

PRÉPARER L'AVENIR

Le Québec, à l'instar de nombreuses sociétés occidentales, subira d'importantes transformations liées au vieillissement de la population. On peut prévoir un impact significatif sur le système de santé et sur l'équilibre entre l'offre de services et la demande en fonction du nombre croissant d'une clientèle souffrant de maladies chroniques multiples. Ultiment, ces changements représentent un défi de taille et nécessiteront une adaptation de l'organisation structurelle du système de santé sur plusieurs plans, dont celui des ressources humaines dédiées aux soins à la personne vieillissante.

Les médecins spécialistes en gériatrie seront grandement sollicités pour contribuer à répondre à ces changements démographiques et épidémiologiques. Cependant, il conviendra d'utiliser de manière efficiente leur expertise spécifique afin d'assurer l'accessibilité, la qualité et la rigueur nécessaires à un système de santé performant. Or, il y a déjà pénurie de gériatres au Québec et le nombre de gériatres en formation n'augmente pas malgré la croissance accélérée de la clientèle qu'ils desservent. Qui plus est, le rôle du gériatre dans le continuum de soins est trop souvent mal compris et il devient pressant de le clarifier auprès des différents acteurs du réseau de la santé, gestionnaires et cliniciens.

L'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) a entrepris une vaste réflexion sur les différents rôles du gériatre et a suggéré des pistes pour améliorer la valorisation et l'utilisation de cette ressource spécialisée rare. Ce dossier reprend des éléments de cette importante réflexion.



PAR MAURICE SAINT-LAURENT, M.D.*

L'accélération du vieillissement

UN DÉFI POUR LES SOINS AUX AÎNÉS

Selon la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec¹, la population âgée de 65 ans et plus doublera d'ici 2031. Elle représentera alors le quart de la population totale. Ainsi, en 2031, le Québec comptera 2,2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus. La croissance sera plus élevée parmi les 75 à 84 ans ; l'arrivée des premiers baby-boomers au sein de cette tranche d'âge entre 2015 et 2020 entraînera un vieillissement rapide de la population âgée (voir graphique à droite). Bien que l'état de santé soit hétérogène chez les aînés, c'est dans cette tranche d'âge que se retrouve la prévalence la plus élevée de comorbidités et d'incapacités fonctionnelles.

L'impact sur le réseau de la santé de l'arrivée en nombre croissant d'une clientèle souffrant de maladies chroniques multiples et requérant des soins de santé et d'assistance constituera un défi de taille pour le système de santé québécois. L'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) s'est intéressée de près à cet enjeu sociétal et a préparé un rapport *Les gériatres au Québec : à l'aube du vieillissement démographique*, dont je vous livre ici quelques passages.

Je veux avant tout remercier tous mes collègues gériatres qui ont contribué à l'élaboration et à la production de ce rapport, notamment les D^{rs} Annick Dupras, Stéphane Lemire, Nadine Larente, Bernadette Loontjens, Jacques Morin et Chantal Paré.

IMPACTS DIRECTS

Le vieillissement de la population a des répercussions importantes sur tous les éléments du continuum de soins : son impact est majeur à l'urgence ainsi qu'en soins aigus (voir l'article à cet effet en page 24). Depuis les années 2000, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus consultant à l'urgence est en progression (25 % des patients sur civières). Le défi est d'autant plus grand que la complexité des situations cliniques et sociales et la pénurie de ressources entraînent des durées de séjour à l'urgence qui avoisinent régulièrement, et même dépassent, les 24 heures. Une telle durée de séjour n'est pas sans conséquence sur le statut fonctionnel de la personne âgée².

* L'auteur est gériatre au CHUL et président de l'Association des médecins gériatres du Québec.

La majorité des personnes âgées qui consultent à l'urgence le font pour des raisons médicalement justifiées et, bien que la raison de consultation soit une cause fondamentalement physique, la présentation clinique est fréquemment atypique et, bien souvent, dite « sociale ». En effet, pour 74 % de celles-ci, la perte d'autonomie est la première conséquence de la maladie qui a justifié leur visite³. Selon la chercheuse Andrea Gruneir⁴ :

- 45 % consultent pour des conditions nécessitant une intervention urgente, alors que ce ratio est de 30 % chez les plus jeunes ;
- 19 % des diagnostics posés chez les aînés qui consultent à l'urgence étaient liés à une perte d'autonomie : chutes, déshydratation, carences, troubles de l'humeur, etc. ;
- Jusqu'à 50 % nécessiteront une hospitalisation ;
- Vu leur condition clinique, moins de 6 % auraient pu recevoir leurs soins initiaux dans une autre ressource.

En 2010-2011, les 75 ans et plus représentaient 25 % des patients hospitalisés et contribuaient à 40 % des jours d'hospitalisation ; ces pourcentages sont en croissance constante depuis les 25 dernières années (*Info Med-Echo*, février 2012).

IMPACT SUR LA SANTÉ FONCTIONNELLE

Malgré l'amélioration perçue de l'état de santé générale des populations vieillissantes et en dépit de l'hypothèse de la compression de morbidité émise par le chercheur James Fries, à savoir que les conséquences fonctionnelles des maladies chroniques diminueront grâce à la prévention de ces dernières⁵, un débat persiste quant à l'impact économique et social du vieillissement⁶. Selon l'étude de Lafortune et al⁷ effectuée à partir d'une analyse comparative des pays de l'OCDE, « il ne serait pas prudent de la part des décideurs politiques de compter sur une réduction à venir de la prévalence de l'incapacité sévère chez les personnes âgées pour compenser l'augmentation de la demande de soins de longue durée qui résultera du vieillissement de la population ».

Malgré les divergences quant aux implications précises de ces données sur le système de santé, il importe de réserver une place prépondérante pour l'approche gériatrique globale dans les soins individuels afin de maximiser la prévention de leur déclin fonctionnel et d'en minimiser les conséquences. Plusieurs études et méta-analyses démontrent que l'évaluation et l'intervention

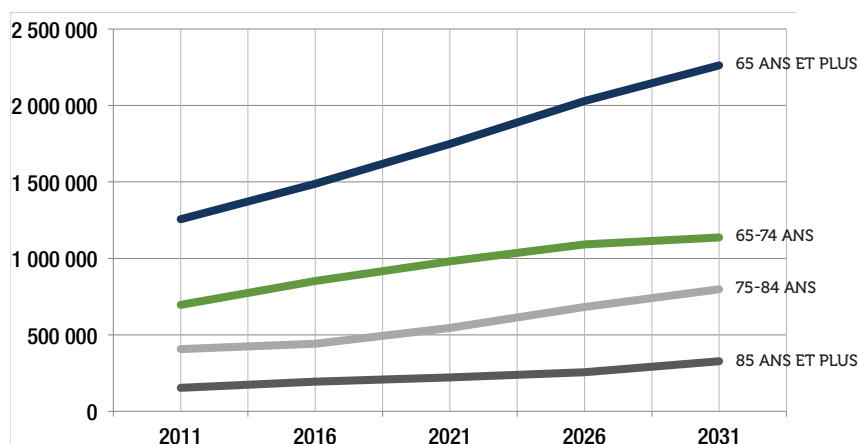


multifactorielle par des interventions préventives de base soutenues par des équipes ayant une expertise en soins à la personne âgée permettent de retarder le déclin fonctionnel de la personne âgée⁸.

LE QUÉBEC ACCUSE UN CERTAIN RETARD DANS LA FORMATION D'UNE MAIN-D'ŒUVRE COMPÉTENTE EN SOINS AUX AÎNÉS.

Une telle approche est d'autant plus importante que le Québec accuse un certain retard dans la formation d'une main-d'œuvre compétente en soins aux aînés. Ce retard affecte également le développement de solutions matérielles novatrices en ce qui a trait aux aspects cliniques, d'enseignement et de recherche pour la première ligne médicale ainsi qu'en spécialité. Par exemple, la démence est une comorbidité significative et un prédictif important de déclin fonctionnel : l'augmentation de l'incidence de démence pourrait conduire à une croissance importante des besoins pour des mesures compensatoires tant en ce qui touche les ressources humaines que matérielles.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS PAR GROUPES D'ÂGE, QUÉBEC, 2011-2031



Données compilées à partir de : Statistique Canada, Estimations démographiques (1971 à 2011) et Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques 2006-2056, Édition 2009.

