

# La Lettre de la Cohorte

Madame, Monsieur,

Au nom du Service de la santé publique, je tiens à vous remercier de votre participation à la cohorte Lc65+. Par vos réponses, vous contribuez à offrir des éléments pertinents pour la planification du système de santé dans ce canton. Deux illustrations :

En 2012 des questions en lien avec la consommation de médicaments vous ont été posées (voir page 5). Cette enquête a montré qu'une personne âgée sur quatre consomme plus de 5 médicaments par jour. C'est beaucoup ! Surtout lorsque l'on sait que la consommation de plusieurs médicaments peut constituer un risque pour la santé. Ces données renforcent les orientations du Service de la santé publique dans ses actions de prévention. Aujourd'hui un projet pilote vise une amélioration de cette problématique en incitant une collaboration forte entre patients, médecins traitants et pharmaciens. Un défi !

L'an dernier, certains participants ont aussi été appelés à se positionner par rapport au nouveau droit de protection de l'adulte (voir page 4). Il prévoit la possibilité de rédiger des directives anticipées ou de nommer un représentant thérapeutique. Près de 80% d'entre vous avez accepté de répondre ! Ces données nous permettront de mieux appréhender les besoins de la population en lien avec ces dispositions légales. Les personnes souhaitent-elles faire un usage des directives anticipées ? Auprès de qui souhaitent-elles obtenir des informations ? Autant de questions qui nous aideront à mieux communiquer avec le public afin que chacun puisse faire valoir au mieux ce qui est important pour lui ou elle.

Les principaux enjeux du Service de la santé publique sont de promouvoir un bon état de santé de la population et maintenir une offre en soins de qualité. Les réponses à ces enjeux doivent se baser sur un recueil fiable des besoins de la population. La cohorte Lc65+ y contribue et à ce titre, merci de votre fidélité !

Dr Stéphanie Monod, Privat Docent  
Cheffe du Service de la santé publique du canton de Vaud



## Les enfants du baby-boom

La cohorte Lc65+ comprend maintenant trois échantillons, reflétant chacun une période précise de la fécondité observée en Suisse aux alentours de la seconde guerre mondiale.

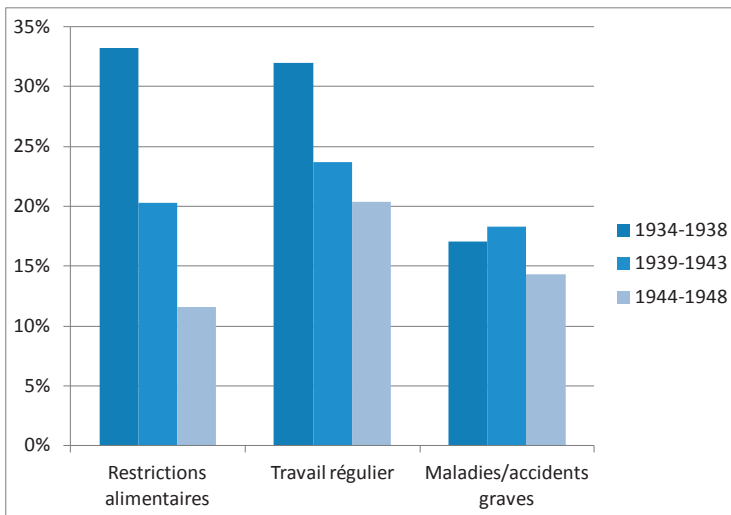
Le premier échantillon (suivi depuis 2004) est constitué de personnes nées alors que le taux de fécondité déclinait pour atteindre en 1938 son niveau le plus bas jamais enregistré dans les statistiques fédérales (1.74 enfants par femme). Le second échantillon (suivi depuis 2009) est né entre 1939 et 1943, quand ce taux remontait progressivement. En 2014, la cohorte Lc65+ s'est enrichie d'un troisième échantillon né dans le contexte d'un baby-boom qui, en Suisse, a débuté un peu avant la fin de la guerre : la période de 1944 à 1948 a ainsi connu un pic de fécondité avec des valeurs comprises entre 2.50 et 2.62. Le nombre d'enfants par femme a ensuite reculé en-dessous de 2.50 pour connaître une seconde élévation dans les années 1960.

