



Discrimination Population gériatrique très peu représentée dans les essais cliniques, dépistages organisés et mesures de prévention stoppés net à partir d'un certain âge, ou encore valorisation masquée du temps médical accordé aux plus âgés... Même s'il n'est sans doute pas le plus discriminant, le champ sanitaire n'échappe pas à l'âgisme « ordinaire ».

Entre prise en charge a minima et surenchère protectrice, comment soigner au plus juste les plus âgés ? Si l'épidémie de Covid-19 a remis le sujet sur le devant de la scène de façon aiguë – voire conflictuelle –, la question se pose bien au-delà.

L'âgisme, un mal insidieux en médecine ?

Il y a vingt-cinq ans, le secrétaire d'État chargé des personnes âgées inaugurerait en France le concept d'âgisme pour dénoncer les a priori dont peuvent être victimes les personnes âgées et leurs conséquences délétères. Depuis, la communauté scientifique a alerté à plusieurs reprises sur l'existence de ce phénomène en médecine. La question a violemment refait surface alors que la pandémie de Covid-19 butait sur deux données. Un SARS-CoV-2 plus meurtrier pour les plus âgés : 93 % des 42 207 décès rapportés en France entre le 1^{er} mars et le 10 novembre concernent des plus de 65 ans. Et un système de soins confronté à la limite des ressources en lits d'hospitalisation/réanimation et à l'éventualité d'un « tri » à opérer entre malades.

« Le contexte épidémique a fait le lit de tensions inter-générationnelles », observait l'Académie de médecine, dans un communiqué publié en avril, pour rappeler que « les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène », et recommander de ne pas se fonder sur le seul âge civil des patients. « Si un rationnement des moyens thérapeutiques s'impose, le choix doit se baser sur des critères physiologiques, cliniques et fonctionnels », insistaient les académiciens, mettant en garde contre « l'âgisme suscité par le Covid ».

Indignée par la suggestion estivale de maintenir ehpad fermés et retraités enfermés, sous prétexte de vulnérabilité, pour laisser la vie des autres reprendre son cours, la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) a embrayé en septembre en lançant une campagne contre l'âgisme, reprise depuis par 44 autres organisations de 30 pays, sous le slogan #Old lives matter.

Des demandes ambivalentes

L'actualité aiguë, observe le sociologue Michel Billé, a brutalement révélé « la demande ambivalente que nous adressons à la médecine : prenez soin des vieux, mais donnez-nous un alibi médico-scientifique qui nous permettrait de les écarter au motif de l'âge, de leur consacrer moins d'argent et de soins, pour faire de la place aux plus jeunes ».

L'âgisme, « qui se définit comme toute discrimination au motif de l'âge, même lorsqu'elle se prétend positive », rappelle le sociologue, n'a pas attendu le Covid-19 pour exister. « C'est la discrimination la plus banale, la plus universelle – et la seule à ne pas être punie par la loi. La plupart des gens n'ont pas conscience des stéréotypes qu'ils entretiennent inconsciemment », souligne le Pr Olivier

Guérin, gériatre et président de la SFGG. « Nous sommes tous, plus ou moins, individuellement et collectivement, pris dans l'ambiguïté de cette question de savoir si la vie des plus jeunes a plus de valeur que celle des vieux, confirme Michel Billé. Nous avons tous tendance à regarder la vieillesse comme une période de la vie qui nous rapproche de la mort, plutôt que comme celle qui nous en sépare. La vieillesse devient alors détestable et l'âgisme prend toute sa place. »

Un mal insidieux, qui s'est répandu dans la société à partir du moment où l'espérance de vie a augmenté, estime Michel Billé. « Alors que l'on a enfin eu la chance de moins mourir

jeune, on a commencé à nous dire qu'il ne faudrait pas vieillir, avec l'émergence de l'idéologie du bien-vieillir ».

Le message en creux ? « Tu as le droit de vieillir, à condition de rester jeune. » Une conception

culturelle qui imprègne jusqu'aux personnes âgées elles-mêmes, quand elles consultent « souvent plus tard, parfois, comme on l'a vu pendant le Covid, par peur d'embêter le médecin », confie le gériatre.

