

Médecin durable – soutenable, viable, fiable

Cette année, le congrès d'automne de la SSMIG a été consacré au thème du médecin durable, qui est préparé aux défis avants et digne de confiance. Malgré la beauté de l'environnement et le temps splendide, le programme bien équilibré a attiré les participants dans les amphithéâtres et leur a permis de profiter de l'ambiance du lac ainsi que de la visite obligatoire des stands du congrès, le tout avec des pauses appropriées.

Mise à jour Gériatrie 2018

Dans cet atelier, le **Pr Christophe Büla, Lausanne**, a présenté les données actuelles sur les chutes et les fractures associées, la démence, l'aspirine, l'anticoagulation et les statines dans le monde réel ainsi que des données sur la nutrition et les fractures. Dans la population générale, 20 à 35% des personnes de plus de 65 ans et même jusqu'à 50% des personnes de plus de 80 ans tombent chaque



Pr Ch. Büla

année. Dans les établissements, on peut s'attendre à 1,7 chutes par an et par patient. Une chute, surtout après 80 ans, n'est jamais banale, car dans 1-2% des cas elle conduit à des fractures de la hanche, dans 3-5% à d'autres fractures et dans 30-55% à de petites lésions. Aux Pays-Bas, il y a eu une augmentation de la mortalité liée aux chutes chez les personnes de plus de 80 ans en 2016 par rapport à l'an 2000.

Le meilleur reporting, l'activité accrue chez les personnes âgées, la multimorbidité et l'anticoagulation sont discutées et suspectées comme étant des causes de ce phénomène. La conséquence de ces faits doit toujours être de mettre en place une meilleure prévention.

Quels groupes de personnes sont particulièrement exposés au risque de chute ?

Dans une analyse de cluster dans laquelle les groupes « En bonne santé », « Bonne santé, multimorbidité », « Bonne santé, multimorbidité, médicaments à haut risque en termes de chute », « Déficience physique et cognitive » et « Dépendance » ont été analysés, le risque de tomber dans les groupes 1-5, sur 10 ans, a augmenté progressivement à un facteur 6,85 par rapport au groupe 1.

Le groupe 3, de son côté, avait la plus forte proportion de chutes attribuables à des facteurs de risque associés au groupe, soit 21%. Partant de ce constat, l'orateur conclut que pour les personnes qui peuvent être classées dans le groupe 3, le traitement pharmacologique avec des substances comportant un risque de chute devrait être remis en question. Les recommandations classiques pour la prévention des chutes de la US Preventive Services Task Force (USPSTF) sont en cours de révision. Dans une étude menée par cette organisation (Grossmann, JAMA 2018), l'évidence pour la supplémentation en vitamine D, l'entraînement physique et la prévention multimodale ont été examinées chez des individus de plus de 65 ans sans carence en vitamine D ni ostéoporose. L'entraînement 3 fois par semaine a conduit à une réduction significative du nombre de personnes faisant des chutes et est recommandé comme mesure. Par contre, la prise de vitamine D ne réduit pas le risque de chute et n'est plus recommandée. La prévention multimodale a montré un avantage modeste et est recommandée comme mesure

qui peut être utilisée sélectivement chez les patients dans des situations appropriées. En pratique, les conseils « CABYNET M », portant sur les chaussures, les alarmes, les mesures concernant les bâtiments, l'acuité visuelle, la nutrition, les exercices physiques, les substances/médicaments toxiques et les moyens auxiliaires sont utiles. L'USPSTF (Grossmann, JAMA, 2018) a également examiné les preuves de la recommandation actuelle sur la vitamine D et le calcium en ce qui concerne la prophylaxie des fractures, avec le résultat décevant que ni la vitamine D ni le calcium ni leur combinaison n'ont pu réduire le risque de fracture chez les personnes sans risque de chute, sans déficience en vitamine D et sans ostéoporose. Pour montrer combien l'interprétation des études peut être difficile, le Pr Büla a présenté une méta-analyse sur la prévention des chutes après hospitalisation. Un surcroît de 20% de personnes sont tombées sous thérapie d'entraînement, mais sans augmentation des conséquences des chutes, probablement parce qu'elles sont devenues généralement plus actives grâce à la thérapie. Dans la même étude, une optimisation de l'environnement a conduit à une réduction du nombre de personnes tombées et de chutes de 25 resp. 37%. La thérapie nutritionnelle s'est avérée très efficace pour les personnes dénutries, avec une réduction du risque de 59%.

