Une démarche au service de la santé
GROUPES QUALITÉ

REPERAGE ET EVALUATION DE LA FRAGILITE DU PATIENT AGE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

septembre 2013

Groupe de travail : (document provisoire réalisé par le Dr LEQUEUX)

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

Le concept de fragilité ou « *frail elderly* » concerne les sujets avec vieillissement habituel.

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux ».*

Dans notre région les personnes de 70 ans et plus représentent 13% de la patientèle des généralistes et 28% du volume de leur activité (ORS 2007)

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée. Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 %. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (Santos-Eggimann 2009). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes

On considère qu'environ 10% de la population de plus de 75 ans, vivant à domicile, perd son autonomie chaque année, pour une des activité de base de la vie quotidienne. Ce déclin n'est pas irréversible. Il faut rappeler que dans notre pays seul 20% des plus de 80 ans vivent en institution.

De nombreux travaux sur la faisabilité de l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) en soin primaire ont conclut qu'elle était inadaptée à la pratique ambulatoire. Le caractère chronophage étant le principal obstacle.
Il existe aujourd'hui des publications sur « le repérage et l'évaluation de la fragilité » en médecine générale, basé sur les items de l'EGS, avec une sélection d'outils plus adaptés à notre pratique.

Les échanges sur ce thème devraient permettre de sensibiliser les participants au concept de « fragilité », de s'approprier les différents « outils » et d'élaborer des stratégies facilitant le repérage précoce.

L'objectif est d'agir sur ses déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

1. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? HAS.jun2013-09-28
2. Thomas P., Hazif-Thomas C., Cl鴦ent J. & Burough S. L'échelle de dépression en 4 items (GDS 4). La Revue de Gériatrie Octobre 2008 ; Vol 33.
3. Dubost V., Beauchet O. & Belmin J. Comment évaluer la marche et l'équilibre chez le sujet âgé fragile : les tests get-up & go et timed up & go. La revue de Gériatrie 2009 ; 34(2) : 145-50.
4. HAS. Le pied de la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique. Juillet 2005.
5. HAS et SFDRMG. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations. Novembre 2005 ; 11p
6. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino énerg騁ique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. 2007.
7. Evaluation cognitive : test CODEX. Presse Med 2007; 36:1183-90; Revue de Gériatrie 2007; 32:627-31.
8. Le pied de la personne âgée.Fiche synthèse. HAS 2005
9. Trivalle C. Mise au point. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine & Hygiène Nov. 2000 ; 2323 : 2312-5.
10. Clément JP, et al. Mini-GDS. Encéphale 1997 ; 23 :91-9.
11. Le Deun P. & Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Juillet- Août 2004 ; 10(4) : 229-36
12. Winograd et al. Pourquoi s'intéresser à la fragilité. J. Am. Geriat. Soc. 1991 ; 39 : 778-84
13. Belmin J., Oasi C., Folio P. & Pariel-Madjlessi S. Codex un test ultra rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. La Revue de Gériatrie Octobre 2007 ;32(8) : 627-31.
14. Adam M., Batier S., Boucheron-Josse C., Devaux L. & Gerardin P. Le test de l'horloge, quelle heure est-il ? La Revue de Gériatrie Novembre 2005 ; 30(9) : 687-92.
15. Nourashemi F. Evaluation gérontologique : pour qui et comment ? La revue du praticien de médecine générale Mars 2009 ; 23(817).
16. Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. BMJ.2007;369:1328-9.
17. Borson S. Identification des troubles cognitifs en médecine de ville. Int. J. Gériatr. Psychiatry 2006 ; 21(4) : 349-55.
18. Challeton C. Repérer la plainte mnésique : Principal facteur prédictif du déclin cognitif?.La revue du praticien de médecine générale Avril 2009, Supplément N° 819.
19. Observatoire régional de la santé– Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire. Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Vague d'enquête 2. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2009.
20. D.Letonturier. Hypotension orthostatique chez le sujet âgé.Médecine sept.2013 :306-12.
21. Karananananthan S et al. La fragilité : en quête d'un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent. Rev Med Int. 2009;30:105-9
22. Hélène Grellier-Thèse médecine générale. Faculté Médecine Nantes.2010
23. P.Chassagne, T.Pesque. Identifier la valence gériatrique d'un sénior. Outl : ABCDEF (non publié)

LES PRINCIPAUX MESSAGES

C'est quoi le concept de « fragilité » ?

