

**Bruno Lepoutre<sup>1</sup>**  
**Jean-Pierre Vallée<sup>2</sup>**  
**Julien Jelly<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Maître  
 de conférence associé  
 de médecine générale,  
 département  
 de Médecine  
 générale, Paris 7  
<sup>2</sup> Société Française  
 de Documentation  
 et de Recherche  
 en Médecine Générale

**Mots clés :**  
 prévention  
 et contrôle,  
 personne âgée  
 fragile,  
 vieillissement

## Des référentiels aux pratiques

Dans les années 70, on prévoyait une catastrophe sanitaire liée à l'augmentation de l'espérance de vie avec comme conséquence une explosion des maladies, et des incapacités ; comme toutes les catastrophes prévues par les experts, celle-ci n'a pas eu lieu. À la place d'une cascade d'incapacités et de maladies proportionnelle au nombre de personnes âgées prévues dans chaque tranche d'âge, c'est une autre réalité que nous avons vu émerger, bien plus optimiste, sans doute à mettre pour partie au bénéfice des politiques de prévention [2]. C'est tout en haut de la pyramide des âges que se sont concentrés les handicaps et les incapacités attendus [1] : en effet, si l'on considère qu'à 65 ans, on a en moyenne 18 ans à vivre, on en passera 9 sans incapacités, 6 avec des incapacités légères puis moyennes, puis sur les 3 dernières années de la vie se concentreront les handicaps et 90 % des incapacités liées à des maladies [1]. Ces réalités sous estimées et mal connues des patients et des médecins laissent un champ d'application bien plus considérable à la prévention.

# Prévention chez la personne âgée

## Que disent les « recommandations » en cours ?

Des travaux récents ouvrent un champ important à la prévention chez les seniors, alors que l'on considérait jusqu'à très récemment que la prévention était importante pour les adultes et pour les enfants, que pour les personnes âgées les jeux étaient faits et que seul des soins curatifs bien menés au fur et à mesure de l'avancée des maladies pouvaient retarder l'inéluctable baisse des capacités vers la dépendance. Les quatre différents types de prévention s'appliquent aux personnes âgées – en bonne santé, fragiles, dépendantes – en fonction de leur degré d'autonomie.

### Quatre types de prévention

#### *Préventions primaires et secondaires*

Le vieillissement est réussi quand le sujet âgé est en pleine forme, ce qui représente 65 à 70 % de la population âgée, avec des besoins socio-sanitaires semblables à ceux de la population adulte. La prévention

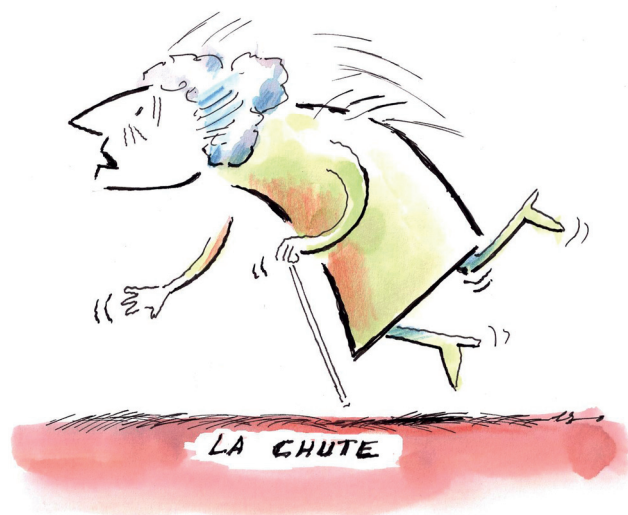
primaire et secondaire s'adresse à la grande majorité de cette population qui a une excellente autonomie et une bonne intégration sociale, avec quelques adaptations en rapport avec la réduction de l'espérance de vie.

– La prévention primaire inclut toute action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence : action sur tous les événements pouvant limiter l'espérance de vie et l'autonomie.

– La prévention secondaire inclut toute action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé (patient ou population) en réduisant sa durée ou sa progression (exemple du dépistage de l'hypertension).

