

Particularités de la médecine gériatrique

Philippe Chassagne, Patrick Friocourt, Joël Belmin

PLAN DU CHAPITRE

Jargon gérontologique : choix éditoriaux	3	Améliorer ses connaissances sur la médecine des personnes âgées	8
Aspects démographiques	3	Place des gériatres	9
Aspects spécifiques	5	Conclusion	9
Prescription médicamenteuse, prévention des effets indésirables	6		
Prendre en soins les malades âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle et les orienter dans le système de soins	7		

POINTS ESSENTIELS

- La spécificité de la médecine des personnes âgées réside dans une approche globale de la personne soignée et de son entourage.
- Cette approche repose sur la spécificité de la présentation clinique des maladies et des syndromes gériatriques.
- L'évaluation gérontologique multidimensionnelle permet d'identifier le retentissement fonctionnel des maladies et de construire un plan de soins personnalisé, centré sur le besoin de la personne et destiné à son domicile.
- Cette approche doit être mise en œuvre quel que soit le contexte de soin : consultation, hospitalisation, soins à domicile, soins en institution gériatrique.
- Le soutien à domicile malgré l'existence de maladies chroniques et de perte fonctionnelle est un enjeu considérable de la gériatrie qui répond aux souhaits des individus et de la société.

Jargon gérontologique : choix éditoriaux

Dans cet ouvrage, nous avons pris soin d'unifier certains termes du jargon gérontologique (cf. [tableau 7.2](#)). Nous proposons au lecteur d'y réfléchir et de les adopter dans sa pratique pour contribuer à transmettre des idées plus précises, plus techniques et déchargées de connotations négatives sur notre pratique et sur les personnes que nous soignons.

Aspects démographiques

La population française était de 67 813 396 personnes au 1^{er} janvier 2022 (Insee bulletin du 18 janvier 2022) dont 20 % étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (âge définissant les personnes âgées depuis 1968 selon l'OMS – Organisation mondiale de la santé) ; 9,1 % étaient âgées de 75 ans ou plus (sont environ 6,2 millions de personnes). Cette évolution démographique est liée en partie à l'allongement de l'espérance de vie qu'il faut distinguer de l'espérance de vie sans incapacité ([fig. 1.1](#)). À l'horizon 2030, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans ou plus sera supérieur à celui des personnes âgées de moins de 20 ans. Cette évolution démographique concerne directement le système de santé et les médecins. L'incidence et la prévalence de nombreuses maladies augmentant avec l'âge ont pour conséquences de devoir prendre en soins de plus en plus de personnes âgées vulnérables et ayant aussi une dépendance qu'il convient d'accompagner dans leur dimension sociologique ([fig. 1.2 à 1.5](#)).

Du fait de cette double évolution, démographique et sociologique, tous les secteurs de la médecine sont concernés par la médecine des personnes âgées. Il est important que les médecins adaptent leurs connaissances et leur pratique pour répondre à ces nouveaux besoins de la population. Les médecins généralistes sont les premiers concernés car ils sont les premiers à conseiller et soigner les personnes âgées. Leur implication directe et personnelle dans cette évolution est déterminante pour la qualité de leur prise en charge médicale. Ils sont concernés dans le cadre de leur pratique de consultation au cabinet ou de visite à domicile, mais aussi dans l'organisation et la coordination des

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0–19 ans	20–59 ans	60–64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	-13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	-26,4 ^a	+ 100

Fig. 1.1 Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 250 (scénario central de projection). ^a Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc par projeté. © Robert-Bobee I. *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee Première 2006; n° 1089.*

