Pierre Gallois
Jean-Pierre Vallée
Yves Le Noc
Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Mots clés : maladie d'Alzheimer, sujet âgé, trouble cognitif léger, troubles de la mémoire, vieillissement

UNAFORMEC

Des données pour décider en médecine générale

Les médias grand public ont récemment rappelé que si l'espérance de vie en France continue à augmenter, l'espérance de vie sans incapacité régresse. En plus des déficits physiques, l'apparition et l'aggravation progressive de déficits cognitifs sont au cœur des préoccupations de nos sociétés, associée à l'image de la perte d'autonomie et de la dépendance, telle que nous l'avons envisagé précédemment [1, 2]. Un jour peut-être, la pharmacologie pourra retarder réellement l'apparition et l'évolution de ces troubles cognitifs quotidiens, mais elle n'a pour le moment montré qu'une balance bénéfice/risque lourdement déficitaire [3]. L'enjeu central reste donc jusqu'à nouvel avis celui du maintien, malgré l'avancée en âge, d'une fonction physique et cognitive satisfaisante et le « bon usage » des moyens à mettre en œuvre pour la conserver, voire l'améliorer chez des personnes âgées en bonne santé.

Abstract: Successful aging: head and legs... Preventing the onset of cognitive deficits?
Representations of "age" vary according to context, and are based on a set of values and references that give a meaning to life. Knowing and understanding both this context and its social and environmental determinants can help to use them better in the interest of the person concerned.
Among the various indicators of aging, walking speed seems to give a first overall assessment of a potential or incipient fragility, which also helps to remind that it is never too late to start a physical activity...
The "cognitive reserve" will become weaker with age, but it may be increased by cognitive stimulation, to offer to any senior: card games, crossword puzzles, various social or intellectual, activities etc. Cognitive stimulation appears to be associated with a reduced risk of dementia (Alzheimer's or other). It would thus be a specific role, different from the promotion of physical activity and nutritional counseling.
Key words: Aged; Aging; Alzheimer disease; Memory Disorders

Bien vieillir : la tête et les jambes...

Prévenir l'apparition de troubles cognitifs ?

Ces dossiers sont issus de textes publiés chaque semaine depuis quelques années dans *Bibliomed*. Actualisés si nécessaire en fonction des données les plus récentes, ils ne résultent pas d'une revue systématique de la littérature, mais d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction.

DOI : 10.1684/med.2012.0851

Les questions auxquelles répond ce dossier ont fait l'objet de 3 publications de Bibliomed : 633 du 10 juin 2011, 623 du 14 avril 2011, 643 du 17 novembre 2011, 645 du 1er décembre 2011.

À défaut de pouvoir proposer un quelconque traitement pharmacologique efficace du vieillissement et des troubles cognitifs débutants, il est du rôle du médecin traitant de conseiller de multiples activités pour promouvoir le bien vieillir, à adapter bien sûr à chaque cas particulier, car toutes les études montrent que la représentation de la vieillesse dépend de nombreux facteurs différents selon les patients. Des activités de stimulation cognitive semblent, sous une approche différente, mais complémentaire des activités physiques et des ajustements nutritionnels, un des éléments importants du « bien vieillir », et associées spécifiquement à une réduction du risque de démence. Des activités sociales et intellectuelles, même individuelles et sédentaires plus proches de la vie quotidienne, ont montré qu'elles aidaient à maintenir l'autonomie, prévenir la démence, et allonger la durée de vie. Prendre en compte ces données permet d'aider au bien vieillir, et est sans doute plus constructif pour la personne âgée que de s'enfermer dans la recherche d'un « déficit cognitif léger » *(Mild Cognitive Impairment)*, dont nous avons vu l'intérêt très incertain et non sans inconvénients pour le patient, rejoignant très en amont et donc avec encore plus de responsabilité, la discussion sur le diagnostic précoce et l'annonce de la maladie d'Alzheimer.

Que signifie « vieillir » ?

