

Gériatrie

Prévention santé chez les personnes âgées – un conseil de qualité pour vivre plus longtemps

Thomas Münzer

Chefärzt Geriatrie St. Gallen, Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie

Malgré les avancées médicales, de nombreux patients gériatriques souffrent de problèmes de santé. Les personnes très âgées sont les principales concernées par le risque élevé de devenir dépendantes. Selon les chiffres actuels de l'Office fédéral de la statistique, en Suisse, seules 5% des personnes âgées de 75 ans sont prises en charge dans des établissements, ce nombre s'élève à près de 20% chez les personnes âgées de 85 ans et à 40% chez les plus de 90 ans [1].

A l'échelle mondiale, la question se pose de savoir quelles sont les possibilités permettant de combattre le handicap et la dépendance à un âge avancé. Dans ce contexte, la prévention menée dans le cadre de la prise en charge au sein de la médecine de famille revêt une importance capitale. A l'instar du traitement, les mesures de prévention chez les patients gériatriques doivent être interdisciplinaires et multidimensionnelles. La mise en pratique de tels programmes de prévention s'avère toutefois difficile. Le risque existe que des mesures de dépistage ou de prévention non ciblées, par exemple relatives au cancer du sein, au cancer de la prostate ou à l'anévrisme aortique, soient laborieuses, sources d'incertitude, voire responsables de dommages. Entre-temps, des options réalistes de mise en application efficace de la «prévention chez les personnes âgées» se profilent, également au sein du cabinet de médecine de famille.

Au cours des dernières années, la gériatrie suisse a apporté une modeste contribution à la recherche sur la prévention chez les personnes âgées. Si les visites préventives à domicile se trouvaient d'abord au cœur des études scientifiques [2], un instrument a été adopté au cours des dernières années, permettant d'établir de manière informatisée un profil de santé en s'appuyant sur les réponses à un questionnaire (*health risk assessment*, HRA) [3, 4]. Cet outil comprend d'une part des recommandations envers une modification du comportement de la personne concernée et, d'autre part, des conseils professionnels destinés aux médecins de famille. Les résultats d'une étude portant sur les effets à long terme, soit au bout de 8 ans, d'un HRA en Suisse

ont récemment été publiés [5]. Dans le cadre de cette étude, plus de 2000 personnes âgées de plus de 65 ans et vivant de manière autonome à leur domicile ont été réparties en deux groupes. Le groupe d'intervention a reçu des recommandations écrites établies sur la base d'un questionnaire HRA ainsi qu'une offre de conseils individualisée par le biais d'une infirmière spécialement qualifiée, qui avait été préalablement convenue avec le médecin de famille. Le groupe témoin a bénéficié de l'accompagnement médical habituel. Les conseils fréquents portaient sur l'augmentation de l'activité physique, l'optimisation de l'alimentation, la médication, les vaccins, le dépistage du cancer et le traitement de la pression artérielle. L'intervention a entraîné une amélioration considérable du comportement de santé et de prévention des personnes âgées sur une période de deux ans. Les participants du groupe d'intervention étaient physiquement plus actifs, avaient une alimentation plus équilibrée ainsi qu'une prévention personnelle sur le plan de la santé plus complète. Autre élément nouveau de cette étude: la mortalité a été comparée au bout de 8 ans dans les différents groupes, révélant que l'espérance de vie était supérieure dans le groupe d'intervention par rapport à celle du groupe témoin. Un cas de décès a ainsi pu être évité pour 21 personnes ayant bénéficié d'un HRA et d'un conseil préventif. La proximité à la pratique constituait un autre atout de l'étude. Cette dernière a été réalisée dans une région prédéfinie et non pas dans le cadre d'une sélection de cabinets ou de personnes âgées motivés, permettant ainsi de minimiser le biais de sélection. Toutefois, l'étude présente aussi des limites. Des résultats à long terme n'ont jusqu'à présent été obtenus nulle part ailleurs. De même, il n'a pas été possible de démontrer si l'effet positif sur le comportement de santé avait entraîné une réduction de la dépendance aux soins. Fondamentalement, le groupe de recherche a néanmoins montré qu'il était possible de mettre en application un modèle de prévention multidimensionnel efficace. Sur le plan financier, la reproduction d'un tel modèle représentera un défi pour le cabinet, puisque le HRA ne peut