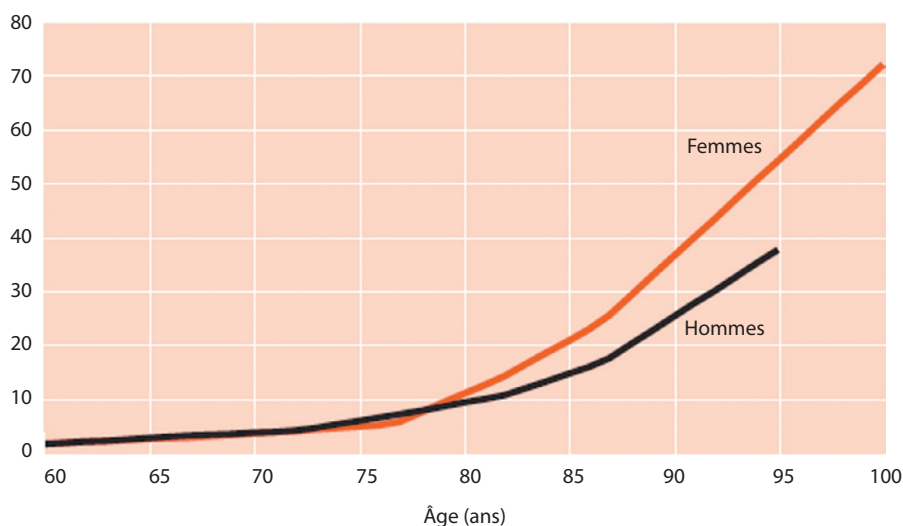


Fig. 1.2 Taux de dépendance par âge (%). © Duée M, Rebillard C. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Insee. Données sociales – La société française; 2006.*

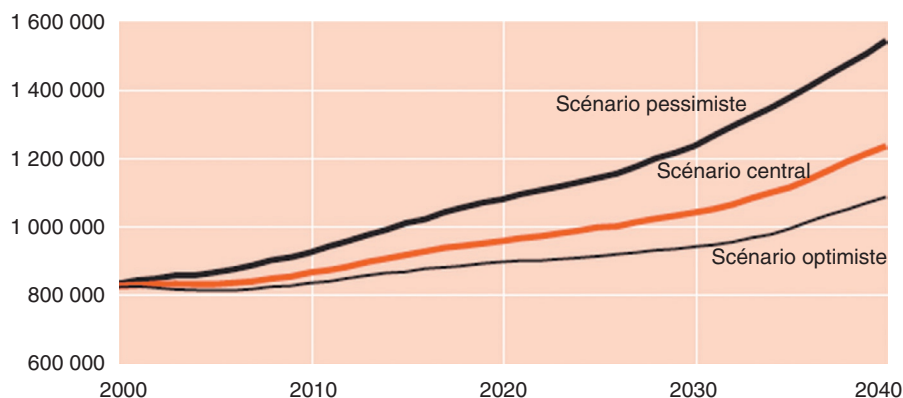


Fig. 1.3 Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. © Duée M, Rebillard C. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Insee. Données sociales – La société française; 2006.*

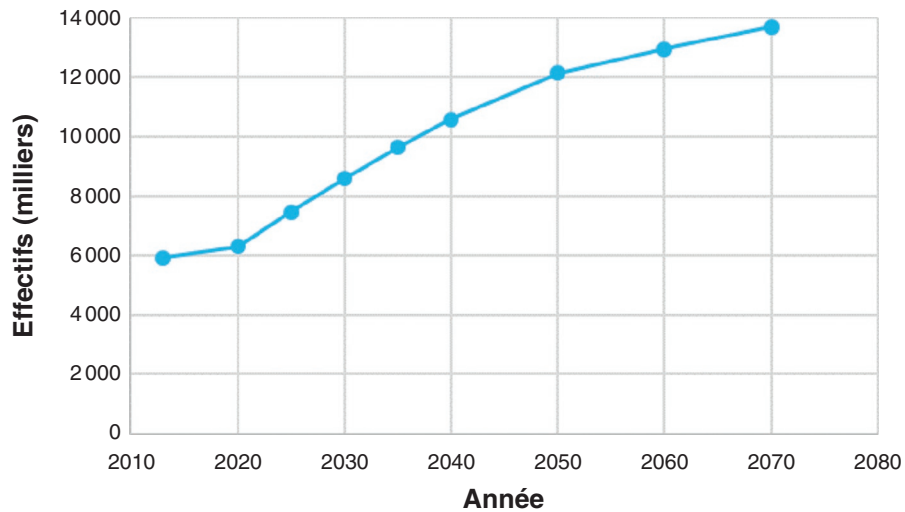


Fig. 1.4 Évolution du nombre de personnes de plus de 75 ans dans la population française, entre 2010 et 2070 selon les projections de l'Ined (hypothèse centrale).

