

Albert Wettstein<sup>1</sup>

# Etre médecin de famille dans un home médicalisé: différences et similitudes par rapport au travail en cabinet

Compte-rendu d'un workshop qui s'est tenu dans le cadre de la SFD Conference, les 29 et 30 août, à Berne

**Au home médicalisé (HM), la relation médecin-patient est remplacée par une relation multidimensionnelle: vu que dans les homes médicalisés, env. 90% des patients ont comme diagnostic principal une affection neuropsychiatrique comme la démence, la maladie de Parkinson, la dépression ou la morbidité post-accident vasculaire cérébral, la majorité des patients n'ont pas leur pleine capacité de discernement. Ainsi, d'après le nouveau droit de protection de l'adulte, les traitements médicaux ne sont légaux que si les proches habilités à décider donnent leur accord. S'y ajoute qu'au HM, les soignants sont toujours impliqués et ce sont eux qui fournissent les observations décisives relatives aux patients et qui exécutent les prescriptions médicales. Autrement dit, au HM, aucune décision médicale pertinente et adaptée à la situation ne peut être prise sans les soignants. Par ailleurs, au HM, il y a le plus souvent différents thérapeutes, dont les activités doivent parfois faire l'objet d'une prescription médicale. Seule une communication qualitative et régulière des médecins avec l'ensemble des quatre groupes de référents permet un diagnostic optimal et des prescriptions efficaces.**

## Répercussions sur l'activité de médecin dans un HM

Comme les HM sont par nature orientés sur et donc dominés par les soins, l'activité du médecin peut uniquement être efficace si elle s'intègre dans la culture du home et dans ses processus de travail. Au home, les visites des malades doivent ainsi faire l'objet d'une bonne concertation préalable avec les soignants et avoir lieu aux horaires convenus. Lorsque des décisions difficiles doivent être prises, le home devrait également convier les proches habilités à décider afin que leur avis puisse directement être intégré dans la prise de décision et qu'il ne soit pas nécessaire de devoir encore leur demander leur accord par téléphone. Ainsi, en dehors des urgences, les visites médicales au HM devraient avoir lieu simultanément pour le plus grand nombre de malades et à des heures auxquelles la plupart des responsables soignants sont présents et ne sont pas occupés à la rédaction des rapports, c.-à-d. entre 09h00 et 12h00 ou entre 13h00 et 15h00 pour la majorité des HM.

## Inclure les proches et ne pas fuir ses responsabilités

Étant donné qu'en Suisse, la majorité des personnes très âgées souhaitent une mort rapide avec des soins palliatifs optimaux – même si malheureusement, bon nombre d'entre eux ne l'ont pas consigné dans leurs directives anticipées –, la mission générale du corps médical dans les HM n'est souvent pas de prolonger la vie des patients, mais d'optimiser leur qualité de vie pour le temps qu'il leur reste à vivre. Le plus souvent, les patients ne souhaitent

plus d'hospitalisation, à moins que cela ne soit inévitable pour les soins palliatifs, par ex. en cas de fracture de la hanche. Le facteur décisif est la manière dont cela est communiqué aux proches. Une mauvaise approche serait par ex. de dire: «Vous devez décider si nous devons essayer de maintenir votre mère en vie en traitant sa pneumonie par antibiotiques ou si nous devons la laisser s'en aller en paix en la sédantant uniquement avec des piqûres de morphine». Dans une telle situation, la position et les recommandations du médecin doivent être exprimées clairement, de sorte que les proches ne se sentent aucunement responsables de la mort de leur parent bien-aimé et que juste pour cette raison, ils demandent à ce que toutes les mesures médicales possibles soient mises en œuvre. Ainsi, en cas de pneumonie chez une personne souffrant de démence sévère, je poserais la question suivante aux proches responsables: «Votre mère, dont la démence de longue date continue de progresser, a développé une pneumonie. La plupart des personnes démentes finissent généralement par en mourir. Au vu de la maladie de base incurable, qui ne cesse de s'aggraver, je préconise de renoncer à une antibiothérapie et à une hydratation artificielle visant à prolonger sa vie. Nous devrions nous concentrer sur un soulagement optimal des nouveaux symptômes éventuels avec des injections de morphine et lui dispenser les soins de bouche nécessaires afin d'éviter une déshydratation de la muqueuse buccale. Cela fait longtemps que votre mère n'a plus vraiment de sensation de soif et lui administrer des perfusions, dont elle ne peut comprendre l'intérêt, ne ferait que la faire souffrir inutilement. Vous êtes sans doute d'accord pour que nous fassions notre possible pour soulager de façon optimale ses symptômes?»

## Le HM comme établissement de réadaptation de longue durée

Aujourd'hui, après une hospitalisation en urgence, de plus en plus de personnes très âgées ne peuvent pas immédiatement rentrer chez elles. Elles nécessitent encore beaucoup de soins, mais pas à l'hôpital, et bon nombre d'entre elles ne sont pas suffisamment en forme pour une réadaptation intensive dans une clinique de réadaptation, devant alors intégrer un HM sur le court terme. Actuellement, par ex. dans les HM de Zurich, 50% de tous les patients admis peuvent à nouveau sortir, généralement pour regagner leur domicile, en l'espace de 40 jours en moyenne, avec une durée très variable en fonction des patients.