Les questionnaires initiaux confirment l'évolution positive des circonstances de vie dans l'enfance. Comme le montre le graphique 1 ci-contre, une fraction de plus en plus faible indique avoir connu des restrictions alimentaires dans l'enfance, passant d'un tiers du premier échantillon à 11 % dans le troisième. Alors que la déclaration d'un travail régulier dans l'enfance avait nettement reculé entre les deux premiers échantillons, cette évolution favorable se poursuit pour les personnes nées entre 1944 et 1948 mais de façon moins nette ; une personne sur cinq reste concernée parmi les baby-boomers. Le troisième échantillon montre aussi un léger recul des déclarations d'atteintes graves de la santé dans l'enfance, qui concernent environ 15% des participants.

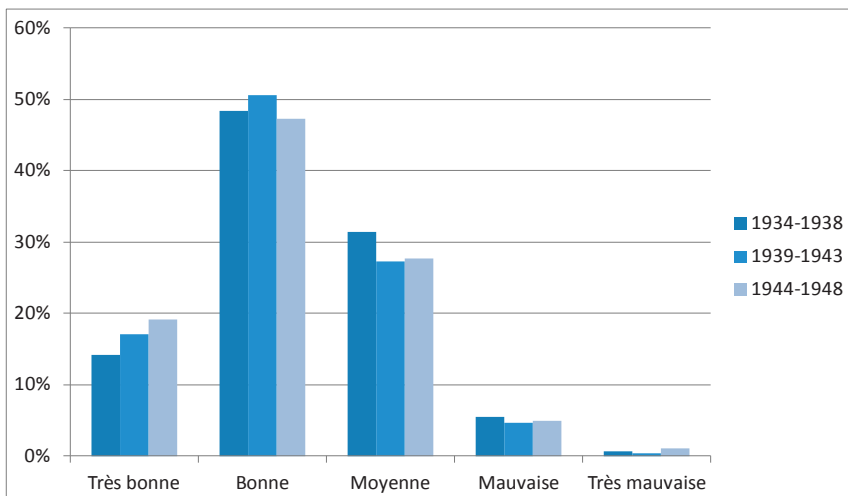
Malgré les circonstances plus favorables vécues dans l'enfance par les personnes nées pendant et après la guerre, la santé perçue à l'âge de 65-70 ans n'a que peu évolué, comme l'indique le graphique 2 ci-contre.

La proportion de personnes jugeant leur santé très bonne augmente légèrement, passant de 14% dans le premier échantillon à 17% dans le deuxième, et à 19% dans le troisième.

**Graphique 1 : Circonstances défavorables dans l'enfance rapportées dans les trois échantillons Lc65+**



**Graphique 2 : Perception de l'état de santé à l'âge de 65-70 ans dans les trois échantillons Lc65+**



À l'opposé, la fraction des personnes qui se considèrent en mauvaise, voire en très mauvaise santé reste située entre 5% et 6% dans les trois échantillons.

Interrogés au même âge sur leurs sentiments face au vieillissement, des proportions très semblables de répondants sont d'accord avec les affirmations suivantes :

- *"En vieillissant les choses vont de plus en plus mal"* (entre 39% et 41%) ;
- *"J'ai autant d'énergie que l'an dernier"* (entre 70% et 72%) ;
- *"Quand on vieillit on devient moins utile"* (entre 28% et 29%) ;
- *"Je suis plus heureux-se maintenant que lorsque j'étais plus jeune"* (entre 43% et 48%).

De même, on observe une grande stabilité entre les trois échantillons quant au jugement :

- *"Sur le plan de la santé les choses vont mieux que je ne l'avais imaginé (23-25%), comme je l'avais imaginé (53-55%) ou moins bien que je ne l'avais imaginé" (20-22 %).*

Il faudra cependant attendre la fin des tests réalisés cette année pour comparer les baby-boomers aux personnes nées plus tôt sur la base de mesures objectives telles que l'équilibre, la vitesse de marche ou la force de la main.

