

Comment le médecin généraliste dépiste-t-il la vulnérabilité chez les patients âgés ?

Référence

Korenvain C, Famiyeh I-M, Dunn S, et al. Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adults patients. BMC Fam Pract 2018;19:61. DOI: 10.1186/s12875-018-0743-4

Analyse de

Robbert Gobbens, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

Question clinique

Qu'entendent les médecins généralistes par « vulnérabilité », et quels sont les facteurs qu'ils prennent en compte pour évaluer la vulnérabilité des patients âgés ?

Contexte

Le concept de vulnérabilité est de plus en plus pris en considération tant par les scientifiques que par les prestataires de soins. La vulnérabilité est en effet associée à des résultats cliniques défavorables, comme l'hospitalisation, l'institutionnalisation, le déclin dans les activités de la vie quotidienne et le décès prématuré (1,2). Il n'en existe toutefois pas de définition claire, et nous ne disposons pas non plus d'une référence pour dépister la vulnérabilité chez les patients âgés (1,3,4). En outre, on ne sait pas si ces instruments sont plus performants que l'évaluation pragmatique effectuée par le médecin généraliste.

Résumé

Population étudiée

- 18 médecins généralistes travaillant dans un centre universitaire interdisciplinaire (avec personnel infirmier, diététicien(ne)s, travailleurs sociaux, pharmacien(ne), ergothérapeute) de médecine générale à Toronto, Canada, qui, pendant au moins six mois, étaient le principal prestataire de soins d'au moins une personne ayant 80 ans ou plus et vivant de manière indépendante (seule, avec un proche ou avec d'autres)
- le recrutement a eu lieu par courrier électronique.

Protocole d'étude

Protocole d'étude qualitative

- au cours de séances en face à face d'une durée d'environ 30 minutes sur le lieu de travail, un assistant de recherche non clinicien ayant l'expérience des interviews de travailleurs de la santé a demandé au médecin généraliste de faire une évaluation clinique de ses patients figurant sur une liste générée par le dossier médical informatisé, en indiquant s'il les jugeait vulnérables ou à risque de vulnérabilité (« oui/non/peut-être/je ne sais pas »)
- lorsque le médecin généraliste évaluait un patient donné comme étant vulnérable, il lui était demandé de dire pourquoi en utilisant la **méthode de la réflexion à voix haute**
- toutes les interviews ont été enregistrées, transcrites, anonymisées puis analysées de manière thématique avec **codage inductif** et mise en ordre par thèmes et sous-thèmes.

Résultats

Les codes donnés ont été groupés en quatre thèmes :

- thème 1 : qu'entendent les médecins généralistes sous le concept de vulnérabilité
 - sous-thème 1 : spectre : les médecins généralistes placent la vulnérabilité sur un continuum ou distinguent plusieurs niveaux de vulnérabilité

- sous-thème 2 : processus dynamique : les médecins généralistes voient la vulnérabilité évoluer dans le temps, le niveau de vulnérabilité pouvant changer subitement sous l'influence des événements de la vie, comme un infarctus du myocarde
- sous-thème 3 : incertitudes : souvent, les médecins généralistes ne sont pas sûrs de la définition de la vulnérabilité ou ne se sentent pas à même de déterminer la vulnérabilité d'un patient ; ils sont également souvent incapables d'estimer quels sont les facteurs que déterminent le plus la vulnérabilité d'un patient particulier
- thème 2 - 4 : facteurs que les médecins généralistes prennent en considération pour déterminer la vulnérabilité des patients :
- thème 2 : caractéristiques physiques :
 - sous-thème 1 : l'âge : la plupart des médecins généralistes incluait l'âge du patient lors de la détermination de la vulnérabilité ; quelques médecins généralistes fondaient la détermination de la vulnérabilité principalement sur l'âge
 - sous-thème 2 : le poids : sept médecins généralistes prenaient cet élément en considération pour déterminer la vulnérabilité d'une personne ; pour cinq médecins généralistes, un poids inférieur à la normale était un facteur suffisant pour parler de vulnérabilité
 - sous-thème 3 : la présence d'une maladie : quinze médecins généralistes prenaient cet élément en considération pour déterminer la vulnérabilité d'une personne
 - sous-thème 4 : un seul médecin généraliste considérait l'utilisation de médicaments comme un facteur à prendre en compte
- thème 3 : caractéristiques fonctionnelles :
 - sous-thème 1 : capacités fonctionnelles physiques : l'accent était surtout mis sur la mobilité
 - sous-thème 2 : capacités fonctionnelles cognitives : douze médecins généralistes prenaient cet élément en considération pour déterminer la vulnérabilité ; pour certains médecins généralistes, la présence de limitations cognitives étaient en soi suffisante pour parler de vulnérabilité
 - sous-thème 3 : fonctionnement général : l'accent était mis sur l'autonomie
- thème 4 : circonstances de la vie :
 - sous-thème 1 : disponibilité de systèmes de soutien sociaux (membres de la famille, amis) et professionnels (soins à domicile) comme protection contre la vulnérabilité
 - sous-thème 2 : deux médecins généralistes considéraient l'environnement physique, par exemple la maison où habitait le patient, comme un facteur d'influence pour la vulnérabilité.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les médecins généralistes considèrent la vulnérabilité comme multifactorielle et dynamique, avec inclusion de facteurs fonctionnels et environnementaux. Selon eux, cette conceptualisation peut être utile pour évaluer le degré de vulnérabilité de manière approfondie et flexible en complément d'instruments plus objectifs.

