

La vieillesse n'est pas une maladie

Thierry Pepersack, professeur à la faculté de médecine de l'université libre de Bruxelles, chaire de gériatrie, chef de service associé, service de Gériatrie, centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, Bruxelles.

Médecin depuis 34 ans, Thierry Pepersack s'est spécialisé en gériatrie. Il est donc moins proche des patients que le médecin de famille – un des plus beaux titres que l'on puisse avoir, dit-il. Mais il reçoit les mêmes personnes, parfois à maintes reprises. Prenant appui sur une histoire singulière, il développe ici un point de vue alliant l'Evidence Based Medicine, la réflexion éthique et la mise en question des représentations sociales touchant au grand âge.

Article issu d'une conférence dont le texte intégral a été publié dans la *Revue Balint* n°113, mai 2013, sous le titre « Je vieillis, tu vieillis, communiquons-nous autrement » ? Adaptation : Marianne Prévost, avec l'accord de l'auteur.

Le mystère de Philomène

Avez-vous un patient qui a perdu tout au long de sa vie son chat, trois chiens, un canari et maintenant ses clés ? Philomène a aussi perdu un enfant, son deuxième mari, deux amants, ses sœurs, son frère aîné qui était pour elle un exemple ; elle a perdu sa maison, puisqu'elle habite dans une maison de repos et de soins. Ses amis sont tous morts, parce qu'elle est très âgée. Des gens comme elle, vous en côtoyez tous les jours dans les maisons de repos et de soins. Ils sont comme ça. Dans ma salle, d'emblée, je garde à l'esprit ce type de parcours de vie : pour rester vigilant à ce que ces patients attendent de la médecine – et encore plus de leur docteur, bien sûr.

Philomène a 85 ans quand elle vient à ma consultation. Son médecin l'a envoyée pour une altération de l'état général ; c'est la première cause d'hospitalisation en gériatrie. En fait ce terme ne représente rien du tout, si ce n'est que quelque chose ne va pas et que le médecin ne trouve rien¹. Son docteur dit aussi qu'elle est démente.

Elle ne mange plus, ne communique plus, se laisse aller – bien qu'elle soit encore très vive. Elle s'habille moins bien, alors qu'elle était coquette. Elle ne pleure plus et on dit qu'elle a des troubles cognitifs. Elle ne répond plus au téléphone. Elle est devenue incontinente, confuse, un peu agressive. Dénutrie, elle a perdu son autonomie, se plaint de douleurs partout, ne sort plus de son lit. Elle ne regarde plus « Plus belle la vie », son feuilleton favori. Elle détourne les yeux quand on essaie de capter son regard.

Un tel tableau correspond à l'anhédonie : l'insensibilité au plaisir, l'absence de goût pour toutes les choses auxquelles on était très attaché. C'est fréquent chez les patients âgés.

Que signifie cette altération de l'état général ? Et la démence indiquée par le médecin ? Philomène est-elle déprimée ? Est-ce une situation de deuil ? Un état confusionnel aigu ? Une réelle démence ? Les signes qu'elle présente peuvent correspondre à toutes ces maladies. Comment peut-on réévaluer cette situation ? Comment bien prendre en charge Philomène ?

Philomène est hospitalisée dans notre service de gériatrie.

1. Aouaneche M., Pepersack T. « Deterioration of general condition : a « geriatric syndrome » ? » *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 Mar ; 10(1) :33-38.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux organes malades d'une personne âgée, sans tenir compte de tout le contexte, on ne rencontre pas ce que cette personne attend d'un docteur.

Qu'est-ce qu'un patient gériatrique ?

Les patients hospitalisés en gériatrie ne sont pas toujours contents. Chaque semaine, ils me posent la question : « *pourquoi je me retrouve en gériatrie ?* ». En effet, qu'est-ce qu'un patient gériatrique ? La question est d'importance, parce que l'état « gériatrique » a des effets sur la manière dont se présentent les symptômes – y compris la dépression, que nous suspectons chez Philomène.

Il est difficile de dire quand on est « vieux » ; mais il existe des caractéristiques à partir desquelles on devient « gériatrique ». Ce n'est pas réellement une question d'âge : on peut être gériatrique à 65 ans, comme on peut être directeur d'un club de pétanque très actif à 92 ans. Le premier aspect spécifique, c'est une diminution de l'homéostasie (l'organisme n'est plus capable de maintenir son équilibre). Par exemple, la personne perd la sensation de soif : c'est ainsi que certains patients sont morts de déshydratation pendant la canicule de 2003 - ils ne réclamaient pas à boire...

On observe aussi une présentation atypique des maladies : en général, le médecin suspecte une pneumonie en cas de toux accompagnée de température et de

dyspnée, c'est ce qu'il a appris. Mais cette triade est absente chez plus de 50% des patients âgés ; lorsqu'ils sont admis avec une pneumonie, ils sont souvent adressés pour une altération de l'état général ; par exemple, la dyspnée peut être le seul signe d'une pneumonie.

