

# La prise en charge médicale de la personne âgée



## Care for the elderly patient

Docteur Dan Kogel (Gériatre)

Résidence de l'Orme (Groupe ORPEA), 4 rue Vassal -  
94100 Saint-Maur-des-Fossés, France

### RÉSUMÉ

La prise en charge médicale de la personne âgée est complexe car il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs externes qui en font sa spécificité : le type de vieillissement, la polypharmacie, la polymédication et la dépendance. Par ailleurs, il n'est pas rare que tous ces facteurs interagissent les uns avec les autres au cours d'un épisode aigu et entraînent une décompensation en cascade. Pour prévenir au maximum ces risques et intervenir en amont, l'évaluation gériatrique se propose d'examiner la personne âgée dans sa globalité pour proposer une prise en charge adaptée lui permettant de vivre dans les meilleures conditions possibles, et en préservant au maximum son autonomie.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

*Caring for elderly patients is a complex process involving a certain number of outside factors—type of aging, multiple medications, dependency – implying specific approaches. It is also common to see all of these factors interacting together during an acute episode, leading to cascading decompensation. To best prevent these risks by implementing preventive measures, geriatric evaluation is proposed to establish a patient-centered management scheme correctly adapted to each individual's specific situation and allowing daily life activities under the best possible conditions, preserving autonomy as much as possible.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées en France est en augmentation permanente avec l'allongement de la durée de vie. L'espérance de vie était de 70 ans en 1960, elle est, selon les chiffres de 2012, à 82,5 ans. Parallèlement à cela, le nombre de personnes de plus de 85 ans est passé de 200 000 en 1950 à 1 200 000 dans les années 2000 [1]. Et, selon les prévisions de l'INSEE, il y aura en 2060 près de 12 millions de personnes âgées de plus de 75 ans dont 5,4 millions de plus de 85 ans. Selon ces prévisions, dans 50 ans, l'espérance de vie sera de 86 ans pour les hommes et de 91,1 ans pour les femmes.

La population âgée, posant des problèmes de santé particuliers, a donné naissance à la

gériatrie il y a une quarantaine d'années. Elle est la médecine de la personne âgée. L'âge habituellement retenu est 75 ans. Cependant, ce n'est pas tant l'âge qui va rendre complexe la prise en charge d'un patient âgé, mais plutôt un ensemble de facteurs qui, en s'associant, vont nécessiter une prise en charge spécifique et globale de cette personne.

### LA COMPLEXITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

#### Le vieillissement physiologique

Le vieillissement du corps humain est un processus normal qui s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de

### MOTS CLÉS

Gériatrie  
Fragilité  
Dépendance  
Vieillesse  
Évaluation gériatrique  
standardisée

### KEYWORDS

Geriatrics  
Frailty  
Dependency  
Aging  
Standardized geriatric  
evaluation

Adresse e-mail :  
d.kogel@orpea.net

l'organisme. Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression [2].

Ce vieillissement est hétérogène selon les individus et selon les organes. Certaines personnes ne vont quasiment pas ressentir les effets du vieillissement alors que d'autres seront très sensibles à ses effets.

Les effets du vieillissement vont atteindre tous les organes et vont limiter leur fonction sans pour autant devenir pathologiques. Par exemple, le vieillissement normal du système nerveux central va entraîner des troubles de l'apprentissage, celui de l'œil entraînera des difficultés d'accommodation (la presbytie), celui des cheveux va entraîner son blanchiment.

Il ne faut donc pas confondre les maladies du grand âge avec les effets physiologiques et normaux du vieillissement : la maladie d'Alzheimer, par exemple, n'est pas une conséquence du vieillissement cérébral, même si ce dernier va en faciliter l'expression.

### La polypathologie

La quasi totalité des personnes âgées de 70 ans et plus souffrent de polypathologie. Selon une étude de l'IRDES [3] (ex CREDES) datant de 1997, seuls 3 % de cette population ne déclarent aucune pathologie chronique et 4 % en déclarent une seule. Et, environ 45 % en déclarent au moins 6.

Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le nombre moyen de pathologies est de 5,7 pathologies par personne et ce nombre augmente avec l'âge (6,1 pathologies déclarées au-delà de 85 ans).

Les maladies les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (27 %), ostéo-articulaires (13 %), endocriniennes et métaboliques (10 %). On retrouve également 7 % de maladies de l'œil.

Et, si on inclut les troubles de la réfraction, les maladies de l'œil arrivent en deuxième place avec 17 % de personnes touchées.

Ce cumul de pathologies explique une consommation médicale importante avec un fort retentissement dans les dépenses de santé. Selon cette étude de l'IRDES, la dépense des 70 ans et plus représente 27 % de la dépense médicale de l'ensemble de la population.

Du point de vue du praticien, la prise en charge de ces pathologies chronique n'a pas pour objectif de les guérir, mais de les stabiliser afin de limiter leur évolution ou de traiter les poussées aiguës.

### La iatrogénie et la polymédication [4]

La personne âgée est plus sensible aux interactions entre les médicaments et à leurs effets indésirables que le sujet jeune à cause des effets du vieillissement sur son organisme et une moindre résistance aux agressions médicamenteuses. C'est la iatrogénie médicamenteuse. Et, avec l'addition des pathologies chroniques (cf. supra), les traitements médicamenteux se multiplient.

La iatrogénie (pathologie dont la cause est d'origine médicale) est responsable d'une morbidité et d'une mortalité importante. En France, 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 80 ans sont liées à un accident iatrogénique [5]. Le coût de la iatrogénie est d'autant plus important (il est estimé à 320 millions d'euros) que dans un certain nombre de cas, elle est évitable.

Son évitabilité est estimée à 29 % chez les sujets de plus de 15 ans [6] qui consultent aux urgences pour effet indésirable, et à 69 % chez les sujets âgés [7].

Les deux principales causes de la iatrogénie sont l'âge et la polymédication.

En effet, le vieillissement physiologique entraîne des modifications des paramètres pharmacologiques et pharmacocinétiques des médicaments. La personne âgée est donc plus sensible aux interactions entre les médicaments et à leurs effets indésirables que le sujet jeune [8].

Le nombre de médicaments pris par le patient est l'autre facteur associé de façon significative au risque d'effets indésirables [9], ceci est encore plus marquant lorsqu'il existe une polymédication [10].

La polymédication est définie comme le fait de prendre 5 médicaments ou plus en même temps. En France, les personnes de plus de 75 ans consomment en moyenne 5 à 6 médicaments par jour [11]. Une étude américaine a montré que 18 % des plus de 65 ans en consommaient au moins 10 par jour [12].

Les conséquences de la polymédication sont nombreuses :

- réduction de la compliance au traitement (plus le nombre de médicaments augmente plus l'adhérence au traitement diminue) [13] ;
- doublement du risque d'erreur médicamenteuse chez le sujet polymédiqué (par rapport au sujet ne prenant que 1 ou 2 médicaments) [14] ;
- augmentation des interactions médicamenteuses ;
- augmentation du taux de passage aux urgences (5 fois plus important chez les sujets polymédiqués que pour ceux ne prenant aucun traitement) ;
- augmentation du nombre de visites chez le médecin traitant : 4,9 visites par an chez le sujet consommant 5 médicaments ou plus, 2,7 visites par an pour le sujet consommant 1 à 4 médicaments.

Par ailleurs :

- 12 % des sujets polymédiqués présentent un effet secondaire nécessitant une surveillance médicale contre 5 % pour ceux prenant 1 ou 2 médicaments ;
- le nombre moyen d'événements indésirables par patient augmente de 10 % pour chaque médicament ajouté à la prescription [15].

### La dépendance

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale de réaliser les activités de la vie quotidienne pour une personne sans aide humaine.

