

Six articles spécialisés en bref

Promotion de la santé des personnes âgées

Claudia Kessler^a, Ralph M. Steinmann^b

^a MPH, FMH für Prävention und Gesundheitswesen, Koordinationsstelle Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter

^b Dr. phil., MAS Gesundheitsförderung und Prävention, Projektleiter, Gesundheitsförderung Schweiz

L'objectif de la promotion de la santé des personnes âgées est d'améliorer la qualité des années de vie restantes, afin d'assurer le plus longtemps possible l'autonomie de ces personnes. Les études le prouvent: une modification comportementale est bénéfique, même à un âge avancé.

En Suisse, le cabinet de médecine de premier recours typique reflète le développement démographique de notre pays: la clientèle est principalement constituée de seniors, avec une part en constante croissance d'hommes et en particulier de femmes très âgées. Ce développement soulève de nombreuses questions pour la société. Il doit néanmoins être également perçu comme un accomplissement central du siècle dernier, auquel la prise en charge médicale de qualité a largement contribué. Naturellement, la question se pose alors: une promotion de la santé des personnes âgées est-elle encore nécessaire? L'objectif primaire de cette dernière n'est pourtant pas de continuer à réduire la mortalité ou augmenter l'espérance de vie. Il s'agit davantage d'améliorer la qualité des années de vie restantes, afin de permettre au plus grand nombre possible de personnes âgées de vieillir dans l'autonomie et la santé. Cela ne crée pas seulement une plus-value pour les personnes concernées et leurs proches.

¹ Pour des raisons de facilité de lecture, la différenciation des sexes, par ex. «patient/e», ne sera pas effectuée. Par souci de parité, les termes correspondants valent donc indifféremment pour les deux sexes.

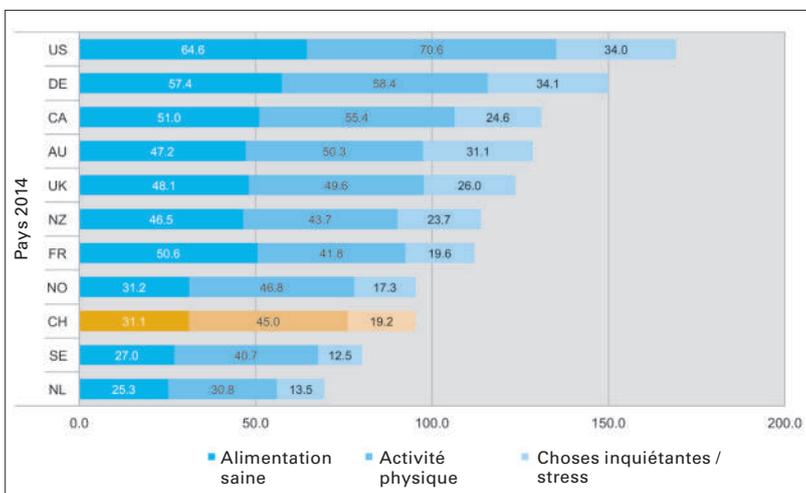


Figure 1: Nature des entretiens de prévention menés durant les 2 dernières années chez les patients âgés de 55 ans et plus. Comparaison internationale (2014, en %) [2].

La réduction du nombre de chutes, la limitation du surpoids et de la malnutrition, davantage d'activité physique et une meilleure santé psychique signifient d'abord moins de souffrance sur le plan individuel. Mais pour la société, cela implique aussi une réduction du nombre d'hospitalisations, des coûts liés aux soins ambulatoires, des placements en établissement spécialisés et des coûts médicaux et sociaux engendrés. De plus, bonne nouvelle: il n'est jamais trop tard pour promouvoir la santé! D'innombrables études prouvent que des modifications comportementales vers un mode de vie plus sain sont encore possibles à un âge avancé et ont un effet sur la santé. Par ailleurs, nous savons, sur la base des ouvrages de référence [1] et de la pratique, que les personnes âgées s'appuient volontiers sur les conseils et recommandations de leur médecin en ce qui concerne les questions de santé.

Tout le monde sait que les médecins de premier recours jouent un rôle central pour détecter précocement les risques significatifs pour la santé, sensibiliser et informer les patients¹ âgés, ainsi que les adresser si besoin à des offres et services spécialisés. Cependant, un rapport de l'Obsan (Observatoire de la Santé) récemment publié [2] montre qu'en comparaison internationale, les médecins de premier recours suisses mènent rarement des entretiens préventifs sur les thèmes de la nutrition, l'activité physique et la santé psychique avec les patients âgés (fig. 1).

