

La Lettre de la Cohorte

Chère Participante, cher Participant,

Dans ce numéro, nous avons choisi de vous présenter en premier lieu les résultats de nos analyses sur le sommeil, sujet de préoccupation fréquent et composante non négligeable de la santé, comme vous le découvrirez en page 2. Vous trouverez aussi la suite de nos travaux sur la qualité de vie, qui reste au centre de notre recherche ; nous nous sommes intéressés cette année à son évolution au cours du temps (page 4).

Les besoins d'aide et de soins des personnes de 65 ans ou plus et leurs relations avec le système de santé sont un volet important des travaux de la cohorte Lc65+. À deux reprises, en 2012 et en 2017, un questionnaire supplémentaire a été consacré spécifiquement à ce thème. L'analyse de ces données bénéficie de collaborations avec des spécialistes du médicament et de l'économie de la santé de l'INSERM et des Universités de Paris Descartes et de Nanterre. Nous vous présentons en page 6 les résultats d'un travail consacré au niveau de connaissance de la médication, une condition essentielle au bon suivi du traitement dans le contexte de maladies chroniques. Votre avis sur les technologies permettant le maintien à domicile de personnes fragiles est un autre aspect des soins, qui a fait cette année l'objet d'une publication dont vous découvrirez les conclusions en page 7.

L'étude de la fragilisation décrit une certaine réalité de l'avancée en âge, qu'il faut comprendre et documenter pour adapter les soins de celles et ceux qui y sont confronté-e-s. Toutefois, une meilleure connaissance des évolutions positives est également souhaitable et nous nous attacherons ces prochaines années à enrichir nos analyses sur ce plan. Le Dr Yves Henchoz, qui vous est présenté en page 8, codirigera dès 2020 la cohorte Lc65+. Particulièrement intéressé par les thématiques de la qualité de vie et du vieillissement en bonne santé, il portera cette évolution.

Bonne lecture !

Prof. Brigitte Santos-Eggimann

Quels liens entre le sommeil et la santé ?

Le sommeil au cours de la vie

Nous savons déjà qu'avec l'âge, le sommeil se modifie peu à peu : sa quantité et sa qualité ont tendance à diminuer. Le délai d'endormissement est souvent plus long, les périodes d'éveil au cours de la nuit sont plus fréquentes et le temps total de sommeil est réduit. Ces changements ont comme conséquence une diminution de ce qu'on appelle l'efficacité du sommeil, c'est-à-dire la durée réelle de sommeil par rapport au temps passé au lit. Si ces changements surviennent chez tout le monde, de manière physiologique, le sommeil est aussi influencé par certaines maladies chroniques. Malgré cela, les seniors sont plus souvent satisfaits de leur sommeil que les adultes plus jeunes. Ce paradoxe pourrait s'expliquer par des attentes plus modérées quant à la durée de leur sommeil, notamment parce que les contraintes professionnelles d'horaires et de performance sont réduites. Par ailleurs, la sieste, plus fréquente chez les seniors, permet de récupérer un peu de sommeil au cours de la journée.

Le sommeil des seniors : une thématique encore peu explorée

La recherche s'est encore peu intéressée à la relation entre les habitudes de sommeil, la qualité du sommeil et l'état de santé ressenti par les seniors. Les résultats ci-dessous proviennent d'un travail de maîtrise en médecine, qui a analysé les réponses de 2700 participant·e·s de la cohorte Lc65+ âgé·e·s entre 66 et 75 ans en 2009.¹

