

# L'émergence de l'innovation dans les soins en gériatrie \*

par Régis GONTHIER \*\*

Dès 1905 est votée une loi rendant obligatoire l'assistance des vieillards âgés de plus de 70 ans par l'État, les départements et les communes, mais le développement de la médicalisation et les dépenses de santé consacrées aux personnes âgées ne vont s'accroître qu'à partir de la deuxième moitié du XXème siècle. Les progrès dans l'action sanitaire et l'hospitalisation accomplis à partir de cette période ont été associés à la "politique de la vieillesse" lancée en 1961 par le Rapport Laroque qui a souhaité sortir de la misère et de la détresse des millions de vieilles personnes et éviter que la vieillesse soit rejetée par le monde actif [Lion]. Durant cette période, il y a eu une prise de conscience du vieillissement démographique en lien avec l'effondrement de la mortalité infantile et le recul progressif de l'âge du décès (l'espérance de vie à la naissance était de 43,4 ans en 1900 et de 69 ans en 1975 chez les hommes, de 47 ans en 1900 et de 77,1 ans en 1975 chez les femmes). Des études portant sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées ont été entreprises dans les pays développés par l'OMS, car auparavant la plupart des études épidémiologiques de mortalité et de morbidité concernaient des personnes de moins de 65 ans. L'enregistrement des causes spécifiques de mortalité établies d'après la classification internationale des maladies n'était pas fiable, car les personnes âgées souffraient de plusieurs maladies à la fois sur lesquelles on pratiquait rarement d'autopsies [Svanborg]. La pathologie infectieuse favorisée par la vie en collectivité a longtemps marqué les esprits : au Canada, en 1900, six décès sur dix avaient pour cause des maladies infectieuses. Au Japon, jusqu'en 1947, la tuberculose, la pneumonie, la bronchite et la gastroentérite, ont été les quatre causes les plus courantes de mortalité. Progressivement, la prévalence des pathologies chroniques s'est accrue dans les dernières années de la vie dans tous les pays développés.

## La découverte de la morbidité en lien avec l'avance en âge

L'hospice était un lieu d'accueil ouvert à tous, quels que soient leur âge, leur rang et leur fortune (selon la loi du 21/12/1941) : ce droit d'asile avait un rôle social en hébergeant des handicapés de naissance, des exclus du monde du travail, des pathologies psychiatriques (abus d'alcool) et des vieillards. La moitié environ des pensionnaires était soignée depuis des dizaines d'années déjà. Les causes de handicap et/ou des maladies n'étaient pas systématiquement analysées.

---

\* Journées d'échanges de novembre 2013.

\*\* CHU de Saint-Etienne, Hôpital de la Charité, Gériatrie Clinique, 42055 Saint-Étienne Cedex 2 ; regis.gonthier@chu-st-etienne.fr

Des études anglaises menées en milieu communautaire dès 1955 ont montré l'augmentation de la fréquence des maladies avec l'avancée en âge en distinguant les maladies en partie curables des maladies non curables : les maladies "améliorables" les plus fréquentes étaient l'insuffisance cardiaque, l'anémie, les troubles urinaires, la surdité et l'altération de la vision ; celles non curables, très souvent pourvoyeuses d'invalidité, étaient la démence non vasculaire et les troubles de l'équilibre [Anderson, Akhtar]. Des centres de gériatrie en Europe se sont progressivement attachés à établir des diagnostics en distinguant d'une part les maladies aiguës des pathologies chroniques invalidantes et d'autre part les troubles somatiques des manifestations psychiatriques [Junod].

### **Les particularités sémiologiques : formes cliniques insidieuses ou asymptomatiques du sujet âgé**

La pratique itérative d'examen clinique accompagnée des techniques d'explorations disponibles chez l'adulte jeune a permis progressivement de décrire de nombreuses formes cliniques du vieillard. Quelques exemples emblématiques ont été décrits durant cette période comme l'infarctus du myocarde après 70 ans qui peut se traduire par une dyspnée soudaine, ou par un syndrome confusionnel et non par une douleur thoracique. Lorsque l'électrocardiogramme révèle une séquelle de nécrose myocardique, l'anamnèse est souvent difficile, parce que l'expression clinique a été peu typique. L'échocardiographie et la coronarographie introduites dans les années 1980 ont transformé l'analyse des coronaropathies du sujet âgé. De même, les séries autopsiques réalisées chez des sujets âgés présentant un souffle systolique "en écharpe" avaient montré l'absence de corrélation avec la clinique basée uniquement sur l'auscultation et la phonomécanocardiographie notamment pour le RA calcifié et serré [Gay]. Les bilans hémodynamiques ont pu être abandonnés grâce à l'échographie cardiaque à visée diagnostique. La claudication d'effort dans l'artériopathie des membres inférieurs ou la dyspnée d'effort dans l'insuffisance cardiaque ne sont *plus des signes d'appel suffisants* chez le sujet âgé en raison de la sédentarité ou du confinement à domicile.