Contrairement à ce qui est souvent redouté, la promotion de la santé au cabinet médical ne nécessite aucune réforme fondamentale et n'implique pas non plus obligatoirement un surcroît d'efforts pour le médecin souvent surchargé. Il s'agit davantage de poser les bonnes questions en usant de la sensibilité appropriée lors de l'entretien entre médecin et patient, de connaître les besoins individuels et les recommandations actuelles et de savoir vers quels services et offres

(par ex. Pro Senectute, fédérations de gymnastique, conseil diététique) il est possible d’orienter et motiver les personnes âgées en termes de promotion de la santé. Pour montrer que la promotion de la santé des personnes âgées au cabinet médical ne repose pas sur des concepts abstraits, mais sur des prestations médicales pouvant généralement être facilement intégrées aux soins primaires, six équipes renommées d’auteurs suisses se sont penchées sur ces questions dans leurs disciplines. Au sein de chaque équipe, un médecin de famille s’est assuré que les contenus et évaluations étaient adaptés aux besoins du groupe cible principal du médecin de premier recours. A ce sujet, une série de six articles spécialisés est parue fin 2014 dans le Forum Médical Suisse (édition 2014/45–50). Une sélection des «temps forts» et messages clés de chacun de ces articles est résumée ciaprès.

Tableau 1: Exemple type d’une consultation médicale conforme à l’entretien motivationnel et d’ordonnance d’activité physique [3].

Comment motiver une personne âgée sédentaire à reprendre une activité physique adaptée?
 Qu’est-ce qui pourrait vous amener à imaginer d’augmenter votre activité?
 Quels seraient, à votre avis, 3 avantages à augmenter votre activité physique habituelle?
 Sur une échelle de 0 à 10, à quel point pensez-vous que ce changement pourrait être important/bénéfique pour vous?
 Pourquoi à ce niveau (= X) plutôt que par exemple à ce niveau (= X-2)?
 Si vous décidiez d’augmenter votre activité, comment pourriez-vous vous y prendre pour réussir?

«Activité physique et vieillissement: il n’est jamais trop tard!» [3]

L’activité physique est l’intervention pour laquelle les évidences de bénéfices pour la santé et un vieillissement en indépendance sont les plus solides. Les principaux facteurs d’efficacité sont la prévention de la sarcopénie et des fractures dues aux chutes. L’accent est mis sur le rapport entre activité physique et performances cognitives, ainsi que son effet préventif sur l’évolution des maladies de démence, ce qui constitue un facteur essentiel de motivation pour les personnes âgées. Ainsi, les auteurs consacrent tout un chapitre à la question de savoir comment il est possible de motiver les personnes âgées, en particulier celles qui sont inactives, à pratiquer régulièrement une activité physique. Un exemple type issu de l’entretien motivationnel montre comment une telle consultation pourrait être menée au cabinet médical (tab. 1 et 2).

Lors de la consultation, il convient de faire la distinction entre activité physique et activité sportive, cette dernière ne se trouvant plus au premier plan pour de nombreuses personnes âgées. De même, les auteurs soulignent qu’il n’existe aucune contre-indication absolue concernant la reprise d’une activité physique spécialement adaptée. Les recommandations en matière d’activité physique appliquées pour les personnes âgées sont celles de l’Office fédéral du sport² [4]: pour les personnes en bonne santé, il est conseillé de pratiquer soit deux heures et demie d’activité physique par semaine (activités quotidiennes, jardinage

Tableau 2: Exemple de fiche de prescription d’activité physique par le médecin de famille.

Nom et prénom du patient:	BLANC Claude	Date de naissance:	7 juillet 1936
Nom et prénom du médecin:	Dr LAENNEC René	Date de prescription:	23 novembre 2014
		Date du suivi:	5 mai 2015
PRESCRIPTION D’ACTIVITÉ PHYSIQUE			
Type d’activité physique	Intensité légère	Intensité modérée	Intensité modérée à élevée
Exemples d’activité	marche d’un bon pas, ménage...	marche rapide, escaliers, jardinage, vélo...	footing léger, marche en montagne, sports légers...
Comment apprécier l’intensité?	sans être essoufflé(e)	en étant légèrement essoufflé(e)	en étant essoufflé(e) et en transpirant légèrement
Jours/semaine	4x	2x	selon envie
Minutes/jour	30 minutes	30 minutes	
Durée totale/semaine	2 heures	1 heure	
Commentaires:			
– Choisissez des activités pour améliorer la force, l’équilibre et la souplesse (par ex. cours de tai chi, gymnastique, etc.).			
– Privilégiez des activités améliorant l’endurance mais ménageant le genou (cf. arthrose): par ex. aquagym, natation, marche avec bâtons, etc. Pratiquez le vélo selon douleurs (cf. lombalgie).			
– Variez vos activités!			
Adresse du prescripteur Chemin des Fleurettes 1006 Lausanne		Date et signature du prescripteur R. Laennec	