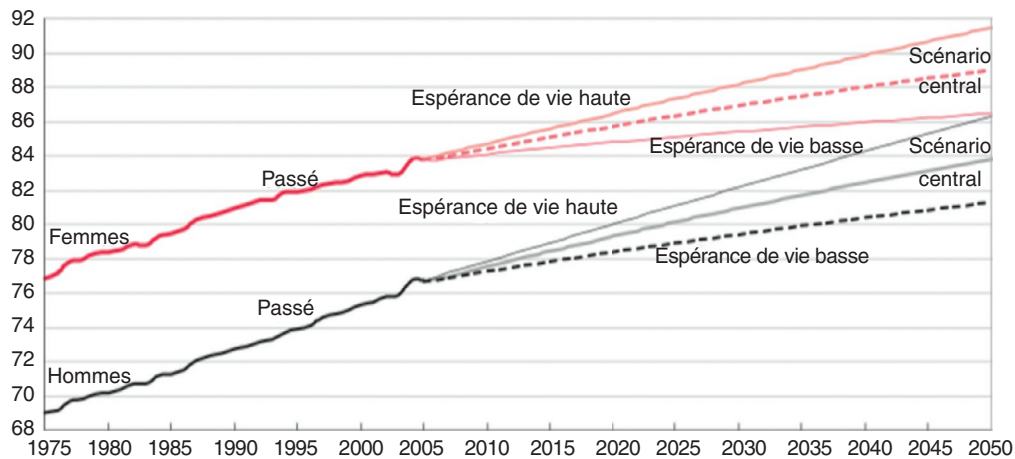


Fig. 1.5 Évolutions de l'espérance de vie à la naissance entre 2005 et 2050. © Robert-Bobee I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee Première 2006; n° 1089.

soins à domicile et avec les contacts avec les établissements gériatriques. De plus, de nombreux médecins généralistes interviennent dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), pour soigner les résidents et/ou exercer comme médecin coordonnateur un rôle de conseil pour l'organisation des soins de ces structures.

Aspects spécifiques

La médecine des personnes âgées est spécifique.

Le *vieillessement de l'organisme* est défini comme l'ensemble des modifications se produisant au cours de l'avancée en âge, en dehors de toute maladie. Le grand âge modifie la physiologie de l'organisme, et notamment ses capacités d'adaptation face à des maladies et/ou des stress, ainsi que certains processus qui régulent la pharmacologie des médicaments.

Les *maladies chroniques* sont fréquentes dans cette population. Un seul individu âgé peut être atteint de plusieurs maladies – ce qui définit la polypathologie, encore désignée comme multimorbidité. La polypathologie est source d'interactions entre maladies, pouvant modifier leur expression clinique, leur diagnostic, leur évolution et/ou leur thérapeutique. De plus, la réponse habituelle à la polypathologie est la polymédication, qui est intrinsèquement associée à une augmentation considérable du risque d'effets indésirables.

Le *retentissement fonctionnel sur la vie quotidienne* des maladies chroniques est une dimension importante de la médecine des personnes âgées. De nombreuses maladies peuvent altérer la capacité de la personne âgée à se déplacer seule, à faire seule ses soins d'hygiène, à assurer son alimentation, à pouvoir communiquer ou gérer seul son budget et ses biens. Cette *perte de l'indépendance fonctionnelle* justifie la mise en œuvre d'aides appropriées pour permettre au

malade de vivre à son domicile durablement et de manière sécurisée malgré ses maladies, sources de handicaps. La nature de ces aides est adaptée à la sévérité de la perte d'indépendance, aux possibilités d'aide effective par l'entourage et aussi au contexte de vie de la personne malade et des ressources de santé de son environnement proche.

Lorsque la perte d'indépendance fonctionnelle est sévère, le recours à des aides professionnelles, proposées par le système de santé, est toujours nécessaire. La réussite de l'aide à domicile durable et sécurisée ainsi que la qualité de vie des personnes sont tributaires de la bonne organisation et de la coordination des aides apportées. Dans certains cas, l'admission en établissement gériatrique représente la seule solution raisonnable. En fonction des maladies en cause, de la sévérité de la perte d'indépendance et des ressources du malade et de sa famille, il faut alors orienter vers la structure la plus adaptée à la situation. Il peut s'agir d'un hébergement en Ehpad, public ou privé à but lucratif, ou bien d'une hospitalisation en unité de soins de longue durée (autrefois appelée « long séjour ») d'un service de gériatrie.

