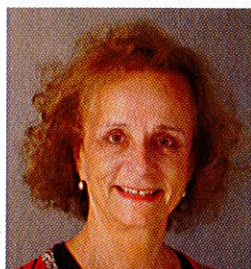


# PARCOURS DE SOINS

Dossier coordonné par Brigitte Némirovsky



DR  
► Conseillère scientifique

**Pr Sylvie Legrain**  
Agence régionale de santé  
Île-de-France, Paris



## Personne âgée en risque de perte d'autonomie

Du repérage précoce au plan personnalisé de santé



**610.** Le bon plan d'aides et de soins,  
au bon moment, au bon endroit

Pr Sylvie Legrain



**611.** La prévention de la perte d'autonomie :  
une figure imposée

Dr Jean-Pierre Aquino



**616.** Repérage précoce de la fragilité par le médecin  
généraliste

Pr Fati Nourhashémi, Dr Marie-Ève Rougé-Bugat, Pr Bruno Vellas



**619.** Éducation thérapeutique des personnes âgées  
polypathologiques : quelle approche ?

Pr Sylvie Legrain, Dr Dominique Bonnet-Zamponi,  
Pascale Saint-Gaudens



**627.** L'expertise gériatrique en soutien aux équipes  
de proximité

Drs Sophie Lacaille, Mélanie Sebbagh-Eczet, Éliane Abraham,  
Marie-France Maugourd, Yves Passadori



**633.** L'hôpital de l'avenir et le parcours de soins idéal

Pr Claude Jeandel



**638.** Le PPS : un outil pour formaliser les parcours  
complexes

Entretien avec le Dr Michel Varroud-Vial

**639.** Vers une approche globale et ubiquitaire  
de la prise en charge

Entretien avec le Pr Olivier Hanon



PAERPA

# Le bon plan d'aides et de soins, au bon moment, au bon endroit

Pr Sylvie Legrain (sylvie.legrain@ars.sante.fr), université Paris-Diderot. Agence régionale de santé Île-de-France, Paris

**Les coûts de santé explosent, du fait d'un système de santé inadapté aux maladies chroniques. Celles-ci voient leur fréquence croître avec l'avancée en âge et du fait d'un large accès aux innovations techniques. L'organisation du système de santé dans sa globalité doit être reconsidérée. Une telle réorganisation est d'autant plus nécessaire dans un contexte de crise économique. Selon le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie de juin 2011, le recours indu à l'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) coûterait 2 milliards d'euros à l'Assurance maladie. L'absence d'anticipation des situations de crise et l'insuffisance de coordination des acteurs coûtent cher.**

**D**es travaux conduits au plan national en 2012 associant l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médicosocial et social ont abouti à des propositions pour l'amélioration du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Le fil conducteur des travaux a été les besoins de la personne âgée, l'objectif étant de décliner les paniers d'offres et de services nécessaires au fil du temps et d'imaginer une coordination plus efficiente des acteurs, sur un territoire donné.

Ainsi, idéalement, ces personnes polypathologiques doivent pouvoir bénéficier de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment, par les bons professionnels, disposant des bonnes informations ; chaque professionnel doit pouvoir exercer à son plus haut degré de compétence.

Ce principe de subsidiarité et de gradation de la réponse aux besoins devrait permettre de :

- prévenir la dépendance et l'aggravation des problèmes de santé ;
- soutenir la personne et son entourage à domicile et lui permettre de rester chez elle, tant que son état le lui permet ;
- ne recourir à l'hospitalisation que lorsque son état de santé nécessite le plateau technique et/ou les compétences hospitalières, la durée passée

en établissement de santé devant correspondre à ses stricts besoins sanitaires.

Sans toutefois aborder la problématique spécifique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce dossier a pour objectif non seulement de retracer les grandes lignes de ces travaux mais aussi de mieux préciser les éléments de mise en œuvre des changements proposés. Ainsi en est-il du plan personnalisé de santé, outil qui vient d'être mis en ligne par la Haute Autorité de santé pour permettre de formaliser le travail des acteurs de proximité, autour du médecin traitant, dans les situations complexes.

Enfin, et ce n'est pas de moindre importance, ce dossier traite de l'enjeu de la prévention primaire chez les personnes âgées en bonne santé et du repérage de la fragilité par le médecin généraliste pour permettre, tôt dans le parcours, la mise en œuvre d'actions ciblées.

Pour accompagner cette réorganisation du système de santé, nous ne sous-estimons pas, même si nous ne les avons qu'esquissées, les évolutions nécessaires autour des systèmes d'information entre professionnels, de la formation partagée des acteurs (le développement professionnel continu pluriprofessionnel est à ce titre une opportunité) et la nécessité de nouvelles modalités de financement ajustées à la chronicité et aux parcours.

