

Le contexte évolutif de la thérapeutique gériatrique

The Growing Area of Geriatric Medicine

Les personnes âgées souhaitent à juste titre rester « en bonne santé » et autonomes le plus longtemps possible.

Elles constituent une partie importante, mais aussi très hétérogène, de la population des pays occidentaux. La grande diversité des situations cliniques gériatriques impose une prise en charge individualisée et régulièrement réadaptée pour diverses raisons : la population âgée et ses besoins de soins augmentent, le contexte socio-économique concernant les personnes âgées évolue rapidement, les visions de la société et des personnes âgées elles-mêmes sur le vieillissement et sur la maladie se modifient et les progrès thérapeutiques aboutissent à des possibilités de traitements plus efficaces.

Globalement, la thérapeutique gériatrique évolue en permanence et les limites des interventions thérapeutiques sont progressivement repoussées : l'espérance de vie augmente, les stratégies thérapeutiques sont régulièrement remises en cause à la suite des avancées thérapeutiques et les objectifs thérapeutiques de prise en charge des maladies et de leur prévention évoluent.

Individuellement, la complexité de chaque situation est liée à plusieurs facteurs :

- le vieillissement modifie la physiologie, notamment rénale et cardiovasculaire (20 % des personnes de plus de 80 ans ont une clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min) ;^[1,2]
- la polyopathie est fréquente (associant en moyenne trois à cinq maladies) et dominée par les maladies cardiovasculaires, ostéo-articulaires ou cancéreuses, ainsi que les troubles neuropsychiatriques (démence, dépression...);
- l'équilibre métabolique est fragile et à tout moment mis en péril par toute maladie aiguë intercurrente (insuffisance rénale par déshydratation au cours d'une infection pulmonaire) ;
- les conditions de diagnostic sont plus difficiles en raison de limites floues entre le vieillissement normal et pathologique (troubles du sommeil), de l'interprétation plus difficile de la sémiologie clinique et des tests diagnostiques.^[3]

Toute prise de décision éthique doit tenir compte des niveaux de preuve, de la qualité de vie et des souhaits de la personne âgée, mais aussi de l'extrapolation des résultats scientifiquement démontrés chez des sujets plus jeunes :^[4] l'indication du traitement anticoagulant au cours de la fibrillation auriculaire chronique en est l'illustration.^[5]

D'importants et fréquents contrastes existent actuellement :

- entre la consommation importante de certains traitements (notamment cardiovasculaires ou psychotropes) et l'insuffisance de prise en charge de pathologies comme l'ostéoporose ou le cancer ;^[6,7]
- entre les fréquents besoins de soins justifiés (médicamenteux ou non) et l'évaluation parfois insuffisante de nouveaux médicaments, en raison de difficultés méthodologiques (troubles cognitifs), ou encore culturelles et sociologiques, qui conduisent à sélectionner lors des essais thérapeutiques des malades ne correspondant finalement pas à la population gériatrique habituelle ;^[1]
- entre la nécessité d'utiliser des traitements efficaces et l'exposition plus importante aux effets indésirables, deux à trois fois plus fréquents après 65 ans et plus graves (responsables de 10 % à 15 % des hospitalisations), avec près de 50 % d'effets indésirables « évitables » (en raison de posologies inadaptées, d'une mauvaise observance, ou d'une surveillance insuffisante).^[2,8,9]

Tels sont les « défis thérapeutiques chez la personne âgée », leurs exigences et leurs enjeux, auxquels doit répondre l'ensemble des « acteurs » de santé : médecins, pharmaciens, soignants, industrie pharmaceutique, tutelles, politiques, mais aussi bien entendu les malades et leur entourage familial. Ce sont leurs représentants que l'Association Pédagogique Nationale des Enseignants de la Thérapeutique (APNET) a réunis le 12 juin 2003 à l'Assemblée Nationale, en partenariat avec la Société Française de Gériatrie et de

Gérontologie (SFGG) et avec le soutien des Entreprises du Médicament (Leem). Les articles publiés dans ce journal témoignent de l'importance des thèmes abordés et des réponses apportées.

Jean Doucet

Professeur de Thérapeutique et Gériatrie
CHU de Rouen

Patrice Queneau

Président de l'APNET
CHU de Saint-Etienne

Références

1. Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet* 1995; 346: 32-6
2. Doucet J, Jégo A, Noël D, et al. Preventable and non preventable risk factors for adverse drug events related to hospital admissions in the elderly: a prospective study. *Clin Drug Invest* 2002; 22 (6): 385-92
3. Williams B, Betley C. Inappropriate use of nonpsychotropic medications in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 513-9
4. Doucet J, Mottier D, Lejonn JL, et al. Contexte stratégique des stratégies thérapeutiques. In : *Thérapeutique de la personne âgée*. Paris : Maloine Ed., 1998
5. Man-Son-Hing M, Laupacis A. Anticoagulant-related bleeding in older persons with atrial fibrillation: physicians' fears often unfounded. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1580-6
6. Gonthier R, Cathébras P, et al. Iatrogénèse médicamenteuse à l'origine d'une hospitalisation après 70 ans [abstract]. *Rev Med Interne* 1994; 15: 343S
7. Herschman DL, Simonof PA, Frishman WH, et al. Drug utilization in the old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: results from the Bronx aging study. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 356-60
8. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ* 2000; 320 (7237): 741-4
9. Chan M, Nicklason F, Vial JH. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. *Intern Med J* 2001; 31 (4): 199-205