

Hôpital Joseph Ducuing
03/02/14

Syndrome gériatrique de Fragilité

Martin Michaud
CCA Médecine Interne, Secteur B
Casselardit



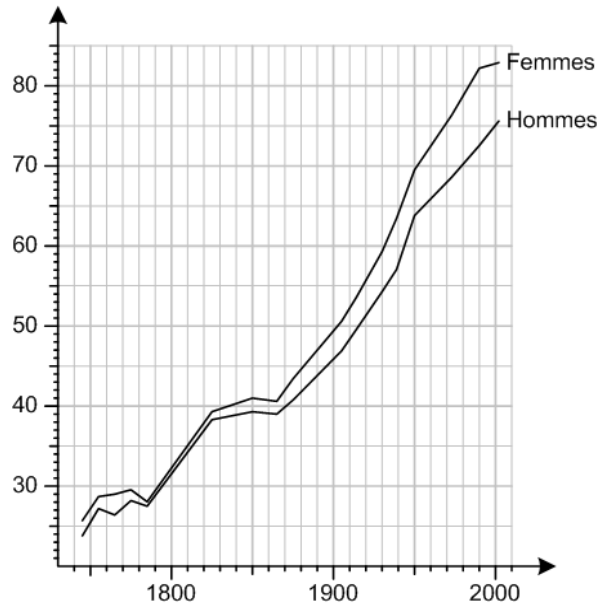
Plan

- ▶ La fragilité :
 - Une problématique : la dépendance
 - Pourquoi ? Quelques mots de physiopathologie
 - Comment ? Critères diagnostiques
 - Recommandations : HAS

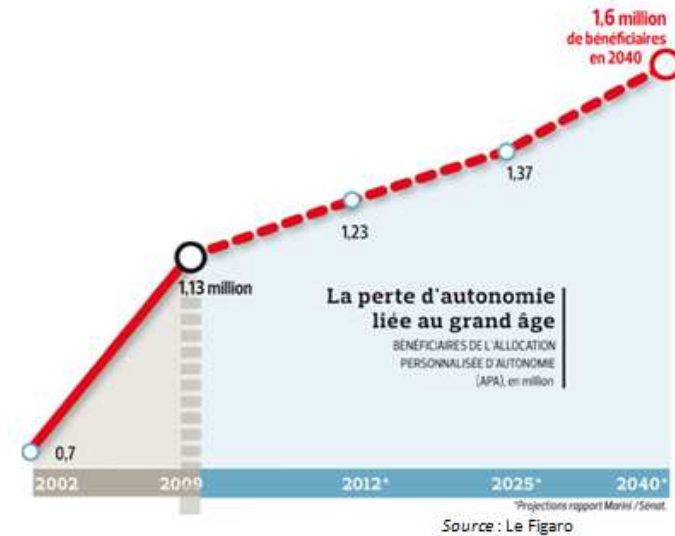


Introduction

Si l'espérance globale de vie augmente,
la durée de vie sans incapacités n'augmente pas de façon parallèle !



Espérance de vie
+1 an tous les 4 ans



La dépendance augmente:
APA : +2.6% par an
75% ont ≥ 75 ans
2011: 1,2 M bénéficiaires

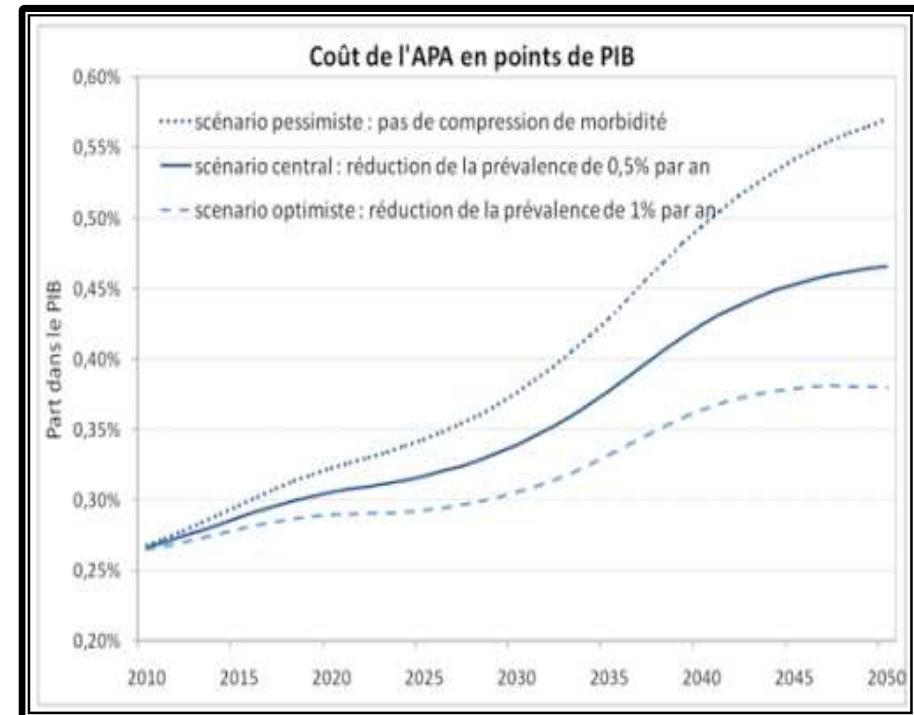
Introduction

- ▶ Mode de vie des PA bénéficiant de l'APA :
 - 61 % à domicile (25 % seules et 38 % en famille)
 - 39 % en institution : augmente au-delà de 80 ans
- (DRESS, juin 2010)
-
- ▶ Bénéficiaire de l'APA 2010 :
 - 75 % \geq 75 ans
 - 50% \geq 85 ans
 - 25% \geq 90



Introduction

- ▶ Coût de la dépendance près de 25 milliards d'euros (*Rapport d'information parlementaire*)
- ▶ Prévention de la dépendance
= possible économie de 10 milliards d'euros (*Assemblée des départements de France (ADF), Mai 2011*)



Comment prévenir la dépendance

2 AXES DE PREVENTION

```
graph TD; A[2 AXES DE PREVENTION] --> B[physique et médicale]; A --> C[sociale];
```

physique et médicale

Prolonger l'indépendance physique et l'autonomie

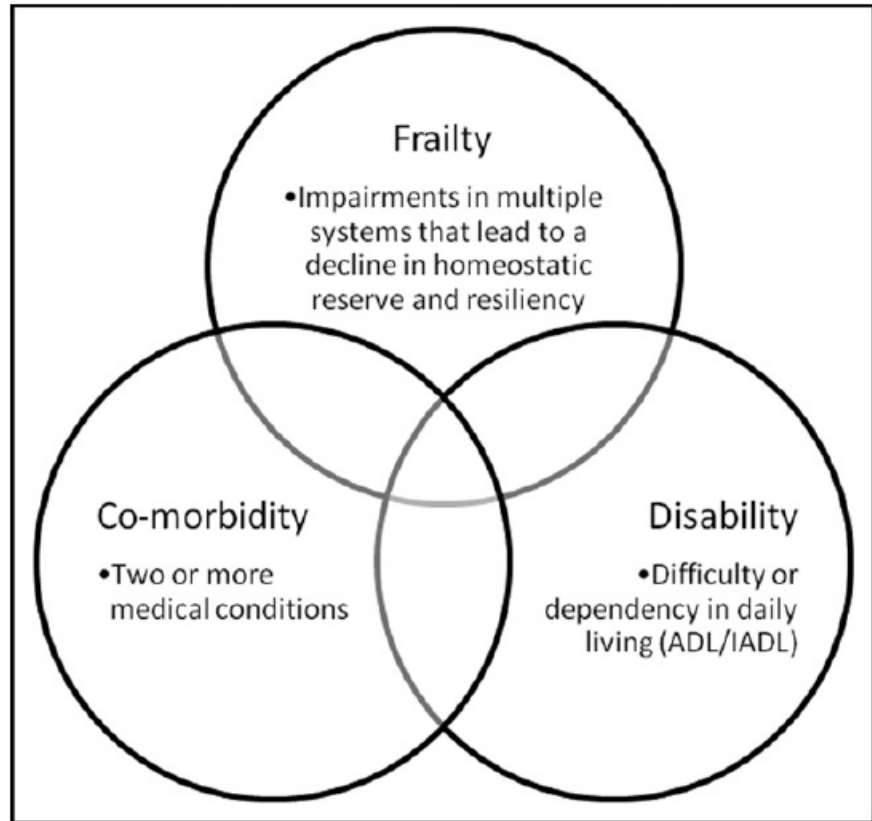
sociale

Lutte contre l'isolement,
Maintien l'autonomie et la vie sociale des PA
Et des aidants familiaux

Dépendance & Fragilité

« La dépendance ne doit pas être confondue avec les pathologies qui la provoquent. Ainsi, on peut être atteint d'affections graves (cancer, diabète...) et rester « presque » autonome jusqu'au bout de sa vie. »

