

Médecine préventive, sénescence et vieillesse

A. Delachaux

Résumé

Bien vieillir, c'est une réussite qui se prépare longtemps à l'avance et qui s'appuie sur les trois piliers de la santé physique, mentale et sociale. La prévention des troubles de la vieillesse commence à la naissance. Chaque étape de la vie prépare la suivante. Avec l'âge, l'involution limite progressivement les aptitudes fonctionnelles, que viennent encore amoindrir les maladies de vieillesse. Les facultés baissent, tout particulièrement l'adaptation au milieu environnant, physique et psychologique.

Introduction

Nous sommes entrés progressivement dans une ère de longévité. La durée moyenne de la vie humaine en Europe n'est pas loin de 70 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes; elle s'allonge encore; les gains diminuent il est vrai, mais atteignent encore quelques mois chaque année.

Cette situation présente des aspects très positifs: la mort frappe de moins en moins les classes d'âge actives, elle porte de plus en plus exclusivement sur les dernières décennies. D'autre part le septuagénaire d'aujourd'hui paraît être plus alerte et moins touché par l'âge que ne l'était son père ou son grand-père, encore que les comparaisons soient difficiles. Les travaux statistiques de Larsson en Suède suggèrent que l'invalidité a régressé jusqu'à l'âge de 65 ans. Quant aux sports violents, de très nombreux septuagénaires n'hésitent pas à poursuivre la pratique du ski, de l'alpinisme, du cheval, et maintiennent toutes leurs autres activités.

Si l'on peut affirmer que la longévité actuelle s'est accompagnée de gains fonctionnels, elle pose aussi de redoutables problèmes médicaux, familiaux et sociaux. La condition humaine, sur le plan matériel tout au moins, est plus douce aujourd'hui pour les vieux. Mais il n'en reste pas moins que la morbidité générale augmente avec l'âge. Si le nombre des vieillards monte, celui des personnes malades ou dépendantes s'élève plus vite encore. Dans la situation actuelle, la con-

sommation hospitalière augmente plus rapidement que l'effectif du personnel soignant. Les organisations de soins sont débordées. Passé le cap des 75 ans notre civilisation échange trop souvent la mort contre la maladie chronique, l'infirmité et l'impotence.

Les affections des vieillards réagissent souvent mal à la thérapeutique, en raison de la présence de lésions organiques étendues et irréversibles, ou de troubles fonctionnels préexistants, qui auraient été curables avant l'affection du moment. C'est pourquoi une intervention efficace et bien concertée de la médecine préventive s'impose, sur le triple plan mental, physique et social. En gérontologie, la médecine préventive doit occuper un poste clé.

Buts de la médecine préventive dans la sénescence et la vieillesse

L'expérience montre que des conditions de vie favorables, une bonne hygiène, des soins médicaux efficaces contribuent à maintenir certaines aptitudes jusqu'à un âge très avancé. Maintenir plus longtemps les capacités fonctionnelles permettrait d'allonger la vie active aux dépens des années trop souvent dévolues aux maladies chroniques et à l'impotence, qui caractérisent actuellement la phase terminale de la vie humaine.

Une prévention des troubles de l'âge trouve ses bases rationnelles dans la physiopathologie du vieillissement. La tradition, non sans arbitraire, distingue *involution* et *maladies de vieillesse*. En fait ces deux facteurs s'associent constamment, tantôt cause tantôt effet, pour modifier l'organisme adulte en fonction du temps.

L'involution, c'est en principe le vieillissement pur, programmé par le code génétique, indépendant ou du moins peu influencé par les facteurs exogènes.

L'involution ne progresse pas avec la même

vitesse au niveau des divers tissus ou des divers organes. Cet asynchronisme détermine le développement de troubles localisés. L'involution peut donc déterminer des maladies et des infirmités tardives héréditaires.

De nombreuses affections présentent une fréquence croissant avec l'âge, mais il est 4 syndromes dont les courbes de mortalité se redressent impitoyablement jusque près de la verticale au cours de la dernière décennie; ce sont les gripes, les ramollissements cérébraux, les traumatismes par chute et les bronchopneumonies. Ces 4 syndromes pourraient correspondre à l'étape ultime de l'involution, dans le cadre de nos conditions de vie actuelles.