## **Enquête sur le nouveau droit de protection de l'adulte**

Tous les participants nés avant 1944 ont reçu en 2014 un questionnaire les interrogeant sur leur connaissance et leurs opinions relatives aux nouvelles dispositions légales en cas d'incapacité de discernement (directives anticipées, représentant thérapeutique, mandat pour cause d'inaptitude). Ces dispositions permettent à une personne, quel que soit son âge, d'exprimer ses souhaits par avance au cas où elle deviendrait incapable de décider par elle-même de ses soins. Nous souhaitons remercier encore les personnes qui ont fourni cet effort supplémentaire puisque grâce à elles, nous avons reçu 1'701 questionnaires remplis sur les 2'125 envoyés. Ce projet a reçu un soutien de la Fondation Leenaards et nous sommes actuellement en train d'analyser les données collectées. Les résultats feront l'objet d'un rapport destiné au Service de la santé publique, afin d'améliorer l'information des Vaudois-es sur ces importantes dispositions de la loi.

# La consommation de médicaments chez les seniors vaudois

## Pourquoi s'intéresser aux médicaments ?

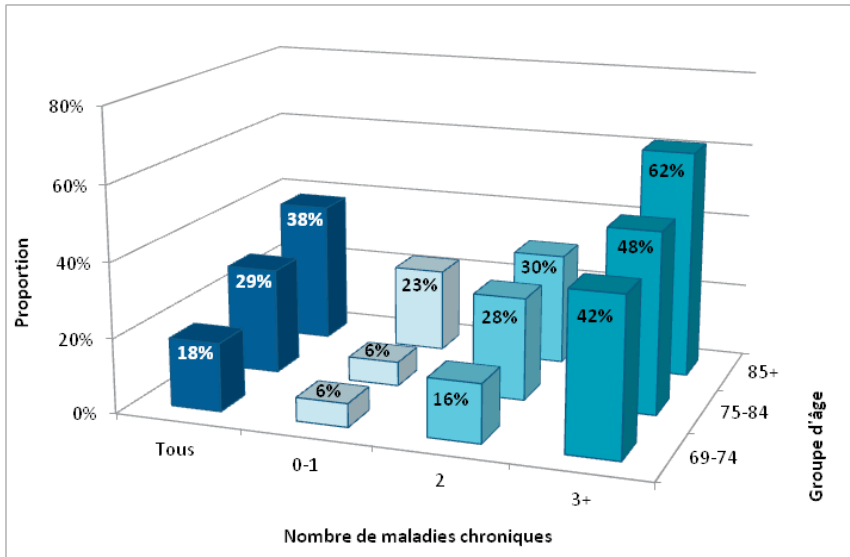
Toute consommation de médicaments est associée à un risque d'effets indésirables, comme les chutes, les troubles digestifs, les troubles de la mémoire, ou encore la confusion. Ce risque augmente avec le nombre de médicaments, parfois en raison d'interactions entre les produits consommés. Cela est aussi vrai pour les traitements complémentaires ou alternatifs, comme l'homéopathie ou la naturopathie. Les personnes d'un certain âge sont particulièrement concernées, car leur consommation de médicaments est élevée, en lien avec la fréquence des maladies chroniques.

On parle de polymédication lors de la prise régulière de plusieurs médicaments, en général 5 médicaments ou plus. La polymédication est bien décrite chez les personnes âgées hospitalisées ou vivant en EMS mais on dispose de moins d'informations sur la consommation de médicaments chez les personnes vivant à domicile. Les résultats ci-après proviennent de l'analyse du "*Questionnaire sur les soins*", complété en 2012 par certains participants à la cohorte ainsi que par d'autres personnes âgées d'au moins 69 ans du canton de Vaud. Il comportait une page sur laquelle il était demandé de déclarer tous les traitements en cours. L'analyse complète des données est présentée dans un rapport à destination du Service de la santé publique, disponible sur le site internet ([www.iumsp.ch](http://www.iumsp.ch) → Publications → Raisons de santé N° 241).

