



La Lettre de la Cohorte

Chère Participante, cher Participant,

L'année 2012 est marquée symboliquement par le passage à la retraite des premiers baby-boomers. C'est le début de la vague démographique qui a pour conséquence une proportion grandissante des personnes âgées dans la population: en 2030, un Vaudois sur cinq aura plus de 65 ans. Afin de faire face à ce défi de taille, le canton de Vaud s'est doté d'une politique Vieillesse et Santé (V&S) qui propose toute une série de mesures visant à adapter le système de santé. Il faut pouvoir absorber cette augmentation prévisible de la demande de soins tout en maintenant leur qualité.

La politique V&S est le fruit d'une magnifique démarche participative. Près de 40 professionnel-le-s, menés par un comité d'experts, ont contribué à son élaboration.

Il manquait cependant la contribution directe des seniors afin que les mesures qui doivent être mises en œuvre correspondent aux besoins des personnes âgées. L'année 2013 permet de combler cette lacune. Après 10 ans de collecte, les premiers résultats de la cohorte Lc65+ sont extrêmement précieux. Ils permettent justement de prendre en compte de manière objective et scientifique l'évolution des besoins de nos aînés. Ces résultats sont fondamentaux pour l'évolution de notre système de santé. Il est particulièrement important de maintenir cette cohorte et surtout d'intégrer les représentants de la génération du baby-boom. Nous tenons à vous remercier pour votre précieuse contribution et vous souhaitons de belles fêtes de fin d'année.

Eliane Deschamps
*Responsable de la mise en oeuvre de la politique V&S
Service de la Santé Publique du canton de Vaud*



Une conférence pour notre 10^{ème} anniversaire

Le 5 novembre a vu se réunir au Théâtre de Beaulieu plus de 1'100 participants à la cohorte Lc65+ et aux enquêtes greffées sur cette dernière, à l'occasion de notre 10^{ème} année d'existence. S'y sont joints quelque 300 professionnels de la santé et acteurs de la politique Vieillesse & Santé du canton. Ce numéro de la Lettre de la Cohorte y est entièrement consacré.



Copyright Vanessa Cardoso/Tamedia Publications

La conférence, ouverte par M. Pierre-Yves Maillard, Président du Conseil d'État en charge du Département de la Santé et de l'Action Sociale, a été organisée autour des questions soulevées par les membres de la cohorte Lc65+. Celles-ci ont trait à l'étude Lc65+ elle-même, mais aussi au profil de santé et socio-économique de la cohorte, à la mobilité, à la mémoire, à la qualité de vie et aux soins. Pour ces différents aspects, les chiffres exposés ont été commentés par un panel de personnalités, en référence à la politique cantonale V&S et aux activités en cours dans le canton. Leurs principaux messages sont rassemblés en page 18.

La cohorte Lc65+, ses buts et son financement

L'idée de la cohorte Lc65+ a germé en 2003, dans le but de développer une recherche épidémiologique sur la santé des personnes âgées, un groupe de

population qui est en forte croissance mais pour lequel peu de données locales étaient disponibles. Alors que des travaux avaient été consacrés aux octogénaires genevois et valaisans, l'évolution entre le moment de la retraite et le grand âge restait sous-étudiée.

La cohorte Lc65+ a été initiée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) en collaboration avec le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, le Département universitaire de médecine et de santé communautaires, la Policlinique médicale universitaire, le Département de médecine et le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé du CHUV. Elle poursuit deux objectifs complémentaires. L'un, local et immédiat, est de mieux connaître les besoins en matière de santé pour adapter notre système de soins au vieillissement démographique. Cette adaptation est nécessaire non seulement parce que l'espérance de vie augmente, mais aussi parce que les nombreux baby-boomers de l'après seconde guerre mondiale deviennent des seniors.

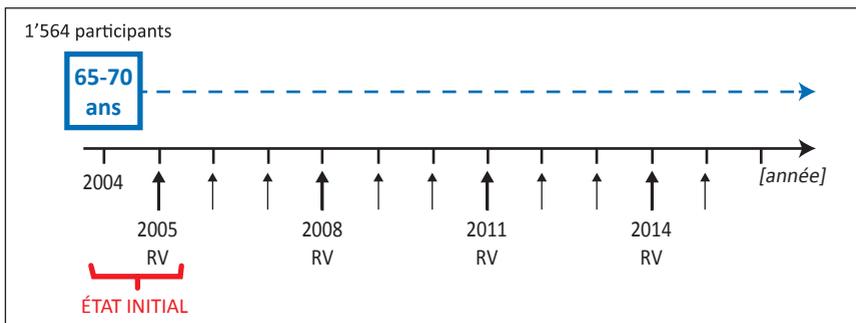
Le second objectif, à plus long terme, est de contribuer à la recherche sur le processus de fragilisation liée au vieillissement, en plein essor sur un plan international depuis le début des années 2000. L'enjeu est de définir des interventions préventives ciblant la fragilité dès ses premières manifestations pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie au quatrième âge.

La cohorte Lc65+ est une initiative spontanée de services du CHUV. Son démarrage, en 2004, a été possible grâce à un soutien financier initial de la Ville de Lausanne et du Service de la santé publique du canton. Les services du CHUV collaborant à l'étude ont contribué à son développement et la cohorte Lc65+ a bénéficié d'un important don de la Loterie Romande, crucial dans les premières années de collecte de données. Par la suite, l'inscription de la cohorte Lc65+ dans le Plan stratégique du CHUV, le soutien continu du Service de la santé publique et l'intégration dès 2013 dans le cadre de la politique cantonale V&S ont pris le relais pour soutenir la récolte des données. Par ailleurs, des financements de recherche obtenus auprès de la Faculté de biologie et de médecine et du Fonds national suisse de la recherche scientifique permettent l'analyse des données.

Quelle est la méthode de cette étude ?

La cohorte Lc65+ est une étude d'observation. Elle a débuté en 2004 par la sélection d'un échantillon aléatoire de la population lausannoise âgée de 65 à 70 ans. Une moitié des quelque 3'000 personnes contactées a accepté de participer. Structurellement, la cohorte reflète correctement la population lausannoise pour une variété de caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Après le questionnaire initial, un rendez-vous a été organisé en 2005 à l'IUMSP pour un premier entretien et examen. Depuis lors, les participants complètent chaque année un questionnaire. Tous les trois ans, un rendez-vous est fixé pour une répétition des entretiens et examens. Afin de décrire toutes les étapes du vieillissement, le suivi est prévu sur une durée illimitée.