Le vieillissement est un processus évolutif hétérogène. Entre le vieillissement normal et pathologique les anglo-saxons décrivent un vieillissement intermédiaire qu'ils nomment « *frailty* » ou fragilité. On peut la décrire comme une diminution infra clinique des réserves physiologiques de la personne vieillissante et donc de sa capacité à faire face à une situation déstabilisante, diminuant ainsi sa capacité d'adaptation. Il en résulte un risque accru de perte d'autonomie.

C'est un état dynamique instable et réversible. La notion de réversibilité est essentielle pour entrevoir l'intérêt de mieux repérer ces patients. Elle nait de l'interaction de facteurs physiques, neuropsychologiques, sociaux et environnementaux rendant le sujet vulnérable. Cette situation est asymptomatique.

Dans son dictionnaire des résultats de consultations, l'Observatoire de la Médecine Généale définit le terme de « fragilité » par deux critères obligatoires :
- Sujet âgé de plus de 60 ans,
- Diminution lente et progressive d'au moins une des capacités suivantes : physique et/ou intellectuelle et/ou mémoire des faits récents et/ou d'adaptation aux situations nouvelles et/ou de jugement et/ou modification du caractère.

Pourquoi s'intéresser à la fragilité ?

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations plus fréquentes, des durées de séjour multipliées par 2 et un risque de ré-hospitalisation plus important.

La réversibilité de la fragilité n'est pas en règle générale spontanée. Cela nécessite des actions ciblées sur les différentes composantes repérées. La coopération avec les acteurs des soins primaires permet d'optimiser cette prise en charge. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est également possible.

Quel est le champ de ce repérage ?

Elle n'est pas réalisable sur toute la population âgée et elle serait inutile chez des patients ayant perdu une grande partie de leur autonomie.
On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Comment repérer et évaluer la fragilité ?

La référence pour dépister et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). Les outils d'évaluation de l'EGS, de conception hospitalière, sont difficilement utilisables en pratique ambulatoire.
Cette évaluation ne se concoit que si elle s'inscrit dans la durée avec des propositions de stratégie adaptée à chaque patient. Une réévaluation sur le long terme est indispensable pour contrôler l'efficacité des plans d'intervention.

Sans approche systématique, il est difficile pour le médecin de reconnaître cet état de « fragilité ». Nous sommes guidés, le plus souvent sans en avoir conscience, vers les problèmes qui nous sont les plus familiers et / ou pour lesquels nous avons le plus d'intérêt.

Ses objectifs :

- Retarder la perte d'autonomie, améliorer la qualité de vie et prévenir les complications.
- Optimiser l'orientation de lieu de vie et la continuité des soins.

Cela pose la question des outils de repérage qui doivent répondre à 3 exigences :

- simplicité d'utilisation ;
- sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables tels qu'incapacités vis-à-vis des activités de la vie quotidienne (AVQ), chutes et hospitalisations ;
- validation en soins de premier recours.

Comment réaliser une évaluation gérontologique et quels sont les outils utilisables en médecine générale ?

Evaluation cognitive :

Le MMSE est encore limité en pratique courante. Il est prouvé que la reconnaissance des troubles cognitifs par le médecin de ville est améliorée par l'utilisation d'échelles d'évaluation simplifiées. Trois tests choisis parmi une revue de littérature sont pertinents et validés dans la pratique de soin primaire en termes de performance et de faisabilité : Le Mini Cog, le GP Cog et le MIS.
Le Mini Cog utilisé dans l'ABCDEF (annexe 2), parait le plus facile à réalisé.

