

# Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires

## Fiche Parcours

Cette fiche propose une approche globale centrée sur la personne et ses problèmes : soigner autrement du fait de l'intrication de plusieurs maladies ou problèmes de santé chroniques.

### Points clés

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. A partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente.

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques multiples est un processus continu : identification des patients, information et dialogue avec les patients, évaluation, planification des soins, suivi et réajustement.

Cette prise en charge est pluriprofessionnelle : elle fait appel à la concertation et à la délivrance au patient de **messages clés harmonisés**. Elle met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours de soins, les interventions des différents acteurs et gérer les médicaments multiples.

Elle nécessite d'impliquer le patient en l'informant, en tenant compte de ses priorités, en lui proposant si besoin une éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques.

Les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. Elles doivent être hiérarchisées en fonction de la gravité des maladies (et de la « priorité du moment » des patients. Elles nécessitent une anticipation des complications.

Lorsque la situation du patient nécessite un travail formalisé à plusieurs, un **plan personnalisé de santé** (PPS) doit être envisagé.

### Ce qu'il faut savoir

#### Définition choisie

**Cette fiche concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins 3 maladies chroniques.**

**Pathologies chroniques à prendre en compte :**

- Les Affections de Longue Durée (ALD)
- Les pathologies / problèmes de santé chroniques non ALD mais à l'origine de soins prolongés ou de gêne fonctionnelle : HTA, arthrose invalidante, dénutrition. Ne relèvent pas de cette approche les patients atteints de maladie sévère en phase terminale.

Deux concepts gériatriques s'appliquent aux personnes âgées polypathologiques (cf. Annexe 1)

#### Epidémiologie

57% des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins 2 ALD, 3,6% au moins 3, et 0,8 % au moins 4.

#### Impact

**La polypathologie chez les personnes âgées peut être associée:**

- une vulnérabilité sociale et psychique accrue,
- une diminution des capacités fonctionnelles, une altération de la qualité de vie, une dépression,
- une fragmentation des soins.

**Elle complique la pratique des professionnels de santé et retentit sur l'organisation des soins en raison :**

- **d'une incertitude diagnostique.** Les diagnostics sont parfois insuffisamment étayés. Les signes d'appel, peu spécifiques, sont souvent communs à plusieurs pathologies ou peuvent révéler un effet iatrogène.

- **D'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments)** qui accroît les risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, d'événements indésirables et d'hospitalisations en partie évitables.
- **de la nécessité d'une concertation entre multiples prescripteurs pour prévenir les risques liés:**
  - à la fragmentation des soins, et de messages contradictoires ;
  - aux stress et aux ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non;
  - à l'addition des recommandations dédiées à chaque maladie.
- **d'une augmentation du recours aux soins et des coûts** liés à la consommation médicamenteuse et aux hospitalisations.

### Une prise en charge en 5 points fortement interdépendants

- **Evaluer et prendre en compte le contexte de la personne** dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux. La recherche d'une dénutrition, d'une dépression et d'un risque de chutes doit être systématique (facteurs de risque d'hospitalisation). La survenue d'une hospitalisation en urgence doit conduire à un [renforcement du suivi pendant plusieurs semaines après la sortie pour réduire le risque de réadmission et de complications](#).
- **Clarifier et hiérarchiser les diagnostics** - L'absence de diagnostic précis conduit à ne traiter que des symptômes, à multiplier les prescriptions médicamenteuses et les risques d'effets indésirables.
- **Procéder à une revue des médicaments** : récapituler l'ensemble des traitements effectivement pris par le patient, dont l'automédication, puis **confronter les traitements aux diagnostics** et s'interroger sur l'indication d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses. En vue de l'adaptation des doses de médicaments, l'évaluation de la clairance de la créatinine est systématique par la formule de Cockcroft et Gault.
- **Impliquer le patient** et si nécessaire son entourage comme partenaires actifs :
  - les informer obligatoirement
  - leur permettre d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'auto-adaptation, au moyen d'une [éducation thérapeutique](#) ciblée si le

médecin pense que le patient peut en bénéficier.