L'EFFET SYNERGIQUE DE LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DU VIEILLISSEMENT

Depuis le début du 20^e siècle, la population a grandement bénéficié de l'amélioration des conditions sociosanitaires ainsi que des avancées technologiques et thérapeutiques. Alors qu'à une autre époque les maladies aiguës prédominaient, l'amélioration de la survie de la population a aussi vu naître les maladies chroniques portant les caractéristiques suivantes^{9,10} :

- Non contagieuses ;
- Résultant (de façon cumulative) d'une exposition prolongée à des facteurs de risque évitables ou non, se soldant en un long temps de latence ;
- Incurables, irréversibles, bien que souvent contrôlables et nécessitant donc un suivi et un traitement sur de longues périodes ;
- Ayant un impact sur la qualité de vie et entraînant ultimement en des incapacités pour le patient.

L'impact le plus significatif de cette transition résulte sans doute du phénomène de multimorbidité. Chez la personne âgée de plus de 65 ans, ce phénomène constitue la norme plutôt que l'exception. En effet, selon Broemeling et al¹¹, « la proportion des patients avec comorbidités s'accroît avec l'âge, et on retrouve deux conditions ou plus chez 49 % des 65-79 ans et 59 % des plus de 80 ans ». Ces maladies ont un impact d'autant plus grand qu'elles sont souvent sous forme de *clusters*¹² ; qu'elles s'accompagnent d'une complexité clinique croissante à mesure qu'elles s'accumulent chez un même patient¹³ et qu'on tient compte de facteurs biopsychosociaux pour leur prise en charge¹⁴. Enfin, le nombre de comorbidités et la présence de certains *clusters* types sont étroitement liés à l'utilisation de services par les patients âgés¹⁵. L'expertise du gériatre quant aux soins à la personne âgée concerne justement cette complexité et permet l'intégration des objectifs du patient, de sa famille, du médecin et du système de soins de santé.

LES DÉPENSES DE SANTÉ : LE MYTHE DE LA FAILLITE DES SYSTÈMES DE SANTÉ DUE À L'ÂGE

En 2008, le rapport Castonguay¹⁶ traitait des enjeux liés au financement du système de santé québécois.

Bien que les constats supportent un impact important du vieillissement de la population sur la demande de soins de santé, l'âge n'est pas nécessairement le principal déterminant des dépenses de santé. En effet, de nombreuses études ont démontré que l'âge a un effet modeste ou encore n'est qu'un corollaire de changements survenant à différents niveaux¹⁷. Pensons notamment à l'augmentation unitaire des coûts d'épisodes hospitaliers en réponse à une complexité croissante¹⁸, aux dépenses technologiques¹⁹ et pharmaceutiques, aux politiques publiques et à la multimorbidité (surtout lorsqu'elles se soldent en incapacités fonctionnelles)²⁰.

UNE OFFRE DE SOINS NON ADAPTÉE AUX BESOINS COMPLEXES DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE MULTIMORBIDE ENTRAÎNE UNE AUGMENTATION DES COMPLICATIONS ET A UN IMPACT DIRECT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET FONCTIONNEL DE CELLE-CI. RÉSULTAT : UN IMPACT NÉGATIF IMPORTANT SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE, ET DES COÛTS (DIRECTS ET INDIRECTS) POUR LE SYSTÈME DE SOINS.

Une offre de soins non adaptée aux besoins complexes de la clientèle âgée multimorbide entraîne une augmentation des complications et a un impact direct sur l'état de santé et fonctionnel de celle-ci. Résultat : un impact négatif important sur la qualité de vie des patients et de leur famille, et des coûts (directs et indirects) pour le système de soins. Il faut

donc agir rapidement pour mettre en place une organisation de services adaptée aux besoins de cette clientèle, axée sur le modèle d'intégration développé au Québec. Ainsi, notre société pourra éviter une explosion des coûts liés aux soins offerts à une clientèle en croissance. Il faudra donc investir dans une approche de soins globale et interprofessionnelle de même que dans une amélioration de l'accessibilité de la clientèle âgée à certains traitements qui, lorsqu'administrés trop tardivement, réduisent directement et de façon permanente l'autonomie fonctionnelle de la clientèle.

Or, la rareté des ressources humaines et physiques ainsi que les restrictions budgétaires sont une constante au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Elles affectent l'accessibilité aux soins de la population âgée au sein du continuum, d'où l'augmentation des listes d'attente aux différents points de service : consultations, examens et traitements chirurgicaux et non chirurgicaux, suivis en première ligne non encore consolidés, ressources de réadaptation publiques internes et externes (gériatriques ou non), maintien à domicile, hébergement, etc.

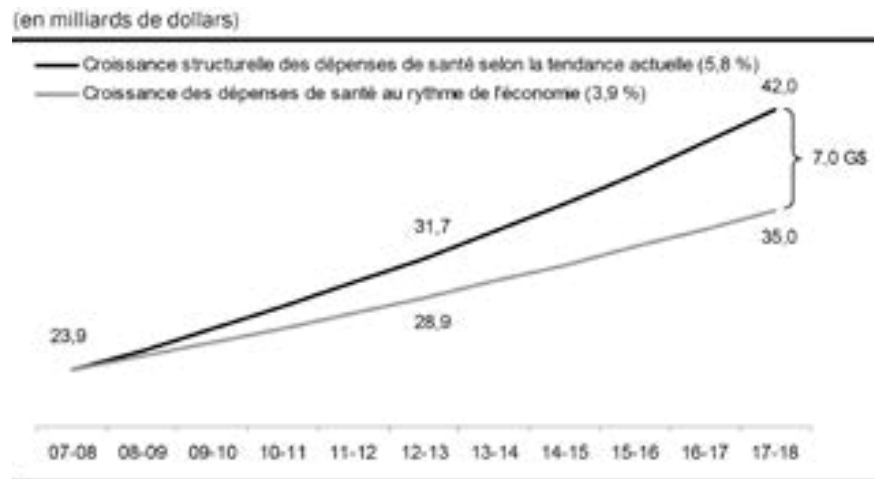
L'ajout de ressources supplémentaires apparaît non viable à long terme : une meilleure gestion de celles en place est donc primordiale. Ceci passe inévitablement par la priorisation des soins aux aînés dans le cadre du développement des ressources interprofessionnelles, une mise à niveau des connaissances des soignants en place en ce qui a trait au vieillissement normal et pathologique et des connaissances quant à la proportionnalité des interventions et des traitements prodigués.

En effet, de nombreuses études ont mis en évidence que la clientèle âgée est souvent sous-traitée (entraînant des conséquences fonctionnelles négatives), ou encore surtraitée. Ainsi, l'âgisme²¹, encore très présent au sein de notre société, se retrouve invariablement dans notre réseau de la santé et dicte souvent les conduites thérapeutiques davantage que les connaissances scientifiques.

L'implantation progressive au sein du réseau de soins d'une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée est un pas dans la bonne direction²². Aussi, diverses façons pour orienter les politiques publiques et répondre à la croissance des dépenses en santé ont été explorées en détail^{23,24}. Devant ces changements, la place du gériatre doit donc être clairement affirmée et établie.

LES DÉPENSES DE SANTÉ : LE MYTHE DE LA FAILLITE DES SYSTÈMES DE SANTÉ DUE À L'ÂGE

En 2008, le rapport Castonguay faisait le point sur les enjeux reliés au financement du système de santé québécois. Cette figure montre l'écart croissant des dernières années entre la progression de l'économie québécoise et celle des dépenses de santé.



S'OUTILLER POUR CONSTRUIRE L'AVENIR

Pour que le Québec se dote d'une médecine spécialisée de grande qualité pour les personnes âgées présentant des problématiques multiples et complexes, les gériatres demandent la mise en place d'une série de mesures très précises et, pour assurer leur mise en place, la collaboration très étroite des principaux décideurs de la société québécoise.

LE SYSTÈME DE SANTÉ DOIT CESSER DE SIMPLEMENT « SE DÉBROUILLER » AVEC LES PERSONNES ÂGÉES ET DOIT SE STRUCTURER AVEC DES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS ET DES ORGANISATIONS QUI VOIENT ET QUI VONT AU-DELÀ DU COURT TERME.

L'objectif est double : le système de santé doit cesser de simplement « se débrouiller » avec les personnes âgées et doit se structurer avec des professionnels compétents et des organisations qui voient et qui vont au-delà du court terme en

intégrant une approche priorisant l'individu avec ses pathologies et non uniquement les maladies par organes.

