UNAFORMEC

Des données pour décider en médecine générale

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

Mots clés : activité physique, dépendance, fragilité, incapacités, interdisciplinarité, personne âgée, prescription, prévention, risque cardiovasculaire, régime

Soigner des personnes âgées est une situation quotidienne d'une grande fréquence pour la plupart des médecins généralistes. Plus encore que chez les autres patients, la médecine des personnes âgées ne peut être qu'une médecine globale prenant en compte la plainte qui motive la rencontre, mais aussi tout l'ensemble de la personne. La place d'une médecine réellement « préventive » est essentielle : les conseils concernant l'alimentation et surtout l'activité physique ont largement fait la preuve de leur efficacité à tout âge dans des études de cohorte et des essais randomisés, tant pour l'espérance de vie, la prévention de diverses maladies, particulièrement les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'ostéoporose, que pour la prévention des chutes, de la perte d'autonomie et de la dépendance. Dans une population comme la nôtre, où l'espérance de vie est en constante augmentation, proposer et mettre en œuvre les mesures nécessaires pour ajouter de la qualité de vie à sa quantité sont indispensables.

Les règles d'or du « bien vieillir »

Prévenir, bouger, manger…

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.

Qui sont les personnes âgées ? On avait coutume de parler de personne âgée à partir de 60 à 65 ans, âge de la retraite professionnelle [1]. En fait avec l'amélioration des conditions de vie et des possibilités thérapeutiques, l'état de santé des moins de 80 ans est souvent proche de celui des « adultes ». L'âge de 75 ans est actuellement le plus souvent retenu pour inclure spécifiquement des personnes âgées dans des essais thérapeutiques afin d'identifier les bénéfices et risques pour ce type de population. Les problèmes spécifiques liés au vieillissement, avec la réduction ou la perte d'autonomie fonctionnelle, apparaissent de façon importante beaucoup plus tard, entre 80 et 85 ans, tout en restant minoritaires jusqu'à un âge très avancé : 63 % des personnes de plus de 85 ans, selon l'INSEE, vivaient seules ou en couple en 1999. Il est de plus en plus admis de retenir une catégorie de « très vieux » qui commence à 85 ans. Mais parallèlement il est de plus en plus constaté des nonagénaires et même des centenaires vivant seuls et restés autonomes [2]. La fragilité, le risque de perte d'autonomie, l'isolement et les problèmes médico-sociaux vont bien sûr croissant avec l'âge, mais chez ces « aînés » bien-portants, selon l'appellation en cours au Québec, l'importance de préserver les capacités de « bien vieillir » est considérable.

Les questions auxquelles répond ce dossier ont fait l'objet de 5 publications de Bibliomed : 494 du 21 février 2008, 496 du 7 mars 2008, 392 du 20 juin 2005, 542 du 16 avril 2009, 545 du 7 mai 2009.

DOI : 10.1684/med.2009.0492

L'activité physique : bénéfique pour les personnes âgées

Chez les personnes âgées, la réduction de l'espérance de vie fait souvent penser que le temps de la prévention est passé. En fait il n'en est rien, particulièrement dans le domaine des actions sur le mode de vie. De nombreuses études ont montré le bénéfice de la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées, et ceci à tout âge. Ce bénéfice est prouvé dans de nombreux domaines (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, ostéoporose) mais surtout sur des situations spécifiques : prévention des chutes, de la dépendance et du déficit cognitif. Une synthèse [3] et plusieurs études récentes [4-6] nous permettent de faire le point.

Elle est bénéfique pour nombre de maladies

Les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2 voient leur incidence réduite dans de nombreuses études comprenant des adultes avant et après 65 ans. La perte osseuse post-ménopausique est limitée, les douleurs arthrosiques et le sommeil améliorés [3].

Elle réduit la mortalité

Le suivi de 17 000 anciens élèves de Harvard a montré une réduction de 50 % de la mortalité toutes causes chez ceux qui avaient une forte activité physique, quel que soit l'âge. Une étude chez des sujets de plus de 65 ans montrait une réduction de 30 % de la mortalité des actifs par rapport aux sédentaires [3]. Chez 302 adultes (70 à 82 ans) suivis 6 ans, le taux de mortalité était inversement proportionnel à l'activité physique [4].

