

Patients âgés vulnérables au cabinet: comment les identifier et quelles ressources mobiliser ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 2077-80

**C. Smith, E. Rubli
N. Senn, K. Major
S. Nguyen
M. Humbert
C. Büla**

**Drs Cindi Smith, Eve Rubli,
Kristof Major, Sylvain Nguyen
et Marc Humbert
Pr Christophe Büla
Service de gériatrie et réadaptation
gériatrique, CHUV
Dr Nicolas Senn
PMU, 1011 Lausanne
cindi.smith@chuv.ch**

Vulnerable older patients in primary care: how to identify them? Which resources to mobilize?

Trust is essential to foster and preserve a long-term relationship between primary care physicians and their patients suffering from chronic diseases. However, this relation remains insufficient to successfully manage more complex situations, such as those of older patients with multiple diseases and disability. For the primary care physician, a significant limitation is the time required to plan and coordinate interventions supplied by different health and social care providers.

This article describes a structured approach to support primary care physicians in this difficult task and help them to identify vulnerable older patients requiring to mobilize and coordinate health and social care resources. Current and future resources available to family physicians to complete this challenging task are further described.

La relation de confiance entre le médecin de famille et son patient est essentielle pour favoriser un suivi au long cours des patients souffrant de maladies chroniques. Cependant, cette relation ne suffit pas pour assurer une prise en charge plus complexe, en particulier des patients polymorbides, âgés et dépendants. Une difficulté particulière est le temps requis pour la coordination indispensable entre les différents intervenants. Cet article propose une approche pour soutenir le médecin de famille dans la démarche d'identification, sous forme de drapeaux rouges, des patients âgés vulnérables pour lesquels la mobilisation et la coordination des ressources sont nécessaires. Il vise ensuite à faire un tour d'horizon des ressources actuelles et futures du système de soins sur lesquelles le médecin de famille devrait pouvoir s'appuyer.

INTRODUCTION

La relation de confiance qui s'établit entre le médecin de famille et son patient au cours du temps est un élément nécessaire (indispensable!) pour favoriser un suivi à long terme des patients souffrant de maladies chroniques. Néanmoins, cette relation ne suffit plus à elle seule pour assurer une prise en charge de ces patients lorsque la situation devient plus complexe, en particulier chez les patients polymorbides, âgés et dépendants. L'un des principaux obstacles à cette prise en charge devient alors le temps requis pour la coordination indispensable entre

les différents intervenants. En effet, chez ces patients âgés, en plus d'assurer le suivi des pathologies «courantes», le médecin de famille doit relever le défi de maintenir leur qualité de vie, prévenir les événements indésirables (chutes, etc.) et les hospitalisations qui peuvent en résulter, retarder le déclin fonctionnel et, idéalement, éviter une institutionnalisation, redoutée par la plupart d'entre eux. Le médecin de famille se retrouve alors relativement isolé, obligé de jouer un rôle d'homme orchestre. Dans ce contexte, toute ressource est potentiellement bienvenue pour lui permettre de faciliter la coordination de la prise en charge et passer de ce rôle d'homme orchestre à celui de chef d'orchestre.

Cet article propose une approche pour soutenir le médecin de famille dans la première étape de cette démarche qui consiste à identifier plus systématiquement, parmi ses patients âgés vulnérables, ceux pour lesquels la mobilisation de ces ressources est nécessaire. Cet article vise ensuite à faire un tour d'horizon des ressources actuelles et futures du système de soins sur lesquelles le médecin de famille devrait pouvoir s'appuyer.

IDENTIFICATION DES PATIENTS ÂGÉS VULNÉRABLES

La population âgée est hétérogène, tant du point de vue de son état de santé que de ses attentes face aux soins. L'âge chronologique devient insuffisant pour décrire les profils de santé et fonctionnel d'un patient. Il est alors plus utile d'identifier schématiquement, en fonction de ses comorbidités et de son état fonc-



tionnel, à laquelle des trois grandes catégories de patients âgés le patient appartient a priori (figure 1).¹

Les patients âgés *robustes* (bas de la pyramide) sont en relative bonne santé. Pour eux, les bénéfices d'une approche préventive sont bien établis, et même de petites améliorations sont susceptibles d'avoir un impact significatif pour le patient.