UNE SPÉCIALITÉ MÉCONNUE

Une enquête effectuée par l'AMGQ a mis en évidence quelques éléments pouvant contribuer au manque de visibilité de la gériatrie :

- **Le pourcentage élevé de milieux de stages supervisés par des médecins de famille** puisque le milieu de stage privilégié demeure les unités de courte durée gériatriques (UCDG) et que le nombre limité de gériatres ne permet pas d'accueillir l'ensemble des étudiants dans des UCDG pilotées par des gériatres. Outre la médecine d'urgence, il s'agit de la seule spécialité où les étudiants ne sont pas obligatoirement en contact avec le spécialiste de la discipline du stage ;
- **Un stage de gériatrie très court** ne permet pas d'exposer le résident à différents volets de la médecine spécialisée (la moyenne de jours/présence du résident est de 15 jours de stage prenant compte des absences pour vacances et des gardes) ;

▪ Malgré une exposition quotidienne fréquente aux personnes âgées à travers toutes les spécialités médicales et chirurgicales, les résidents de ces spécialités sont supervisés dans leur rôle par des médecins qui n'ont peut-être pas tous eu de formation en soins à la personne âgée.

En conséquence, le nombre de nouveaux permis de spécialistes en gériatrie émis annuellement est faible (1 à 2 par an) et stable depuis les 10 dernières années alors que la population âgée, elle, est en croissance accélérée.

Pourtant, la situation n'est pas nouvelle puisque le Québec, en 2005, accusait déjà un retard en termes de nombre d'effectifs en gériatrie par rapport à l'Angleterre et aux États-Unis.

Au Québec, en 2005, le ratio de gériatres était de 0,46 gériatre par 10 000 personnes de plus de 65 ans. En Angleterre, déjà en 2002, le ratio était de 1 gériatre par 10 000 personnes (65 ans et plus), tandis qu'aux États-Unis, en 2004, il était de 2 par 10 000 personnes (65 ans et plus).

PARLONS D'AVENIR!

En 2012, le MSSS reconnaissait 108 postes en gériatrie, dont 45 n'ont pas été comblés. Le Québec comptait alors 63 gériatres dont une proportion non négligeable se rapproche de la retraite (le quart des gériatres comptent prendre leur retraite au cours des dix prochaines années, soit au moment où le Québec verra se concrétiser l'accélération du vieillissement de sa population).

Pour 2015, le MSSS a planifié 138 postes. En 2030, le ministère devra reconnaître plus de 300 postes s'il veut couvrir la croissance des deux cohortes des personnes âgées (75-84 ans et 85 ans et plus).

AVANT TOUT... TRANSMETTRE LES CONNAISSANCES

Rappelons que l'expertise du gériatre quant aux soins à la personne âgée par une approche biopsychosociale devient essentielle non seulement dans le continuum de soins directs aux patients, mais également dans l'enseignement, la recherche appliquée et l'expertise auprès des instances administratives.

Étant donné que les personnes âgées représentent 40 % des personnes hospitalisées et jusqu'à 70 % dans certains secteurs (neurologie, cardiologie, orthopédie, chirurgie, etc.), il est nécessaire que tous les professionnels de la santé mettent à niveau leurs connaissances, et ce, afin d'offrir des soins adaptés aux particularités physiologiques de la personne âgée en concordance avec les standards de pratique. Ainsi, les soins à la personne âgée deviennent l'affaire de tous les professionnels œuvrant en médecine, en psychiatrie et en chirurgie adulte (voir quelques exemples de collaboration aux pages 26 à 28).

Afin de répondre aux besoins cliniques, académiques et d'expertise en soins aux personnes âgées, le regroupement de gériatres en masses

critiques doit être privilégié. De plus, les programmes de formation de tous les professionnels de la santé ainsi que des différentes spécialités médicales doivent s'ajuster à la réalité de la clientèle pour s'assurer que les diplômés aient les connaissances nécessaires en soins à la personne âgée. Actuellement, seul un faible pourcentage de la formation des professionnels de la santé, incluant celle des médecins, est consacré aux connaissances sur le vieillissement normal ainsi que sur les particularités dans les soins aux personnes âgées. Dans certaines facultés de médecine, le stage de gériatrie n'est même pas obligatoire dans la formation.

Contrairement à ce que l'on constate dans plusieurs spécialités, on dénote une variabilité significative entre les établissements et les régions quant au rôle attendu du gériatre, généralement en réponse aux impératifs contextuels propres à ces derniers, à savoir :

- Insuffisance de formation des divers professionnels de la santé en ce qui a trait au vieillissement normal et pathologique, à la vulnérabilité physiologique de l'ainé, à la prise en charge des syndromes gériatriques et aux connaissances sur les soins adaptés aux besoins de cette clientèle ;
- Manque d'infirmières spécialisées en clientèle personnes âgées ;
- Pénurie de médecins « hospitalistes », particulièrement dans les grands centres urbains ;
- Difficultés d'accès à un médecin de famille en communauté ;
- Déficience dans l'organisation du continuum des soins et services de santé aux populations âgées vulnérables, résultant dans des écarts de services significatifs ;
- Confusion du rôle des médecins mêmes ainsi que des instances administratives quant au rôle et aux spécificités du gériatre dans le réseau de la santé.

URGENCE D'AGIR!

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec les différents ordres professionnels et le ministère de l'Éducation ainsi que les universités, doit assurer la mise en place de moyens pour améliorer la compétence et l'efficacité des intervenants en première et deuxième lignes en soins à la personne âgée. Il doit aussi outiller adéquatement les intervenants pour qu'ils puissent répondre aux besoins de la clientèle vieillissante à travers le continuum de soins, et ce, de façon intégrée. Le MSSS doit accorder une attention particulière aux milieux universitaires s'il décide d'appuyer la gériatrie comme spécialité en croissance. Le statu quo sur la répartition des effectifs en gériatrie a un impact sur le nombre d'experts disponibles en milieu universitaire pour l'enseignement sur les soins aux personnes âgées au niveau pré et post gradué de même qu'au niveau du développement de la recherche, de la formation continue et de la visibilité de la profession auprès des futurs résidents puisque ces tâches ne sont pas retenues dans le calcul des besoins d'effectifs. Cette pénurie d'effectifs a aussi un impact direct sur l'accessibilité et le développement des différents axes cliniques spécialisés en gériatrie comme les différentes cliniques spécialisées où le besoin de services est en croissance ; le MSSS doit tenir compte de ces tâches dans le calcul des besoins d'effectifs. Contrairement à plusieurs spécialités médicales, ces calculs ne doivent pas être faits uniquement en fonction des départs à la retraite.

On accepterait mal d'avoir si peu de cardiologues ou d'oncologues avec la prévalence actuelle des cancers et maladies cardiovasculaires. En médecine spécialisée gériatrique, il y a maintenant urgence d'agir !

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail au fmsq.org.

NAISSANCE DE LA GÉRIATRIE

C'est dans les années 1930, en Grande-Bretagne, que D^{re} Marjory Warren a décidé de changer les choses en constatant que les patients âgés admis au centre de soins de longue durée où elle était responsable médicale étaient alités et dépendants. À ce moment, les patients recevaient tous les mêmes diagnostics et les mêmes soins ; certains étaient non diagnostiqués ou mal diagnostiqués pour des conditions souvent réversibles avec un traitement et une réadaptation appropriés.

Ainsi, D^{re} Warren a procédé à une évaluation individualisée de chaque patient, leur offrant ensuite une réadaptation personnalisée. La majorité de ceux-ci ont retrouvé leur capacité à marcher, développé une meilleure autonomie et plusieurs d'entre eux ont pu retourner à domicile.

CETTE EXPÉRIENCE A DÉMONTRÉ L'IMPORTANCE D'UNE ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ, DES CAPACITÉS ET INCAPACITÉS, D'UN PLAN D'INTERVENTION ADAPTÉ ET DE LA RÉADAPTATION FONCTIONNELLE POUR CES PATIENTS.

Ce mode d'intervention, qui a donné naissance à la gériatrie moderne, est appelé aujourd'hui l'approche gériatrique globale. Elle se définit comme une approche interdisciplinaire et multidimensionnelle centrée sur les capacités et les problèmes physiques, fonctionnels et psychosociaux du patient. Par cette approche, le processus d'évaluation diagnostique de même que le processus d'intervention permettent l'optimisation du statut fonctionnel de la personne âgée.