## Une personne sur quatre prend régulièrement 5 médicaments ou plus

La **polymédication** concerne environ **une personne sur quatre**. Comme le montre le graphique 3 ci-après, la polymédication augmente avec l'âge et avec le nombre de maladies chroniques. Ainsi, quel que soit leur âge, près de la moitié des personnes qui déclarent trois maladies ou plus sont concernées. A noter que la polymédication est particulièrement fréquente chez les personnes de 85 ans et plus, même chez celles qui ont rapporté au maximum une maladie chronique. Parmi ces dernières, une sur quatre prend un traitement comprenant au moins 5 médicaments. Tant les hommes que les femmes sont concernés, et le risque de polymédication n'est pas différent selon le niveau de formation.

**Graphique 3 : Proportion de personnes déclarant prendre régulièrement cinq médicaments ou plus, selon l'âge et le nombre de maladies chroniques**



## Médicaments cardiovasculaires et psychotropes sont fréquemment consommés

Près des trois quarts des personnes rapportent la prise régulière d'au moins un agent cardiovasculaire (traitements contre l'hypertension, contre l'hypercholestérolémie, pour le cœur et contre le diabète). Cette proportion est liée à la fréquence élevée de ces maladies.

La seconde classe de médicaments le plus souvent consommés sont les psychotropes : **une personne sur cinq déclare prendre régulièrement au moins un médicament de type antidépresseur, anxiolytique ou somnifère**. Cette proportion semble élevée, dans la mesure où de tels médicaments ne devraient pas être utilisés à long terme sans indication, en raison du risque d'effets indésirables ou d'accoutumance.

## Certains médicaments sont potentiellement sous-utilisés

En regard du risque d'ostéoporose lié à l'âge, on peut s'interroger sur la proportion relativement faible des personnes qui signalent prendre du calcium et de la vitamine D (14%), tandis que 2% seulement indiquent un traitement spécifique de l'ostéoporose (comme les bisphosphonates, par exemple).

## Médecine complémentaire ou alternative déclarée par une personne sur cinq

En sus des médicaments usuels, 15% à 20% des personnes rapportent prendre régulièrement au moins un **médicament complémentaire**. Une proportion plus élevée est observée chez les femmes et chez les personnes âgées d'au moins 75 ans. Les compléments alimentaires et les traitements à base de plantes sont particulièrement fréquents, alors que l'homéopathie est rarement utilisée (moins de 1% des personnes en consomment régulièrement).

## Implications au niveau politique

Cette étude donne des informations utiles à certains projets entrepris par le canton dans le cadre de la politique Vieillesse et Santé. Les résultats relatifs à la fréquence de la polymédication et à la consommation élevée de psychotropes permettront notamment d'orienter les campagnes d'information de la population. Ils pourront également guider le renforcement de la formation des médecins et des pharmaciens.

## Implications personnelles

Ces résultats montrent une polymédication en grande partie liée à la présence de maladies chroniques. Néanmoins, certains médicaments peuvent se révéler inadaptés, notamment en termes de substances ou de doses prescrites, et une modification du traitement peut réduire le risque d'effets indésirables.

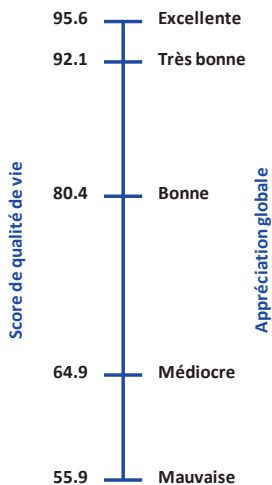
Si vous prenez un ou plusieurs médicaments, n'hésitez pas à demander à votre médecin ou à votre pharmacien si votre traitement est toujours indiqué. N'oubliez pas de parler des médicaments sans ordonnance et des traitements complémentaires comme la naturopathie ou l'homéopathie. Si vous prenez régulièrement 4 médicaments différents ou plus sur ordonnance, un entretien individuel (entretien de polymédication) avec votre pharmacien peut vous être remboursé par l'assurance-maladie.

