

Les secrets révélés du vieillissement réussi

5

Nathalie Champoux

Charles Lavigueur, 82 ans, et son épouse Gertrude, 78 ans, sont les parents de Jean-Pierre mentionné dans l'article précédent. Il y a quatre ans, une démence de type Alzheimer a été diagnostiquée chez Gertrude. En conséquence, Charles doit maintenant superviser toutes les activités quotidiennes de son épouse. Il vous consulte pour son examen annuel et vous confie qu'il songe sérieusement à abandonner ses activités d'aide-marguillier dans sa paroisse, car il n'ose plus laisser Gertrude seule à la maison.

EN L'AN 2000, douze pour cent de la population canadienne était âgée de plus de 65 ans. En l'an 2041, cette proportion atteindra 23 %¹. Des sondages menés auprès des aînés révèlent que ces derniers sont moins préoccupés par la mort que par l'état de fragilité qui peut perdurer très longtemps à la fin de la vie². On a pu déterminer que l'espérance de vie d'une personne de 65 ans est de 18 ans. En moyenne, cette dernière vivra neuf de ces années sans limitation fonctionnelle, trois avec une limitation fonctionnelle légère, trois autres avec une limitation modérée et les trois dernières avec des limitations importantes¹. Toutefois, le déclin fonctionnel est très variable d'une personne à l'autre et n'est pas lié à l'âge chronologique seul. Bien qu'une bonne proportion de patients âgés demeurent en excellente forme, les bienfaits de certaines interventions préventives se dissipent au fur et à mesure que l'espérance de vie diminue. L'exemple classique illustrant ce phénomène est le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'APS. Cette intervention devient futile chez un homme dont l'espérance de vie est inférieure à dix ans puisqu'il est peu probable qu'elle ait la moindre influence sur son espérance de vie³. De façon générale en gériatrie, les soins sont recentrés sur l'évalua-

La D^{re} Nathalie Champoux, omnipraticienne, est professeure agrégée de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et est également médecin de famille à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle est titulaire d'une maîtrise en pharmacologie.

Encadré 1

Types de vieillissement

Le vieillissement est réussi lorsque les sujets âgés sont en pleine forme. Ces derniers représentent de 65 % à 70 % des personnes âgées, et leurs besoins sociosanitaires sont semblables à ceux de la population adulte. À l'autre extrême, l'état de grande dépendance est le lot d'environ 5 % de la population âgée, dont plus de la moitié souffre de démence. La personne âgée fragile se situe entre les deux. L'état de fragilité se définit comme une baisse avec l'âge des capacités d'adaptation de l'organisme au stress et résulte de l'effet combiné du vieillissement, de la maladie et de l'inactivité.

tion du niveau d'autonomie fonctionnelle, la prévention des limitations fonctionnelles et la protection de l'indépendance. Les efforts de prévention devraient donc viser à augmenter les années de vie en bonne santé, et non seulement l'espérance de vie.

L'encadré 1 définit trois types de vieillissement : le vieillissement réussi, l'état de fragilité et l'état de grande dépendance. La démarche préventive doit tenir compte du type de vieillissement de chaque patient, en plus de son espérance de vie. Les facteurs qui influent sur l'espérance de vie des personnes âgées sont résumés dans le tableau I.

Ce tableau nous permet d'estimer l'espérance de vie de Charles à environ huit ans.

La possibilité d'effectuer ou non certaines interventions comme le dépistage du cancer doit être discutée avec chaque patient. La décision finale entre le prolongement de la vie et la morbidité liée au dépistage ou au traitement variera en fonction des valeurs

Tableau I

Facteurs qui influent sur l'espérance de vie des personnes de 65 ans ou plus

Âge	65 ans, femme	Espérance de vie de 19,2 ans
	65 ans, homme	Espérance de vie de 15,9 ans
	75 ans, homme ou femme	Espérance de vie de 11,2 ans
	80 ans, homme ou femme	Espérance de vie de 8,5 ans
Infarctus du myocarde	Infarctus récent, homme	25 % de mortalité au bout d'un an
	Infarctus récent, femme	38 % de mortalité au bout d'un an
Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque, homme	Survie moyenne de 1,7 an
	Insuffisance cardiaque, femme	Survie moyenne de 3,2 ans
AVC	Accident vasculaire cérébral, homme ou femme	Plus de 29 % de mortalité dans l'année

de chacun. En gériatrie, il peut être malaisé de distinguer les mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire de la fracture de la hanche, par exemple, peut inclure des exercices pour réduire le risque de chute et le traitement d'une ostéoporose établie. En règle générale, on considère le counselling, le dépistage, les immunisations et certaines interventions spécifiques en présence de maladies chroniques comme faisant partie intégrante de la prévention primaire des limitations fonctionnelles. Il est important de poursuivre les actions préventives auprès des personnes âgées, car le vieillissement réussi passe par la prévention continue.