De profonds changements sont en cours. Ce dossier pourra apparaître à certains en décalage par rapport à la « vraie vie », mais il trace le chemin des évolutions nécessaires ; emprunter ce chemin sera plus facile pour qui s'en sera approprié les fondements. Une volonté des pouvoirs publics et des acteurs de la santé existe pour réellement transformer le système de soins. Espérons que ce travail collectif y contribuera. Il y a urgence ! •

L'auteur fait partie de l'équipe opérationnelle OMAGE pour la région Île-de-France et déclare une activité de conseil pour Cora FFSA (novembre 2008 et novembre 2011).

**PAERPA :  
définition**

La notion de personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est comprise comme l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, autonomes ou non, dont l'état de santé (au sens de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical.



# La prévention de la perte d'autonomie : une figure imposée

Dr Jean-Pierre Aquino (JpAquino@cliniqueporteverte.com), président du comité Avancée en âge, clinique de La Porte Verte, Versailles

**La France connaît une profonde transformation structurelle de sa population avec, dans les années à venir, un accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette transition démographique doit être considérée comme une chance pour la société. Mais on note aussi une transition épidémiologique. En effet, les maladies ont changé de visage avec la transformation de maladies létales en maladies chroniques (cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...), sources d'incapacités. De plus, le vieillissement des personnes handicapées, l'émergence de maladies invalidantes et de la maladie d'Alzheimer nécessitent la mise en place de réponses sanitaires, sociales et médico-sociales adaptées. On conçoit aisément la nécessaire intégration du vieillissement dans les politiques publiques au sein desquelles la prévention appliquée à l'avancée en âge doit occuper une place prépondérante.**

**D**evant l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, comprendre si les années de vie gagnées le sont en bonne santé est devenu un enjeu de santé publique en raison de ses conséquences non seulement sanitaires mais aussi économiques et sociales. Selon l'Institut national d'études démographiques<sup>(1)</sup>, l'estimation des évolutions de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) demeure délicate. Les tendances semblent assez différentes pour les deux sexes – plus défavorables pour les femmes – avec une certaine stagnation de l'EVSI dans la période récente par rapport à l'espérance de vie à la naissance.

## La place de la prévention

La perte d'autonomie, qu'elle soit brutale ou progressive, représente une situation lourde de conséquences au niveau individuel comme au niveau collectif. La prévention en général et la prévention de la perte d'autonomie en particulier représentent un ensemble de mesures qui, parmi d'autres, s'imposent à notre système de santé, afin de permettre une adaptation aux transitions évoquées.

## Quelles stratégies préventives ?

« Le vieillissement actif » (Organisation mondiale de la santé, 2002) et « Le vieillissement en santé » (Programme européen « Healthy Aging », 2012) ont pour objectif l'amélioration

de la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie, leur permettant de demeurer actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance.

Le vieillissement harmonieux résulte d'un dialogue constructif entre la personne et son environnement. En conséquence, la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, non seulement médicale, psychologique, sociale mais aussi environnementale (habitat, cadre de vie, transports, lutte contre la précarité ou l'isolement...).

La promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie est efficace à tout âge, et la prévention des facteurs de risque de certaines pathologies invalidantes permet d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes. Parce que la survenue des incapacités est un processus multifactoriel qui met en jeu des paramètres tant médicaux que socioéconomiques et comportementaux, il est important de proposer des actions de promotion de la santé et de prévention durant toute la vie et, pour les seniors, lors des moments clés à risque de rupture tels que le départ à la retraite, le veuvage, la fragilité (voir p. 616).

Plusieurs actions sont à privilégier dans la pratique. L'épidémiologie doit permettre de prévoir l'incidence des maladies invalidantes émergentes. Les vaccinations, le dépistage des grands





facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète...), l'aménagement du domicile, etc. contribuent à la prévention de situations pathogènes porteuses d'incapacités potentielles. Toute perte d'autonomie doit donner lieu à une réhabilitation en faisant appel, selon les cas, aux professionnels habilités. Ce n'est qu'après une absence de récupération ou une récupération partielle que la compensation entre en jeu, qu'il s'agisse d'interventions techniques, humaines et/ou financières.

La compensation ne doit pas exonérer le praticien d'une démarche d'évaluation des potentialités et d'une réhabilitation. Dans tous

les cas, l'âge avancé ne doit pas être le motif d'une abstention au prétexte de la fatalité qui elle seule expliquerait la perte d'autonomie.

La prévention peut revêtir différentes formes dans ses applications pratiques sous forme d'actions individuelles et d'actions collectives.

### Une alimentation favorable à la santé

« Manger, bouger » demeure une nécessité à promouvoir. L'enjeu majeur est le maintien d'un bon état nutritionnel en donnant les moyens aux personnes âgées d'adapter leur alimentation pour faire face aux changements physiologiques, psychologiques et socio-environnementaux liés au vieillissement.