Les seniors lausannois estiment qu'ils dorment plutôt bien

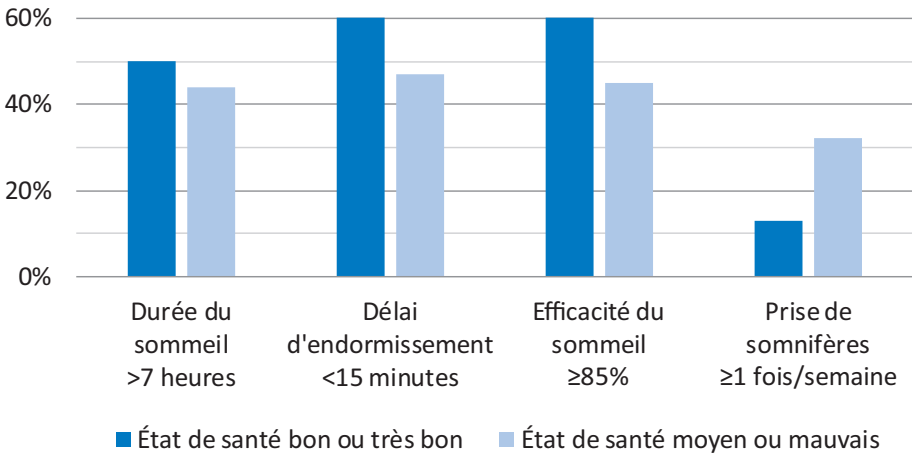
La majorité des participant·e·s (86%) a rapporté une bonne ou très bonne qualité de sommeil. En moyenne, la durée de sommeil nocturne est de 7 heures et 12 minutes et le temps passé au lit, entre l'heure du coucher et celle du lever, est de 8 heures et 36 minutes, avec un délai d'endormissement de 25 minutes. Presque la moitié des participant·e·s fait la sieste au moins une fois par semaine, et une personne sur cinq prend un somnifère au moins une fois par semaine.

¹ *Simoes Maria M, Bula C, Santos-Eggimann B, Krief H, Heinzer R, Seematter-Bagnoud L. Sleep characteristics and self-rated health in older persons. (Accepté pour publication dans European Geriatric Medicine)*

Les personnes qui se sentent en bonne santé dorment mieux

Nos analyses montrent que les indicateurs d'un bon sommeil sont plus répandus chez les personnes qui se sentent en bonne santé que chez celles qui considèrent leur état de santé comme moyen ou mauvais. En effet, 9 participant·e·s en bonne santé sur 10 déclarent que leur sommeil est bon, contre 7 personnes en moins bonne santé sur 10. Comme le montre le graphique 1 ci-après, la proportion des participant·e·s dormant plus de 7 heures par nuit, de même que la proportion de celles et ceux qui s'endorment dans un laps de temps de 15 minutes, sont supérieures chez les personnes en bonne santé. En conséquence, l'efficacité du sommeil est favorable chez 60% des personnes se déclarant en bonne santé contre 45% seulement chez celles en moins bonne santé. La prise régulière de somnifères est aussi plus souvent rapportée par les personnes qui se déclarent en mauvaise santé (32% contre 13% des personnes en bonne santé).

Graphique 1 : Indicateurs de qualité du sommeil selon l'état de santé ressenti



Même si les maladies physiques et psychiques influencent à la fois le sommeil et l'état de santé ressenti, l'association entre une bonne efficacité du sommeil (au moins 85% du temps au lit passé à dormir) et une appréciation favorable de sa santé persiste lorsqu'on tient compte de la présence de maladies chroniques. Cette association est probablement réciproque : si l'on se sent bien on dort bien, et si l'on dort bien on se sent bien.

Et la sieste ?

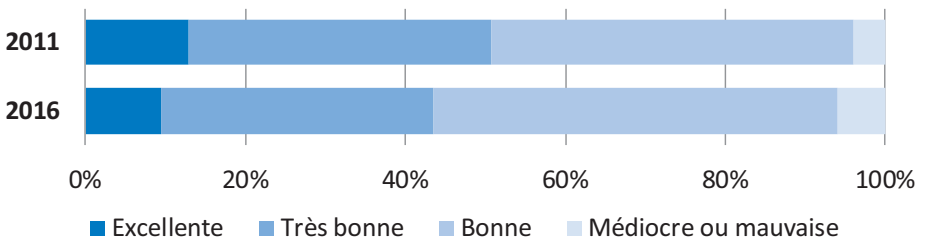
La littérature scientifique suggère que les siestes apportent des bénéfices, notamment pour les fonctions cognitives, à condition qu'elles ne durent pas plus d'une heure. Dans la cohorte Lc65+, faire régulièrement la sieste est associé à une moins bonne appréciation de sa santé, et ceci même en tenant compte de l'état de santé objectif (maladies chroniques, troubles dépressifs, difficultés cognitives). Ne disposant pas d'information sur la durée des siestes, nous n'avons pu examiner si les personnes en moins bonne santé sont aussi celles qui font de longues siestes.