Les questionnaires annuels portent sur une variété d'aspects de la santé, mais aussi sur des caractéristiques psycho-sociales susceptibles d'influencer la santé et la qualité de vie. Les examens réalisés tous les trois ans comprennent des mesures anthropométriques, des tests de performances physiques (force de la main, vitesse de marche, etc.) et cognitives (mémoriser des mots, etc.).

Pour permettre de comparer la santé des personnes nées avant, pendant et après la seconde guerre mondiale, la cohorte Lc65+ a été enrichie d'un deuxième échantillon en 2009 (1'489 personnes nées entre 1939 et 1943). L'an prochain, des représentants de la génération du baby-boom parvenus à l'âge de 65 à 70 ans seront à leur tour contactés pour rejoindre la cohorte Lc65+.

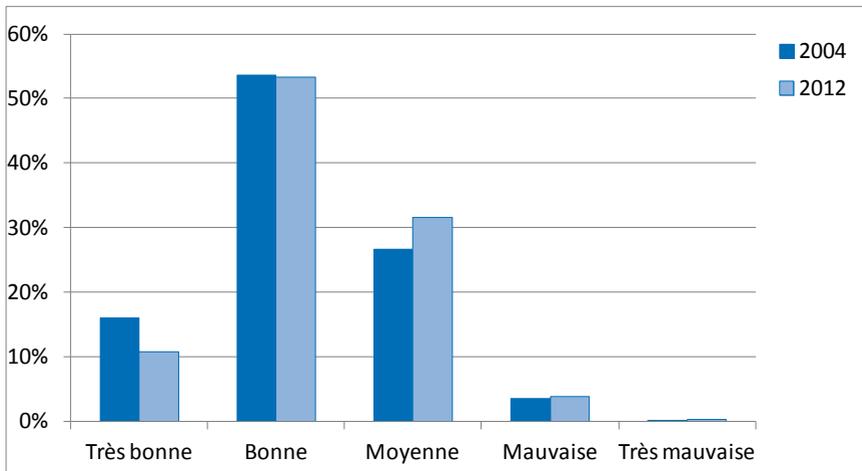
Quel est le taux de participation au suivi ?

En 2012, la cohorte a enregistré les réponses de 2'342 participants, parmi lesquels on compte 4 hommes pour 6 femmes. Parmi les personnes observées en 2004/2005, trois participants sur quatre ont complété le 7^{ème} questionnaire de suivi. L'addition des retours de questionnaires remplis, des décès validés et des exclusions (pour incapacité à répondre) représente un suivi de 87%. Parmi les personnes perdues de vue, une sur cinq a quitté Lausanne.

Le profil de santé

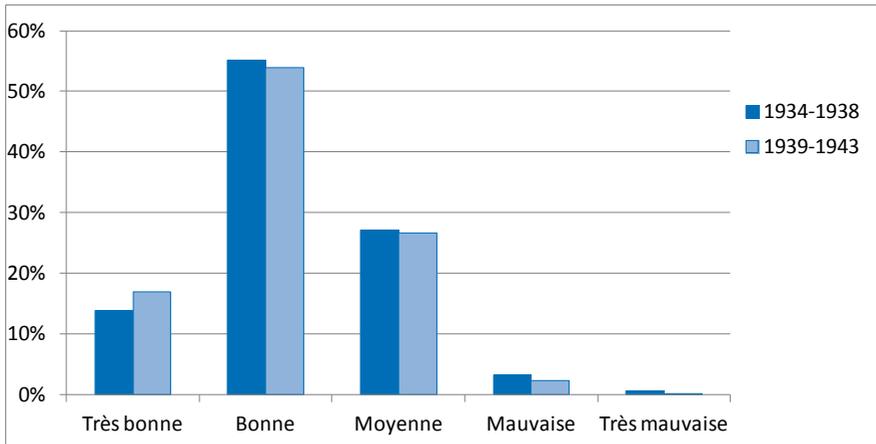
En 2004, à l'âge de 65-70 ans, sept personnes sur dix se considéraient globalement en très bonne ou bonne santé. Un quart jugeait sa santé moyenne et 4% seulement l'estimaient mauvaise ou très mauvaise. La Figure 1 indique que la santé perçue a peu évolué en 8 ans: les mêmes personnes interrogées en 2012 se considèrent un peu moins souvent en très bonne santé alors que la fraction jugeant sa santé moyenne a légèrement progressé. Cependant une nette majorité, de près de deux tiers, évalue encore positivement sa santé à l'âge de 73-78 ans.

Figure 1: Évolution de la santé subjective de 2004 (65-70 ans) à 2012 (73-78 ans)



La Figure 2 montre qu'à un âge égal de 69-73 ans, les personnes nées durant la seconde guerre mondiale se sentent davantage en très bonne santé, et un peu moins en mauvaise ou très mauvaise santé, que celles nées dans les 5 années précédentes.

Figure 2: Comparaison de la santé perçue à l'âge de 69-73 ans pour les personnes nées avant (1934-1938) et pendant (1939-1943) la seconde guerre mondiale



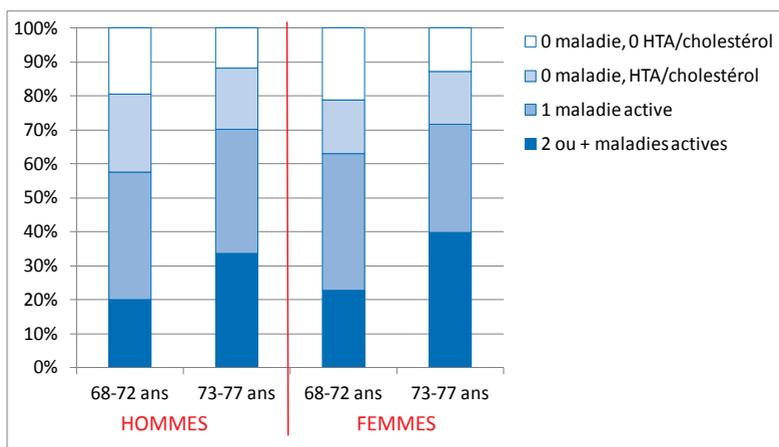
Les maladies chroniques diagnostiquées par un médecin sont très répandues, en particulier l'hypertension artérielle qui affecte 45% des participants de 69 à 73 ans et concerne une moitié de la cohorte entre 74 et 78 ans (Tableau 1). En outre, pour les deux catégories d'âge, une hypercholestérolémie est signalée par quatre personnes sur dix. En troisième position viennent les arthroses et arthrites, touchant trois participants sur dix à l'âge de 74 à 78 ans. Les femmes en sont davantage affectées que les hommes; elles présentent également plus souvent une ostéoporose, dont on voit la présence augmenter d'un tiers entre les deux classes d'âge. Le diabète, à l'inverse, affecte davantage les hommes que les femmes mais la fréquence de ce diagnostic dans l'ensemble de la population reste stable entre 69-73 ans et 74-78 ans. Il en va de même des maladies pulmonaires chroniques, qui concernent une personne sur dix.