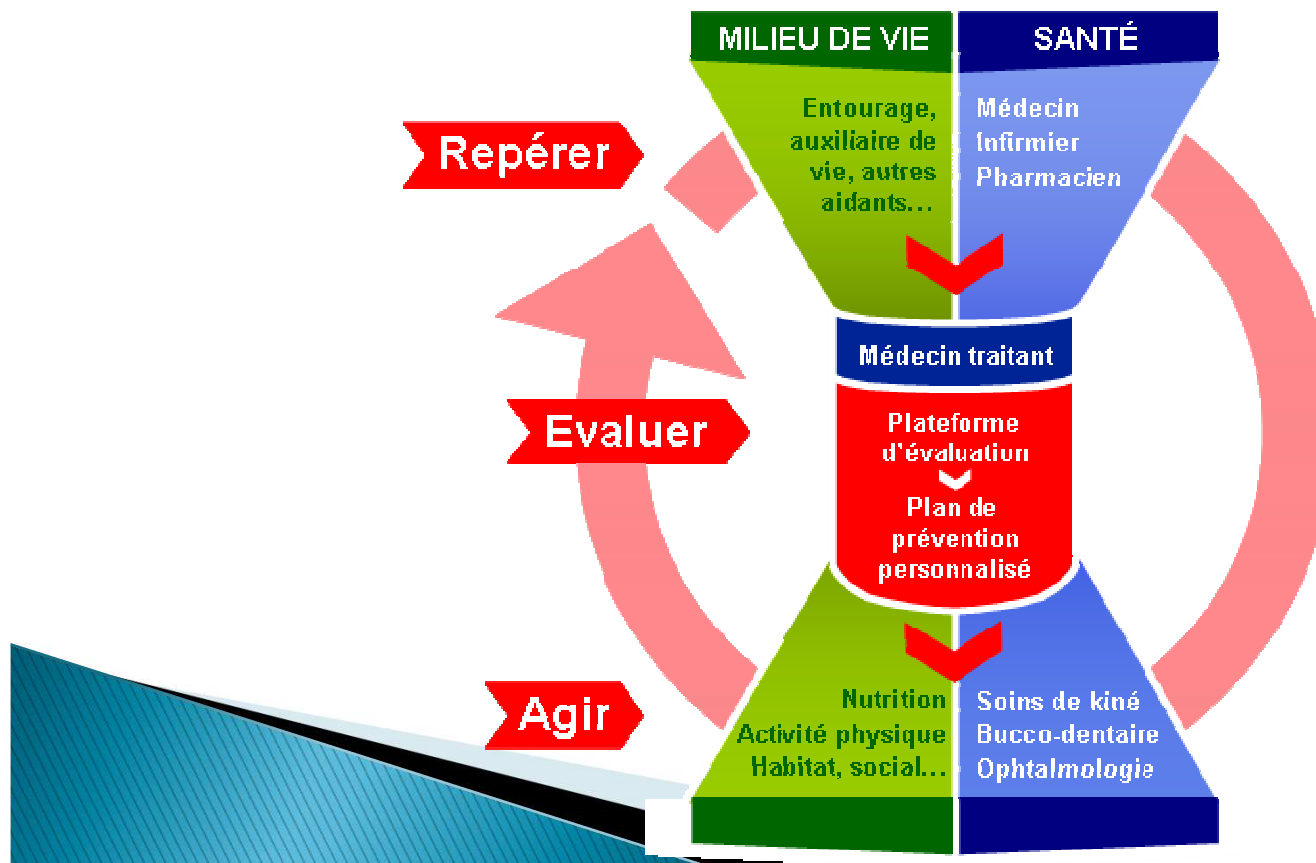
Professeur Françoise
FORETTE



Afilalo et al.
Am J Cardiol 2009

Lutte contre la dépendance :

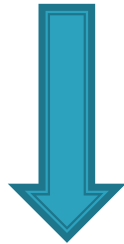
Nécessité de différencier 3 types de vieillissement



Fragilité : exemple

Mme X, 85 ans

- Diabétique
- Insuffisance cardiaque
- Hospitalisée pour PNP



5 jours d'hospitalisation
Retour au domicile

Mme Y, 85 ans

- Diabétique
- Insuffisance cardiaque
- Hospitalisée pour PNP



Hospitalisation compliquée :
- Confusion
- Perte d'autonomie
- Vie au domicile en question



Fragilité : définition

- ▶ Etat de vulnérabilité
- ▶ Diminution des réserves physiologiques
- ▶ Sensibilité majeure au stress

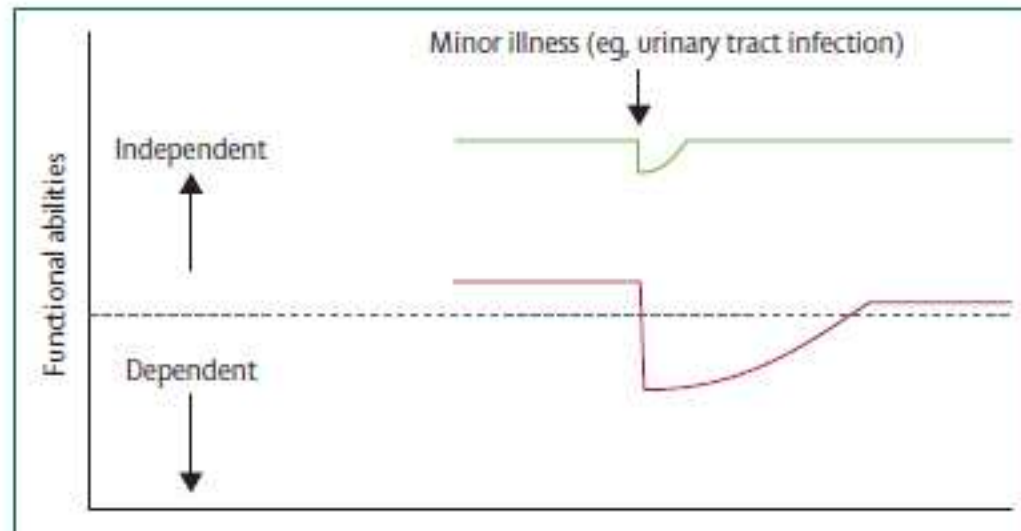
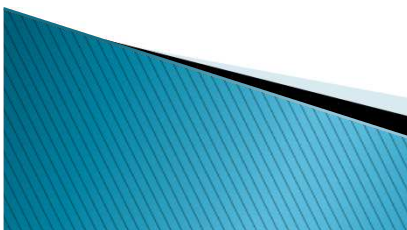
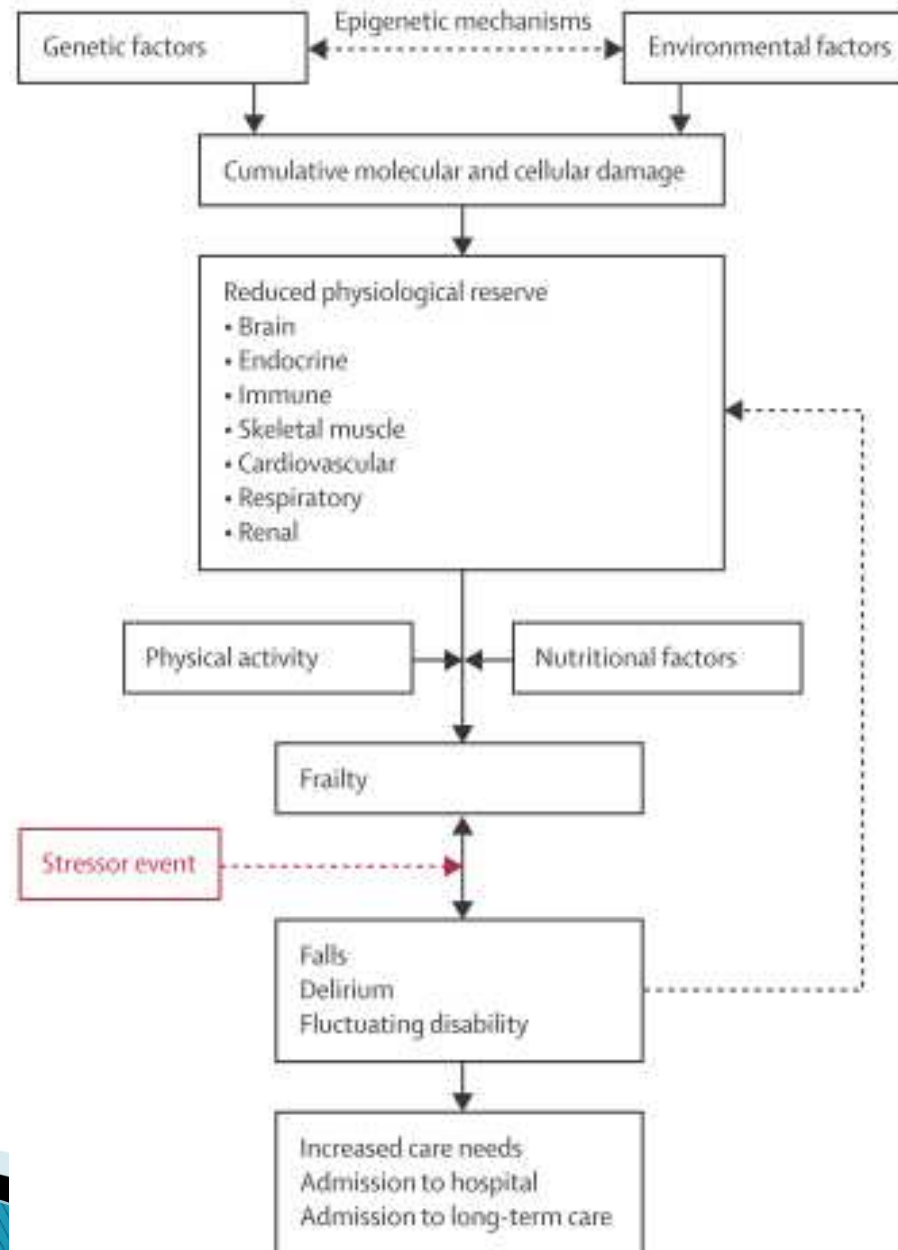