Le tableau II résume les principales mesures préventives recommandées chez les personnes âgées retenues par le Groupe d'étude canadien sur l'examen périodique⁴, à l'exclusion toutefois des recommandations qui s'appliquent également à la population adulte générale. La maladie cardiovasculaire est la principale cause de décès après 65 ans. Toutefois, en l'absence d'athérosclérose établie, la plupart des organismes américains déconseillent le dépistage de la dyslipidémie après 75 ans. La base de données Cochrane

conclut à l'utilité du dépistage et du traitement de l'hypertension artérielle entre 60 et 80 ans⁵. Toutefois, chez le grand vieillard qui présente de multiples maladies concomitantes, l'absence de preuves commande la prudence en raison de la fréquence de l'orthostatisme et du risque important de chute³. Quant au diabète, son dépistage au cours du troisième âge n'affecte en rien la mortalité ni l'incidence de la cécité ou de la néphropathie.

L'hypothyroïdie est fréquente chez la femme de plus de 50 ans. Elle est difficile à dépister à partir de symptômes ou à l'examen clinique et peut causer une atteinte fonctionnelle considérable. C'est pourquoi son dépistage par le dosage de la TSH est recommandé par l'American College of Physicians. L'utilité de traiter une hypothyroïdie subclinique (taux de TSH élevé et de T₄ libre normal) n'a toutefois pas été prouvée.

En examinant M. Laviguer, vous lui faites remarquer qu'il a pris une quinzaine de livres dans la dernière année. Il s'en était d'ailleurs déjà rendu compte. Il a laissé tomber ses cours d'aquaforme depuis huit mois pour éviter de laisser Gertrude seule à la maison. D'après lui, c'est ce qui explique sa prise de poids, car il

En règle générale, on considère le counselling, le dépistage, les immunisations et certaines interventions spécifiques en présence de maladies chroniques comme faisant partie intégrante de la prévention primaire des limitations fonctionnelles. Il est important de poursuivre les interventions préventives auprès des personnes âgées, car le vieillissement réussi passe par la prévention continue.

Tableau II**Guide de soins préventifs destinés aux personnes âgées**

Problème de santé	Intervention	Niveau
Dépistage		
Hypertension artérielle	Dépistage et traitement recommandés	B
Bactériurie asymptomatique	Analyse et culture d'urine non recommandées chez les patients sans symptômes	E
Désafférentation	Dépistage recommandé des troubles visuels et auditifs	B
Troubles cognitifs	Suivi recommandé lorsqu'un aidant naturel, un soignant ou un proche signale des difficultés	A
Counselling		
Tabagisme	Arrêt du tabac recommandé	A
	Nicotinothérapie de substitution	A
	Orientation vers un centre d'abandon du tabac	B
Hygiène dentaire	Brossage quotidien des dents recommandé pour prévenir la gingivite et utilisation de la soie dentaire pour prévenir la maladie parodontale	A
Accidents	Exercice recommandé, en plus d'une sécurisation de l'environnement pour réduire le risque de chute	B
Vaccination		
Grippe	Vaccination annuelle chez les patients de 65 ans ou plus*	B
Pneumococcie	Vaccination unique chez les patients institutionnalisés de 55 ans ou plus†	A
Tétanos	Rappel tous les 10 ans	B
Problème chronique		
Maladies cardiovasculaires	Traitement de l'hypertension artérielle	A
	Anticoagulants oraux en cas de fibrillation auriculaire	B
Fractures ostéoporotiques	Suppléments de calcium et de vitamine D	B
	Bisphosphonates	B
Chutes	Évaluation multidisciplinaire après une chute ⁹	A

* Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) suggère la vaccination annuelle contre la grippe à partir de 60 ans.
† Le PIQ prévoit la vaccination unique pour toutes les personnes de 65 ans ou plus.

n'a pas modifié son alimentation. Sa pression artérielle est élevée et atteint 183/96 mm Hg, ce qui est inhabituel chez lui. Vous convenez donc d'un rendez-vous de suivi la semaine suivante.