Tableau 1: Diagnostics médicaux de maladies chroniques actives au cours des 12 derniers mois, rapportés en 2012, selon la catégorie d'âge

Diagnostic	69-73 ans	74-78 ans
Hypertension artérielle	45%	52%
Hypercholestérolémie		40%
Arthrose, arthrite	26%	30%
Ostéoporose (femmes)	11%	16%
Diabète		13%
Maladie pulmonaire chronique, asthme		10%
Cancer		5%
Dépression		5%
Maladie coronarienne	4%	6%
Autre maladie cardiaque	4%	7%
Accident vasculaire cérébral		1%

Seules une à deux personnes sur dix ne déclarent ni hypertension artérielle, ni excès de cholestérol, ni aucune maladie chronique (Figure 3). Par ailleurs, 15 à 20% ne présentent qu'une hypertension et/ou une hypercholestérolémie; ces pathologies peu invalidantes en soi sont des facteurs de risque pour d'autres maladies chroniques. Enfin, une majorité de la cohorte Lc65+ rapporte d'autres affections chroniques. Celles-ci, uniques ou plurielles, augmentent avec l'âge et sont aussi un peu plus fréquemment mentionnées par les femmes.

Figure 3: Cumul des diagnostics médicaux, selon la catégorie d'âge et le sexe



La fragilité et la dépendance dans la vie quotidienne

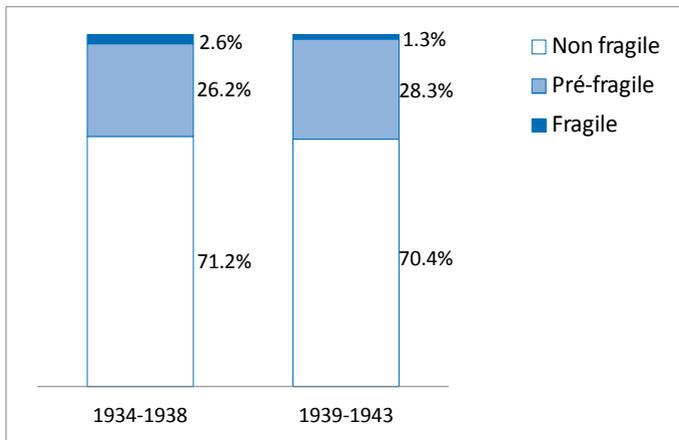
Si le vieillissement de la population est un défi pour les systèmes de soins, c'est parce qu'une longue vie donne le temps aux maladies chroniques d'apparaître et d'induire une fragilisation progressive. Cette évolution n'est cependant pas constante. Elle varie fortement entre les personnes et la fragilité est fluctuante: elle pourrait régresser dans ses premiers stades. Nos travaux sont centrés sur le processus de fragilisation pour mieux comprendre les facteurs de risque d'une fragilité croissante, et les mécanismes de protection permettant soit de freiner cette évolution, soit de revenir à un état non fragile.

La fragilité est un sujet de recherche récent et sa définition reste débattue. Cependant, certaines caractéristiques l'évoquent. C'est le cas des critères proposés au début des années 2000 par l'équipe de L. Fried pour définir un "phénotype de fragilité" mesurable (un phénotype est un ensemble de caractéristiques individuelles observables, par exemple la couleur des cheveux, la taille, etc.). Pour nos travaux, nous nous appuyons sur les critères de ce phénotype de fragilité, qui sont au nombre de cinq: une faiblesse musculaire (diminution de la force, mesurée sur la main), un sentiment de fatigue et une activité physique basse (établis par nos questionnaires), une lenteur (mesurée par les tests de marche à une allure normale) et une dénutrition (établie par nos questionnaires ainsi que par les mensurations prises lors des rendez-vous). Les personnes cumulant au moins trois critères sont considérées comme fragiles, celles n'en remplissant qu'un ou deux sont dites pré-fragiles.

Les critères du phénotype de fragilité étant essentiellement physiques, ils négligent à la fois les dimensions cognitives et les éléments psychosociaux ou économiques qui peuvent participer à la fragilité. Pour ces raisons nos examens comprennent des mesures supplémentaires (par exemple, comptage en arrière, tests de mémoire et de concentration) et nos questionnaires interrogent aussi sur l'entourage ou les ressources financières.

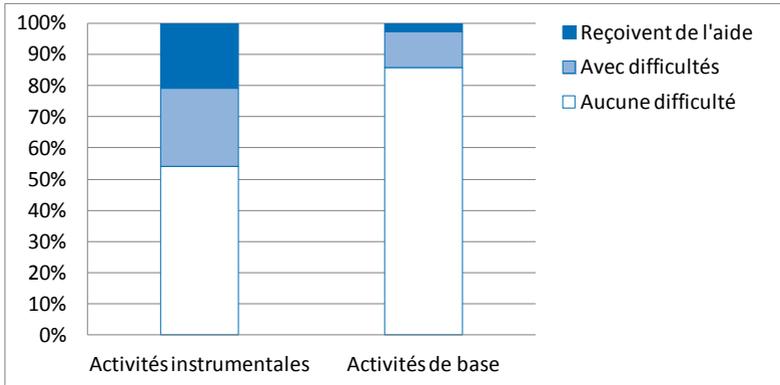
Dans la cohorte Lc65+, la fragilité est rare. Elle ne concerne, à l'entrée dans l'étude, que 2.6% des personnes nées avant la seconde guerre mondiale, et 1.3% des personnes nées pendant cette guerre. Cependant, un peu plus d'un quart de la cohorte est considéré comme pré-fragile (voir Figure 4). L'évolution après six ans de suivi des participants observés depuis 2004/2005 montre que la pré-fragilité est un état instable, dont un tiers récupère spontanément en revenant à un état non fragile. De même, quatre personnes fragiles sur dix ont vu leur état s'améliorer, généralement pour revenir à un stade de pré-fragilité.