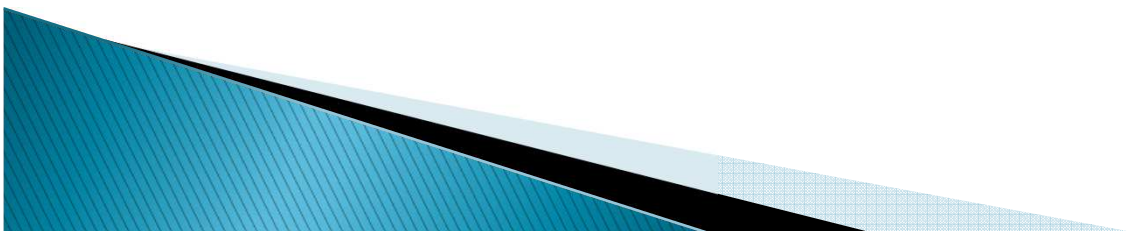
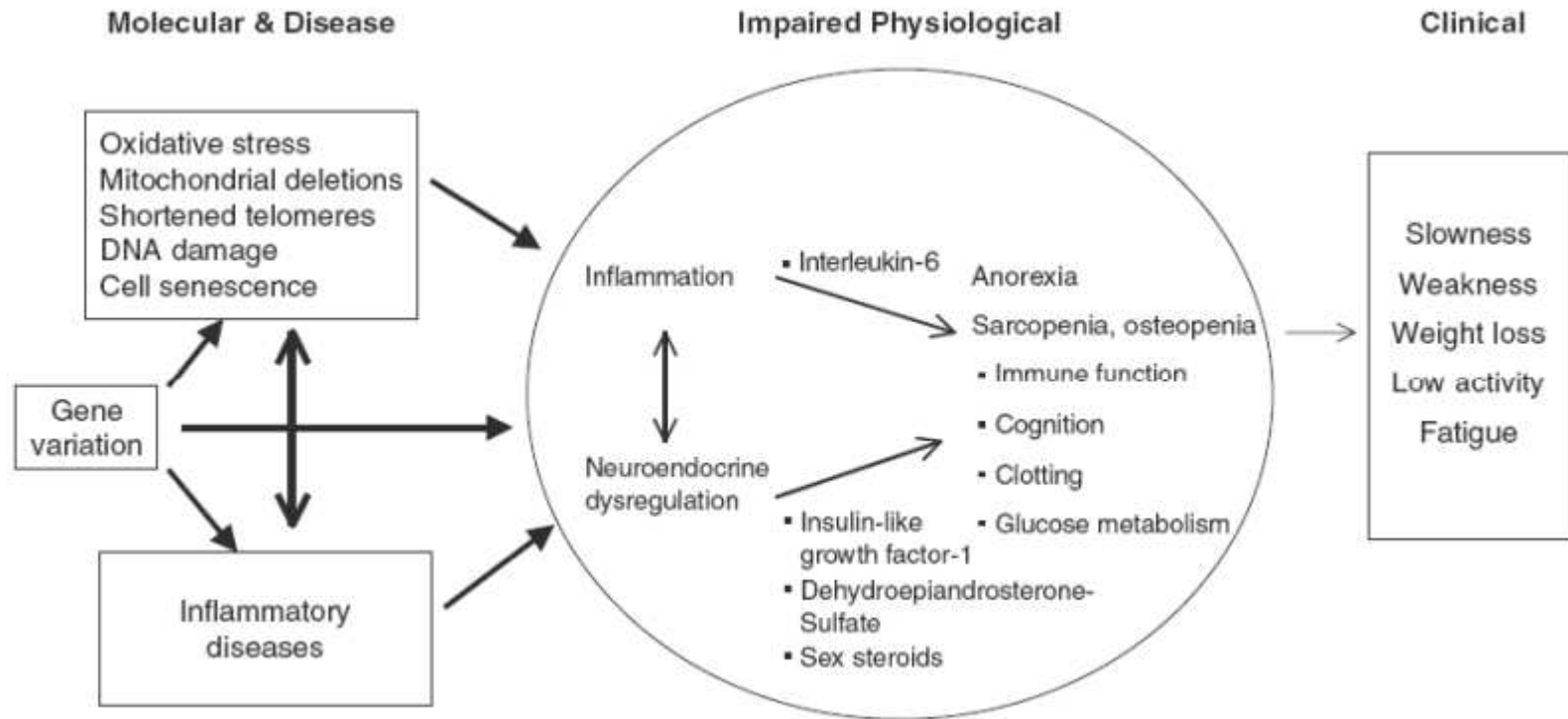
Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.



Fragilité : physiopathologie





Fragilité : parle t'on de la même chose ?

Fragilité :

- pour les gériatres
- pour les oncologues
- pour les anesthésistes

...

Method of measuring frailty
.....

Grip strength

Gait speed

Edmonton Frail Scale

Frailty score based on frailty phenotype

Comprehensive Assessment of Frailty Score

8 'markers' of frailty (age, cognition, recent weight loss, BMI, serum albumin, falls, depression, haematocrit)

14 frailty 'characteristics' in 6 domains (comorbidity, function, cognition, geriatric syndromes, extrinsic frailty)

NB: most closely associated were TUAG \geq 15 seconds and functional dependence

Frailty defined as any impairment in activities of daily living (Katz index) or impairment of ambulation or diagnosis of dementia

Groningen frailty indicator

aCGA (1+)

Kellen et al (2010)²⁷

Barber (1+)

Molina-Garrido (2008-11)^{24,26}

Fried (3+)

Kristjansson et al (2008)²⁹

Molina-Garrido et al (2011)²⁷

G8 (\leq 14)

Baitar et al (2011)³⁵

Kenis et al (2009)²⁸

Kenis et al (2011)³⁹

Pottel et al (2011-12)^{39,37}

Soubeyran et al (2008)³³

Soubeyran et al (2011)^{34,35}

GFI (4+)

Baitar et al (2010-11)^{34,36}

Kellen et al (2010)²⁷

Kenis et al (2009)²⁸

TRST (1+)

Kenis et al (2009)²⁸

Kenis et al (2011)³⁹

TRST (2+)

Kenis et al (2009)²⁸

VES-13 (3+)

Kellen et al (2010)²⁷

Luciani et al (2010)²⁸

Mohile et al (2007)^{22,23}

Molina-Garrido et al (2008-11)^{24,26}

Molina-Garrido et al (2011)²⁷

Monfardini et al (2010)²⁸

Owusu et al (2010)²⁹

Pottel et al (2011-12)^{39,37}

Soubeyran et al (2011)^{34,35}

Fragilité : parle t'on de la même chose ?

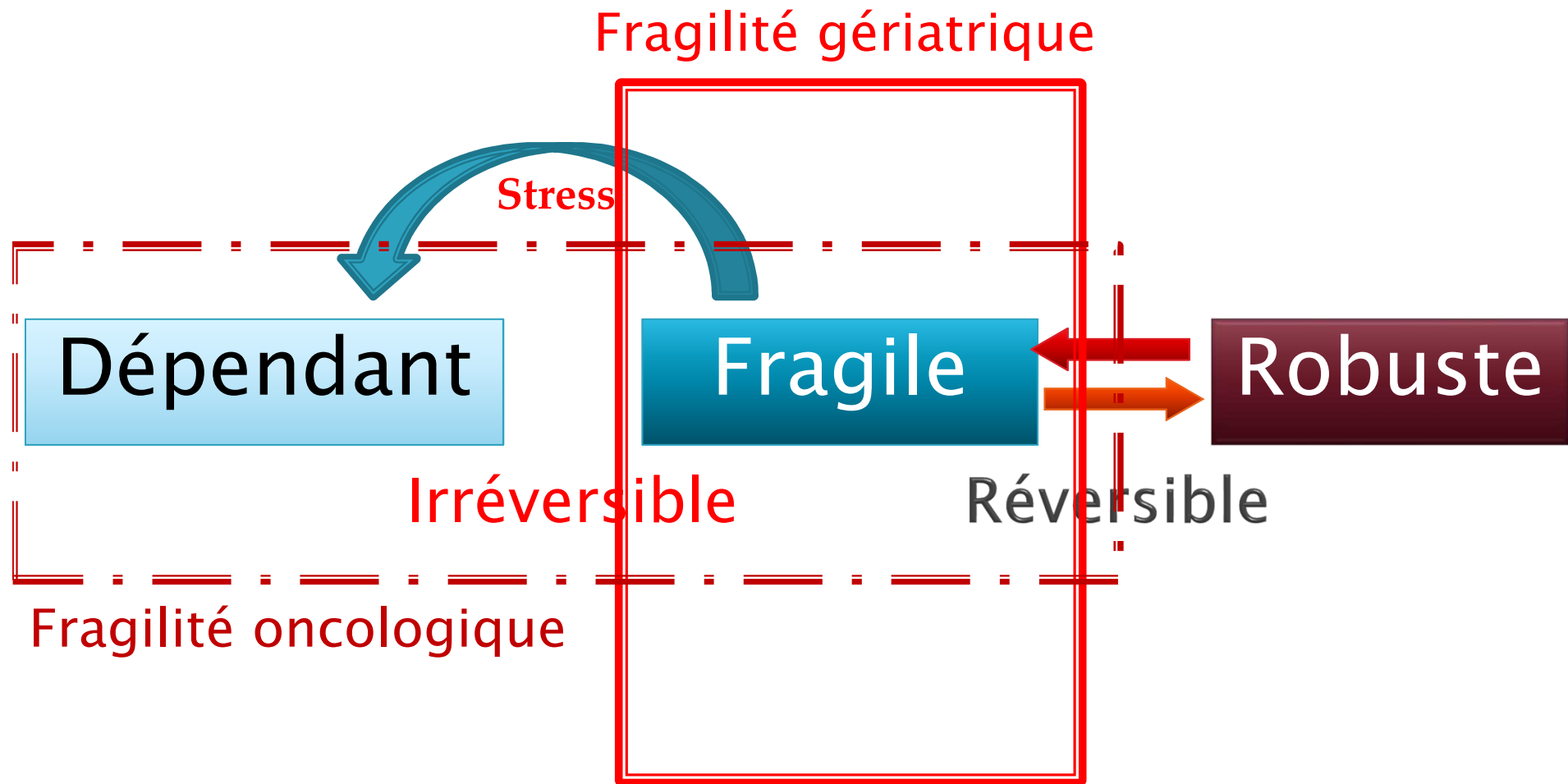
Exemple de la Fragilité oncologique :

- ▶ Évaluation par le G8 : validé par l'InCa en 2012 pour le dépistage des sujets âgés fragiles.
- ▶ Durée : 5 mn
- ▶ Par Médecin ou IDE

En fait le MNA + l'âge

	ITEM	SCORE
1	Anorexie	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
2	Maigrissement récent (< 3 mois)	0 : > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : entre 1 et 3 kg 3 : pas d'amaigrissement
3	Motricité	0 : lit-fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort de chez lui
4	Problème neuro-psychologique	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de démence ni de dépression
5	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 18.5 1 : 18.5 ≤ IMC < 21 2 : 21 ≤ IMC < 23 3 : IMC ≥ 23
6	Polymédication (> de 3 médicaments)	0 : oui 1 : non
7	Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des gens de son âge ?	0 : moins bien 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bien 2 : mieux
8	Age	0 : > 85 ans 1 : 80 - 85 ans 2 : < 85 ans
SCORE TOTAL SCORE < 14 → indication évaluation oncogériatrique		/ 17

Fragilité : parle t'on de la même chose ?



Fragilité : parle t'on de la même chose ?