En plus de mieux diagnostiquer et traiter, cette approche permet de faire de la prévention, d'apporter des changements au milieu de vie, d'offrir du soutien aux proches et d'augmenter l'autonomie fonctionnelle. Une telle démarche permet, entre autres, de favoriser le maintien de la personne âgée dans

DEPUIS LES PREMIERS MODÈLES D'ÉVALUATION GLOBALE GÉRIATRIQUE PROPOSÉS PAR D^{RE} WARREN, CETTE PHILOSOPHIE S'EST IMPLANTÉE À DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SERVICES À TRAVERS LE MONDE.

son milieu naturel en évitant (ou en retardant) l'institutionnalisation ; de déterminer et de répondre aux besoins à long terme ; d'améliorer la qualité de vie du patient, et ce, en utilisant les ressources appropriées de façon optimale.

Depuis les premiers modèles d'évaluation globale gériatrique proposés par D^{re} Warren, cette philosophie s'est implantée à différents niveaux de services à travers le monde. Ainsi est née la gériatrie, une spécialité médicale à part entière, apportant une panoplie de ressources mieux adaptées à leur clientèle : unités de courte durée gériatrique, unités de réadaptation gériatrique, services de consultations gériatriques, hôpitaux de jour, centres ambulatoires et soins gériatriques à domicile.

LE JUSTE MOT!

On confond souvent gériatrie et gérontologie.

La gériatrie est la science médicale s'intéressant à la santé des personnes âgées tandis que la gérontologie est l'étude du vieillissement, et ce, dans toutes ses dimensions : sociale, démographique, économique, culturelle, psychologique, anthropologique, etc.



La gériatrie a été reconnue comme spécialité médicale en 1981 par le Collège royal des médecins et chirurgiens du

Canada et en 1987 par le Collège des médecins du Québec. C'est D^{re} Judith Latour qui fut la première gériatre du Québec. D^{re} Latour œuvre au CHUM et est consultante à l'Institut universitaire en gériatrie de Montréal depuis 1982.

DES BÉNÉFICES QUI RAPPORTENT

Quelques études ont déjà démontré les bénéfices de l'approche gériatrique globale. Parmi ceux-ci, on note un meilleur diagnostic, menant à un plan d'intervention individualisé ; une diminution de la polymédication engendrant souvent des hospitalisations en soins aigus ou en centre d'hébergement ; une augmentation de la satisfaction des patients et de leur entourage ; de meilleures conditions de vie ; l'accès aux ressources et aux services sociaux dans la communauté ; une amélioration, une préservation ou un ralentissement du déclin fonctionnel ou cognitif ; une meilleure utilisation des ressources dans la communauté ; sans oublier la diminution des coûts pour le système global de santé.



PAR MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D. ET DAVID LUSSIER, M.D.*

PERSONNES ÂGÉES ET SALLES D'URGENCE



Les personnes âgées constituent une part importante et toujours grandissante de la clientèle des salles d'urgence. La probabilité de consulter à l'urgence augmente proportionnellement avec l'âge, étant plus élevée chez les 85 ans et plus (34%) que chez les 65-74 ans (23%).

Le nombre de visites annuelles augmente également avec l'âge, mais demeure relativement peu élevé. Environ 14% des personnes de 85 ans et plus consultent au moins deux fois par année. La fréquentation des salles d'urgence est également proportionnelle à l'incapacité fonctionnelle : plus l'incapacité est grande, plus les visites à l'urgence sont fréquentes. Puisque le très grand âge (85 ans et plus) est la portion de la population qui augmentera le plus au cours des prochaines décennies, la pression sur les services d'urgence ne fera que s'accroître.

FACTEURS EXPLIQUANT LES CONSULTATIONS DES PERSONNES ÂGÉES À L'URGENCE

Alors que les aînés consultent plus fréquemment à l'urgence que les plus jeunes, ces consultations sont plus souvent pertinentes et la salle d'urgence représente plus souvent la ressource indiquée pour recevoir les soins appropriés à leur condition. Chez les 65 ans et plus, 30 à 50% des consultations mèneront à une

hospitalisation comparativement à 19% chez les adultes d'âge moyen. Les pathologies médicales sont beaucoup plus fréquentes que les chirurgicales, et mettent souvent en péril la survie immédiate ou le bien-être de la personne (incidents cardiovasculaires, respiratoires, cérébrovasculaires, traumatismes reliés à des chutes).

Plusieurs facteurs expliquent une fréquentation accrue des salles d'urgence par les patients âgés. Des changements physiologiques associés au vieillissement normal, tels que la diminution de la fonction rénale et une sensibilité accrue aux effets secondaires de médicaments fréquemment prescrits, les rendent plus à risque d'incidents indésirables tels les chutes traumatiques ou le delirium. Ces modifications exigent des précautions spécifiques lors du traitement des maladies courantes, afin d'éviter des complications nécessitant une visite à l'urgence. On estime que 75% des personnes de 75 ans et plus ont au moins une maladie d'évolution chronique. Les décompensations aiguës de ces maladies exigent souvent une consultation à l'urgence, d'autant plus si la personne présente plusieurs pathologies. Ces maladies peuvent également interférer avec la capacité des personnes âgées d'accomplir leurs activités de la vie courante, ce qui les rend encore plus vulnérables. Finalement, le

grand âge s'accompagne de pertes d'être chers, de réseau social et de ressources de plusieurs natures, entraînant souvent un isolement qui, seuls ou combinés, peuvent conduire à des situations de précarité sociale et influencer négativement le bien-être et la santé. Au-delà de 75 ans, on retrouve un plus grand nombre de personnes âgées considérées vulnérables, qui sont aux prises avec des problématiques complexes, c'est-à-dire des maladies d'évolution chronique, un cumul de comorbidités, des incapacités fonctionnelles ou décisionnelles et un réseau social appauvri.

De façon générale, les personnes âgées ne souhaitent pas se rendre à l'hôpital. La plupart sont suivies par un médecin de famille et, en cas de besoin, elles (ou leurs proches) auront d'abord tenté de le contacter avant de se rendre à l'urgence. Elles perçoivent la salle d'urgence comme un milieu excessivement achalandé, voire bondé, et plutôt hostile à leur égard, qu'elles n'utilisent qu'en dernier recours. Elles n'ont malheureusement pas tort. Le processus de prise en charge clinique qui y est pratiquée vise avant tout l'exploration et le soutien rapide d'un corps malade, l'environnement y est très technique et le niveau relationnel asymétrique entre les professionnels et le patient âgé vulnérable. C'est une expérience souvent vécue comme déshumanisante pour la personne âgée et ses proches. De plus, le séjour d'une personne âgée à la salle d'urgence est reconnu pour être plus long que pour tout autre groupe d'âge (20 à 60% plus long). La rupture avec les gestes quotidiens et l'alitement qu'entraîne ce séjour peuvent en soi accentuer la détérioration physique, psychologique et cognitive de la personne âgée, malgré une amélioration de la condition morbide qui l'a menée à l'hôpital.

* D^{re} Kergoat est gériatre et chef du département de médecine spécialisée à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

D^r Lussier est gériatre. Il œuvre à la Division de gériatrie du Centre universitaire de santé McGill ainsi qu'à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

LES ÉTUDES SEMBLENT DÉMONTRER QU'ÊTRE BÉNÉFICIAIRE DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET RECEVOIR DES SOINS ET SERVICES PAR DU PERSONNEL DE PREMIÈRE INSTANCE AURAIT POUR EFFET D'AUGMENTER LE RISQUE DE RÉFÉRENCE À LA SALLE D'URGENCE, EN AUGMENTANT LE DÉPISTAGE DES PROBLÉMATIQUES PRÉSENTÉES PAR LES PATIENTS.

La salle d'urgence est néanmoins souvent inévitable en présence d'une maladie aiguë grave, ou l'exacerbation d'une maladie chronique. Elle présente l'avantage de regrouper les ressources nécessaires, autant humaines que techniques, pour gérer promptement une condition clinique urgente, qu'elle soit de nature médicale, chirurgicale ou psychiatrique, et ceci, en tout temps.

CONSULTATION À L'URGENCE ? COMMENT LA PRÉVENIR...