Les personnes âgées atteintes de démence dans des établissements de soins infirmiers, doivent-elles être opérées après une fracture de la hanche ? Selon une étude observationnelle la réponse penche nettement pour un oui, étant donné que l'opération réduit la mortalité de plus de 40% et atténue également la douleur et le décubitus. Il est également bien documenté que l'opération doit avoir lieu dans les 24 heures suivant l'accident. Toutefois, l'orateur souligne que ces résultats d'étude ne sont pas un argument pour renoncer à une intervention après les 24 heures chez les personnes très fragiles et si cela correspond à la volonté explicite du patient.

Démence

À ce sujet, le conférencier s'est demandé si les exercices physiques, l'entraînement cognitif ou le traitement médicamenteux étaient efficaces. Lamb (BMJ, 2018) a mis en évidence dans une étude randomisée que l'entraînement aérobie à un niveau modéré à élevé ainsi que l'entraînement musculaire ne ralentissent pas le déclin cognitif dans la démence légère à modérée. En revanche, l'entraînement cognitif chez des patients atteints de troubles cognitifs légers (MCI) dans une étude randomisée (Belleville, J Am Geriatr Soc, 2018) a permis d'améliorer la mémoire et l'application des stratégies acquises dans la vie quotidienne, une mesure offerte en Suisse dans diverses cliniques de mémoire dans toutes les grandes villes. Certaines nouvelles substances pharmacologiques prometteuses n'ont pas été présentées en 2018, en particulier dans le domaine des inhibiteurs de la sécrétase β , qui est nécessaire à la production de l'amyloïde β . Les anticholinergiques (antidépresseurs: amitriptyline, paroxétine; incontinence: oxybutynine, tolterodine; gastroentérologie: ranitidine, métoprololamide) sont associés à un risque de démence (NNH = 50).

Aspirine

Cette substance a perdu de son importance dans la prévention primaire chez les personnes âgées puisqu'il a été démontré qu'elle n'a

aucun effet sur l'espérance de vie sans maladie, sur la mortalité totale ou encore les événements cardiovasculaires, mais a un effet sur le risque de saignement ; les saignements abondants sont de 38% plus fréquents sous traitement que dans des contrôles (McNeil, NEJM, 2018).

Anticoagulants et statines

Dans le monde réel, l'utilisation des antagonistes de la vitamine K en pratique clinique a considérablement diminué en faveur des nouveaux anticoagulants oraux directs (ACODs). L'utilité de ce développement a été étudiée dans une revue systématique de 23 ECR chez plus de 93000 personnes (Lopez-Lopez, BMJ, 2017), en particulier les questions du risque d'accident vasculaire cérébral, d'embolie systémique, de mortalité, de saignements sévères et intracrâniens. En ce qui concerne l'accident vasculaire cérébral et l'embolie, l'apixaban 2 fois 5mg/j présentait un risque de 0,79 en comparaison avec la warfarine, le dabigatran 2 fois 150mg/j un risque de 0,65. L'edoxaban 30 mg/j et le rivaroxaban ne présentaient pas de différence significative. Les chiffres de mortalité des trois ACODs étaient de 0,71, 0,8 et 0,46 respectivement. Des saignements abondants se sont produits dans une proportion de 33% plus fréquemment sous le dabigatran que sous l'apixaban. Le risque de saignement intracrânien était plus faible pour tous les ACODs en comparaison avec la warfarine. Les profils d'efficacité, de sécurité et de coûts étaient les meilleurs sous l'apixaban. Dans une étude prospective ouverte menée dans le monde réel chez 67744 patients traités au dabigatran, 37863 au rivaroxaban et 18223 à l'apixaban (Vinogradova, BMJ, 2018), le dabigatran était associé à une réduction du saignement intracrânien, l'apixaban à une diminution du saignement grave et du saignement intracrânien et du saignement gastro-intestinal. Toutefois, le rivaroxaban et l'apixaban étaient étonnamment associés à une mortalité totale augmentée de 19 % et de 27% respectivement. Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire, le rivaroxaban était inférieur à l'apixaban, avec une HR de 1,94 par rapport aux saignements intracrâniens.