Dans notre société, où la part des plus de 60 ans augmente chaque année, la question du « bien vieillir » est primordiale. La réponse dépend pour beaucoup des choix de vie personnels [1], mais aussi de facteurs socioculturels [4]. Selon des études, suisse [5] et française [6], les représentations de la vieillesse et du vieillissement – et les comportements qui en découlent – diffèrent profondément selon l'âge, les conditions sociales et le parcours de vie. Il est important pour le médecin de le prendre en compte pour choisir ce qui est le mieux adapté à la personne qui le consulte.

Que signifie « vieillesse » pour nos patients ?

Des chercheurs suisses [5] ont interrogé 177 octogénaires (la plupart vivant à domicile en relative bonne santé) et 102 jeunes adultes sur ce que leur inspirait le mot « vieillesse » comme images et propositions.

Parmi les jeunes (20 à 40 ans), sur 533 items, 93 font référence à la *dégradation du corps* (apparence et santé) ; 82 à des *aspects philosophiques de nature positive* (sagesse, expérience, disponibilité, écoute) ; 87 à des *aspects socio-familiaux* négatifs (solitude, manque de contacts), ou positifs (importance de l'entourage, rôle des grands parents) ; 51 à des *aspects psychologiques*, autant positifs (sérénité, plénitude, paix) que négatifs (détresse, angoisse, tristesse). Ainsi la vieillesse est ressentie pour 47 % comme associée à des pertes de divers ordres, mais pour 34 % à des ressources maintenues ou améliorées (connaissances, expérience, sagesse) ou acquises (temps libre, liberté, petits-enfants).

Chez les octogénaires, sur 429 items, 154 évoquent *des pertes* (santé fonctionnelle et apparence, pertes mentales et psychologiques, isolement, sentiment d'inutilité), *les aspects positifs n'étant que marginaux* (17) ; dans 144 items la vieillesse est un fait normal, inéluctable qu'il faut accepter, une identité qui n'a pas à être définie, mais qui est souvent négative.

Si la vision des ressources perdues est assez proche quel que soit l'âge (47 % et 36 %), **celle des ressources conservées ou acquises**, vue comme importante chez les jeunes, est marginale chez les octogénaires. La représentation identitaire est propre aux octogénaires et présentée comme une évidence, face à laquelle on ne peut rien.

Quels en sont les déterminants sociaux ?

Variations socioculturelles ? Dans l'étude suisse [5] les octogénaires genevois (région urbanisée à culture laïque) signalaient plus que les Valaisans (région semi-rurale à culture catholique) les ressources perdues (89 *vs* 68). Les Valaisans faisaient davantage référence au caractère inéluctable de la vieillesse (70 *vs* 36) et des pertes qui l'accompagne. Les auteurs attribuent ces différences à une morale de l'acceptation, de la soumission, en rapport avec les différences de culture et de relation avec le catholicisme (82 % des octogénaires valaisans ont une pratique religieuse régulière *vs* 55 % des Genevois).

Pessimisme et fatalité... Trente Français âgés répondant à 2 enquêtes [6] considèrent la retraite comme une mort sociale, avec l'âge et l'image de la vieillesse dans l'imaginaire collectif, *« la seule maladie dont on ne peut espérer guérir »*. Passer de l'autonomie à la fragilité et à la dépendance est considéré comme « obligatoire » alors même que la grande majorité vivent leur vieillissement sans perte d'autonomie, la dépendance ne concernant que 10 % des personnes âgées.

Mais hétérogénéité importante. Le parcours de vie, le métier, les valeurs et références culturelles, socialement et historiquement datées, tout ce qui a construit la personne, les évènements passés et présents conditionnent le vécu de la vieillesse, qui varie selon le sexe, le lieu d'habitation, le milieu et l'environnement social. Donner la parole à la personne concernée aide à la comprendre, à l'aider à être acteur de son devenir, à choisir ce qui est le mieux adapté pour elle.

Que conclure pour notre pratique ?