Chez la personne âgée on doit tenir compte de la spécificité liée à l'espérance de vie limitée, aux comorbidités et aux spécificités du métabolisme. La plupart des études ne sont que des extrapolations des études adultes. Très peu de recherches se font spécifiquement chez les personnes de très grand âge.

DOI : 10.1684/med.2011.0657



### Prévention tertiaire

Elle concerne particulièrement une population individualisée actuellement sous le terme de « personnes âgées fragiles » (encadré 1). Elle inclut toute action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique. Il s'agit de prévention des conséquences et des complications des phénomènes de vieillissement et de perte d'autonomie.

La « fragilité » se révèle souvent par une hospitalisation en service d'urgences suite à une chute. Elle est ainsi beaucoup mieux identifiée par les institutions que par la médecine de ville où l'entité nosologique « fragilité » est difficile, à cause du glissement insensible de la personne âgée vers ce stade, de la routine, des habitudes et des compensations qui rendent très difficile le diagnostic avant l'accident révélateur, le plus souvent la chute. Seule, une évaluation systématique de type gériatrique permet de l'évoquer (encadré 1).

#### Encadré 1.

La personne âgée fragile	
Caractéristiques cliniques	Évaluation gériatrique
Très grand âge	Évaluation de la marche et de l'équilibre, prévention des chutes
Perte d'autonomie spécifique	Évaluation des fonctions cognitives
Altérations de fonctions cognitives	Évaluation de la dénutrition
Dépression	Évaluation de l'ostéoporose
Malnutrition protéino-énergétique	Évaluation de l'autonomie
Médicaments consommés +++	Évaluation de l'autonomie psychique et mentale
Troubles sensoriels	Dépistage de la dépression
Absence d'activité physique	Dépistage des maltraitances
Instabilité posturale	
Carence de support social	

### Prévention quaternaire

Ce n'est pas un simple concept théorique. Elle inclut toute action menée pour identifier un patient (ou une population) à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. La prévention quaternaire concerne toutes les personnes âgées mais particulièrement les personnes âgées fragiles, en général toutes les personnes à espérance de vie limitée et celles pour lesquelles une attitude palliative est préférable à une attitude curative. Cette notion s'applique particulièrement à la population des personnes âgées dépendantes, institutionnalisées ou non, ayant une ou plusieurs incapacités.

On peut considérer qu'au très grand âge, l'espérance de vie n'est plus assez importante pour que les préventions primaires et secondaires soient significatives en termes d'efficacité. À ce stade, il existe un moment où les soins doivent être basés plus sur la qualité de vie et l'absence de souffrance que la recherche à tout prix de l'augmentation de la durée de vie. Cette approche, qui est celle des soins palliatifs, doit protéger la personne âgée des conséquences des soins excessifs et dépassés, à ce stade le plus souvent inutiles et dangereux<sup>1</sup>.

## Principales recommandations françaises en cours

Aucune étude d'envergure sur la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires ou le dépistage précoce des cancers ne concerne spécifiquement les personnes âgées. Les données disponibles concernent des sous-catégories de l'étude principale où sont isolées les données concernant certaines tranches d'âge, ce qui explique que les fourchettes d'âge varient d'une étude à l'autre.

Nous avons choisi de présenter les données validées par pathologies ou facteurs de risques plutôt que par grande étude.

### Prévention des complications du diabète (Afssaps/HAS 2006)

« L'objectif glycémique doit être adapté à l'âge, à l'ancienneté du diabète, aux complications déjà existantes, aux pathologies associées, à l'espérance de vie et au risque iatrogène (notamment hypoglycémique). Ainsi, l'objectif d'HbA1c doit être révisé à la hausse si le diabète est d'apparition tardive et/ou si l'espérance de vie est réduite » [3].

