

Gériatrie

Besoin de réforme: Il faut plus de gériatrie!

Andreas E. Stuck^a, Adrian O. Goeldlin^b, Thomas Münzer^c

^a Gériatrie, Université de Berne; ^b Institut universitaire de médecine générale de Berne; ^c Service de gériatrie Saint-Gall



Andreas E. Stuck

Celui qui commence aujourd'hui des études de médecine travaillera, au moment de son départ en retraite, dans une Suisse dans laquelle il y aura bien plus de personnes âgées qu'aujourd'hui. En 2060, environ 1,1 million de personnes de plus de 80 ans vivront en Suisse. En comparaison, il y en a 400 000 aujourd'hui.

Un programme européen de gériatrie

Que vous soyez médecin de famille, ophtalmologue, orthopédiste ou neurologue: vous aurez tous besoins de bonnes connaissances en gériatrie. Plusieurs études attestent pourtant que de nombreux étudiants en médecine sont aujourd'hui insuffisamment formés en gériatrie. Le groupe d'intérêt de gériatrie européenne l'a reconnu et a publié en 2014 un programme pour l'apprentissage en gériatrie validé dans un processus DELPHI [1]. Une traduction allemande est déjà disponible [2], une traduction française est en cours. Le nouveau programme exige une formation fondée et un training intensif en gériatrie comme objectif minimal pour tous les futurs étudiants en médecine des universités européennes. Il couvre dix domaines, qui sont regroupés sous forme de liste dans le tableau 1. A la faculté de médecine de l'Université de Berne, nous travaillons au développement du programme et montrons ici avec exemplarité, en se basant sur quelques objectifs d'apprentissage tirés du catalogue des objectifs d'apprentissage, comment nous nous efforçons d'atteindre ces objectifs à Berne.



La masse musculaire du sportif senior

Objectif d'apprentissage n° 2: «Les étudiants diplômés devront connaître les modifications physiologiques, physiopathologiques, structurelles et fonctionnelles du vieillissement et comprendre leurs liens avec les maladies.» Cet objectif d'apprentissage, nous le mettons en place dès la première année d'étude à Berne dans le cadre de l'Apprentissage par problèmes (APP). La description de cas commence comme suit: «Vreni (72 ans) et Franz (74 ans) Berner sont des coureurs enjoués depuis de nombreuses années. Depuis que Franz est en retraite, il s'entraîne régulièrement sur son circuit habituel, le long de l'Aar. Franz se sent physiquement en pleine forme et ne prend aucun médicament...» L'exercice des étudiants est le suivant: par petits groupes, les étudiants résolvent le cas et apprennent ainsi comment la masse musculaire évolue avec l'âge, quels processus subcellulaires et cellulaires y participent, comment se manifestent les modifications hormonales sur les muscles, ce qu'on comprend aujourd'hui par sarcopénie, etc. En résumé, les étudiants ne voient pas la vieillesse comme un processus de dégradation non spécifique, mais comprennent les mécanismes et les limites entre la bonne santé et la maladie.

Tableau 1: Contenu de la formation étudiante (simplifié, selon [2]).

1. Respect
2. Respecter les patients indépendamment de l'âge
3. Tableaux cliniques fréquents chez les personnes âgées
4. Evaluation gériatrique multidimensionnelle
5. Pharmacothérapie chez les personnes âgées
6. Fonction et réadaptation chez les personnes âgées
7. Démarche interprofessionnelle
8. Considérations éthiques et médico-légales
9. Connaissance de différentes formes de prise en charge
10. Connaissance de la couverture médicale et sociale régionale