La maladie de Parkinson à début tardif après 70 ans a été opposée au Parkinson "jeune" en notant l'importance des symptômes akinétohypertoniques et la rapidité du déclin cognitif. Le diagnostic différentiel avec les symptômes extrapyramidaux dus aux neuroleptiques, les troubles de la marche par atteintes vasculaires diffuses (dysarthrie, trouble de la déglutition, lenteur idéomotrice) ou les dépressions mélancoliques, ont été étudiés dans les années 1980 [Collard].

La poussée de diabète est *paucisymptomatique* en raison de la réduction de la sensation de la soif avec l'absence d'une polyurie marquée ; cela entraîne des accidents hyperosmolaires sans acidocétose très caractéristiques du sujet âgé. Le diabète est souvent découvert au stade de complications ophtalmologiques, rénales ou ischémiques au niveau du pied.

De nombreuses études ont révélé le *pourcentage élevé de dépression* en lien avec les maladies organiques (comme le cancer), l'isolement social et le deuil : dans ce contexte, il est fréquent d'observer une conduite régressive avec passivité accrue (apathie), une dépendance ou une résignation qui consiste à ne plus sortir du lit. Souvent le tableau dépressif se manifeste par des troubles digestifs, des douleurs fluctuantes, une agitation anxieuse avec insomnie ou même des conduites suicidaires (abandon de l'oxygène pour les insuffisants respiratoires chroniques, refus de dialyse...). Des outils standardisés de dépistage comme la GDS (Geriatric Depression Scale) ont été généralisés et des compétences en psychogériatrie ont permis de faire d'importants progrès.

### **Les maladies du sujet âgé non signalées**

Durant de nombreuses années, des symptômes invalidants et répétitifs ne faisaient pas l'objet d'enquête diagnostique précise. Pour Williamson, cette attitude était due au fatalisme des personnes âgées ou à la peur ressentie de se voir imposer un bilan hospitalier contraignant. Il est toutefois évident que les personnes âgées rendues vulnérables par l'existence de troubles cognitifs ou par leur isolement social ne pouvaient pas toujours solliciter l'aide médicale. Les symptômes les plus souvent négligés étaient la douleur (Ex : les pieds douloureux par l'absence de pédicurie), les troubles urinaires avec l'incontinence, les plaintes de mémoire et la dénutrition.

À partir des années 1970, des enquêtes répétées de prévalence ont affirmé que la douleur était extrêmement fréquente chez le sujet âgé avec très fort pourcentage de douleurs chroniques d'ordre rhumatologique (lombalgie...) ou d'ordre neurologique (douleur postzostérienne, névralgie du trijumeau, céphalée, migraine, post AVC). Cependant, l'expression douloureuse du sujet âgé est pauvre, souvent non verbalisée et mal évaluable lors de l'existence d'atteinte sensorielle ou de troubles cognitifs [Menran-Pourcher]. Des échelles d'évaluation non verbales avec analyse de la mimique ont été développées à partir des années 1980 lorsque la communication verbale était insuffisante pour la quantification de la douleur du sujet âgé [Freeman].

En clinique, la démence liée à la maladie d'Alzheimer est un diagnostic de probabilité : celui-ci a reposé longtemps sur la mesure des performances intellectuelles et psychomotrices observées dans la vie quotidienne. L'origine neurodégénérative des symptômes déficitaires a longtemps été contestée par la psychiatrie [Ploton]. De plus, la plainte de mémoire était négligée, car souvent rattachée au vieillissement physiologique.

L'apparition du scanner cérébral dans les années 1980 associé à la rationalisation des tests neuropsychologiques utilisés pour prescrire les premiers médicaments stimulant la mémoire a complètement modifié les pratiques. Durant de nombreuses années cependant, le scanner cérébral n'était pas accessible au sujet de plus de 80 ans sur l'argument qu'à cet âge, aucune lésion cérébrale ne peut être traitée par la neurochirurgie.