1. L'état de grande dépendance représente 5 % de cette population dont la moitié de démence.

Utilisation des hypoglycémiantes chez la personne âgée [3]		
Metformine	Prudence (surveillance +++ créatinine et cockcroft) <sup>§</sup> Arrêt en cas d'examen radiologique avec produit de contraste après 70 ans	Grade C
Sulfamides hypoglycémiantes*	Prudence (surveillance +++ créatinine et cockcroft) <sup>§</sup>	Grade C
	Contre-indication des sulfamides à 1/2 vie longue (Glipizide®)	Grade A
Glinides	Non recommandés > 75 ans mais bonne tolérance en particulier si insuffisance rénale	Absence d'études spécifiques
Ascarbose	Bonne tolérance	
Glitazones**	Contre-indication en cas d'insuffisance cardiaque	Pas d'études spécifiques
Insuline	Par exemple en cas d'insuffisance rénale, de polyopathie instable, ou de contre-indication des antidiabétiques oraux	Accord professionnel : objectifs adaptés à l'âge en fonction du risque iatrogène

<sup>§</sup> Évaluation rénale au moins annuelle et arrêt des biguanides après 70 ans.

\* Risque d'hypoglycémie fréquent et délétère aggravé par insuffisance rénale, dénutrition (un diabétique sur 5 avait plus de 75 ans dans l'étude ENTRED).

\*\* Cette mention n'est que le rappel du texte de 2006. L'indication des glitazones est pour le moins en débat...

En bref, 3 situations :

- Patient âgé ayant « bien vieilli », sans pathologie sévère ou invalidante associée : extrapoler les résultats des études d'intervention menées chez des sujets plus jeunes.
- Patient âgé polyopathologique, plus ou moins dénutri, peu ou pas autonome, à risque iatrogène élevé : objectif HbA1c < 8 % ; s'abstenir de tout traitement antidiabétique oral ; en cas de nécessité : insulinothérapie.
- Patient très âgé ou en fin de vie : insulinothérapie « de confort ».

### Prévention des complications de l'HTA (HAS 2005)

« L'objectif théorique chez l'hypertendu âgé, jusqu'à 80 ans, est d'obtenir une pression artérielle < 140/90 mmHg. Toutefois, cet objectif doit être modulé en fonction du niveau de

PA initiale : si elle est très élevée (PAS > 180 mmHg), une diminution de 20 à 30 mmHg est un résultat acceptable. En pratique au-delà de 80 ans, l'objectif thérapeutique est d'atteindre une PAS < 150 mmHg, en l'absence d'hypotension orthostatique (grade B) » [4].

Il y a 7 millions d'hypertendus en France et l'HTA touche 62 % des plus de 65 ans. Il est admis que le risque cardiovasculaire associé à l'hypertension augmente en continu à partir de 115/75 et qu'il diminue chez l'hypertendu avec la réduction des chiffres tensionnels quel que soit le traitement<sup>2</sup>. Les thiazidiques et les inhibiteurs calciques sont les traitements de référence. La créatinine, la natrémie et la kaliémie doivent être dosées au moins 2 fois par an.

2. Après 50 ans, le facteur pronostique du risque cardiovasculaire est plus important pour la PA systolique (grade B).

Traitement de l'HTA du sujet âgé [4]		
HTA systolique isolée	Doit être traitée au même titre que l'HTA systolo-diastolique*	Grade A
HTA « masquée » ou ambulatoire**	Fréquente chez les sujets âgés	Piste de recherche (10,8 % dans l'étude SHEAF)
Rôle préventif du traitement	Une réduction de 35 % de la PA entraîne une forte diminution du taux d'événements cardiovasculaires : – 35 % AVC, – 15 % accidents coronariens	Grade A
	Diminution du risque de démence	Grade A
Modalités de traitement	Initier le traitement par monothérapie à faible dose (thiazidiques ou inhibiteur calcique type dihydropyridine LP en première intention) Rechercher une hypotension orthostatique à chaque consultation	Grade A Attention aux associations de diurétiques, IEC ou ARA II avec tout autre médicament néphrotoxique (ex : AINS)
Après 80 ans	Prévention du risque d'AVC	Grade B
	Objectif PAS < 150 sauf hypotension orthostatique	Bénéfices (autres que la prévention de l'AVC) en cours d'évaluation
	Même mesures que chez l'adulte, réduction du sel (mais pas de régime désodé) du tabac de l'alcool, du poids	

\* 30 % des hypertendus âgés ont une PA < 140/90, 65 % < 160/95 : il y a donc un fort potentiel d'amélioration.