La qualité de vie, évolution de 2011 à 2016

Autant en emporte le temps ?

Le soutien de la Fondation Leenaards a permis d'analyser l'évolution de vos réponses aux questions sur la qualité de vie entre 2011 et 2016.² Globalement, la qualité de vie (excellente, très bonne, bonne, médiocre ou mauvaise) a évolué vers une appréciation légèrement moins favorable au cours de ces cinq ans (graphique 2).

Graphique 2 : Jugement global de la qualité de vie en 2011 et 2016



Et à la question « *Au cours des 5 dernières années, comment votre qualité de vie a-t-elle évolué ?* » posée en 2016, 43% des répondant-e-s rapportent une péjoration, 8% une amélioration et 49% n'ont pas perçu de changement entre 2011 et 2016.

² Henchoz Y, Abolhassani N, Büla C, Guessous I, Goy R, Santos-Eggimann B. Change in quality of life among community-dwelling older adults: population-based longitudinal study. *Qual Life Res* 2019; 28(5):1305-1314.

Un score global a ensuite été construit sur la base de 28 facteurs qui peuvent déterminer la qualité de vie. Un score de 0 traduit une insatisfaction sur tous les plans, alors qu'un score de 100 traduit une satisfaction complète. Sa moyenne, de 88.3 en 2011, a légèrement baissé pour s'établir à 85.9 en 2016. Une diminution dans cinq domaines de la qualité de vie explique ce recul : Santé et mobilité, Estime et reconnaissance, Vie sociale et culturelle, Autonomie et Entourage proche. Deux domaines sont en revanche restés stables : Sentiment de sécurité et Ressources matérielles.

Si le temps a *emporté* de la qualité à la vie de bon nombre de seniors, l'effet semble modéré et ne s'observe pas dans tous les domaines. Par ailleurs les analyses indiquent aussi que, pour une minorité, autant en *apporte* le temps.

Les domaines importants de la qualité de vie changent-ils ?

En 2011 et en 2016, vous avez aussi été interrogés sur l'importance pour votre qualité de vie des 28 facteurs mentionnés précédemment. Sur cette base, nous avons examiné si vos priorités dans les différents domaines ont évolué en cinq ans.³ Les résultats montrent que seule une minorité des participant-e-s attribue la même importance aux différents aspects de la qualité de vie en 2011 et en 2016 : entre 23 % (Vie sociale et culturelle) et 47% (Estime et reconnaissance). Les priorités changent davantage en présence d'indicateurs de vulnérabilité tels qu'un bas niveau de formation, le fait de vivre seul ou le cumul de plusieurs maladies chroniques.

Y a-t-il des tendances entre cohortes ?

L'étude Lc65+ a la particularité avantageuse d'inclure trois cohortes, permettant d'explorer les tendances entre les personnes nées avant la guerre, pendant la guerre et durant les premières années du baby-boom. La comparaison à âge égal de ces cohortes en 2011 et en 2016 indique une relative stabilité de la qualité de vie (globale et dans la plupart des domaines), bien que les cohortes plus récentes aient eu un meilleur accès à la formation et aux soins.⁴ Les conditions de vie de moins en moins difficiles pourraient avoir produit des attentes plus exigeantes, résultant en une qualité de vie jugée équivalente d'une cohorte à l'autre malgré l'amélioration des conditions de vie.

³ Abolhassani N, Santos-Eggimann B, Bula C, Goy R, Guessous I, Henchoz Y. Temporal changes in importance of quality of life domains: a longitudinal study in community-dwelling Swiss older people. *Qual Life Res* 2019; 28(2):421-428.

