

## «Guidelines gériatriques» ou comment rester raisonnable...

Gérard Waeber



Une cause médicamenteuse semble être responsable des quelque 166 000 consultations annuelles aux urgences américaines par des patients âgés de plus de 65 ans. Daniel S. Budnitz et co-auteurs [1] viennent de nous transmettre quelques chiffres qui donnent le vertige. Aux Etats-Unis, environ deux-tiers des consultations aux urgences de patients de plus de 65 ans pour raisons médicamenteuses ont nécessité une hospitalisation. Ainsi, des 99 000 hospitalisations annuelles requises, 65% d'entre elles furent associées à un surdosage médicamenteux, 27% à un effet secondaire du traitement et 5% à une réaction allergique. La moitié des hospitalisations concernait des patients de plus de 80 ans et 40% des patients étaient au «bénéfice» d'une prescription de 5 à 9 agents thérapeutiques. Quatorze pour cent d'entre eux recevaient plus de 10 médicaments à leur admission! Le plus impressionnant est que 4 classes de médicaments semblent être incriminées dans 67% de ces hospitalisations. Il s'agit des anticoagulants oraux, des AINS, de l'insuline et des antidiabétiques oraux.

Au moment où nos systèmes de santé sont économiquement très fragiles et tous les centres d'urgence hospitaliers débordés, nous pouvons certainement tirer des leçons d'une telle étude. Si la place de l'anticoagulation dans le traitement d'une maladie thromboembolique ou de l'insuline en présence d'un diabète est indiscutable, les risques/bénéfices de tels traitements doivent être scrupuleusement évalués. Le respect des scores de type CHADS dans l'évaluation du risque thromboembolique en présence d'une fibrillation auriculaire ou du score HAS-BLED dans l'anticipation du risque de saignement devrait être encouragé. Il n'est d'ailleurs pas certain que la mise sur le marché des nouveaux anticoagulants oraux va modifier profondément le risque hémorragique dans les années à venir.

La survenue d'hypoglycémies sous traitement d'antidiabétiques oraux ou d'insuline concerne approximati-

vement 23 000 patients chaque année aux Etats-Unis [1]. Il y a quelques années, les recommandations internationales avaient fixé des objectifs thérapeutiques pour le diabète avec beaucoup de zèle en visant notamment des hémoglobines glyquées (HbA1c) à 6,5%. La plupart des sociétés savantes de diabétologie recommandent actuellement une cible thérapeutique plus raisonnable en visant une HbA1c aux alentours de 7%, mais les recommandations de pratiques cliniques pour les personnes âgées sont moins claires. Les bénéfices attendus d'un contrôle intensif de la glycémie chez la personne âgée ont été évalués – entre autres – par Elbert S. Huang et co-auteurs [2]. Ainsi, si un diabète est découvert à l'âge de 65 ans sans aucune co-morbidité, un traitement antidiabétique qui viserait un objectif thérapeutique d'une HbA1c à 7 plutôt que 7,9% conduirait à un bénéfice théorique de 82 jours d'espérance de vie supplémentaires. A 75 ans, un patient diabétique traité depuis 10 ans pourrait théoriquement espérer gagner 51 jours de vie supplémentaires en visant un contrôle glycémique strict [2]. Chaque jour de vie est précieux, mais à quel prix? Au vu de ces hospitalisations extrêmement nombreuses, principalement secondaires à la prise d'antidiabétiques oraux, d'insuline, d'anticoagulants et d'AINS, nous devrions faire preuve de plus de réflexion sur ce qui est raisonnable d'entreprendre ou non pour notre population âgée. Ce qui fait en tout cas cruellement défaut, c'est l'existence de bonnes «guidelines gériatriques» permettant d'être raisonnable en excluant le plus possible toute iatrogénie avec nos prescriptions.

### Références

- 1 Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. *N Engl J Med.* 2011;365(21):2002–12.
- 2 Huang ES, Zhang Q, Gandra N, Chin MH, Meltzer DO. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes: a decision analysis. *Ann Intern Med.* 2008;149(1):11–9.