Figure 4: Phénotype de fragilité à l'âge de 65-70 ans, pour les personnes nées avant (1934-1938) et pendant (1939-1943) la seconde guerre mondiale



Au-delà de la fragilité, des difficultés peuvent apparaître et évoluer vers un besoin d'aide. Elles affectent d'abord des activités de la vie quotidienne dites "instrumentales" (faire son ménage, ses achats, préparer ses médicaments, etc.). Par la suite, elles peuvent toucher des activités "de base", plus intimes (telles que se laver, s'habiller, etc.). La Figure 5 montre que les difficultés dans les activités instrumentales ne sont pas rares dans la septième décennie: elles affectent 46% des personnes, dont une petite moitié reçoit de l'aide. Les activités de base sont en revanche généralement préservées: seuls 12% éprouvent des difficultés, et 3% supplémentaires reçoivent de l'aide.

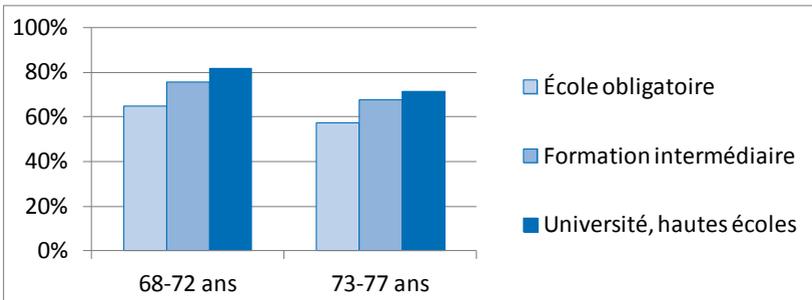
Figure 5: Difficultés dans les activités instrumentales et de base de la vie quotidienne à l'âge de 68-77 ans



Le profil socio-économique et son lien avec la santé

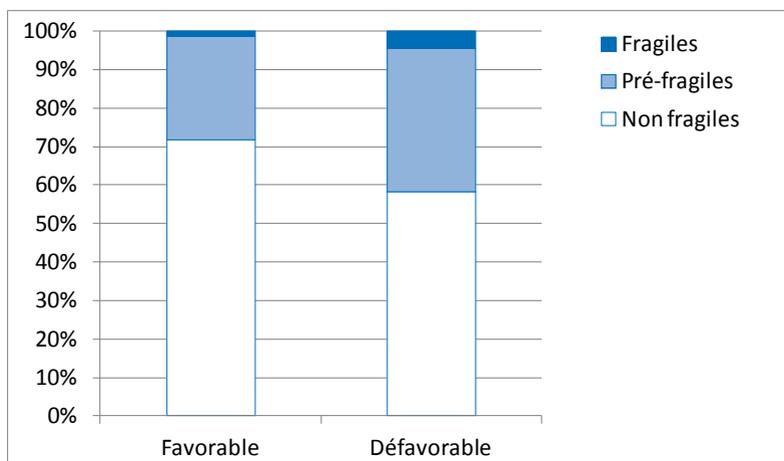
Le profil socio-économique diffère selon le sexe. La formation, par exemple, est limitée à la scolarité obligatoire pour 13% des hommes et 26% des femmes, alors qu'un homme sur cinq et une femme sur dix ont suivi une formation universitaire ou dans le cadre d'une haute école; deux tiers de la cohorte indiquent une formation intermédiaire. Comme l'illustre la Figure 6, la proportion de personnes jugeant la santé favorablement augmente avec le niveau de formation, pour les personnes âgées de 68 à 72 ans comme pour celles de 73 à 77 ans.

Figure 6: Proportion de personnes jugeant leur santé (très) bonne, selon le niveau de formation et l'âge



Dans la cohorte Lc65+, différents indicateurs permettent aussi de cerner une situation économique défavorable. Un quart des hommes et trois femmes sur dix mentionnent des difficultés financières, ont de la peine à "nouer les deux bouts", ou encore reçoivent des prestations sociales compensant un bas revenu. La Figure 7 met en évidence une fréquence trois fois plus élevée du phénotype de fragilité, ainsi qu'une pré-fragilité plus souvent observée, en présence de circonstances économiques défavorables.

Figure 7: Phénotype de fragilité à l'âge de 65-70 ans, selon la situation économique favorable ou défavorable



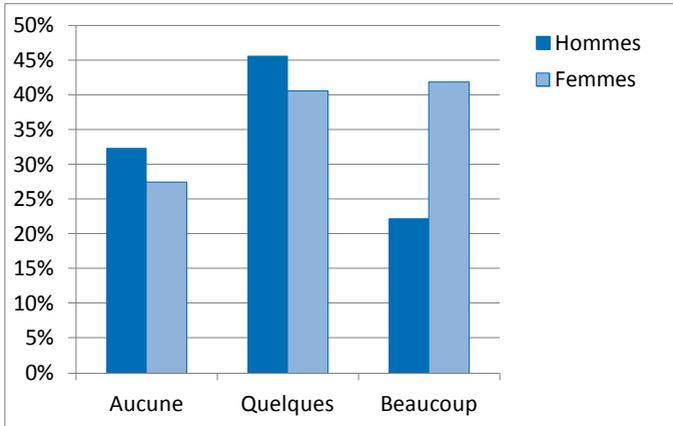
Les problèmes de mobilité

La mobilité est étudiée dans la cohorte Lc65+ par une dizaine de questions, décrivant des tâches aussi variées qu'attraper un objet plus haut que les épaules ou marcher à travers une pièce. Tenant compte du degré d'exigence de ces tâches et de la difficulté à les accomplir, un score a permis de classer les participants dans les catégories "aucune", "quelques" et "beaucoup" de difficultés (Figure 8).

À l'âge de 68 à 77 ans, un quart (parmi les femmes) à un tiers (pour les hommes) ne rencontre aucune difficulté pour l'ensemble de ces tâches. À l'opposé, 42% des

femmes et 22% des hommes en rencontrent beaucoup. La plus grande difficulté exprimée par les femmes sur le plan de la mobilité est à mettre en relation avec une fréquence plus élevée des diagnostics de pathologies rhumatismales et d'ostéoporose dans la population féminine.