Les facteurs nutritionnels ont un rôle déterminant pour limiter la survenue de pathologies, plus encore à partir de 55-60 ans. Il s'agit de sensibiliser à l'importance d'une nutrition de qualité mais aussi de maintenir le plaisir de manger.

La dénutrition protéino-énergétique (encadré 1) est à très haut risque de dégradation de la qualité de vie de la personne ; elle favorise la

survenue d'autres pathologies et, comme comorbidité, aggrave considérablement le pronostic de nombreuses pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson...).

En pratique, il faut rappeler l'importance de la surveillance régulière de la courbe de poids, d'apports caloriques suffisants et réguliers (1 500 kcal/j), veillant aux apports en protéines (viande, œufs, poissons, produits laitiers) et d'une bonne hydratation. Attention aux régimes restrictifs, hyposodés, hypoglycémiques et hypolipidiques qui, sans intérêt dans le grand âge, contribuent à la survenue de dénutrition.

Par ailleurs, il faut aider les personnes âgées à conserver leur autonomie le plus longtemps possible en améliorant les prestations de portage des repas. De plus, une attention particulière doit être portée à la prévention et la santé bucco-dentaire (encadré 2).

La sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des aidants à la question de la dénutrition est un objectif prioritaire. Ceci sous-entend la mise à disposition d'outils pertinents validés, et la formalisation de mesures pour permettre une alimentation suffisante en quantité et qualité. Des supports de communication sont mis à disposition par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), pour le grand public, les aidants et pour les professionnels<sup>(2)</sup>.

### Le développement de la pratique d'activités physiques et sportives

La pratique régulière d'une activité physique ou sportive modérée contribue à un vieillissement sain et améliore le statut fonctionnel des personnes âgées fragiles ou en cours de fragilisation. Elle concourt à la prévention des maladies chroniques, au bien-être subjectif et à la qualité de vie globale aussi bien des populations pathologiques que non pathologiques. Cette pratique doit être considérée comme une modalité thérapeutique à part entière.

L'idéal est de pratiquer une activité physique tout au long de la vie. Cependant, même les personnes âgées sédentaires peuvent retirer de nombreux bénéfices d'une pratique récente. La pratique d'activités physiques et sportives des personnes est en général marquée par une rupture vers la soixantaine. Les motivations à pratiquer évoluent à la baisse en prétextant des problèmes de santé et le fait de s'estimer trop âgé.

#### 1. La dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées : quelques chiffres

- 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile
- 15 à 38 % des personnes vivant en institution
- 30 à 70 % des personnes âgées hospitalisées
- 40 % des personnes au moment de leur admission à l'hôpital



En pratique, les recommandations visent à améliorer l'endurance cardio-respiratoire, la force musculaire et l'état osseux (encadré 3).

L'activité physique peut s'effectuer dans différents contextes : de manière individuelle ou collective encadrée ou non par un éducateur sportif (par exemple en faisant appel à un groupe associatif comme Siel Bleu [www.sielbleu.org/]) et pour les personnes dépendantes au sein des établissements ou à leur domicile (www.domisiel.org/).

### La culture du lien social

« Bien vieillir » impose de conserver un lien social. La notion de lien social précède celle d'utilité sociale et implique une adaptabilité de l'individu au sein de la société. Il est important, tout au long de la vie, de tisser des liens relationnels avec son entourage familial et amical, de créer un réseau relationnel, de lutter contre l'isolement.

Pour y parvenir, il faut développer l'information et la communication destinées aux personnes âgées, afin qu'elles disposent au bon moment de la réponse à leurs questionnements

La place du bénévolat est souvent mal identifiée, avec des procédures d'accès complexes. Les bonnes volontés qui souhaitent s'impliquer ne trouvent pas toutes une solution adaptée à leur souhait.

Les solidarités intergénérationnelles sont à concevoir dans l'aménagement des villes. L'idéal serait de prévoir la présence de personnes âgées dans les ensembles nouveaux ou rénovés. Une piste est à explorer : la cohabitation intergénérationnelle.

Les institutions représentatives des personnes âgées jouent un rôle important : elles interviennent dans la défense de leurs intérêts auprès des pouvoirs publics, tout en étant de précieux appuis dans le maintien du lien social et de la lutte contre l'isolement.

Enfin, en cas d'implication d'une personne dans la vie associative avec prise de responsabilités, il faut être vigilant lors de la prise de la « deuxième retraite »...

### Le bon usage des médicaments

Les accidents iatrogènes sont responsables de 20 % des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans. En raison des coûts humains et financiers, ce constat impose une amélioration de la prescription médicamenteuse

Si le médicament est avant tout une chance, la polymédication résultant de la polypathologie, fréquente au grand âge, augmente le risque iatrogène. Dif-

## 2. Améliorer la prévention bucco-dentaire

Le Programme national nutrition santé (PNNS) renvoie, à juste titre, à la prévention bucco-dentaire, laquelle est insuffisamment prise en compte, en particulier en établissement d'hébergement mais aussi à domicile. Ainsi, 80 % des résidents en EHPAD n'ont pas bénéficié d'une consultation dentaire depuis cinq ans. Une action ciblée sur cette problématique doit permettre de prévenir certaines pathologies dont, notamment, la dénutrition mais aussi de restaurer l'estime de soi.