² La brochure concernée peut être commandée avec les recommandations actuelles dans les trois langues nationales à l’adresse info[at]hepa.ch.

Tableau 3: Principaux facteurs de risque de chute, diagnostic et mesures au cabinet médical [5].

Facteur de risque	Examens / évaluations au cabinet	Mesures	A tout moment
Hypotension orthostatique, arythmie ou bloc auriculo-ventriculaire de haut degré	Test de Schellong, ECG Holter	– Arrêt des médicaments bradycardisants et diurétiques – Augmentation de la consommation de boissons – Traitement ciblé – Stimulateur cardiaque	Augmentation de l'activité physique Programme d'entraînement ciblé
Polymédication (psychotropes, antihypertenseurs)	Vérification régulière de l'indication	– Réduction et/ou arrêt / remplacement par des médicaments présentant un risque moins élevé – Transmettre le plan médicamenteux, Dosett®	
Cognition / maladie neurologique	Examen cognitif / statut neurologique	– En fonction des résultats de l'examen, traitement de la démence (le cas échéant), éventuellement orthèses	
Risque d'ostéoporose	Anamnèse familiale et personnelle. Diagnostic, par ex. densitométrie	– Administration de calcium et de vitamine D – Traitement de l'ostéoporose	
Troubles de la marche, de l'équilibre ou de la force musculaire	Analyse de la marche, test fonctionnel	– Alimentation – Exercice – Physiothérapie – Ergothérapie	
Limitations fonctionnelles / peur des chutes	Anamnèse / questionnaire	– Physiothérapie – Ergothérapie – Déambulateur – Thérapie cognitivo-comportementale. Attention aux anxiolytiques	
Incontinence	Statut urinaire, détermination de l'urine résiduelle, examen urologique / gynécologique	– Traitement antibiotique ciblé en cas d'infection – Pessaire en cas d'incontinence. Attention aux anticholinergiques	
Baisse de l'acuité visuelle	Test de la vue / examen ophtalmologique	– Traitement du glaucome – Opération de la cataracte – Verres unifocaux	
Risques de trébucher à la maison	Questionnaire, aide des proches et du service d'aide et de soins à domicile, ergothérapie	– Elimination, visite à domicile!	

ou sport d'intensité moyenne, comme la marche, par exemple une demi-heure cinq fois par semaine) ou une heure et quart d'activité physique d'intensité élevée (marche nordique, ski de fond, etc.). Idéalement, ces activités doivent être réparties sur plusieurs jours de la semaine. L'article contient un exemple d'«ordonnance d'activité physique» (tab. 2). Il est ainsi possible de «prescrire» aux patients un programme d'activité physique adapté à leurs besoins spécifiques et à leur état de santé. Cependant, en règle générale, une unique consultation ne suffit pas à maintenir durablement l'activité physique. Il est essentiel d'interroger régulièrement et de soutenir le patient lors de consultations de suivi.

Evaluation du risque de chute et prévention des chutes au cabinet du médecin de famille [5]

Les chutes constituent un problème fréquent de la vieillesse. Elles s'accompagnent d'une augmentation de la morbidité et la mortalité et entraînent un isolement social et des coûts annuels se chiffrant en milliards de francs. De nombreuses études ont montré que les chutes et les blessures dues aux chutes pou-

vaient être évitées par des interventions multifactorielles. Une évaluation systématique du risque de chute, réalisée au cabinet du médecin de famille, aide à identifier les facteurs de risque modifiables. Il convient pour cela d'utiliser de manière répétée des questionnaires de dépistage et des examens fonctionnels (par ex. test de station unipodale, test Timed Up and Go ou test de station en tandem) (tab. 3). Les tests recommandés sont expliqués dans l'article. L'attention doit particulièrement porter sur les risques, tels qu'une chute durant l'année passée, l'utilisation de substances à action centrale, une dépression ou des troubles de l'oreille interne. Les risques sont thématiques lors d'une consultation et, chaque fois que possible, systématiquement éliminés.