Balducci 1 : « Fit Elderly » (vieillesse réussie)

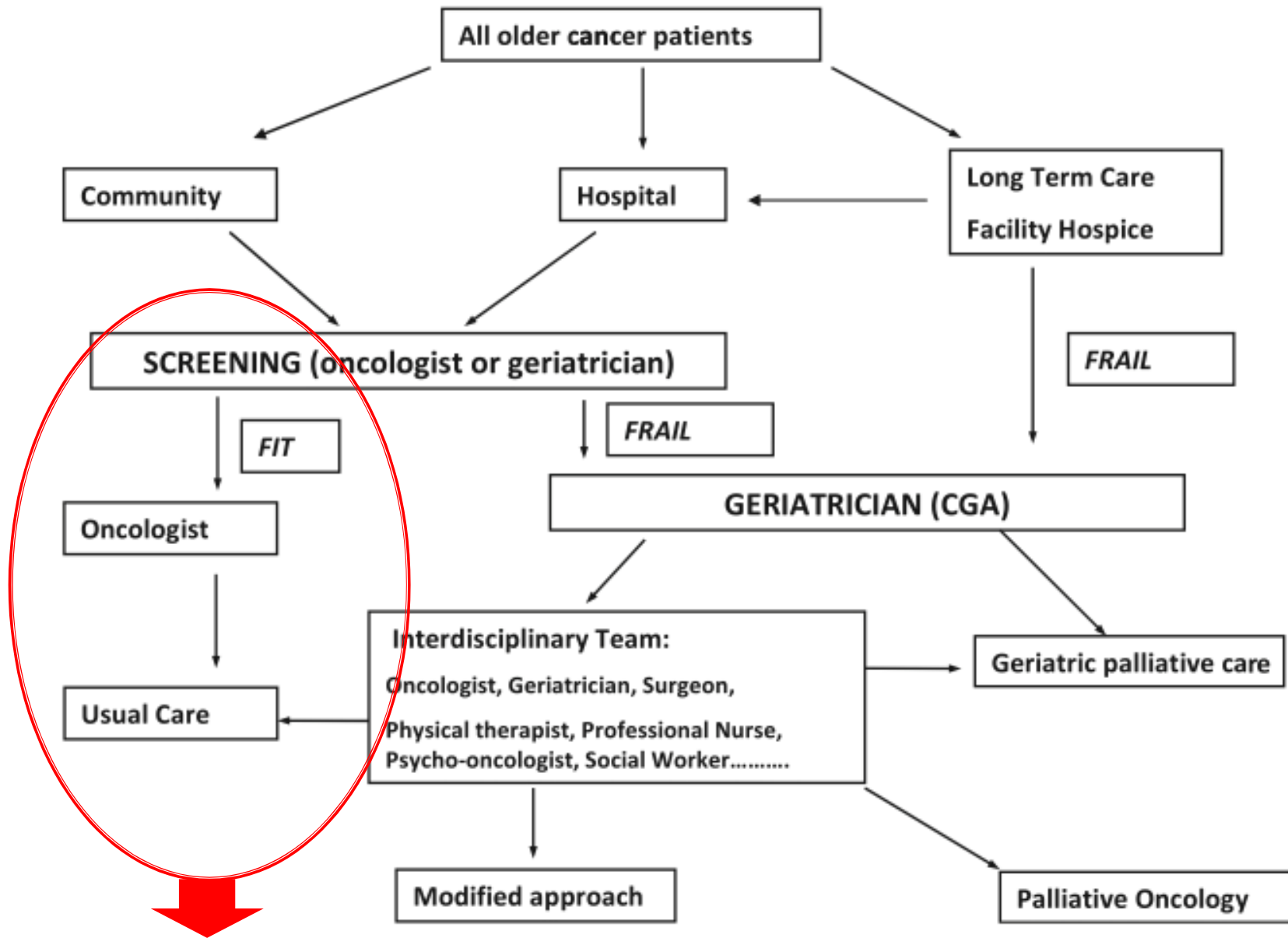
- pas de comorbidité, autonome, pas de facteur de fragilité
- > traitement oncologique identique à celui d'un patient jeune

Balducci 2 : « Frail Elderly » (patients fragiles)

- 1 ou 2 comorbidités, 1 syndrome gériatrique (Chutes, Troubles cognitifs, Syndrome dépressif sévère, Incontinence, Troubles visuels ou auditifs gênant la vie quotidienne...)
- > traitement oncologique à adapter = Avis Oncogériatrique

Balducci 3 : « Very Frail elderly » (patients très fragiles)

- comorbidité > 3 ou patient dépendant,
- > traitement palliatif



Certains patients sont fragiles
Sous-estimation du risque

Fragilité gériatrique : critères diagnostiques

Fried et al. 2001 : un phénotype clinique

Les 5 critères de Fried

Perte de poids	> 5% sur l'année
Sensation d'épuisement	Rapportée par le patient
Marche lente	< 1 m/s
Faiblesse musculaire	Grip test
Activité physique réduite	

Cardiovascular Health Study

5210 hommes et femmes \geq 65 ans

A 3 et 5 ans :

Chute – Hospitalisation – Dépendance – Décès

Score	Etat
0	Robuste (46%)
1 – 2	Pré-fragile (47%)
\geq 3	Fragile (7%)

	Robuste	Pré-fragile	Fragile
Mortalité à 7 ans	12%	23%	43%

Fragilité : critères diagnostiques

Rockwood et al. 2005
Modèle cumulatif

Clinical Frailty Scale*



1 **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 **Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 **Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 **Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 **Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 **Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing).



7 **Severely Frail** – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 **Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

CSHA study (Canada)

20 236 PA

92 variables accumulées

(index de X/92)

Symptômes

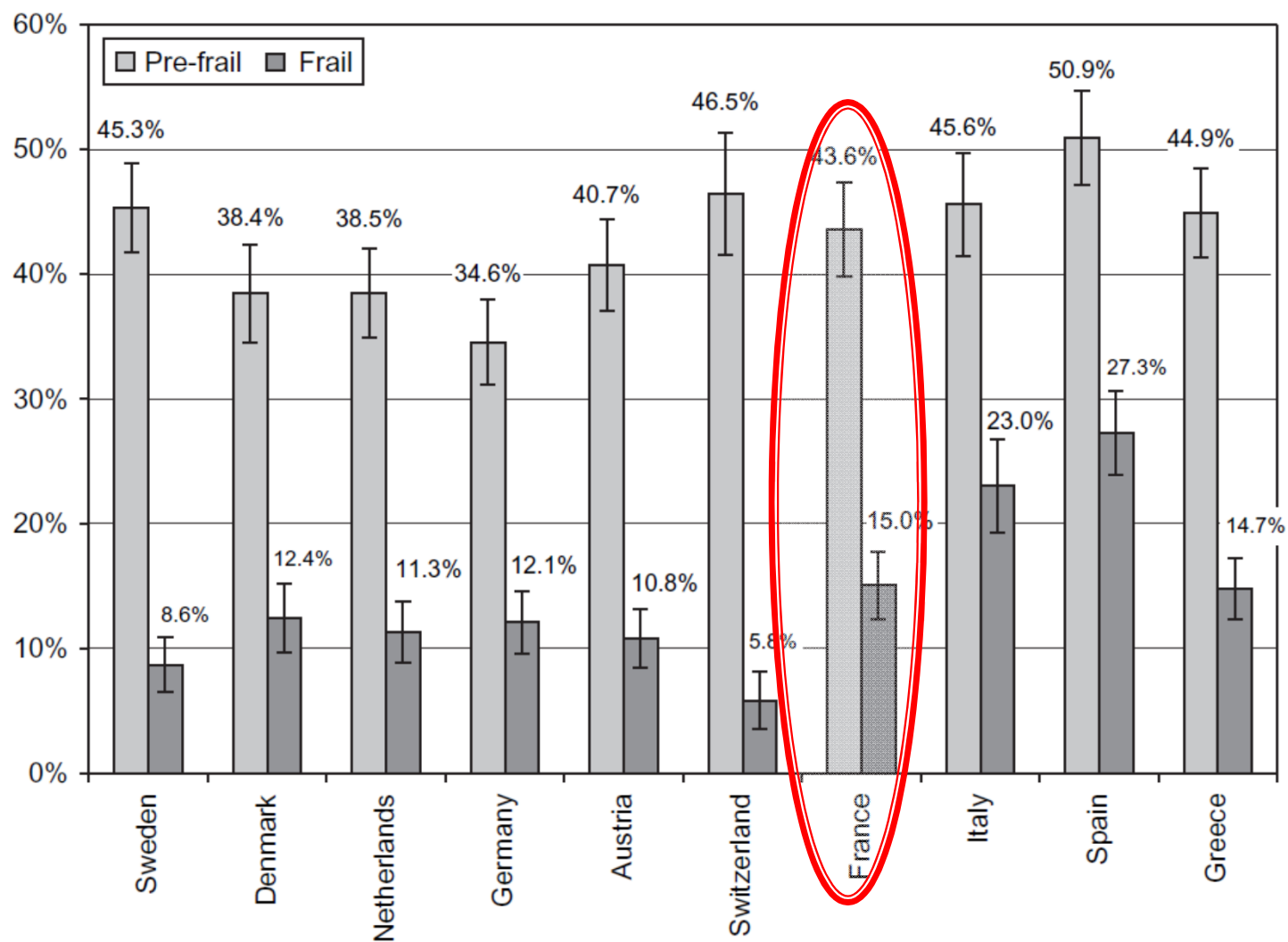
Signe clinique

Biologie

Pathologie

Incapacité ...