L'hérédité détermine la longévité virtuelle, les aptitudes mentales et physiques, la manière de réagir aux agressions; elle fixe encore la disposition à développer certaines maladies fréquentes dans la seconde moitié de la vie — diabète sucré, hypertension artérielle, cataracte, oto-sclérose, arthrose, démence sénile.

L'environnement et un mode de vie défavorables incitent au développement des maladies de vieillesse — bronchite chronique et cancer bronchique des grands fumeurs ou des personnes vivant dans une atmosphère polluée, diabète des obèses, atrophie osseuse douloureuse par carence alimentaire, fractures des vieillards maladroits, décompensation mentale des solitaires ou des déracinés.

Les «maladies de vieillesse» n'ont rien de spécifique; les plus fréquentes — l'insuffisance cardiaque, les cancers, les fractures, les embolies pulmonaires — se rencontrent à tout âge. Ce qui les caractérise, c'est leur fréquence particulière au cours du dernier quart de la vie. C'est aussi la présence d'une pathologie multiple chez un même individu. Il peut s'agir, étant donné la longue évolution accordée par la vieillesse aux maladies,

du développement de la plupart des complications possibles d'une même affection primitive. En voici un exemple: hypertension artérielle et artériosclérose, encéphalo- et cardiopathies hypertensives, infarctus du myocarde et ramollissement cérébral, démence avec incontinence urinaire, vessie neurologique avec infection urinaire chronique, troubles de l'équilibre causant une chute et une fraction du col fémoral. Il peut s'agir encore de l'association de maladies sans lien de causalité, si ce n'est un terrain favorable préparé par l'involution. Il en va ainsi de l'association d'une atrophie osseuse douloureuse, d'une insuffisance cardiaque banale de vieillard, d'un cancer et d'une cataracte. Il faut ajouter que les maladies de vieillesse, toutes banales qu'elles soient, présentent certains caractères cliniques particuliers, du fait d'un terrain modifié par l'involution.

Les troubles physiques et mentaux des vieillards ne représentent le plus souvent qu'un aspect partiel d'un ensemble morbide beaucoup plus vaste. Il est faux de borner leur étude à leurs seules dimensions cliniques, hors de leur cadre psychologique et social, où elles prennent toute leur signification.

Chez le vieillard, les facteurs somatiques, psychiques et sociaux sont étroitement liés dans le déterminisme des maladies et des incapacités fonctionnelles. La physiopathologie est multiple. La thérapeutique et plus encore la prévention doivent répondre aux troubles dans leur ensemble. Elles doivent être conçues comme un tout, comme une «médecine totale».

Le but n'est pas tant de prolonger la vie jusqu'à l'extrême limite de la longévité virtuelle; c'est bien plutôt de maintenir par tous les moyens le plus longtemps possible les capacités fonctionnelles et l'indépendance des vieillards.

La prévention des troubles physiques

A la naissance, les facteurs qui vont déter-

miner l'avenir sont l'hérédité, l'environnement, le mode de vie et l'ensemble des facteurs échappant à notre contrôle communément désignés «chance», «malchance» ou «hasard». Chez les vieillards il faut ajouter les séquelles des agressions subies, physiques et mentales, avec leurs cicatrices et amputations fonctionnelles, et les gains acquis par des épreuves bien supportées.

La prévention primaire des maladies de vieillesse commence à la naissance. Il faut éviter les agressions graves de toutes natures, traiter les troubles inévitables de manière à réduire au minimum les séquelles. Il faut encore pratiquer l'hygiène et un mode de vie développant les aptitudes naturelles. Les erreurs diététiques, le manque d'exercice physique, les toxicomanies favorisent le développement des maladies de vieillesse. Celui qui a bien conduit sa vie et qui atteint en bonne forme l'âge de 65 ans est bien placé pour conserver son équilibre biologique au cours de l'involution. Après 65 ans la diététique continue à jouer un rôle important. Il faut éviter le surpoids, mais aussi les carences alimentaires, dont les plus fréquentes concernent les protéines, le calcium et la vitamine C.