Thomas Münzer

Correspondance:
 PD Dr Thomas Münzer
 Chefarzt Geriatrische Klinik
 St. Gallen
 Präsident der Schweizerischen
 Fachgesellschaft für Geriatrie
 Rorschacherstrasse 94
 CH-9000 St. Gallen
 thomas.muenzer[at]
 geriatrie-sg.ch

pas être facturé à la caisse d'assurance-maladie comme un test de laboratoire. A cette fin, des initiatives sont certainement nécessaires de la part des cabinets médicaux, par exemple sous forme de réseaux de médecins de famille, des pouvoirs publics, des groupes d'intérêts de personnes âgées et surtout des caisses d'assurance-maladie. Outre le HRA, il existe également d'autres possibilités permettant de mettre en application, au cabinet médical, des mesures préventives efficaces pour les personnes âgées. Elles doivent toutefois être individualisées ou adaptées à certains problèmes survenant fréquemment à un âge avancé, tels que les chutes [5].

Il n'est pas encore possible d'apporter une réponse univoque à la question de savoir comment les facteurs de risque isolés doivent être abordés chez les personnes âgées. Les recommandations relatives au traitement de l'hypertension servent d'exemple à l'incertitude régnante. L'année dernière, des changements sont intervenus dans ce domaine. Les directives internationales

révisées relatives au traitement de l'hypertension constituent davantage des recommandations spécifiques pour les seniors, notamment pour les personnes très âgées. Toutefois, les preuves restent encore relativement faibles pour ce dernier groupe. Un nouveau résumé concernant les directives relatives au traitement de l'hypertension récapitule deux principes fondamentaux: au vu de l'état actuel des études, il n'y a aucune raison de traiter l'hypertension chez les personnes de plus de 80 ans, saines et autonomes, autrement que chez les personnes de plus de 65 ans. Chez les personnes invalides qui sont déjà traitées par plusieurs médicaments pour d'autres raisons, les preuves sont toutefois moins claires. Dans ce cas, un contrôle individuel et d'autres valeurs cibles sont recommandés [4]. Pour faire simple, les personnes âgées en bonne santé doivent être traitées différemment des personnes âgées invalides. Il reste à voir quelles répercussions aura la dernière étude portant sur le traitement de l'hypertension chez les personnes présentant un risque cardiovasculaire ou âgées de plus de 75 ans sur l'évolution des directives. L'étude SPRINT [7] a démontré qu'une diminution de la pression artérielle systolique à une valeur cible de 120 mm Hg réduisait les cas de décès et les complications cardiovasculaires par rapport à une valeur cible de 140 mm Hg. Du point de vue gériatrique, il est intéressant de noter que plus d'un quart des participants à l'étude (2600 personnes) étaient âgés de plus de 75 ans et l'analyse en sous-groupes a confirmé, pour les plus de 75 ans, que la valeur cible stricte de 120 mm Hg se répercutait tout aussi favorablement à un âge avancé que chez des personnes plus jeunes. La question reste en suspens de savoir si un âge supérieur à 75 ans représente en soi un risque cardiovasculaire, comme le décrivent les auteurs en s'appuyant sur les critères d'inclusion, et comment nous devons gérer l'augmentation du nombre d'effets indésirables du traitement intensif de l'hypertension (syncopes, hypotension symptomatique) au cabinet médical. Après tout, les cas de chutes sévères avec séquelles graves n'étaient pas plus nombreux dans le groupe d'intervention.