Les recommandations concernant le counselling destiné aux personnes âgées apparaissent dans la seconde partie du *tableau II*. Une réduction de la mortalité a été montrée à la suite de l'arrêt du tabac, au moins jusqu'à l'âge de 70 ans. Bien que les bienfaits de l'exercice physique aient été prouvés même à un âge avancé, on n'a jamais pu mettre en évidence de

répercussions importantes du counselling sur le taux d'exercices effectués par les patients âgés. Le même constat s'applique à l'alimentation. En effet, les suppléments de calcium et de vitamine D permettent de réduire le risque de fracture ostéoporotique, mais il n'existe aucune preuve de l'influence du counselling à ce sujet. On sait par contre que les bêta-carotènes ne sont d'aucune utilité pour réduire la mortalité, la maladie cardiovasculaire et le cancer. En outre, une alimentation riche en fibres ne prévient pas le cancer colorectal, les vitamines aux propriétés antioxydantes

Tableau III

Prévention de l'état de fragilité – Actions préventives ayant des effets mesurables

Pratique régulière d'exercices physiques

Prévention des maladies aiguës

- Dépistage et traitement de la dépression
- Vaccination et prophylaxie antigrippale
- Prévention de la sédentarité après une chute
- Réduction de l'emploi de psychotropes

Amélioration de l'état de santé avant une intervention chirurgicale non urgente (préadaptation)

Retrait des obstacles à la convalescence

- Réduction des médicaments psychotropes
- Traitement de l'incontinence urinaire qui réduit les activités
- Traitement du syndrome postchute
- Non-encouragement de l'alitement
- Alimentation intensive des patients souffrant de malnutrition

et les minéraux ne semblent pas empêcher la dégénérescence maculaire tandis que les conseils concernant la perte de poids ne devraient être prodigués qu'aux patients ayant des problèmes de santé liés à l'obésité. La troisième section du *tableau II* résume les vaccins recommandés chez les patients âgés.

Vous vaccinez les Lavigneur contre la grippe chaque automne.

La dernière section du *tableau II* présente les recommandations de prévention les mieux documentées auprès des patients âgés souffrant d'une maladie établie. Plusieurs recommandations concernent les patients atteints d'athérosclérose, mais elles varient d'un organisme à l'autre. L'aspirine est efficace pour prévenir les AVC chez les patients ayant déjà souffert d'ischémie cérébrale transitoire ainsi que pour éviter l'infarctus non mortel et réduire la mortalité cardiovasculaire après un premier infarctus. Jusqu'à l'âge de 75 ans, le traitement de l'hypercholestérolémie en prévention secondaire permet de réduire le risque d'AVC et de maladie coronarienne. L'effi-

Encadré 2

Caractéristiques de l'état de fragilité

Neuf facteurs caractérisent l'état de fragilité : le grand âge (plus de 80 ans), la dépression, l'usage de sédatifs, la sédentarité, la diminution de la force musculaire des épaules ou des genoux, la baisse de l'acuité visuelle, les problèmes d'équilibre, les troubles de la démarche et l'incapacité des membres inférieurs.

cacité du traitement de l'hypertension systolique et diastolique pour réduire les problèmes cardiovasculaires est bien établie. De plus, le traitement de l'hypertension réduit le risque d'AVC même à un âge très avancé. La prudence est de mise, par contre, en cas d'hypotension orthostatique. Les avantages de l'anticoagulation orale dans la prévention d'un AVC embolique chez les patients âgés atteints de fibrillation auriculaire dépassent les risques d'hémorragie.

Les patients souffrant d'ostéoporose voient leur risque de fracture réduit par l'exercice physique et par la prise de bisphosphonates, de calcitonine ou de suppléments de calcium et de vitamine D lorsque l'alimentation ne suffit pas à couvrir leurs besoins. L'efficacité de l'hormonothérapie de substitution chez les femmes âgées est moins bien établie.