Elle est un facteur prédictif d'un vieillissement sans besoin d'aide

Une étude française a suivi 20 ans 869 sujets âgés de 60 ans et plus au début. 532 sujets sont décédés dans les 20 ans. Chez 53 % des survivants (âge moyen 87 ans) la grande majorité jugeaient bonnes leur santé (4 hommes sur 5, 1 femme sur 2) et leur qualité de vie (2 hommes sur 3, 1 femme sur 2) ; près de 60 % n'avaient pas besoin d'aide dans les activités de base de la vie quotidienne. Le facteur prédictif le plus puissant de ce vieillissement sans besoin d'aide était le niveau d'activité physique, corrélé également à une mortalité moindre [5].

Elle retarde la dépendance

Plusieurs études ont montré moins d'incapacités fonctionnelles, de troubles de la marche chez les sujets actifs que chez les sédentaires. Le maintien de l'activité physique contribue au maintien de la mobilité et des capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Trois séances hebdomadaires de 20 mn d'entraînement permettent de limiter la réduction des aptitudes physiques observée chez les personnes âgées, à condition de poursuivre les séances au long cours, même chez les sujets très âgés. La force musculaire, peut être maintenue, voire augmentée, même à un âge très avancé [3].

Elle réduit l'incidence des chutes et fractures

Un entraînement spécifique améliore contrôle postural, fonction d'équilibration, marche, dont les déficits sont un facteur important de chutes. Plusieurs études ont montré, avec des programmes d'activité physique, un recul de survenue de la première chute, une réduction de l'incidence et de la sévérité des chutes [3].

Elle semble améliorer le fonctionnement cognitif

Cette amélioration est assez spécifique du sujet âgé et, aussi, proportionnelle au degré de vieillissement cognitif. Plusieurs études ont montré une amélioration des performances cognitives après un entraînement. Une sous-étude de la *Nurses' Health Study*, chez 18 766 infirmières de 70 à 81 ans, a montré qu'une activité physique régulière, incluant la marche, était associée à une fonction cognitive significativement meilleure et un moindre déclin de la fonction cognitive [6]. Une autre étude dans le même numéro du JAMA publiant cette étude suggère même une réduction de l'incidence des démences.

Que conclure pour notre pratique ?

L'activité physique est bénéfique chez les personnes âgées. Elle réduit la morbidité cardiovasculaire et diabétique, la mortalité, mais surtout retarde et limite les déclins de nombreuses fonctions : marche, équilibre, force musculaire, fonction cognitive, retardant ainsi la dépendance. Ces bénéfices sont constatés même chez les sujets très âgés.

L'activité proposée doit être personnalisée, après évaluation des possibilités (cardiaques, articulaires...) et des déficits d'aptitude physique (endurance, force musculaire, équilibre...). On peut privilégier l'échauffement, l'association d'exercice en endurance (en particulier la marche) et en résistance (musculation), la récupération et la durée plutôt que l'intensité [3]. L'aide d'un kinésithérapeute peut être utile. De tels conseils doivent être largement proposés, quel que soit l'âge.

Prescrire l'activité physique chez les personnes âgées

L'activité physique est donc largement bénéfique chez les personnes âgées sur la morbidité, la mortalité, la prévention des chutes et de la dépendance, mais comment et quoi prescrire ? Jusqu'à quel âge ? N'est-il pas parfois trop tard ? Une synthèse du BMJ apporte des éléments importants [7], bien que l'absence de référence des études citées et de preuves pour les méthodes proposées ne permette pas de faire le partage entre données validées et opinions ou consensus (il en est de même de la recommandation de l'ANAES [8]).

L'activité physique « rajeunit » la force et l'endurance

En dehors de toute maladie, les personnes âgées perdent par an 1 à 2 % de leur force musculaire et 3 à 4 % de leur puissance motrice (force × vitesse), altérant les activités de la vie quotidienne. Dans une étude chez des sujets de 70 à 74 ans, près de 50 % des femmes et 15 % des hommes ne peuvent monter une marche de 30 cm sans rampe (force trop faible) ; 80 % des femmes et 35 % des hommes ne peuvent marcher confortablement à 5 km/h (capacité d'endurance diminuée) ; chez 1/3 des femmes et 1/4 des hommes l'abduction de l'épaule est altérée rendant difficile le lavage des cheveux (flexibilité diminuée).