Dans une étude prospective ouverte menée dans le monde réel auprès de patients de plus de 75 ans (Ramos, BMJ, 2018), il a été mis en évidence que les statines ne sont efficaces que chez les diabétiques dans la prévention cardiovasculaire, en réduisant le taux d'événements cardiovasculaires de 24% et celui de la mortalité totale de 16%.

Nutrition et fragilité

Selon une méta-analyse de 4 études prospectives sur l'efficacité d'un régime méditerranéen pour réduire l'incidence de la fragilité chez les personnes âgées (Kojima, J Am Geriatr Soc, 2018), cette fragilité est réduite de 48 à 56% si l'adhérence au régime est appropriée. Le nombre de patients centenaires augmente : nous sommes passés en Suisse de 136 personnes en 1980 à 1283 en 2016, mais la question est de savoir si l'espérance de vie va se développer dans un contexte sans handicap. Une étude menée aux Pays-Bas a comparé la cohorte de centenaires nés en 1895 à celle de centenaires nés en 1915 (Rasmussen, J Gerontol A Biol Sci Med Sci Sci Sci, 2018) et a trouvé plus de deux fois plus de femmes non handicapées avec une réduction correspondante du taux de handicap moyen et sévère. En plus d'aider les femmes à aller aux toilettes et à s'habiller, la majorité des centenaires de la cohorte de 1915 sont indépendants dans leurs activités quotidiennes. C'est un argument en faveur de l'espoir d'une vie sans handicap.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Les **Dres Markus Gnädinger**, Steinach, et **Nicolas Perone**, Genève, ont présenté les résultats de l'étude «**Medication incidents in primary care medicine: a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network**» (BMJ Open 2017). L'étude est fondée sur la définition de l'événement critique comme étant un événement qui a causé ou qui aurait pu causer un préjudice inutile à un patient. La définition exclut les effets indésirables des médicaments, l'évolution défavorable de la maladie malgré un traitement et une prévention normale, la perte de temps lors du diagnostic de maladies rares ou tout ce qui aurait pu être fait de mieux sans événements fortuits et explicites par inadvertance. Le but du système est d'apprendre des erreurs et d'adapter les processus dangereux en conséquence. Dans son étude prospective de monitoring, le premier des deux orateurs cités ci-dessus s'est penché sur les types d'événements liés aux médicaments utilisés dans le cabinet du médecin de famille suisse, sur la fréquence et la répartition saisonnière et régionale de ces événements et s'est demandé si l'on pouvait déterminer avec précision les facteurs de risque pour ces derniers. L'étude a impliqué 180 médecins de premier recours et pédiatres participant au système de déclaration Sentinelles suisse et 197 cas ont été évalués. En moyenne, 2,07 événements ont été signalés par année par médecin généraliste, ce qui correspond à 46,5 par 100 000 contacts avec des patients et 0,15 par pédiatre ou 2,8 par 100 000 contacts. La plupart des cas étaient associés à une mauvaise posologie des médicaments administrés, presque deux fois plus souvent sous forme de surdosage (20,9%) que de sous-dosage (10,7%). De faux médicaments ont été administrés dans 28,6% des cas et les médicaments nécessaires n'ont pas été prescrits dans 6,1% des cas. Les facteurs de risque identifiés étaient la vieillesse, les soins dispensés par le personnel infirmier communal, les soins en institution, le nombre de médicaments et une morbidité plus élevée mesurée par l'Indicateur de Morbidité Thurgovien (Thurgauer Morbiditätsindikator, TMI). Les conférenciers ont constaté que les personnes d'un âge avancé et atteintes de multimorbidité courent un risque particulièrement élevé de vivre un événement médical critique et que la cause est souvent liée à des problèmes de communication.

Douleur chronique – « state of the art » 2018

Dans cet atelier, la **Pr Anne-Françoise Allaz** a souligné, sous la devise «d'une vie d'impuissance à un rôle central», que dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique, l'accent devrait être mis sur la certitude que quelque chose peut être fait. L'amélioration de la qualité de vie et de la fonctionnalité devrait avoir la priorité sur les symptômes de la douleur à proprement dit. Le syndrome douloureux somatoforme persistant est toujours classé comme un trouble somatoforme selon la CIM-10 dans le chapitre de psychiatrie. Pour la CIM-11, il est proposé que la définition de la douleur chronique soit fondée sur une durée d'au moins trois mois ou une durée supérieure à la durée prévue de la guérison, et sur une incapacité significative ou une déficience fonctionnelle. Dans la définition, l'aspect de l'intégration du corps et de l'esprit ainsi que la complexité sont de plus en plus pris en compte.