L'état de fragilité apparaît, en général, chez des personnes atteintes de maladies chroniques. Il est donc souvent trop tard pour faire de la prévention primaire. Par contre, la prévention secondaire permet d'éviter ou de freiner la perte d'autonomie fonctionnelle attribuable aux maladies chroniques et retarde l'apparition de la dépendance. Neuf facteurs caractérisent la fragilité. L'*encadré 2* les résume. Le repérage des patients à risque permet d'entreprendre des actions préventives qui ont fait leurs preuves. C'est le cas de l'exercice régulier, de la prévention de certaines maladies aiguës (comme la grippe), de l'amélioration de l'état de santé avant une intervention chirurgicale non urgente et du retrait des obstacles à la convalescence. Ces actions préventives sont illustrées dans le *tableau III*. Le recours aux services spé-

La prévention secondaire permet d'éviter ou de freiner la perte d'autonomie fonctionnelle attribuable aux maladies chroniques et retarde l'apparition de la dépendance.

cialisés de gériatrie n'est pas indispensable pour les patients âgés autonomes, mais l'approche globale et interdisciplinaire prônée dans ces services s'avère des plus utiles pour les personnes dont l'état est fragile.

Charles Lavigneur revient vous voir pour une vérification de sa pression artérielle. Tout est rentré dans l'ordre. Vous profitez toutefois de l'occasion pour aborder un autre sujet: Gertrude. Vous conseillez à M. Lavigneur d'inscrire son épouse au centre de jour de son secteur. Il pourra reprendre ses séances d'aquaforme et poursuivre en toute quiétude ses activités paroissiales qui lui tiennent à cœur.

Les personnes âgées qui participent à des activités sociales semblent généralement en meilleure santé que les autres. Diverses études ont mis en évidence un plus faible taux de mortalité chez les personnes âgées qui s'adonnent à des activités, qu'elles soient religieuses, récréatives ou sociales^{6,7}. Cause ou conséquence? En attendant d'avoir une réponse à cette question, le médecin devrait encourager l'engagement social qui est un indice de bonne santé chez les personnes âgées.

L'abus et la négligence infligés aux personnes âgées sont maintenant davantage reconnus comme étant d'importants problèmes psychosociaux. Leur prévalence est estimée entre 1 % et 10 % dans la collectivité, mais elle pourrait être plus élevée dans les milieux institutionnels. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique n'exclut pas ni ne recommande le dépistage systématique de signes d'abus et de négligence chez les personnes âgées, car cette intervention dans les soins de première ligne n'a pas fait l'objet d'études assez solides⁸. Néanmoins, on reconnaît la place privilégiée que peut occuper le médecin dans le dépistage et la prise en charge de ce problème. Le médecin devrait donc rester à l'affût des indices et explorer la question en cas de doute.

LA PRÉVENTION DEMEURE une activité de première importance auprès des patients âgés, que ce soit pour leur permettre de rester en bonne santé ou

Summary

The secrets of successful aging. This article presents useful aspects of prevention in the elderly. Recommendations for seniors made by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination concerning screening, counselling, vaccination and preventive interventions in chronic conditions are summarized. Interventions to prevent disabling conditions are also briefly reviewed.

Keywords: prevention, elderly, periodic health examination

pour freiner la perte d'autonomie fonctionnelle et l'apparition de la dépendance. 🦋

Date de réception : 12 novembre 2004

Date d'acceptation : 5 janvier 2005

Mots-clés : prévention, personne âgée, examen médical périodique

Bibliographie

1. Triscott JAC, Handfield-Jones RS, Bell-Irving KA, Windholz S et coll. Evidence-based care of the elderly health-guide. *Geriatrics Today* 2002; 6: 36-42.
2. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8 (1): 1-17.
3. Mehr DR, Tatum PE. Primary prevention of diseases of old age. *Clin Geriatr Med* 2002; 18 (3): 407-30.
4. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Dans : *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada; 1994. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/clinique/index.html
5. Murlow C, Lau J, Cornell J et coll. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Base de données Cochrane 4^e éd.* Oxford : Update Software; 2000.
6. Glass TA, Mendes de Leon CF, Marottoli RA et coll. Population-based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 1999; 319: 478-83.
7. Herzog AR, Ofstedal MB, Wheeler LM. Social engagement and its relationship to health. *Clin Geriatr Med* 2002; 18 (3): 593-609.
8. Patterson C. Prévention secondaire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Dans : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada; 1994. 922-9.
9. Hindmarsh JJ, Estes EH. Falls in older persons. Causes and interventions. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2217-22.

Le médecin devrait encourager l'engagement social qui est un indice de bonne santé chez les personnes âgées.

Repère