La dépendance fonctionnelle est le plus souvent la conséquence des pathologies que présente la personne. Ce risque augmente avec l'âge, mais surtout avec la multiplication des pathologies. Les pathologies les plus fréquentes à l'origine d'une perte d'autonomie sont les pathologies neurologiques (démences, accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson), ostéoarticulaires (arthrose, séquelles de fracture) et sensorielles (baisse de l'acuité visuelle).

Indépendamment les unes des autres, ces pathologies n'entraînent pas forcément une perte d'autonomie, mais leur association va majorer ce risque. C'est le cas, par exemple, d'une personne âgée qui va cumuler de l'arthrose, une cataracte et un syndrome parkinsonien. L'arthrose va diminuer les capacités de déplacement de la personne âgée sans les empêcher totalement. De même pour le syndrome

parkinsonien. Les troubles sensoriels, s'ajoutant à ces pathologies, vont augmenter les difficultés de déplacement de cette personne qui ne va plus pouvoir sortir seule de chez elle, par exemple.

Avec l'évolution des pathologies dans le temps ou l'apparition de complications, la personne âgée dépendante sera de plus en plus en difficulté au domicile. Elle aura besoin d'une aide humaine pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, aller aux toilettes, manger) et nécessitera parfois, une prise en charge en institution.

Cette dépendance aura également un retentissement sur le moral du patient qui se sentira comme "une charge" pour son entourage.

## La fragilité

Nous avons vu précédemment que le vieillissement est hétérogène. Globalement, nous pouvons distinguer, sur le plan médical, les personnes âgées en 3 grandes catégories selon leur type de vieillissement [16] :

- Les personnes âgées en bonne santé, dites "robuste" (55 % des personnes âgées de plus de 65 ans) qui n'ont pas de retentissement fonctionnel de leur vieillissement.
- Les personnes âgées dépendantes (10 % des plus de 65 ans) qui ont des incapacités pour réaliser seules les actes de la vie quotidienne.
- Les personnes âgées fragiles (35 % des personnes de plus de 65 ans) qui sont les personnes à risque de dépendance.

Les composants de la fragilité sont multidimensionnels et prennent en compte la personne âgée dans son ensemble. On retrouve l'âge, le sexe féminin, la mobilité (équilibre, force...), les performances sensorielles (vision, équilibre, audition), l'état nutritionnel, les comorbidités, les troubles cognitifs et psychiques (démence, dépression...) et l'environnement (entourage, ressources financières, domicile) du patient.

Pour le diagnostic, on utilise les critères de Fried [17] décrivant le "phénotype de fragilité" qui sont : la perte de poids involontaire, l'épuisement ressenti, le ralentissement de la vitesse de marche, la baisse de la force musculaire et la sédentarité. La fragilité est, le plus souvent, décrite par la famille (ou par les soignants) avec des phrases comme "il va moins bien depuis quelques temps" sans qu'on y trouve une explication médicale objective.

La fragilité est une alerte vers le déclin fonctionnel et l'apparition des syndromes gériatriques tels que la confusion, l'incontinence, les chutes, les infections, la grabatisation, et elle annonce la dépendance des patients avec les conséquences que nous avons évoquées précédemment.

Ce qui caractérise la fragilité est sa réversibilité. En la dépistant et en la prenant en charge précocement, on peut éviter la dépendance.

## LE RAISONNEMENT GÉRIATRIQUE

Nous avons abordé précédemment la complexité du vieillissement et son retentissement, au-delà de la pathologie, sur la personne âgée dans sa globalité. Nous allons maintenant évoquer les spécificités du raisonnement gériatrique en pratique quotidienne.

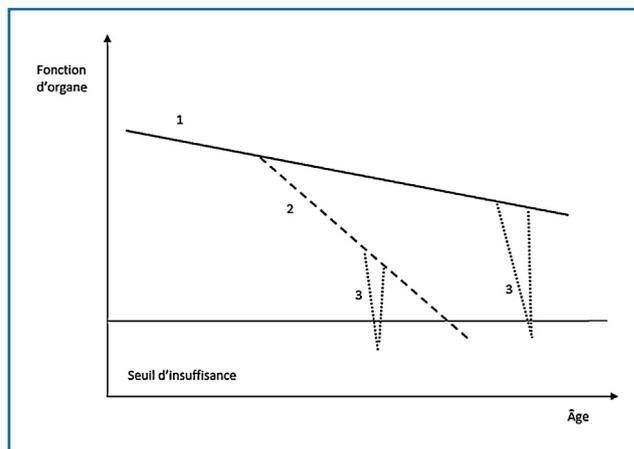


Figure 1. "1 + 2 + 3" de J-P Bouchon.