Enfin, la malnutrition protéinoénergétique a longtemps été insuffisamment repérée chez les sujets de plus de 80 ans ; on sait maintenant parfaitement que la prévalence augmente chez les patients âgés hospitalisés pour des infections graves et prolongées ou des populations marginalisées (alcoolisme, isolement et grande pauvreté) : grâce aux études menées chez le sujet âgé hospitalisé, la dénutrition a été reconnue comme un facteur de morbidité et de perte d'autonomie [Constans].

La survenue d'escarre chez les patients immobilisés a été fréquente durant de nombreuses années. Dans les années 1980, la prévalence en moyen séjour gériatrique était de 20 % environ, alors que les méthodes de prévention (changements de position fréquents, supports réduisant la pression, régime hyperprotidique, correction de l'anémie...) étaient largement enseignées dans le monde soignant.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) a été développée pour mieux appréhender l'ensemble des problèmes de santé complexes et multifactoriels des sujets âgés : l'expérience a montré que la plupart des médecins méconnaissaient ou négligeaient certains aspects des problèmes de santé des patients polypathologiques sans en avoir conscience (Ex. pour la douleur). L'évaluation détaillée de l'état de santé obtenue par l'EGS permet de guider les orientations diagnostiques et rééducatives et d'établir une liste des priorités fondée sur l'effet attendu du traitement sur la qualité de vie du patient. Des études ont montré qu'une évaluation gériatrique standardisée réalisée systématiquement pouvait

diminuer le recours aux hospitalisations, améliorer l'autonomie fonctionnelle et augmenter la survie des patients [Rubenstein].

### **L'ouverture de la gériatrie aux méthodes diagnostiques non invasives**

Avec le développement des unités de médecine gériatrique aiguë, les malades ont assez vite bénéficié de méthodes diagnostiques de moins en moins invasives. Cette période s'est surtout concentrée entre 1975 et 2000. On peut citer quelques exemples. La *scintigraphie osseuse au Technétium 99* est apparue comme un examen simple, anodin, sans contre-indication, bien supporté (car réalisable en moins de 4 heures). Il est apparu très intéressant pour détecter des fractures récentes difficiles à affirmer (fracture en H du sacrum, tassement partiel de vertèbres...), les algodystrophies lors d'une hémiplégie, les formes localisées de maladie de Paget, les ostéonécroses, les descellements de prothèse, les métastases osseuses... L'*échodoppler* des troncs supraaortiques a permis d'explorer toutes les sténoses athéromateuses, les occlusions ou les dissections des axes artériels de l'étage cervical. Cela a permis de se dispenser d'artériographie. Il en a été de même pour l'exploration aortoiliaque et des artères des membres inférieurs. L'apparition de *fibroscopie souple* au début des années 1970, puis la nasofibroscopie, a transformé la tolérance de l'exploration de l'arbre trachéobronchitique, du larynx et de l'estomac. L'analyse de la déglutition par vidéoscopie a amélioré la compréhension des mécanismes des troubles de la déglutition. L'exploration du colon est restée longtemps contraignante au grand âge, car la *coloscopie totale* nécessite après une préparation difficile (lavement évacuateur difficile après un régime sans résidu), une anesthésie de courte durée avec une consultation préanesthésique. Le lavement baryté fluide nécessitant une coopération du patient pour contenir la baryte grâce à la contraction du sphincter anal. Le lavement baryté en double contraste a été proposé par certaines équipes de radiologie pour améliorer la qualité du diagnostic. Le *scanner abdominal* (coloscopie virtuelle) a été un progrès récent.

### **La meilleure connaissance des causes des états grabataires et la meilleure analyse de la perte d'autonomie fonctionnelle**

Longtemps, les vieillards grabataires ont posé des problèmes diagnostiques et leur prise en charge était souvent négligée, car les succès thérapeutiques étaient rares et toujours incomplets : ils restaient incapables de se tenir debout, en permanence dans leur lit ou dans leur fauteuil pendant une bonne partie de la journée.