Certaines situations cliniques appelées *syndromes gériatriques* particulièrement fréquentes chez les personnes âgées doivent être bien connues des médecins. Ces syndromes gériatriques ont une origine plurifactorielle, formée de facteurs de vulnérabilité chroniques, souvent appelés facteurs prédisposants, et de facteurs aigus sources de décompensation, souvent appelés facteurs précipitants. Cette multiplicité impose une démarche clinique systématique pour reconnaître tous les facteurs en cause, étape indispensable pour traiter ou améliorer les facteurs modifiables. Les syndromes gériatriques ont des conséquences négatives sur la santé et imposent une prise en soins spécifique. Parmi les syndromes gériatriques, on peut citer la dénutrition protéinoénergétique, les chutes, la déshydratation, les troubles cognitifs, la perte d'indépendance fonctionnelle (cf. [partie II](#)).

Certaines maladies sont très fréquentes chez les personnes âgées et doivent être bien connues des médecins. Il s'agit notamment de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies neurocognitives, de la dépression, de la maladie de Parkinson, des troubles sensoriels, de l'insuffisance cardiaque, de la fibrillation atriale et de l'ostéoporose.

Certaines maladies ou manifestations survenant chez un individu très âgé justifient d'une *attitude médicale spécifique*, différente de celle qui est adoptée chez un adulte d'âge moyen. C'est le cas des maladies cardiovasculaires, de certains cancers, du diabète, de l'hypothyroïdie ou de troubles métaboliques comme l'hypercholestérolémie. Enfin, dans la pratique médicale habituelle, certains aspects de la prise en soins des personnes âgées sont à tort complètement négligés par le corps médical, comme la prévention et l'éducation thérapeutique des malades ou de leurs proches, alors que leur impact positif est comparable, voire meilleur, à celui observé chez des personnes plus jeunes.

Un intérêt très particulier est porté aux *personnes âgées fragilisées*. La fragilité, *frailty* dans la littérature internationale, est une notion qui fait appel au concept de *vulnérabilité*, indiquant que ces personnes fonctionnent dans un équilibre précaire qui peut être rompu par une agression (maladie, traumatisme, stress, effet indésirable d'un médicament) (cf. [chapitre 4](#)). Les conséquences de la vulnérabilité sont

la survenue de *pathologies en cascade* (une maladie aiguë entraîne la décompensation d'une autre maladie jusque-là latente et équilibrée, et ainsi de suite), les hospitalisations à répétition, une perte d'indépendance ou l'entrée en institution. Savoir identifier les personnes âgées vulnérables est un enjeu considérable du point de vue des interventions médicales préventives, car c'est à ce stade que l'action médicale est la plus efficace.

Le vieillissement de la population et ses implications sanitaires constituent un défi majeur pour la médecine du XXI^e siècle. Les médecins généralistes et les spécialistes en gériatrie ont un rôle prépondérant pour relever ce défi.

Prescription médicamenteuse, prévention des effets indésirables

Le risque d'*effet indésirable des médicaments* augmente avec l'âge, aussi bien en pratique de ville qu'en médecine hospitalière. Chez les individus de plus de 65 ans, la fréquence de ces effets indésirables est 3 fois supérieure, et les personnes de plus de 80 ans sont encore plus fortement exposées à ce risque. Les effets indésirables survenant chez les personnes âgées sont plus sévères, induisant un nombre supérieur d'hospitalisations chez les malades ambulatoires ou un allongement de la durée de séjour hospitalier des malades hospitalisés.

Cette augmentation du risque d'effet indésirable des médicaments n'est pas une fatalité inéluctable et plusieurs études ont montré qu'environ un tiers de ces accidents était évitable en respectant des règles de prescription élémentaires. De plus, l'analyse d'ordonnances délivrées à des personnes âgées a montré qu'environ un tiers d'entre elles comportait des prescriptions « inappropriées ». Il existe une marge d'action considérable aux médecins – en ville et à l'hôpital – pour travailler à limiter ce risque via une amélioration de la qualité de leurs prescriptions ([encadré 1.1](#)).