La fréquence des dysglycémies des vieillards doit inciter à restreindre tout excès de sucre. De même la fréquence de l'insuffisance cardiaque conseille une certaine prudence dans l'apport du sodium.

La mastication est souvent insuffisante en raison des troubles dentaires. Les prothèses complètes tiennent mal chez les vieillards, particulièrement au maxillaire inférieur. La viande doit être hâchée, les légumes passés. L'exercice physique joue un rôle important. Il stimule les synthèses protéiques au niveau du myocarde, du muscle squelettique et de l'os. Bien conduit, il entretient la vigueur physique et les aptitudes à une bonne ventilation pulmonaire, si importante pour libérer les voies respiratoires lors de complications

bronchiques. La marche est le meilleur des entraînements; il faut y associer des exercices d'équilibre et d'assouplissement, pour lutter contre la maladresse des vieillards et prévenir les chutes.

L'exercice physique est le meilleur moyen de prévenir les thromboses veineuses et les embolies, de stimuler le développement de la circulation collatérale en cas de thrombose artérielle des extrémités.

La vaccination contre la grippe et les complications bronchiques concerne principalement les vieillards; pour eux ces affections sont redoutables.

Les troubles sensoriels exposent aux accidents. Ils isolent encore les vieillards de leur entourage et produisent ou aggravent des troubles mentaux. D'où l'importance de contrôles périodiques des yeux et de l'appareil auditif: un dépistage précoce et un traitement adéquat d'affections localisées permettent d'éviter des troubles généraux graves.

Dans la prévention primaire figurent encore toutes les mesures propres à éviter les chutes: bon éclairage au domicile et à l'hôpital, escaliers munis de main-courante des deux côtés, bonne signalisation de la première et de la dernière marche d'escalier, suppression de tous les obstacles tels que seuil, etc.; lits réglés à hauteur voulue pour que le patient, lorsqu'il s'assied, puisse appuyer confortablement les deux pieds sur le sol. Il conviendrait aussi de renoncer à la baignoire, engin aussi dangereux pour les vieillards que la voiture de sport pour les jeunes gens, et la remplacer par une douche, à prendre en position assise si l'on préfère, et dans tous les cas sur un sol non glissant. Les vieillards doivent être munis de chaussures adaptées à la nature du sol sur lequel ils se déplacent et ne pas sortir par temps de verglas.

Prévention secondaire: la pathologie du vieillard est caractérisée par la discrétion

des troubles subjectifs. Des plaintes mineures correspondent à des dégâts organiques importants. Lorsque le patient consulte son médecin, il est souvent «trop tard». D'où l'intérêt de contrôles médicaux périodiques des vieillards «valides». Le dépistage est particulièrement «rentable» dans cette collectivité très touchée par la maladie; il doit porter sur l'ensemble des affections curables; il doit encore s'étendre à l'environnement, et détecter les conditions de vie défavorables, qui à plus ou moins brève échéance vont causer des maladies. Nous sommes aux confins de la prévention primaire et secondaire. Les facteurs morbides somatiques, mentaux et sociaux sont étroitement liés; nous allons rapidement les passer en revue, puis nous les grouperons dans un schéma d'examen périodiques des vieillards.

Les affections physiques les plus fréquentes des vieillards concernent les organes sensoriels, la denture, les troubles cardio-vasculaires, les néoplasies, le diabète, les infections urinaires chroniques, la maladresse, cause de chutes avec fractures et d'inactivité.

Le dépistage d'une hypertension artérielle, d'une insuffisance cardiaque latente, d'une artériopathie oblitérante, d'une bronchite chronique ne pose pas de problème particulier. Les suspects sont soumis à un examen médical traditionnel et reçoivent un traitement adéquat.

