

Médecine palliative et gériatrie : une collaboration incontournable

Dans la première année du cursus prégradué de médecine à l'Université de Lausanne, il y a une leçon plénière intitulée «Parler de la mort». Lors de cette leçon, dont le titre déjà effraie pas mal des 500 et quelques étudiants qui y participent, je leur pose la question : Combien de vous aspirent à devenir gériatres après la fin de vos études ? Personne ne bouge. Deuxième question : Et pédiatres ? Une quinzaine d'étudiants lèvent leurs mains. Mon commentaire : Eh bien, mes chers, hormis cette quinzaine de futurs pédiatres, vous deviendrez tous des gériatres, que vous le vouliez ou non.

C'est une phrase qui choque régulièrement les jeunes étudiants, car elle ne correspond pas du tout à l'image qu'ils ont de leur futur travail de médecins. Et pourtant, elle est bien fondée : le vieillissement de la population avance sans arrêt, ce qui a des conséquences très importantes aussi pour la pratique clinique de la médecine palliative. Dans une étude récente dans le Canton de Vaud, l'âge médian au moment du décès était de 85 ans (1). Dès lors, déjà aujourd'hui, la moitié des décès vaudois concerne ceux qu'on appelle les «older old» - des patients en majorité polymorbides, fragiles et avec des troubles cognitifs voire une démence. La médecine palliative, elle aussi, comme le reste de la médecine, est en train de se «gériatriser», bon gré mal gré.

Historiquement, les soins palliatifs ont eu leur origine en tant que thérapie de la douleur auprès de patients atteints de cancer en phase terminale. Plus de 50 ans après la naissance des soins palliatifs modernes (Dame Cicely Saunders fonda le St. Christopher's Hospice à Londres en 1967), le concept de la médecine palliative a radicalement évolué : suivant la définition de l'OMS les soins palliatifs concernent tous les patients «face à une maladie potentiellement mortelle», ils doivent être prodigués de façon «précoce» et ils touchent à tous les problèmes «physiques, psychosociaux et spirituels» (2). Mais la pratique clinique de la discipline est trop souvent restée ancrée aux origines historiques. Dans les institutions de soins palliatifs, la grande majorité de patients est atteinte de cancer, bien que les décès oncologiques ne constituent que 26% de décès en Suisse, selon les dernières statistiques.

Une des raisons de ce décalage entre réalité épidémiologique et pratique clinique est sans doute l'ancrage oncologique de beaucoup d'unités de soins palliatifs, même dans des hôpitaux universitaires comme à Berne ou à l'Université de Zurich où vient juste d'être mis au concours un poste de professeur assistant en médecine palliative dans le service de radio-oncologie. Par contre, le pionnier reconnu des soins palliatifs en Suisse n'était pas un oncologue, mais le gériatre genevois Charles-Henri Rapin, qui fonda le centre de soins palliatifs à Bellerive dans les années 80.

La relation entre gériatrie et soins palliatifs en Suisse date donc dès le début de l'histoire de ces derniers. Et l'évolution des deux disciplines montre beaucoup de parallèles, tout d'abord les résistances des disciplines médicales déjà établies avec l'argumentaire «on n'a pas besoin de vous, on sait faire», qu'on connaît depuis l'aube de l'histoire de la médecine à chaque fois qu'une nouvelle discipline cherchait à trouver ses marques vis-à-vis des anciennes. Pas plus tard qu'au début du siècle dernier, le professeur ordinaire de la nouvelle discipline nommée «pédiatrie» n'avait pas le droit de manger dans la même salle que les autres professeurs au grand Hôpital de la Charité à Berlin.

Un autre parallèle important entre la gériatrie et la médecine palliative réside dans l'existence d'une grande composante «générale» et d'une plus petite composante «spécialisée» dans les deux disciplines. Bien évidemment, des médecins généralistes bien formés doivent être en mesure de traiter la grande majorité de leurs patients âgés et très âgés, et de les accompagner jusqu'au décès, sans jamais avoir besoin d'un gériatre ou d'un palliativiste. A cette fin, depuis quelques années déjà, les étudiants en médecine reçoivent des cours obligatoires dans les deux disciplines, qui reviennent aussi dans le programme de formation postgraduée des internistes-généralistes.