## À propos de la qualité de vie ...

### Qualité de vie : des mots aux chiffres

En 2011, un questionnaire sur la qualité de vie a été ajouté dans la cohorte grâce au financement de la Fondation Leenaards. Ce questionnaire débutait par une appréciation globale de la qualité de vie, avec la possibilité de répondre par "excellente, très bonne, bonne, médiocre ou mauvaise". L'appréciation est favorable pour la grande majorité des participants : plus de neuf Vaudois-es sur dix né-es avant 1944 jugent leur qualité de vie excellente, très bonne ou bonne. On peut néanmoins se demander si notre interprétation des mots est correcte, leur signification pouvant varier d'une personne à l'autre. Une qualité de vie jugée "bonne" est-elle vraiment située entre "très bonne" et "médiocre"? Cette réponse doit-elle être interprétée plutôt favorablement (elle serait proche de "très bonne") ou au contraire défavorablement (proche de "médiocre") ? Dans un cas ou dans l'autre, l'interprétation de la réponse est très différente.

**Graphique 4 : Score moyen de qualité de vie selon l'appréciation globale**



Afin de mieux comprendre quelle est la signification de chacun des choix de réponses, nous y avons fait correspondre un score résumant 28 facteurs qui déterminent la qualité de vie. Une personne satisfaite sur tous ces aspects obtiendrait un score de 100. A l'inverse, un score de 0 traduit une insatisfaction marquée sur tous les plans. Le graphique 4 ci-contre illustre qu'une qualité de vie jugée "bonne" s'éloigne des appréciations "très bonne" et "excellente" (ces dernières étant proches l'une de l'autre). On constate aussi qu'elle se trouve à peu près à mi-distance entre les appréciations "très bonne" et "médiocre".

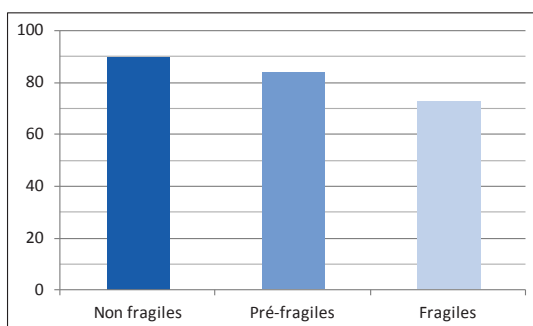
Les scores correspondant à chaque niveau d'appréciation de la qualité de vie globale sont comparables entre les hommes et les femmes, mais des variations significatives existent en fonction de l'âge et de la nationalité.



## Qualité de vie et fragilité

Le lien entre la fragilité et la santé des personnes âgées a été largement étudié et démontré. Cependant, les effets de la fragilité sur la qualité de vie – au sens large du terme – sont encore mal connus. Le graphique 5 ci-dessous montre que notre score de qualité de vie (compris entre 0 et 100) est plus bas chez les personnes fragiles et pré-fragiles que chez les personnes non fragiles.

**Graphique 5: Score moyen de qualité de vie selon le niveau de fragilité**



Les analyses indiquent encore que ces différences persistent lorsque l'on prend en compte le profil socio-économique des participants. Elles sont pour l'essentiel expliquées par une moins bonne santé des personnes fragiles.