Parmi les facteurs statistiquement associés au risque d'effets indésirables chez les personnes âgées, figure le *nombre de médicaments reçus*. La capacité d'élimination des *médicaments éliminés par voie rénale* est diminuée chez les individus âgés en raison de la réduction de leur filtration glomérulaire. De même, celle des *médicaments éliminés par voie hépatique*, avec une clairance hépatique élevée, est diminuée en raison de la réduction de la masse hépatique qui accompagne le vieillissement. La *dénutrition protéinoénergétique*, qui est fréquente chez les personnes âgées atteintes de maladie chronique et/ou dépendantes, peut modifier la pharmacocinétique de certains médicaments, par exemple en cas de forte liaison à l'albumine.

Les *troubles cognitifs* sont associés à une augmentation du risque d'effet indésirable des médicaments. Le cerveau des malades ayant des maladies neurocognitives débutantes semble plus sensible aux effets des médicaments psychotropes ou ayant des propriétés anticholinergiques, et les troubles cognitifs peuvent entraîner des erreurs d'observance.

La *lutte contre la polymédication* est certainement le moyen simple le plus efficace mais, en pratique reste difficile à appliquer. Elle est fondée sur une démarche en plusieurs étapes d'autant plus complexe que le nombre de maladies chroniques est important :

Encadré 1.1 Principales actions pouvant prévenir le risque d'effet indésirable des médicaments chez les personnes âgées

1. Limiter le nombre de médicaments consommés (prescrits ou en automédication). Ne pas prescrire de médicaments dont l'efficacité n'est pas établie. Préférer un prescripteur unique (en fait le médecin généraliste).
2. Évaluer la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft) pour ajuster la posologie des médicaments en particulier éliminés par voie rénale.
3. Réduire les doses des médicaments ayant une clairance hépatique élevée.
4. Ne pas prescrire de médicament ayant des effets anticholinergiques, notamment si des alternatives thérapeutiques efficaces existent.
5. Si l'objectif thérapeutique le permet, débiter le traitement à doses faibles et les augmenter progressivement (*start low and go slow*) jusqu'à atteindre la dose efficace bien tolérée.
6. Assurer une surveillance attentive et régulière du traitement, en incluant la détection au stade paucisymptomatique des effets indésirables fréquents des médicaments utilisés.
7. Éviter certaines erreurs : plusieurs médicaments de la même classe thérapeutique ou ayant des interactions médicamenteuses.
8. En cas de dénutrition, réduire les doses des médicaments ayant une forte liaison aux protéines plasmatiques.
9. En cas de troubles cognitifs, faire vérifier les prises médicamenteuses par l'entourage et éviter les médicaments anticholinergiques et les psychotropes.
10. En pratique hospitalière, effectuer à l'admission une conciliation médicamenteuse.

- évaluer le bénéfice attendu de chaque médicament dont la prescription est envisagée (notion de révision thérapeutique périodique) ;
- hiérarchiser les problèmes en désignant les maladies dont le traitement est prioritaire et celles dont il est accessoire ;
- tenir compte de l'avis du malade, qui est souvent différent de celui du médecin, lequel peut être amené à lui expliquer les thérapeutiques.

Dans ce classement, il faut privilégier les médicaments susceptibles d'améliorer les symptômes gênants et la vie quotidienne des malades, comme l'optimisation du traitement d'une insuffisance cardiaque, d'une dépression, d'une constipation sévère, d'un état douloureux chronique persistant, d'une incontinence urinaire. Inversement, les médicaments dont l'efficacité n'a pas été établie dans des populations de ce type doivent être considérés comme secondaires ou superflus (*overuse* ou prescription excessive) à l'exemple des vasodilatateurs proposés dans les troubles cognitifs, l'artériopathie des membres inférieurs ou l'insuffisance veineuse. Il faut aussi éviter la prescription de médicaments qui n'ont aucune indication, comme les antipsychotiques pour des troubles du sommeil ou des troubles mineurs du comportement, ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour des douleurs arthrosiques mécaniques. L'attitude vis-à-vis de traitements préventifs doit tenir compte du niveau de

risque et de l'espérance de vie prévisible de la personne. Par exemple, le traitement de l'HTA (hypertension artérielle) est d'autant plus important que le niveau tensionnel est élevé et que la survie à moyen terme n'est pas compromise par une maladie grave. On peut appliquer le même type de raisonnement au traitement antithrombotique, ou encore à celui du diabète non compliqué.