Le dépistage des néoplasies n'a pas encore reçu de solution satisfaisante. Chaque type de localisation exige ses techniques d'investigation particulières, auxquelles on ne recourt logiquement que sur la base d'un indice de suspicion; celui-ci est donné en général par l'anamnèse à un stade tardif de l'évolution, tout particulièrement chez les vieillards. L'inspection et la palpation de la peau, des muqueuses, des seins, des ganglions lymphatiques, du foie, la radiophoto-

graphie (métastases pulmonaires) n'en restent pas moins indispensables. De même la détermination précise du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges: une anémie hypochrome suggère la présence d'hémorragies occultes, généralement gastro-intestinales — hernie diaphragmatique, ulcère gastro-duodéal, cancer, diverticulose, parfois de simples hémorroïdes. Le dépistage du diabète sucré est aisé. Signalons cependant qu'avec l'âge des troubles mineurs de la régulation du métabolisme des glucides sont fréquents et sans signification, pour autant que l'on respecte les règles générales d'hygiène diététique: poids normal, apport calorique non excessif, peu de sucre.

L'infection urinaire chronique des vieillards est souvent entretenue par un apport liquidien trop faible et une diurèse inférieure à un litre par jour. Il en résulte des mictions très espacées et souvent incomplètes, avec un résidu urinaire après la miction. La présence de ce résidu, excellent milieu de culture, conditionne l'infection. Ces patients présentent un taux sérique normal de créatinine contrastant avec un taux relativement élevé d'urée, et un poids spécifique élevé de l'urine, en l'absence de toute insuffisance cardiaque.

La prévention des chutes et des fractures des vieillards concerne le maintien de la vigueur physique et de l'adresse, du sens de l'équilibre et de l'acuité visuelle. Une alimentation rationnelle, la pratique quotidienne de la marche et de quelques exercices paraissent efficaces. Après une période d'immobilisation, les vieillards ressentent souvent une certaine raideur des muscles et des articulations, qui compromet la sécurité de la marche pendant les premiers pas. Des mouvements brusques de la tête peuvent déclencher des vertiges et des chutes; ils doivent être évités.

Prévention tertiaire: toute personne âgée

tend à devenir infirme. L'immobilisation prolongée au lit aggrave cette situation; on peut parler d'une véritable maladie d'immobilisation qui aggrave, souvent de manière catastrophique, les troubles communs de la vieillesse. C'est pourquoi il importe d'aliter le moins longtemps possible les vieillards, de les lever de manière précoce et d'entreprendre le plus tôt possible une réadaptation à la vie active. Il faut souvent adapter le mobilier et la disposition des lieux aux infirmités résiduelles. Le but est de rendre au vieillard le maximum d'indépendance et de sauvegarder sa vie sociale.

La prévention des troubles mentaux

Les vieillards sont des infirmes mentaux en puissance. L'involution, les troubles métaboliques et cérébro-circulatoires si fréquents avec l'âge développent peu à peu des syndromes psycho-organiques. La mémoire des faits récents, la faculté d'adaptation baissent, tandis que s'aggrave la tendance à l'égoïsme, au désintérêt des problèmes d'autrui, au repli sur soi-même. La solitude, ce fléau des vieillards, est un facteur efficace de décompensation mentale; elle engendre l'ennui, la tristesse et le ressentiment.

La prévention primaire est assurée par une bonne hygiène mentale dès le berceau. On peut se rapporter à ce qui a été dit sur la santé physique: celui qui a pu conserver un équilibre psychique intact, entretenir des contacts sociaux harmonieux, conserver l'intérêt aux problèmes d'autrui et la curiosité d'esprit jusqu'au seuil de la vieillesse, a toutes ses chances pour l'avenir. Son comportement contribue largement à maintenir un environnement favorable: il sollicite l'intérêt et la bienveillance de son entourage. L'état mental des vieillards est très sensible aux contrariétés, au manque d'affection, à la fatigue, aux troubles du rythme des activités quotidiennes — repas, travail, loisirs, som-

meil. Les problèmes matériels, les maladies physiques provoquent de l'angoisse, troublent l'appétit et le sommeil. Enfin certains médicaments peuvent contribuer à la décompensation mentale, en particulier les soporifiques, les dérivés de la cortisone, certains tranquillisants.