Dans les années 1960, l'*émergence de soins de mobilisation et de rééducation préventive* a obligé à mieux analyser les causes de l'état grabataire. À titre d'exemple, à Ivry, on comptait, en 1968, dans le secteur hospice 78 grabataires sur 260 malades (soit 30 %) d'âge moyen 79 ans, 54 sur 78 étaient incontinents et 58 n'avaient aucune activité (de lecture, de jeu...) : les causes ostéoarticulaires (arthrose, fracture du col ou autres fractures des membres inférieurs, polyarthrite) étaient fréquentes (18 / 78), de même que les causes neurologiques (hémiplégie, Parkinson, polynévrite (28 / 78)). La démence et les troubles sensoriels étaient considérés comme les facteurs d'échec de la rééducation [Berthaux].

La rapidité avec laquelle l'alitement entraîne une réduction du capital musculaire, une perte du calcium osseux, un enraidissement des articulations et des troubles de l'équilibre, a été bien décrite, créant "une *maladie de l'immobilisation*". Delachaux indiquait en 1966 qu'il convenait, pour éviter l'enchaînement des troubles, de procéder à la mobilisation des articulations au lit, à des exercices de musculation et de posture avec un réen-

traînement précoce à la marche [Beck]. Avec les *progrès thérapeutiques notamment en orthopédie*, les étiologies des états grabataires ont considérablement évolué et les maladies neurodégénératives se taillent maintenant la part du lion.

Pour décrire les *conséquences fonctionnelles* des maladies chroniques, les acteurs de terrain ont utilisé durant plusieurs années une grande diversité d'échelles de "dépendance". Philippe Wood en 1975 a permis de mieux définir les liens entre la déficience provoquée par une altération de l'organe, l'incapacité lorsque la déficience provoque des restrictions dans la vie quotidienne et le handicap qui est la traduction sociale des problèmes de santé [Henrard]. Les gériatres, à l'instar des échelles spécifiques utilisées par les rééducateurs (Échelle de Barthel - Mesure d'indépendance fonctionnelle MIF), se sont appropriés la *grille AGGIR*, outil indispensable pour permettre aux patients de bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : en effet, 10 items décrivant une incapacité (sur la modalité : A : fait, B : fait partiellement ou non, habituellement ou non correctement, C : ne fait pas) permettent de définir 6 *niveaux de besoins d'aide* (appelé Groupe GIR) ; il s'agit de l'outil légal d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 [Blanchon]. Cependant, des équipes cherchant à évaluer l'efficacité d'un programme de soins ou à améliorer la qualité des soins dans les institutions, ont l'habitude d'utiliser respectivement la SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle du Québec) ou le RAI (Résident Assessment Instrument des États-Unis).

### **Le lien entre polyopathie, polyprescription et iatrogénie**

Les grandes enquêtes sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992 réalisées par l'INSEE ont permis de confirmer l'importance de la polyopathie chronique chez les sujets âgés avec une prédominance des maladies cardiovasculaires et ostéoarticulaires. L'altération de l'état de santé touchait plus les femmes que les hommes et atteignait son maximum pour les âges les plus élevés [Sermet].

La *consommation médicamenteuse* dès les années 1970 a été analysée par de nombreuses équipes. À cette date, on a observé que 75 % de la population de plus de 75 ans recevait au moins un médicament [Williamson]. À titre d'exemple, une enquête un "jour donné" menée simultanément dans 30 unités gériatriques de la région Rhône-Alpes en septembre 1976 a montré que 1335 sujets d'âge moyen 77 ans (Âge de 50 à 103 ans) consommaient chaque jour en moyenne 8,2 unités de médicaments (5,6 à 14 unités). 61 % des sujets consommaient des psychotropes et 37 % des vasodilatateurs. Des gouttes étaient prescrites chez 43 % des malades [Chapuy]. C'est à cette période que les gériatres se sont rendu compte que prescrire au grand âge était un "art bien difficile" et qu'il était possible de déclencher des *maladies provoquées par les médicaments pris en grand nombre*. JP Bouchon en 1976 a montré que parmi 624 vieillards hospitalisés, 10 % d'entre eux avaient présenté un accident iatrogène et qu'un décès sur 20 était directement imputable au médicament. Les Dijonnais ont répertorié durant 1 an tous les incidents iatrogènes attribués aux médicaments chez 1164 sujets admis en court séjour gériatrique : 190 sujets (≈ 16 %) ont présenté 212 accidents (30 % médicaments du système nerveux central, 30 % digitalodiurétiques, 40 % autres).