Fragilité : Prévalence



Fragilité : prédictif d'évènements

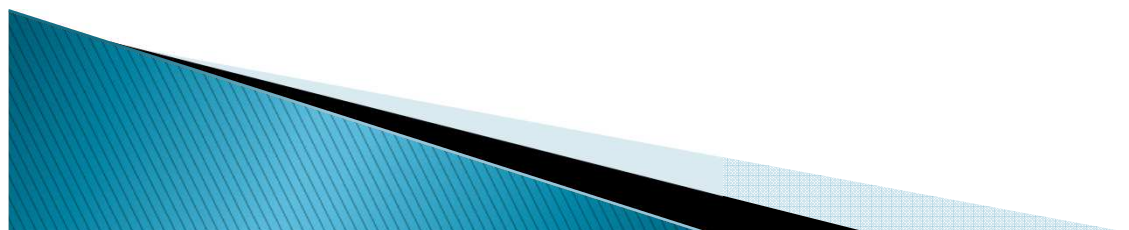
	Year	Country	Participants (n)	Length of follow-up (years)	Falls (HR*/OR† [95% CI])		Worsening disability (HR*/OR† [95% CI])		Hospitalisation (HR*/OR† [95% CI])		Care home admission (HR*/OR† [95% CI])		Mortality (HR*/OR† [95% CI])	
					Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty
Cardiovascular Health Study (CHS) ³	2001	USA	5317	7	1.12* (1.00–1.26)	1.23* (0.99–1.54)	1.55* (1.38–1.75)	1.79* (1.47–2.17)	1.11* (1.03–1.19)	1.27* (1.11–1.46)	NA	NA	1.32* (1.13–1.55)	1.63* (1.27–2.08)
Canadian Study of Health and Aging (CSHA) ⁹²	2004	Canada	9008	5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2.54 † (1.67–3.86)	2.60 † (1.36–4.96)	2.54 † (1.92–3.37)	3.69 † (2.26–6.02)
Women's Health and Aging Study (WHAS) ⁹³	2006	USA	1438	3	0.92* (0.63–1.64)	1.18* (0.63–2.19)	NA	NA	0.99* (0.67–1.47)	0.67* (0.33–1.35)	5.16* (0.81–32.79)	23.98* (4.45–129.2)	3.50* (1.91–6.39)	6.03* (3.00–12.08)
Study of Osteoporotic Fractures (SOF) ⁹⁴	2008	USA	6701	4.5	1.23 † (1.02–1.48)	2.44 † (1.95–3.04)	1.89 † (1.66–2.14)	2.79 † (2.31–3.37)	NA	NA	NA	NA	1.54 † (1.40–1.69)	2.75* (2.46–3.07)

Chutes

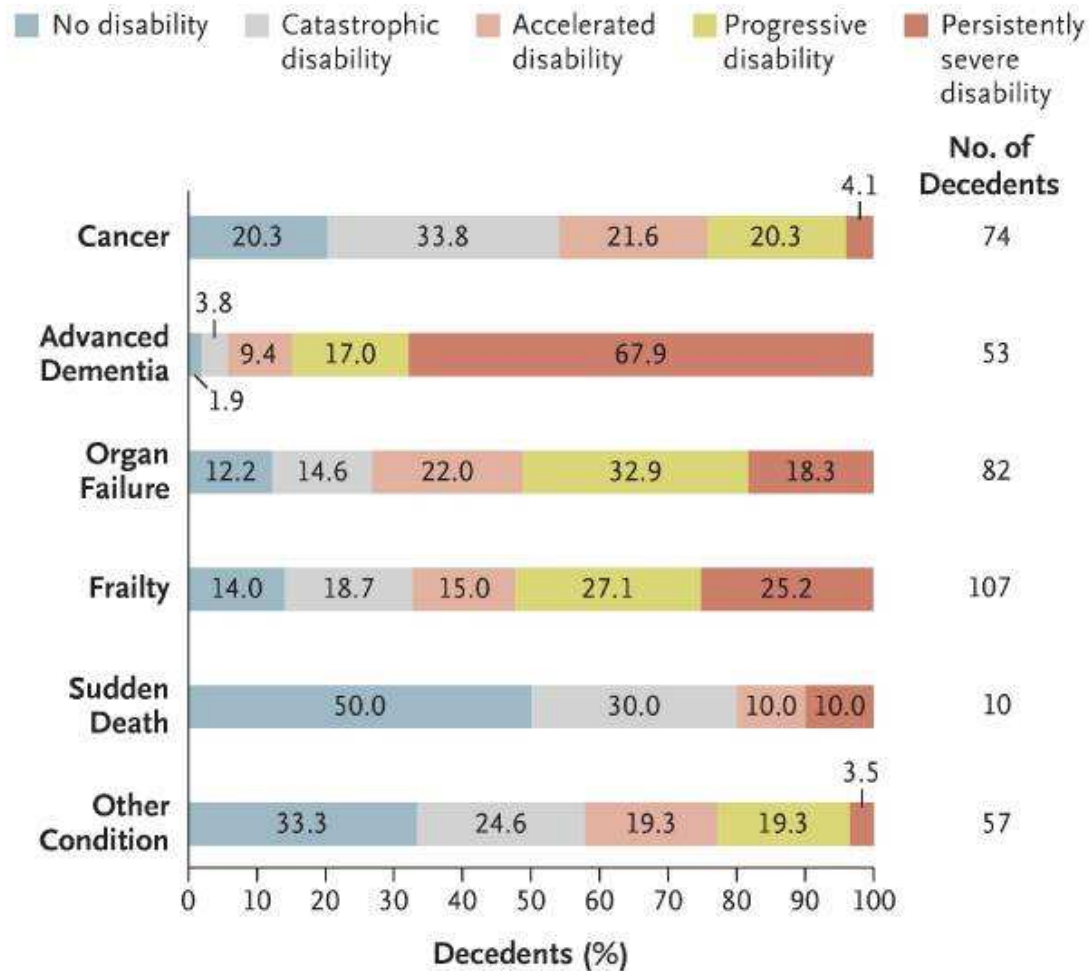
Dépendance

Hospitalisations

Décès



Fragilité : cause de mortalité



Gill et al. 2010

754 PA au domicile suivis 10 ans



Fragilité : exemple de la chirurgie

- ▶ PA à risque de complications post-opératoires :
Confusion – Perte d'autonomie – Mortalité
–> nécessité d'une évaluation

	Robuste	Pré-fragile	Fragile
Procédure mineure	3,9%	7,3%	11,4%
Procédure majeure	19.5%	33.7%	43.5%
		OR=2	OR=2.5
			Makary 2010

- Durée d'hospitalisation
- Durée sous assistance respiratoire



Pourquoi la vitesse de marche ?

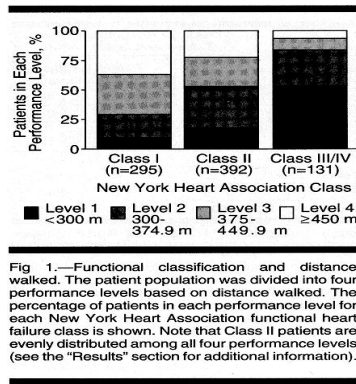
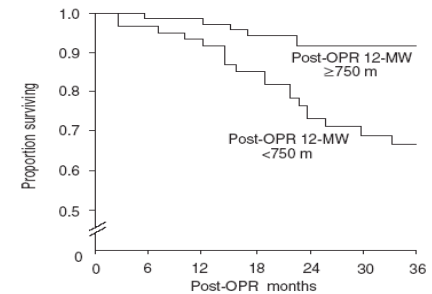


Table 2. Association of Renal Function With Characteristics of Frailty and Disability

	No Renal Insufficiency	Renal Insufficiency	P	Estimated GFR (mL/min/1.73 m ²)			P
				>60	40-60	<40	
Self-reported exhaustion	781 (17)	113 (21)	0.01	600 (17)	236 (16)	56 (26)	<0.001
Grip weakness	945 (19)	131 (26)	<0.001	858 (20)	267 (19)	51 (27)	0.04
Low physical activity	932 (20)	177 (33)	<0.001	702 (20)	332 (22)	75 (38)	<0.001
Slow walking speed	984 (19)	161 (31)	<0.001	633 (18)	363 (24)	66 (30)	<0.001
≥10 lb weight loss [†]	242 (5)	48 (10)	<0.001	174 (5)	97 (7)	19 (10)	0.003
Frailty*	272 (6)	80 (15)	<0.001	185 (6)	116 (8)	39 (20)	<0.001
ADL limitation	381 (7)	77 (12)	<0.001	276 (7)	146 (8)	36 (15)	<0.001

NOTE: Values expressed as number (percent).
*Defined as 3 or more abnormalities in the 5 characteristics.



INSUFFISANCE RENALE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Bittner JAMA 1993

Fastest-pace 4-m walking velocity (m/sec)	1.11	1.23	0.12	<0.001
Adjusted for age, sex, and BMI				
Adjusted for age, sex, race, and BMI	1.13	1.22	0.09	0.001
Adjusted for age, sex, race, BMI, leg symptoms, and neuropathy score	1.14	1.22	0.08	0.003
Adjusted for age, sex, race, BMI, leg symptoms, neuropathy score, and number of cardiovascular diseases	1.15	1.21	0.06	0.030
Adjusted for age, sex, race, BMI, leg symptoms, neuropathy score, number of cardiovascular diseases, and ABI	1.16	1.21	0.05	0.034

COMPLICATIONS DU DIABETE

Table 3. Multivariate Models

Characteristic (Unit Change)*	Without BMD	With BMD
Total hip bone mineral density (-0.13g/cm ²)	NA	1.84 (1.66-2.05)
Age (>5 years)	1.44 (1.33-1.56)	1.35 (1.25-1.47)
Any previous fracture since age 50 (yes/no)	1.57 (1.34-1.86)	1.35 (1.14-1.58)
History of maternal hip fracture after age 50 (yes/no) [†]	1.51 (1.26-1.89)	1.43 (1.14-1.89)
Parkinson's disease	2.21 (1.09-4.45)	1.81 (0.89-3.65)
Type II diabetes mellitus (yes/no) [‡]	1.68 (1.23-2.30)	1.83 (1.34-2.50)
Lowest quartile for distant depth perception (yes/no)	1.38 (1.16-1.65)	1.34 (1.13-1.60)
Body mass index using current weight vs age 25 height (-4.5kg/m ²)	1.48 (1.34-1.63)	1.10 (0.99-1.23)
Height at age 25 (6 cm)	1.14 (1.05-1.23)	1.20 (1.11-1.31)
Nailpulses (yes/no)	1.25 (1.04-1.51)	1.28 (1.06-1.55)
Walking speed (-0.22 m/s)	1.25 (1.14-1.37)	1.17 (1.07-1.28)
Digit symbol test number completed (-12)	1.20 (1.09-1.31)	1.19 (1.08-1.30)

NOTE: *Women with complete data for the multivariate model.
*Unit change is one standard deviation or comparison.
†Measured only at study of Osteoporotic Fractures baseline examination.
‡NA = not applicable.

