

Alternatives à mobiliser en ambulatoire pour nous médecins traitants: check-list du maintien à domicile

Formation continue Médecine de la personne âgée

«Docteur, dois-je vraiment aller aux urgences»

Dre Amel Rodondi

SITUATION DE DÉPART

Patient de 80 ans :

- Douleurs abdominales basses fluctuantes, en lancées, en position debout. Pense être constipé. Pas de vomissements, pas de plaintes urinaires, pas de frissons. Toux et respiration bruyante chroniques.
- **Troubles de l'équilibre** connus, avec **plusieurs chutes récentes**. HTA traitée par lisinopril. **Troubles cognitifs**. Prend ibuprofen 800 1x/j
- **Vit seul** dans un grand dénuement et désordre, mais semble heureux, beaucoup d'humour.

Critère hospitalisation

- Risque de chute
- Risque ECA
- Entourage restreint
- N'a pas sa capacité de discernement
- Plus simple et moins chronophage pour moi

Critère non hospitalisation

- Refus du patient d'aller à l'hôpital
- J'ai constaté que le patient se déplaçait encore seul
- Absence de critères de gravité
- Déjà trop de personnes âgées aux urgences
- On peut dans un premier temps renforcer l'aide à domicile

Au-delà du «simple» diagnostic

- Répercussions fonctionnelles
 - AVQ/AIVQ
- Entourage/aides informelles (épuisement, ressources)
- Offres de soins, limites du système (LAMal: efficacité, adéquation et économicité)
- Environnement adapté
- Valeurs, représentations, jugement (seuil de tolérance, accepter la différence)
- Capacité de discernement, directives anticipées
- Equilibre entre risques/mises en danger et sécurité



Polypharmacie et prescriptions médicamenteuses inappropriées: responsables des hospitalisations?

- 1 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 30%
- 30 à 40%



Polypharmacie et prescriptions médicamenteuses inappropriées: responsables des hospitalisations?

- 1 à 10%
- **10 à 20%**
- 20 à 30%
- 30 à 40%

Thomas R, Huntley AL, Mann M, et al. Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age Ageing*. 2014;43(2):174–187

Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med*. December 2001;38:666-671

Polypharmacie: conséquences

- Interactions
- Effets indésirables
- Erreurs d'administration
- Faible adhésion thérapeutique
- Chutes
- Hypotension orthostatique
- ECA
- Hémorragies
- Insuffisance rénale et troubles électrolytiques



Critères STOPP-START version 2

(Screening Tool of Older Person's Prescriptions - Screening Tool to Alert to Right Treatment)

- Outils d'aide à la détection des PMI
- Ciblent les situations les plus communes chez les personnes âgées
- Composés de 2 listes organisées par système physiologique
 - STOPP: la prise est potentiellement inappropriée
 - START: la non prescription est potentiellement inappropriée
- Démontrent leur intérêt dans la réduction des prescriptions inappropriées et la prévention des événements médicamenteux indésirables

Section H : Système musculo-squelettique

H1. Un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal ou de saignement digestif, sans traitement gastro-protecteur par IPP ou anti-

H2 – [risque de récurrence de l'ulcère peptique] H2. Un AINS en présence d'une hypertension artérielle sévère – [risque de majoration de l'hypertension] ou d'une insuffisance cardiaque sévère – [risque de décompensation cardiaque]

H3. Un AINS au long cours (>3 mois) en première ligne pour une douleur arthrosique – [un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées]

H4. Une corticothérapie au long cours (> 3 mois) pour une polyarthrite rhumatoïde en monothérapie – [risque d'effets secondaires de la corticothérapie]

H5. Une corticothérapie pour douleur d'arthrose, par voie orale ou locale (injections intra-articulaires admises) – [risque d'effets secondaires systémiques de la corticothérapie]

H6. Un AINS ou alcolchicine au long cours (>3 mois) pour le traitement de fond d'une goutte, en l'absence d'un inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol ou febuxostat) sauf si ce dernier est contre-indiqué – [un inhibiteur de la xanthine-oxydase est le premier choix pour la prévention des crises de goutte]

H7. Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) – [risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale]

H8. Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par inhibiteur de la pompe à protons – [risque accru d'ulcère gastroduodéal]

H9. Un biphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, œsophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique, ou saignement digestif haut) – [risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute]

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

- CMS et OSAD
 - ASPMAD équipe mobile (Nord)
 - BEA (équipe d'appoint Centre, yc la nuit)
 - EM-RAD (Est)
 - Pool nuit (présence aux urgences)
- Equipes mobiles (formation FCMPA novembre 2017)
 - gériatrie, psychogériatrie (financement SSP EMS et CMS), soins palliatifs
- Readom (région centre)
- Alzamis/Pro-xy
 - 24h/24
 - 22.-/h jour; 38.-/h nuit
 - si PC: 400 heures remboursées/an
- Bénévoles (entraide bénévole, CR, Pro-senectute, mission.com (centre))
- EMUS (urgences sociales 24h/24)