Mini Cog :

Il combine le rappel de 3 mots (citron, clé, ballon / cigare, fleur, porte) et le test de l'horloge. Il a été étudié sur des populations ambulatoires sur lesquelles il a une bonne sensibilité et spécificité. Il n'est pas un test diagnostic. Son indépendance par rapport au niveau éucatif du patient a été démontrée.

<u>Réalisation</u> (moins de 5 mn) :

- rappel libre des mots (non coté)

- test de l'horloge : 2 consignes successives,
1ère : sur un cercle de 10cm de diamètre, placer tous les chiffres des heures
2de : déssiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur deux quadrants opposés (ex : 4 heure moins le quart).

- rappel différé des 3 mots éventuellement avec indicage.

<u>Cotation</u> : score global 5 points
- 1 point par mots rappelés
- 2 points pour le test de l'horloge réussi
Valeur seuil < 3 points

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle :

L'IADL (Instrumental activities of daily living) (Lawton et Brody) **version courte.**

La perte d'autonomie traduit l'incapacité récente de planifier une action que le patient effectuait jusqu'alors sans difficulté.
Cotation : note 1 point par item réalisé ; 0 si impossible. La perte d'au moins 1 de ses items traduit une perte d'autonomie débutante

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL). VERSION COURTE			Valeur	SCORE
Téléphone	1	Se sert normalement du téléphone	1	
	2	**Ou** Compose quelques numéros très connus	1	
	3	**Ou** Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
	4	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
	5	**Ou** Incapable d'utiliser le téléphone	0	
Score maxi : 1 pt				
Moyens de transport	1	Utilise les moyens de transport de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
	2	**Ou** organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun transport public	1	
	3	**Ou** utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
	4	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	
Score maxi : 1 pt				
Traitement	1	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	
	2	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
	3	**Ou** Est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Score maxi : 1 pt				
Manipuler l'argent	0	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	
	1	Gère ses finances de façon autonome	1	
	2	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
	3	Incapable de manipuler l'argent	0	
Score total (maxi *4 pts*) :				*/4*

Evaluation nutritionnelle :

La dénutrition est un critère de fragilité. Elle augmente le risque de déclin fonctionnel. La prévalence est évaluée entre 4 et 10 % à domicile. C'est un facteur de mauvais pronostic, tant en terme de morbidité que de mortalité.

L'HAS définit la dénutrition par : la perte de 2 kg ou 5 % du poids initial dans le dernier mois ou de 4 kg ou 10 % du poids initial dans les 6 derniers mois et / ou un IMC < 21 et / ou une albuminénie < 35g/l.

Un dépistage annuel de la déutrition est recommandé, mais également à la suite de toute hospitalisation.

L'albuminémie est à interpréter en fonction d'un marqueur de l'inflammation (CRP) et en s'assurant de l'absence de perte protéique urinaire. La proalbuminémie a peu d'intérêt en pratique ambulatoire, sa demi-vie courte (2 jours), permet le suivi de la renutrition et la modification des apports.

Il existe une échelle, le MNA (Mini Nutritional Assessment) et sa formule simplifiée mais les limites de cet outil sont sa durée de passation et l'impossibilitéde de renseigner certains items en l'absence d'un tiers en cas de troubles cognitifs ou de communication.

NE PAS OUBLIER le dépistage et le traitement des lésions bucco-dentaires, incluant l'entretien et l'adaptation des appareils, Ce sont des éléments majeurs de prévention de la dénutrition.

Evaluation du risque de chute :

► Notion de chute dans l'année antérieure :

La première chute est un facteur important de récidive. L'incapacitéde se relever seul du sol est un facteur de récidive et de mortalité Les patients n'évoquent pas facilement la notion de chute antérieure. Il faut poser la question :
☨ Êtes vous tombé(e) durant la dernière année ? Combien de fois ?
Noter cet antécédent (daté) dans le dossier médical.