Figure 8: Difficultés de mobilité à l'âge de 68-77 ans, selon le sexe



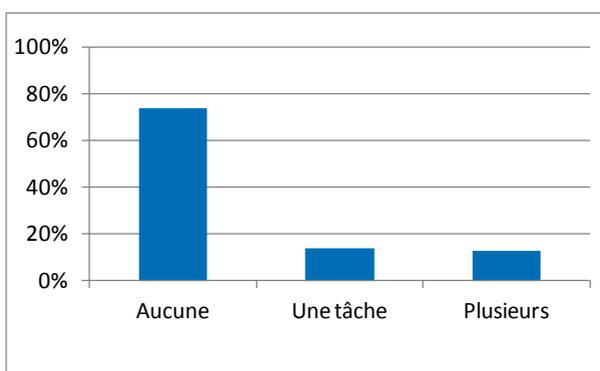
Les difficultés de mobilité se traduisent par des limitations dans les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient instrumentales ou de base (voir définition en page 9). Plus de quatre personnes sur dix rencontrant beaucoup de difficultés de mobilité reçoivent de l'aide pour les premières, et 8% pour les secondes. Quand la mobilité est préservée, les proportions ne sont que de 6% et 2 pour mille, respectivement, pour ces deux types d'activités.

L'exercice physique régulier est important pour conserver la mobilité. Or une personne sur cinq sort de chez elle moins de cinq jours par semaine et plus d'un quart de la cohorte évite les escaliers au quotidien. Ce mode de vie sédentaire n'est pas compensé par une activité sportive régulière: un quart seulement des participants en pratique une fois par semaine au moins. L'alimentation pourrait être améliorée également: 44% prennent moins de trois repas par jour, 18% ne consomment probablement pas suffisamment de protéines (nos questionnaires ne sont pas assez détaillés pour l'affirmer définitivement) et une personne sur dix mange moins de deux fruits et légumes par jour.

Les problèmes de mémoire

Bien que les troubles de la mémoire soient une préoccupation très répandue, ils n'affectent qu'une minorité de la cohorte. Sur une liste de 18 tâches (se rappeler le nom de connaissances, etc.), seul un quart des participants connaît souvent ou très souvent des difficultés pour une ou plusieurs tâches (Figure 9). Moins de la moitié d'entre eux (12.5% du total) est affectée pour plus d'une tâche.

Figure 9: Difficultés (très) souvent rencontrées dans des tâches de mémoire à l'âge de 68-77 ans



Les troubles de la mémoire, notamment lorsqu'ils sont fréquents, sont associés au besoin d'être aidé dans les activités instrumentales et de base de la vie quotidienne. Parmi les personnes déclarant des difficultés pour plusieurs aspects de la mémoire, plus de quatre sur dix reçoivent de l'aide pour les premières, et 7% pour les secondes (contre 16% et 1 pour mille en l'absence de difficulté).

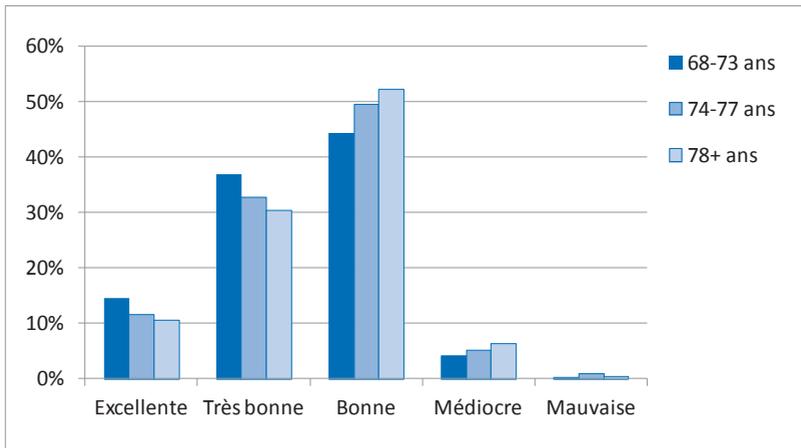
Malgré les préoccupations souvent exprimées dans la cohorte au sujet des troubles de la mémoire, seules deux personnes sur dix ont une idée précise de ce qu'est une clinique de la mémoire et sauraient où s'adresser pour y recourir.

La qualité de vie et ses déterminants

En fin d'année 2011, un prix de la Fondation Leenaards a permis de greffer sur la cohorte un questionnaire centré sur la qualité de vie, adressé à l'ensemble de la

population vaudoise et genevoise de 68 ans et plus. Les réponses de quelque 5'300 personnes, dont plus de 3'500 Vaudois-es, ont été recueillies. La Figure 10 montre que l'appréciation globale sur sa qualité de vie est favorable pour plus de neuf Vaudois sur dix. Bien que l'avancée en âge exerce un effet négatif sur cette appréciation, seuls 7% jugent leur qualité de vie médiocre ou mauvaise à l'âge de 78 ans et plus.

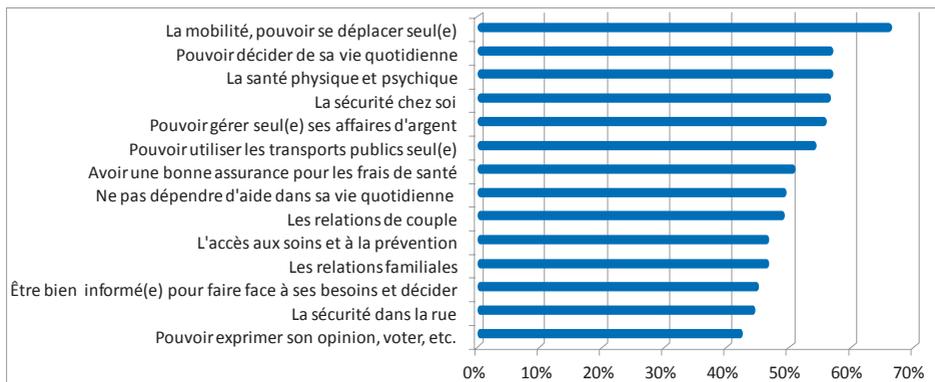
Figure 10: Appréciation de la qualité de vie, selon l'âge, dans le canton de Vaud