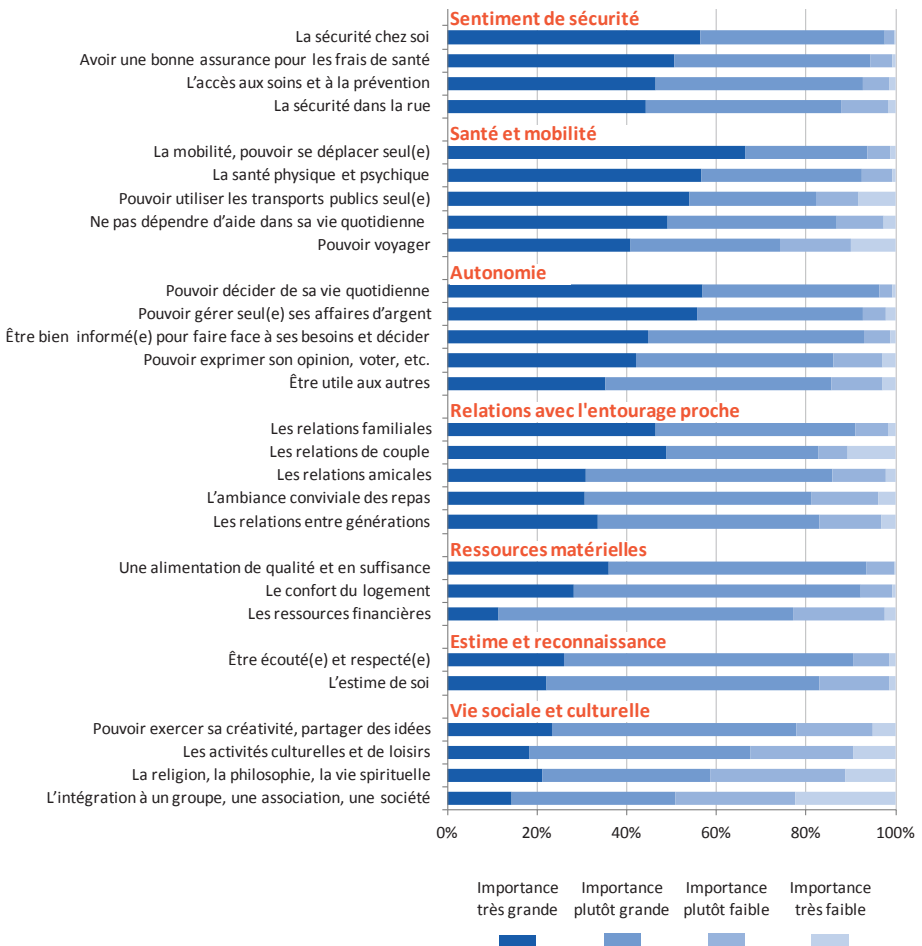
## La qualité de vie et ses domaines d'importance

En 2013, la Lettre de la Cohorte présentait, pour les 28 facteurs entrant dans notre score de qualité de vie, ceux le plus souvent considérés comme importants et ceux moins souvent relevés pour l'ensemble des répondants. Ces premiers résultats ont été complétés par une analyse des liens entre ces différents aspects de la qualité de vie. Lorsque des personnes attribuent de l'importance à un facteur donné, ont-elles tendance à valoriser aussi quelques autres aspects en particulier, et à attacher moins d'importance à d'autres ? Peut-on identifier des "familles" de facteurs déterminant la qualité de vie, et dégager ainsi quelques grands domaines structurant nos 28 facteurs ?

Si oui, attache-t-on davantage d'importance, pour sa propre qualité de vie, aux domaines dans lesquels on rencontre certaines difficultés ?

Une technique statistique a permis d'identifier sept domaines, dont l'intitulé a été choisi en fonction des facteurs qui les composent : 1) Sentiment de sécurité, 2) Santé et mobilité, 3) Autonomie, 4) Relations avec l'entourage proche, 5) Ressources matérielles, 6) Estime et reconnaissance, et 7) Vie sociale et culturelle. Le graphique 6 ci-dessous présente les facteurs qui composent ces sept domaines et l'importance attribuée à chacun dans le canton de Vaud.