Test "Get up and go":
Il consiste à demander à la personne de se lever de sa chaise à l'aide si besoin de son aide technique habituelle, sans se tenir, de parcourir 3 mètres, de se tourner et de revenir s'asseoir. Sa cotation est subjective.

Test "Get up and go" minuté (TIMED UP AND GO TEST

La personne âgée est assise, bien adossée. Elle porte ses chaussures habituelles et utilise son aide technique habituelle (canne…), mais elle ne doit bénéficier d'aucune autre assistance. Les bras reposent sur les accoudoirs, l'aide technique usuelle est à portée de la main.

Au signal la personne doit se lever et marcher 3 mètres, se tourner, puis revenir s'asseoir.
Un premier test doit être fait pour familiariser la personne avec le test.
Le chronométrage débute au signal « Allez-y » et s'arrêt lorsque la personne est revenue en position assise. Le temps de parcours (en secondes) est retenu comme étant le score final.

Ceux qui réalisent le test en moins de 20 s sont totalement indépendants (possibilité de sortir à l'extérieur avec sécurité.)

Ceux qui le réalisent en plus de 30 s sont dépendants physiquement pour la mobilité.

Ceux qui sont entre 20 et 30 s ont des aptitudes de mobilité incertaines

Hypotension orthostatique (HO) :

L' HO est définie par une baisse de la pression artérielle soit systolique (d'au moins 20 mmHg), soit diastolique (d'au moins 10 mmHg) soit des deux, dans un délai de 1, 3 ou 5 mn après la mise en station debout du patient.

Sa symptomatologie est peu spécifique (malaises, instabilité posturale, troubles visuels, crises comitiales, angor, oligurie, céphalées, fatigues, tremblements…).

Elle est fortement associée à une augmentation du risque de chute (30% après 75 ans, 60% chez les patients atteints d'une dysautonomie neurologique centrale). Elle doit être considérée comme un facteur de fragilité du sujet âgé.

Evaluation neurosensorielle :

Souvent ces modifications progressives ne sont pas perçues par le sujet et peuvent le mettre en danger car toute désafférentation potentialise les troubles cognitifs débutants et majore le repli social et la perte d'autonomie.

La vue : le seuil visuel chute, le champ visuel se rétrécit, l'acuité visuelle diminue, la vision des couleurs est altérée et aussi celle des contrastes. Cette altération de la fonction visuelle a des conséquences sociales, médicales et et augmente le risque de chutes. Les syndromes dépressifs sont plus fréquents chez ces patients.
Au Canada la société d'ophtalmologie recommande pour les patients asymptomatiques de plus de 65 ans un examen ophtalmologique au moins tous les deux ans. Pour réaliser le dépistage : l'interrogatoire du patient et la mesure de l'acuité visuelle avec correction de loin et de près sont cités.

L'ouïe est fondamentale dans la communication. La presbyacousie est la cause de surdité la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle touche 30% des sujets après 75 ans. La perte d'audition engendre isolement social progressif et la baisse des fonctions cognitives. L'appareillage est la seule thérapeutique, elle doit être précoce car l'adaptation se fait d'autant mieux que le sujet est moins âgé et que la surdité est moins profonde.

Il faut poser la question « Pensez vous souffrir d'un problème d'audition ? »

Voix chuchotée :
Elle consiste à chuchoter quelques mots à une distance donnée de l'oreille hors du champ de vision et à demander de répéter ces mots tout en masquant l'oreille controlatérale. Le test de référence restant l'audiogramme.

Evaluation thymique :

Le syndrome dépressif du sujet âgé est atypique et pauci symptomatique. Le risque suicidaire augmente après 65 ans. Le diagnostic est souvent difficile du fait de plaintes somatiques ou pseudo-démentiel. La souffrance psychologique est pourvoyeuse de dépendance, d'altération de la qualité de vie et de conséquences somatiques.

Aucun test de dépistage ne doit être utilisé de façon isolé, aucun n'ayant une spécificité ou une sensibilité de 100 %. Les tests ne peuvent prendre la place d'une évaluation clinique globale.

