

# Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires

Cette fiche propose une approche globale centrée sur la personne âgée et sa polypathologie. Elle concerne des patients autonomes ou avec perte d'autonomie.

## Points clés

- La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs.
- La prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques est un processus continu : identification des patients, information, dialogue et évaluation, planification des soins, suivi et réajustement avec le patient et son entourage.
- 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 des priorités des patients.
- La prise en charge est pluriprofessionnelle : elle fait appel à la concertation entre professionnels et à la délivrance au patient de messages clés harmonisés.
- Elle met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médicaments multiples.
- Elle nécessite d'impliquer le patient en l'informant, en lui proposant si besoin une éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques.
- Le suivi des patients doit être renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, afin de prévenir le risque de réadmission non programmée.
- Lorsque la situation du patient nécessite un travail formalisé à plusieurs professionnels, un plan personnalisé de santé (PPS) doit être envisagé.

## 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) n'est pas systématique. Une synthèse de l'approche par étapes est présentée en [annexe 1](#).

## Étape 1. Identifier les personnes âgées polypathologiques

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

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

**Objectif** : Identifier un groupe de patients à qui proposer une prise en charge renforcée et pluriprofessionnelle.

**Méthode** : principalement par la 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 également permettre d'identifier des pathologies non répertoriées dans le dossier médical.

### 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, insuffisance rénale, arthrose invalidante

### Personnalisation de la prise en charge en fonction des profils de risque

Profils de patients	Points de vigilance	Interventions à prioriser
<b>Prédominance d'une pathologie avec des comorbidités</b> (ex. : insuffisance cardiaque avec diabète et HTA) chez un patient autonome	Renforcer le suivi après une hospitalisation Gérer la polymédication	Organiser la coopération avec le spécialiste d'organe ou référent de la pathologie Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
<b>Coexistence de plusieurs pathologies chez un patient autonome</b>	Établir des priorités entre les objectifs et les traitements Gérer la polymédication	Formaliser le suivi des différents avis spécialisés Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
<b>Polypathologie associée à une fragilité ou à une perte d'autonomie, même débutante</b>	Prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie	Faire une évaluation gériatrique de soins primaires ou spécialisés Mobiliser les aides à domicile Envisager un PPS*
<b>Coexistence d'une polypathologie avec une précarité financière, sociale, énergétique, etc.</b>	Réduire les facteurs limitant l'accès aux soins et la qualité de vie	Établir un bilan social Mobiliser les aides sociales Proposer un accompagnement temporaire au patient Envisager un PPS*

\* Certains patients âgés polypathologiques, 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.

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

Dans cette étape, la révision des pathologies chroniques et des traitements, l'évaluation de la situation de la personne, et le recueil de ses priorités et préférences sont d'une importance égale : elles doivent être menées de concert.

- **Recueillir la principale préoccupation de la personne (« priorité du moment »)**

**Professionnel impliqué :** médecin traitant.

**Nature de l'intervention :** recueil systématique de la priorité du moment de la personne (et de celles des aidants avec l'accord de la personne).

**Objectif :** dispenser des soins centrés sur la personne et ses besoins.

**Méthode :** recueil par entretien.

La (les) priorité(s) « du moment » concerne(nt) un (des) symptôme(s), des difficultés fonctionnelles ou des maladies : lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque, douleur, etc. À un moment précis, la personne a souvent une seule priorité qui ne coïncidera pas forcément avec la priorité des soignants, et qui devra être prise en compte dans les actions mises en œuvre.

- **Réviser les diagnostics et les traitements**

**Professionnels impliqués :** médecin traitant, au mieux en équipe, ou dans le cadre d'un groupe d'échange de pratique ; spécialistes si nécessaire ; pharmacien, IDE libérale ou IDE de SSIAD.

**Nature de l'intervention :** réviser le nombre et le stade évolutif des différentes pathologies chroniques et les médicaments.

**Objectif :** expliciter les liens entre symptômes et maladies, entre plusieurs maladies, et entre maladies et traitements afin d'adapter les stratégies thérapeutiques.

**Méthode :**

- **Préciser le diagnostic :** 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, et le statut d'ALD est réévalué, voire renouvelé.

- **Procéder à une revue des médicaments prescrits** 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), concertation du médecin et du pharmacien avec le patient (et/ou son entourage). Une démarche de soins infirmiers peut mettre en évi-

dence des difficultés de gestion des traitements, et identifier ainsi des patients à risque iatrogénique. S'assurer de la bonne observance et rechercher une éventuelle automédication. 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.