L'exercice régulier améliore force, endurance et flexibilité, comme chez des plus jeunes. Dans 2 études chez des femmes de 75 à 93 ans, 12 semaines d'entraînement améliorent la force de 24 à 30 % (« rajeunissement » de la force de 15 à 20 ans), 24 semaines d'entraînement à l'endurance l'améliorent de 15 % (« rajeunissement » de l'endurance de 15 ans).

Quel type d'activité prescrire ?

Le programme doit être progressif et agréable, intéresser force, endurance, flexibilité et coordination. Il doit utiliser les principaux groupes musculaires avec des exercices permettant d'effectuer sans douleurs le plus large type de mouvements, renforcer les postures, la conscience du corps et l'équilibre. Une combinaison d'activités récréatives régulières de marche et de natation, d'une intensité qui reste confortable, de préférence combinée avec des exercices spécifiques visant la force et la souplesse, peut répondre à ces critères. Il peut être intéressant de réaliser collectivement certaines activités, ce que souhaitent de nombreuses personnes âgées.

Quelle intensité conseiller ?

Des exercices vigoureux, s'ils ne sont pas obligatoires, peuvent renforcer le bénéfice. Mais de nombreuses données montrent que des bénéfices substantiels peuvent être obtenus avec une intensité modérée, mais probablement prolongée. Pour les activités d'endurance, telles que la marche et la natation, il est conseillé 30 minutes d'exercice 5 fois par semaine, l'effort ressenti devant rester « confortable », avec un léger essoufflement, l'intensité variant selon les personnes. On peut aller progressivement de 5 mn à 30 mn. Toute activité est meilleure que rien, une par semaine mieux qu'aucune. Il n'est jamais trop tard pour commencer. Les activités récréatives comme la danse sont bénéfiques.
Chez les personnes très âgées ou fragiles, le bénéfice potentiel est grand avec des exercices de renforcement musculaire, d'assouplissement, d'équilibre et de coordination des mouvements, centrées sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, avec l'aide d'un professionnel spécialisé [8].

Garantir la sécurité

Le médecin doit connaître les pathologies et traitements en cours, sélectionner les exercices adaptés. Mais il ne faut pas assurer la sécurité par l'exclusion. Un hypertendu diabétique tirera ainsi un grand bénéfice d'une activité progressive. Un insuffisant cardiaque stabilisé doit savoir qu'un essoufflement modéré est normal, mais que sa survenue plus facile que lors des exercices antérieurs est anormale. Les médecins, souvent moins compétents dans ce domaine que les professionnels de l'exercice physique, sont cependant les responsables cliniques.

Que conclure pour notre pratique ?

La baisse des capacités motrices liée à l'âge n'est pas inéluctable. Il est prouvé que des exercices physiques adaptés permettent non seulement de l'arrêter, mais d'obtenir une récupération, et ceci à tout âge. Il est donc bénéfique de conseiller l'activité physique aux personnes âgées, et il n'est jamais trop tard pour cela.
La prescription (le conseil) doit être adaptée à chaque personne. Elle doit viser le bien-être, assurer un certain plaisir, avoir un caractère récréatif et être diversifiée. Sa réalisation en groupe peut apporter une facilité supplémentaire. Son intensité peut rester modérée, mais la répétition dans la durée est un gage de bénéfice.
Le médecin est responsable de la sécurité : les fréquentes pathologies existantes ne doivent pas être facteurs d'exclusion, mais d'adaptation. La bonne tolérance doit être évaluée. La mise en œuvre concrète gagne souvent à être confiée à un professionnel spécialisé, surtout chez les personnes très âgées ou fragiles.

Régime méditerranéen et mode de vie adaptés à l'âge

Les données épidémiologiques ont mis en évidence de fortes disparités entre le sud et le nord de l'Europe, non seulement pour le risque cardiovasculaire puisque la mortalité coronarienne varie de 1 à 4, mais aussi pour certains cancers et pour la mortalité globale [9, 10]. Le régime méditerranéen ou crétois a été considéré comme l'une des explications possibles de ce gradient. Une étude lyonnaise avait montré en 1994 le bénéfice d'un tel régime sur la mortalité après infarctus du myocarde [9, 10]. Deux études récentes en prévention primaire, sur des populations de plus de 60 ans, apportent de nouvelles données [11, 12].