\*\* L'automesure est un facteur de bonne observance du traitement (grade C).

### Prévention des complications des dyslipidémies (Afssaps 2005)

« Il n'existe pas de preuve absolue permettant de définir un objectif thérapeutique : il dépend de chaque cas particulier (tolérance du traitement, concentrations initiales du cholestérol) [...] En dehors des formes familiales de dyslipidémies, pour les patients avec 0 ou 1 facteur de risque cardiovasculaire associé, les mesures nutritionnelles et l'activité physique doivent, le plus souvent, permettre à elles seules d'atteindre les objectifs thérapeutiques » [5].

La recommandation précise qu'un traitement par statines commencé avant 80 ans en prévention primaire<sup>3</sup> peut être prolongé après en fonction des facteurs de risque, de l'absence de pathologie non cardiovasculaire réduisant notablement l'espérance de vie et à condition qu'il soit bien toléré. En prévention secondaire, les dernières études d'intervention réalisées confirment les bénéfices de la prévention cardiovasculaire chez les patients âgés de 70 à 80 ans et conduisent à appliquer les mêmes règles de prise en charge que chez les sujets plus jeunes.

Après 80 ans, il n'est pas recommandé de débiter un traitement en prévention primaire (accord professionnel). La baisse progressive de la cholestérolémie, probablement liée à des pathologies diverses, est un puissant indicateur de mortalité globale [5]. Un équilibre nutritionnel satisfaisant doit être maintenu : apport protéique (poisson, volaille), calcique (lait demi-écrémé, fromage blanc, yaourt), en acides gras insaturés (huile végétale) et en fer (viande, volaille, légumineuses).

### Prévention de l'insuffisance rénale terminale (Anaes 2002 et 2004)

Les recommandations de 2002 [6] et 2004 [7] estimaient la prévalence de l'insuffisance rénale chronique en France après 75 ans à environ 600 par millions d'habitants (500 entre 60 et 74 ans). Les études de néphro-protection n'ont pas été faites dans la population âgée mais peuvent être extrapolées : la surveillance et la protection rénale sont majeurs lors de l'introduction ou modification de tout traitement à cet âge. Le prescripteur doit avoir une clearance de créatinine datant de moins

de 6 mois et doser régulièrement<sup>4</sup> de micro-albuminurie en cas de négativité de la protéinurie, même en absence de diabète. Les IEC et les ARA II ont un effet protecteur majeur vis à vis de l'insuffisance rénale chronique ou terminale [6, 7].

La formule de Cockcroft est mal évaluée après 75 ans, la formule plus complexe MDRD semble à privilégier, mais aucune n'est parfaite...

En ce qui concerne les médicaments, « il n'est pas possible de conclure à l'effet néphroprotecteur du traitement des dyslipidémies. Les statines sont toutefois justifiées chez les patients avec insuffisance rénale chronique dans le cadre de la prévention du risque cardio-vasculaire » [7]. Les antihypertenseurs de la classe IEC et ARA II ralentissent significativement l'évolution vers une insuffisance rénale chronique (les IEC réduisent de 30 % à 40 % l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale. Une étude méthodologiquement correcte, COOPERATE, semble même montrer que l'association IEC/ARA II réduit de 60 % le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale comparativement à chacune des molécules prises isolément [7]).

### Prévention des accidents vasculaires cérébraux (Anaes 2004)

« Le risque cardiovasculaire est un risque composite, puisqu'il concerne différentes pathologies selon l'organe touché. La structure de ce risque, c'est-à-dire la répartition des risques coronarien et vasculaire cérébral, évolue avec l'âge. Ainsi, pour un homme de 60 ans, le risque coronarien à 10 ans est plus élevé que son risque vasculaire cérébral mais, à partir de 80 ans, ces deux risques sont du même ordre » [8].

L'incidence des AVC est comprise en France entre 120 000 et 150 000 par an : 30 000 décèdent dans les mois qui suivent, 60 000 gardent un handicap de sévérité variable et 3 000 récupèrent sans séquelles. Parmi les survivants, 1 sur 2 développent une dépression dans l'année, un sur 4 est dément dans les 5 ans et 4 sur 10 reprennent leur activité professionnelle antérieure. Les facteurs de risque identifiés sont l'HTA, le diabète, le tabac, les dyslipidémies, l'obésité et l'alcool.