Il serait souhaitable de mettre en place, au niveau national, une organisation accessible par le plus grand nombre, en s'inspirant des actions conduites par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), différentes caisses de Sécurité sociale et de fondations : le bucco-bus, les mallettes pour des interventions en dehors des cabinets, un examen de prévention, des actions de formation...

## 3. Activité physique : quelques principes de base

Tous les adultes en bonne santé, sauf en cas de contre-indication due à une affection médicale particulière, devraient pratiquer trente minutes d'activité aérobie d'intensité modérée (comme la marche rapide entraînant un essoufflement qui n'empêche pas le sujet de poursuivre une conversation normale) au moins cinq jours par semaine.

Les personnes âgées de 65 ans et plus devraient, en plus des recommandations précédentes, pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine. Dans certains cas de risque avéré, l'organisation d'ateliers « équilibre et prévention des chutes » répond à un véritable besoin.

différentes modalités de prescription inadéquates sont rapportées, comme l'excès de traitement, la prescription inappropriée ou l'insuffisance de traitement.

Plusieurs programmes de la Haute Autorité de santé (HAS) sont centrés sur la prescription chez le sujet âgé polypathologique<sup>(3)</sup>.

Parmi les accidents iatrogènes, certains sont évitables, avec des alertes sur des médicaments inutiles (par exemple les neuroleptiques chez un patient présentant une maladie d'Alzheimer et les benzodiazépines à demi-vie longue chez le sujet âgé) et/ou les associations médicamenteuses inutiles et potentiellement dangereuses chez le sujet âgé (par exemple l'association de plus de 2 psychotropes, de 2 diurétiques...).

Mais il existe aussi une iatrogénie inévitable due aux médicaments indispensables. Ce sont en premier lieu les anticoagulants et les médicaments cardiovasculaires, dont la tolérance peut être momentanément réduite par un événement intercurrent (fièvre, gastroentérite, jeûne, chute...).

La question des génériques doit être posée. En effet, les polémiques concernant les médicaments génériques ont été relancées par le rap-



**PAERPA**

**4. Pourquoi des sessions de préparation à la retraite ?**

On y reçoit une information santé (pour un bon comportement nutritionnel et une activité physique adaptée), on y prend également conscience des changements qui vont s'opérer : perte du statut professionnel, perte du réseau de relations de travail, changement de rythme, perte aussi du statut de chef de famille quand les enfants quittent la maison, deuils des proches et des amis.

Pour bien vivre sa retraite, il faut donc la préparer, et redéfinir son projet de vie.



**Les seniors en emploi et le passage à la retraite**

Si la France était caractérisée par un taux d'emploi des 55-64 ans particulièrement faible ces dernières années, il faut reconnaître que la tendance actuelle rejoint la moyenne européenne. L'activité professionnelle des seniors est bien une réalité.

Si l'âge légal de la retraite en France est fixé à 62 ans, l'âge moyen de la sortie du travail est de 59,6 ans (il est de 61,3 ans pour l'Union européenne). La retraite est une étape importante de la vie. Elle entraîne souvent un resserrement des activités, des relations sociales et un remaniement des priorités de vie. Il s'agit d'un moment clé de la vie pour lequel les personnes peuvent être sensibilisées sur les enjeux d'une avancée en âge réussie.

Selon une enquête de l'Insee, seuls 9 % de la population considèrerait, en 2003, le passage à la retraite comme une mauvaise phase et l'hypothèse d'un impact négatif sur la santé du passage à la retraite, voire d'une surmortalité dans les années suivant la retraite, a été réfutée.

Il est souhaitable de permettre au plus grand nombre de personnes d'accéder à l'information sur les conditions de la retraite et sur la santé au cours de l'avancée en âge. Ainsi, une généralisation des sessions de préparation à la retraite serait bienvenue (encadré 4), en s'appuyant sur le guide de l'INPES « Les sessions de préparation à la retraite : un enjeu citoyen »<sup>(4)</sup>.

**5. Consultation de prévention et examens périodiques de santé**

L'assurance maladie entretient un réseau de 113 centres d'examen de santé (CES). Leur mission vise à compléter l'action curative par une action préventive. Les CES reçoivent 100 000 personnes âgées de plus de 60 ans par an.

Le RSI et la MSA organisent des bilans de prévention qui sont réalisés par le médecin traitant. Ainsi, la MSA propose des bilans de prévention centrés sur les différents facteurs de risque de recul de l'autonomie (sommeil, alimentation, vie relationnelle, vie affective...) évalués à l'aide d'un autoquestionnaire et d'examen complémentaires. Ce bilan fait ensuite l'objet d'une consultation de prévention réalisée par un médecin généraliste.