A l'autre extrême (sommet de la pyramide), les patients *dépendants* présentent une constellation de plusieurs pathologies avec des répercussions fonctionnelles (dépendances). Les possibilités d'intervention sont plus réduites, les ressources du système étant souvent déjà activées (aide d'un centre médico-social (CMS) ou placement en établissement médico-social (EMS)). Ce sont ces patients qui, lorsqu'ils vivent encore à domicile, bénéficient idéalement de modèles de prise en charge intégrée.²

Entre les deux catégories se situent les patients âgés *vulnérables* (ou fragiles). Ces patients âgés, qui paraissent souvent robustes au premier abord, ont des réserves physiologiques et une capacité de maintenir l'homéostasie face à un stress qui sont réduites. Lors d'un événement aigu, ils ont un risque élevé de décliner fonctionnellement et de basculer dans la dépendance fonctionnelle.

Pour les professionnels de santé en général et le médecin en particulier, l'un des enjeux est justement d'identifier ces patients vulnérables afin de planifier les interventions susceptibles de leur permettre de maintenir leur état fonctionnel, voire même de regagner en robustesse.

Plusieurs index permettant d'identifier ces patients vulnérables ont été développés (VES-13, Groningen Frailty Index, Charlson, CIRS...), mais ils sont principalement utilisés à but de recherche, notamment comme prédicteurs d'événements indésirables. Un index de complexité gériatrique a été récemment développé qui évalue 32 maladies chroniques et syndromes gériatriques (GXI), mais prend insuffisamment en considération les dimensions psychosociales et environnementales.³ Au total, ces index présentent

certainement un intérêt théorique, mais sont difficilement applicables en cabinet car trop longs et complexes.

L'autoévaluation de l'état de santé (Jugez-vous votre état de santé comme excellent/très bon/bon/moyen/mauvais?) pourrait constituer une alternative simple et rapide pour dépister un patient âgé vulnérable. En effet, il existe une forte association entre perception de son état de santé comme moyen et/ou mauvais, et risque de déclin fonctionnel et de mortalité.^{4,5}

Une approche plus complète mais qui reste relativement simple et réalisable au cabinet consiste à identifier quelques éléments-clés constituant des «drapeaux rouges» qui servent à nous alerter.

VULNÉRABILITÉ: LES DRAPEAUX ROUGES AU CABINET

Les drapeaux rouges principaux proposés (tableau 1) peuvent signaler une situation de vulnérabilité potentielle chez un patient âgé.

En plus de l'âge (≥ 85 ans), qui reste un bon indicateur de vulnérabilité potentielle, le *status fonctionnel* (performance dans les activités de la vie quotidienne de base et instrumentales) représente certainement le meilleur marqueur pronostique des trajectoires de santé et fonctionnelle des patients âgés (tableau 2). Son évaluation systématique est essentielle pour instaurer des mesures de soutien (soins à domicile, soutien aux proches), des traitements et une prévention tertiaire visant à freiner le déclin fonctionnel ultérieur et la perte d'autonomie.