L'étude EPIC

Près de 520 000 volontaires sans pathologie avérée ont été recrutés dans 23 centres de 10 pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) [11]. Ils ont été suivis entre 1992 et 2000. Les apports quotidiens (en poids et valeur énergétique) de 14 groupes d'aliments étaient évalués selon un questionnaire adapté aux habitudes alimentaires locales. La consommation de composants bénéfiques (légumes, céréales, fruits, poisson) était cotée 0 quand elle était au-dessous de la moyenne, 1 au-dessus. Celle des composants pouvant être préjudiciables (viande rouge, produits laitiers) était inverse : 1 au-dessous de la moyenne, 0 au-dessus ; une cotation de 1 était attribuée pour les consommations modérées de boissons alcoolisées ; le rapport entre graisses non saturées et saturées était pris en compte. Un score de 6 à 9 témoignait d'une forte adhésion au régime de type méditerranéen. Les facteurs confondants (poids du corps, mode de vie, statut tabagique, activité physique, niveau éducationnel) ont été analysés.

Parmi les 74 607 participants de plus de 60 ans, indemnes de maladies cardiovasculaires et de cancer à l'inclusion (EPIC-elderly cohort), 4 047 décès ont eu lieu durant l'étude. Chaque augmentation de 2 points du score du régime méditerranéen était associée à une réduction de la mortalité globale de 8 %. Ce résultat était significatif, même en tenant compte des facteurs confondants. Plus marqué en Grèce et en Espagne, il persistait pour les autres pays pris isolément.

L'étude HALE

Cette étude a suivi de 1988 à 2000 une cohorte de 2 339 personnes âgées de 70 à 90 ans apparemment en bonne santé, issues de 11 pays européens dans le cadre de deux études plus importantes [12]. Des informations étaient recueillies sur les habitudes alimentaires (avec les scores de l'étude EPIC), le statut tabagique, le niveau d'activité physique. Durant un suivi moyen de dix ans, il y a eu 935 décès (371 de cause cardiovasculaire, 233 de cancers). Un régime de type méditerranéen attesté par un score à plus de 4 points, une consommation modérée d'alcool, une activité physique régulière, l'absence de tabagisme étaient associées à un taux de mortalité plus bas de maladies cardiovasculaires, de cancers ou d'autres causes, de taille voisine pour chacune de ces causes. Le bénéfice allait croissant selon que 2, 3, ou 4 de ces comportements à bas risque étaient associés par rapport aux patients n'en observant aucun ou un seul. Le risque relatif de mortalité, par rapport aux patients n'observant qu'un de ces facteurs de bas risque, était de 0,55 à 0,65 pour 2 facteurs, 0,38 à 0,45 pour 3 facteurs, 0,27 à 0,35 pour 4 facteurs. La combinaison des 4 était ainsi associée à une réduction du taux de mortalité de 65 % ; la non-adhésion à ces 4 comportements était retrouvée dans 60 % de toutes les morts.

Que conclure pour notre pratique ?

De telles études sur les données concernant le régime de vie sont toujours difficiles. Ces deux études prospectives sont de grande qualité : méthodologie rigoureuse, nombre de participants suffisamment important pour que les données soient exploitables, biais et facteurs confondants analysés de façon précise.

Il y a là des arguments forts en faveur du régime méditerranéen : il fait la preuve de son efficacité chez les personnes âgées en prévention primaire sur la mortalité, globale et par maladie cardiovasculaire et cancer, résultats également retrouvés chez les patients plus jeunes ; le bénéfice est renforcé par l'association à une activité physique régulière et l'absence de tabagisme, et ceci même chez les personnes âgées.

Comment en obtenir la mise en œuvre ? Le régime est assez simple à expliquer et adapter : privilégier les légumes, fruits, céréales, limiter la consommation de viandes rouges au profit des volailles ou du poisson, privilégier l'huile d'olive ou de colza, les margarines de colza plutôt que le beurre. Il est sans doute plus difficile de convaincre de réduire l'apport calorique global et augmenter l'activité physique, ce qui va à contre-courant des tendances actuelles du mode de vie « occidental » qui tend à s'imposer partout. La prescription diététique, comme toutes celles concernant le style de vie, n'a de sens et de chance d'être suivie que s'il s'agit d'une décision réellement partagée avec le patient : c'est sans doute là l'enjeu principal [10].

Attention, personne âgée « fragile »...

