

Mots clés :

Personne âgée  
Incapacités  
Prévention  
Généraliste  
Infirmier  
Interdiscipli-  
narité

## 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 oeuvre et les bénéfiques à en attendre. Plusieurs synthèses des données et leurs analyses<sup>1-5</sup>, une étude randomisée danoise récente<sup>6</sup> apportent des éléments de réflexion.

### Quand commencer cette prévention ?

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 (PA) (*Bibliomed 392 et 490*).

La plupart des études d'intervention en prévention du déclin fonctionnel des PA ont concerné des sujets identifiés comme à risque, identification difficile, comme le montre les débats à propos du syndrome de fragilité (*Bibliomed 543*). 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<sup>5</sup>.

Au total, il semble que la prévention des incapacités commence tôt dans la vie et concerne l'ensemble des PA, mais que le bénéfice persiste chez les PA à haut risque comme après 80 ans<sup>6</sup>, et même chez les PA avec démence vivant à domicile, qu'il ne faut pas exclure<sup>5</sup>.

### 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<sup>3</sup>. L'évaluation est faite au mieux à domicile<sup>2</sup>. Elle suppose

de construire une relation de confiance avec la PA, de proposer des mesures adaptées aux besoins et à la personne, centrées sur son style de vie. Elle doit être renouvelée périodiquement<sup>3</sup>. Elle réduit le risque d'institutionnalisation<sup>3</sup>. 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 avec les *disease management* (*Bibliomed 537*). 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,** dont l'efficacité semble voisine<sup>3</sup>. Le rôle de cette intervention dans la réhabilitation et les soins des PA 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 oeuvre des mesures concernant le style de vie et la réhabilitation de la fonction physique<sup>5</sup>.

**La coordination interdisciplinaire est fondamentale** comme le montre l'étude danoise, où l'intervention est fondée sur 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 PA à haut risque.

**Le bilan précédant sa mise en oeuvre 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 oeuvre 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- Ankri J. Prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle et de l'entrée en institution. *Presse Med.* 2000; 29(22): 1255-62.
- 2- Clark J. Preventive home visits to elderly people. *BMJ.* 2001; 323: 708.
- 3- Stuck AE et al. Preventing disability in elderly people. *Lancet.* 2004; 364: 1641-2.
- 4- Black DA. Case management for elderly people in the community. *BMJ.* 2007; 334: 3-4.
- 5- Stott DJ et al. Multidisciplinary care for elderly people in the community. *Lancet.* 2008; 371: 699-700.
- 6- Vass M et al. 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.