L'AGIRC et l'ARRCO ont créé, il y a plus de trente ans, les premiers centres de prévention en gérontologie. Aujourd'hui au nombre de 17, ces centres de prévention « Bien vieillir AGIRC et ARRCO » répondent à un cahier des charges précis et produisent des données épidémiologiques. En outre, certaines mutuelles mais aussi certains centres de santé se sont engagés dans cette démarche.

port de l'Académie nationale de médecine en février 2012 et par un avenant à la convention pharmaceutique prévoyant une généralisation du dispositif réservant le tiers payant aux assurés acceptant le générique.

Le risque d'erreur et d'accident médicamenteux serait accru par des génériques de présentation et de couleurs différentes, avec une dénomination différente.

Enfin, l'automédication de médicaments en accès libre peut aussi être un facteur précipitant vers l'accident iatrogénique lié à des médicaments habituellement bien tolérés par le patient.

L'éducation du patient âgé et l'information de ses proches aidants sont fondamentales dans la surveillance des traitements, pour la prévention des risques liés au traitement et aux facteurs précipitants, dont l'automédication.

**Les bilans de prévention**

La consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances de 1945. Dans ce contexte, les principaux régimes d'assurance maladie ont mis en place des examens périodiques de santé (encadré 5).

Ainsi peut-on noter de nombreuses initiatives dont le niveau de concertation entre acteurs demeure variable, avec un contenu de l'examen et une population cible différents selon les régimes concernés.

La systématisation des bilans de santé, à un âge donné de 65 ou 75 ans, n'a pas de sens ; il est nécessaire d'en cibler les bénéficiaires. En pratique, il est utile de connaître les possibilités offertes sur le territoire d'exercice du médecin généraliste.

**La santé des aidants familiaux**

L'accompagnement et le soutien par un aidant (conjoint ou enfant) des personnes âgées en perte



d'autonomie sont soulignés dans la littérature comme étant à risque de conséquences néfastes pour la santé. Le stress, les troubles cardiovasculaires, la fatigue, les troubles du sommeil, la dépression, l'alcoolisme, la consommation de psychotropes en sont les principales caractéristiques.

C'est ainsi que le Plan Alzheimer (2008-2012) met en exergue qu'il est essentiel de prendre en compte l'état de santé des aidants afin de pouvoir leur proposer, le cas échéant, une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social, une solution de répit ou des aides à domicile. Le médecin traitant réalise le suivi médical de la personne malade en lien étroit avec le proche aidant. Il est donc le plus à même de repérer la souffrance de l'aidant, de l'évaluer et d'en référer au médecin traitant de l'aidant si ce n'est pas lui. La formation des aidants vient compléter cette mesure. La HAS a publié une recommandation<sup>(5)</sup> qui en donne les grandes orientations.

Ces mesures prises en faveur des proches aidants qui accompagnent les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer seraient à étendre à l'ensemble des aidants impliqués dans l'accompagnement des personnes devenues dépendantes.

Le rôle et la place du médecin traitant de l'aidant dans le suivi médical de ces personnes sont essentiels.

### Les pertes d'autonomie évitables

Plusieurs rapports ont souligné la nécessité de repérer la fragilité chez la personne âgée à domicile à des fins de prévention de la perte d'autonomie.

Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par le ciblage d'actions de prévention et d'éducation pour la santé afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité. Aussi bien la prévention des maladies liées à l'âge que la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques reposent aujourd'hui sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses.

Ce constat renvoie à des organisations insuffisamment adaptées à la population prise en charge. Prévenir ces situations représente un véritable challenge, qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de fragilité, dans les établissements de santé<sup>(6)</sup> ou encore, à un stade plus avancé, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec, en particulier, la

prévention des facteurs de risque d'hospitalisation évitables.

Les médecins traitants, ainsi que tous les professionnels de santé, sont régulièrement en contact avec une partie importante du public concerné. Ils ont un rôle prépondérant à jouer.

Pour réussir à maintenir l'autonomie et en prévenir la perte chez les personnes âgées, il convient de :

- susciter une prise de conscience de la part des personnes âgées elles-mêmes et bien sûr des professionnels ;
- former les acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social ;
- élaborer et diffuser de façon structurée des outils d'évaluation multidimensionnels et de suivi ;
- appliquer les recommandations et harmoniser les pratiques ;
- définir des protocoles d'intervention ciblés accessibles au plus grand nombre : médecins généralistes, professionnels des coordinations et des réseaux, acteurs sociaux ;
- veiller au plus grand nombre de bénéficiaires âgés.

Ainsi, il devient possible de contribuer à la préservation de l'autonomie des personnes âgées.