- recueillir leurs préférences concernant les modalités de prise en charge des maladies et leur priorité du moment (symptôme ou maladie): ce recueil permet de s'accorder avec le patient sur ses problèmes de santé et de l'associer aux prises de décisions. Cela donne du sens à sa prise en charge et le motive à y participer.

**Décider d'élaborer ou non un [plan personnalisé de santé \(PPS\)](#).** Un PPS peut être envisagé en cas de pathologie avancée, de complexité liée à la coexistence de plusieurs pathologies ou de l'association de problèmes sanitaires et sociaux. C'est au médecin traitant qu'il revient de prendre cette décision s'il estime que ses ressources et correspondants habituels ne seront pas suffisants et qu'il est nécessaire d'organiser un travail formalisé à plusieurs professionnels, travaillant en équipe.

### **Ce qu'il faut faire**

**Les étapes 1, 2 et 4 sont communes à tous les patients polypathologiques de plus de 75 ans. L'étape 3 (PPS) est facultative.**

#### **Étape 1 : Identifier les personnes âgées polypathologiques**

**Professionnels impliqués** : médecin traitant en partenariat avec le pharmacien.

**Nature de l'intervention** : identifier les personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins 3 maladies chroniques.

**Objectif** : constituer un sous-groupe de patients qui doivent bénéficier d'un suivi renforcé et pluriprofessionnel.

**Méthode** : consultation du dossier médical et du volet de synthèse médicale (VSM). L'analyse des médicaments prescrits (compte Ameli, échanges avec le pharmacien (dossier pharmaceutique) peut permettre d'identifier des pathologies non répertoriées dans le dossier médical.

#### **Étape 2. Evaluer les problèmes médicaux et la situation de la personne**

**A cette étape, l'évaluation de la situation de la personne et la révision des pathologies et traitements sont d'une importance égale : ils doivent être menés de concert.**

## 2.1 Recueillir les préférences et les priorités de la personne

**Professionnels impliqués :** médecin traitant, autres professionnels de soins primaires, services d'aides à la personne, travailleurs sociaux; membres de l'équipe éducative le cas échéant.

**Nature de l'intervention :** recueil systématique des préférences et de la priorité du moment de la personne (et de celles des aidants avec l'accord de la personne). Elles sont notées dans le dossier médical et sont intégrées dans la révision des diagnostics et traitements, et dans l'évaluation gériatrique.

**Objectif :** dispenser des soins centrés sur la personne

**Méthode :** recueil par entretien.

- **Les préférences** correspondent aux valeurs de la personne : garder son autonomie, rester chez soi, ne pas être hospitalisé en urgence, refuser la chimiothérapie, préférer la dialyse en centre...
- **La (les) priorité(s)** concerne(nt) des symptômes ou des maladies : lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque, la douleur, etc. À un moment précis, la personne a souvent une seule priorité qui ne coïncidera pas forcément avec la priorité des soignants.

## 2.2 Evaluer la personne dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux.

**Professionnels impliqués :** médecin traitant et acteurs de proximité, si besoin avec l'aide d'équipes gériatriques intervenant en milieu hospitalier ou d'un réseau de santé / plateforme d'appui.

**Nature de l'intervention :** évaluation multidimensionnelle de la personne.

**Objectif :** identifier les problèmes en rapport avec les difficultés fonctionnelles, l'état cognitif et thymique, l'environnement social.

**Méthode :**

Cette [évaluation gériatrique de premier recours](#) peut être réalisée en plusieurs étapes au fil des consultations et contacts avec le patient, et impliquer une visite à domicile. Elle peut être complétée d'une évaluation gériatrique spécialisée, en cas de difficultés ou de problèmes multiples.

A l'issue de cette évaluation : les problèmes identifiés par les professionnels sont classés par priorité à l'aide de la [check-list des situations à problèmes](#) (Annexe 3). Celle-ci pourra être utilisée ultérieurement pour une concertation professionnelle.

## 2.3 Préciser les diagnostics et optimiser les traitements

**Professionnels impliqués :** médecin traitant, au mieux en équipe ou dans le cadre d'un groupe de pairs ; si nécessaire préconisations d'aides et de soins des spécialistes ; pharmacien.