**Graphique 6: Importance des sept domaines de la qualité de vie dans le canton de Vaud**



L'importance accordée aux sept domaines est étroitement liée à la santé des individus, mais aussi au profil socio-économique et démographique. En particulier, les personnes présentant des symptômes dépressifs donnent une importance moindre à l'ensemble des domaines. De façon intéressante, on attache davantage d'importance aux domaines dans lesquels on dispose de ressources et on relativise l'importance des autres. Par exemple, les personnes vivant accompagnées donnent plus d'importance à l'entourage proche que les personnes vivant seules ; l'importance des ressources matérielles est inférieure chez les répondants qui rapportent des difficultés financières ; la santé et la mobilité, qui tendent à se détériorer avec l'âge, sont jugées moins importantes par les participants les plus âgés. À la lumière de ces résultats, l'expression « Voir le verre à moitié plein » prend tout son sens.

Ces résultats font l'objet d'une publication dans la revue *Age & Ageing* (Henchoz Y, Meylan L, Goy R, Guessous I, Büla C, Demont M, Rodondi N, Santos-Eggimann B. *Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions. Age & Ageing. 2015. doi:10.1093/ageing/afv130*).

## La fragilité se lit-elle dans l'écriture ?

L'écriture manuscrite est une activité complexe, mobilisant à la fois la main et le cerveau. Elle met en œuvre des fonctions motrices et nécessite des capacités de concentration et de coordination. Les signes classiques de la fragilité, tels qu'une diminution de la force (mesurée sur la main), une lenteur (mesurée à la marche) ou une fatigue, sont-ils aussi visibles dans l'écriture ? Cette question a été étudiée par le Prof. invité R. Camicioli, neurologue de l'Université de Calgary (Canada) de passage pour quelques mois à Lausanne. Son analyse d'échantillons d'écriture, prélevés sur une tablette électronique lors des tests en 2011, s'est concentrée sur les caractéristiques de pression, de vitesse de l'écriture et de durée des temps de pause entre les lettres ou les mots.

L'écriture des personnes pré-fragiles ou fragiles ne se distingue pas clairement de celle des personnes non fragiles. Néanmoins, certaines caractéristiques de l'écriture sont associées avec des aspects particuliers de la fragilité. Par exemple, la pression d'écriture est plus faible chez les personnes dont la force de la main est diminuée.

Les résultats de cette analyse font l'objet d'une publication dans la revue *Archives of Gerontology and Geriatrics* (Camicioli R, Mizrahi S, Spagnoli J, Büla C, Demonet JF, Vingerhoets F, von Gunten A, Santos-Eggimann B. *Handwriting and pre-frailty in the Lausanne cohort 65+ (Lc65+) study*. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2015;61:8-13).

Les travaux sur ces échantillons d'écriture se poursuivent actuellement en collaboration avec les Prof. J.-F. Demonet (CHUV), neurologue responsable du Centre de la mémoire de Lausanne et S. Kandel (Université Stendhal, Grenoble), spécialistes de l'étude de l'écriture et du langage.

## L'an prochain

En 2016, ce sont les **personnes nées entre 1939 et 1943** que nous contacterons pour un entretien à l'IUMSP, au cours duquel nous effectuerons les tests que vous connaissez déjà. Une fois le rendez-vous fixé, vous recevrez comme d'habitude un questionnaire à compléter et amener avec vous le jour de l'entretien. Pour les **participants des deux autres échantillons, nés avant 1939 ou après 1943**, le suivi de l'année 2016 se fera uniquement par questionnaire envoyé à votre domicile.

Nos questionnaires sont maintenant bien rodés et la répétition des questions, année après année, nous permet d'étudier des trajectoires de santé. La régularité de votre participation est indispensable à ce type d'analyse. Le questionnaire de l'an prochain reprendra notamment des questions sur la qualité de vie posées en 2011. Ceci permettra d'une part d'étudier ses modifications avec l'âge et les changements de situation (événements de vie, etc.). D'autre part, nous pourrons aussi comparer les réponses des participants du troisième échantillon avec celles données par les participants nés plus tôt.

**Nous espérons pouvoir compter avec votre participation en 2016 et vous remercions de votre confiance et de votre disponibilité.**

**A toutes et tous nous souhaitons nos meilleurs vœux pour cette fin d'année.**