Enfin, le recours à des modifications de l'environnement ou à des thérapeutiques non médicamenteuses peut être une alternative. Une activité physique régulière peut améliorer la qualité du sommeil et une constipation sans recourir à des médicaments ; l'appareillage auditif d'une surdité ou le traitement chirurgical d'une cataracte peuvent suffire à rompre un isolement et à améliorer une dépression, le niveau d'indépendance et à réduire le risque de chutes.

Certaines classes médicamenteuses sont plus souvent responsables d'effets indésirables chez les personnes âgées : les psychotropes, les médicaments cardiovasculaires, les AINS, les antithrombotiques. Chez les personnes recevant un ou plusieurs de ces médicaments, tout nouveau symptôme peut être en fait une manifestation d'un effet indésirable au même titre que l'expression d'une nouvelle maladie. Aussi, devant une situation clinique pouvant correspondre à l'expression d'un effet indésirable, il est prudent d'arrêter le médicament responsable ou suspect et de ne pas traiter de façon symptomatique l'effet indésirable par la prescription d'un médicament supplémentaire.

Prendre en soins les malades âgés ayant une perte d'indépendance fonctionnelle et les orienter dans le système de soins

La réussite durable du *soutien à domicile* d'un malade âgé ayant une perte d'indépendance fonctionnelle implique que les aides apportées soient efficaces et organisées. Le médecin généraliste est en première ligne de l'organisation et de la *coordination de ces systèmes d'aide*. Pour le conseiller le malade et sa famille, il lui faut bien connaître les aides sanitaires et sociales localement disponibles, leur fonctionnement et savoir à qui adresser les familles pour y avoir accès (cf. [chapitre 87](#)). Ainsi il ne faut pas hésiter à orienter les familles ou les personnes vers le Centre local d'information et de coordination (CLIC) du secteur. Il faut conseiller à la personne ou à son entourage familial de déposer une demande pour bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation destinée à s'acquitter des dépenses pour pallier la perte d'indépendance. Ce type d'actions requiert du temps, un certain savoir-faire, et demeure insuffisamment rémunéré dans la tarification des actes médicaux.

De nombreux centres de gériatrie ont développé des *consultations d'évaluation de la dépendance*, qui répondent à ces missions (évaluation de la perte d'indépendance, bilan étiologique, conseils pour le traitement et la prise en soins, bilan social, proposition d'aide à domicile et prise de contact avec les intervenants à domicile). Ces centres sont encore peu nombreux et ceux qui existent sont peu connus ou trop peu sollicités. Ces centres d'évaluation de la dépendance ont

toujours pour objectif de maintenir le plus longtemps possible le malade âgé dépendant à son domicile en coordination avec le médecin généraliste.

Parfois, *le soutien à domicile devient impossible* parce que survient une maladie intercurrente qui aggrave l'état de santé et/ou la perte d'indépendance, ou parce que les systèmes d'aide trouvent leurs limites et ne répondent plus aux besoins du malade. Il appartient alors au médecin généraliste d'orienter la personne vers la structure de santé la plus adaptée.

En cas de maladie intercurrente, *l'hospitalisation* est souvent nécessaire, la dépendance iatrogène (perte d'indépendance associée au séjour hospitalier) exposant à des complications précoces devant dès lors être combattue (on estime dans une méta-analyse que 30 % des malades âgés hospitalisés développent ainsi une dépendance iatrogène). Parmi ces complications, on peut citer : l'alitement prolongé, le manque de stimulation et de rééducation aggravant des troubles de la marche ou favorisant la survenue d'escarres. Une insuffisance d'aide à l'alimentation associée aux périodes de jeûne liées à la maladie aiguë et à la réalisation d'examen complémentaires peut transformer une dénutrition modérée en dénutrition grave, qui expose alors le malade à la survenue d'infections nosocomiales et d'escarres réduisant ainsi considérablement les possibilités de récupération motrice et de retour à domicile.