### Le rôle du médecin généraliste est essentiel

Il est au plus près des besoins de la personne âgée qu'il connaît, dans bien des cas, de longue date et qu'il peut visiter à son domicile. Son lien relationnel avec elle peut faciliter la motivation qui est essentielle pour changer certains comportements et pour suivre les conseils donnés notamment sur l'alimentation et l'activité physique. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Les espérances de vie sans incapacité en France, EVSI : une tendance récente moins favorable que dans le passé. Document de travail 170, INED, janvier 2011.
2. Les trois guides nutrition « La santé en mangeant et en bougeant » à partir de 55 ans : destinés aux usagers, aux professionnels de santé et aux aidants, INPES.
3. Les programmes PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) et Psycho-SA (prescription de psychotropes chez les sujets de plus de 80 ans), HAS 2006-2013 et le programme AMI Alzheimer.
4. Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen. Décembre 2011. INPES : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
5. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels, HAS, 2010.
6. Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés? C. Lafont, S. Gérard, T. Voisin, M. Pahor, B. Vellas et les membres IAGG/AMPA Task Force, ©Springer-Verlag France, 2011.



# Repérage précoce de la fragilité par le médecin généraliste

Pr Fati Nourhashémi (nourhashemi.f@chu-toulouse.fr)<sup>1,2</sup>, Dr Marie-Ève Rougé-Bugat<sup>3</sup>, Pr Bruno Vellas<sup>1,2</sup>

1. Gérontopôle, CHU de Toulouse ; 2. Inserm 1027 ; 31073 Toulouse ; 3. Département universitaire de médecine générale, université Paul-Sabatier, Toulouse

**Les différentes projections démographiques évoquent une augmentation de 50 % des personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2040 en France. Actuellement dans notre pays, la durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 ans (3,7 ans pour les hommes et 4,7 ans pour les femmes)<sup>[1]</sup>. Outre l'aspect économique (encadré 1), retarder ou éviter la survenue de la dépendance aura sans nul doute un impact considérable sur la qualité de vie de la population. Mais le constat actuel est tout autre. Notre système sanitaire ne « s'intéresse » à l'heure actuelle qu'aux personnes âgées au stade de dépendance pour une prise en charge gériatrique souvent tardive et coûteuse. Les sujets âgés fragiles, ceux-là même qui sont les plus à risque de dépendance, ne sont pas repérés et ne font l'objet d'aucune action.**

La fragilité est un syndrome clinique qui permet d'identifier un groupe à risque élevé de dépendance et d'événements péjoratifs tels que les chutes (x 1,18 à 2,44), les hospitalisations (x 1,27) (surtout à répétition), les entrées en institution (x 2,60 à 23,98) et les décès (x 1,63 à 6,03)<sup>[3]</sup>. Dans cette population, la présentation clinique associe à des degrés divers de multiples plaintes très peu spécifiques comme la fatigue, la perte de poids, le ralentissement global, le manque de force ou la baisse des activités physiques. En 2011, la Société française de gériatrie et gérontologie clinique a retenu la définition suivante : « *La fragilité correspond à 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. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome* »<sup>[4]</sup>.

## Trois groupes correspondant aux étapes successives du processus d'entrée dans la dépendance

L'émergence de ce concept résulte de la grande hétérogénéité de la population âgée qui conduit à distinguer schématiquement trois groupes dont les risques et les besoins en matière de santé sont différents : le groupe des sujets âgés « robustes » représente les sujets en bon état de santé ; le groupe

des sujets « fragiles » représente les sujets autonomes mais ayant un risque élevé de déclin fonctionnel, et enfin le groupe des sujets « dépendants » souvent polyopathologiques et consommateurs importants de soins.

Ces trois groupes traduisent les trois étapes habituelles et successives du processus d'entrée dans la dépendance. Ainsi, la fragilité peut être considérée comme un état de pré-dépendance mais reste une notion différente de celle-ci.

## Pourquoi identifier la fragilité ?

L'instabilité et la réversibilité sont deux caractéristiques du syndrome de fragilité qui soulignent toute son importance : porter un diagnostic de fragilité permet d'identifier un patient en état d'instabilité qui l'expose à un risque de déclin fonctionnel et de décès. On estime que le risque de dépendance ou d'aggravation d'une dépendance est, tout autre facteur confondu, environ 2 à 3 fois plus élevé chez les personnes fragiles<sup>[3]</sup> par rapport aux sujets non fragiles. La connaissance de cet état d'instabilité permet d'optimiser la prise en charge du sujet. Le deuxième point d'intérêt fondamental d'un diagnostic de fragilité est qu'il s'agit d'un état réversible. Ce diagnostic ouvre la porte à la démarche d'évaluation gérontologique standardisée (EGS) (voir p. 628). Cette démarche multidisciplinaire et multidimensionnelle permet la recherche des facteurs étiologiques à l'origine de la fragilité, et permet ainsi de construire le plan d'intervention.