Il existe des interventions performantes pour la prévention des chutes, pouvant également être employées efficacement chez des personnes fragiles, et que le médecin de famille doit mentionner. Par ailleurs, le diagnostic et le traitement de la malnutrition sont essentiels. Les programmes d'entraînement destinés à la prévention des chutes doivent obligatoirement faire appel à la force et l'équilibre. L'activité physique et l'entraînement doivent être prescrits aux personnes présentant un risque de chutes. Des offres

3 <http://www.bfu.ch/fr/conseils/pr%C3%Agvention-des-accidents/habitat/chutes/chutes/chutes>

de haute qualité se trouvent par exemple dans les brochures des cours des sociétés cantonales de Pro Senectute et sur www.infosenior.ch. En termes d'exercices que peuvent réaliser les personnes âgées à domicile, le programme d'entraînement 3x3 du bpa est recommandé³.

L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé [6]

La solitude n'est pas forcément négative. Elle peut aussi représenter une stratégie librement choisie et acquise en vue de gérer une certaine situation de vie. En revanche, l'isolement réel dont souffre une personne et dont la fréquence augmente avec l'âge pour des raisons faciles à concevoir a des répercussions considérables sur la santé des individus concernés. Des études mettent en évidence, chez des personnes isolées sur le plan social, une augmentation de la mortalité prématurée, des troubles physiques plus fréquents, une baisse des forces d'auto-guérison, ainsi qu'un taux accru de complications. Il convient de considérer un bon réseau social à un âge avancé comme une ressource effective pour la santé, qui peut et doit être encouragée au cabinet de médecine de famille. L'efficacité de diverses interventions, telles que les offres de groupe ou les visites de patients déments par des bénévoles, est prouvée scientifiquement. Une contribution essentielle du médecin de famille peut consister à reconnaître les patients présentant un risque d'isolement et leur proposer à temps des offres adaptées.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte fournit une opportunité idéale pour le dépistage. En raison d'une éventuelle future incapacité de discernement, le médecin de famille doit connaître les personnes

habilitées à représenter chacun des patients âgés. Les investigations nécessaires peuvent être déléguées à l'assistante médicale et doivent être régulièrement vérifiées dans le cadre de l'actualisation des données personnelles. A cet effet, l'assistante médicale peut suivre le guide proposé (tab. 4).

Lorsqu'un patient ne peut fournir aucun représentant, le risque potentiel d'isolement doit être abordé par le médecin. Après échange avec la personne concernée, des possibilités d'offres de socialisation peuvent être proposées. Avec le consentement du patient, il est possible d'effectuer une recommandation. Cela implique toutefois que les médecins connaissent les offres existantes dans leur région (par ex. les services de visite de la Croix Rouge Suisse, les cours collectifs de Pro Senectute, les services de bénévolat des églises).

Les personnes âgées souffrant de dépendances au cabinet du médecin de famille [7]

L'addiction touche toutes les tranches d'âge. Chez les personnes âgées aussi, les problèmes de dépendance sont fréquents, en particulier sous forme d'abus d'alcool et de médicaments. Selon le Monitoring suisse des addictions de 2012 [8], la consommation quotidienne d'alcool atteint les valeurs maximales chez les plus de 74 ans, avec plus de 26%. Une consommation d'alcool de >24 g par jour chez les hommes, correspondant à env. 0,6 l de bière ou 0,3 l de vin (la moitié chez les femmes), est considérée comme risquée, en supposant que deux jours par semaine sans alcool soient respectés et qu'aucun autre risque somatique ou médicamenteux supplémentaire ne soit présent. Les problèmes d'alcool peuvent par ailleurs renforcer considérablement les déficits cognitifs chez les malades déments. 13% des plus de 65 ans prennent tous les jours ou presque un médicament psychoactif. Il convient de reconnaître ces risques au cabinet de médecine familiale. Toutefois, le diagnostic est difficile dans cette tranche d'âge, puisque les patients âgés se présentent généralement avec des tableaux cliniques somatiques et psychosociaux complexes. A un âge avancé, les symptômes de sevrage peuvent tout d'abord se manifester somatiquement, par ex. sous forme d'une crise hypertensive. L'instrument diagnostique principal reste l'anamnèse minutieuse. Les mesures préventives et entretiens de conseils et de motivation doivent être mis en œuvre le plus tôt possible. Leur efficacité est prouvée chez les personnes âgées présentant des problèmes d'addiction, même en cas de dépendance prolongée. Par ailleurs, le médecin de famille doit prescrire des médicaments adaptés à l'âge du patient et connaître les alternatives moins risquées à une médication par

Tableau 4: Guide de conversation à l'attention de l'assistante médicale afin de compléter les données personnelles contenues dans les dossiers des patients dans l'éventualité d'une incapacité de discernement [6].