Ce qui rend les choses encore plus complexes, c'est que les patients âgés ont souvent des pathologies chroniques multiples – de 6 à 10 - et donc prennent un certain nombre de médicaments. Mais les réactions de leur organisme aux médicaments ne sont pas les mêmes que celles des personnes plus jeunes. Selon une boutade bien connue, la gériatrie est facile : « *Il suffit d'arrêter les médicaments et les gens vont mieux* ». On considère en effet que 20% des admissions à l'hôpital des gens de 80 ans sont liées à des effets secondaires ou à des interactions entre les médicaments « que le docteur a prescrit ». Et malheureusement, cela reste vrai à la sortie de l'hôpital.

Enfin, il y a généralement un enchevêtrement de facteurs somatiques, psychiques, sociaux. Et bien souvent, l'urgence surgit à partir d'événements de vie majeurs : le conjoint est mort – ou l'animal domestique, on sait combien cela peut être important pour ces patients. Alors, si l'on ne s'intéresse qu'aux organes malades



d'une personne âgée, sans tenir compte de tout le contexte, on ne rencontre pas ce que cette personne attend d'un docteur : c'est vrai en gériatrie comme en médecine générale.

Cette présentation atypique du patient gériatrique influence de manière concrète tant l'évaluation médicale et psycho-sociale que la définition des buts de la prise en charge. A l'hôpital heureusement, nous avons la chance d'être aidés par des équipes pluridisciplinaires.

« On ne va plus faire de vous une jeune fille ! »

Souvent, l'anamnèse est vague : on peut le comprendre puisque le patient communique peu et que les symptômes sont flous. Mais l'altération de l'anamnèse vient aussi du soignant : nous considérons parfois la maladie comme normale quand il s'agit de vieux. J'entends ainsi des médecins qui disent « *Mais enfin ma petite madame, on ne va plus faire de vous une jeune fille !* » parce qu'elle se plaint de douleurs. Mais la douleur ne fait pas partie du vieillissement normal : il y a peut-être un tassement des vertèbres, un myélome multiple, etc. La souffrance, l'incontinence, tous ces symptômes gériatriques ne font pas partie du vieillissement normal, notre rôle de médecin est d'essayer d'en trouver l'origine pour la traiter. Banaliser des symptômes que l'on croit liés au vieillissement normal, cela peut être une forme de maltraitance.

Les personnes âgées peuvent aussi dissimuler les symptômes, c'est particulièrement le cas pour la dépression – c'est pourquoi on parle de 'dépression masquée'. Quant ils étaient jeunes, ne disait-on pas aux messieurs qui ont aujourd'hui 80 ans : « *un garçon, ça ne pleure pas* » ? Alors, c'est difficile pour eux de partager leurs angoisses existentielles. Et puis, où retrouvait-on les déprimés il y a 80 ans ? Dans des asiles d'« aliénés » bien sûr. La dépression est donc pour eux une maladie honteuse, on ne parle pas de ça. D'ailleurs, avant de parler de dépression à une personne âgée, il faut faire attention : quand vous dites dépression, vous voyez déjà qu'il y a un retrait. Je parle volontiers de tristesse et j'explique l'aide possible.

Une prise en charge globale

Pour les patients gériatriques, la guérison de maladies chroniques n'est bien sûr plus à l'ordre du jour : ils sont ostéoporotiques, arthrosiques, déments, etc. ; ils le seront toujours, on pourra les soigner, pas toujours les guérir. Mais il importe de s'assurer de leur bien-être physique, mental et social, comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé dans sa définition de la santé. Donc, nous essayons d'améliorer leur autonomie,

d'évaluer leurs besoins d'aide, d'éviter de les hospitaliser voire de les ré-hospitaliser : la gériatrie est une médecine complexe dont le but est de réinsérer les gens socialement. Elle partage en cela les visions de la médecine générale.

Quels sont les outils nécessaires pour améliorer le bien-être et la réinsertion ? Dans les années 60, les hôpitaux ont installé des salles pour s'occuper des organes : cœur-cardio ; poumons-pneumo ; articulations-rhumato, etc. La médecine a ainsi fait de grands progrès, notamment sur le plan technologique. Seulement, Philomène a de l'arthrose, elle est ostéoporotique, hypertendue, ... Si elle s'était retrouvée en cardiologie, elle ne s'y serait pas sentie bien. Une fois l'organe soigné, elle aurait pu rentrer chez elle ; et comme on ne se serait pas préoccupé de tout ce qu'il y a à côté, elle serait revenue 15 jours plus tard à l'hôpital parce que personne n'avait rempli son frigo...

Une étude parue dans le *New England Journal of Medicine*² il y a déjà 30 ans, mettait en évidence la nécessité d'une prise en charge globale : la comparaison entre patients gériatriques suivis soit dans une salle d'organe à l'hôpital, soit en gériatrie, montrait que la mortalité à un an était moitié moindre chez les personnes suivies en gériatrie ; le transfert vers une maison de repos ou vers une maison de repos et de soins était également moins fréquent. Et les gens s'en sortaient mieux, tant sur le plan de leur qualité de vie que sur le plan fonctionnel : ils étaient plus actifs dans leur vie quotidienne - ce qui correspond toujours mieux à leurs attentes.