Pour résumer, il peut être retenu que la prévention chez les personnes âgées est pertinente et peut également être introduite de manière globale. Plus les personnes sont âgées et invalides, plus il est nécessaire d'individualiser l'approche et de s'écarter des recommandations existantes.

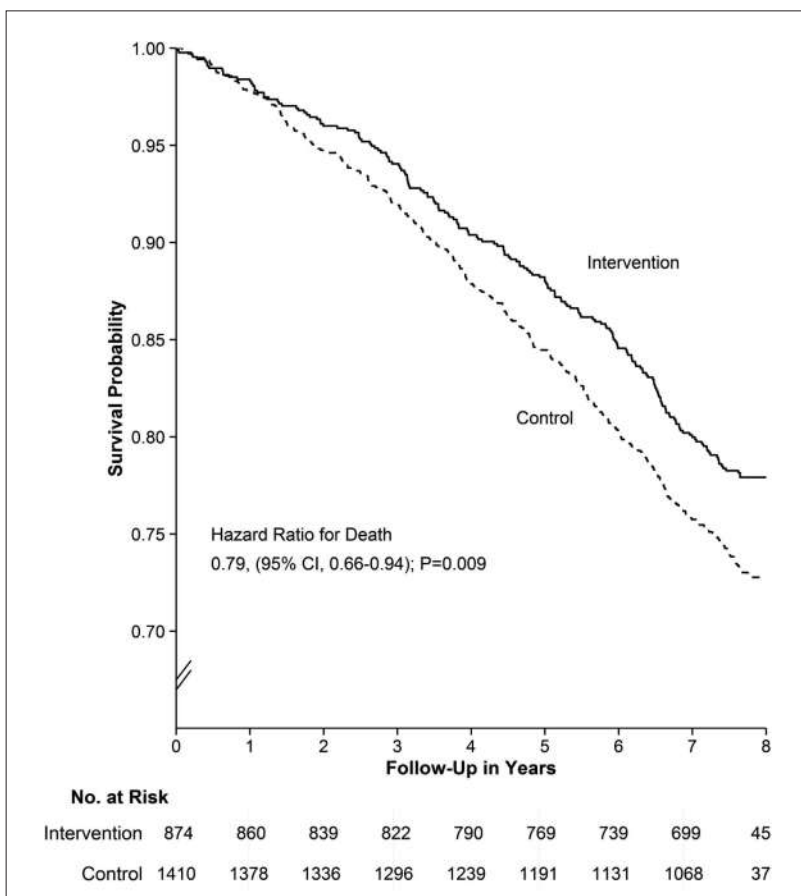


Figure 1: Probabilité de survie.

Le critère d'évaluation primaire après un suivi de 8 ans était la mortalité globale.

Basée sur l'estimateur de la survie de Kaplan-Meier.

Source: Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser J, et al. (2015). Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial. *PLoS Med* 12(10):e1001889. doi: 10.1371/journal.pmed.1001889.

Disclosure statement

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

Literatur / Références

- 1 Bundesamt für Statistik. Gesundheit im Alter - Daten, Indikatoren Personen in Heimen. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html>.
- 2 Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine*. 2000;160(7):977-86.
- 3 Stuck AE, Elkuch P, Dapp U, Anders J, Iliffe S, Swift CG. Feasibility and yield of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age and ageing*. 2002;31(6):463-7.
- 4 Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser, J, Gillmann G et al. Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: A pragmatic randomised trial. *PLoS Med*. 2015;12(10): e1001889. doi:10.1371.
- 5 Münzer T, Gnädinger M. Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Forum*. 2014;14(46):857-861.
- 6 Benetos A, Rossignol P, Cherubini A, Joly L, Grodzicki T, Rajkumar C. Polypharmacy in the aging patient: Management of Hypertension in Octogenarians *JAMA*. 2015;314(2):170-180. doi:10.1001/jama.2015.7517.
- 7 The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New Engl J Med* 2015; Nov 9. doi:10.1056/NEJMoa1511939.