

# Fragilité de la personne âgée en soins primaires ambulatoires


Pertinence de l'évaluation subjective de la fragilité par le médecin généraliste chez la  
personne âgée de 70 ans ou plus


Thèse de Benoît CANNARD

Directeur de thèse : Pr Pierre JOUANNY (CHU Dijon)

Soutenue le 08/09/15 à l'UFR des Sciences de Santé Dijon, circonscription médecine

# Deux cas cliniques identiques ? (1/2)

- Mme R, 81 ans
  - HTA, dyslipidémie
  - Autonome à domicile (GIR-6)
  
  - Admise aux urgences pour pyélonéphrite aiguë à E.coli multisensible ; instabilité hémodynamique
- 
- Favorable, pas de complication, retour à domicile à J5, sans aide,
  - GIR-6

- Mme F, 81 ans
  - HTA, dyslipidémie
  - Autonome à domicile (GIR-6)
  
  - Admise aux urgences pour pyélonéphrite aiguë à E.coli multisensible ; instabilité hémodynamique
- 
- Syndrome confusionnel à J2, rétention aiguë d'urine à J3, chute avec fracture distale du radius à J4, transfert en SSR à J10, retour à domicile avec aides à J35 => GIR-3

# Deux cas cliniques identiques ? (2/2)

- Mme R, 81 ans
- HTA, dyslipidémie
- Autonome à domicile (GIR-6)

**ROBUSTE**

- Mariée, mère de 3 enfants très présents
- Impliquée dans un réseau associatif bénévole
- Pratique de l'aquagym
- Se dit « Sereine pour l'avenir »

- Mme F, 81 ans
- HTA, dyslipidémie
- Autonome à domicile (GIR-6)

**FRAGILE**

## Critères de VULNÉRABILITÉ :

- Veuve sans enfant, très casanière et sédentaire, n'aimant pas « recevoir » (isolement social)
- Dénutrition, troubles de l'équilibre
- Troubles cognitifs (erreurs de gestion de son budget)
- Perception négative de la vie

# Définition du syndrome de la fragilité (2/2)

- Processus **dynamique et réversible** = (contrairement à la dépendance)

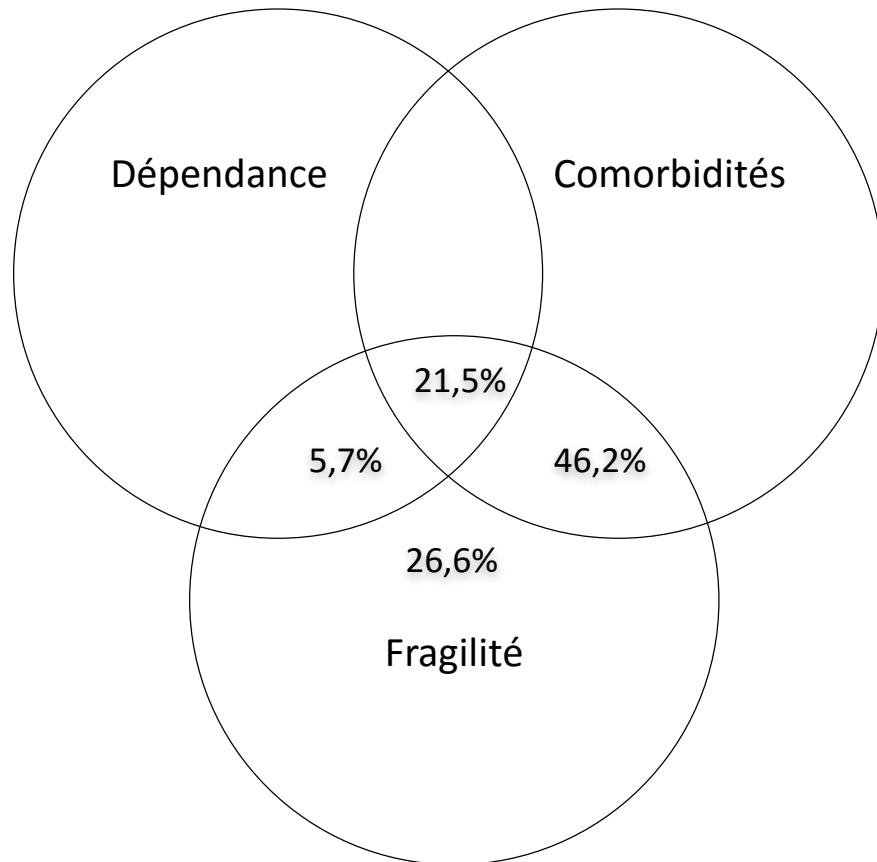
robuste  $\longleftrightarrow$  pré-fragile  $\longleftrightarrow$  fragile

- Entité clinique distincte
- Multidimensionnelle = physique, cognitive, sociale, psychologique...
- Syndrome gériatrique car :
  - Fréquence augmente avec l'âge
  - Résulte de facteurs multiples (chroniques et aigus)
  - Conséquences fréquentes
  - PEC multifactorielle, globale

# Epidémiologie

- 15,5% de fragiles, chez > 65 ans vivant à domicile
- 30 à 50 % de pré-fragiles chez > 65 ans vivant à domicile
- Augmente avec l'âge
  - 4% entre 65-69 ans      7% entre 70-74 ans      9% entre 75-79 ans
  - 16% entre 80-84 ans      26% chez > 85 ans
- Femmes > hommes

# Le phénotype de la « fragilité physique », les 5 critères selon Fried



- Perte de poids, asthénie, force de préhension basse, sédentarité, marche lente
- Prédicte de syndrome gériatrique, dépendance, institutionnalisation, hospitalisation, décès.