La démarche d'évaluation gériatrique globale³ qui nous est venue des Etats-Unis (la première publication date de 1984) se différencie fondamentalement des salles spécialisées par organe. Cette démarche se base sur deux questions primordiales : quelle maladie fait que ce patient se retrouve maintenant à l'hôpital ? Va-t-il pouvoir retourner à la maison ou pas ?

On sait que la qualité de vie est liée au maintien à domicile, c'est ce que nous disent les personnes âgées. Tout comme les généralistes, les gériatres doivent donc réfléchir en termes d'impact fonctionnel de la maladie sur le devenir du patient. Cela nécessite de

2. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL « Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial ». *The New England Journal of Medicine*, 1984 Dec 27 ;311(26) :1664-70.

3. Le *Comprehensive Geriatric Assessment*, en France, cela s'appelle l'évaluation gérontologique standardisée.

hiérarchiser les problèmes médicaux, d'évaluer quel est le souci majeur. Pas facile : même après 31 ans de médecine, je témoigne de ce que la tâche est ardue. Il faut ensuite s'occuper de nombreux autres aspects tels que l'évaluation psychosociale, fonctionnelle, de l'environnement ainsi que de la nutrition.

L'empathie : une règle d'or

J'en reviens à Philomène : elle a donc été admise pour altération de l'état général et démence, mais nous faisons l'hypothèse d'une dépression masquée. Le diagnostic différentiel est difficile : Philomène n'exprime pas volontiers son état, comme la plupart des gens de son âge. Elle a cependant tous les syndromes gériatriques associés à la dépression : dénutrition, incontinence, isolement social, désadaptation psychomotrice, chutes, troubles cognitifs, douleurs.

Philomène reste finalement chez nous. Il faut savoir qu'une hospitalisation en gériatrie est de minimum 10 jours et que les patients restent en moyenne 3 semaines, parfois plus. Et voilà qu'au bout de quelque temps, alors qu'on suspecte bien une dépression, Philomène s'exprime d'elle-même, elle fond en larmes. Elle évoque l'émotion qu'elle éprouve face à sa situation familiale, face à toutes les pertes qu'elle a subies.

Que dire dans cette situation-là ?

« *Mais non, vous avez tort de pleurer, ce n'est rien, ce n'est pas grave* »... c'est de l'anti-pathie, une forme de maltraitance, quand on sait les deuils qu'a vécus Philomène. Cela ne l'aide absolument pas à se reconstruire. C'est grave.

« *Mmm...mmm* » (dit en parlant avec l'infirmière pendant qu'elle branche la perfusion..) ; là, il n'y a aucune

l'écoute, qu'on va cheminer avec elle et essayer de voir comment l'aider dans cette situation difficile : « *Je vous écoute, je comprends votre réaction, nous allons cheminer ensemble à petits pas et je ferai ce que je peux pour vous aider à passer cette épreuve* ». Bref, trouver les mots qui vont parler à cette personne-là – en n'oubliant pas qu'on ne met pas toujours la même chose derrière les mêmes mots.

Regards social, médical et éthique : une belle alliance

Après son séjour chez nous, Philomène est suivie en consultation à l'hôpital de jour, sa dépression est traitée, les choses vont mieux.

Ce que j'ai voulu souligner ici, c'est l'importance de bien comprendre ce qui se passe. La dépression a des aspects spécifiques chez le patient gériatrique, et c'est l'affection la plus fréquemment diagnostiquée chez les personnes référées pour « démence ». Il est fondamental de mettre tout en œuvre pour ne pas se tromper, car la dépression peut être traitée.

Or, 60 à 70% des syndromes dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal pris en charge. La prescription de benzodiazépines par exemple, souvent demandée pour troubles du sommeil, est la première chose à ne pas faire : outre le fait que ces médicaments aggravent la dépression, ils peuvent donner des troubles cognitifs, augmenter le risque de chute et provoquer des hypotensions orthostatiques. Les patients qui se retrouvent avec une fracture de hanche sont le plus souvent des patients sous benzodiazépine !

La médecine peut donc accélérer un processus morbide... ou au contraire le freiner, pour autant que le

Banaliser des symptômes que l'on croit liés au vieillissement normal, cela peut être une forme de maltraitance.

prise en compte de la réaction émotionnelle, c'est de l'a-pathie, avec un alpha privatif : la négation de toute souffrance.

« *Vous avez raison, c'est horrible ce que vous vivez, comme je vous plains* »... sym-pathique ! Mais il y a là une espèce de fusion dans la charge émotionnelle, qui ne construit pas vraiment l'avenir du patient.

La règle d'or, c'est l'em-pathie qui consiste à montrer à la personne que l'on comprend sa souffrance, qu'on

médecin convoque à la fois les connaissances de l'*Evidence Based Medicine* et l'interrogation éthique, tout en veillant à prendre distance avec des représentations sociales fallacieuses. ■