⁴ Abolhassani N, Santos-Eggimann B, Bula C, Goy R, Guessous I, Henchoz Y. Quality of life profile in three cohorts of community-dwelling Swiss older people. *BMC Geriatr* 2019; 19(1):96.

La médication est-elle bien comprise ?

Les maladies chroniques augmentent avec l'âge, entraînant la prescription de médicaments souvent multiples, à prendre à des temps différents et pouvant interagir entre eux. Une méconnaissance de la médication peut conduire à une prise inconstante ou inadéquate, au risque d'aggraver certains problèmes de santé ou d'entraîner des effets indésirables.

Nous nous sommes donc intéressés au niveau de connaissance qu'ont les seniors vaudois de leurs médicaments. L'analyse⁵ a porté sur 3'121 personnes (en moyenne 74.8 ans) ayant rempli le questionnaire sur les soins en 2012. Toutes ont listé leurs médicaments courants et indiqué quel problème de santé en justifiait la prise. Une réponse précise, ou au moins une mention correcte de l'organe ou du système sur lequel agit le médicament, a été considérée comme une bonne connaissance.

91% déclarent prendre au moins un médicament et le nombre moyen est de 4.7 médicaments par personne. Nous nous sommes concentrés sur les 13 catégories de médicaments les plus souvent prescrites, ainsi que sur les médicaments plus rares à marge thérapeutique étroite (dont une prise inadéquate est particulièrement dangereuse), ce qui au total représente les trois quarts des médicaments enregistrés. Dans cette sélection, quelque 9 médicaments sur 10 sont consommés sur une longue durée. Les antihypertenseurs ou diurétiques viennent largement en tête.

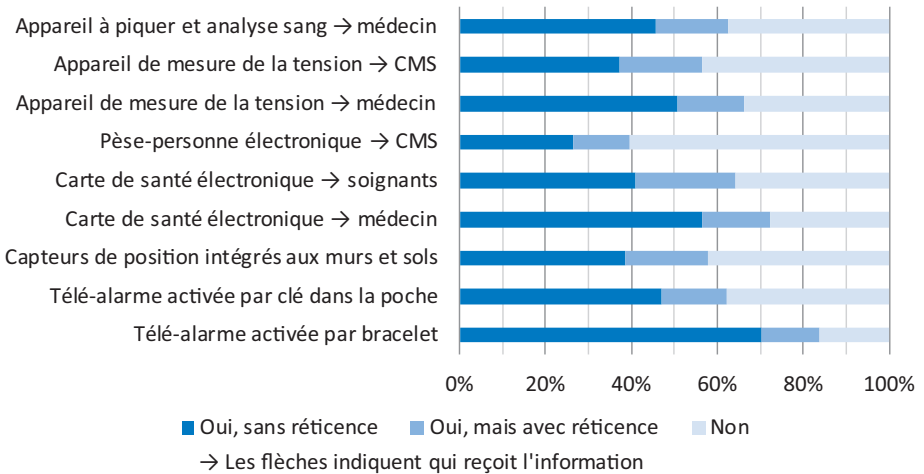
66% seulement connaissent bien l'indication de tous leurs médicaments et, sans surprise, cette proportion s'abaisse lorsque le nombre de médicaments s'élève. Une bonne connaissance est enregistrée pour 81% des médicaments mentionnés. C'est davantage le cas pour les traitements de courte durée que pour ceux au long cours. Les anti-inflammatoires sont les mieux connus, suivis des antidiabétiques, des antidouleurs et des traitements endocrinologiques. On observe un moins bon niveau de connaissance des antiagrégants plaquettaires (évitant la formation de thrombose), des anticoagulants (fluidifiant le sang) ou des médicaments à marge thérapeutique étroite. Ces résultats plaident pour un rafraîchissement périodique de l'information communiquée aux patients sur leurs médicaments, principalement lors de maladies chroniques.