Le concept de « fragilité » de la personne âgée individualisé dans les années 1980-90 pose encore de nombreuses questions [2, 13-15]. Ce serait un stade intermédiaire du vieillissement, avant la survenue des incapacités, qui permettrait des interventions visant à les éviter ou les retarder. Conjonction d'un ensemble de conditions plus que réelle entité clinique, apporte-t-il des données spécifiques pour la décision, notamment en termes de santé et de devenir, donc de conséquences sur l'autonomie et le maintien à domicile ?

Qu'entend-on généralement par « fragilité » ?

Elle concerne des personnes âgées autonomes. On l'identifie actuellement sur 5 critères cliniques : perte de poids non intentionnelle, sensation de fatigue et de manque d'endurance, baisse de l'activité physique, de la vitesse de marche, de la force musculaire. La présence de 3 de ces critères signe la fragilité [2, 14]. Celle-ci n'entraîne pas d'incapacités dans les activités courantes (toilette, habillement, alimentation) ou instrumentales (téléphone, ménage, courses, cuisine...) de la vie quotidienne. Selon cette définition, 7 % des plus de 65 ans, 25 à 40 % des plus de 80 ans, sont « fragiles ».
La fragilité est souvent isolée. L'isolement de la personne âgée, mais aussi des troubles psychiques de type anxio-dépressif en sont des indicateurs importants.
Elle peut être associée à une maladie chronique qui constitue un élément de vulnérabilité supplémentaire.

Un syndrome encore discuté, mais pertinent

Il ne s'agit ni d'en faire un regroupement artificiel de symptômes, comme par exemple pour le syndrome métabolique, ni une médicalisation du vieillissement, dont elle est difficilement dissociable : l'avancée en âge s'accompagne d'une baisse régulière, variable selon les individus, de la force musculaire [14-15], l'obésité ou la dépression parfois associés peuvent masquer ou aggraver les symptômes. Il faut éviter l'étiquette qui pourrait porter atteinte à l'image que la personne âgée se fait d'elle-même [2, 14].
La reconnaissance peut ne pas être simple : la fragilité ne rentre pas dans le modèle classique de maladie, le déclin est progressif, ne conduit pas toujours à chercher un avis médical, le patient et son entourage peuvent l'attribuer à un vieillissement inéluctable.
Les auteurs s'accordent sur l'intérêt d'identifier précocement la « fragilité » [2, 13-14] : elle précède les incapacités chez des personnes âgées indépendantes, qu'elles soient en apparente bonne santé ou porteuses de maladies chroniques. Elle semble prédictive d'événements péjoratifs : hospitalisation, chutes, fractures, dépendance, entrée en institution, mortalité [14]. L'enjeu est de proposer à temps des mesures préventives.

Des moyens d'action simples et efficaces

En dehors du traitement des pathologies éventuellement associées, l'objectif thérapeutique vise la perte de forces, la perte de poids et de masse musculaire, et par conséquent la qualité de vie.
La reprise d'une activité physique programmée améliore la force musculaire, l'équilibre, et l'endurance. L'objectif est un « rajeunissement » de 15 à 20 ans sur ces deux paramètres, et une réduction des chutes. Les activités d'assouplissement, type Tai Chi, ont montré aussi leur utilité [13, 15].
La majoration des apports protéino-énergétiques permet de lutter contre la perte de poids et la fonte musculaire. Il faut aussi insister sur le plaisir alimentaire, sa variété, sans oublier les problèmes financiers, et les problèmes dentaires.
Aucun apport pharmacologique n'a prouvé son utilité dans ce domaine. Ni les suppléments alimentaires, les diverses vitamines (hormis peut-être la vitamine D 4), ni les diverses hormones n'ont prouvé un bon rapport bénéfice/risque [15].

Que conclure pour notre pratique ?

Les incapacités ne sont pas une conséquence inéluctable du vieillissement. Le premier intérêt de l'identification du syndrome de fragilité est de mettre en œuvre ou de renforcer des interventions visant à éviter ou retarder l'apparition des incapacités et de leurs conséquences.
L'identification du syndrome de fragilité passe par une approche clinique globale du patient, au-delà de l'approche traditionnelle « organe par organe » ou « maladie par maladie ». Les échelles d'évaluation proposées peuvent être utiles, mais l'approche clinique est suffisante pour proposer des mesures simples.
Les mesures d'hygiène de vie – activité physique et nutrition – à mettre en œuvre dans ce cas sont celles d'un vieillissement réussi. L'identification du syndrome de fragilité, qu'il y ait ou non des pathologies associées, signifie seulement l'urgence de cette mise en œuvre. Cela nécessite une prise en charge spécifique qui va bien au-delà du simple conseil.