Chez les patients âgés, les *syndromes gériatriques* mentionnés dans le tableau 1 (*Domaine*) prennent une importance toute particulière en raison de leur forte prévalence – aussi élevée que celle des maladies chroniques elles-mêmes (!) –,

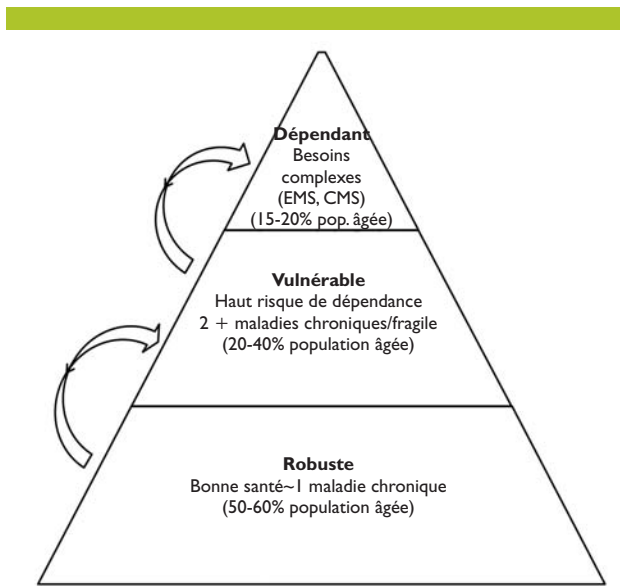


Figure 1. Représentation schématique de l'hétérogénéité de la population âgée²

Tableau 1. Drapeaux rouges au cabinet
 ≥ 1 drapeau rouge = vulnérabilité.

- Age ≥ 85 ans
- Dépendance fonctionnelle
- Polymédication: ≥ 5 médicaments
- Syndromes gériatriques (DOMAINE):
 1. **D**épression: troubles de l'humeur
 2. **C**eil: troubles visuels
 3. **M**émoire: troubles cognitifs
 4. **A**udition: troubles auditifs
 5. Incontinence urinaire
 6. **N**utrition: dénutrition/malnutrition
 7. **E**quilibre: troubles de la marche et chutes

Tableau 2. AVQ (activités de la vie quotidienne)

Six AVQ de base	
1. Se laver seul	4. Faire le transfert
2. S'habiller seul	5. Etre continent
3. Aller au WC seul	6. Manger seul
Huit AVQ instrumentales	
1. Utiliser le téléphone	5. Faire la lessive
2. S'occuper des commissions	6. Utiliser les transports publics
3. Préparer les repas	7. Gérer les médicaments
4. Faire le ménage	8. Effectuer les paiements



de leur coexistence avec ces maladies chroniques, et de leurs conséquences fonctionnelles.⁶ Traditionnellement, la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques est plutôt centrée sur leurs pathologies d'organes. Pourtant, l'association entre syndromes gériatriques et dépendance fonctionnelle est tout aussi marquée et justifie leur prise en compte systématique.⁷ Certains syndromes peuvent être prévenus (par exemple, chute via opération de cataracte), pris en charge (troubles cognitifs, incontinence urinaire), ou parfois traités (vertiges), avec pour résultante une réduction du déclin fonctionnel.

Une étude a identifié quatre facteurs de risque (âge avancé, dépendance fonctionnelle, troubles cognitifs et troubles de la marche) communs à cinq conditions gériatriques (escarres, incontinence urinaire, chutes, déclin fonctionnel et delirium). Tous ces facteurs de risque – excepté l'âge – peuvent être favorablement influencés par des stratégies de prévention (état confusionnel aigu, exercice, entraînement de l'équilibre et mobilisation) dont l'efficacité a été démontrée.⁸

Une panoplie d'instruments simples et robustes a été proposée pour le dépistage au cabinet des principaux syndromes gériatriques (tableau 3).⁹

Finalement, la présence d'une *polymédication* est également un drapeau rouge primordial. Définie le plus souvent comme la prise de cinq médicaments ou plus, la polymédication est courante chez les patients âgés, en raison des fréquentes comorbidités. Elle découle parfois de l'utilisation simultanée, chez une même personne, de plusieurs recommandations ciblant chacune une seule des maladies chroniques dont elle souffre. Les modèles et recommandations de prise en charge de maladies chroniques (diabète, ostéoporose, etc.) s'avèrent peu adaptés pour faire face adéquatement aux besoins multiples de ces patients âgés polymorbides et peuvent conduire à de véritables aberrations thérapeutiques.¹⁰ La polymédication est responsable ou associée à de multiples effets secondaires, particulièrement néfastes chez le patient âgé (interactions, erreurs de prise). Par ailleurs, le risque de recevoir au moins un médicament inapproprié (dont le rapport risque/bénéfice est défavorable chez la personne âgée) est accru en présence d'une polymédication.