De nombreux services hospitaliers sont insuffisamment organisés pour accompagner la dépendance, la réadaptation du malade âgé commençant une fois « le problème médical réglé », lorsque son orientation en service de soins de suite est actée. Cette conception séquentielle ne repose sur aucune justification thérapeutique et résulte d'un historique lié à l'organisation hospitalière. Les réalités de terrain font que le transfert en service de soins de suite nécessite aussi un long délai d'attente improductif (voire nocif) et coûteux pour le système de soins. Devant cette filière mal adaptée aux problèmes des malades âgés présentant une perte d'indépendance, se sont développées des unités de médecine gériatrique aiguë dont l'objectif est la mise en place dès l'admission à l'hôpital d'une prise en soins globale précoce de la perte d'indépendance, tout en assurant les soins médicaux ciblés sur les maladies symptomatiques. La réadaptation précoce donne au malade plus de chances d'améliorer son indépendance et évite les conséquences négatives d'un accompagnement inadapté.

Le bien-fondé de ce concept a été confirmé par un essai contrôlé et randomisé, mené aux États-Unis en 2003 comparant deux filières de soins, un service de médecine classique et un service de médecine gériatrique aiguë, conçu pour accompagner la perte d'indépendance fonctionnelle (personnel de soins formé, personnel de réadaptation, présence de gériatres). Si les taux de mortalité et les durées de séjour moyennes étaient similaires dans les deux services, le taux de sorties à domicile était significativement supérieur dans l'unité gériatrique, et le pourcentage de malades admis dans un établissement gériatrique 3 mois après la sortie significativement inférieur. En prenant en compte les dépenses liées aux entrées en institution après l'hospitalisation, l'unité gériatrique était donc plus efficiente. Aussi, la qualité de la prise en soins de la perte d'indépendance peut avoir

un impact direct sur le devenir des personnes concernées en favorisant leur admission directe en gériatrie via leurs médecins généralistes.

Lorsque les ressources du soutien à domicile atteignent leurs limites, il est préférable d'organiser dans le calme l'orientation du malade (qu'il s'agisse d'un Ehpad, d'une unité de soins de longue durée ou d'un centre de gériatrie pour la mise en place renforcée d'aides) sans attendre la crise de rupture associant hospitalisation en urgence – risque nosocomial majoré chez des malades âgés dépendants – circuits hospitaliers parfois inadaptés. Ces situations sont sources de dépenses de santé considérables et improductives.

Lorsque cela n'est pas possible d'emblée, la bonne démarche consiste à contacter une consultation d'évaluation d'un centre de gériatrie. Selon les ressources locales, la situation de la personne et de son entourage, plusieurs solutions sont envisagées : poursuite du soutien à domicile avec prise en soins en hôpital de jour de réadaptation, hospitalisation en rééducation pour bilan et orientation, admission programmée en unité de soins de longue durée, soutien à domicile avec renforcement des aides et projet d'admission directe en cas de rupture, etc.

Améliorer ses connaissances sur la médecine des personnes âgées

La médecine des personnes âgées ne peut se résumer à l'application à des personnes âgées de la pratique médicale de l'adulte plus jeune, et l'amélioration des pratiques et des connaissances passe par une démarche de formation. Depuis quelques années, la gériatrie est intégrée au programme des études médicales en France, notamment par le « module vieillissement » du second cycle. Dans un nombre croissant de facultés de médecine, les étudiants hospitaliers et ceux de 3^e cycle se destinant à un exercice de médecine générale ont la possibilité d'effectuer des stages dans des services hospitaliers de gériatrie. À la suite de l'examen classant national, les spécialistes en formation ont la possibilité d'acquérir depuis 2017 le DES (diplôme d'études spécialisées) de gériatrie, soit la qualification de spécialiste en gériatrie. Depuis 2005, l'obtention du DESC (DES complémentaire) de gériatrie donne la qualification de spécialiste en gériatrie. Les démarches de formation post-universitaire complètent ces formations universitaires initiales.