1. Vos données personnelles sont-elles encore valables (adresse, téléphone, e-mail)?
2. A qui devons-nous nous adresser si vous tombiez malade et n'étiez plus capable de décider? Dans un tel cas de figure, qui est votre personne de confiance?
3. S'agit-il de l'une des sept catégories de personnes prévues par la loi?*
4. Si ce n'est pas le cas, nous vous demandons de désigner une telle personne, les directives anticipées étant le moyen le plus simple. En avez-vous déjà rédigées?
5. Si nécessaire, téléchargez les deux modèles aux choix de directives anticipées de la FMH sous http://www.fmh.ch/fr/services/directives_anticipees.html et donnez-en un exemplaire imprimé au patient pour qu'il le remplisse; signalez au patient que dans ces directives anticipées, la personne de confiance souhaitée doit être désignée comme personne habilitée à le représenter.
6. Demandez au patient de vous communiquer les informations utiles après la rédaction des directives anticipées, au plus tard lors de la consultation suivante.
7. Informez le médecin et convenez de la marche à suivre ultérieure.

* Cf. Loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte (LPEA) 213.316. 1.2.2012. https://www.sta.be.ch/belex/f/ROB-pdf/ROB_12-47.pdf

benzodiazépine. Cela a ainsi pour effet secondaire positif la réduction du risque de chute des personnes âgées. En cas de dépendance sévère, il convient d'envisager la recommandation vers une prise en charge médicale spécialisée (par ex. psychiatrie gériatrique, clinique de la mémoire).

De plus amples renseignements se trouvent dans l'article ainsi que dans une sélection de sources d'information:

Sources d'information sur le thème de l'addiction chez les personnes âgées [7]:

- Dossier Vieillesse et addictions: <http://www.infoset.ch/f/actualite/vieillesse/index.cfm>
- Informations à l'attention des médecins de famille au sujet des substances addictives les plus courantes, informations non spécifiques aux personnes âgées (en d/f/i): www.praxis-suchtmedizin.ch
- Plateformes nationales de connaissances pour les personnes âgées présentant des problèmes d'addiction, leur entourage et les professionnels chargés de leur conseil et traitement: <http://www.alterrundsucht.ch/fr>

Malnutrition chez les personnes âgées [9]

La discussion autour de l'«épidémie» de surpoids et d'adiposité dans notre société marquée par l'abondance dissimule le fait que la malnutrition et les carences représentent un problème sanitaire fréquent chez les personnes âgées, engendrant des coûts élevés. Selon diverses études, env. 20% des patients sont concernés au moment de leur hospitalisation, en particulier les personnes âgées. Une malnutrition peut être présente chez des individus dont le poids est insuffisant, normal ou excessif. La perte involontaire de poids constitue un critère diagnostique significatif.

Description de cas: incroyable mais vrai et pas si rare

Un patient de 65 ans s'est présenté chez son médecin en raison d'un ballonnement abdominal croissant. Il n'avait plus d'appétit et se sentait déjà repu après quelques bouchées; certains aliments le dégoûtaient vraiment. Son état s'est dégradé continuellement au cours des mois suivants et l'homme a finalement été admis à l'hôpital pour un bilan. Son visage était creusé et son tissu adipeux sous-cutané avait disparu. Les arêtes osseuses au niveau de l'ouverture supérieure du thorax étaient saillantes, l'abdomen gonflé et il était évident que le patient n'avait littéralement plus que «la peau sur les os». L'anamnèse a révélé qu'il avait perdu plus de 20% de son poids corporel au cours des huit derniers mois. Les examens réalisés ont révélé un cancer du côlon, qui a pu être totalement réséqué par chirurgie. Grâce à une réadaptation intensive et à une prise en charge nutritionnelle, le patient a bien récupéré. [9]

Une aggravation de l'état nutritionnel doit être reconnue précocement et, si possible, déjà au cabinet de mé-

decine de famille. Même si la durée de consultation est limitée, trois questions clés et la brochure «Dénutrition?!⁴ permettent déjà d'apporter une contribution essentielle. Les déficits en nutriments peuvent également être visibles lors d'exams cliniques (par ex. lèvres, gencives et langue). Les recommandations nutritionnelles doivent en outre tenir compte des causes de l'anorexie liée à la vieillesse et être adaptées aux besoins des personnes âgées. Au cabinet médical, des mesures simples permettent souvent de prévenir la malnutrition (tab. 5).