3. L'intérêt de cette prévention n'est pas en discussion ici : cf. la méta-analyse de Wright publiée dans le numéro de *Médecine* de novembre 2010.

4. 1 fois par an chez les diabétiques ou si le taux de filtration glomérulaire est inférieur à 90, tous les 5 ans chez les hypertendus

Prévention des AVC chez la personne âgée		
Réduction de l'hypertension artérielle	Beaucoup plus efficace après 65 ans qu'avant cet âge.	NNT 57 pour éviter un AVC après 65 ans vs 113 avant.
AVK et ACFA	Réduit des 2/3 le risque d'AVC.	Si contre-indication, l'aspirine est plus efficace que le placebo.
Antiagrégants chez les patients ayant des manifestations d'athérosclérose ou d'HTA	Réduisent de 19 % le risque relatif d'AVC (45 événements évités pour 1 000 traitement après 65 ans contre 32 pour les moins de 65 ans)	Données de l'essai HOT. Inefficacité chez les patients n'ayant pas de manifestations d'athérosclérose.
Statines	Discutées en prévention primaire sauf haut risque cardiovasculaire (qui reste à expliciter).	Cf. précédemment. « Aucune étude n'a évalué prospectivement l'effet à long terme (jusqu'en fin de vie) de ces traitements sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires, en particulier lorsqu'ils sont prescrits à des sujets jeunes » [10].
	Efficaces en prévention des récidives après AVC	Grade B [5] mais « il n'existe pas de preuve absolue permettant de définir un objectif thérapeutique »

NNT : number needed to treat/nombre de sujets à traiter.

### Prévention des démences (HAS 2008)

« Dans l'état actuel des connaissances et avec les moyens actuels du système de santé, le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée n'est pas recommandé en population générale [...] Le diagnostic précoce n'est recommandé dans la maladie d'Alzheimer que s'il est accompagné d'un engagement de prise en charge » [9].

En ce qui concerne la prévention de la maladie, les données sont inconsistantes. L'étude PAQUID fait état d'une prévalence de 6,4 % chez les plus de 65 ans qui augmente de façon linéaire jusqu'à 28,5 % chez les plus de 90 ans. L'étude Syst-eur montrant une diminution de 50 % de l'incidence de démence pour une baisse de 20 mm de PAS en dessous de 150 mm<sup>5</sup>, il est logique de traiter l'HTA chez les plus âgés comme développé dans les paragraphes précédents.

### Prévention des fractures ostéoporotiques (Anaes 2001, Afssaps 2006)

La prévention primaire est essentiellement le maintien d'une activité physique et la prévention des chutes [10]. La carence en vitamine D doit être corrigée systématiquement chez les femmes de plus de 80 ans institutionnalisées.

En l'absence de facteurs de risques et de fractures pathologiques, il n'y a aucune indication à un traitement préventif médicamenteux à l'ostéoporose [11].

### Dépistage des cancers

#### Cancer du sein (Anaes 1999 [12])

L'Anaes recommandait un dépistage par mammographie tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 69 ans (grade A). L'actuel cahier des charges du programme français le prévoit entre 50 et 74 ans. On ne dispose pas de preuve par manque d'études que le dépistage est efficace au-delà de 75 ans (parmi d'autres, l'institut américain du cancer propose chez toutes les femmes de plus de 75 ans en bonne santé et avec une bonne espérance de vie de continuer ce dépistage).

#### Cancer du colorectal (Anaes 1998 et 2001 [13, 14])

Le dépistage de masse (plus de 50 % de la population) permettrait une réduction de 15 à 18 % dans le groupe des dépistés pour un suivi de 8 à 10 ans. Il concerne actuellement la population « à risque moyen » entre 50 à 74 ans.