La vieillesse ne recouvre pas une réalité bien définie : l'espérance de vie varie selon le sexe, les régions, les métiers exercés ; vieillesse et vieillissement ne peuvent être pensés en dehors du contexte socioculturel et environnemental.

Les représentations de la vieillesse varient selon le contexte. L'analyse ne peut être qu'individuelle, centrée sur le parcours de vie de la personne âgée. La « vieillesse » est une conception plurielle et hétérogène, basée sur un ensemble de valeurs et références qui donnent sens à l'existence.

Ce n'est qu'en donnant la parole à la personne âgée que l'on peut « entendre » l'ensemble de son contexte et varier les conseils demandés. Il faut connaître et comprendre ce contexte et ses déterminants sociaux et environnementaux pour les utiliser au mieux dans l'intérêt de la personne concernée.

La marche rapide, marqueur du « bien vieillir »

L'activité physique est bénéfique chez la personne âgée et très âgée en termes de prévention de la dépendance, de morbidité, de mortalité [7]. Des bénéfices substantiels peuvent être obtenus avec une marche de durée suffisante, au moins 30 mn 4 fois par semaine, les activités de haut niveau ne semblant pas supérieures [1]. Trois études, israélienne [8], française [9] et américaine [10] montrent que l'aisance de la marche (estimée sur sa vitesse) est un bon marqueur de l'état de santé global de la personne âgée.

L'activité physique est bénéfique à tout âge

Comme d'autres, une récente étude israélienne [7] a confirmé, chez 1821 sujets nés en 1920-21 et suivis de 1990 à 2008, le bénéfice de l'activité physique sur la mortalité et les capacités fonctionnelles. Après ajustement en fonction des facteurs confondants, la mortalité actifs *vs* sédentaires était à 70 ans sur 8 ans de 15,2 % *vs* 27,2 % ; à 78 ans sur 8 ans de 26,1 *vs* 40,8 ; à 85 ans sur 3 ans de 6,8 *vs* 24,4. Un bénéfice significatif était obtenu même si l'activité physique débutait entre 70 et 78 ans ($p = 0,04$), voire entre 78 et 85 ans ($p < 0,001$), ceux qui arrêtaient retrouvant les taux des sédentaires. L'amplitude du bénéfice augmentait chez les plus âgés La participation à des activités de haut niveau (jogging, natation) ne montrait pas plus de bénéfice que la marche au moins 4 heures/semaine.

Vitesse de marche et mortalité cardiovasculaire

Une étude française [8] a suivi 5,1 ans en moyenne 3 208 hommes et femmes de plus de 65 ans et analysé leur mortalité selon leur vitesse de marche habituelle (ceux qui avaient une pathologie agissant sur la marche ont été exclus de l'étude). Il leur était demandé de marcher le plus vite possible dans un couloir, la vitesse étant évaluée sur une longueur de 6 m. Ils étaient répartis en « lents », « moyens » et « rapides » sur 2 seuils définis à 1,5 et 1, 85 m/s (hommes) ou 1,35 et 1,50 m/s (femmes). Les « lents » étaient plus âgés, avec un IMC plus élevé, un moindre niveau d'éducation et d'activité physique, souvent une HTA, un diabète, une dyspnée d'effort ; sur 6 ans de suivi, leur mortalité globale était de 44 % plus élevée, la mortalité cardiovasculaire triplée, celle par cancer non modifiée. Les auteurs concluent que la simple mesure de la vitesse de marche chez la personne âgée donne une bonne idée de son risque cardiovasculaire et de son état général.