Comment prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées ?

Le déclin fonctionnel et la survenue d'incapacités sont-ils des conséquences inéluctables du vieillissement ? Peut-on les éviter ou les retarder, et si oui, comment ? Ces questions ont donné lieu à de nombreuses études sur les éventuels bénéficiaires, les méthodes à mettre en œuvre et les bénéfices à en attendre. Plusieurs synthèses des données et leurs analyses [16-20] ainsi qu'une étude randomisée danoise récente [21] apportent des éléments de réflexion.

Quand commencer cette prévention ?

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses études épidémiologiques au long cours ont montré l'intérêt tout au long de la vie de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée, de l'absence de tabagisme sur l'autonomie et la longévité des personnes âgées.
La plupart des études d'intervention en prévention du déclin fonctionnel des personnes âgées ont concerné des sujets identifiés comme à risque, identification difficile, comme le montrent les débats à propos du syndrome de fragilité. Elles montrent un bénéfice sur la mortalité, les hospitalisations, les chutes, l'institutionnalisation, le coût des soins et les capacités physiques. Ce bénéfice est modeste, sans doute sous-évalué du fait de l'hétérogénéité des participants et de la contamination des groupes témoins qui recevaient souvent des composantes de l'intervention [20].
Au total, il semble que la prévention des incapacités commence tôt dans la vie et concerne l'ensemble des personnes âgées, mais que le bénéfice persiste chez les personnes âgées à haut risque comme après 80 ans [21] et même chez les personnes âgées avec démence vivant à domicile, qu'il ne faut pas exclure [20].

Une intervention personnalisée

Il y a consensus sur la nécessité d'une évaluation gérontologique multidimensionnelle des capacités physiques, instrumentales et cognitives, de l'équilibre, des pathologies associées, des prises médicamenteuses, des problèmes psychologiques et sociaux, de l'habitat. L'envoi d'un questionnaire ne permet pas d'identifier avec sûreté les problèmes présentés ni de sélectionner les patients à qui proposer les mesures préventives [17]. L'évaluation est faite au mieux à domicile [18]. Elle suppose de construire une relation de confiance avec la personne âgée, de proposer des mesures adaptées à ses besoins, centrées sur son style de vie. Elle doit être renouvelée périodiquement [18]. Elle réduit le risque d'institutionnalisation [18]. Les programmes basés sur une évaluation unique sont moins efficaces que des évaluations répétées et un suivi au long cours.

Les modes d'intervention

Visites à domicile par des infirmières spécialement formées

Ces visites s'apparentent à celles proposées dans l'éducation du patient dans le cadre du *disease management* [22]. Les infirmières qui les assurent apportent ensuite les conseils utiles pour les cas ne nécessitant pas d'intervention médicale.

Intervention d'équipes gériatriques ou de généralistes

L'efficacité semble voisine [18]. Le rôle de cette intervention dans la réhabilitation et les soins des personnes âgées fragiles est mal apprécié dans les essais. Mais Stott *et al.*, dans leurs commentaires sur la dernière revue systématique, insistent sur l'importance d'un diagnostic médical sûr, la nécessité d'une analyse des besoins par des médecins expérimentés, l'importance d'une relation de confiance pour permettre la mise en œuvre des mesures concernant le style de vie et la réhabilitation de la fonction physique [20].

La coordination interdisciplinaire est fondamentale

C'est ce que montre l'étude danoise, où l'intervention est faite essentiellement par les infirmières mais avec une place majeure des généralistes : participation à la formation initiale des infirmières et aux réunions intermédiaires, sessions de formation propres en petits groupes, rôle-clé dans la coordination des soins.

Que conclure pour notre pratique ?

