

Nouvelles des Congrès

par le Dr Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

Gériatrie

Woluwé, 15 novembre 2008

Pourquoi une journée de formation en gériatrie ?

Les soins aux personnes très âgées sont difficiles. Les multiples pathologies qu'elles présentent simultanément exigent des traitements également multiples, aux effets souvent contradictoires. La tâche du médecin généraliste, qui reste l'unique professionnel de santé à conserver une vision globale de la santé de son patient, en devient d'autant plus essentielle. Une des spécificités du médecin généraliste est en effet la gestion de la complexité.

D'après l'exposé du Dr Bernard VERCRUYSE, médecin généraliste, président de la Chaire de Médecine Générale UCL.

Polypathologie du 4^e âge : guidelines en conflit

Avec l'âge, le nombre de pathologies chroniques augmente. Ainsi aux USA, 21% des personnes de plus de 65 ans souffrent de 5 maladies chroniques ou plus. Malheureusement, plus une personne présente de co-morbidités, plus sa dépendance se développe également. Les guidelines ont été élaborés afin de fournir aux cliniciens un résumé des évidences existantes ainsi que pour réduire l'hétérogénéité des pratiques individuelles. Mais le revers de ces guidelines est qu'ils ne ciblent qu'une pathologie à la fois, ne discutent que très rarement des limitations d'application, ne tiennent pas compte des co-morbidités ou des préférences des patients et surtout ignorent la complexité du quotidien des soignants.

En gériatrie, nos décisions médicales et nos choix thérapeutiques doivent reposer sur des critères différents :

- l'âge du patient car plus on est vieux, plus l'espérance de vie est courte ;
- l'état fonctionnel du patient et les co-morbidités qu'il présente ;
- les préférences du patient.

En gériatrie, certaines maladies sont à cibler en priorité en raison soit de leur

impact fonctionnel, soit de leur fréquence, soit de leur coût. Les priorités sont la prévention de l'AVC, la prise en charge du diabète, de ses complications, la prévention de la démence, la prévention des chutes.

D'après l'exposé du Pr Christophe BOLA, gériatre Hôpital Universitaire de Lausanne, Suisse.

Complexité et fragilité du patient âgé

Le concept de fragilité permet de prévoir l'évolution fonctionnelle du patient et donc d'orienter le plan de soins du patient âgé. En effet, les personnes âgées présentent une vulnérabilité accrue en raison d'une diminution des réserves physiologiques des différents systèmes organiques. La fragilité se traduit par une augmentation du risque de déclin fonctionnel, du risque de complications, du risque d'hospitalisation et de décès.

Par ailleurs, le concept de complexité permet de prévoir le poids et les enjeux de la prise en charge d'un patient donné. Les éléments qui rendent un cas complexe sont les co-morbidités, la polymédication, la sévérité du problème actuel, l'incertitude du diagnostic, l'intrication des domaines (bio-psycho-social), les besoins élevés en soins ainsi que les difficultés de traitement. La prise en charge d'un cas complexe nécessite un bon sens clinique, la hiérarchisation des problèmes, une dose d'éthique, une capacité d'analyse coût/bénéfices et d'importantes capacités de coordination. Le patient complexe nous est bien connu : c'est un vrai patient évoluant dans le monde réel !

D'après l'exposé du Pr Christian SWINE, gériatre Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne.

Prévention cardiovasculaire après 75 ans

À partir de 75 ans, les objectifs de santé doivent être de trois types : réduire les conséquences de la maladie, limiter la dépendance et éviter l'isolement social.

En gériatrie, si la première cause de mortalité est cardio-vasculaire (CV), la première cause de morbidité est non CV. Il s'agit des infections, des cancers, des démences, du diabète et des affections respiratoires chroniques. Avec l'âge, l'augmentation du risque CV est exponentielle et la personne de plus de 75 ans est donc toujours à haut risque CV. Les tables SCORE sont alors inutiles. En matière de prévention, on ne peut pas extrapoler les données de la population générale aux personnes âgées. Il faut donc déterminer leurs priorités de prévention d'une manière différente. Le clinicien doit penser à la qualité de vie des patients et clarifier les effets cliniques des médicaments disponibles.

La récente étude HYVET (N Engl J Med 2008) prouve que traiter l'HTA chez les personnes de plus de 80 ans, non démentes et non institutionnalisées, est toujours utile. Les sujets de l'étude recevaient de l'indapamide seul ou associé au péridopril. Dans ce cas de figure, le nombre de patients à traiter durant un an pour éviter un événement (NNT) est de 200 pour l'AVC, de 100 pour la décompensation cardiaque et seulement de 80 pour le décès, toutes causes confondues. En ce qui concerne la fibrillation auriculaire (FA), la prévention est encore plus rentable que pour l'HTA. En effet, la FA, bien que plus rare que l'HTA, provoque nettement plus d'AVC. Ainsi, le risque d'AVC est de 10% par an en cas de FA. Sous anticoagulant (AVK), le risque d'hémorragie est de 1% par an mais le risque d'AVC chute à 1,7% par an, soit un NNT de seulement 12 ! Prendre en charge la FA par une anticoagulation est donc très utile. Autre fait remarquable et peu connu : plus on vieillit, plus le traitement par AVK est bénéfique en cas de FA et ce malgré les risques hémorragiques !