Il est particulièrement important de veiller à ce que les personnes âgées bénéficient d'un apport suffisant en eau, en énergie et en protéines. Le rôle de la vitamine D est présenté dans le résumé suivant. D'autres conseils et astuces relatifs au conseil nutritionnel adapté aux personnes âgées se trouvent dans l'article original de Bischoff-Ferrari et al. [10]. La collaboration avec une diététicienne reconnue est néanmoins toujours recommandée.

Tableau 5: Spectre des mesures possibles pour prévenir une malnutrition [9].

Correction des problèmes oro-pharyngés

Traitement adéquat des maladies aiguës et chroniques, traitement dentaire, exercices de déglutition

Instauration d'une atmosphère agréable lors des repas

Prise des repas à table, dans une salle à manger, ensemble avec d'autres personnes; ambiance calme et détendue; aide pour la prise des repas

Modification des repas et des aliments

Prise en compte des préférences personnelles, collations supplémentaires, finger food, modification de la texture et de la consistance des repas

Enrichissements des plats et repas

Avec des aliments riches tels que la crème, le beurre et l'huile, ou avec des concentrés nutritifs tels que la maltodextrine et la poudre de protéines

Alimentation buvable

Supplémentation en vitamine D dans la pratique [10]

Plus de la moitié des personnes âgées présentent une carence en vitamine D. Chez les patients souffrant d'une fracture de la hanche, ce chiffre dépasse même les 80%. Chez les personnes âgées, d'autres risques particuliers viennent s'ajouter aux raisons générales d'un apport insuffisant en vitamine D. Elles évitent l'exposition directe au soleil et leur peau produit quatre fois moins de vitamine D que celle d'un individu plus jeune. En 2012, l'Office fédéral de la santé publique a émis de nouvelles directives concernant l'apport en vitamine D de la population.⁵ D'après les auteurs, celles-ci sont encore pertinentes, même au vu de l'évidence actuellement disponible. La situation ac-

4 <http://www.fial.ch/fr/documents/Autres/documents/importants>

5 Recommandations relatives à la vitamine D de l'Office fédéral de la santé publique OFSP: <http://www.blv.admin.ch/index.html?lang=fr> > Thèmes > Nutrition de A à Z

Tableau 6: Fiche d'activité pratique de la vitamine D chez les personnes âgées [10].

Pourquoi supplémenter en vitamine D chez les adultes âgés de 60 ans et plus?	La carence en vitamine D est largement répandue chez les personnes âgées (>50%>80% chez les patients ayant été victimes d'une fracture de la hanche). La supplémentation en vitamine D à raison de 800 UI/jour réduit le risque de chute et de fracture de la hanche de près de 30% selon les données. La supplémentation en vitamine D à raison de 800 UI/jour compense la carence chez >97% des personnes âgées.
Chez qui mesurer / contrôler le taux sanguin de 25-hydroxyvitamine D?	Pas de dépistage nécessaire pour la prophylaxie à 800 UI de vitamine D. Mesure en cas de risque élevé de carence sévère en vitamine D: chute / fracture de la hanche / peau pigmentée / obésité / syndrome de malabsorption. Nouveau contrôle après 2 mois (+400 UI augmentent le taux de 4 ng/ml).
Comment supplémenter (dosages)?	800 UI/jour 5600 UI/semaine 24 000 UI/mois 100 000 UI/4 mois

Tableau 7: Suppléments en vitamine D avec coûts mensuels (*Produits disponibles sur le marché suisse et en pharmacie selon le rapport de l'OFSP relatif à la vitamine D datant de 2012*²⁵)