L'outil de questionnement doit être choisi pour sa faisabilité en fonction de la pratique de chaque médecin. Le rythme du dépistage n'est pas défini, une évaluation régulière semble plus efficace.

On peut améliorer le dépistage de la dépression en médecine généale en proposant d'utiliser les 2 questions suivantes pour le repérage des sujets à risque de dépression :
- Au cours du dernier mois, avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ?

- Avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué? (ou vous sentez-vous dérimé?)

Ou d'utiliser des questionnaires simples comme le mini GDS (4 items).

Echelle gériatrique de dépression simplifiée (GDS 4) :

Elle a pour but de repérer les patients à risque de dépression. Elle est moins sensible pour des états dépressifs mineurs. Son principal biais est d'être peu discriminant en cas de troubles mnésiques.

C'est un test très rapide et fiable à effectuer dans le cadre d'un dépistage systématique à l'occasion d'une consultation. Il est intéressant parce qu'il présente une bonne sensibilité (peu de faux négatifs) et une bonne spécificité (peu de faux positif).

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	oui 1/ non 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui 1 / non 0
3. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	oui 1 / non 0
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui 1 / non 0

Si le score est égal ou supérieur à 1 il y a une très forte probabilité de dépression.
Si le score est égal à 0 il y a une très forte probabilité d'absence de dépression.

La version brève de la *Geriatric Depression Scale* est un outil de dépistage d'une dépression. Elle ne permet pas de porter un diagnostic de dépression.
Les critères de la DSM IV sont recommandés pour le diagnostic des syndromes dépressifs sans aucune spécificité ou différence chez le sujet âgé.

CONSIGNE: Poser les questions au patient en lui précisant que ses réponses doivent se référer au passé récent (1 semaine) et non au passé ancien ou au présent.

Evaluation de la douleur :

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge. Chez les sujets âgés à domicile les chiffres varient entre 30 % et 80% selon les études. La douleur chez le sujet âgé fait encore l'objet de nombreux préjugés, conduisant à une insuffisance d'éaluation et de traitement. Elle est le premier motif de consultation en cabinet médical. Evaluer et traiter la douleur c'est réduire les troubles du comportement, les angoisses, les troubles du sommeil, les épisodes confusionnels et donc un gain d'autonomie.

GRILLE DE REPERAGE DE LA « FRAGILITE » D'UNE PERSONNE AGEE EN SOINS PRIMAIRES

- Somatique :
  - **IMC**
  - **Poids** (à chaque consultation)
  - **ATCD de chute** noté dans dossier
  - Recherche hypotension orthostatique (**HO**)
  - Etat des **pieds** et voûtes plantaires
  - **Bilan biologique** :
    - Créatininémie + clairance
    - Bilan hépatique (TP, transaminases),
    - TSH
    - NFS, CRP
    - Ionogramme, calcémie,
    - albuminémie (doit être interprétéé en fonction de l'absence de protéinurie et l'existence ou non d'un sd inflammatoire qui diminue les protéines nutritionnelles)
- Cognitif :
  - **Mini Cog** (en première intention) **(annexe 2)**
- Thymie :
  - Evaluation dépression par **GDS 4**
- Neuro-sensoriel :
  - Vue :
    - **Consultation ophtalmologue** au moins tous les 2 ans
  - Auditif
    - **Voix chuchotée 3m +/- audiogramme**
- Equilibre / marche :
  - **Get up and go**
  - Antécédents de chute dans l'année
  - Recherche hypotension orthostatique
- Autonomie fonctionnelle :
  - ADL **(annexe 1)** ou IADL **(annexe 2)**
- Douleurs :
  - Echelle verbale simple **(EVS)** et/ou EVA (si possible)
- Traitements :
  - **Si > 4 médicaments :** hiérarchiser les différents traitements en cours
- Entourage :

- **N° tel. CLIC** (Centre Local d'Information et de Coordination)
- **N° tel. Famille ou personne de confiance**