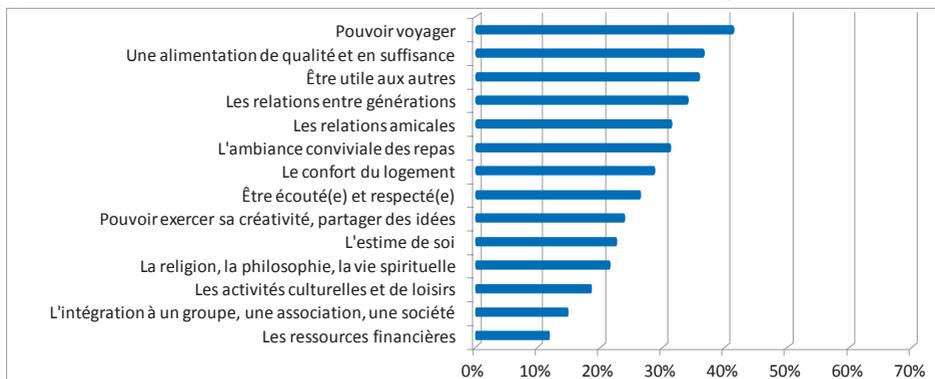
Parmi 28 déterminants éventuels de la qualité de vie dont le rôle était laissé à l'appréciation des participants, une importance très grande a été attribuée aux aspects de santé et d'autonomie, dans tous les domaines (mobilité, décisions dans la vie quotidienne, gestion des ressources financières, etc.). C'est ce qu'illustre la partie (a) de la Figure 11. Par contraste, la seconde partie (b) de cette figure montre que les ressources financières sont le facteur le moins souvent considéré comme étant de grande importance pour la qualité de vie.

Figure 11: Proportion des Vaudois-es de 68 ans et plus considérant 28 facteurs comme de grande importance pour leur qualité de vie, par ordre décroissant

a) les 14 facteurs le plus souvent mentionnés comme très importants



b) les 14 facteurs le moins souvent mentionnés comme très importants



Cette dernière observation contraste fortement avec la fréquence élevée des soucis financiers, évoqués au troisième rang parmi ces mêmes 28 déterminants de la qualité de vie comme source de gêne ou d'insatisfaction (Tableau 2). Malgré l'insatisfaction fréquente sur le plan financier, les assurances sociales permettant d'accéder aux soins sont mal connues. Moins d'une personne sur deux sait bien ce que sont les Prestations complémentaires de l'AVS, moins de deux sur dix pour les

Prestations complémentaires pour frais de guérison et pour les Allocations pour impotence.

Tableau 2: Proportion des Vaudois de 68 ans et plus ressentant une gêne ou insatisfaction pour les déterminants de la qualité de vie (10 premiers facteurs par ordre de fréquence)

Facteur	%
La sécurité dans la rue	49
La santé physique et psychique	41
Les ressources financières	39
Pouvoir voyager	37
L'intégration à un groupe, une association, une société	34
Les activités culturelles et de loisirs	34
Être écouté(e) et respecté(e)	32
L'estime de soi	31
Les relations entre générations	30
Pouvoir exercer sa créativité, partager des idées	30

Les soins en lien avec le vieillissement

Enfin, début 2012, un questionnaire sur les soins a complété l'enquête sur la qualité de vie. Les réponses de plus de 3'100 personnes permettent de dresser un tableau du recours aux soins, mais aussi des préférences et des attentes.

Un premier constat est l'importance du médecin traitant. En effet, quelque 98% identifient un médecin jouant ce rôle, depuis plus de 10 ans pour six personnes sur dix. Malgré cette ouverture sur le système de soins, la couverture vaccinale pourrait être améliorée: la dernière vaccination contre la grippe date de plus de deux ans pour quatre personnes sur dix, et près des deux tiers ignorent s'ils ont déjà été vaccinés contre le pneumocoque ou ne l'ont jamais été. Une consultation spontanée de services d'urgence est rapportée par 13%, et une personne sur cinq a été hospitalisée dans l'année écoulée.

Une minorité (10%) a reçu des prestations des Centres médico-sociaux au cours du dernier mois, alors qu'une proportion importante (44%) hésiterait à y faire appel, principalement par crainte de perdre son intimité et son autonomie.

Le maintien à domicile lors de difficultés dans les activités courantes peut nécessiter un équipement du logement: un système de téléalarme est installé au domicile d'une personne sur vingt et 3% vivent en appartement protégé. Cependant, un quart de la population de 68 ans et plus habite dans un logement pouvant poser des problèmes d'accès en cas de mobilité réduite.

L'aide de l'entourage est souvent centrale dans le maintien à domicile. Une personne sur vingt pense ne pas pouvoir en obtenir en cas de problème temporaire, et une sur dix si elle était nécessaire pour une longue durée. La fréquentation d'un Centre d'accueil temporaire concerne 1.5% de la population.

Lorsque les limites du maintien à domicile sont atteintes, l'hébergement doit être envisagé. Les participants se sont exprimés sur l'importance de certaines caractéristiques des Établissements médico-sociaux. Le Tableau 3 souligne la valeur donnée au respect de l'intimité (disponibilité d'une chambre individuelle et de sanitaires privatifs) et à la possibilité de maintenir une ouverture vers l'extérieur (proximité des transports), alors que très peu considèrent comme très importante la proximité d'écoles et centres de la petite enfance.

Tableau 3: Proportion considérant certaines caractéristiques des Établissements médico-sociaux comme très importantes

Caractéristique	%
Chambre privative	69%
Sanitaires privatifs	67%
Proximité des transports	39%
Grande chambre	33%
Grands espaces extérieurs	31%
Espaces communs spacieux	29%
Chambre avec balcon ou terrasse	27%
Proximité des commerces	26%
En ville	19%
Proximité de l'ancien lieu d'habitation	18%
En campagne	15%
Bâtiment moderne	11%
Proximité d'écoles, centres de la petite enfance	3%
Ancienne bâtisse	2%

Les structures médico-sociales restent mal connues: une moitié des personnes âgées de 68 ans et plus ne sauraient où s'adresser pour trouver un appartement protégé, un court séjour médico-social ou un Centre d'accueil temporaire. C'est également le cas, dans une moindre mesure, pour les Centres médico-sociaux dont plus d'un quart de la population déclare ignorer les coordonnées.