Deux notions sont apparues importantes et sont toujours d'actualité : d'une part le *risque augmente régulièrement avec l'âge* (Hurwitz : risque < 6,3 % si âge < 60 ans, risque > 15 % si âge > 60 ans - avec risque > 24 % si âge > 80 ans) et d'autre part le *risque augmente régulièrement avec le nombre de médicaments absorbés* (l'étude de May publiée en 1977 était particulièrement démonstrative ; 0 à 5 médicaments pris :

4 % d'effets indésirables → 16 - 20 médicaments pris : 54 % d'effets indésirables) [May]. À cette époque, les dangers de la polymédication étaient déjà expliqués par l'automédication, la mauvaise observance (oubli, erreur de posologie, inadaptation de la présentation...) et par la survenue d'interactions médicamenteuses. La loi de Santé Publique du 9 août 2004 a fait de la maîtrise du risque iatrogène chez le sujet âgé un objectif prioritaire (objectif N° 100).

### **Les médicaments ou les situations cliniques ayant eu une mauvaise réputation en gériatrie**

En l'absence d'étude clinique ciblée sur les sujets âgés porteurs de nombreuses comorbidités ou en situation de perte d'autonomie fonctionnelle, les cliniciens travaillant dans les hospices se sont longtemps *basés sur leur expérience clinique* : cela explique en grande partie les retards pris dans l'utilisation de certains médicaments. À titre d'exemple, les antivitamines K avaient une très mauvaise réputation en gériatrie en raison des problèmes d'observance, mais aussi de la fiabilité du dosage du taux de prothrombine. Les accidents hémorragiques ont été nombreux, parfois en lien avec les chutes. Grullet de l'hôpital Charles-Foix écrivait en 1982 : "le traitement par antivitamines K de la fibrillation auriculaire chronique idiopathique n'a pas fait la preuve de son efficacité, alors qu'il a amplement démontré ses risques" [première cause de décès dans l'étude de Bouchon].

Dans le diabète, les sulfamides hypoglycémiant à demi-vie longue ont rapidement été montrés du doigt en raison du risque d'hypoglycémie [Queneau].

La digitaline ou le lithium surtout chez les patients dénutris en raison du risque d'intoxication, les corticoïdes ou l'aspirine chez les sujets ayant des antécédents d'ulcère, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou les antialdostérones en raison du risque hyperkaliémique, les bêtabloquants dans le postinfarctus en raison du risque d'insuffisance cardiaque, faisaient l'objet de nombreux débats.

Inversement, des classes entières de médicaments ont été progressivement abandonnées comme les barbituriques dans l'épilepsie, la théophylline dans l'asthme, les tricycliques dans les états dépressifs, le fluor et les œstrogènes dans l'ostéoporose, les antiarythmiques de classe I en rythmologie, les vasodilatateurs à visée cardiaque (Dihydralazine : Népressol®, Prazosine : Minipress®). Les antisécrétoires gastriques de première génération (Ramitidine : Azantac®, Cimétidine : Tagamet®), ou les topiques antiacides (phosphate ou hydroxyde de l'aluminium type Maalox® ou Phosphalugel®).

L'abandon des vasodilatateurs à visée cérébrale a été plus tardif. La réduction de la consommation de psychotropes (notamment pour améliorer le sommeil) est plus récente et progressive grâce à l'action de l'Assurance Maladie et de l'HAS.

Les pontages aortocoronariens et les angioplasties, les endartériectomies carotidiennes, le drainage des hématomes sous-duraux, le traitement endoscopique de la lithiase biliaire, se développent après 75 ans surtout à partir des années 1980. La chirurgie de la cataracte se simplifie beaucoup avec la mise en place intracapsulaire d'un cristallin artificiel. La prescription de prothèse dentaire, de jambe artificielle chez l'amputé ou d'appareil auditif lorsque le déficit à la fréquence de 2000 Hertz atteint 40 décibels, se généralise progressivement malgré parfois des difficultés de financement. Néanmoins, des analyses rétrospectives apportent des regards critiques en constatant d'une part une forte mortalité dans la chirurgie d'urgence des sujets très âgés ≈ 30 % en chirurgie digestive d'urgence après 70 ans [Desrousseaux] ou de 34 % à 3 mois dans une population

d'âge moyen 83,9 ans opérée pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur [Valentini] et d'autre part un mauvais résultat fonctionnel pour les patients ayant un état mental détérioré avec, à des degrés divers, une désorientation temporo-spatiale, une confusion, voire un état démentiel avéré [Gerebtzoff].