L'étude PROSPER de 2002 a démontré que les statines étaient inefficaces en prévention primaire chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Chez nos vieux, le bon sens exige que nous traitions l'HTA et la FA. Par contre, il exige que nous ne nous préoccupions

plus du cholestérol, sauf chez les hommes ayant présenté un infarctus myocardique. Une petite dose journalière d'acide acétylsalicylique est utile au moins jusqu'à 80 ans. Passé cet âge, les preuves sont nettement plus discutables.

D'après l'exposé du Pr Benoît BOLAND, gériatre, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

Enjeux autour du refus de soins exprimé par le patient

Le refus de soins est avant tout un problème éthique. Comment accepter de ne pas faire ce qu'il est possible de faire ? Ce genre de situation provoque chez le médecin un conflit de valeur : respecter le choix de son patient et son libre arbitre ou rester fidèle à son idéal de soignant ?

La législation sur les droits du patient reconnaît au patient capable de discernement le droit de refuser un soin, quel qu'il soit, même si ce choix met sa vie en danger. Attention, c'est le patient qui doit décider, pas sa famille. Le médecin doit veiller à cet aspect de la décision, quitte à recueillir les reproches de la famille de son patient. En cas de refus de soins, le médecin doit respecter certaines consignes :

1. informer le patient sur les conséquences médicales possibles de ce refus ;
2. assurer le suivi médical du patient en ce, y compris, les conséquences du refus ;
3. faire signer, si possible, une décharge, même si elle n'a aucune valeur légale ;
4. noter le refus et éventuellement les motifs de ce refus au dossier médical.

La loi ne permet d'outrepasser un refus de soins qu'en cas de maladie mentale et de danger vital pour le patient ou autrui. Notons que ni la démence, ni l'alcoolisme ni la toxicomanie ne sont reconnus comme maladies mentales.

L'orateur conclut sa présentation, ponctuée d'exemples vécus, par ce conseil aux soignants : « Soyez au service des projets de vie des patients et pas au service de la médecine. »

D'après l'exposé du Pr Jean-Michel Longneaux, philosophe, FUNDP, Namur.

Prescription adéquate en soins gériatriques

En gériatrie, les effets iatrogènes sont fréquemment à l'origine de nouveaux symptômes. Ces effets indésirables sont responsables de 5 à 20 % des hospitalisations et 40 à 50 % de ces admissions « iatrogènes » seraient évitables. Il y a donc des raisons médicales pour s'attacher à cette problématique.

Actuellement, pour 1 € dépensé en médicaments, un coût supplémentaire de 1,33 € est causé par les conséquences iatrogènes. Il existe donc aussi des raisons économiques pour étudier cette problématique. Une prescription appropriée est une prescription aussi efficace et aussi sûre que possible tout en minimisant le coût et en respectant le choix du patient.

Les prescriptions inappropriées sont classées en trois groupes : UNDER, MIS et OVER.

OVER regroupe les prescriptions sans indication valable. Les médicaments les

plus fréquemment prescrits dans des indications non reconnues sont les neuroleptiques, les IPP, les SSRI et les laxatifs. Le meilleur moyen d'y remédier est de bien en peser l'indication, de déterminer la durée d'utilisation dès la première prescription et de régulièrement vérifier la liste des médicaments utilisés afin de supprimer ceux qui sont devenus inutiles.

MIS regroupe les prescriptions non-optimales, c'est-à-dire les médicaments dont soit le choix de molécule, soit la dose, soit la durée sont inadaptés par rapport au patient, ses pathologies, ses autres médicaments. Un exemple fréquent est la prescription des AINS. Une liste de médicaments inadaptés aux soins aux personnes âgées existe, il s'agit de la liste de Beers. On y retrouve, entre autres, le piroxicam, le métoclopramide, la cimétidine, la prométhazine, l'amiodarone, la fluoxétine.

UNDER regroupe les situations dans lesquelles une prescription médicamenteuse serait utile et n'est pas réalisée. Ainsi 72 % des patients ostéoporotiques ne sont pas traités, 40 % des diabétiques âgés ne reçoivent pas d'AAS, 40 % des patients avec FA ne reçoivent pas d'AVK...

Diverses pistes existent ou sont à développer pour optimiser la prescription aux personnes âgées. Dès à présent, il convient de prendre le temps de se poser quelques questions avant de prescrire : l'indication est-elle valable ? Existe-t-il des interactions potentielles ? La dose est-elle adaptée au patient (fonction rénale réduite...) ? Il faut aussi prendre l'avis du patient qui peut avoir des préférences.

D'après l'exposé du Pr Anne SPINOWINE, pharmacien clinicien, Cliniques universitaires de Mont-Godinne.