En 1984, le Professeur Bouchon a schématisé très simplement la décompensation fonctionnelle de la personne âgée [18].

Sur son schéma (voir Fig. 1), il a représenté en abscisse le temps et en ordonnée, la fonction de l'organe avec un seuil d'insuffisance en-deçà duquel la personne âgée est à risque de décompensation d'organe, voire générale.

La courbe 1 représente le vieillissement normal de l'organe qui le fragilise sans toutefois atteindre la valeur seuil. Prenons pour exemple le vieillissement naturel du cœur, sans aucune autre pathologie associée. La personne âgée n'en ressentira aucun effet si ce n'est une fatigabilité accrue (mais normale) lors des efforts importants.

La courbe 2 représente un vieillissement accéléré de cet organe à cause d'une pathologie chronique (hypertension artérielle, diabète...). Celle-ci peut entraîner une insuffisance d'organe chronique, le plus souvent compensée. Si l'on reprend notre exemple précédent, la personne âgée pourra avoir une insuffisance cardiaque chronique bien équilibrée par les traitements médicamenteux qui sera surajoutée au vieillissement normal de son cœur. Cette insuffisance cardiaque chronique, bien que compensée, pourra gêner la personne dans les efforts de la vie quotidienne. Elle devra, par exemple, s'arrêter à chaque étage pour reprendre son souffle.

La courbe 3 représente l'épisode aigu qui va entraîner une décompensation de l'organe, voire générale. Ces causes aiguës sont multiples : c'est l'introduction d'un nouveau médicament, un stress aigu, une infection... qui vont être responsables des défaillances.

Dans notre cas, nous pouvons imaginer qu'une infection pulmonaire va se compliquer d'une décompensation cardiaque aiguë chez cette personne déjà fragile du cœur.

Et, si nous avons pris ici l'exemple du cœur, nous pouvons aisément concevoir que chez la personne âgée poly-pathologique le système musculaire, les reins, le cerveau et d'autres organes encore sont eux aussi au stade d'insuffisance chronique compensée.

Il n'est donc pas rare d'observer, en période aiguë, une décompensation en cascade avec un cercle vicieux où tous les organes pathologiques vont retentir les uns sur les autres.

On pourrait observer (et la réalité gériatrique le prouve tous les jours) chez cette personne atteinte d'une infection pulmonaire,

des chutes à répétition, une insuffisance rénale aiguë, un syndrome confusionnel... avec toutes les complications et les risques que la multiplication de ces décompensations apportent : perte de la marche, surinfection, incontinence, escarres, fausses routes etc.

L'enjeu est alors double :

- il faut trouver et traiter l'étiologie originelle de la décompensation pour espérer retrouver l'état de base du patient ;
- il faut prévenir et prendre en charge rapidement les complications qui risquent de découler de cette décompensation brutale pour limiter au maximum les séquelles et la perte d'autonomie : faire de la kinésithérapie précocement, prévenir les escarres...

## L'ÉVALUATION DE LA PERSONNE ÂGÉE

Comme nous venons de le voir, le diagnostic d'une pathologie et son évolution ne donnent qu'une image incomplète de son incidence chez la personne âgée.