La prévention secondaire concerne le dépistage précoce d'un comportement anormal et celui de ses causes, et la mise en œuvre d'un traitement efficace.

Il faut tout mettre en œuvre pour prévenir le «gâtisme», cet état de confusion mentale avec incontinence urinaire qui termine trop souvent la vie humaine par une triste hospitalisation. Dans ce but il faut combattre les troubles circulatoires tels qu'hypertension, hypotension artérielles, insuffisance cardiaque, cardiopathies et embolies, les carences alimentaires, l'abus de médicaments, et veiller constamment à une bonne hygiène mentale et sociale.

La prévention tertiaire: une réadaptation mentale est parfois possible, suivie d'un reclassement dans un milieu protégé. S'il est trop tard pour transformer le vieillard malade, on peut au moins conditionner l'entourage.

La prévention sociale des troubles de la vieillesse

Certains facteurs sociaux favorisent la dégradation des personnes âgées, en particulier l'insécurité sociale et un milieu défavorable, soit au domicile soit à l'hôpital.

La prévention sociale primaire consiste tout d'abord en une saine politique de l'assurance-vieillesse et du logement. Elle concerne encore la mise à la retraite, qui devrait être préparée au moins 10 ans à l'avance, comme une nouvelle profession. Cela permettrait de supprimer une épreuve souvent très dure et mal surmontée, qui exige un gros effort d'adaptation à un mo-

ment où cela n'est plus possible. Les organisations de travail et de loisirs rendent d'inesestimables services; elles doivent être perfectionnées et multipliées pour mieux encore s'adapter à la diversité des besoins. L'ergothérapie fait merveille dans les établissements médico-sociaux: une activité intéressante et constructive correspond à un besoin profond. Les personnes âgées reprennent goût à la vie, leur comportement mental et physique s'en trouve régénéré.

Tout doit être organisé pour lutter contre la solitude des vieillards. Il faut sauvegarder la vie sociale des personnes âgées ou la recréer par tous les moyens, au domicile, dans les asiles et dans les hôpitaux. Il faut intégrer les vieillards le plus longtemps possible à la vie active et les y intéresser. Cela implique une vaste organisation sociale qui touche également à l'urbanisme. Les vieillards ne doivent pas être séparés des représentants des autres classes d'âge. Il faut lutter contre une «ségrégation» des personnes âgées. Le vieillard a besoin pour son équilibre de garder le contact avec les enfants et avec les adultes.

La prévention secondaire, c'est le dépistage précoce et la correction des facteurs sociaux nocifs. Elle concerne encore l'organisation des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Il faut éviter le déracinement des vieillards et favoriser lorsque c'est possible le maintien des chroniques âgés dans leur milieu. Pour cela il faut développer des organisations d'aide et de soins à domicile.

La prévention tertiaire n'est qu'un pas de plus: pour rendre une vie acceptable au vieillard infirme, il faut pousser plus loin le conditionnement du milieu social, en particulier l'éducation du public et de l'entourage immédiat.

L'examen périodique du vieillard

Les maladies, le «mal-vivre» des vieillards

résulte le plus souvent d'une combinaison de facteurs morbides physiques, mentaux et sociaux. L'examen périodique est destiné avant tout à repérer les personnes particulièrement menacées dans leur santé. Toute anomalie implique un complément d'investigation qui doit conduire à un diagnostic précis somatique, mental et social, puis à un traitement adéquat.

Les personnes âgées, nous l'avons déjà dit, bénéficient de toutes les mesures préventives prises dès la naissance. Dès la sénescence, des examens périodiques sont souhaitables tous les deux ans, et dès l'âge de 70 ans chaque année.

Voici un schéma d'examen périodique de dépistage pour personnes âgées. Les rubriques figurent dans l'ordre pratique des investigations qui, pour l'examen physique, procède de la tête aux pieds.

Anamnèse familiale:

Tares héréditaires, en particulier cardiovasculaires et diabète sucré.