Une évaluation gériatrique en 20 minutes

Objectif d'apprentissage n° 4.2: «Les étudiants diplômés devront être capables de mener une évaluation gériatrique chez les personnes âgées.» A Berne, tous les étudiants de troisième année sont initiés à l'anamnèse et au statut. En plus des cours tels que l'auscultation cardiaque, le statut neurologique et le statut articulaire, il existe un cours de gériatrie, dispensé sur quatre après-midi, pour l'évaluation de l'autonomie, de la cognition, du système sensoriel, des émotions, de la mobilité, de l'état nutritionnel et de la prise de médicaments chez les personnes âgées. A cette fin, on a recours à des instruments standardisés, dont l'utilisation est pratiquée en petits groupes sur de vrais patients, sous la surveillance de tuteurs expérimentés, la plupart du temps des médecins de famille qualifiés. Nous avons pu démontrer que cette offre d'apprentissage a également une influence positive sur l'attitude des étudiants vis-à-vis des personnes âgées [3]. Il existe dans un examen OSCE («Objective Standardized Clinical Examination» pour «Examen Clinique Objectif Standardisé») un poste de gériatrie pour lequel les étudiants doivent réaliser un examen partiel d'un patient-acteur. En quatrième année, nous proposons une répétition avec une évaluation complète réalisée en 20 minutes (simulation avec des acteurs), ensuite nous offrons des possibilités de s'entraîner dans le cadre de stages de médecine de famille ou de stages hospitaliers. En ce qui concerne les services d'urgence, une courte évaluation gériatrique est en outre disponible, réalisable en moins de 5 minutes [4].

Comment optimiser une polypharmacie?

Objectif d'apprentissage n° 5.4: «Reconnaissance et traitement de la sous- ou sur-médication (incluant l'utilisation démesurée de médicaments) et de la polypharmacie chez les personnes âgées.» Les recherches récentes montrent qu'il convient de bien différencier «appropriate polypharmacy» de «problematic polypharmacy» [5]. Pour cela, on peut recourir à des aides telles que les checklists (par ex. START, STOPP) [5]. S'il apparaît qu'après examen minutieux de tous les médicaments et diagnostics, 10 médicaments sont pertinents, il peut exceptionnellement s'agir d'une «appropriate polypharmacy». A l'Université de Berne, nous avons à cet effet mis en place des cours en ligne avec des cas virtuels et des podcasts de cours, suivis d'exercices sous forme de stages. La figure 1 montre quels procédés nous montrons ici aux étudiants.

Comment recommander la prise de 10 médicaments?

Objectif d'apprentissage n° 5.5: «Inclusion des souhaits et des valeurs des patients dans les décisions concernant un traitement médicamenteux.» Si l'analyse a abouti à la prescription de 10 médicaments à un patient sortant de l'hôpital, la question suivante se pose: «Comment est-ce que je l'explique à mon patient, et est-il d'accord?» C'est précisément ce à quoi nous nous exerçons à Berne avec un nouvel exercice de mise en situation en quatrième année, avant le début des stages cliniques. L'étudiant doit expliquer à un patient une liste de 10 médicaments en 10 minutes. La patient-acteur est sceptique: «Ai-je vraiment besoin de tous ces médicaments?»; «Et qu'advient-il des médicaments que mon médecin de famille m'a prescrits?»; «Depuis 3 jours, j'ai des douleurs abdominales soudaines, est-ce que ça peut venir des médicaments?». Dans cet exercice, les étudiants sont préparés à l'importance et à l'exigence de la jonction hôpital-médecine ambulante. Dans un second exercice, ils apprennent à également communiquer systématiquement des recommandations non médicamenteuses lors de la sortie de l'hôpital. Ils reçoivent alors des feedbacks de la part des patients-acteurs amateurs formés à cet effet, des médecins de famille et des gériatres.