Table 1. Physical function tests

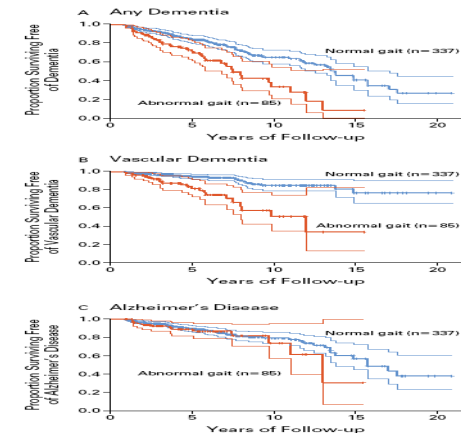
Characteristics	Number	Mean±SD	95% CI	Total summary score (range)
Eight foot walk (s)	106	2.89±0.94	2.75-3.11	1.69-7.25
Ascending stairs (s)	106	4.17±2.80	3.03-4.71	1.91-29.09
Descending stairs (s)	106	4.07±2.12	3.06-4.48	1.68-13.75
Chair stands (s)	81	26.59±11.15	24.10-29.07	11.84-49.37
Knee flexion (R) (degrees)	106	117.88±16.01	114.90-121.06	49-140
Knee flexion (L) (degrees)	106	119.71±19.55	115.94-123.47	45-145
Hip flexion (R) (degrees)	106	85.77±17.95	82.32-89.23	40-120
Hip flexion (L) (degrees)	106	89.83±19.59	86.06-93.60	40-125
Torque (R) (Nm)	103	40.82±23.31	36.25-45.40	6.12-120.51
Torque (L) (Nm)	102	38.68±24.06	34.97-44.38	6.12-147.60

ARTHROSE DU GENOU

RISQUE DE FRACTURE DE HANCHE

SURVIE DES BPCO

Gerardi et al 1995



SUVENUE DE LA DEMENCE

Verghese NEJM 2002

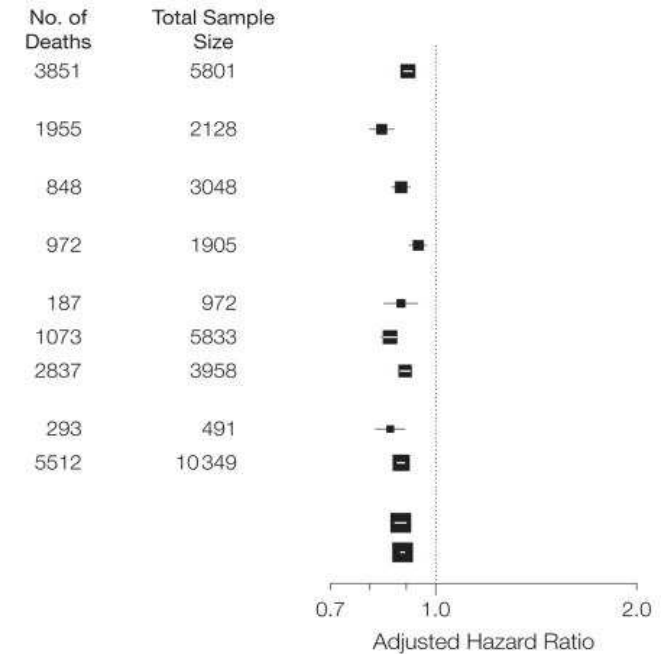
Pourquoi la vitesse de marche ?



Gait Speed and Survival in Older Adults

Dr. Stephanie Studenski, MD, MPH, Dr. Subashan Perera, PhD, [...],
and Dr. Jack Guralnik, MD, PhD

Cardiovascular Health Study, ²² 1991	3851	5801
Established Populations for the Epidemiologies Study of the Elderly, ²³ 1985	1955	2128
Health, Aging, and Body Composition Study, ^{11,12} 2009, 2005	848	3048
Hispanic Established Populations for Epidemiological Study of the Elderly, ¹³ 1999	972	1905
Invecciare in Chianti, ¹⁷ 2000	187	972
Osteoporotic Fractures in Men, ²⁰ 2005	1073	5833
Third National Health and Nutrition Examination Study, ²¹ 2004	2837	3958
Predicting Elderly Performance, ²⁸ 2003	293	491
Study of Osteoporotic Fractures, ²⁶ 1990	5512	10349
Pooled (random effects)		
Pooled (shared frailty model)		



[J Nutr Health Aging. 2009 Dec;13\(10\):881-9.](#)

Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force.

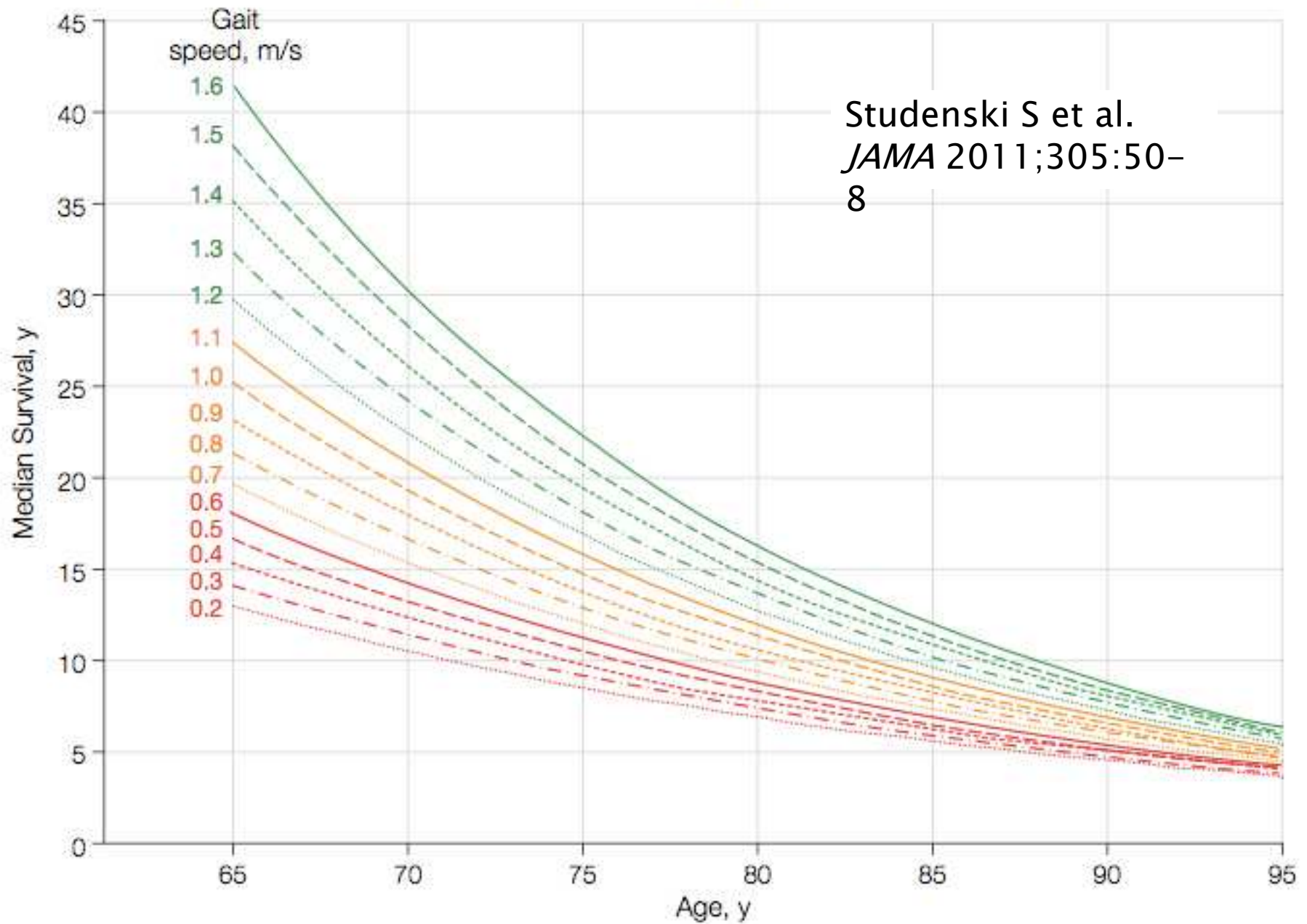
[Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, Cesari M, Donini LM, Gillette Guvonnet S, Inzitari M, Nourhashemi F, Onder G, Ritz P, Salva A, Visser M, Vellas B.](#)

Vitesse de marche :

facteur de risque de dépendance, de déclin cognitif, d'institutionnalisation, de chute et de mortalité

Predicted Median Life Expectancy by Age and Gait Speed

Women

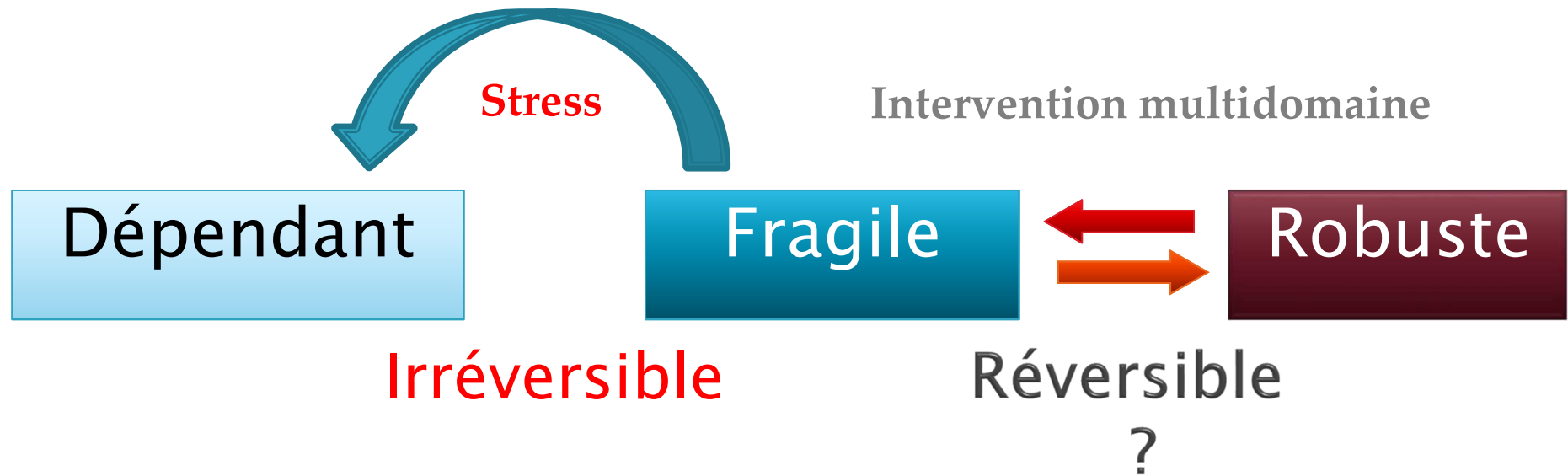


Studenski S et al.
JAMA 2011;305:50-8



Fragilité : pourquoi faire ?