Une pente dangereuse, alors que la population mondiale des plus de 60 ans atteindra les 2 milliards

« L'âgisme fait aujourd'hui plus de dégâts que le racisme ou le sexisme »

L'OMS

en 2050. «Les personnes âgées ayant une attitude négative vis-à-vis de leur propre vieillissement vivent en moyenne 7,5 années de moins», cite l'OMS, qui s'en alarme: «l'âgisme fait aujourd'hui plus de dégâts que le racisme ou le sexisme».

Très peu de sujets âgés dans les essais cliniques

La médecine n'y échappe pas, parfois armée des meilleures justifications. Exemple: la recherche clinique. Mener un essai en population gériatrique, plus souvent polypathologique, étant plus compliqué, elle s'en trouve généralement exclue. L'Institut national du cancer (INCa) relevait en 2014 que seul 1 à 2 % des 75-85 ans étaient inclus dans des essais cliniques en cancérologie, soulignant la nécessité d'y remédier pour améliorer leur prise en charge. Toutes pathologies confondues, alors que les plus âgés consomment environ un tiers des médicaments prescrits dans les pays industrialisés, efficacité, dosages et effets indésirables restent majoritairement évalués sur des adultes jeunes. Dans une lettre publiée fin septembre dans le *Jama*, des chercheurs se sont encore élevés contre ce phénomène. Analysant 847 études en cours pour un vaccin ou un traitement anti-Covid-19, ils ont observé que plus de la moitié avaient exclu les 65-85 ans, population pourtant la plus touchée par le virus. 23 % ont explicitement posé une limite d'âge (parfois 55 ans), 39 % ont prévu des critères d'exclusion (HTA ou diabète) écartant indirectement les personnes âgées.

Les dépistages organisés s'arrêtant net à un âge couperet, parce que leur utilité n'est statistiquement pas démontrée au-delà, contribuent aussi indirectement à l'âgisme. Pour le cancer du sein par exemple, les sénologues du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ont fait campagne en 2019 pour mettre en garde contre ce qu'induit la barrière d'âge fixée à 74 ans, pointant «une grande méconnaissance des cancers du sein chez la femme âgée», y compris du corps médical. Les invitations à se faire dépister s'arrêtant sans autre forme d'information contribuent à ancrer l'idée que surveiller les seins >>>

« Surprotéger les personnes âgées est une bombe à retardement »

Psychologue engagée dans la problématique de la fin de vie et le développement des soins palliatifs, inspiratrice de la loi Leonetti, Marie De Hennezel revient sur les dégâts provoqués par les mesures drastiques mises en place au début du confinement pour protéger les plus âgés du Covid-19. Elle alerte sur les écueils de la surprotection.

Vous avez publié, en octobre, *L'Adieu interdit, qui dénonce la mise à mal des droits des personnes en fin de vie engendrée par la gestion de l'épidémie de Covid-19 chez les personnes âgées. Qu'est-ce qui vous a poussée à écrire ce livre ?**

Marie De Hennezel: Pendant le premier confinement, je participais à des plateformes de soutien à des Ehpad et des aidants. J'y ai pris conscience de l'horreur que vivaient à la fois les soignants, les familles et les aidants une fois la décision prise d'interdire toute visite, mais aussi d'accompagner les mourants – qui sont décédés seuls ou avec un soignant débordé par ses tâches – ainsi que tous les rites (toilettes, levées de corps, etc.)



qui entourent la mort depuis la nuit des temps. La culture palliative a terriblement reculé. Et le grand scandale de ce confinement, dont les règles ont été partiellement assouplies depuis, est de ne pas avoir mesuré l'importance de l'accompagnement et des rites.

Qu'est-ce que cela dit de notre société ?

