 65 ans (25% des plus de 65 ans ont une HTA systolique (< 140/90 mmHg)). Le traitement antihypertenseur, adapté à l'âge et à l'état général, a montré un bénéfice clair sur la réduction des accidents vasculaires cérébraux, de l'insuffisance cardiaque et de la mortalité, y compris après 80 ans.

Les objectifs tensionnels doivent rester raisonnables, avec une surveillance attentive du risque d'hypotension orthostatique.

- **Hypercholestérolémie**

Après 65–70 ans, la prise en charge de l'hypercholestérolémie doit être individualisée, en fonction des facteurs de risque cardiovasculaires associés. La concentration cible généralement retenue est un LDL-cholestérol inférieur à 1,60 g/L après 65 ans.

La prise en charge repose d'abord sur des mesures hygiéno-diététiques, en particulier la réduction des graisses saturées d'origine animale.

Concernant les traitements :

- En prévention primaire, chez les sujets de plus de 70 ans, la morbi-mortalité cardiovasculaire apparaît comparable quelle que soit la cholestérolémie ;
- En prévention secondaire, les statines ont un bénéfice démontré, notamment sur la pathologie coronarienne.

L'étude *PROSPER* (70–82 ans) a montré qu'un traitement par pravastatine permettait une réduction significative de la morbi-mortalité cardiovasculaire, sans effet significatif sur les AVC.

Enfin, une méta-analyse publiée dans le *JAMA* en 2012 n'a pas mis en évidence de bénéfice des oméga-3 sur la mortalité ou les événements cardiovasculaires majeurs, ne justifiant pas leur supplémentation systématique.

• La Diabète

Le diabète de type 2 concerne environ **10% des personnes de plus de 65 ans**. Chez la personne âgée, les objectifs glycémiques doivent être souples et réalistes, afin d'éviter les hypoglycémies, souvent plus dangereuses que l'hyperglycémie modérée.

La prise en charge dépend avant tout de l'âge physiologique, du degré d'autonomie, des comorbidités et de l'espérance de vie.

Chez la personne âgée en bonne santé, une glycémie à jeun comprise entre 0,90 et 1,26 g/L et une HbA1c entre 6,5 et 7,5% peuvent être visées.

Chez la personne âgée fragile, polypathologique ou dépendante, des objectifs plus larges sont recommandés, avec une glycémie à jeun pouvant aller jusqu'à 1,60 g/L et une HbA1c entre 7,5 et 8,5%.

L'enjeu principal reste la **prévention des hypoglycémies**, qui ont un impact majeur sur la morbidité, l'autonomie et la qualité de vie.

3. Médicaments dits « anti-âge »

• Antioxydants

Les radicaux libres, produits naturellement lors du métabolisme de l'oxygène, exercent un stress oxydatif prononcé capable d'altérer l'ADN, les acides gras de la membrane cellulaire et la production d'ATP par les mitochondries.

L'organisme se défend grâce à des enzymes (superoxyde dismutase, catalase, glutathion peroxydase) et des vitamines antioxydantes (A, C, E). Avec l'âge, la production de radicaux libres augmente tandis que ces défenses s'affaiblissent. Cependant, les études montrent que les suppléments antioxydants n'apportent pas de bénéfice clair sur la santé ou la longévité. **La meilleure protection reste une alimentation riche en fruits et légumes.**

- **DHEA**

La DHEA, précurseur de synthèse d'hormones androgéniques et œstrogéniques, diminue naturellement avec l'âge : elle atteint son maximum entre 20 et 35 ans et tombe à environ 20% de sa valeur maximale après 80 ans.

Son rôle physiologique exact reste mal défini, et aucun récepteur spécifique n'a été identifié. Les études cliniques montrent peu ou pas de bénéfice significatif, sauf peut-être quelques effets limités chez des femmes très âgées. En revanche, les risques potentiels liés à la DHEA (effets hormonaux, cancers hormonodépendants, troubles cardiovasculaires) imposent une grande prudence.

À ce jour, aucun médicament n'a démontré d'efficacité réelle comme traitement anti-âge.

4. Insertion sociale et stimulation intellectuelle

Le vieillissement réussi ne se limite pas au corps. Le maintien du lien social, des activités intellectuelles, culturelles et relationnelles joue un rôle fondamental dans la prévention du déclin cognitif, de la dépression et de la perte d'autonomie.



En conclusion

Le vieillissement réussi repose sur des principes simples, accessibles à tous :

- Une alimentation équilibrée et suffisante,
- Une activité physique régulière, même modérée,
- La correction raisonnée des facteurs de risque cardiovasculaires,
- Le maintien d'une vie sociale et intellectuelle active,
- Et l'absence d'illusion autour de prétendus médicaments anti-âge.

Et surtout, comme le rappellent les spécialistes : il n'est jamais trop tôt pour bien vieillir. Chaque choix quotidien compte et participe à construire, pas à pas, une longévité plus sereine et plus autonome.

« Il faut commencer le plus tôt possible pour devenir centenaire »