Une première démarche est *l'autoformation*, à partir de revues destinées aux médecins généralistes et spécialisées sur ce thème, d'ouvrages de référence, ou encore des journaux médicaux généralistes qui publient de plus en plus d'articles concernant la médecine des personnes âgées. Pour les médecins maniant bien la langue anglaise, l'accès à des sources de connaissance dans ce domaine est possible sur internet, où il existe des serveurs spécialisés dans la médecine gériatrique.

Une deuxième façon de progresser est de suivre des *formations organisées*, notamment en participant à des actions de formation médicale continue gériatriques.

Enfin, il faut aussi s'informer avec précision sur les ressources disponibles dans son environnement local pour

aider les malades âgés présentant une perte d'indépendance fonctionnelle. La visite des Ehpad, des centres hospitaliers de gériatrie, la rencontre avec des infirmiers coordinateurs de soins à domicile, avec les assistants sociaux du secteur représentent certes un investissement en temps qui peut paraître considérable au premier abord. Ces prises de contact permettent cependant par la suite le développement d'un travail en réseau de qualité supérieure. Enfin, il faut encourager la coopération entre les médecins généralistes libéraux et les centres de gériatrie de recours, pour améliorer la qualité des soins donnés aux personnes âgées et optimiser leur orientation dans le système de soins.

Place des gériatres

Bien que la médecine des personnes âgées soit leur spécialité, les gériatres accompagnent une faible proportion des personnes âgées. En effet, les personnes âgées de plus de 65 ans sont soignées dans tout le système de santé, notamment par les médecins généralistes ou spécialistes libéraux et dans divers services hospitaliers. Les gériatres exercent principalement dans les hôpitaux, les services de gériatrie et les Ehpad. Les personnes soignées dans ces structures sont très âgées et très concernées par des syndromes gériatriques, en particulier par la perte d'indépendance fonctionnelle.

Les gériatres interviennent aussi auprès de personnes âgées non hospitalisées (ambulatoires) dans le cadre de consultations le plus souvent hospitalières (consultations d'évaluation gérologique, consultations mémoire, etc.), qui sont en moyenne moins âgées que celles qui sont hospitalisées en gériatrie ou qui vivent en institution. Ils interviennent souvent en tant que spécialistes, en coordination avec le médecin généraliste. Dans ce cadre, ils peuvent être concernés par la prise en soins des personnes âgées plus ou moins dépendantes mais vulnérables et aussi par la prévention en gérologie. Cet aspect de la médecine des personnes âgées est encore insuffisamment développé par les gériatres, alors que c'est dans ce cadre que les soins gériatriques peuvent être le plus efficaces et apporter une

grande valeur ajoutée par rapport à l'accompagnement habituel.

Un dernier aspect de l'activité des gériatres se situe à l'interface avec d'autres spécialistes dans la prise en soins de malades âgés et complexes. L'intervention d'un gériatre par une approche pluridisciplinaire de la personne âgée est indiscutablement un progrès, notamment lorsqu'il s'agit de lui proposer des thérapeutiques lourdes, agressives et/ou coûteuses. On peut citer comme exemple la discussion d'une chirurgie de remplacement valvulaire, de la mise en œuvre d'un traitement anticancéreux. Dans de telles situations, l'évaluation gérologique multidimensionnelle et l'avis du gériatre apportent des éléments contributifs. Dans d'autres cas, comme ceux des pathologies médicales courantes, des équipes mobiles de gériatrie se sont mises en place pour apporter dans tous les services de l'hôpital des conseils gérologiques quant à la prise en soins et à l'orientation.

Conclusion

La médecine des personnes âgées occupe une part importante et croissante de l'activité des médecins dans l'ensemble du système de santé. Il est important que les médecins concernés acquièrent des connaissances et du savoir-faire pour optimiser les soins donnés à ces personnes. Les gériatres contribuent à la prise en soins des individus âgés les plus vulnérables, en interaction avec les médecins généralistes et d'autres spécialistes.

Bibliographie

- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes : clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91.
- Jeandel C, Bonnel M. Le livre blanc de la gériatrie française. Paris: Segep International; 2004.
- Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Ann Intern Med* 2003;139:421-4.
- Schwab WS. Geriatric syndromes. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:363-4.