Vitesse de marche et survie

Une étude américaine [9] a regroupé 9 études de cohortes (34 485 personnes de plus de 65 ans, âge moyen 73,5 ans, 1 765 de plus de 85 ans, suivies 6 à 21 ans entre 1986 et 2000, vivant à domicile). La vitesse de marche habituelle mesurée sur 4 à 6 m était en moyenne de 0,92 m/s (de 0,4 à plus de 1,4). Il y a eu 17 528 décès. La survie globale était de 84,8 % à 5 ans et de 59,7 % à 10 ans. Dans toutes les études cette survie augmente avec la vitesse de marche, encore plus après 75 ans : ainsi chez l'homme à 75 ans, la survie à 10 ans va de 0,18 à 0,86, et à 85 ans de 0,3 à 0,88, avec des chiffres un peu meilleurs chez la femme. Globalement une vitesse > 1,1 m/s (4 km/h) témoignait de la probabilité d'un vieillissement en bonne santé, et < 0,6 m/s (2 km/h) de problèmes de santé et d'autonomie. L'espérance de vie semble supérieure à la moyenne avec une vitesse de marche de 1,0 m/s, et exceptionnelle avec 1,2 m/s, mais cela nécessite d'autres études.

À quoi cela peut-il servir en pratique ?

La mesure de la vitesse de marche est en théorie simple et non onéreuse. La mesure proposée se fait sur 4 ou 6 m avec un chronomètre, en demandant de marcher au pas le plus rapide, mais sans courir. Le test, au-delà de l'espérance de vie, permet d'apprécier pour une décision, au-delà de l'âge chronologique, la fragilité et les risques d'une situation, par exemple devant un cancer, une indication opératoire, l'utilité d'un bilan gériatrique. Ce n'est pas une simple mesure de capacités fonctionnelles, mais un marqueur de réserves physiologiques, permettant de quantifier l'état de santé global, un nouveau « signe vital » spécialement sensible pour les personnes âgées, autant qu'un ensemble d'indicateurs plus classiques associés, et qui devrait être facilement utilisable en médecine générale [10, 11].

Que conclure pour notre pratique ?

L'évaluation des risques est difficile chez les personnes âgées : les multiples indicateurs et tests disponibles sont parfois de mise en œuvre difficile. La vitesse de marche semble un test fiable donnant une première appréciation globale, indiquant une fragilité potentielle ou débutante.

La mise en œuvre de ce test est en théorie simple : il y faut quelques mètres de couloir, un chronomètre et une règle de trois, mais c'est parfois difficile à faire comprendre et à réaliser dans des locaux mal adaptés. La simple appréciation du patient lui-même n'est qu'approximative, mais des repères pratiques (temps et distance pour aller chez le boulanger par exemple...) peuvent être pour le clinicien un élément utile d'approche d'une évaluation globale de son patient âgé.

Le test en lui-même permet de rappeler qu'il n'est jamais trop tard pour débuter une activité physique et d'insister sur son importance à tout âge.

Peut-on renforcer les fonctions cognitives chez la personne âgée ?

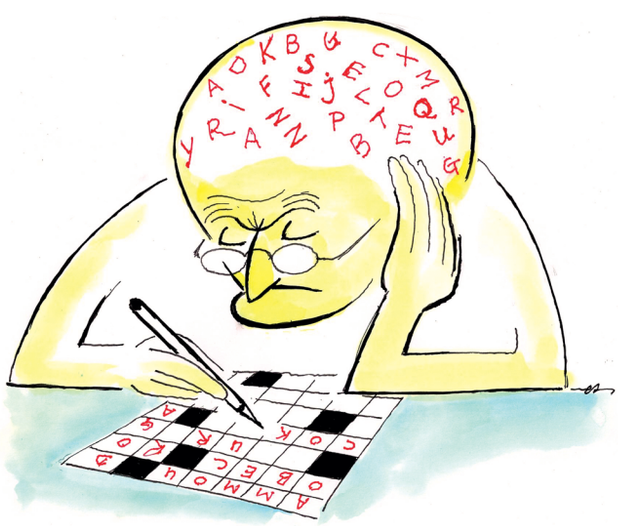
La perte d'autonomie chez la personne âgée dépend pour beaucoup de son activité physique et de son état nutritionnel [1]. Mais la qualité et la rapidité des processus cognitifs contribuent aussi aux activités de la vie quotidienne, aux possibilités de déplacement, à la conduite automobile. Plusieurs études ont permis de comprendre les enjeux du maintien d'une bonne fonction cognitive et les moyens à mettre en œuvre pour la conserver, voire l'améliorer chez les personnes âgées en bonne santé [12, 13].