En présence de l'un des drapeaux rouges énumérés ci-dessus, le médecin de famille devrait envisager la mobilisation des ressources du système de soins.

RESSOURCES À DISPOSITION

Une fois identifiés, il s'agit de proposer une prise en charge appropriée aux patients à risque de perte d'autonomie, afin d'influencer leur trajectoire fonctionnelle. L'intérêt de différencier les groupes cibles des personnes âgées considérées comme robustes, vulnérables et dépendantes en fonction de leur état de santé, fonctionnel et cognitif, a déjà été souligné. La combinaison des mesures de préventions primaire, secondaire et tertiaire peut varier pour chacun de ces différents groupes cibles. Le but commun est d'éviter (idéalement!) ou de retarder un déclin fonctionnel et, in fine, réduire le temps passé en dépendance.

Plus le nombre de drapeaux rouges identifiés est élevé,

Tableau 3. Récapitulatif des tests de dépistage des syndromes gériatriques au cabinet⁹

- **Dépendance fonctionnelle:** activités de la vie quotidienne de base et instrumentales (tableau 2)
- **Troubles cognitifs:** mini Cog
- **Dépression:** mini GDS (geriatric depression scale)
- **Troubles de la marche et chutes:** anamnèse de chutes, observer la marche
- **Incontinence urinaire:** 4 questions
- **Nutrition:** IMC, perte de poids involontaire de >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
- **Malvoyance:** faire lire le journal
- **Troubles auditifs:** voix chuchotée

plus les ressources à déployer seront nombreuses, ce qui nécessitera un temps de coordination accru. Une approche incrémentale est proposée (figure 2), le partenariat entre médecin de famille et ressources disponibles s'organisant en fonction des préférences respectives du patient et de son médecin.

Dans certaines régions, de nouvelles compétences sont déployées pour appuyer les médecins de famille dans ces situations qui peuvent rapidement devenir lourdes et chronophages à gérer.¹ Par exemple, un programme de *consultations gériatriques ambulatoires et de visites à domicile* a justement été développé dans le canton de Vaud. Ces consultations proposent un soutien aux praticiens pour effectuer une évaluation gériatrique globale, multidimensionnelle, structurée servant de base à une prise en charge ultérieure.¹¹ Similairement, dans toute la Suisse, les services de soins à domicile déploient progressivement l'utilisation de l'instrument RAI soins à domicile qui devrait servir le même but.

Pour les patients souffrant de troubles cognitifs, une *consultation mémoire* peut être sollicitée lorsque le médecin de famille se sent peu à l'aise pour poser le diagnostic ou déterminer la prise en charge optimale.¹² La consultation psychologique pour proches aidants est destinée à soutenir les proches de personnes souffrant de troubles cognitifs débutants ou de démence.¹³

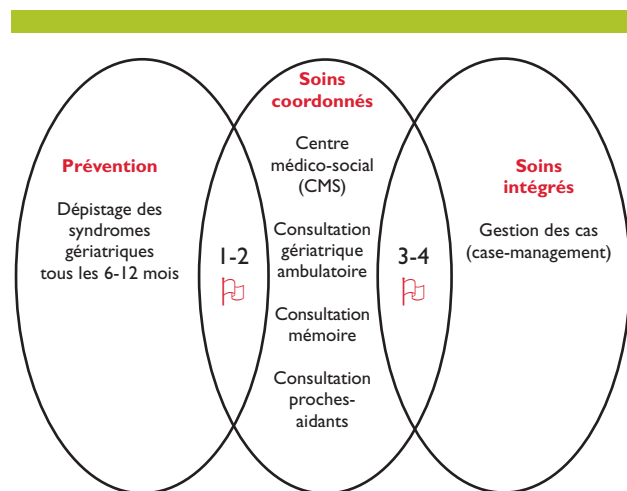


Figure 2. Approche conceptuelle de la prise en charge des patients âgés vulnérables (🚩: drapeau rouge)