### 1. La dépendance : quel coût ?

Le coût annuel de la dépendance supporté par l'État, les départements, la Sécurité sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie frôle les 25 milliards d'euros ; la prévention de la dépendance rendrait possible une économie à terme de 10 milliards d'euros<sup>[2]</sup>.



### Comment identifier les personnes fragiles ?

À partir des données sur la population âgée vivant à domicile de la *Cardiovascular Health Study* (CHS), Linda Fried et ses collaborateurs ont proposé des critères cliniques définissant le phénotype de fragilité<sup>(6)</sup>. Ces critères, au nombre de 5, sont les suivants : la sédentarité, la perte de poids récente, la sensation de fatigue, le manque de force musculaire et la vitesse de marche lente. Un sujet âgé est ainsi considéré comme fragile s'il présente au moins 3 de ces 5 critères. Cette population représente environ 9,6 % des personnes de plus de 65 ans, et sa prévalence augmente considérablement après 80 ans<sup>(6)</sup>. Elles vivent en grande majorité à leur domicile et sont vues habituellement par leur médecin traitant, qui en général ne repérant pas le syndrome de fragilité ni ses causes, ne peut mettre en place de démarche interventionnelle définie.

Le médecin généraliste a besoin d'un outil simple et rapide pour repérer la fragilité. L'outil de repérage doit être compatible avec les contraintes de fonctionnement d'une consultation et doit être capable de repérer les multiples paramètres de la fragilité<sup>(7-10)</sup>. En théorie, une procédure pertinente de dépistage de la fragilité doit permettre d'identifier les patients âgés les plus à même de bénéficier d'une évaluation gériatologique standardisée complète et ainsi mieux les orienter dans les différentes filières de prise en charge.

En collaboration avec les médecins généralistes du département universitaire de médecine générale de Toulouse, nous avons développé un outil de dépistage simple et rapide (grille p. 618). Outre les questions se rapportant aux facteurs de risque de fragilité (sédentarité, amaigrissement, etc.), nous avons tenu compte de l'évaluation subjective du médecin traitant concernant son patient. Les travaux que nous avons menés depuis l'élaboration de cet outil montrent : qu'il est facilement utilisable en consultation et que ce questionnaire repère la population que l'on souhaitait cibler. En effet, l'évaluation globale et multidisciplinaire des sujets ainsi repérés montre que 95 % des sujets sont réellement fragiles<sup>(11)</sup>.

### Que faire une fois la fragilité repérée ?

Une fois la personne âgée à risque de dépendance repérée, il faut rechercher les causes de sa fragilité. Pour cela, un bilan gériatrique ambulatoire paraît nécessaire. L'hôpital de jour gériatrique peut ainsi non seulement évaluer les principales composantes fonctionnelles, physiques et cognitives du sujet mais aussi rechercher les pathologies qui peuvent en être

## 2. Les personnes âgées fragiles : premières évaluations toulousaines

La description des 160 premiers patients évalués à Toulouse<sup>(11)</sup> montre qu'il s'agit d'une population majoritairement féminine (61,9 %) âgée en moyenne de 82,7 ans. Seule 16 % bénéficient de l'APA. En termes de capacités fonctionnelles, 83,9 % des sujets ont une vitesse de marche lente et 57,7 % ont une diminution de la force musculaire. L'autonomie pour les activités de base (ADL) est préservée (score ADL = 5,6 + 0,8). Les activités instrumentales de la vie quotidienne sont légèrement affectées (IADL : 6,0 + 2,3). On retrouve un déclin cognitif léger sans démence chez 65,8 % des personnes évaluées. Ce bilan a été l'occasion d'objectiver 9 % de dénutrition protéino-énergétique et une altération modérée du statut nutritionnel dans 34 % des cas. Les troubles visuels sont très fréquents.

responsables (voir p. 627). Ainsi, on pourrait mettre en évidence des pathologies liées au vieillissement à un stade précoce, stade où les interventions sont le plus efficaces.

Cette structure, outre l'évaluation, permet de proposer un plan d'interventions personnalisé et adapté à la situation clinique et d'assurer un suivi des interventions en lien avec le médecin traitant.

Depuis la mise en place de l'« hôpital de jour des fragilités et de la prévention de la dépendance » par le gérontopôle de Toulouse en octobre 2011, le bilan a permis le repérage de nombreux problèmes (encadré 2) pouvant être améliorés par une prise en charge adaptée (par exemple : dénutrition, troubles de l'équilibre, iatrogénie, troubles auditifs...). Ainsi, pour chacun des cas, nous avons proposé un plan personnalisé de prise en charge à domicile en collaboration étroite avec le médecin traitant. Le suivi régulier des actions envisagées a pour but de permettre de prévenir le déclin fonctionnel et le maintien à domicile en pérennisant et adaptant les actions menées, mais aussi en anticipant les difficultés à venir. En effet, pour qu'une intervention soit efficace, elle doit être ciblée, forte, personnalisée et prolongée<sup>(12,13)</sup>.