- ▶ Identifier la fragilité: Prédicatif uniquement ?



Fragilité : Un état Réversible ?



Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis

Andrew D Beswick, Karen Rees, [...], and Shah Ebrahim

Intervention gériatrique chez les fragiles:

Diminution du risque d'hospitalisation (n=6028)
RR=0.9 (0.84-0.98)

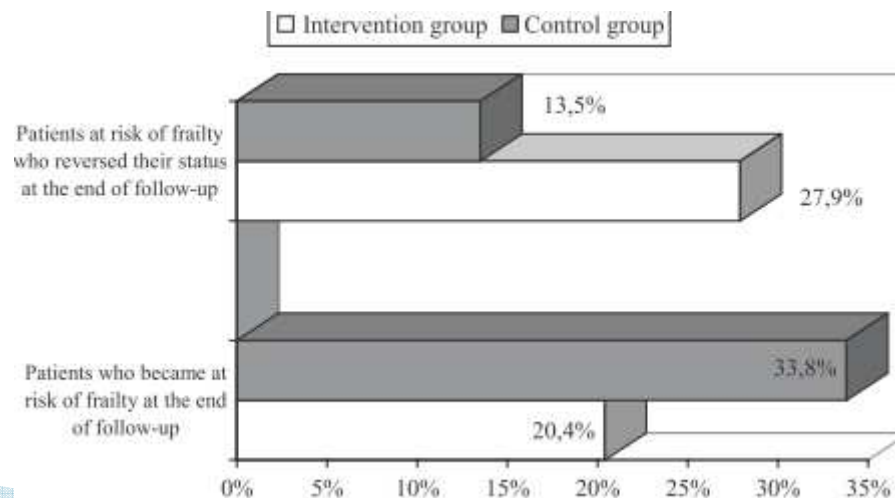
Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review

Ramon Daniels*^{1,2,3}, Erik van Rossum^{2,3,4}, Luc de Witte^{3,4}, Gertrudis IJM Kempen⁴ and Wim van den Heuvel⁴

Prévient la diminution d'ADL/IADL

Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial

Rosa Monteserin*, Carlos Brotons^a, Irene Moral^a, Salvador Altimir^c, Antonio San José^{b,d}, Sebastián Santaeugenia^c, Jaume Sellarès^a and Jaume Padrós^e

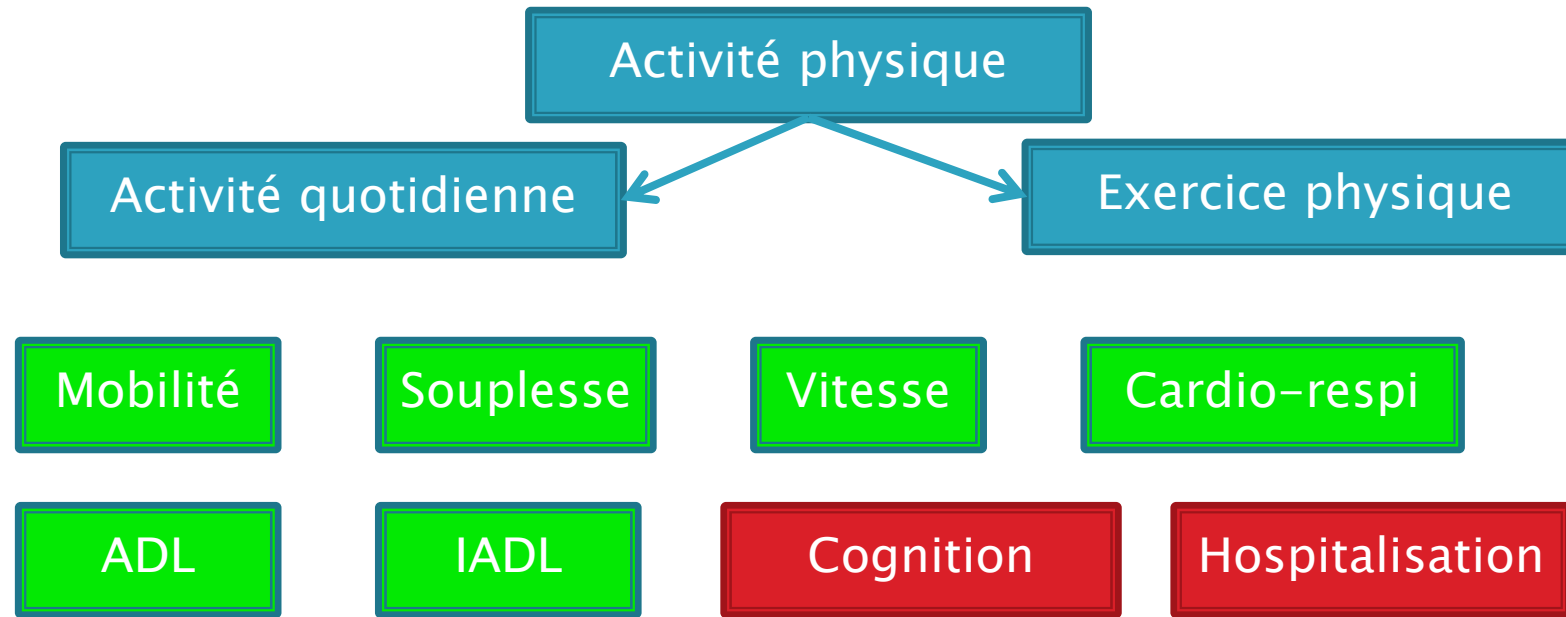


Prise en charge de la fragilité

- ▶ Réduction de la mortalité ?
 - absence de bénéfice sur la survie de la réalisation d'une EGS associée à un suivi personnalisé à domicile (Kuo 2004, Beswick 2008, Bouman 2008, Conroy 2011)
 - Baisse de mortalité chez patients à haut risque de chutes (Beswick 2008) et de moins de 78 ans (Stuck 2002, Huss 2008)



Modalités de prise en charge de la fragilité



(Daniels 2008, Theou 2011, de Vries 2012, Clegg 2012)

- **Plus efficace** chez les sujets pré-fragiles (Daniels 2008, Clegg 2012) et chez les femmes (Theou 2011)
- **Programmes les plus efficaces** :
exercice multifactoriel (endurance, résistance, équilibre),
personnalisés,
prolongés au-delà de 5 mois,
3 / semaine , 30-45 min par session (Theou 2011)

Modalités de prise en charge de la fragilité

- ▶ Prise en charge nutritionnelle :
chez patients nécessitant uniquement

- ▶ Prise en charge médicamenteuse :
 - IEC (Schaufelberger 1996, Onder 2002, Sumukadas 2007)
 - Testostérone (Basaria 2010) : effets musculaires
 - IGF-1 (Friedlander 2001) : effets non prouvés
 - Vitamine D (Wichters 2007, Avenell 2009) : effets neuro-musculaires



Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Juin 2013

« Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite «évitable» et de prévenir la survenue d'événements défavorables »

Fragilité : repérage

- ▶ Nécessité d'avoir un outil simple et sensible
- ▶ Objectif : Prédire un risque à 1 et 3 ans
(perte d'autonomie, de chute, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation)
- ▶ Le repérage:
 - Patients > 70 ans +++
 - Autonomes
 - ne s'adresse pas aux personnes atteintes d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie



Fragilité : repérage

- ▶ Par qui ?

Médecin traitant

Soignant de 1^{er} recours: IDE – AS – kiné – pharma

- ▶ Former les professionnels

- ▶ Repérage :

- Une 1^{ère} étape

- Pour une évaluation gériatrique standardisée



Personne à prévenir pour le RDV :
 Nom :
 Lien de parenté :
 Tél :
 Nom du médecin traitant :
 Tél :
 Email :
 Nom du médecin prescripteur :
 Tél :



Informations patient
 Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Tél :
 Adresse :

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

geriatga.evalide@chu-toulouse.fr tel : 05 61 77 79 29

Repérage de la fragilité au CHU de Toulouse

Partie I – Anamnèse

- Caractéristiques sociodémographiques
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Traitements +++

Partie II – Examen Clinique

- Examen clinique
- ECG

Partie III – Imagerie

- DEXA
- TEP, IRM

Partie IV – Evaluation Standardisée

- **Cognition** : *MMSE, CDR, MIS, AD-8*
- **Fonctionnelle et performances physiques** : *ADL, IADL, SPPB, échelle des Pepper Centre, critères de Fried*
- **Capacités visuelles** : *échelles de Monoyer et Parinaud, Grille d'Amsler*
- *Retinographe, Tonomètre à air*
- **Évaluation continence**
- **Capacités auditives** : *HHIES*
- **Troubles de l'humeur** : *échelle de Raskin, GDS*
- **Statut nutritionnel** : *MNA*
- **Evaluation sociale**