La prévention des incapacités commence très tôt, mais reste utile à tout âge, comme chez les déments et dans les maladies chroniques. Elle est particulièrement bénéfique après 80 ans et chez des personnes âgées à haut risque.
Le bilan précédant sa mise en œuvre doit être systématique et répété et s'inclure dans une relation suivie dans la durée, facteur d'efficacité. Il est fondé sur une évaluation gérontologique multidimensionnelle. Il peut être réalisé par des infirmières comme par des médecins.
La mise en œuvre doit être pluridisciplinaire, faisant intervenir généralistes, gériatres, infirmières, ergothérapeutes, kinésithérapeutes... Un suivi dans la durée par le généraliste en tant que médecin traitant est fondamental. Cela nécessite une formation spécifique, initiale et continue, notamment en petits groupes d'échanges de pratiques, si possible interdisciplinaires.

Références :

1. Henrard JC (sous la direction de). La santé des personnes âgées, numéro thématique. BEH. 2006;5-6:37-52.
2. Strandberg TE, Pitkälä KU. Frailty in elderly people. Brit Med J. 2007;369:1328-9.
3. Blain H, Vuillelin A, Blain A, Jeandel C. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. Presse Med. 2000;29:1240-8.
4. Manini TM, Everhart JE, Patel KV, Schoeller DA, Colbert LH, Vissert M, et al. Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. JAMA. 2006;296:171-9.
5. Cassou B, Coudin G, Thubert B, Derriennic F, Monfort C, Amphoux Al. Facteurs prédictifs d'un vieillissement sans besoin d'aide dans une population de personnes âgées de plus de 80 ans. Rev Med Ass Mal. 2005;36:43-51.
6. Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler MMB, Ware JH, Grodstein F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. JAMA. 2004;292:1454-61.
7. Young A, Dinan S. Activity in later life. BMJ. 2005;330:189-91.
8. ANAES. Massokinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. 2003.
9. Rimm EB, Stampfer MJ. Diet, lifestyle, and longevity. The next steps? JAMA. 2004;292:1490-2.
10. Hu FB. The mediterranean diet and mortality – olive oil and beyond. N Engl J Med. 2003;348:2595-6.
11. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Modified mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. BMJ. 2005;350:991-5.
12. Knoops KTB, de Groot L, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors and 10-year mortality in elderly european men and women. JAMA. 2004;292:1433-9.
13. Boockvar KS, Meier DE. Palliative care for frail care adults. JAMA. 2006;296:2245-53.
14. Karunananthana S, Bergman H, Vedela I, Retornazd F. La fragilité : en quête d'un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent. Rev Med Int. 2009;30:105-9.
15. Rolland Y, Vellas B. La sarcopénie. Rev Med Int. 2009;30:150-60.
16. Ankri J. Prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle et de l'entrée en institution. Presse Med. 2000;29(22):1255-62.
17. Clark J. Preventive home visits to elderly people. BMJ. 2001;323:708.
18. Stuck AE, Beck JC, Egger M. Preventing disability in elderly people. Lancet. 2004;364:1641-2.
19. Black DA. Case management for elderly people in the community. BMJ. 2007;334:3-4.
20. Stott DJ, Langhorne P, Knight PV. Multidisciplinary care for elderly people in the community. Lancet. 2008;371:699-700.
21. Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people – the GP role. A municipality randomised intervention trial. Fam Pract. 2009;26:56-64.
22. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient. Médecine. 2009;5(5):218-24.

En résumé : les règles d'or du « bien vieillir »

- **L'activité physique est bénéfique chez les personnes âgées, même très âgées.** La baisse des capacités motrices liée à l'âge n'est pas inéluctable.
- **Le conseil doit être personnalisé**, après évaluation des possibilités et des déficits d'aptitude physique. Le médecin est responsable de la sécurité.
- **Il y a des arguments forts en faveur du régime de type « méditerranéen ».** Il n'a de sens et de chance d'être suivi que s'il s'agit d'une décision partagée avec le patient.
- **Les incapacités ne sont pas une conséquence inéluctable du vieillissement.** Les mesures d'activité physique et de nutrition à mettre en œuvre sont celles d'un vieillissement réussi. L'identification du syndrome de fragilité signifie seulement l'urgence de cette mise en œuvre.
- **La prévention des incapacités commence très tôt, mais reste utile à tout âge.** L'évaluation gérontologique multidimensionnelle peut être réalisée par des infirmières comme par des médecins, mais le suivi dans la durée par le généraliste en tant que médecin traitant est fondamental.
- **La mise en œuvre doit être pluridisciplinaire.**