- **Mettre en correspondance l'ensemble des traitements et les maladies/problèmes de santé à l'aide du tableau PMSA diagnostics (annexe 2)**, version simplifiée du **programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)**. S'interroger sur l'indication d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

- **Évaluer 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 et psychosociales. Confirmer une éventuelle fragilité.

**Méthode :**

Une **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 rapide si le patient est autonome, et n'a pas de problèmes sociaux. Elle peut être complétée par une évaluation gériatrique spécialisée, en cas de difficultés ou de problèmes multiples ou complexes.

À 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.

- **Recueillir les préférences de la personne en termes de traitement**

**Professionnels impliqués :** médecin traitant et équipe de soins primaires, services d'aides à la personne.

**Nature de l'intervention :** recueil systématique des préférences de la personne en termes de traitement médicamenteux et d'alternatives non médicamenteuses (et de celles des aidants avec l'accord de la personne) après explicitation des avantages et désavantages des différentes options thérapeutiques.

**Objectif :** associer la personne aux décisions thérapeutiques.

**Méthode :** recueil par entretien.

Les préférences de la personne sont notées dans le dossier médical et sont intégrées dans la révision des dia-

gnostics et traitements, ainsi que dans l'évaluation gériatrique

À l'issue de ces évaluations, la stratégie thérapeutique est réévaluée en prenant en compte les conclusions du PMSA diagnostics, les résultats de l'évaluation fonctionnelle et psychosociale du patient, ses préférences thérapeutiques, sa priorité du moment, et [sa capacité à gérer ses maladies et ses traitements](#).

Les résultats actualisés de cette révision de stratégie thérapeutique sont notés par le médecin traitant dans le [volet de synthèse médicale](#) (VSM), inclus dans le dossier médical partagé (DMP). 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, IDE libéral, IDE de SSIAD, kinésithérapeute), assistant social, professionnels de l'aide à domicile, Expertise gériatrique (avec l'aide de la coordination d'appui) (cf. [mode d'emploi du PPS](#)).

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

**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 élaborer 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 [check-list](#) des situations à problèmes. Un plan d'action est ensuite proposé avec des messages harmonisés pour le patient (ex. alimentation et AVK, régime hyposodé et insuffisance cardiaque, etc.).
- L'élaboration du [PPS](#) est associée à la désignation d'un référent soignant, chargé de suivre l'effectivité des actions planifiées.
- Si la situation de la personne polypathologique ne relève pas d'un PPS, le médecin partage avec les acteurs concernés, par messagerie sécurisée, des informations utiles à la prise en charge de la personne, avec son accord. 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 ; spécialistes d'organes si nécessaire; pharmacien, si besoin : IDE libérale ou IDE de SSIAD.

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

**Objectif** : assurer un suivi médical cohérent à plusieurs prescripteurs.

**Méthode** : suivi des optimisations diagnostiques et thérapeutiques dans la durée, réévaluer les objectifs thérapeutiques, maîtriser le risque iatrogénique en rapport avec la polymédication et l'automédication, organiser le suivi par plusieurs spécialistes (consultations, examens complémentaires), sécuriser les transitions, reconsidérer les priorités avec le patient en cas de survenue d'un nouveau problème de santé.

Suivi régulier (PMSA diagnostics au moins 1 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, etc.).

### Publications de la HAS citées dans cette fiche

Cette fiche met en lien les autres publications de la HAS en rapport avec le parcours de soins des personnes âgées polypathologiques : prise en charge de la fragilité, gestion de la prescription médicamenteuse, éducation thérapeutique du patient, communication et concertation des professionnels de santé, organisation de la sortie d'hospitalisation :

- [Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?](#)
- [Check-list des situations à problèmes](#)
- [Programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé \(PMSA\)](#)
- [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 Polypathologie – Polymédication](#)
- [Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)
- [Check-list de sortie d'hospitalisation > 24h](#)

# Ce qu'il faut savoir

## Définition choisie de la polypathologie

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

Ne relèvent pas de cette approche les patients atteints de maladie sévère en phase terminale.

## Épidémiologie

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 à :**

- une vulnérabilité sociale et psychique accrue ;
- une perte d'autonomie, une altération de la qualité de vie, une dépression, une déficience sensorielle.