#### Cancer de la prostate (Anaes 2004, HAS 2010 [15, 16])

La HAS considère qu'aucun élément scientifique nouveau n'est de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage<sup>6</sup>. Les recommandations 1999 et 2004 de l'Anaes restent donc valides : « les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate par dosage du PSA ». Qui qu'il en soit, le dépistage du cancer de la prostate perd de plus en plus de son éventuelle pertinence au fur et à mesure de l'avancée en âge et n'a plus d'indication après 75 ans.

5. Il faudrait traiter 1 000 patients de 60 ans et plus pendant 5 ans pour prévenir 20 cas de démences.

6. Contrairement à l'Association Française d'Urologie qui recommande un dépistage annuel chez les hommes de 50 à 75 ans.

L'incidence du cancer de la prostate a augmenté en France du fait du vieillissement de la population et de la progression du dépistage (43 % à 80 ans) mais il existe une discordance grandissante entre l'incidence et sa mortalité qui n'a pas été modifiée. Le taux de survie dépasse 90 % à 5 ans, 80 % à 10 ans et à 15 ans et 55 % à 20 ans. La pratique des tests est mal codifiée (en particulier le délai de nouveaux contrôles en fonction des résultats précédents). L'utilisation des PSA libres n'est pas recommandée par l'Anaes dans le but d'un dépistage précoce (accord professionnel).

« Lorsque la démarche est envisagée, la décision doit être partagée avec la personne qui consulte. Elle relève de son appréciation individuelle en fonction notamment de son anxiété et de son aversion pour le risque » [15]. Dans ce cas, l'Anaes recommande de délivrer une information en 9 points puis de se référer à la décision du patient.

#### Cancer du col utérin (HAS 2010 [17])

« Il n'y a pas lieu de remettre en cause la stratégie de dépistage actuellement recommandée. Ainsi, la HAS rappelle à l'ensemble des professionnels de santé concernés que le dépistage du cancer du col de l'utérus est fondé sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin à un rythme triennal (après 2 frottis cervico-utérins normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans » [17].

### Dépistage des troubles visuels

La cataracte touche 20 % des plus de 65 ans et plus de 60 % à l'âge de 85 ans [18].

Le glaucome est asymptomatique pendant 10 et 20 ans et évolue vers la cécité s'il n'est pas traité à temps. Mais « en l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales françaises, l'évaluation de la pertinence de la mise en œuvre d'un programme national de dépistage systématique du glaucome, en population générale ou en population ciblée, n'a pas lieu d'être en 2006 » [19], faute de test diagnostique spécifique et unique en situation de dépistage. La HAS propose que soit élaborée une recommandation sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du glaucome en France, ainsi que sur le suivi des patients ayant soit une hypertension intra-oculaire, soit un glaucome avéré.

Pour ces 2 indications, il n'y a pas de recommandations pour, par exemple, un dépistage annuel chez l'ophtalmologiste. Son avis est évidemment indispensable au moindre doute. La DLMA pourrait atteindre, sur une population française estimée à 12 millions d'habitants âgés de plus de 65 ans, 800 000 à 1 million de personnes (6 à 8 % des plus de 65 ans, 50 % des plus de 80 ans) et serait responsable de 3 000 nouvelles cécités par an [20]. La question dépistage n'est pas abordée dans la publication de l'Anaes en 2001. Des recommandations sont en cours d'élaboration en fin 2010.

### Dépistage des troubles auditifs

La perte de l'audition est fortement associée au déclin fonctionnel à l'isolement social et à la dépression. « La population déficiente auditive serait de 6,3 millions de personnes en France. La population effectivement appareillée serait néanmoins très inférieure : le taux d'appareillage est estimé à 17 %, soit 750 000 à 1 million de personnes en France » [21]. Il n'existe pas de recommandation de dépistage mais la

possibilité d'un appareillage prothétique justifie d'aborder le sujet chez la personne âgée.

### Prévention des risques infectieux

Le vaccin antigrippe est recommandé par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) chaque année chez les personnes de plus de 65 ans [22] ainsi que les dispensateurs de soins auprès de ces personnes pour diminuer l'incidence des pneumonies, les hospitalisations et la mortalité<sup>7</sup>.

Le vaccin anti-pneumococcique (Pn23) est recommandé tous les 5 ans chez les plus de 65 ans à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque (notamment en cas d'insuffisance respiratoire, cardiaque ou d'hépatopathie chronique, ou d'antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque [22]).