La littérature scientifique rapporte qu'un patient âgé ayant un suivi régulier et continu par un médecin de famille présente un risque plus faible de se présenter à l'urgence. L'amélioration de l'accès des patients âgés aux services médicaux et paramédicaux de première ligne est donc primordiale afin de réduire le besoin de recourir aux salles d'urgence. Cependant, les études semblent démontrer qu'être bénéficiaire de services de soutien à domicile et recevoir des soins et services par du personnel de première instance aurait pour effet d'augmenter le risque de référence à la salle d'urgence, en augmentant le dépistage des problématiques présentées par les patients.

Les études rapportent aussi des taux élevés de retour aux salles d'urgence moins de trois mois après la consultation initiale ou le congé hospitalier. Ceci indique clairement qu'il ne suffit pas de résoudre l'épisode de soins aigus. Il faut considérer la personne dans son ensemble, c'est-à-dire repérer ses points de vulnérabilité physiques, fonctionnels, psychologiques ou socio-environnementaux. Pour ce faire, des échelles de dépistage d'un risque de déclin fonctionnel subséquent et d'utilisations répétées de l'urgence sont disponibles, tels que Triage Risk Screening Tool (TRST), Identification Systématique des Aînés à Risque (ISAR), PRISMA-7 ou Score hospitalier d'Évaluation du Risque

de Perte d'Autonomie (SHARPA). De plus, depuis 2010, les hôpitaux sont engagés dans l'implantation du cadre de référence de l'« Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ». Cette approche s'applique dès l'arrivée de la personne âgée à l'urgence et se poursuit durant son hospitalisation. C'est un processus préventif systématique de repérage, d'évaluation, de surveillance et d'intervention du risque spécifique d'iatrogénie conçu à l'intention du patient âgé vulnérable qui recourt aux services d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

DES CHANGEMENTS RÉCENTS AUX STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DES CHSLD, AVEC RÉDUCTION DU PERSONNEL INFIRMIER, LAISSENT ENTREVOIR UNE ACCENTUATION DES TRANSFERTS AUX URGENCES.

Comme la fréquentation des salles d'urgence par les personnes âgées est appelée à s'accroître, les agences de soins de santé et des services sociaux, par l'intermédiaire des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), cherchent à optimiser les trajectoires de santé des personnes âgées vulnérables par une approche de soins intégrés. Cette approche promeut une collaboration étroite entre les partenaires des soins et services de la collectivité (formels et informels) et ceux de l'hôpital afin de permettre un repérage des clientèles à risque de se détériorer, des actions préventives effectuées en amont et en aval des maladies, des soins interprofessionnels continus et cohérents de gestion des maladies d'évolution chronique, l'identification et l'utilisation d'indicateurs de *monitoring* clinique, des outils et processus de communication efficaces, des mécanismes de gestion sécuritaire des médicaments, l'adhésion et l'implication des médecins de famille dans les équipes

de soins interprofessionnels et le développement de mécanismes d'accès facilités à l'expertise de 2^e et 3^e ligne.

TRANSFERT À L'URGENCE DE RÉSIDENTS DE CHSLD

Une faible proportion des personnes âgées consultant à l'urgence proviennent de centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Bien que seulement 5 % des personnes âgées résident en CHSLD, ceux-ci accueillent des personnes en très grande perte d'autonomie physique et décisionnelle (besoins en soins dépassant 3 heures par jour, 80 % avec atteintes cognitives graves). Des changements récents aux structures organisationnelles des CHSLD, avec réduction du personnel infirmier, laissent entrevoir une accentuation des transferts aux urgences. En effet, ces nouveaux ratios (1 infirmière pour 125 résidents durant le quart de nuit, par exemple) ne permettent plus certaines interventions courantes qui nécessitent une surveillance plus serrée telles que l'installation et le suivi d'un soluté intraveineux pour antibiothérapie ou transfusion sanguine. Ces patients, qui pouvaient auparavant être traités dans leur milieu de soins au CHSLD, devront dorénavant être transférés à l'urgence, avec hospitalisation si nécessaire, afin de traiter l'épisode aigu.

EN CONCLUSION

Le vieillissement de la population exige de poursuivre les changements apportés à notre réseau de la santé. L'état de la situation dans les salles d'urgence n'est qu'un pâle reflet des défis à venir. Le besoin de changer les pratiques et de décloisonner les organisations est indéniable. L'intégration de l'approche gériatrique à l'approche populationnelle est la voie préconisée par la gouvernance. Le plan d'action est-il crédible, compris et accepté de tous ? Nos gériatres, gérontopsychiatres et autres professionnels œuvrant en gériatrie ont-ils un leadership d'influence reconnu et sont-ils en nombre suffisant pour informer, former, éduquer et insuffler le changement nécessaire ?

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail au fmsq.org.

Collaborations interdisciplinaires

DES TANDEMS GAGNANTS

GÉRIATRIE ET CHIRURGIE



Par Annick Dupras, M.D.*

Le nombre de chirurgies pratiquées chez les 75 ans et plus est en croissance. Il est bien établi que les personnes âgées en relativement bonne santé bénéficient autant, sinon plus, des

interventions médicales de pointe puisque le sous-traitement dans ce groupe d'âge affecte rapidement leurs capacités fonctionnelles. À 80 ans, l'espérance de vie est de 7 ans. Pour ce groupe d'âge, la qualité de vie est plus importante que sa durée et elle est directement liée à la qualité des soins reçus pour prévenir la morbidité fonctionnelle.

Le vieillissement est un processus hétérogène à cause des facteurs génétiques, des comorbidités et des habitudes de vie qui diffèrent d'un individu à l'autre. Aussi, les comorbidités et les incapacités associées augmentent avec l'âge. Bien qu'elle découle souvent de celles-ci, la fragilité est de plus en plus reconnue comme un phénotype existant de façon indépendante chez les personnes âgées en bonne santé apparente; elle entraîne une diminution de capacité de l'organisme à s'adapter à une situation de stress comme une chirurgie. Sa présence est associée de façon indépendante aux comorbidités, au risque accru de complications postopératoires, incluant la perte d'autonomie irréversible et le décès.

En 2010, au Royaume-Uni, le National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD)¹ a démontré que près des deux tiers des patients de 80 ans et plus décédés dans les 30 jours d'une chirurgie n'avaient pas reçu

des soins adaptés, entraînant des complications qui auraient pu être évitées.

Ce rapport de même que d'autres travaux ont donné lieu à des recommandations sur l'évaluation préopératoire et sur les soins péri-opératoires de la personne âgée^{2,3,4}.

On reconnaît maintenant que l'évaluation préopératoire doit inclure l'évaluation de l'état cognitif, nutritionnel et fonctionnel et d'autres indices de fragilité. Elle permet ainsi d'établir plus précisément le risque opératoire par opposition à ses bénéfices afin d'offrir un choix éclairé, de mieux préparer un patient à une intervention électorale (optimiser l'état nutritionnel, améliorer la condition physique, optimiser la pharmacothérapie, etc.) et de mieux planifier les soins interdisciplinaires nécessaires en situation postopératoire, particulièrement chez les patients plus fragiles.

Aussi, les soins péri-opératoires intégrant l'expertise de l'équipe interdisciplinaire de gériatrie spécialisée ont démontré une réduction des complications post-opératoires, de la durée de séjour, du taux de réadmission à 30 jours, du taux de relocalisation et de mortalité, et ce, pour différents types de procédures dont les chirurgies abdominales et orthopédiques⁵⁻⁹. Une approche de soins adaptée aux particularités de la personne âgée, en particulier chez les sujets plus fragiles, est donc essentielle au succès de l'intervention.

Gériatrie spécialisée et chirurgie, un tandem gagnant pour des soins de qualité et sécuritaires pour les aînés!

GÉRIATRIE ET CARDIOLOGIE



Par Jean-Pierre Beauchemin, M.D.*

La démographie gériatrique interpelle de façon particulière les cardiologues et les chirurgiens cardiaques. En effet, les

pathologies cardiaques touchent plus volontiers les patients âgés. Ce sont ceux dits « frêles » qui posent les plus grands défis quand il s'agit de déterminer le niveau de soins, la capacité à consentir à des soins ou encore l'accès aux nouvelles technologies. En raison du caractère complexe et rapidement évolutif des maladies cardiaques dans ce segment de la population, l'apport du gériatre, par son évaluation fonctionnelle globale (*comprehensive geriatric patient assessment*), permet de corriger ou de retarder la perte d'autonomie, les atteintes cognitives et la dénutrition, puisqu'elles ont des impacts connus sur l'évolution clinique. Le gériatre peut aussi contribuer à l'évaluation sur le terrain de nouvelles techniques.