Facteurs cognitifs et capacités fonctionnelles

Les fonctions cognitives (mémoire, raisonnement, fonctions exécutives, rapidité des processus) déclinent avec l'âge, ce qui peut jouer sur les comportements, la mobilité, les activités de la vie quotidienne, la conduite automobile, le risque de chute. Leur rapidité, en particulier celle des processus visuels (mesurée par le test UFOV) joue sur les capacités de conduite automobile, le risque de chute, le périmètre d'autonomie autour du domicile *(life space)*. Une revue de la littérature a montré chez des personnes âgées en bonne santé, exemptes de toute démence, vivant à domicile, les effets négatifs non négligeables d'un déclin cognitif, même léger, s'ajoutant à ceux des facteurs médicaux, sociologiques et sensoriels [12].

Stimuler les fonctions cognitives est bénéfique

Aucun médicament n'a d'efficacité démontrée. En revanche, la stimulation des fonctions cognitives centrées sur la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, est bénéfique dans de nombreuses études, à côté des actions sur l'activité physique, la nutrition, les activités psychosociales [13] : 14 études d'une revue générale, dont 2 avec un suivi de 2 ans et une de 5 ans, montrent un bénéfice sur au moins l'un de ces aspects [13]. Les méthodes utilisées et les modes d'évaluation étaient très divers, ciblés le plus souvent sur la mémoire, mais aussi sur le raisonnement autour des problèmes de la vie quotidienne. Dans l'une des études, il était montré que la qualité de vie et le bien-être étaient améliorés.



Bénéfice à moyen et long terme

Une cohorte de 2 832 personnes (âge moyen 73,6 ans) a été suivie 5 ans [14], randomisée en 1 groupe contrôle et 3 groupes intervention, ciblés respectivement sur la mémoire, le raisonnement ou la vitesse de processus, ceci au cours de 10 sessions de 1 h. Une formation de rappel à 1 an ou 2 était réalisée pour un échantillon tiré au sort. Les capacités cognitives (résolution de problèmes) et les performances pour les activités de la vie quotidienne étaient meilleures dans les groupes intervention, surtout pour les formations ciblées sur le « raisonnement ». Le bénéfice était augmenté dans l'échantillon bénéficiant d'un rappel. Cette amélioration se maintenait à 5 ans.

Comment stimuler les fonctions cognitives ?

Chez les personnes âgées en bonne santé, les actions visant les « réserves cognitives » intriquent formation et stimulation, en cherchant à mobiliser la mémoire, les associations d'idées, les représentations d'images visuelles, plus rarement les raisonnements sur les activités de la vie quotidienne, la résolution de problèmes, les raisonnements abstraits. Les résultats sont positifs sur les tests de mémoire, d'attention, de fonction exécutive et de rapidité des processus. Ces méthodes restent cependant très abstraites : les auteurs de la revue de littérature suggèrent de développer et d'évaluer des programmes plus concrets comprenant des activités telles que mots croisés, Sudoku, jeux de carte, implication dans des activités associatives [13].

Que conclure pour notre pratique ?

Le « bien vieillir » dépend de la qualité des fonctions cognitives, autant que de l'activité physique et de l'alimentation. Les fonctions cognitives conditionnent en particulier les activités de la vie quotidienne, le périmètre d'autonomie autour du domicile, le risque de chutes, la conduite automobile, tous facteurs d'autonomie.

Diverses méthodes peuvent renforcer les fonctions cognitives chez la personne âgée. La réserve cognitive va en s'affaiblissant avec l'âge, mais on peut limiter son déclin ou l'améliorer comme l'ont montré des études randomisées de formations avec stimulations cognitives.