Pr A.-F. Allaz

Douleur centrale, somatisation, alexithymie et catastrophisme

Les progrès des neurosciences concernent la reconnaissance du fait que la douleur a une base somato-affective. Souvent il y a une sensibilisation centrale dans laquelle le seuil de la douleur est abaissé ou l'inhibition centrale de la douleur est perturbée et le lien entre l'intensité de la douleur et la lésion périphérique est perdu. La mémoire de la douleur joue ici un rôle essentiel. L'expression de la souffrance psychique par des symptômes physiques est appelée *somatisation* et la possibilité limitée de reconnaître les symptômes physiques comme expression des émotions est désignée par *alexithymie*. Le terme de *catastrophisme* se réfère à la fixation sur l'expérience de la douleur et de l'impuissance acquise. Une attitude d'évitement se combine avec des craintes pessimistes de perte de contrôle et d'impossibilité de guérison. La douleur est perçue comme une menace et une injustice. Ce n'est plus l'intensité de la douleur qui devient un problème, mais l'adaptation problématique à la douleur.

Les cinq piliers du traitement

Le traitement repose sur 5 piliers : le traitement pharmacologique, la physiothérapie, la psychothérapie, le renforcement des ressources et le soin de la relation thérapeutique avec définition de la position du médecin de famille. S'il existe des signes de sensibilisation centrale et que des médicaments sont jugés nécessaires, des antidépresseurs ou des antiépileptiques sont utilisés sous réserve d'une explication au patient et d'une surveillance médicale intensive. Pour chaque thérapie, un objectif raisonnable doit être défini avec le patient. Dans le cas des opioïdes, il est important de trouver la dose efficace la plus faible tout en évitant les effets secondaires. En physiothérapie, il est important de savoir que «ça marche». Il existe des preuves de l'efficacité des exercices pour améliorer la coordination, la stabilisation, la force et la résistance ainsi que pour le Tai Chi, le Yoga, l'acupuncture ou le TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), mais pas pour la stimulation transcrânienne. Une approche multimodale est recommandée dans le but d'une rééducation fonctionnelle bien plus que de la dispa-

rition complète de la douleur. La psychothérapie est particulièrement utile pour les patients présentant des signes de dépression ou de deuil. On peut affirmer l'existence de preuves sur les bénéfices concernant la *thérapie cognitivo-comportementale* ainsi que *l'hypnose* et *l'entraînement de l'attention*, cette dernière en particulier dans la fibromyalgie. Le *renforcement des ressources* du patient est l'un des moyens les plus importants du médecin généraliste pour aider celui-ci. Cela exige de l'imagination et une approche individuelle. L'objectif est de libérer le patient de sa focalisation exclusive sur la douleur, de soutenir tout ce qui augmente son auto-efficacité et l'aide à fonctionner malgré la douleur. L'auto-hypnose s'est avérée efficace comme moyen d'améliorer la qualité de vie au-delà de l'analgésie pure. Les différentes mesures doivent être introduites sous la forme d'une réglementation claire, assortie d'un calendrier précis, et non sous la forme de conseils vagues. La relation thérapeutique est essentielle pour la perspective de succès. Au sein de l'alliance thérapeutique, le thérapeute prend les plaintes au sérieux, légitime la douleur du patient et planifie des consultations régulières quels que soient les symptômes. Il reste empathique malgré toutes les difficultés possibles et montre au patient qu'il n'est pas seul. Des modèles de coopération, par exemple avec des psychiatres de liaison, peuvent être utiles.

En résumé, le premier objectif des soins médicaux est d'identifier le syndrome de la douleur chronique comme phénomène neuropsychologique, psychosocial et relationnel. Deuxièmement, il convient d'identifier les facteurs accompagnants tels que la dépression, l'anxiété, la somatisation et le catastrophisme. Les 5 piliers doivent être utilisés tout au long du traitement. La priorité est de prendre les douleurs au sérieux et d'en saisir la complexité, d'élaborer les symptômes avec le patient et de l'accompagner à long terme. Dans un engagement interpersonnel, il faut essayer de réduire les conséquences et les risques sociaux et iatrogènes de la douleur chronique.

▼ Dr Hans Kaspar Schulthess

Source: Congrès d'automne SSMIG, Montreux, 20.-21.09.2018