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

- **d'une incertitude diagnostique.** Les diagnostics des pathologies chroniques sont parfois insuffisamment étayés, exposant au risque d'un traitement des seuls symptômes ([annexe 4](#)) ;
- **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 ;
- **des risques liés aux prescripteurs multiples :**
  - fragmentation des soins, et messages contradictoires ;
  - stress et ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non ;
  - 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 inter-dépendants

- **Poser des diagnostics précis de l'ensemble des pathologies chroniques**, afin d'éviter les traitements symptomatiques et les prescriptions inutiles.

- **Optimiser les traitements.**
- **Évaluer et prendre en compte le contexte de la personne** dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux.
- **Impliquer, avec son accord, le patient** : et si nécessaire son entourage (personne de confiance), en tant que partenaires actifs :
  - les informer obligatoirement ;
  - recueillir leur priorité du moment (symptôme ou maladie) et leurs préférences concernant les modalités de prise en charge des maladies ;
  - Proposer une **éducation thérapeutique** intégrant la polypathologie, si le médecin/le pharmacien/l'infirmier (si un infirmier intervient au domicile) pensent que le patient peut en bénéficier.
- **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. La décision revient au médecin traitant s'il estime qu'un travail concerté et formalisé à plusieurs sera une valeur ajoutée pour le patient.

## Ce qu'il faut éviter

- Traiter les symptômes sans diagnostics précis, ni hiérarchisation des pathologies et traitements,
- Se centrer sur une pathologie.
- 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,
- Ne pas entendre la parole (alerte) des professionnels intervenant à domicile (professionnels de santé ou non).
- Négliger les 4 principaux facteurs de risque d'hospitalisation : chute, polymédication, dénutrition, dépression.
- Négliger de renforcer le suivi après une hospitalisation pour prévenir une réadmission non programmée. ([Check-list de sortie d'hospitalisation > 24h](#))
- 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, etc.).
- Ignorer les facteurs sociaux : qualité de l'habitat/isollement/ressources financières.

## Conditions à réunir

- **Former les professionnels**
  - aux spécificités de la polypathologie gériatrique (cascade et schéma 1+2+3 de Bouchon) (cf. Annexe 4 et portfolio OMAGE à venir) ;
  - à l'optimisation de la prescription médicamenteuse,
  - à la réalisation d'une évaluation gériatrique de premier recours ;
  - à l'ETP, notamment concernant les 3 principaux risques d'hospitalisation : 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 dans les logiciels métier de médecins généralistes,
  - Améliorer la coopération entre équipes de soins primaires et spécialistes de recours au niveau des territoires de santé :
    - établir localement des protocoles pluriprofessionnels sur La prise en charge des patients âgés polypathologiques,
    - aider à la reconnaissance des différents acteurs entre eux et à la définition de leurs responsabilités respectives,
    - développer les échanges avant une consultation de spécialité pour clarifier les besoins.

## Critères de suivi

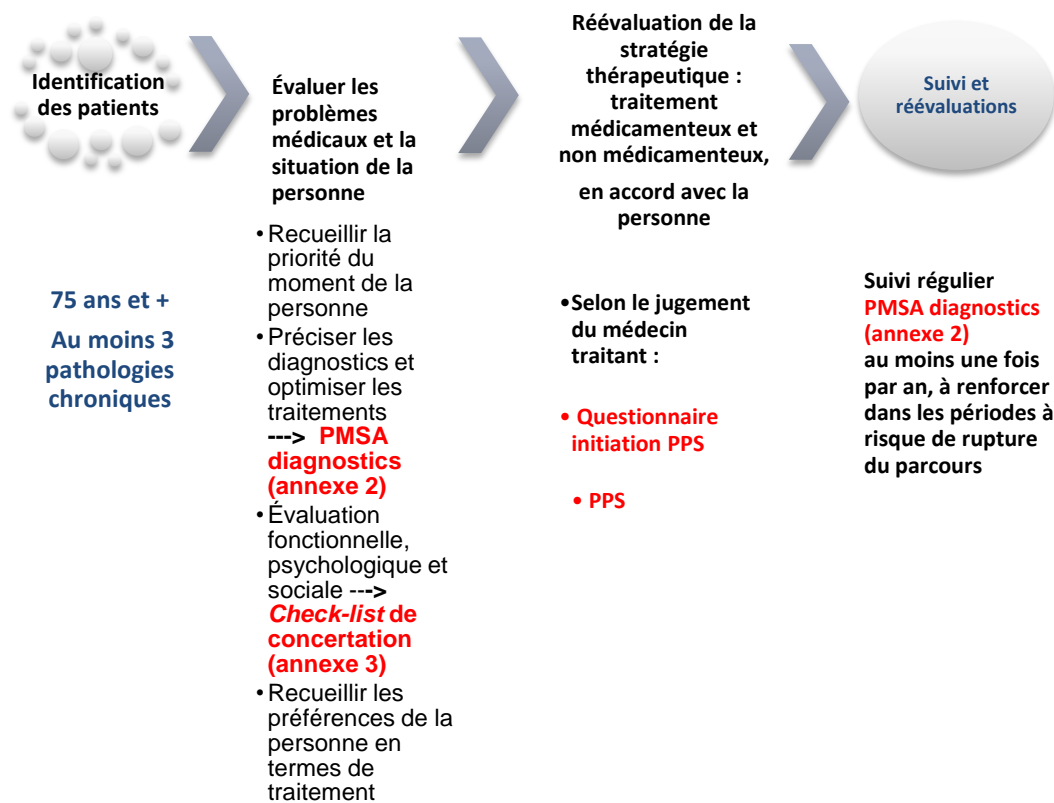
- Nombre de personnes pour lesquelles le protocole est utilisé/nombre de personnes âgées ayant au moins 3 maladies chroniques dans la patientèle,