M. De H.: Cela parle d'une société dans laquelle la mort est taboue. Où les décisions sont prises par des politiques et des médecins ayant eux-mêmes un rapport difficile à la mort, qui les laisse démunis parce qu'ils ont été formés à guérir. On peut être à côté de la plaque soit en faisant de l'acharnement thérapeutique, soit en poussant à une hyper-protection de la vie biologique. Une personne ne se réduit pas à son corps ! La vie est aussi affective, sociale, spirituelle, démocratique: indivisible. Mais tout à coup, saisis par la peur, on a été pris d'une sorte de folie hygiéniste autour de ce fantasme d'éradiquer la mort, de ne prendre aucun risque – comme si la mort n'était pas un risque de la vie –, de surprotéger les personnes âgées, en ne les laissant pas libres de ce qu'elles considèrent bon pour elles.

Quels en sont les dégâts ?

M. De H.: Les dommages collatéraux sont énormes. Quelqu'un à qui l'on empêche de dire au revoir à un mourant le paie très cher et longtemps, en culpabilité, en dépression. On a aussi fait beaucoup de mal à toutes les personnes âgées qui vivent chez elles et se donnaient du mal pour conserver un vieillissement robuste. Les inciter à se protéger, c'est bien. Mais la peur a un effet catastrophique. Elles disent aussi à quel point elles sont perdues devant les contradictions d'une surprotection qui vient balayer tous les programmes mis en place depuis des années pour limiter la perte d'autonomie. Surprotéger les personnes âgées est une bombe à retardement. Quand à 75 ans on ne sort plus marcher depuis trois mois, la perte en tonus musculaire est irrécupérable. Dans un an, je suis sûre que le nombre de personnes dépendantes aura augmenté. ■

Propos recueillis par CP

**L'Adieu interdit*, éditions Plon, 160 pages, 16 euros



» n'a aucune importance à partir de 75 ans, alors que le risque ne disparaît pas du jour au lendemain. Près d'un quart des nouveaux cas diagnostiqués chaque année et 48 % des décès liés au cancer du sein concernent des femmes de plus de 75 ans. Et contrairement à une idée répandue, une tumeur chez une femme âgée n'est pas forcément de meilleur pronostic, la mortalité spécifique par cancer du sein augmentant avec l'âge.

Quid également du signal envoyé aux patients âgés, lorsqu'après avoir scruté leur cholestérol pendant des années, on leur fait comprendre que le jeu n'en vaut plus la chandelle compte tenu de leur âge? Le message sous-jacent «*est insupportable, (le patient) peut se sentir abandonné, et éthiquement cela pose un problème*» convient le Dr Charles-Henri Guez, généraliste à Lyon et vice-président du Collège de la médecine générale.

Soigner plutôt que guérir

Le dogme du curatif, qui prévaut encore beaucoup en France, peut aussi entretenir à sa manière un certain attentisme vis-à-vis des plus âgés, faute de pouvoir espérer les guérir. Pourtant, «*le soin d'une personne âgée doit être médico-psycho-social, conformément à la définition de l'OMS de ce qu'est la santé, et le fonctionnel est aussi important que le curatif*», insiste le Pr Guérin. La cancérologie a fait des progrès de ce point de vue, estime le gériatre, en recommandant une évaluation gériatrique approfondie (EGA), qui explore toutes les fragilités éventuelles autour de 70 ans, pour choisir le traitement le plus adapté non pas à l'âge, mais à l'état physiologique, psychologique et social.

Mais pour «*soigner plutôt que guérir*», comme y invite également Michel Billé, encore faut-il que les conditions aident patients et médecins à sortir du réflexe «*un symptôme, un remède, un résultat*».

Les contraintes économiques imposées au système de soins encouragent une segmentation vers le modèle «*un technicien pour chaque symptôme ou problème*», regrette le Dr Charles-Henri Guez, ce qui ne peut que pérenniser l'approche curative et favoriser l'âgisme.

«*À l'hôpital, on ne pourra pas en*

INSUFFISANCE CARDIAQUE : DES SYMPTÔMES BANALS MIS SUR LE COMPTE DE L'ÂGE



Peu spécifiques, fatigue et essoufflement sont souvent des symptômes minimisés, y compris par les malades eux-mêmes.