**Nature de l'intervention :** réviser les maladies et les médicaments,

**Objectif :** expliciter les liens entre symptômes et maladies, entre plusieurs maladies, et entre maladies et traitements.

**Méthode :**

1. **Préciser les diagnostics :** pour chacune des maladies sont évalués les preuves diagnostiques, le retentissement, le pronostic et les facteurs pouvant favoriser une décompensation à l'occasion d'événements intercurrents.  
Les maladies sont hiérarchisées en fonction de leur degré de gravité, de leurs liens, de leur évolutivité et des possibilités thérapeutiques
2. **Analyser les traitements médicamenteux** via les ordonnances, le compte AMELI (historique des remboursements depuis 6 mois) ou le dossier pharmaceutique (historique des dispensations médicamenteuses depuis les 4 derniers mois), dialogue du médecin et du pharmacien avec le patient (et/ ou son entourage). Si d'autres professionnels interviennent auprès de la personne, notamment infirmier, kinésithérapeute et aide à domicile, ils sont systématiquement contactés.
3. **Mettre en correspondance l'ensemble des traitements et les maladies / problèmes de santé à l'aide du tableau PMSA simplifié** (Annexe 2), version simplifiée du [programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé](#).
4. **Définir une nouvelle stratégie thérapeutique** en prenant en compte les résultats de l'évaluation fonctionnelle et psycho-sociale du patient, ses préférences

et ses priorités, et [sa capacité à gérer ses maladies et ses traitements](#).

Les résultats actualisés de cette optimisation sont notés par le médecin traitant dans le [volet de synthèse médicale](#) (VSM), transmis aux autres prescripteurs lors de son actualisation. En cas d'ETP, avec l'accord du patient, le médecin traitant donne accès à ces informations aux autres soignants qui vont mettre en œuvre le programme d'ETP: infirmier, pharmacien, kinésithérapeute...

### Étape 3. Si besoin, élaborer un PPS

**Professionnels impliqués**, avec l'accord de la personne : médecin traitant (pilote), autres professionnels de proximité (pharmacien, infirmier libéral, kinésithérapeute), assistant social, professionnels de l'aide à domicile, coordination d'appui (cf. [mode d'emploi du PPS](#)).

**Nature de l'intervention** : planifier des actions de soins et d'aides.

**Objectif** : anticiper au mieux les problèmes, et les gérer de manière adaptée en termes de démarche clinique et d'organisation (individuelle, en face à face en consultation ; collective pour un travail concerté à plusieurs s'il est nécessaire).

**Méthode** : utilisation du [questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Santé \(PPS\)](#). Dans ce questionnaire, la présence de critères en sus de la polypathologie (pathologie sévère, association à des problèmes sociaux...) est une incitation supplémentaire à s'engager dans un PPS. La décision dépend *in fine* du jugement clinique du médecin traitant.

- Si le besoin d'élaborer un PPS est confirmé, les professionnels de proximité se concertent à l'aide de la [checklist](#) des situations à problèmes. Un plan d'actions est ensuite proposé avec des messages harmonisés pour le patient (ex alimentation et AVK, régime hyposodé et insuffisance cardiaque,...). L'élaboration du [PPS](#) est associée à la désignation d'un référent chargé de suivre l'effectivité des actions planifiées.
- Si la situation de la personne polypathologique ne relève pas d'un PPS, les interventions projetées sont inscrites

par le médecin traitant avec une date de suivi dans le dossier médical.

### Étape 4. Assurer un suivi et des réévaluations

**Professionnels impliqués** : médecin traitant, au mieux en équipe ou dans le cadre d'un groupe de pairs ; souvent des spécialistes d'organes ; pharmacien.

**Nature de l'intervention** : suivi et réévaluation des diagnostics et des traitements.

**Objectif** : assurer un suivi médical cohérent à plusieurs prescripteurs (Annexe 4).

**Méthode** : suivi des optimisations diagnostiques et thérapeutiques (PMSA) dans la durée, réévaluer les objectifs thérapeutiques, maîtriser le risque iatrogénique en rapport avec la polymédication et l'automédication, organiser le suivi à plusieurs spécialistes (consultations, examens complémentaires), sécuriser les transitions, reconsidérer les priorités avec le patient en cas de diagnostic d'une nouvelle pathologie.