- Évaluation 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 – prévention de la perte d'autonomie - nombre d'hospitalisations et réhospitalisations, non programmées, dans l'année.

## Exemples de réalisations ou de projets en cours

- Au sein des expérimentations 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,
- Évolutions du dossier médical partagé ciblé sur les malades chroniques et les personnes vieillissantes,
- Portfolio OMAGE (à venir) : à destination des infirmiers pour harmoniser les messages clés dans une perspective éducative,
- Outils **MOBIQUAL** : Nutrition, dénutrition, alimentation chez la personne âgée. Dépression chez la personne âgée à domicile. Douleur chez la personne âgée,
- **Guide Prescriptions médicamenteuses adaptées à la personne âgée (SFGG – CNP de gériatrie)**,
- Guide du Collège de médecine générale « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?

# Annexe 1. Synthèse de l'approche



## Annexe 2. Tableau PMSA diagnostics

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

Les modalités de remplissage du tableau PMSA diagnostics, respectivement par les [médecins de ville](#) et par les [médecins hospitaliers](#), ont été explicitées dans 2 diaporamas en accompagnement de cette fiche.



**Annexe 3. Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)**
**Date : / /**

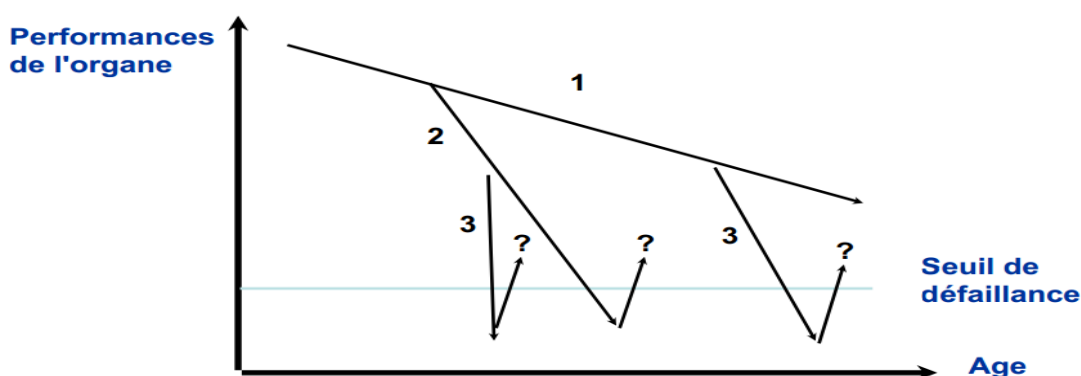
	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone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

## Annexe 4. Spécificités cliniques de la personne âgée de plus de 75 ans

La « **décompensation en cascade des pathologies** ». (exemple : dépression puis dénutrition avec sarcopénie → chutes répétées → chute avec fracture).

La **décompensation fonctionnelle d'un organe (théorie 1+ (2) +3 de JP Bouchon), sous l'effet d'un événement intercurrent**. 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 pour le médecin et le 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)**

À titre d'illustration, des cas cliniques sont accessibles sur ce [lien](#) et dans les fiches portfolio (à venir).



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)