### **Vers des thérapeutiques de plus en plus personnalisées**

Le manque de bénéfice sur le maintien de l'autonomie et sur la qualité de vie fait *discuter l'intérêt de certaines thérapeutiques*, surtout lorsqu'elles sont coûteuses : les réanimateurs se sont posés des questions en tentant de sélectionner les sujets en fonction de score de risque. Depuis quelques années, des équipes de néphrologie ont tenté de critiquer le bénéfice de la dialyse par rapport au traitement conservateur chez des sujets très âgés. L'assistance nutritionnelle par sonde de gastrostomie chez des malades âgés sévèrement dénutris, souffrant de handicap moteur, psycho-intellectuel ou sensoriel, a été remise en cause [Bruhat].

Pour *prendre des décisions adaptées* avant une chirurgie lourde ou avant une chimiothérapie coûteuse et contraignante dans le cadre d'un cancer, il se généralise la *pratique de l'évaluation gériatrique standardisée* [Retornaz]. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés, il y a un consensus pour ne pas entreprendre certaines thérapeutiques à un stade sévère [Vellas].

Progressivement, les *soins de base pour compenser la perte d'autonomie se sont considérablement améliorés* avec l'utilisation de lit électrique articulé, la généralisation des matelas antiescarre, la prescription de fauteuil roulant de plus en plus léger et maniable, la restriction des contentions (rôle des recommandations de l'HAS), la baisse de l'utilisation des psychotropes [Ferry], l'hydratation par la voie sous-cutanée, l'utilisation de protection très efficace avec un fort pouvoir absorbant lors de l'installation d'une incontinence d'origine centrale le plus souvent irréversible ou la prescription d'oxygène à faible débit chez les insuffisants cardiorespiratoires sévères. Depuis les années 2000, l'accent a été mis sur la *prévention des états confusionnels*, soit lors d'une hospitalisation pour une pathologie aiguë, soit après chirurgie (orthopédique). Inouye a montré qu'en prenant des mesures préventives simples (orientation temps et espace, lutte contre le manque de sommeil, lutte contre le maintien en décubitus, lutte contre la déprivation sensorielle, lutte contre la déshydratation), il était possible de réduire l'incidence et la durée des états confusionnels [Inouye]. Des méthodes de prévention de la confusion analogues se sont développées en France depuis plusieurs années (Brest-Paris : Protocole HELP). Des programmes d'éducation thérapeutique impliquant le patient se développent progressivement pour sécuriser la prise des médicaments (avec l'aide d'un professionnel de santé et du pharmacien. Ex : anticoagulant) et pour optimiser la prise en charge du diabétique âgé, du chuteur ou du patient souffrant de séquelles d'accident vasculaire cérébral.

Parallèlement, les *mesures d'hygiène hospitalière* sont devenues de plus en plus drastiques en milieu gériatrique, avec le lavage des mains, les protocoles de désinfection et d'isolement en cas d'infection, la surveillance des cathéters (sonde urinaire), les vaccinations, l'éducation du personnel avec les infirmières hygiénistes [Carlier].

### **L'amélioration de l'accompagnement lors des soins terminaux**

De nombreux gériatres ont eu un *rôle de pionnier* dans le développement des soins palliatifs en France, car il a été nécessaire de faire face à la migration de la mort du domicile vers l'hôpital (60 % des sujets meurent à l'hôpital avec parmi eux une forte

proportion de sujets âgés). Dès 1986, c'est-à-dire avant la loi sur les soins palliatifs de 1999, un groupe de travail présidé par Madame Geneviève Laroque a donné les grandes orientations pour accompagner les fins de vie dans les unités de soins et pour former tous les professionnels de santé au contrôle de la douleur et à toutes les techniques d'accompagnement [Sebag-Lanoë]. *Le confort physique a été amélioré* par l'utilisation plus large des morphiniques par voie sous-cutanée, voie d'administration confortable, efficace, sûre, qui permet le maintien d'une hydratation et l'utilisation de benzodiazépines injectables comme le Midazolam (Hypnovel®) ou le Diazépam (Valium (benzodiazépine®) [Dardaine].

### Le futur axe de progrès centré sur la prévention

L'augmentation importante des sujets de plus de 75 ans oblige à anticiper la perte d'autonomie. À partir de 75 ans, certaines incapacités s'accroissent considérablement et on admet qu'un programme de dépistage des maladies à un stade précoce ou le repérage par des visites à domicile des mauvaises habitudes de vie ou des difficultés de vie quotidienne, permet de prévenir un stade d'incapacité irréversible. La gériatrie du futur devra s'impliquer dans cette prévention d'un type nouveau.