Financement de l'étude

Les Instituts de recherche en santé du Canada.

Conflit d'intérêt des auteurs

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Pour en savoir plus sur la détermination de la vulnérabilité par les médecins généralistes, les auteurs ont, à juste titre, utilisé une conception d'étude qualitative dont ils ont décrit la méthodologie de manière très détaillée (5). La population d'étude a été bien délimitée. Parmi les 23 médecins généralistes recrutés, 18

étaient prêts à participer (78,3%). Probablement a-t-on ainsi atteint la saturation car tous les médecins généralistes interrogés travaillaient dans le même centre. D'un autre côté, on ne peut pas tirer de conclusion quant à savoir dans quelle mesure les résultats étaient valables pour tous les médecins généralistes. Il s'agissait en effet d'une population de médecins généralistes ayant de l'expérience (médiane 15 ans avec interquartile 3 à 41 ans) et qui, de plus, connaissaient l'état de santé de leurs patients. Peut-être que les médecins généralistes qui n'ont pas d'expérience éprouvent encore des difficultés à évaluer intuitivement l'état de santé des personnes âgées. En outre, les résultats peuvent également être spécifiques à la culture. Cette étude a été menée au Canada. Il n'est pas inconcevable que les médecins (généralistes) qui travaillent en Afrique et en Europe, avec différentes normes et une offre de soins différente, perçoivent la vulnérabilité et les facteurs de vulnérabilité d'une autre manière. Le choix de la méthode de réflexion à voix haute (6) était essentiel pour en savoir plus sur le processus de pensée des médecins lorsqu'ils déterminent la vulnérabilité d'un patient. Une limite de cette méthode est cependant que la qualité des données rassemblées dépend de la mesure dans laquelle la personne interrogée peut et ose exprimer ses pensées verbalement. Étant donné la population (médecins généralistes) et le sujet (vulnérabilité des patients), cette limite est probablement minimale dans cette étude. Comme on n'a pas posé plus de questions, il se peut que les facteurs pris en compte par les médecins généralistes lors de leur évaluation de la vulnérabilité d'un patient n'aient pas tous été nommés. Nous pensons ici par exemple à la connaissance des échelles existantes pour déterminer la vulnérabilité. Les auteurs ont correctement utilisé la technique de l'analyse thématique pour arriver à des thèmes et des sous-thèmes pertinents (7). Toutes les données ont été analysées en consensus par deux chercheurs indépendants qui n'avaient pas de lien avec les médecins interrogés ni avec les patients. Nous devons néanmoins reconnaître que ces chercheurs étaient familiarisés avec le thème et que, de ce fait, ils avaient, sur la vulnérabilité, leurs propres idées, qui ont pu influencer l'analyse des entretiens.