Penser aussi

- API (allocations pour impotent, rétroactif)

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

- CMS et OSAD
 - ASPMAD équipe mobile (Nord)
 - BEA (équipe d'appoint Centre, yc la nuit)
 - EM-RAD (Est)
 - Pool nuit (présence aux urgences)
- Equipes mobiles (formation FCMPPA novembre 2017)
 - gériatrie, psychogériatrie (financement SSP EMS et CMS), soins palliatifs
- Readom (région centre)
- Alzamis/Pro-xy
 - 24h/24
 - 22.-/h jour; 38.-/h nuit
 - si PC: 400 heures remboursées/an
- Bénévoles (entraide bénévole, CR, Pro-senectute, mission.com (centre))
- EMUS (urgences sociales 24h/24)

Penser aussi

- API (allocations pour impotent, rétroactif)

CMS READOM

Critères d'admission dans le programme READOM

Patient > 65 ans, dans le secteur RSRL

Le patient et ses proches acceptent le programme et sont informés des modalités (cf. brochure)

Du point de vue médical :

- Besoin et potentiel de réadaptation
- Etat somatique et psychique du patient
- Douleurs gérées et permettant une réadaptation
- Capacité du patient à collaborer aux soins

Critères d'exclusion :

- Etat confusionnel aigu

Evaluer de cas en cas les impacts sur le potentiel de réadaptation :

- Patients en dialyse chimiothérapie/radiothérapie ou nécessitant une chirurgie ambulatoire

Du point de vue fonctionnel : les points suivants doivent être acquis :

Si patient vit seul :

- Transferts effectués seul (lit, WC, chaise sans accoudoirs)
- Aller WC seul (ou gestion de l'incontinence)
- Se déplacer seul avec ou sans moyens auxiliaires
- Utiliser seul les moyens auxiliaires de marche
- Gravier les escaliers si nécessaire
- S'alimenter seul
- Tinetti $\geq 15/28$

Si patient ne vit pas seul :

- Aide modérée (max.1 personne) pour les transferts et WC pouvant être réalisés par le proche aidant

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

- CMS et OSAD
 - ASPMAD équipe mobile (Nord)
 - BEA (équipe d'appoint Centre, yc la nuit)
 - EM-RAD (Est)
 - Pool nuit (présence aux urgences)
- Equipes mobiles (formation FCMPPA novembre 2017)
 - gériatrie, psychogériatrie (financement SSP EMS et CMS), soins palliatifs
- Readom (région centre)
- Alzamis/Pro-xy
 - 24h/24
 - 22.-/h jour; 38.-/h nuit
 - si PC: 400 heures remboursées/an
- Bénévoles (entraide bénévole, CR, Pro-senectute, mission.com (centre))
- EMUS (urgences sociales 24h/24)

Penser aussi

- API (allocations pour impotent, rétroactif)

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

- Courts séjours et courts séjours d'urgence
- CAT (y compris la nuit)

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

Ou comment éviter les urgences s'il n'y a effectivement pas d'indication:

- Hospitalisation directe filière soins aigus aux seniors: CHUV GERH, Morges)
- Réadaptation (CTR: demande via annexe 3b)
- Structure de préparation et d'attente à l'hébergement (SPAHI)

GERH → 079 556 33 30

≥ 75 ans + syndrome gériatrique + soins aigus

- TME, chutes
- ECA, troubles cognitifs à investiguer
- Dénutrition
- Polymédication
- Multiples pathologies chroniques

Exclusion

- Instabilité: risque élevé transfert SC ou SI
- Décompensation psychiatrique aiguë, fugue, risque suicidaire
- Troubles du comportement nécessitant agent de sécurité

CHUV: gestion des lits de médecine

Entrées directes

dso.lits@chuv.ch

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

Ou comment éviter les urgences s'il n'y a effectivement pas d'indication:

- Hospitalisation directe filière soins aigus aux seniors: CHUV GERH, Morges)
- Réadaptation (CTR: demande via annexe 3b)
- Structure de préparation et d'attente à l'hébergement (SPAH)



CUTR → 021 314 31 87

≥ 65 ans, avec :

- Incapacité(s) AVQB
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- Atteinte d'organe + retentissement fonctionnel

+ **potentiel de récupération**

Exclusion

- Instabilité
- SCPD sévères, fugues
- Refus, ∅ récupération, réadaptation spécialisée / ambulatoire, ...

Réseau(x) et alternatives au maintien à domicile

Ou comment éviter les urgences s'il n'y a effectivement pas d'indication:

- Hospitalisation directe filière soins aigus aux seniors: CHUV GERH, Morges)
- Réadaptation (CTR: demande via annexe 3b)
- Structure de préparation et d'attente à l'hébergement (SPAH)



Merci pour votre attention