Le regard des intervenants, en résumé

En réponse aux questions de Madame Joëlle Fabre, animatrice, les résultats ont été commentés par neuf intervenants:

- **Madame Lorette Coen**, participante de la cohorte Lc65+ depuis 2009;
- Plusieurs membres du Comité d'experts nommé par le Conseil d'État pour définir la politique cantonale V&S: **Professeur Christophe Büla**, médecin chef du Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique au CHUV (Président de ce Comité), **Dr Stéphane David**, médecin généraliste à Lausanne et Président de la Fondation Soins Lausanne, **Monsieur René Goy**, directeur adjoint de Pro Senectute Vaud et **Madame Eliane Deschamps**, responsable auprès du Service de la santé publique de la mise en œuvre de cette politique;
- **Monsieur Fabrice Ghelfi**, chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement du Canton de Vaud;
- **Madame Véronique Jost Gara**, Fondation Leenaards, en charge de la gestion des projets relatifs à la qualité de vie des personnes âgées;
- **Professeur Pierre-François Leyvraz**, directeur général du CHUV;
- **Professeur Alain Péroud**, ancien chef du Département de médecine et de santé communautaire du CHUV, actuel Président de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile.

Pour quelle raison participer ?

A cette question, **Mme Coen** répond que sa participation est conforme à sa conviction qu'il ne faut pas se dérober face à une recherche scientifique sur le

vieillesse, dont la portée est aujourd'hui essentielle même si la thématique n'est pas de celles exposées aux feux de la rampe. La curiosité a été le premier moteur de sa participation, et l'évolution de l'étude confirme l'utilité des données pour faire face aux questions posées par le vieillissement. Bien que la participation ne procure pas un bénéfice personnel sous forme de suivi médical, répondre régulièrement aux questionnaires annuels et se soumettre aux examens apporte un regard sur soi-même, son évolution personnelle, qui satisfait au principe du "connais-toi toi-même".

Quelle prévention faut-il mettre en place, comment cibler ?

Mme Deschamps rappelle que la prévention concerne l'ensemble de la population âgée, mais que celle-ci n'étant pas homogène, les besoins doivent être différenciés. La politique V&S distingue trois groupes. Les personnes robustes, une majorité, sont éventuellement atteintes d'une maladie chronique isolée; l'enjeu est de les maintenir en bonne santé, en particulier par l'exercice physique, l'alimentation et les vaccinations. Les personnes vulnérables ou fragiles, représentant 20 à 40%, sont affectées de plusieurs pathologies et au seuil de la dépendance fonctionnelle; il s'agit d'anticiper le risque de déclin et d'éviter de franchir ce seuil par une intervention sur les facteurs de risque aux rangs desquels se trouvent la sédentarité et la nutrition, mais aussi les problèmes d'audition et de vision, ainsi que les chutes. Les personnes dépendantes, dont les besoins sont complexes, recourent fréquemment à une variété de prestations de soins; la prévention vise la récupération par des interventions de réadaptation, ainsi que la coordination des soins.

Le **Prof. Büla** relève que la prévention d'une perte de mobilité repose sur le maintien d'un mouvement intégré aux activités quotidiennes (prendre l'escalier plutôt que l'escalator) davantage que la pratique de sports; même à un âge très avancé, l'augmentation de l'activité physique est un moyen de retarder les maladies chroniques, son efficacité est démontrée.

Le **Dr David** souligne que le rôle du médecin de famille est dans l'ajustement de la prévention aux particularités du patient. Elle comprend l'exercice physique,

l'alimentation, le dépistage des problèmes de vue et d'ouïe, mais aussi la gestion des médicaments parfois nombreux, notamment chez des patients affectés de plusieurs pathologies sortant de l'hôpital. Le choix du traitement le mieux approprié au patient nécessite un dialogue permanent, qui caractérise la relation entre médecin traitant et patient.

Comment préserver la mémoire et prévenir la démence ?

Le **Prof. Leyvraz** rappelle que les moyens thérapeutiques face à la maladie d'Alzheimer et aux démences restent très limités. Les Cliniques de la mémoire ont été initialement conçues pour stimuler la recherche sur ces pathologies; elles offrent également une expertise permettant aux médecins traitants d'adresser leurs patients pour un bilan, en particulier pour établir le diagnostic, parfois difficile, de démences complexes. Le CHUV a mis en place un tel centre. Les Cliniques de la mémoire localisées dans les autres régions du canton y sont rattachées et communiquent pour sélectionner et harmoniser les outils diagnostiques les plus performants.

Le **Prof. Büla** rappelle que le déclin de la mémoire n'est pas inéluctable, des personnes très âgées maintiennent un excellent niveau de fonction. Au-delà des différences génétiques, qui expliquent en partie les différences entre les personnes d'un même âge, on sait que l'exercice physique est un moyen efficace de préserver (mais non de récupérer) sa mémoire. Il agit en améliorant la circulation cérébrale et en stimulant la production d'hormones bénéfiques au cerveau. Les activités intellectuelles et sociales sont également recommandées pour maintenir certaines fonctions, même si elles ne permettent pas de guérir de ses pertes.

M. Goy indique l'existence des ateliers de la mémoire de Pro Senectute pour stimuler cette dernière. Il s'agit d'exploiter le potentiel cérébral inutilisé afin de compenser des pertes de mémoire survenant au cours du vieillissement normal. Ces ateliers ne permettent cependant pas de guérir les pathologies neuro-dégénératives, dont la base est organique ou biologique, comme la maladie d'Alzheimer. Pour les patients atteints de cette maladie, Pro Senectute collabore

avec l'Association Alzheimer Vaud qui assure le service des Alzamis, accompagnant les patients à domicile et offrant à leur entourage une relève de quelques heures. Pro Senectute agit en coordination, proposant un soutien administratif aux patients et à leurs proches aidants.

Mme Jost Gara indique que la Fondation Leenaards intervient pour soutenir l'innovation, par exemple en permettant l'ouverture du Centre de la mémoire du CHUV, ainsi que pour mettre en relation des partenaires aux compétences complémentaires. Parmi ses activités, elle finance aussi des projets appuyant les proches aidants, par exemple pour mieux accompagner les couples lors de l'entrée en EMS d'un des partenaires atteint de la maladie d'Alzheimer, ou encore pour intégrer les proches aidants dans les consultations de la mémoire.

Comment éviter la "ghettoïsation" des personnes dépendantes ?

M. Ghelfi souligne qu'à un âge avancé l'autonomie se conserve, paradoxalement, par le recours aux autres et aux prestations. Celles-ci sont publiques, ont été démocratiquement votées, et sont mises en place et financées par la communauté. Il est donc normal d'y faire appel pour maintenir son autonomie. Le canton de Vaud a ainsi développé deux axes. Le premier est consacré au soutien des proches aidants. Il repose sur des prestations non seulement financières mais aussi d'accompagnement, par exemple sous forme de consultations psychologiques permettant d'affronter des périodes de crise ou d'autres prestations qui, en soulageant les proches, favorisent le maintien d'une relation durable avec la personne malade. Le second axe vise la qualité de la vie par un recours au soutien associatif, notamment auprès d'acteurs comme Pro Senectute. Le canton travaille avec les communes pour mobiliser la collaboration des forces locales (associations de bénévoles, etc.). La proximité est essentielle pour permettre aux personnes âgées de sortir de chez elles et de cultiver des relations sociales, meilleur gage du maintien à domicile.