Suppléments de vitamine D	Coût mensuel pour 800 UI par jour ou 24 000 UI par mois
ViDe3 (Wild) (à base d'alcool) 100 UI/goutte	2,45 CHF (Contenu = 45 000 UI en flacon de 10 ml, correspond à 4500 UI par ml) (Unique produit pris en charge par l'assurance-maladie)
Vitamine D3 Streuli (à base d'alcool) 100 UI/goutte	2,82 CHF (Contenu = 40 000 UI en flacon de 10 ml, correspond à 4000 UE par ml)
Vitamine D3 Wild (à base d'huile) 500 UI/goutte	2,70 CHF (Contenu = 200 000 UI en flacon de 10 ml, correspond à 20 000 UI par ml)

* D'autres produits, achetés en supermarché par exemple, sont généralement plus faiblement dosés et n'ont été soumis à aucune vérification par une autorité compétente en matière de médicaments telle que Swissmedic.

tuelle des preuves fait l'objet d'une discussion détaillée dans l'article original. Sur la base des preuves, la supplémentation à l'aide de la dose de 800 UI/jour recommandée pour les personnes à partir de 60 ans réduit le nombre de chutes et fractures de la hanche d'env. 30% et compense la carence chez presque tous les sujets âgés. La prise prophylactique est recommandée à vie et peut avoir lieu sans contrôle préalable du taux sanguin, sauf chez les individus présentant une suspicion de carence sévère en vitamine D. En cas de mise en évidence d'une carence sévère en vitamine D, des doses temporairement ou durablement plus élevées sont recommandées: 1500–2000 UI/jour. L'objectif est d'atteindre un taux normal de vitamine D (25hydroxyvitamine D ≥ 20 ng/ml, ≥ 50 nmol/l) (tab. 6). L'administration de vitamine D s'effectue idéalement par voie orale et pendant le repas. La supplémentation quotidienne (800 UI), hebdomadaire (5600 UI) ou mensuelle (24 000 UI) présente une valeur équivalente. La vitamine D sous forme de gouttes est disponible sans ordonnance et peu onéreuse (env. 3 francs par mois et par personne). Au vu du bénéfice pour la santé de la population en termes de réduction des chutes et du risque de fracture de la hanche, cette mesure, qui peut être introduite au cabinet de médecine de famille, représente une intervention rentable (tab. 7).

Cet article fait partie d'une série de six articles spécialisés sur des thèmes ayant trait à la promotion de la santé des personnes âgées.

Les articles ont été rédigés par les auteurs et sont parus dans le Forum Médical Suisse (éditions 2014/45–50) dans le cadre d'un partenariat avec le projet national «Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées» (<http://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees.html>) de Promotion Santé Suisse, en collaboration avec les cantons et la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie. La FMH et le Collège de Médecine de Premier Recours soutiennent cette initiative.

Références

- Braun B, Marstedt G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Newsletter Gesundheitsmonitor. 2014;2.
- Camenzind P, Petrini L. Les personnes âgées de 55 ans et plus dans le système de santé: Suisse et comparaison internationale 2014. OBSAN Dossier. 2014;43.
- Büla C, Jotterand S, Martin BW, Bize R, Lenoble-Hoskovec C, Seematter-Bagnoud L. Activité physique et vieillissement: il n'est jamais trop tard! Forum Médical Suisse. 2014;14(45):836–841.
- Hepa Office fédéral du sport: Activité physique et santé des aînés. Recommandations pour la Suisse. 2013.
- Münzer T, Gnädinger M. Evaluation du risque de chute et prévention des chutes au cabinet du médecin de famille. Forum Médical Suisse. 2014;14(46):857–861.
- Wettstein A, Dyntar D, Kälin M. L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. Forum Médical Suisse. 2014;14(47):877–880.
- Ruhwinkel B, Wieser M. Les personnes âgées souffrant de dépendances au cabinet du médecin de famille. Forum Médical Suisse. 2014;14(48):905–908.
- Monitoring suisse des addictions: consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. Monitoring suisse des addictions. 2013.
- Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE. Malnutrition chez les personnes âgées. Forum Médical Suisse. 2014;14(49):932–936.
- Bischoff-Ferrari HA, Rosemann T, Grob D, Theiler R, Simmen H. Supplémentation en vitamine D dans la pratique. Forum Médical Suisse. 2014;14(50):949–953.

Correspondance:
Dr. med. Claudia Kessler
Koordinationsstelle Via
– Best Practice Gesundheitsförderung im Alter
Gesundheitsförderung
Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
3000 Bern 6
kessler[at]public-health-services.ch