### RÉFÉRENCES

- LION R. - Vieillir demain : survol du rapport du groupe "Prospective Personnes Agées". Commissariat Général du Plan. *Gérontologie et Société* 1980 ; 14 : 11-17.
- SVANBORG A, BERGSTRÖM G, MELLSTROM D. - Études épidémiologiques des conditions sociales et médicales des personnes âgées. *Gérontologie et Société* 1984 ; 28 : 76-92.
- ANDERSON WF, COWAN MR. - A consultative health center for older people. *Lancet* 1955 ; II : 239.
- AKHTAR AJ, BROE GA, CROMBIE A, MCLEAN WMR, ANDREWS GR, CAIRD FI. - Disability and dependance in the elderly at home. *Age and Ageing* 1973 ; 2 : 102.
- JUNOD JP. - Accepter la Gériatrie. *Rev de Gériatrie* 1976 ; 1 : 69-72.
- GAY J, MAURICE P, METIVIER J, GILLET JC, PARAISO M. - Étude anatomoclinique des cardiopathies du sujet âgé (au-delà de 70 ans). *Ann Méd Interne* 1971 ; 122(3) : 367-372.
- COLLARD M, MARESCAUX Ch. - Parkinson tardif et Parkinson vieilli. Évolution de la maladie de Parkinson en fonction de l'âge de début. *Rev de Gériatrie* 1983 ; 8 : 105-111.
- MENRAN-POURCHER N, PRAS P, CAPRIZ-BURVAT F. - La douleur du sujet âgé. *Doul et Analg* 1991 ; 4 : 57-68.
- FREEMAN K, SMYTH C, DALLAM L, JACKSON B. - Pain measurement scales ; a comparison of the visual analogue and faces rating scales in measuring pressure ulcer pain. *JWOCN*, 2001 ; 28 : 290-296.
- PLOTTON L. - La démence sénile : un piège intellectuel. *Rev de Gériatrie* 1983 ; 8 : 173-175.
- RIBENSTEIN LZ, SIU AL, WIELAND D. - Benefits of geriatric assessment programs : a new look at the evidence. *L'Année Gérontologique* 1990 ; 4 : 75-91.
- CONSTANS T, BACQ Y, BRÉCHOT JF, GUILLMOT JL, CHOUTET P, LAMISSE F. - Protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 : 263-268.
- BERTHAUX P. - Les causes de l'état grabataire : facteurs déterminants et rôle des facteurs psychiques : ambiance et entourage. *Rev Franç Gériat* 1968 ; 14 : 283-286.
- BECK H. - Modifications des fonctions liées à l'état grabataire. *Rev Franç Gériat* 1968 ; 14 : 289-297.
- HENRARD JC, CASSOU B, COLVEZ A, LAZAR P. - Perte d'autonomie ou handicap : problèmes conceptuels. *Rev de Gériatrie* 1980 ; 5 : 375-378.
- BLANCHON MA, GONTHIER R. - Évaluation de la personne âgée. In *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. F BETHOUX et P CALMELS coord, Frison-Roche, Paris 2003 : 301-311.