M. Goy précise que, par exemple, le projet "Quartiers Solidaires", développé depuis 10 ans dans le canton avec le soutien de la Fondation Leenaards, répond au critère de la proximité et favorise la dimension intergénérationnelle.

Il permet aux personnes qui s'y engagent d'être à la fois auteurs et acteurs de leur propre action d'utilité sociale.

Pour les personnes âgées, l'hospitalisation présente un risque de devenir dépendant. Comment l'éviter ?

Le **Prof. Leyvraz** rappelle que les hôpitaux se sont développés au siècle dernier pour assurer le diagnostic et le traitement de patients présentant en général une seule affection aiguë. La multiplication des maladies chroniques, liée à l'augmentation de la durée de la vie, met l'hôpital face à une nouvelle réalité qui demande un temps d'adaptation. Les personnes âgées, surtout si elles sont fragilisées, sont confrontées à une rupture dans un milieu hospitalier dont la culture peine à considérer le patient dans la totalité de ses besoins. Pour réduire le risque de décompensation et des complications, l'hôpital doit développer une culture de gériatrie. Le CHUV, par exemple, a créé au cours des dernières années une chaire et un service de gériatrie, puis a mis en place avec les spécialistes de la gériatrie des conditions favorables à la prise en charge de patients âgés fragiles au sein du service des urgences. L'évaluation, le plan de traitement et l'organisation des soins sont pensés pour permettre la sortie et l'orientation vers des services de réadaptation dès que possible. Le choix des techniques thérapeutiques vise à remettre sur pied et mobiliser rapidement les patients dans le but de retrouver l'état fonctionnel précédant l'arrivée à l'hôpital.

Pour faire face au vieillissement de la population, ne faut-il pas former des soignants ?

Le **Prof. Büla** souligne l'importance de la formation en gériatrie pour tous les soignants. Au CHUV, 40% des patients de médecine interne ont 80 ans et plus, et les hôpitaux périphériques connaissent la même réalité. Une prise de conscience au cours des dernières années a conduit à la mise sur pied d'un axe consacré à la personne âgée au sein de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins, centré sur la profession infirmière. Une adaptation des programmes de formation est actuellement en cours non seulement dans les études infirmières, mais aussi dans le cadre de la formation continue des médecins de famille.

A-t-on suffisamment de ressources dans les soins à domicile ?

Le **Prof. Pécoud** relève que les besoins en soins à domicile sont en augmentation. De grandes équipes sont en place mais la demande croît toujours plus rapidement. Les soins à domicile sont prodigués dans le canton principalement par une institution étatique dont les moyens ont augmenté au cours des ans, distribuant équitablement ses ressources.

Dans un système de soins de plus en plus complexe, comment trouver l'information sur les prestations dont on a besoin ?

Mme Deschamps indique que l'information existe et les prestations sont là, mais l'information n'est pas suffisamment accessible. Dans le cadre de la politique V&S, le projet de "guichet intégré", en cours d'organisation, permettra à toute personne ayant besoin d'une prestation de se renseigner indifféremment auprès de son médecin, d'un professionnel de la santé ou de sa commune pour recevoir l'information sans avoir à multiplier les prises de contact. Derrière ce mécanisme de proximité, le projet de guichet intégré met en place un réseau d'information qui permet au professionnel ou à la commune de faire suivre la demande dans l'ensemble du système de soins; ce réseau permet d'identifier qui peut le mieux répondre à la demande et renseigner directement la personne. Bien que ce dispositif paraisse compliqué, l'essentiel est dans son résultat: pour la personne demandant une information, un seul contact suffit pour recevoir la réponse.

Mme Coen relève qu'il est en effet indispensable d'être informé, et de faire le point sur ce qui est entrepris pour faire face aux besoins. Cette conférence permet de comprendre l'utilité des données recueillies pour faire évoluer le système.

Mme la Professeuse Brigitte Santos-Eggimann, responsable de la cohorte Lc65+, clôt la conférence en remerciant les participants et les orateurs de leur présence ainsi que les collaborateurs de l'IUMSP pour le travail accompli durant ces dix dernières années.

* * * * *

La cohorte Lc65+ continue ! L'an prochain...

- **Si vous êtes né-e avant 1939**, nous aurons le plaisir de vous retrouver pour un nouvel entretien et la répétition de nos mesures qui vous sont maintenant familières. Toutes les explications pour nous rejoindre dans les nouveaux locaux de l'IUMSP (au Biopôle) vous seront données lors de la prise de rendez-vous.
- **Si vous êtes né-e entre 1939 et 1943**, vous recevrez en cours d'année le questionnaire de suivi 2014, à nous retourner par la poste. En cas de difficultés à répondre (pour des raisons de langue ou pour toute autre raison), il est toujours possible de recevoir de l'aide en nous appelant par téléphone.
- **A tous les participants**, un bref questionnaire sera adressé peu après le suivi 2014. Ce supplément 2014, d'une dizaine de questions préparées par la Dr Stéphanie Monod du Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, se penche sur les nouvelles dispositions concernant le droit de protection de l'adulte. Les mesures prévues par cette loi sont-elles connues et utilisées ? Comment ? Par qui ? Vos réponses permettront de cerner les besoins d'information sur ces nouvelles dispositions légales faites pour que les soins correspondent à la volonté des patients, notamment des patients âgés.
- **Un troisième échantillon entrera dans la cohorte Lc65+**, constitué des personnes nées au début du baby-boom qui, en Suisse, a commencé à la fin de la seconde guerre mondiale. Ce sont donc les Lausannois-es né-e-s entre 1944 et 1948 qui rejoindront la cohorte l'an prochain. Nous aurons ainsi réuni dans l'étude, depuis son démarrage en 2004, quelque 4'500 personnes dont l'expérience des premières années de vie aura été influencée par un environnement socio-économique changeant.

À chacun et chacune nous adressons tous nos remerciements pour votre fidélité à la cohorte Lc65+. Nous espérons poursuivre cet échange pour de longues années encore et vous souhaitons cordialement de très heureuses fêtes de fin d'année.