À titre d'exemple, dans les cas de sténose sévère de la valve aortique, le TAVI (*transcatheter aortic valve implantation*) est une solution de remplacement à la chirurgie cardiaque ouverte avec circulation extracorporelle. Cette alternative devrait diminuer les risques emboliques périphériques (notamment cérébrales). En 2010, une étude d'imagerie cérébrale¹ démontrait que presque tous les patients présentaient des microlésions vasculaires emboliques en post-TAVI, mais que ces lésions étaient disparues six mois plus tard. Fait à noter : la cognition ne faisait pas partie des critères d'évaluation de cette étude.

* L'auteur est interniste-gériatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, professeure adjointe de clinique et coresponsable clinique du développement de l'approche interdisciplinaire OPTIMAH.

Il a fallu attendre la fin de 2013 pour qu'une étude allemande² constate qu'il n'y a pas de répercussion cognitive de ces micro-embolies. Toutefois, les patients étudiés n'étaient pas atteints sur le plan cognitif en pré-TAVI. La question reste préoccupante pour les patients qui sont déjà atteints (*mild cognitive impairment* ou « atteinte cognitive légère », terminologie devenue « troubles cognitifs mineurs », selon le DSM-V). L'apport du gériatre tout au long du processus de prise en charge quant à cette technologie est indéniable : l'évaluation fonctionnelle globale permet de dépister les

candidats atteints de démence (la démence étant une contre-indication à une telle procédure) ou à risque de complications post-procédure (le delirium, par exemple, justifiant une hospitalisation avec suivi gériatrique). Le gériatre, par son habitude à voir des patients avec plusieurs comorbidités, peut aider l'équipe de cardiologie dans le choix de la technique à privilégier en tenant compte du niveau de fragilité du patient. Il peut aussi évaluer l'aptitude du patient à consentir à la procédure, rencontrer le patient et, le cas échéant, sa famille.

La European Union Geriatric Medicine Society mène actuellement une étude d'observation³ pour analyser l'impact de l'évaluation gériatrique pour les patients candidats au TAVI (clinique, cognitive, fonctionnelle, nutritionnelle, médicamenteuse et sociale) en utilisant six échelles validées. Finalement, le gériatre est de bon conseil quand il s'agit d'établir le pronostic de réadaptation fonctionnelle chez un patient avec TAVI compliqué.

* L'auteur est gériatre à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

GÉRIATRIE ET PSYCHIATRIE



Par Marie-Andrée Bruneau, M.D.*

Le pourcentage des personnes de plus de 65 ans hospitalisées dans les hôpitaux généraux est en constante croissance puisqu'avec l'âge, le nombre de problèmes de santé

et d'incapacités augmente ainsi que l'indice de défavorisation matérielle et sociale. De plus, on estime qu'environ 20 % des aînés québécois présentent un indice de détresse psychologique élevé. Comme gérontopsychiatre, je suis au point de jonction de la gériatrie et de la psychiatrie et suis donc à même de constater l'importance de l'interdisciplinarité dans l'évaluation et la prise en charge de cette clientèle.

La clientèle gérontopsychiatrique est constituée de trois groupes. Le premier représente la cohorte vieillissante de patients souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Le réseau de santé mentale prend généralement en charge cette clientèle, mais est très peu équipé pour faire face aux enjeux liés à la perte d'autonomie due au vieillissement. C'est ici que l'expertise gériatrique prend tout son sens en tenant compte des interactions entre la pathologie médicale et

psychiatrique, et en révisant les conséquences d'une polypharmacie souvent devenue inappropriée pour l'âge du patient.

Le deuxième groupe est celui des présentations psychiatriques tardives qui, souvent atypiques, nécessitent une expertise approfondie afin de limiter les coûts liés à la surconsultation. Effectivement, les personnes âgées frêles, en perte d'autonomie, avec de multiples comorbidités médicales se voient fréquemment prescrire une polypharmacie : elles peuvent subséquemment développer des complications psychiatriques sérieuses (delirium, dépression, trouble anxieux, trouble psychotique) dues à leur condition médicale ou à leur traitement. Ces conditions médicales et psychiatriques ont un impact bidirectionnel l'une sur l'autre, mais également sur la santé globale, la qualité de vie, l'autonomie, le pronostic et l'espérance de vie, les durées de séjour, les coûts de soins, l'utilisation des ressources. Ces patients nécessitent un suivi complexe ainsi qu'une prise en charge interdisciplinaire.

Le troisième groupe est constitué des patients avec symptômes psychologiques et comportementaux

de la démence. Actuellement, plus de 100 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer au Québec. En 2030, il y en aura 200 000 (MSSS, 2012). Selon l'International Psychogeriatric Association, la prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) serait aussi élevée que 90 % (IPA, 2012). Ces symptômes ont un grand impact sur la qualité de vie des patients et de leurs proches et représentent un grand défi pour les soignants. Le travail d'équipe entre le gériatre et le psychiatre dans ce contexte demeure donc des plus pertinents.

La clientèle gérontopsychiatrique nécessite une approche adaptée de soins et une prise en charge tout au long du continuum. La perte d'autonomie des patients gérontopsychiatriques est souvent multiple, c'est-à-dire liée aux handicaps physiques et cognitifs, mais également psychologiques et comportementaux. Les comorbidités médicales, la polypharmacie, les présentations atypiques et leurs interactions avec les pathologies dégénératives nécessitent un niveau de connaissance et de compétences approfondies au point de jonction entre la psychiatrie et la gériatrie.

* L'auteure est gérontopsychiatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, professeure agrégée de clinique et directrice adjointe pour la gérontopsychiatrie au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

COLLABORATIONS INTERDISCIPLINAIRES (SUITE)

GÉRIATRE ET NEUROLOGIE (ÉVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS)



Par Fadi
Massoud, M.D.**

La maladie d'Alzheimer (MA) représente la démence la plus fréquente : au Québec, 100 000 personnes en sont atteintes. L'âge étant un des facteurs de risque les plus importants, on estime

qu'en raison du vieillissement de la population, la prévalence va plus que doubler d'ici une trentaine d'années. Les recommandations canadiennes sur le diagnostic et le traitement de la démence ont souligné de manière répétée l'importance du rôle du médecin de famille dans le diagnostic et la prise en charge de la démence et de la MA. Des critères bien définis ont été proposés pour guider la référence aux ressources spécialisées.

L'évaluation des troubles cognitifs et de la démence font partie intégrante du quotidien des médecins gériatres. D'ailleurs, une dizaine de gériatres québécois ont décidé de parfaire cette expertise par divers *fellowships*, que ce soit au Canada ou ailleurs dans le monde.

Au Québec, il existe une douzaine de cliniques spécialisées (cliniques de mémoire ou cliniques de cognition) dont l'objectif est de procéder à l'évaluation et à la prise en charge interdisciplinaire des cas référés. Gériatres, neurologues et psychiatres y travaillent en combinaisons variées avec d'autres professionnels paramédicaux (infirmières spécialisées, ergothérapeutes, neuropsychologues, etc.). Certaines de ces cliniques ont une mission de soins secondaires axée principalement sur le diagnostic et la prise en charge des cas complexes. D'autres cliniques ayant une mission de soins tertiaires visent, quant à elles, la prise en charge des cas complexes, la participation à la recherche et à l'évaluation de nouvelles technologies.

Il existe actuellement plusieurs écueils à la prise en charge optimale des troubles cognitifs au Québec : la pénurie de médecins de famille, l'inconstance dans l'accessibilité aux ressources spécialisées et paramédicales selon les régions, ainsi que le manque d'intégration et de continuité entre les équipes médicales de première ligne et les cliniques spécialisées. Ceci fait en sorte que les troubles cognitifs (en général) et la démence (en particulier) sont souvent non diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement, alors que la perte d'autonomie est bien installée et que les ressources communautaires sont épuisées. Par ailleurs, les médecins de famille soulignent régulièrement leur besoin de formation et le manque de ressources disponibles pour la prise en charge de ces pathologies. Ceci cause souvent la référence d'un grand nombre de cas relativement simples aux cliniques spécialisées, retardant l'accès pour les cas plus urgents ou complexes nécessitant réellement l'apport d'une équipe spécialisée.