Ainsi, lors de toute admission en HM, il faut se concerter avec le patient et ses proches pour déterminer si une réadaptation en vue du retour à domicile doit être tentée et dans quelles conditions le retour à domicile doit se faire (par ex. combien de marches d'esca-

<sup>1</sup> Ancien médecin-chef, centres de soins de Zurich

lier le patient doit être capable de monter?). Les objectifs pour les médecins, les soignants et les thérapeutes en découlent: se concentrer sur la réadaptation en vue du retour à domicile ou se limiter à l'optimisation de la qualité de vie au HM et aux soins palliatifs. Conformément au nouveau droit de protection de l'adulte, ce plan de traitement doit être consigné par écrit et être signé par les proches habilités à décider. Le cas échéant, la mission du médecin consiste à superviser l'équipe de réadaptation qui, en fonction de la situation individuelle du patient, est composée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de logopédistes, avec des réunions régulières de l'équipe, toutes les 1–3 semaines.

D'après une étude contrôlée, par ex. après une fracture du col du fémur, ½ heure de physiothérapie, en plus des soins actifs, est suffisante à une réadaptation progressive réussie. Ainsi, il a aussi pu être montré à Zurich que depuis l'introduction des DRG et avec la possibilité de transfert sans délai dans des centres de soins pratiquant la réadaptation progressive, seuls 40% (contre 50% auparavant) de tous les patients opérés pour une fracture de la hanche dans des hôpitaux de la ville restent durablement dans un HM, ce qui signifie que 10% de patients supplémentaires peuvent regagner leur domicile. Néanmoins, l'une des conditions de ce succès était l'introduction de structures d'accueil ayant un savoir-faire gériatrique et des équipes de réadaptation expérimentées. Les médecins de famille qui sont régulièrement amenés à prendre en charge un grand nombre de patients en HM devraient acquérir le savoir-faire nécessaire en matière de gériatrie et de réadaptation par le biais de formations continues ciblées, comme par ex. celles organisées spécifiquement par la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG) à l'attention des médecins de famille ([www.sfgg.ch](http://www.sfgg.ch)).

### Principes de base de la prise en charge gériatrique

Il est essentiel que tous les médecins travaillant en HM connaissent les particularités de la gériatrie (cf. tableau). Il est également indispensable de réaliser que les troubles comportementaux s'observant fréquemment au HM, avant tout chez des patients souffrant de démence ou d'autres maladies psychiques, ne résultent pas uniquement de la personnalité du malade, de sa biographie et de sa maladie, mais qu'ils sont aussi souvent largement influencés par

l'environnement social et physique du malade (concept socio-écologique de R.H. Moos, 1994). Il est plus efficace d'identifier les facteurs déclenchants de troubles comportementaux dans l'environnement des malades et de modifier ces facteurs que de prescrire des psychotropes, qui sont souvent associés à des effets indésirables ravageurs chez les patients âgés. Il va de soi que cela est uniquement possible en étroite collaboration avec les autres professionnels travaillant au HM.

### Tableau 1

10 principes de base de la gériatrie: les principes Emory BIG 10 [1] sont adaptés à la prise en charge des patients âgés par le médecin de famille, y compris en home médicalisé:

|  |
|--|
| La vieillesse n'est pas une maladie.   |
| Chez les personnes âgées, les problèmes médicaux sont souvent chroniques, multiples et multifactoriels.                                      |
| Les problèmes réversibles et traitables ne sont souvent pas reconnus et pas traités chez les sujets âgés.                                    |
| Les capacités fonctionnelles et la qualité de vie sont des objectifs déterminants lors du traitement de sujets âgés.                         |
| L'anamnèse sociale, le soutien social et préférences des patients sont des aspects essentiels de la prise en charge gériatrique.             |
| La prise en charge gériatrique est multidisciplinaire.   |
| Les troubles de la cognition et de l'affect sont fréquents chez les personnes âgées et ils ne sont souvent pas détectés aux stades précoces. |
| Les longues maladies sont fréquentes et seraient souvent évitables.  |
| La gériatrie est pratiquée dans de nombreuses situations, à l'hôpital, à domicile et en home médicalisé.                                     |
| Les considérations éthiques et l'accompagnement en fin de vie sont des aspects décisifs dans la pratique quotidienne gériatrique.            |

### Référence

- 1 Flacker JM, et al. Responding to «What's special about Geriatric Medicine?» The Emory Basics in Geriatrics (BIG)10. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):61–62.

**La présentation PowerPoint complète relative à l'article peut être téléchargée en ligne sur [primary-care.ch](http://primary-care.ch) > Archives > numéro 21.**

Correspondance:

PD Dr Albert Wettstein, 8942 Oberrieden, [wettstein.albert@bluewin.ch](mailto:wettstein.albert@bluewin.ch)