Suivi régulier (au moins une fois par an), à renforcer dans les périodes à risque de rupture du parcours (décompensation, transitions ville-hôpital et hôpital-ville, nouvelle maladie, modification de l'entourage...).

### Ce qu'il faut éviter

- Se centrer sur une pathologie
- Traiter sans diagnostics précis ni hiérarchisation des pathologies et traitements.
- Fractionner la prise en charge en une succession d'interventions spécialisées sans coordination, au risque de dispenser des messages contradictoires et d'empiler les traitements.
- Ne pas impliquer la personne et son entourage.
- Négliger les 4 principaux facteurs de risque d'hospitalisation
- Négliger la prévention des réhospitalisations à l'hôpital comme en ville ([checklist d'organisation de la sortie à venir](#))
- Ignorer les signes d'alerte de décompensation des pathologies et / ou des traitements, et les situations à risque de déstabilisation (chaleur estivale, déménagement, perte de l'aidant...).

## Conditions à réunir

- **Former les professionnels**
  - aux spécificités de la polyopathie gériatrique (cascade et schéma 1+2+3 de Bouchon) (cf. Annexe 1 et portfolio OMAGE à venir)
  - à l'optimisation de la prescription médicamenteuse
  - à la réalisation d'une évaluation gériatrique de premier recours,
  - à l'éducation thérapeutique du patient, notamment concernant les 3 principaux facteurs de risques d'hospitalisation évitables : iatrogénie, dépression chute,
  - au travail de concertation et de suivi à plusieurs professionnels (PPS),
  - à dépister la souffrance de l'aidant et le risque de maltraitance.
- **Faire évoluer l'organisation des soins primaires**
  - Rendre accessibles les moyens d'échange et de partage de l'information entre professionnels : messageries sécurisées de santé, dossier médical partagé (DMP).
  - Systématiser le repérage des patients cibles grâce à l'utilisation des SI, au retour d'information sur les pratiques, et à la valorisation financière de la démarche proposée,
  - Encourager le travail en équipe pluriprofessionnelle autour du médecin traitant :
    - Etablir localement des protocoles pluriprofessionnels en réponse aux problèmes identifiés par les équipes
    - Aider à la reconnaissance des différents acteurs entre eux et de leur champ d'actions : répertoire opérationnel des ressources (ROR), guichet intégré.

## Critères de suivi

- Nombre de personnes pour lesquels le protocole est utilisé / nombre de personnes âgées ayant au moins 3 maladies chroniques dans la patientèle
- Evaluation des résultats des soins et du recours aux soins de personnes âgées ayant au moins 3 maladies ou problèmes de santé chroniques : satisfaction des professionnels et des patients - nombre d'hospitalisations et réhospitalisations, non programmées, dans l'année.

## Exemples de réalisations ou de projets en cours

- Dans Paerpa, un décret du 2 décembre 2013 instaure un dispositif dérogatoire en autorisant les professionnels de santé et du champ social et médico-social à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne âgée.
- Portfolio OMAGE (à venir) : à destination des infirmiers pour harmoniser les messages clés dans une perspective éducative. Ces fiches recto-verso traitent de quelques situations fréquentes pour améliorer le suivi infirmier des malades polyopathologiques vivant à domicile. (Ex : alimentation et AVK, dénutrition).
- Outils [MOBIQUAL](#) : Nutrition, dénutrition, alimentation chez la personne âgée. Dépression chez la personne âgée à domicile. Douleur chez la personne âgée.
- Guide du Collège de Médecine Générale [« Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? »](#)

## Focus : publications de la HAS citées dans cette fiche

[Evaluation gériatrique de premier recours](#)

[Check-list des situations à problèmes](#)

[Programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.](#)

[Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?](#)

[Volet de synthèse médicale](#)

[Plan personnalisé de santé](#)

[Cadre référentiel ETP Paerpa Polyopathie – Polymédication](#)

[Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)

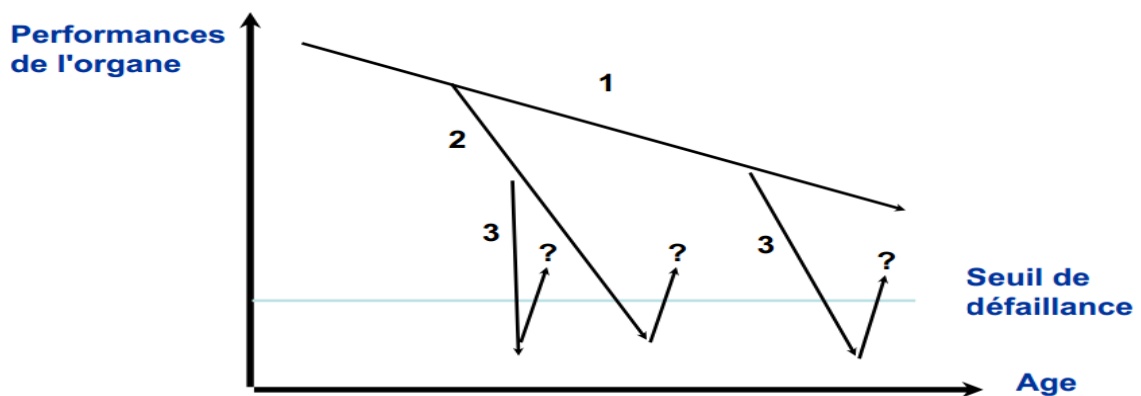
Checklist d'organisation de la sortie (à paraître)

## Annexe 1. Spécificités cliniques de la personne âgée de plus de 75 ans

Deux concepts gériatriques explicitent les liens / interactions entre plusieurs maladies chroniques et des événements intercurrents.

- La « **décompensation en cascade des pathologies** ». (exemple : dépression puis dénutrition avec sarcopénie → chute → syndrome phobique post chute → confinement au domicile → chute avec fracture ;
- La **décompensation fonctionnelle d'un organe (théorie 1+ (2) +3 de JP Bouchon)**. Les effets du vieillissement (1) réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation. Les affections chroniques surajoutées (2) altèrent les fonctions. Les facteurs de décompensation (3) sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique. Il est nécessaire au médecin et au patient d'identifier ces situations à risque de décompensation et de définir des signes d'alerte.

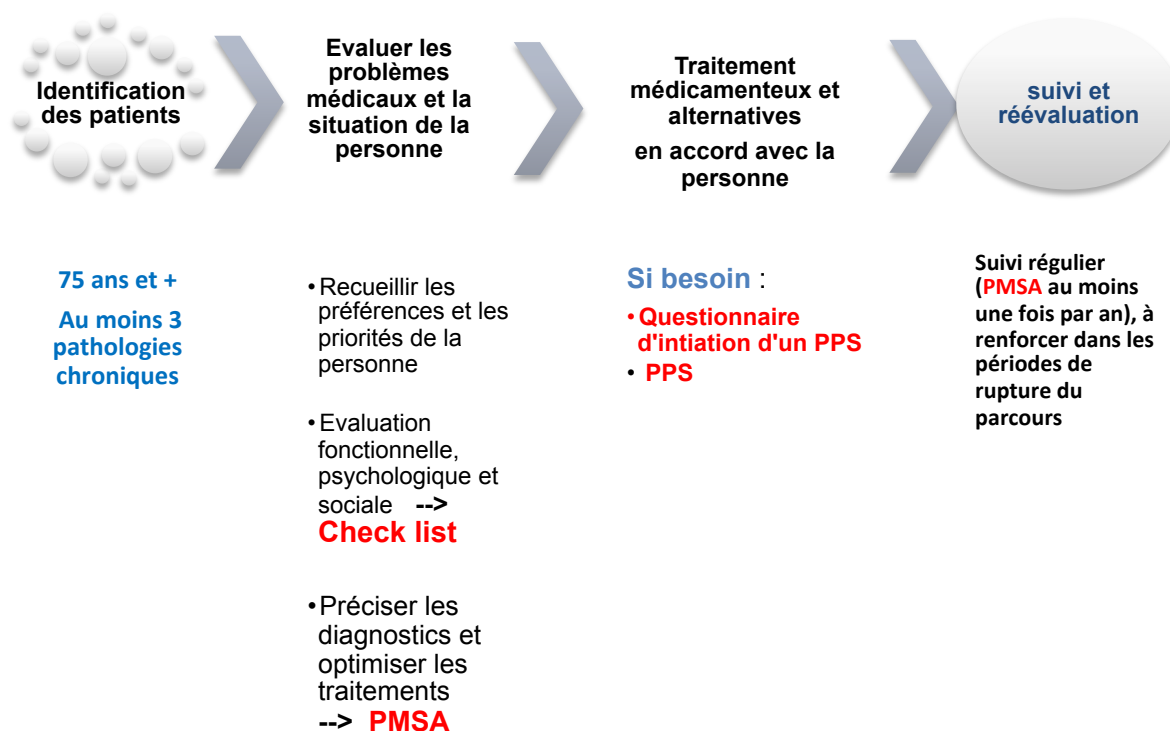
### Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