⁵ Hoisnard L, Santos-Eggimann B, Chauvin P, Hiance-Delahaye A, Herr M. Do older adults know the purpose of their medication ? A survey among community-dwelling people. *Eur J Clin Pharmacol* 2019;75(2):255-263.

L'acceptabilité des technologies au domicile

Au cours des dernières années, plusieurs technologies ont été développées pour favoriser la coordination des soins et le maintien à domicile de personnes fragiles. Les risques de pertes d'intimité, de déshumanisation des soins et des préoccupations relatives à la confidentialité des données peuvent cependant susciter des réticences. L'acceptabilité d'une série de technologies, résumée par le graphique 3, a été explorée dans la cohorte Lc65+ auprès de 3'195 personnes.⁶

Graphique 3 : Si les technologies suivantes vous étaient proposées en raison de votre état de santé, les accepteriez-vous chez vous ?



La télé-alarme activée par un bracelet est la technologie la mieux acceptée, peut-être parce qu'elle correspond à une réalité déjà bien implantée dans le canton. À l'opposé, les technologies produisant de l'information envoyée aux services de soins à domicile ou à l'ensemble des soignants soulèvent davantage de réticence et de refus. Les mêmes technologies sont mieux acceptées si l'information parvient au médecin traitant. Cette différence d'acceptation selon le destinataire de l'information est plus marquée parmi les femmes, les personnes dépressives et celles rencontrant des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

⁶ Abolhassani N, Santos-Eggimann B, Chiolero A, Santschi V, Henchoz Y. Readiness to accept health information and communication technologies: a population-based survey of community-dwelling older adults. In *J Med Inform* 2019;130:103950

Une codirection pour l'étude Lc65+

Afin d'assurer la poursuite de la cohorte Lc65+ au cours des prochaines années, la responsabilité de l'étude sera assumée dès le 1^{er} janvier 2020 conjointement par le Dr Yves Henchoz et la Prof. Brigitte Santos-Eggimann. À la suite d'une formation universitaire en sciences du sport et de l'éducation physique, le Dr Henchoz a consacré son doctorat au rôle de l'activité physique dans la prévention et le traitement du mal de dos. Il a ensuite poursuivi ses activités de recherche en santé publique et rejoint l'équipe de l'étude Lc65+ en 2014. Dès lors, il a contribué à l'exploitation scientifique des données de la cohorte et s'est progressivement investi dans son fonctionnement. Le Dr Yves Henchoz a reçu le Prix 2016 de la Fondation Leenaards pour la Qualité de vie des personnes âgées. Ses travaux d'analyse sur la qualité de vie et sur la santé dans les trois échantillons de la cohorte Lc65+ ont abouti à la publication d'une douzaine d'articles dans des revues scientifiques internationales. Son intérêt pour la recherche sur le vieillissement en bonne santé l'a amené à développer des collaborations, notamment avec l'Organisation mondiale de la santé, pour enrichir les questionnaires de la cohorte Lc65+ sur ce thème.

Au programme en 2020

Le suivi habituel de la cohorte Lc65+ se poursuit avec un questionnaire annuel, accompagné d'un entretien en personne tous les trois ans. La stabilité de votre état de santé et de vos conditions de vie, ou les éventuels changements d'une année à l'autre, restent au centre de nos analyses des trajectoires de fragilité et de vieillissement en bonne santé. Votre participation fidèle est indispensable à la qualité de nos travaux.

L'année prochaine, ce sont **les personnes nées avant 1939** que nous contacterons par téléphone pour organiser un rendez-vous à Unisanté et effectuer les examens habituels. Comme à l'accoutumée, vous recevrez au préalable un questionnaire à compléter et amener avec vous le jour de l'entretien. **Les participant·e·s né·e·s entre 1939 et 1948** recevront simplement notre questionnaire de suivi habituel.

À chacun et chacune nous adressons nos vifs remerciements pour le temps et les efforts consacrés à la cohorte Lc65+. Nous espérons pouvoir compter sur votre fidélité en 2020 et vous transmettons nos meilleures salutations.