## L'ÉMERGENCE DE L'INNOVATION DANS LES SOINS EN GÉRIATRIE

- SERMET C. - La pathologie des personnes âgées en 1992. *Gérontologie et Société* 1994 ; 71 : 24-41.
- CHAPUY P, VERROUST F, BOGGIO M, BONNIER P, DELOMIER Y *et al.* - Consommation médicamenteuse des malades âgés dans plusieurs services gériatriques hospitaliers et institutions de la région Rhône-Alpes. *Rev de Gériatrie* 1978 ; 3 : 57-59.
- WILLIAMSON J. - Prescribing problems in the elderly. *Practitioner* 1978 ; 220 : 749-755.
- BOUCHON J.P. - La prescription médicamenteuse aux personnes âgées. *Rev du Praticien* 1979 ; 29 : 1.
- TAVERNIER B, RICHARD D, GAUDET M. - La pathologie iatrogène du sujet âgé. Résultats d'une enquête prospective de 12 mois sur 1164 sujets en milieu court séjour. *Rev de Médecine* 1983 ; 24 : 239.
- HURWITZ N - Predisposing factors in adverse reactions to drugs. *BMJ* 1969 ; I : 536-539.
- SEIDL LG, THORNTON GF, SMITH JW. - Studies on the epidemiology of adverse drug reactions. *Bull John Hopkins Hosp* 1966 ; 119 : 299.
- MAY FE, STEWART RB, CLUFF LE. - Drug interactions and multiple drug administration. *Clin Pharmacol Therap* 1977 ; 22 : 322.
- GUILLET Ph. - Principes généraux de la thérapeutique en Gériatrie. *Rev de Gériatrie* 1982 ; 7 : 323 - 329.
- QUENEAU P. - Conduites thérapeutiques chez le vieillard en pratique médicale. *Concours Médical* 1978 ; 100 : 4003-4020.
- DESROUSSEAUX B, AMPE J. - Bilan des interventions chirurgicales réalisées chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Expérience d'un service de chirurgie générale à orientation digestive. *Rev de Gériatrie* 1986 ; 11 : 265-268.
- VALENTINI Fr, VALIDIRE J, DELAUNAY C, COUSIN M.Th. - Traitement chirurgical des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. *Rev de Gériatrie* 1985 ; 10 : 403-410.
- GEREBTZOFF A, DEGAND C, ELBANNE S, RAYNAL L. - Pronostic des fractures du col du fémur chez le sujet âgé. *Rev de Gériatrie* 1983 ; 8 : 479-482.
- BRUHAT A, BOS C, SIBONY-PRAT J, BOJIC N *et al.* - L'assistance nutritionnelle chez les malades âgés dénutris. *Press Méd* 2000 ; 29 : 2191-2201.
- RETORNAZ F, MONETTE J, BATIST G *et al.* - Usefulness of frailty markers in the assessment of health and functional status of older cancer patients referred for chemotherapy : a pilot study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008 ; 63 : 518-522.
- VELLAS B, GAUTHIER S, ALLAIN H *et al.* - Consensus statement on dementia of Alzheimer type in the severe stage. *Rev de Gériatrie* 2005 ; 30 : 1-13.
- FENG Z, HIRDES J, SMITH T, FUME-SOVERI H *et al.* - Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes : a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 ; 24 : 1110-1118.
- INOUE S, BOGARDUS S, CHARPENTIER P, LEO-SUMMERS L *et al.* - A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 669-676.
- CARLIER F, ANXIONNAZ B. - Hygiène hospitalière appliquée dans un centre de gériatrie. *Rev de Gériatrie* 1984 ; 9 : 517-522.
- SEBAG-LANOË R. - Soins palliatifs chez la personne âgée : mode ou nécessité. *Rev de Gériatrie* 1989 ; 14 : 82-84.
- DARDAINE-GIRAUD V, LAMANDE M, CONSTANS T. - L'hypodermoclyse : intérêts et indications en Gériatrie. *Rev Méd Interne* 2005 ; 26 : 643-650.

### RÉSUMÉ

L'évolution observée de l'état de santé des malades âgés date en France du début des années 60, période de la Commission Laroque qui a proposé des orientations politiques pour s'occuper des problèmes de la vieillesse et pour soulager les peines d'une vie en déclin. Un premier axe de progrès a été la meilleure connaissance de la polypathologie du grand âge, en distinguant progressivement les symptômes du vieillissement physiologique de ceux liés à des maladies typiquement gériatriques, comme la pseudopolyarthrite rhizomélique, les algies postzostériennes, ou de mala-

RÉGIS GONTHIER

*dies chroniques de l'adulte qui surviennent dans la vieillesse avec une sémiologie particulière comme la maladie coronaire, la rétention d'urine. Depuis quelques années, la gériatrie se mobilise pour développer des techniques innovantes susceptibles de prévenir la perte d'autonomie en "soignant" des sujets en train de se fragiliser, afin de pouvoir leur permettre de vivre plus longtemps sans incapacité.*

SUMMARY

*The observed changes in the health status of elderly patients in France date back to the early 60s, a period when Laroque Commission has proposed policy guidelines for dealing with the problems of aging and to relieve the suffering of life decline. A first axis of progress has been the best knowledge of multiple illnesses of old age, gradually distinguishing symptoms of physiological aging of those typically associated with geriatric diseases such as polymyalgia rheumatica, post-herpetic neuralgia, or chronic diseases of the adult that occur in old age with particular semiotics as coronary heart disease, urinary retention. In recent years, Geriatrics is working to develop innovative techniques to prevent the loss of autonomy "care" topics beginning to weaken in order to enable them to live longer without disability.*