(œdèmes, etc.) » Au moindre doute, un ECG et le dosage des biomarqueurs (BNP, pro-BNP) doivent être réalisés, suivis le cas échéant d'une échographie cardiaque.

Conséquences thérapeutiques L'âgisme peut également avoir des conséquences thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque avec, d'une part, certains médicaments considérés comme moins utiles passé un certain âge, et d'autre part, des a priori négatifs sur la tolérance médicamenteuse, avec parfois un sous-dosage injustifié constaté chez les plus âgés. «*S'il est exact que l'âge peut être impliqué dans l'apparition d'effets secondaires, avec une potentielle iatrogénie médicamenteuse, reconnaît Damien Logeart, dont une hypotension orthostatique, une hyperkaliémie ou une insuffisance rénale nécessitant une surveillance rapprochée, il faut rappeler que le bénéfice des thérapeutiques n'est pas uniquement de réduire la mortalité mais de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie, un point important y compris à un âge avancé. Les objectifs thérapeutiques à 85 et à 50 ans ne sont pas forcément identiques et il faut peut-être davantage se concentrer sur la qualité de vie et le confort à des âges avancés.*» Particulièrement dans l'insuffisance cardiaque, la prise en charge, transversale et holistique, doit être coordonnée entre généraliste, cardiologue et gériatre, chez des patients souvent polymédiqués; au moins quatre médicaments étant prescrits dans l'IC, auxquels s'ajoute le traitement de comorbidités éventuelles.

Hélène Joubert

sortir tant qu'on ne lèvera pas le verrou de la tarification à l'acte», milite le président de la SFGG. En ville, «*alors que la médecine générale a toute sa place dans le suivi des personnes âgées*», poursuit le Dr Guez, les praticiens n'y sont guère incités, quand les discours encouragent «*à s'entourer d'assistants médicaux pour faire six patients à l'heure*» et invitent les seniors à aller se faire vacciner sans passer par la case médecin pour coûter moins cher. «*La seule chose qui*

change avec l'âge, c'est un rapport au temps différent. La consultation doit s'adapter à leur rythme. Il faut arriver à faire le recueil de toutes les demandes, isoler la principale qui n'est souvent pas la première. Je passe mon temps à expliquer à nos internes, qui peuvent avoir l'impression que recevoir un patient âgé c'est ouvrir la boîte de Pandore, qu'il faut lui accorder du temps. Seulement, ce temps – qui est aussi de l'argent –, on ne nous l'accorde pas», déplore le médecin. »



»» Alors que la consultation des moins de 6 ans est ouvertement majorée à 30 euros, « *le temps long de consultation des personnes âgées est remboursé sous la forme masquée d'un forfait trimestriel* ».

Des pertes de chance immédiates

Autant d'éléments qui peuvent contribuer à mots couverts à un moindre recours aux interventions de prévention, de dépistage et de diagnostic, avec, à la clé, un élargissement du fossé thérapeutique par rapport aux sujets plus jeunes.

Consciente du problème, l'Association française d'urologie (AFU) en avait fait le thème de son rapport annuel 2019. La société savante pointait du doigt l'impact de l'âge sur la prise en charge des cancers urologiques chez les seniors où le sous-traitement se double d'un sous-diagnostic. Pour le cancer de la prostate par exemple, le diagnostic est porté de manière plus tardive, avec plus de formes agressives (33 % au-delà de 80 ans contre 5,8 % en deçà de 55 ans) et de formes avancées. Avec, à la clé, une survie spécifique qui peine à décoller chez les plus âgés. Même constat du