Les stimulations cognitives doivent être proposées à toute personne âgée pour assurer son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être [15]. Au-delà des formations, des moyens plus simples peuvent être conseillés, comme les jeux de carte, mots croisés, ainsi de nombreuses activités sociales ou intellectuelles. De nombreuses études observationnelles ont été consacrées à tous ces moyens.

Les activités sociales ou intellectuelles à privilégier

Le « bien vieillir » dépend des fonctions cognitives, comme des activités physiques et de l'état nutritionnel. S'il est démontré que la stimulation cognitive est bénéfique, les programmes proposés dans les essais sont complexes. Plusieurs études ont analysé l'influence d'activités sociales ou même individuelles et sédentaires plus proches de la vie quotidienne. Elles ont montré que ces activités étaient bénéfiques en termes de maintien de l'autonomie (maintien des activités de la vie quotidienne), des capacités cognitives, de prévention de la démence, mais aussi de réduction de la mortalité [16-20].

Participer à des activités sociales est associé à un moindre déclin des fonctions motrices

Une étude de cohorte (2 812 personnes vivant à domicile suivies à 12 ans) montrait en 1999 l'association entre le faible niveau d'activités sociales des personnes âgées et l'augmentation de leur déclin cognitif [16].

Une cohorte plus récente a suivi durant 4,9 ans en moyenne 906 personnes âgées valides [17]. Les auteurs ont évalué leurs fonctions motrices, autonomie, cognition, état vasculaire et articulaire, humeur. Six activités impliquant une interaction sociale (restaurant et activités sportives, bénévolats divers, voyages, visites aux amis, activités de groupe ou d'associations, activités religieuses) étaient cotées selon leur fréquence (une fois par an ou moins, plusieurs fois par an, par mois, par semaine, tous les jours ou presque). La plus faible participation à ces activités était associée à un plus rapide déclin des fonctions motrices (33 % pour chaque point de diminution de ces activités, ce qui correspondait à 5 ans d'âge de plus) mais également à une augmentation de 65 % du risque de perte d'autonomie et de 40 % de mortalité, indépendamment des facteurs confondants (activité physique et cognitive, autonomie, masse corporelle, maladies chroniques...).

Une autre étude de cohorte récente (954 personnes suivies 5 ans en moyenne) a montré une réduction importante du risque d'incapacités motrices et une amélioration des activités de la vie quotidienne en fonction du niveau d'activités sociales [18].

Lire tous les jours réduit la mortalité et semble ralentir le déclin cognitif

Une étude de cohorte a suivi pendant 8 ans 461 Israéliens âgés de 70 ans en bonne santé [19]. La lecture quotidienne (62 % à 70 ans et 68 % à 78 ans) était associée, comme dans d'autres études, à une réduction de la mortalité chez les hommes, bien qu'il s'agisse d'une activité solitaire et sédentaire. Dans une autre étude chez des personnes de 92 ans, lire, regarder la télévision, écouter la radio quelquefois ou quotidiennement, était prédictif d'une meilleure survie à 2 ans, en fonction de la fréquence de ces activités solitaires et sédentaires. Cependant, une autre étude trouve des résultats opposés entre la télévision, essentiellement passive, et la lecture active, seule prédictive d'une réduction du déclin cognitif [19].

Les activités de loisir sont-elles associées à un moindre risque de démence ?

Dans une cohorte américaine de 469 sujets de plus de 75 ans suivis 5 ans, les activités de loisir (lecture, mots croisés, jeux de société, danse, usage d'instruments de musique) étaient associées à une réduction du risque de démence. Les sujets dont la fréquence des d'activités était dans le tiers supérieur avaient un risque de démence réduit de 63 % par rapport à ceux du tiers inférieur, sans qu'il y ait d'association entre le niveau d'activité physique et le risque de démence. Il semble que la stimulation cognitive soit en cause [20].

Que conclure pour notre pratique ?

La stimulation cognitive a sa place parmi les conseils donnés pour le « bien vieillir », autant que l'exercice physique. Des exercices spécifiques de stimulation cognitive peuvent être envisagés, mais il faut surtout privilégier les conseils concernant les activités de loisir. Celles qui demandent une participation active semblent préférables à des activités passives et solitaires telles que regarder la télévision.