L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) se propose de répondre à cette problématique en proposant d'évaluer le retentissement fonctionnel des pathologies et leurs conséquences chez la personne âgée. L'EGS permet ainsi de tester les fonctions psychiques, physiques et de faire une évaluation sociale par différents scores ou échelles validées chez la personne âgée. L'EGS permet ainsi, grâce à une évaluation systématique et standardisée, d'avoir une vision globale de la personne âgée avec toutes ses difficultés. Cela permettra ensuite d'orienter la personne fragile vers les professionnels de santé adaptés (médecins spécialistes, orthophonistes, kinésithérapeutes...) avec une éventuelle intervention des services sociaux pour essayer de prendre en charge au mieux ces difficultés et de limiter les pertes fonctionnelles en cas de décompensation aiguë d'organe.

Ainsi, le fonctionnement cognitif peut s'évaluer avec le score du MMSE [19], l'autonomie s'évalue avec les échelles des activités de la vie quotidienne développée par Katz [20] (se laver, s'habiller, la continence, les transferts, l'alimentation, la toilette), ou les activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton [21] (faire les courses, la cuisine, le ménage, l'entretien du linge, la gestion du budget, les médicaments, l'utilisation des moyens de transports, savoir gérer son traitement).

La marche et l'équilibre vont être testés avec les tests de station unipodale (tenir au moins 5 secondes un pied) ou le get-up-and-go Test qui consiste à demander à la personne âgée de se lever d'une chaise, de marcher sur 3 mètres, de faire demi-tour et de retourner s'asseoir.

La dénutrition va également être évaluée par des mesures anthropométriques (poids, taille, IMC) et des échelles (MNA test)...

## CONCLUSION

Comme nous l'avons exposé, l'objectif principal de la prise en charge gériatrique n'est pas de guérir les maladies, mais d'apporter de la qualité de vie à la personne âgée.

Étant donné le nombre de problématiques tant sociales que médicales ou psychiques qui s'imbriquent chez la personne âgée malade, il convient de proposer une prise en charge

globale qui nécessite l'intervention de différents professionnels de santé : médecins, kinésithérapeutes, assistants sociaux, psychologues, ergothérapeutes, orthoptistes, diététiciens, médecins traitants...

Cette intervention ne peut se faire sans en référer aux patients, aux familles et en prenant en compte l'environnement social afin de prendre en charge les personnes âgées au mieux, le plus longtemps possible et dans les conditions les plus optimales.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## RÉFÉRENCES

- [1] Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60ans. Insee Première 2010;n°1320. 4 p.
- [2] CNEG. Polycopié National de Gériatrie. UMFV; 2008-2009.
- [3] Le Pape A, Sermet C. La polypathologie des personnes âgées, n°1182. Publication CREDES; 1997.
- [4] Hautreux P. Impact d'une formation des prescripteurs sur les prescriptions potentiellement inappropriées chez les sujets âgés hospitalisés, thèse de médecine, soutenue le 6 mars 2014.
- [5] Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique. In: Dossier de presse. Assurance Maladie; 2003. 7 p.
- [6] Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, et al. Emergency department visits caused by adverse drug events: results of a French survey. *Drug Saf* 2007;30:81-8.
- [7] Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2011;171:1013-9.
- [8] Corsonello A, Pedone C, Incalzi RA. Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Curr Med Chem* 2010;17:571-84.
- [9] Olivier P, Bertrand L, Tubery M, Lauque D, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Hospitalizations because of adverse drug reactions in elderly patients admitted through the emergency department: a prospective survey. *Drugs Aging* 2009;26:475-82.
- [10] Ma J, Wang Y, Gao M, Meng Q, Liu J. Adverse drug reactions as the cause of emergency department admission of patients aged 80 years and older. *Eur J Intern Med* 2012;23:162-3.
- [11] Bellon P, Vernon V. Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique. In: Dossier de presse. Assurance Maladie; 2003. 7 p.
- [12] Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 2011;365:2002-12.
- [13] Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.
- [14] Reason B, Turner M, Moses McKeag A, Tipper B, Webster G. The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors. *Fam Pract* 2012;29:427-32.
- [15] Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556-64.

- [16] Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Le livre blanc de la fragilité; 2015.
- [17] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–56.
- [18] Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat* 1984;34:888–92.
- [19] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [20] Katz S, Downtn TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20–30.
- [21] Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–86.