Le champ «spécialisé» est plus restreint pour les deux disciplines, qui à juste titre sont reconnues comme des «formations approfondies» par l'Institut Suisse de Formation Médicale. On estime que seulement 10 à 20% des patients en situation palliative devraient avoir besoin de soins palliatifs spécialisés, si le niveau des soins palliatifs généraux est suffisamment bien développé. Ce qui est certainement le cas dans plusieurs institutions notamment gériatriques en Suisse romande, p.ex. dans le Canton du Valais (3). Le danger subtil qui existe quand on fait d'excellents soins palliatifs généraux dans sa propre discipline, est de s'imaginer qu'on n'ait pas vraiment besoin de soins palliatifs spécialisés après tout, parce que «l'on sait faire».

En regardant la médecine palliative, force est de constater que, en ce qui concerne les patients gériatriques, qui constitueront la grande majorité des patients palliatifs du futur, on ne sait pas faire. On a été trop longtemps penché sur les patients oncologiques, qui sont en moyenne beaucoup plus jeunes et qui ont des caractéristiques cliniques bien différentes par rapport aux patients gériatriques. On ne connaît pas assez les nécessités spécifiques des patients atteints de démence, on n'a pas assez de notions sur la pharmacologie clinique des personnes âgées, ni sur les pathologies neurologiques souvent présentes dans cette population, encore moins sur les problèmes liés aux patients psychogériatriques en fin de vie... On a donc beaucoup à apprendre.

Pour pallier (!) ce manque de compétence et contribuer à «briser les silos» et à développer la collaboration entre les deux disciplines, la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne a mis en place en 2016 la première chaire professorale dédiée aux soins palliatifs gériatriques. Conçue conjointement par le Service de soins palliatifs et de support et le Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique du CHUV, cette chaire a été repourvue par un tandem composé d'une gériatre (la Dre Rubli Truchard) et un palliativiste (le Pr Jox). Plusieurs projets dans les domaines de la clinique, la formation et la recherche ont été mis en route par la chaire (4), et on se réjouit de poursuivre cette aventure commune dans les prochaines années.

Au niveau international, il y a aussi des initiatives de collaborations importantes. Le groupe d'intérêt de médecine palliative de l'European Geriatric Medicine Society (EUGMS) mène actuellement une enquête sur les compétences nécessaires en médecine palliative pour les gériatres en formation. Lors du congrès de l'European Association for Palliative Care (EAPC) à Berne en mai, un groupe réfléchira à la mise en place d'une nouvelle «task force» pour la prise en charge des patients âgés.

Nous voilà donc au début d'une nouvelle étape dans l'histoire des deux disciplines, qui ont beaucoup de points en commun, y compris leur transversalité et interprofessionnalité, et beaucoup à apprendre l'une de l'autre. Au vu des défis démographiques en train de se réaliser sous nos yeux, le bon fonctionnement et la bonne collaboration entre la gériatrie et la médecine palliative seront parmi les facteurs déterminants pour le futur de notre système de santé.

Pr Gian Domenico Borasio, Lausanne

gian.borasio@chuv.ch

Références :

1. Vantighem K, Laurent F. Connaître le souhait des patients pour leur lieu de décès. Rev Med Suisse 2017;13:326-8
2. Sepulveda C et al. Palliative Care: The World Health's Organization global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24:91-6
3. Morisod J. Gériatrie et soins palliatifs. la gazette médicale - info@gériatrie 2018;7(01-02):1
4. Rubli Truchard E, Sterie AC, Jox RJ. Réanimation des personnes âgées : comment aborder les préférences en amont? Rev Med Suisse 2017;13:320-2