Cette structure est aussi une opportunité pour permettre à ces personnes de participer à la recherche clinique et bénéficier ainsi des actions innovantes. Les essais pharmacologiques dans ce domaine sont encore très peu nombreux, mais il s'agit d'un axe de recherche majeur voué à se développer rapidement dans le futur.

### L'urgence d'adapter notre offre de soins aux personnes fragiles

Réduire la survenue de la dépendance est un grand défi. En général, les interventions et les programmes de prévention ne sont efficaces que s'ils ciblent une




1  
2  
3  
4  
5



**Grille de repérage de la fragilité élaborée par le gérontopôle de Toulouse**

**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 HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE**

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

**REPERAGE**

	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

**PROGRAMMATION**

Dépistage réalisé le : \_\_\_\_\_

Rendez-vous programmé le : \_\_\_\_\_

Médecin traitant informé     OUI     NON

**Pour la prise de rendez-vous :**  
 Contacter le 05.61.77.79.29 (ou e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr)  
 Faxer la fiche au 05.61.77.79.27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).  
 Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

population particulièrement à risque ; la population le plus à risque de dépendance est certainement celle des patients fragiles. Il faut donc adapter notre offre de soins à ces personnes. *Le European Forum for Primary Care* met en avant l'évaluation proactive des sujets âgés et le travail en équipe<sup>(14)</sup>.

Nous apportons notre expérience de l'évaluation ambulatoire de la fragilité et d'interventions personnalisées en lien étroit avec le médecin traitant. Ce modèle a d'ores et déjà été repris par d'autres équipes. Toutefois, l'hétérogénéité de l'offre de soins sur le territoire laisse supposer d'autres possibilités. Il n'y a certainement pas de modèle unique, et d'autres expériences ont été rapportées dans la littérature. Dans certains pays par exemple, les études concernant le repérage et l'évaluation confiés à un autre professionnel de santé intervenant à domicile sont en cours<sup>(15-18)</sup>.

La reconnaissance des personnes qui sont les plus à risque de dépendance nécessite de façon urgente une amélioration des soins. Il est temps pour notre société d'arrêter de subir et d'anticiper les conséquences néfastes qui peuvent accompagner le vieillissement. Cette action aura un bénéfice tant qualitatif qu'économique et ouvrira indéniablement de nouvelles pistes de croissance. Le « retour sur investissement » ne sera probablement pas immédiat, mais il faut commencer à identifier et construire cette filière dès à présent. •

Fati Nourhashemi et Bruno Vellas déclarent :  
 Le Gérontopôle, par ses missions, travaille avec les industriels de la santé, pouvant proposer des solutions utiles dans la prise en charge des patients (Nestlé, Nutricia, Sanofi, GSK, Novartis). La liste plus complète des collaborations en cours est disponible auprès du secrétariat (dintilhac.b@chutoulouse.fr).  
 Marie-Ève Rougé-Bugat déclarent avoir aucun lien d'intérêts.

- Duée M, Rebillard C. [www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/donsoc06zp.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf)
- Rapport André Trillard, 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000390/0000.pdf>
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MG, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62.
- Rolland Y, Benetos A, Genric A, Ankr J, Blanchard F, Bonnefoy M, de Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:387-390.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1487-92.
- Rougé Bugat ME, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:669-72.
- Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 2012;16:601-8.
- Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, Nijpels G, van Hout HP. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing* 2013;42:262-5.
- van Kempen JA, Schers HJ, Jacobs A, Zuidema SU, Ruikes F, Robben SH, Melis RJ, Olde Rikkert MG. Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. *Br J Gen Pract* 2013;63:e225-31.
- Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B; Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging* 2012 Aug;16(8):714-20. doi: 10.1007/s12603-012-0391-7.
- Melis RJ, van Eijken MI, Teerenstra S, van Achterberg T, Parker SG, Borm GF, van de Lisdonk EH, Wensing M, Rikkert MG. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:283-90.
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.
- Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2011;19: 369-89.
- Favela J, Castro LA, Franco-Marina F, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Espinel Bermudez C, Mora-Altamirano J, Rodriguez MD, García-Peña C. Nurse home visits with or without alert buttons versus usual care in the frail elderly: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging* 2013;8:85-9.
- Metzelthin SF, Daniëls R, van Rossum E, Cox K, Habets H, de Witte LP, Kempen GJ. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud* 2013. doi:pii: S0020-7489(12)00458-0. 10.1016/j.ijnurst.2013.05.001.
- Bleijenberg N, Ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Development of a Proactive Care Program (U-CARE) to Preserve Physical Functioning of Frail Older People in Primary Care. *J Nurs Scholarsh* 2013;doi: 10.1111/jnu.12023
- Muntinga ME, Hoogendijk EO, van Leeuwen KM, van Hout HP, Twisk JW, van der Horst HE, Nijpels G, Jansen AP. Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC Geriatr* 2012;12:19. doi: 10.1186/1471-2318-12-19.