PAS DE DOULEUR « NORMALE » CHEZ LE SENIOR

Aiguë ou chronique, la douleur chez le senior est souvent sous-estimée. À décharge, la douleur aiguë paraît moins prévalente dans cette population pour des raisons physiopathologiques, avec en particulier une modification des fibres nerveuses conduisant la douleur et une altération de l'intégration cérébrale du message douloureux avec l'âge. Le stoïcisme de la personne âgée qui estime normal de souffrir complexifie aussi la prise en charge de la douleur aiguë. Enfin, l'expression de la souffrance peut être trompeuse avec parfois l'apparition rapide de troubles cognitifs (agitation, repli, prostration). A contrario, la douleur chronique est plutôt exacerbée du fait de l'épuisement des faisceaux inhibiteurs descendants et d'une plus grande prévalence des troubles musculosquelettiques, neuropathiques ou liés au cancer. « *Quelle qu'elle soit, la douleur avec l'âge n'est pas "normale" et l'expliquer au patient, c'est déjà le soigner* », insiste le Dr Marie-Louise Navez (consultation douleur, Saint-Étienne). Une initiation des antalgiques à faibles doses, un suivi pas à pas et une réévaluation permanente sont les précautions en matière d'antalgie chez les seniors, liste la spécialiste. « *En tant que soignants, nous devons être plus attentifs à la demande d'antalgie de la part des seniors, les questionner sur ce qu'ils attendent du traitement et les impliquer dans sa gestion. Chez le senior, le « prêt à traiter » en matière d'antalgie n'existe pas.* »

H. J.

côté de l'INCa, qui soulignait tout récemment les disparités liées à l'âge en matière d'amélioration de la survie à 5 ans, notamment pour les cancers de mauvais pronostic, indépendamment des autres facteurs de comorbidités.

Au-delà de l'oncologie, toutes les disciplines peuvent être concernées, même si le phénomène est moins

bien documenté.

« *Même si le champ sanitaire n'est sans doute pas le plus discriminant, la tendance à considérer que les vieux ne sont pas de beaux malades existe et l'âge y est d'autant plus terrible qu'il se traduit en perte de chances immédiates* », conclut Pr Guérin. ■

Claudine Proust

INFECTIOLOGIE : TROP DE PRESCRIPTIONS « PAR PRÉCAUTION » ?



Les résidents d'Ehpad sont les plus grands consommateurs d'antibiotiques et les plus touchés par l'antibiorésistance.

restent respectivement supérieures de plus de 5 et 10 points en Ehpad par rapport au domicile). Un constat témoin d'une surutilisation des antibiotiques dans ces établissements, prescrits trop systématiquement « *par précaution* », estime le Pr Gaëtan Gavazzi, infectiologue et professeur de gériatrie (Grenoble), faute de ressources matérielles et humaines suffisantes. Si, à l'hôpital, il

Le constat est sans appel : si globalement les consommations d'antibiotiques reculent en ville (lire p. 21), les résidents d'Ehpad restent à la fois les plus grands consommateurs d'antibiotiques (avec 37 doses pour 1000 journées d'hébergement en 2019, contre 23 en population générale) et les plus touchés par l'antibiorésistance (en 2019, les résistances aux C3G et aux fluoroquinolones

semble possible d'éviter une antibiothérapie grâce à la surveillance continue des patients, « *les Ehpad, eux, ne disposent pas des moyens nécessaires pour effectuer l'évaluation, le diagnostic et la réévaluation qui permettraient de réduire les prescriptions* ».

La vaccination perfectible Pour les mêmes raisons, les mesures de prévention des maladies infectieuses peinent à s'imposer dans ces établissements, « *où il est difficile, même en dehors de toute phase épidémique, de mettre en place des mesures barrières efficaces* ». Par ailleurs, la vaccination en Ehpad, et plus globalement en population gériatrique, est perfectible, même si les sujets âgés « *présentent plutôt une meilleure couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique que les autres populations à risque* », nuance le Pr Gavazzi. Pour les plus de 65 ans, les recommandations concernent huit valences (tétanos, diphtérie, poliomyélite, grippe saisonnière, zona, infections invasives à pneumocoque, coqueluche et hépatite A) et s'adressent, selon les cas, à toute la population des seniors ou à certaines situations particulières. Les couvertures vaccinales restent insuffisantes, fluctuant selon les données disponibles de 52 % pour la grippe à moins de 10 % pour le zona.

Irène Lacamp