Troubles oculaires, auditifs, mentaux.

Anamnèse personnelle:

Affections antérieures.

Troubles actuels:

mémoire; orientation dans le temps et dans l'espace; dysphorie; troubles du comportement; troubles visuels ou auditifs; vertiges, chutes, maladresse; dyspnée; douleurs; troubles de la miction ou de la défécation; sommeil; appétit; régime alimentaire (protéines, calcium, vitamine C); alcool, tabac, «pilules», toxicomanies; exercice physique; niveau socio-économique; logement (nombre de pièces par personne); étage (avec ou sans ascenseur); travail; loisirs; conditions affectives et familiales, solitude?

Examen physique

Aspect général, statique, démarche (marche en avant, puis marche en arrière).

Poids, taille, déformations grossières du dos; denture (mastication efficace?); acuité auditive; acuité visuelle; palpation et auscultation des artères temporales, carotides, radiales; tension artérielle, rythme cardiaque; auscultation du cœur; examen des seins; palpation des ganglions lymphatiques cervicaux, auxiliaires, sus-claviculaires, inguinaux; palpation du foie; orifices herniaires.

Membres inférieurs: varices, œdèmes, dermatite ocre, ulcères; palpation des artères pédiées et tibiales postérieures; déformations ou troubles trophiques au niveau des pieds; réflexes plantaires.

Radiophotographie; ECG (à ne répéter que tous les deux ans si l'examen est normal); hémoglobine, globules rouges, leucocytes; vitesse de sédimentation globulaire (à ne pratiquer qu'en dehors des épidémies de grippe); VDRL (à ne répéter que tous les deux ans si l'examen est normal); urine: albumine, sucre, sédiment; chez les femmes, Papanicolaou (à ne répéter que tous les deux ans si l'examen est normal).

L'examen de dépistage révèle ou suggère

Complément d'examen nécessaire

Mesures thérapeutiques

Conclusion

Dans les premières phases de la vie humaine, les mesures préventives portent l'effort principal sur la personne, sur la sauvegarde de l'intégrité physique et mentale et sur le développement optimal des aptitudes. Ces mesures gardent toute leur valeur jusqu'à la fin de la vie humaine. Mais après la

mise à la retraite la vie sociale se dégrade, menant à la solitude et à l'ennui. C'est davantage sur l'environnement, en particulier sur le milieu social que doit porter l'effort. Il faut tout mettre en œuvre pour créer une ambiance permettant au vieillard de mener une vie intéressante, malgré des aptitudes amoindries. Cela implique, outre un système mieux adapté d'hôpitaux gériatriques et de services d'aide et de soins à domicile, une éducation du public et un nouvel urbanisme.

Bibliographie

Müller Ch., avec la collaboration de Ciompi L., Delachaux A., Rabinowicz Th. et Villa J.-L.: *Alterspsychiatrie*.

Heilmeyer L., Holtmeier H. J. und Schubert R.: *Geriatric. Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medizin*. 3e Symposium in Freiburg i. Br. Thieme Stuttgart 1966.

Herz- und Atmungsorgane im Alter. *Psychologie und Soziologie in der Gerontologie*. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie 1967. Steinkopf Darmstadt 1968.

Rudd and Margolin: *Maintenance Therapy for Geriatric Patient*. Thomas Springfield (USA) 1968.

Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'études 6859. Imprimerie des Journaux Officiels, 26, rue Desaix, Paris.

Problèmes de la vieillesse en Suisse. Rapports de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse. Centrale fédérale des imprimés et du matériel, 3003 Berne.

Symposiums organisés par le Bureau Régional de l'Europe, Organisation Mondiale de la Santé, Copenhague: *Les relations entre l'hôpital et la population qu'il dessert*. Euro-137, Stockholm 1958.

Soins hospitaliers et à domicile, Amsterdam 1962. Euro-137.2. Protection sanitaire des personnes âgées et prévention du vieillissement prématuré. Euro-245, Kiev 1963.

Adresse de l'auteur:

Prof. A. Delachaux, Faculté de Médecine, Université de Lausanne