Le vaccin antitétanique est à faire tous les 10 ans (le HCSP recommande une dose de DTPolio tous les 10 ans, y compris après 65 ans [22]).

7. Une méta-analyse Cochrane a cependant montré que « les preuves disponibles sont de mauvaise qualité et ne donnent aucune indication quant à l'innocuité, l'efficacité ou l'efficacité des vaccins contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans ou plus » [23].

#### Références :

1. Champoux N. Les secrets du vieillissement réussi. Le Médecin du Québec. 2005;40(5):77-81.
2. Gosselin S. L'examen médical périodique chez la personne âgée. Que peut t'on encore prévenir ? Le Médecin du Québec. 2001;36(8):33-8.
3. Afsapps/HAS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Novembre 2006.
4. HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle (actualisation). Novembre 2005.
5. Afsapps. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Mars 2005.
6. ANAES. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Septembre 2002.
7. ANAES. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Septembre 2004.
8. ANAES. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Juin 2004.
9. HAS. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008.
10. Afsapps. Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. 2006
11. Anaes. L'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les sujets traités par corticoïdes : méthodes diagnostiques et indications. Avril 2001.
12. Anaes. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Mars 1999.
13. Anaes. Conférence de Consensus : prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. Gastroenterol Clin Biol 1998;22(suppl3):S275-88.
14. Anaes. Place de la coloscopie virtuelle dans le dépistage du cancer colorectal. Janvier 2001.
15. Anaes. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Septembre 2004.
16. HAS. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. Juin 2010.
17. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010.
18. HAS. Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique. Cadrage. Mai 2010.
19. HAS. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives. Novembre 2006.
20. Anaes. Traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Septembre 2001.
21. HAS. Appareils électroniques correcteurs de surdité. Révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables. Avril 2008.
22. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. BEH. 2010;14-15:123-31.
23. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2.
24. Afssa/DGS. Programme national nutrition santé. La santé en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition à partir de 55 ans. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. Inpes septembre 2006. Sur <http://www.inpes.sante.fr/>

## Conclusion

La prévention reste l'objectif numéro 1 des soins chez les personnes âgées, dans toutes les tranches d'âge, malgré les carences possibles de l'état de santé et la proximité de la fin de vie.

Aux personnes âgées en bonne santé (70 % de la population âgée) s'appliqueront les préventions primaires et secondaires qui ne sont plus issues de simples extrapolations des études adultes, mais qui se sont enrichies de volets spécifiques et de niveaux de preuve accessibles.

Aux personnes âgées en état de fragilité s'appliqueront des évaluations transversales à la recherche de facteurs de dénutrition [24], de chutes, de dépression ou de maltraitements. Pour les personnes âgées dépendantes, il faudra une réflexion systématique sur tous les soins proposés pour privilégier systématiquement les soins de confort aux soins de prolongation de la vie.

## Recommandations pour la prévention chez la personne âgée

- ▶ La prévention primaire et secondaire s'adresse à la grande majorité des personnes âgées, avec quelques adaptations en rapport avec la réduction de l'espérance de vie, les éventuelles comorbidités et les particularités liées à l'âge.
- ▶ De nombreuses recommandations ont été élaborées malgré le manque d'études spécifiques chez des personnes très âgées. La présentation très synthétique de ces recommandations permet un ensemble de repères simples pour la pratique.
- ▶ La prévention reste l'objectif numéro 1 des soins chez les personnes âgées, dans toutes les tranches d'âge, malgré les carences possibles de l'état de santé et la proximité de la fin de vie.

**Guidelines for prevention in the elderly**

The primary and secondary prevention aimed at the vast majority of older people, with some modifications related to the reduction of life expectancy, possible comorbidities and age-related peculiarities.

Many recommendations have been developed despite the lack of specific studies in the very elderly. Very concise presentation of these recommendations provides a set of simple benchmarks for practice.

Prevention remains the N° 1 goal of care for seniors in all age groups, despite the possible deficiencies of the health status and its proximity to the end of life.

*Key words: aging, frail elderly, prevention and control*