Pour les patients vulnérables les plus complexes, il est probable qu'à l'avenir des *gestionnaires de situation (case-managers)* puissent également intervenir afin d'optimiser la prise en charge. L'intervention d'infirmières communautaires spécialement formées, qui collaborent étroitement avec un médecin de famille, vise à améliorer le suivi à long terme de ces patients en coordonnant les différents intervenants impliqués dans la trajectoire de soins. Certains programmes de soins intégrés ont permis de diminuer les hospitalisations et les admissions en long séjour mais leurs effets sur l'état de santé et fonctionnel, ainsi que leurs coûts globaux, restent encore insuffisamment démontrés.¹⁴

Plusieurs modèles de prise en charge des patients âgés chroniques ont démontré des bénéfices, tels que les visites à domicile préventives,¹¹ l'évaluation gériatrique globale ambulatoire ou le *case-management*,² mais la question du meilleur modèle à appliquer dans un environnement donné reste ouverte.

CONCLUSION

Une identification plus systématique des patients âgés vulnérables lors de consultation est essentielle pour mieux cibler les interventions de prévention du déclin fonctionnel et de la perte d'autonomie. Le praticien peut recourir à différents outils pour définir la présence de «drapeaux rouges» sur la base desquels un plan de soins basé sur des interventions à l'efficacité avérée devrait être proposé.

Compte tenu du temps limité à disposition du médecin de famille, il apparaît dès lors indispensable de mobiliser les ressources existantes du système afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés vulnérables. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- La population âgée est hétérogène. On peut schématiquement classer les patients âgés dans trois grandes catégories: robuste, vulnérable ou dépendant, selon leurs comorbidités et leur état fonctionnel
- L'un des enjeux en cabinet est d'identifier les patients âgés vulnérables pour planifier les interventions susceptibles de leur permettre de maintenir leur état fonctionnel
- Une approche simple et réalisable en cabinet consiste à identifier des «drapeaux rouges» qui nous alertent: âge ≥ 85 ans, polymédication, dépendance fonctionnelle, syndromes gériatriques (Domaine)
- En présence d'un patient âgé vulnérable au cabinet, compte tenu du temps limité à sa disposition, le médecin de famille devrait envisager le recours aux différentes ressources proposées par le système de santé (figure 2)

Bibliographie

- 1 * Büla C, Beetschen P, David S, et al. Rapport politique cantonale «Vieillesse et santé», 2012.
- 2 Boulton C, Green AF, Boulton LB, et al. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's «retooling for an aging America» report. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:2328-37.
- 3 Min L, Wenger N, Walling AM, et al. When comorbidity, aging, and complexity of primary care meet: Development and validation of the Geriatric Complexity of Care Index. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:542-50.
- 4 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
- 5 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
- 6 Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: The health and retirement study. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:511-6.
- 7 Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Intern Med* 2007;147:156-64.
- 8 Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91.
- 9 *** Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet? *Rev Med Suisse* 2009;5:2205-10.
- 10 Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
- 11 Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:298-307.
- 12 Gremaud Brulhart F, Decrey H, Démonet JF, et al. Troubles de la mémoire chez la personne âgée: que faire au cabinet? *Rev Med Suisse* 2013;9:2029-33.
- 13 www.vd.ch/proches-aidants
- 14 Boulton C, Reider L, Frey K, et al. Early effects of «Guided Care» on the quality of health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:321-7.

* à lire

** à lire absolument