A titre d'illustration, des cas cliniques sont accessibles sur ce [lien](#)

## Annexe 2. Ce qu'il faut faire : synthèse



## Annexe 3. Tableau PMSA simplifié

PMSA simplifié					
Problèmes de santé	Preuves diagnostiques ?	Optimisation diagnostique ? Oui/Non	Traitements et alternatives non médicamenteuses	Optimisation thérapeutique ? Oui/Non	Remarques

## Annexe 4. Check-list de concertation

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)			Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)			Suivi		
			Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2				Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>						<b>Précarité</b>					
- accident iatrogène						- financière					
- automédication à risque						- habitat					
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiantes)						- énergétique					
- problème d'observance						<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>					
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)						- soins personnels/toilette					
<b>Organisation du suivi</b>						- habillage					
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant						- aller aux toilettes					
- multiples intervenants						- continence					
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes						- locomotion					
						- repas					
<b>Problèmes de mobilité</b>						<b>Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>					
- risque de chute						<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>					
- chute(s)						- difficultés à utiliser le téléphone					
- phobie post-chute						- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments					
- problèmes de mobilité à domicile						- difficultés à voyager seul					
- problèmes de mobilité à l'extérieur						- difficultés à gérer son budget					
						- refus de soins et d'aides					
<b>Isolement</b>						- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause					
- faiblesse du réseau familial ou social						<b>Troubles de l'humeur</b>					
- isolement géographique											
- isolement ressenti											
- isolement culturel						<b>Aidant : épuisement physique ou psychique, risque de maltraitance</b>					
-											



## Annexe 5. Segmentation de la population en fonction des profils de risque

Sous-groupes de patients	Points de vigilance	Interventions à prioriser
<b>Une pathologie est prédominante, avec des comorbidités</b> (ex : insuffisance cardiaque avec diabète et HTA)	Renforcer le suivi après une hospitalisation Gérer la polymédication	Organiser la coopération avec le spécialiste d'organe ou référent de la pathologie Education du patient et de l'entourage Envisager un PPS*
<b>Plusieurs pathologies coexistent</b>	Etablir des priorités entre les objectifs et les traitements Gérer la polymédication	Formaliser le suivi des différents avis spécialisés Education du patient et de l'entourage Envisager un PPS*
<b>Les poly-pathologies sont associées à une perte d'autonomie, même débutante</b>	Prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie	Evaluation gériatrique de soins primaires ou spécialisée Mobiliser les aides à domicile Envisager un PPS
<b>Les poly-pathologies coexistent avec une précarité financière, sociale, énergétique...</b>	Réduire les facteurs limitant l'accès aux soins et la qualité de vie	Bilan social Mobiliser les aides sociales Proposer un accompagnement temporaire au patient Envisager un PPS

\* Certains patients poly-pathologiques, même autonomes, peuvent nécessiter la mise en œuvre d'un PPS si la gestion de leurs maladies et traitements s'avère complexe avec un risque médicamenteux élevé