Interprétation des résultats

De nombreuses études quantitatives ont déjà été menées sur l'utilité des instruments de mesure pour dépister la vulnérabilité (3,4) ainsi que sur l'efficacité des interventions pour prendre en charge la vulnérabilité, comme l'« évaluation gériatrique standardisée » (*comprehensive geriatric assessment*) (8), le bilan des médicaments, la gymnastique médicale, les mesures diététiques, les interventions à plusieurs composantes (1). Tout d'abord, les résultats de cette étude qualitative contribuent à la discussion de fond sur le concept de vulnérabilité. Il existe en effet deux approches de la vulnérabilité : une première approche considère la vulnérabilité comme un problème médical et met l'accent sur les éventuels problèmes physiques de la personne âgée (9), tandis qu'une autre approche, outre les problèmes physiques, inclut aussi les problèmes psychologiques et sociaux de la personne âgée (10). Comme il n'y a pas de définition opérationnelle claire de la vulnérabilité, il n'est pas surprenant que les médecins généralistes ne sachent pas avec certitude si un patient particulier est vulnérable ou non. Le fait que les médecins généralistes considèrent la vulnérabilité comme une caractéristique qui peut évoluer avec le temps est plus conforme à une méthode d'évaluation flexible qu'à un instantané d'un instrument de dépistage. Par ailleurs, cette étude montre que les médecins généralistes utilisent plusieurs facteurs pour déterminer la vulnérabilité. De nombreuses études ont déjà montré que des caractéristiques physiques telles que l'âge, la présence d'une maladie, la multimorbidité et la polypharmacie sont associées à la vulnérabilité (1). Depuis déjà un certain temps, le poids et, plus précisément, la perte de poids sont également considérés comme des éléments de la vulnérabilité (9). Les caractéristiques fonctionnelles mentionnées par les médecins généralistes (mobilité, cognition) sont également incluses dans de nombreux instruments pour déterminer la vulnérabilité (3,4). Il est frappant de constater que la diminution de la force, la fatigue, les problèmes de vision et d'audition n'ont pas été mentionnés par les médecins généralistes interrogés. De même, les médecins généralistes n'ont établi que peu de rapports entre la vulnérabilité et les problèmes mentaux (anxiété, dépression) et sociaux (solitude). Pourtant, ces problèmes sont connus pour réduire la qualité de vie des personnes âgées (11). Il pourrait donc être important que les médecins généralistes incluent également ces facteurs dans leur détermination de la vulnérabilité. Il est important de noter que cette étude montre également que les médecins généralistes sont attentifs aux conditions de vie telles que la maison dans laquelle vit la personne âgée. Maintenant que les personnes âgées restent chez elles plus longtemps, il est important d'y prêter également attention.

Conclusion de Minerva

Cette étude qualitative de bonne qualité méthodologique montre que les médecins généralistes manquent d'assurance lorsqu'ils déterminent la vulnérabilité des patients âgés. Cette étude montre également que, dans leur évaluation de la vulnérabilité, les médecins généralistes prennent en compte à la fois des caractéristiques physiques et fonctionnelles et les conditions de vie.

Pour la pratique

Les personnes âgées vulnérables courent un risque accru de résultats cliniques défavorables (1,2). C'est pourquoi il est important que les médecins généralistes détectent précocement la vulnérabilité de leurs patients âgés. Il n'existe actuellement aucune directive claire pour détecter la vulnérabilité. Plusieurs instruments validés sont disponibles, mais, à ce jour, on ne sait pas lequel est le plus performant (3,4). L'étude qualitative décrite ci-dessus montre que les médecins généralistes considèrent la vulnérabilité comme une caractéristique qui change avec le temps et qui, outre les caractéristiques physiques, peut être influencée par différents facteurs, notamment des facteurs fonctionnels et environnementaux.

Références

1. DynaMed. Frailty in older adults. EBSCO Information Services, 1995. Updated 2018 Nov 30. Available from <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/topics/dmp~AN~T921465>. Registration and login required. (via CDLH)
2. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, et al; Gerontopole Brussels Study group. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:1163.e1-1163.e17. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.09.010
3. Mesurer la fragilité: un choix difficile, en fonction des objectifs poursuivis. *Formul R info. Farmaka Geneesmiddelenbrief* 2016;23:17-26.
4. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, et al. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health* 2015;73:19. DOI: 10.1186/s13690-015-0068-x
5. Poelman T. À quels critères une étude qualitative doit-elle répondre ? *MinervaF* 2015;14(2):24.
6. Charters E. The use of think-aloud methods in qualitative research: an introduction to think-aloud methods. *Brock Education J* 2003;12:68-82. DOI: 10.26522/brocked.v12i2.38
7. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
8. Lemiengre M. Evaluation gériatrique globale : disposons-nous d'instruments de mesure et de méthodes d'investigation adéquats ? [Editorial] *MinervaF* 2010;9(10):113.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146
10. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, et al. Toward a conceptual definition of frail community-dwelling older people. *Nurs Outlook* 2010;58:76-86. DOI: 10.1016/j.outlook.2009.09.005
11. Gobbens RJ, van Assen MA. The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Qual Life Res* 2014;23:2289-300. DOI: 10.1007/s11136-014-0672-1