En 2009, un groupe d'experts, dont plusieurs gériatres, sous la direction du Dr Howard Bergman, gériatre à l'Université McGill, s'est penché sur cette question. Dans son rapport intitulé *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme, et l'excellence* et présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, ce comité souligne l'importance du rôle des médecins de première ligne dans la

prise en charge des troubles cognitifs. S'inspirant du modèle de gestion des maladies chroniques et du modèle des soins collaboratifs (*collaborative care model*), ce rapport propose plusieurs solutions pragmatiques. Il recommande, entre autres, un partenariat entre le médecin de famille, l'infirmière spécialisée, le patient et ses proches aidants, ainsi qu'un accès privilégié aux cliniques spécialisées. Cette approche s'intégrerait de manière particulièrement harmonieuse en groupes de médecine familiale (GMF). Dans le cadre de ce partenariat, des initiatives de formation, notamment par les gériatres, sont prévues pour bien outiller les médecins de famille et les infirmières dans la prise en charge des patients ayant des troubles cognitifs. Des recommandations pratiques basées sur des lignes directrices publiées sont proposées, ainsi que des protocoles cliniques standardisés. Ces outils permettront de faciliter le diagnostic précoce des troubles cognitifs, d'amorcer un traitement au besoin et d'assurer un

suivi diligent des complications potentielles. Aussi, cette approche structurée permettra de mieux cibler et prioriser les références aux cliniques spécialisées.

Dans son rapport publié en 2012, l'Organisation mondiale de la santé constate avec déception que seuls 9 pays sur ses 180 membres ont des plans nationaux visant la prise en charge de la démence. Malheureusement, le Canada ne fait pas partie de ces pays.

Le rapport Bergman, dont plusieurs projets pilotes d'implantation sont en cours, représente un bel exemple de l'initiative prise au Québec pour optimiser la prise en charge de cette maladie. Les gériatres ont participé activement à l'élaboration des recommandations de ce plan et continueront à travailler en collaboration avec la première ligne à leur application afin de mieux répondre aux besoins grandissants de cette clientèle et de leurs proches aidants.

* L'auteur est gériatre au CHUM, et professeur agrégé de clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail au fmsq.org.



PAR DEBORAH MONAGHAN, M.D.

PRÉPARER L'AVENIR

MA PRATIQUE EN RÉGION

Je pratique comme gériatre au CSSS Arthabaska-Érable (CSSSAÉ) situé dans la magnifique région des Bois-Francs, depuis plus de 18 ans. D'abord quelques chiffres pour faire connaissance : le CSSSAÉ est composé d'un centre hospitalier de 199 lits (l'Hôtel-Dieu-d'Arthabaska), de 4 installations de CLSC, ainsi que de 402 lits de CHSLD répartis dans 7 installations. Le CSSSAÉ est, de plus, affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke pour le volet de l'enseignement.



J'y pratique par un heureux hasard. J'avais toujours prévu (ou voulu!) m'établir dans la région de Québec, là même où j'avais fait la plus grande partie de ma formation. À la fin de ma résidence, en 1995, dans les centres urbains, tous les postes en spécialités médicales ont été bloqués. Je devais trouver un endroit pour établir ma pratique médicale, mais je n'avais aucune idée où aller. La plupart des milieux ignoraient l'existence de la gériatrie comme spécialité médicale. De plus, très peu d'institutions affichaient des postes. Il faut savoir que le ministère effectue la distribution des plans d'effectifs (PEM) par établissement, selon une multitude de données. Cette planification vise à attribuer les ressources en fonction des besoins populationnels.

Un des gériatres avec qui j'avais déjà travaillé a contacté le directeur des services professionnels (DSP) de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, à l'époque, pour un problème lié au transfert d'un

patient. Comme il savait que j'étais originaire de la région des Bois-Francs, il a profité de l'occasion pour demander au DSP s'il était à la recherche d'un gériatre. La question arrivait à point, car, à la suite du dépôt du rapport du Groupe tactique d'intervention sur le fonctionnement des urgences, l'établissement se préoccupait déjà de la réorganisation des soins et des services aux personnes âgées. Bien que l'équipe en place n'ait jamais considéré le recrutement d'un gériatre, j'ai été très bien

accueillie dans une organisation prête à investir tous les efforts afin que les soins et services aux personnes âgées soient bien intégrés.

Est-ce que la pratique de la gériatrie en région est différente? Il s'agit de la même clientèle, des mêmes pathologies, pourtant, oui, notre rôle comme gériatre est bien différent. Dans les centres universitaires, les gériatres sont regroupés et se divisent les activités : unité de courte durée gériatrique (UCDG), consultations, support aux équipes, enseignement, etc. Lorsque l'on arrive dans un nouveau milieu, il est impossible de reproduire le modèle universitaire tel qu'on l'a connu durant notre formation. Il faut prendre le temps de s'intégrer dans les équipes déjà formées et respecter leur mode de fonctionnement. Il faut démontrer que notre expertise est utile et complémentaire. Nous ne sommes pas en compétition avec les omnipraticiens ayant développé

un intérêt pour la gériatrie ou avec ceux qui ont une formation complémentaire. Notre rôle en est souvent un de consultant bien qu'il soit possible d'être créatif dans les secteurs prioritaires. Par exemple, à l'UCDG, où je travaille, nous avons développé le principe de « co-traitance », où l'omnipraticien demeure responsable du patient, mais où la prise en charge interdisciplinaire, elle, relève du gériatre.

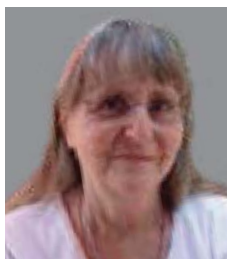
En région, il est impératif d'obtenir le support des instances administratives. On doit s'assurer d'avoir des lits d'UCDG protégés ainsi qu'un accès à une équipe de professionnels dédiés à la gériatrie. Aussi, je dis toujours qu'il ne faut pas hésiter à siéger aux comités stratégiques pour tout ce qui touche la planification et l'organisation des soins et services aux personnes âgées.

La problématique principale de la pratique de la gériatrie en région est l'isolement professionnel. J'ai la chance d'évoluer dans un milieu où les relations entre médecins spécialistes et omnipraticiens sont bonnes et stimulantes. Les réunions scientifiques et les enseignements cliniques locaux sont nombreux. Malgré tout, il est certainement plus facile en milieu universitaire d'échanger et de discuter de cas problématiques avec d'autres spécialistes, tant gériatres que ceux d'autres disciplines. En région, il est toujours possible de « référer » un patient à un confrère pour une opinion, mais certaines pathologies s'y prêtent moins, je pense notamment aux patients ayant des troubles comportementaux importants.

LA GÉRIATRIE À TOUT ÂGE

On serait tenté d'imaginer les gériatres à l'image de leur clientèle : des hommes aux cheveux blancs, de longues carrières derrière eux et beaucoup d'histoires à raconter. Or, selon les informations publiées dans le portail de la FMSQ, la réalité est bien différente ! La moyenne d'âge actuelle des quelque 64 spécialistes en gériatrie est de 47 ans, soit 4 ans de moins que la moyenne de l'ensemble des médecins spécialistes du Québec, et la profession est féminine à plus de 60 %. Si plusieurs gériatres prendront leur retraite d'ici quelques années, une nouvelle cohorte arrive. Cependant, pour répondre adéquatement aux besoins liés au vieillissement de la population, l'arrivée de nouveaux gériatres sera loin de suffire aux besoins. Le Spécialiste a rencontré deux gériatres : l'une en fin de carrière et l'autre en début de pratique. Comment entendent-elles le futur de la gériatrie ?

D^{RE} KISSEL : LA RETRAITE, PAS POUR AUJOURD'HUI !



D^{re} Catherine Kissel, gériatre (1987) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

POURQUOI AVOIR CHOISI DE DEVENIR GÉRIATRE ?

Pendant mes études en Europe, je m'orientais vers la pneumologie. La vie m'a fait choisir le Québec. Cependant, à peine arrivée ici, question de permis de pratique, j'ai dû reprendre certaines activités médicales générales. J'ai fait des visites à domicile et travaillé dans une congrégation ; j'ai alors réalisé que j'aimais soigner des gens âgés.

À cette époque, l'Hôpital des vétérans, situé sur le chemin Queen-Mary (Montréal), allait devenir un hôpital gériatrique. Par chance, j'ai pu y travailler : j'ai participé à l'élaboration de certains plans et j'ai alors eu le goût d'approfondir mes connaissances en gériatrie. Étant donné que la formation n'existait pas comme tel ici, pour parvenir à mes fins, pendant près de trois ans, j'ai effectué des stages, notamment à Glasgow, à Strasbourg et à Genève. Aujourd'hui, la formation est tout autre. Je croyais alors qu'à la fin de mes études, tout en gériatrie aurait été su, et même réglé. Pourtant...