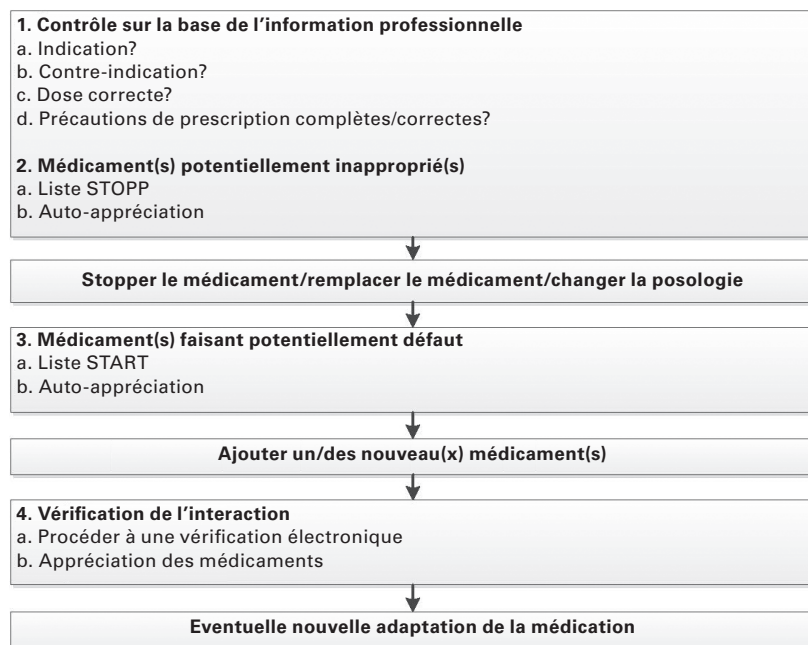


Figure 1: Contrôle d'une polypharmacie chez les personnes âgées.

La patiente non coopérante atteinte de démence

Objectif d'apprentissage n° 5.5: «La prise de décision chez les patients aux capacités cognitives limitées, incluant la volonté présumée et les directives anti-

cipées des patients.» Nous connaissons la situation dans laquelle un patient refuse un traitement que nous considérons comme sensé. Le déroulement est clair lorsque le patient a pris cette décision dans le cadre d'un consentement éclairé. Mais que faire quand nous ne sommes pas sûrs que le patient nous ait compris ou qu'il soit capable de discernement? En cinquième année, une fois que les étudiants ont eux-mêmes acquis une expérience au cours de leurs stages, nous discutons de la manière d'agir dans de telles situations, par ex. dans le cas d'une femme très âgée atteinte de démence et refusant une intervention urgente qui lui est proposée. Dans cette situation, les étudiants engagent une discussion de cas en petits groupes et cherchent eux-mêmes à solutionner le problème. Dans un tel cas, ils se heurtent à des défis d'ordre juridique, médical et éthique.

Résumé

Ces exemples soulignent à quel point la prise en charge médicale des personnes âgées est délicate. De la même manière que des procédés particuliers sont nécessaires en pédiatrie, la gériatrie nécessite elle aussi une approche particulière. A l'avenir, nous aurons besoin de jeunes médecins de disciplines différentes capables de recommander sans idée reçue une valve cardiaque artificielle à une femme de 85 ans si cela s'avère judi-

cieux, mais également capables de reconnaître à quel moment cela ne se justifie plus et d'induire alors une approche palliative et de la soutenir. A ce propos, voici la citation originale d'un étudiant concernant un exercice de cas: «Je trouve cet exercice bon. Il m'a permis d'acquérir des outils qui s'avéreront sûrement utiles dans de nombreuses situations.»

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Masud T, Blundell A, Gordon AL, Mulpeter K, Roller R, Singler K, et al. European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique. *Age Ageing*. 2014;0. doi: 10.1093/ageing/afu019 (open access article).
- 2 Singler K, Stuck AE, Masud T, Goeldlin A, Roller RE. Lernzielkatalog für die studentische Lehre im Fachbereich «Geriatric» an Fakultäten für Humanmedizin. *Z Gerontol Geriat*. 2014. doi: 10.1007/s00391-014-0809-4.
- 3 Goeldlin AO, Siegenthaler A, Moser A, Stoeckli YD, Stuck AE, Schoenenberger AW. Effects of geriatric clinical skills training on the attitudes of medical students. *BMC Medical Education*. 2014;14:233.
- 4 Schoenenberger AW, Bieri C, Ozgüler O, Moser A, Haberkern M, Zimmermann H, et al. A novel multidimensional geriatric screening tool in the ED: evaluation of feasibility and clinical relevance. *Am J Emerg Med*. 2014;32:623-8. doi: 10.1016/j.ajem.2014.03.024.
- 5 Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. The King's Fund, London 2013 (www.kingsfund.org.uk/publications).

Correspondance:
Prof. Andreas E. Stuck
Geriatric University of Bern
Inselspital, Postfach 20
CH-3010 Bern
[Andreas.Stuck\[at\]insel.ch](mailto:Andreas.Stuck[at]insel.ch)