Partie V – Biologie

- *Biobanque*

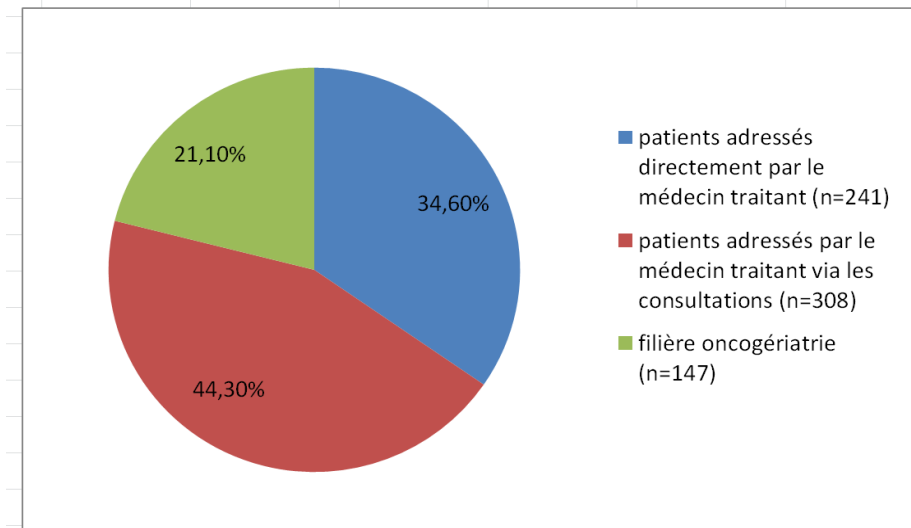
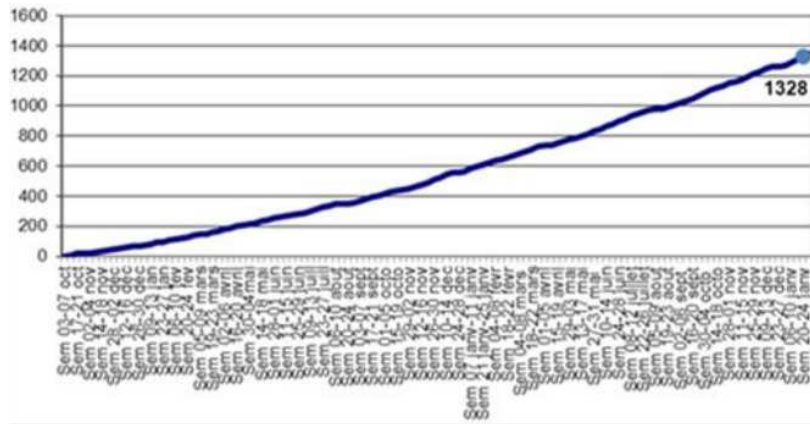
Partie VI – Synthèse

➡ **Elaboration du Plan de prévention**

Repérage de la fragilité : résultats au CHU de Toulouse



Janvier 2014 : 1328 PATIENTS



Repérage de la fragilité : résultats au CHU de Toulouse

Caractéristiques sociodémographiques, n=392

Age	<u>82,8</u> (\pm 6,2)	
Sexe (femme)	257 (65,6 %)	
Statut marital (en couple)	174 (44,4 %)	
Niveau éducatif (collège et +)	222 (56,6 %)	
Mode de vie	Domicile	371 (<u>94.6</u>%)
	Domicile avec aide (fam. ou prof)	226 (<u>60.9</u> %)
	EHPAD	18 (<u>4.6</u>%)
Nombre moyen de pathologies associées	<u>4.2</u> \pm <u>2.4</u>	
Identification d'un nouveau problème médical	189 (<u>48,2</u> %)	
Troubles sensoriels	330 (<u>84</u>%)	

N=392

Robustes	21 (5.4 %)
Pré-fragiles (1-2)	126 (32.6 %)
Fragiles (3-5)	240 (62.0 %)

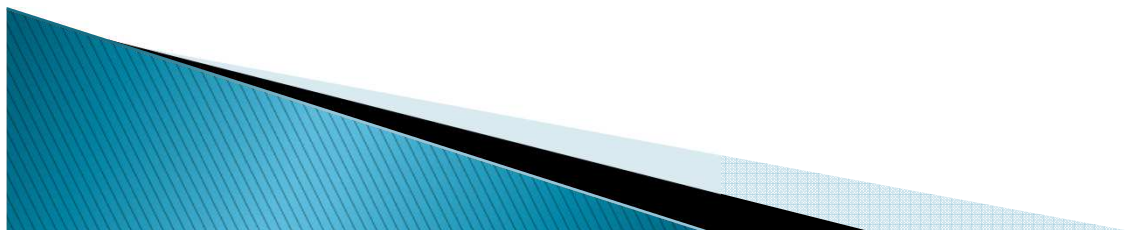
Evaluation fonctionnelle

ADL = 6	257 (65.7%)	
ADL < 5	40 (10.2%)	
IADL (médian)	6 (4-8)	
Fried	Vitesse de marche (moy)	<u>0.79</u> (\pm 0.3)
	Perte de poids	120 (<u>36.5</u> %)
	Epuisement subjectif	189 (<u>57.5</u> %)
	↓ Force de préhension	127 (<u>38.6</u> %)
MNA	Bon état nutritionnel	<u>224</u> (<u>57.9</u> %)
	A risque	<u>134</u> (<u>34.6</u> %)
	Dénutrition	29 (7.5 %)

Repérage de la fragilité : résultats au CHU de Toulouse

Interventions	
Nombre moyen d'intervention	<u>4.9</u> ± 1.9
Interventions médicales	
Cs spécialisé	205 (53.0 %)
Evaluation neuropsychologue	162 (41.5 %)
Modification thérapeutique	128 (36.9 %)
Examen complémentaire	82 (21.0 %)
Biologie complémentaire	42 (10.7 %)

Intervention nutritionnelle	
Recommandations	281 (71.9%)
Cs diététicienne	121 (30.9%)
Cs nutritionniste	26 (6.6%)
Activité physique	
Recommandations	387 (98.7%)
Professeur d'activité physique	94 (24%)
kinésithérapie	123 (32%)
Intervention sociale	
	112 (28.6%)



Décembre 2013

Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?

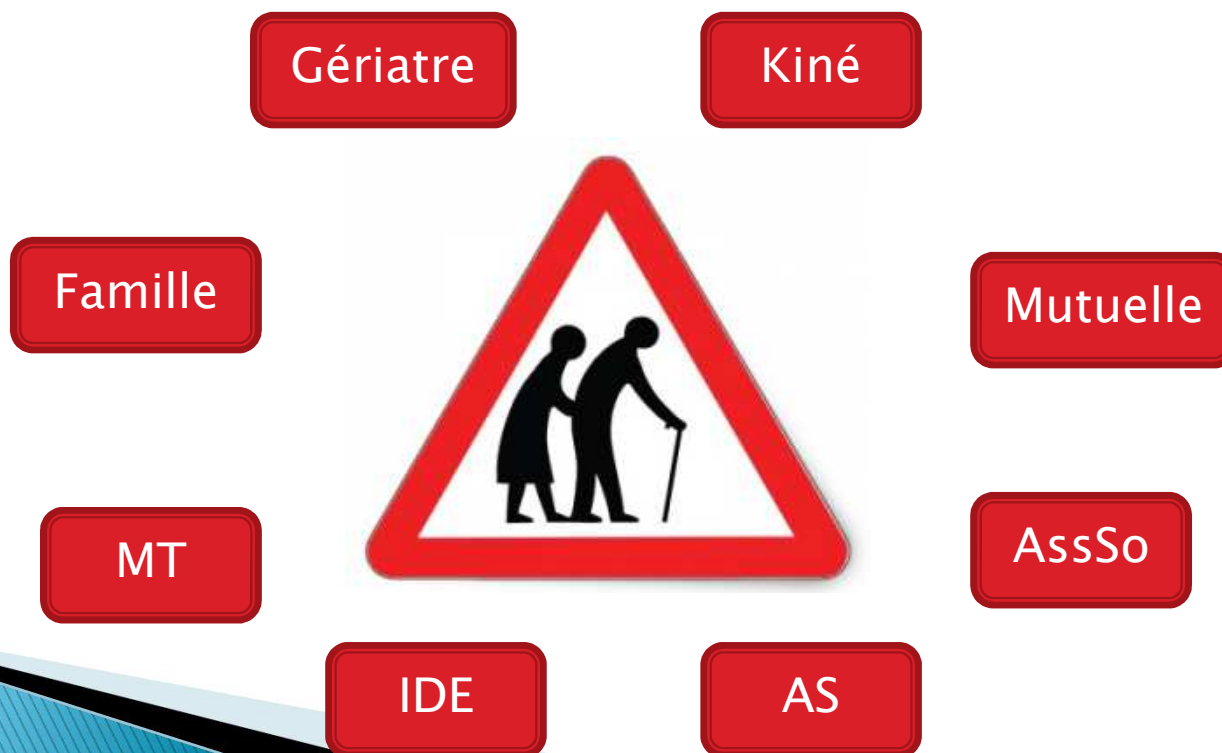
Ce qu'il faut faire : anticiper pour prévenir
la perte d'autonomie

Étape 1 : Initier et réaliser l'évaluation

Étape 2 : faire la synthèse de l'évaluation

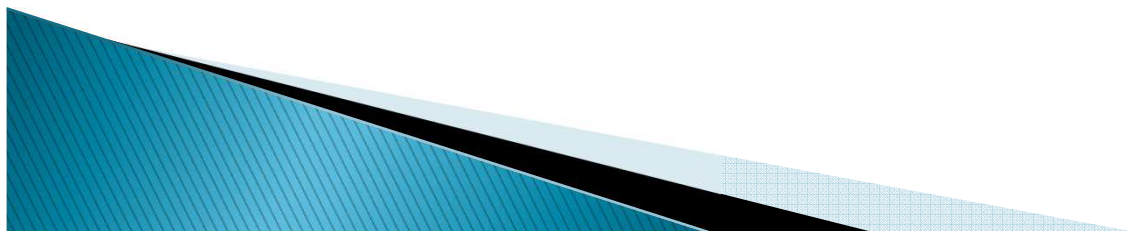
Étape 3 : organiser la prévention

Étape 4 : envisager un PPS et organiser le suivi



Ce qu'il faut éviter :

- ▶ Négliger la dimension sociale de l'évaluation
- ▶ Médicaliser inutilement les personnes fragiles
- ▶ Se limiter à la réalisation de tests au détriment de la démarche clinique ;
- ▶ Ecarter les patients en situation complexe du bénéfice d'une évaluation gériatrique spécialisée
- ▶ Chercher à résoudre tous les problèmes en une fois
- ▶ Prescrire des compléments nutritionnels oraux ou un portage des repas à domicile sans rechercher les causes d'une dénutrition
- ▶ Négliger de prévoir le déclenchement d'alertes au médecin traitant pour lui signaler rapidement une dégradation de l'état fonctionnel, psychique ou social de la personne, afin de pouvoir anticiper une situation de crise.
- ▶ Selon les cas, ce rôle de veille et d'alerte peut être assuré par les infirmières, les personnels des services d'aide à la personne et l'entourage.



Conclusion

- ▶ Être fragile= être à risque de dépendance
- ▶ Dépistage simple
- ▶ Plateforme d'évaluation de la fragilité
= dépistage de la fragilité
Mais également prise en charge globale

- ▶ Futur :

Fragilité comme facteur pronostique
dans de nombreuses pathologies ou interventions

Ex : cancérologie et effets secondaires/tolérance de la chimiothérapie