ON S'INQUIÈTE DE LA VAGUE DE BABY-BOOMERS QUI POINTE À L'HORIZON. COMMENT ENTREVOYEZ-VOUS CE QUI S'EN VIENT ?

Les baby-boomers sont bien différents de ceux qui avaient 65 ans il y a 20 ou 30 ans. Le mode de vie, l'éducation, l'alimentation, l'exercice, tout a changé. On contrôle et on traite mieux certaines maladies qu'autrefois. Les gens vivent mieux et plus vieux. Mais ce qui est préoccupant, c'est ce qu'il arrivera à ceux qui deviennent très âgés. On sait qu'il y a un léger décrochage santé (particulièrement au niveau de l'autonomie) vers l'âge de 85 ans ; notre énergie doit donc être placée vers la clientèle des 75 ans et plus.

On remarque aussi une augmentation des cas de démences. Là encore, avec les progrès en médecine, notamment pour l'hypertension, les dyslipidémies et le diabète, on se questionne sur la prévalence de l'Alzheimer (une étude publiée en Angleterre a démontré une diminution de l'incidence de cette maladie). La chercheuse Françoise Forette a clairement démontré que le traitement de maladies telle l'hypertension avait un impact sur certaines formes de démences.

EST-CE QUE LA SITUATION EST CATASTROPHIQUE ?

Pas nécessairement, mais on a un sérieux problème et les gens n'en sont pas conscients, sinon il y aurait eu, depuis plusieurs années au Québec,

une amélioration des programmes. Chez les gens très âgés, on meurt de deux choses : d'un cancer ou d'une maladie dégénérative. Il faut donc mettre l'accent sur les bons programmes, par exemple l'oncogériatrie. Malheureusement, encore trop de gens ne comprennent pas l'importance de la gériatrie, même dans leur sphère d'activité. On ne devient pas une personne ou un client gériatrique parce qu'on a 65 ans, mais parce qu'on a des indices ou des pathologies multiples de fragilité. Dans le troisième âge, il existe plusieurs populations gériatriques distinctes qui doivent être prises en compte différemment pour optimiser les traitements et les actions.

Les autres spécialistes doivent accepter d'inclure un gériatre dans le processus de soins pour que le traitement soit optimal. Bien souvent les médecins traitent sans prendre en considération les autres problématiques de santé, entraînant des effets adverses.

CONSTATEZ-VOUS QU'IL Y A UNE CERTAINE FORME DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE CHEZ LES MÉDECINS AUJOURD'HUI ?

À mes débuts, il y avait une travailleuse sociale et une physiothérapeute. Aujourd'hui, d'autres professionnels se sont ajoutés. Notre approche a fait tache d'huile, car on commence à travailler de la même manière ailleurs. On voit de plus en plus les réunions interdisciplinaires. Quand un cardiologue ou un interniste

par exemple, demande le support d'un ergothérapeute, ça prouve qu'il y a du travail de fait et que les choses avancent.

EST-CE QU'ON ATTIRE SUFFISAMMENT DE NOUVEAUX GÉRIATRES POUR FAIRE FACE À CE QUI S'EN VIENT ?

La dernière vague a permis d'attirer de nouveaux joueurs, j'espère donc pouvoir prendre ma retraite dans les prochaines années.

QUELS SONT VOS CONSEILS POUR LES FUTURS GÉRIATRES ?

Chacun doit faire son chemin, mais, en gériatrie, il faut être créatif. On ne peut pas traiter deux personnes de 85 ans de la même manière, chacune ayant une trajectoire, une éducation et une vie différente. Il faut composer avec le vécu, les besoins actuels et futurs. C'était différent il y a 20 ans; dans ce temps, tout le monde avait à peu près le même parcours de vie. Les populations étaient

homogènes. Aujourd'hui, elles sont complètement hétérogènes.

Mon meilleur conseil serait : apprenez à soigner les personnes, peu importe leur provenance, leur culture, leurs besoins. Partout au Québec, on retrouve des populations multiethniques avec des besoins parfois différents. Il est fondamental d'apprendre à les connaître pour bien les soigner.

D^{RE} RICARD : PARTAGER LA PASSION DE LA GÉRIATRIE



D^{re} Geneviève Ricard, gériatre (2011) à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

QU'EST-CE QUI VOUS A ATTIRÉ VERS LA GÉRIATRIE ?

J'ai été attirée par le travail d'équipe. Lorsque j'ai fait ma médecine interne, j'ai réalisé combien le traitement de la maladie, plutôt que celui du patient comme tel, prévalait. En gériatrie, le patient est réellement au centre des soins. J'aime aussi travailler en mode multidisciplinaire pour, outre les traitements médicaux, pouvoir améliorer la qualité de vie et le devenir du patient.

QUEL A ÉTÉ VOTRE DÉCLIC POUR LA GÉRIATRIE ?

Quand on traite la maladie, il y a potentiellement de grands pans que l'on délaisse. En gériatrie, on s'occupe du long terme : on adapte le traitement pour s'assurer que le patient puisse retourner chez lui. Ça ne s'arrête donc pas à ce qui se passe en clinique ou à l'hôpital. On prévient la perte d'autonomie notamment en s'occupant du volet psychosocial et des interactions avec la famille.

COMBIEN DE RÉSIDENTS EN GÉRIATRIE Y AVAIT-IL LORS DE VOTRE FORMATION ?

On était deux seulement à travers le Québec. Ma collègue a poursuivi ses études et n'est pas encore

gériatre à temps plein. Aujourd'hui, il y a probablement une dizaine de résidents. (NDLR : selon la FMRQ, à ce jour, 15 résidents sont inscrits en R4 et R5).

COMMENT EXPLIQUE-T-ON L'ACCROISSEMENT IMPORTANT DU NOMBRE DE RÉSIDENTS EN GÉRIATRIE ?

Est-ce pour anticiper l'augmentation du travail à cause du vieillissement de la population? C'est possible. En même temps, peu importe la spécialité pratiquée, le vieillissement de la population se fait sentir. Mais le rajeunissement des équipes médicales et des patrons peut peut-être aussi expliquer l'attrait vers cette sphère d'activité.

QU'AIMEZ-VOUS DE LA GÉRIATRIE ?

C'est très gratifiant de travailler avec cette belle clientèle et avec leur famille. On sent une reconnaissance de la part des patients même s'ils ne sont pas guéris ou ne le seront jamais dans le cas de maladies chroniques. Ils sont très reconnaissants des soins apportés, même s'il s'agit de soins de fin de vie.

QUELS SONT LES GRANDS DÉFIS QUI ATTENDENT LES GÉRIATRES DANS LES PROCHAINES ANNÉES ?

Devant l'augmentation de la clientèle et l'alourdissement de la tâche, un des grands défis sera probablement de recruter de nouveaux gériatres. Qu'est-ce qui fait qu'un résident choisira la gériatrie, comment en convaincre davantage ou attirer ceux

qui sont hésitants font partie de nos discussions actuelles entre gériatres.

Puis, un deuxième défi sera de partager notre savoir au bénéfice de l'ensemble des professionnels de la santé : être plus attentifs pour reconnaître les symptômes et syndromes gériatriques mènera à donner des soins appropriés à cette clientèle.

Un troisième défi sera le repositionnement par rapport à l'allocation des ressources : on ne pourra pas continuer d'offrir tout à tout le monde. Le volet éthique devra nous guider afin de déterminer notre spectre d'action pour les soins à dispenser. Nous voulons tous offrir les meilleurs soins possible au plus grand nombre de patients, mais est-ce réaliste ?

AVEZ-VOUS DES PROJETS OU DES DÉFIS PERSONNELS QUE VOUS VOUS ÊTES DONNÉS AU COURS DE VOTRE CARRIÈRE ?

Je suis, depuis peu, directrice de programme. Mon défi est de travailler au recrutement des résidents, de leur transmettre cette passion de la gériatrie et même la rendre contagieuse. Je veux aussi faire connaître et rayonner le projet de l'approche adaptée à la personne âgée auprès des autres spécialistes et résidents : il faut parler du délirium, des troubles cognitifs, des immobilisations en intra hospitalier, etc. La liste est longue et le travail ne manque pas ni pour moi ni pour ceux qui suivront.