Les multiples activités à conseiller peuvent être adaptées à chaque cas particulier. On peut retenir notamment l'intérêt des activités de groupe (activités « sociales »), mais aussi individuelles lorsqu'elles comportent une participation active (lecture, mots croisés...).

La stimulation cognitive semble associée à une réduction du risque de démence (Alzheimer ou autres). Il s'agirait donc d'un rôle spécifique, différent de la promotion des activités physiques et des conseils nutritionnels.

Références :

1. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Les règles d'or du « bien vieillir ». Prévenir, manger, bouger. Médecine. 2009;5(10):456-62.
2. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Mémoire et âge : *« mais que suis-je donc venu faire là ? »* Médecine. 2012;8(5):214-9.
3. Nicot P. Médicaments indiqués en traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. Deuxième partie : effets indésirables. Médecine. 2011;7:453-8.
4. Barthélémy L, Pin S, Richard L, Filiatrault J, Gauvin L, kestens Y, et al. Les déterminants socio-environnementaux de la santé des ainés. Santé de l'homme. 2011;411:11-42.
5. Hummel C. Représentations de la vieillesse chez de jeunes adultes et des octogénaires. Gérontologie et société. 2001;3(98):239-51.
6. Alvarez S. Représentations sociales du vieillissement : changer de regard. Santé de l'homme. 2011;411:15-8.
7. Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Ein-Mor E, Jacobs JM. Physical activity, function and longevity among the very old. Arch Intern Med. 2009;169:1476-83.
8. Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alpérovitch A, Tzourio C. Slow walking and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. BMJ. 2009;339:b4460.
9. Studenski S. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011;305:50-8.
10. Cesari M. Role of gait speed in the assessment of older patients. JAMA. 2011;305 :93-4.
11. Harwood RH, Conroy SP. Slow walking speed in elderly people. BMJ. 2009;339:1153-4.
12. O'Connor ML, Hudak EM, Edwards JD. Cognitive speed of processing training can promote community mobility among older adults. A brief review. J Aging Res. doi:10.4061/2011/430802
13. Tardif S, Simard M. Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. Int J Alzheimer Dis. On line 15-8-2011 378934.
14. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, et al. ACTIVE Study Group. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA. 2006;296(23):2805-14.
15. Shumaker SA, Legault C, Coker LH. Behavior-based interventions to enhance cognitive functioning and independence in older adults. JAMA. 2006;296(23):2852-4.
16. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Ann Int Med. 1999;131:165-73.
17. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. Arch Int Med. 2009;169(12):1139-46.
18. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66A(4):467-73.
19. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Stessman J. Reading daily predicts reduced morality among men from a cohort of community-dwelling 70-years-olds. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2008;638(2):S73-S80.
20. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. NEJM. 2003;348(25):2508-16.

Bien vieillir : la tête et les jambes...

- **Les représentations du « vieillir » varient selon le contexte**, basées sur un ensemble de valeurs et références qui donnent sens à l'existence. Connaître et comprendre ce contexte et ses déterminants sociaux et environnementaux permet de les utiliser au mieux dans l'intérêt de la personne concernée.

- Parmi les multiples indicateurs du vieillissement, **la vitesse de marche semble donner une première appréciation globale d'une fragilité potentielle ou débutante**, ce qui permet aussi de rappeler qu'il n'est jamais trop tard pour débuter une activité physique...

- **La « réserve cognitive » va en s'affaiblissant avec l'âge, mais peut être améliorée par des stimulations cognitives**, à proposer à toute personne âgée : jeux de carte, mots croisés, nombreuses activités sociales ou intellectuelles, etc. La stimulation cognitive semble associée à une réduction du risque de démence (Alzheimer ou autres). Il s'agirait donc d'un rôle spécifique, différent de la promotion des activités physiques et des conseils nutritionnels.