# Thèse

- Évaluation subjective de la fragilité par le médecin traitant pertinente / suffisante ?
- Critères objectifs utiles pour améliorer le repérage de la fragilité en soins primaires ambulatoires ?

# Répartition de la fragilité

- 85 patients inclus
- Selon les critères moteurs (Fried) :
  - 17,6% de patients fragiles
  - 57,6% de patients pré-fragiles
- Selon les critères cognitifs (CODEX) :
  - 36,5% de patients fragiles
  - 43,5% de patients pré-fragiles
- Pas de différence significative avec d'autres études



# Fragilité perçue par les médecins

- Repérage pertinent de la fragilité ( $p < 0,0001$ )
- Fragilité physique (critères de Fried) :  
Sédentarité, marche lente, force de préhension basse
- Fragilité cognitive (CODEX) :  
Test de l'horloge
- Âge, antécédents et co-morbidités, nombre de consultations annuelles, nombres de lignes sur l'ordonnance

# Analyse de la concordance entre MT et méthodes objectives

Variable	Total (n=85)	Robuste selon le MT (n=19)	Fragile selon le MT (n=66)	valeur de p
	n (%)			
<b>Fragilité motrice selon Fried (fragile + préfragile)</b>	<b>VPN : 31.6 % et VPP : 97.0 %</b>			< 0,0001
robuste	21 (24,7)	12 (63,2)	9 (13,6)	-
fragile	64 (75,3)	<b>7</b> (36,8)	57 (86,4)	-
<b>Fragilité cognitive (fragile + préfragile)</b>				0,0007
robuste	17 (20,0)	9 (47,4)	8 (12,1)	-
fragile	68 (80,0)	<b>10</b> (52,6)	58 (87,9)	-
<b>Niveaux de fragilité motrice et cognitive :</b>				< 0,0001
robuste	8 (9,4)	6 (31,6)	2 (3,0)	-
fragilité unique : motrice OU cognitive	22 (25,9)	9 (47,4)	13 (19,7)	-
fragilité double : motrice ET cognitive	55 (64,7)	4 (21,0)	51 (77,3)	-
<b>Fragilité globale : motrice et/ou cognitive</b>	77 (90,6)	<b>13</b> (68,4)	64 (97,0)	0,0002

# Critères de fragilité selon Fried et concordance avec le point de vue du médecin

Critère de Fried	Fragilité selon le médecin traitant		Valeur de p
	Non fragile (19)	Fragile (66)	
Sédentaire	2 (10,5)	37 (56,1)	0,0002
Marche lente	3 (15,8)	31 (47,0)	0,0103
Force de préhension basse	1 (5,3)	18 (27,3)	0,0233
asthénie	3 (15,8)	25 (37,9)	NS
Perte de poids	1 (5,3)	8 (12,1)	NS

Patients		Dimension physique					Dimension cognitive	
Age	Sexe	asthénie	perte de poids	marche lente	sédentarité	force de préhension diminuée	Test des 3 mots raté	Test de l'horloge raté
70	F				X			
70	F			X			X	
71	F							X
72	F	X						
75	F	X						
76	F			X			X	X
77	F	X	X	X	X		X	X
78	F						X	
85	F					X	X	X
70	H						X	X
77	H						X	
77	H							X
82	H						X	
Total (13 patients)	n (%)	3 (30%)	1 (10%)	3 (30%)	2 (20%)	1 (10%)	8 (80%)	6 (60%)

H = Homme

F = Femme

X = critère présent

# Règle des 3 MA

- **Médecin** : OUI ou NON mon patient est fragile
- **Mots** : échoue au test des 3 mots (clé ballon citron)  
OUI ou NON ?
- **Moteur** : force motrice basse OUI ou NON  
(ou faire la marche lente ?)
- **Asthénie** : vous sentez-vous fatigué la plupart du temps ? OUI ou NON

1 OUI = patient considéré fragile

MAIS NON VALIDÉE...

# Repérer la fragilité : outils nombreux, lequel ?

- Critères de Fried modifiés ou non
- TIL (indicateur de fragilité de Tilburg)
- Auto-questionnaire FiND (Frail Non Disabled)
- SHARE-FI (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe, Frailty Index)
- Grille de repérage GFST (Gérontopôle Frailty Screening Tool)
- SOF Frailty, FRAIL, SPPB, Vitesse de marche seule...

# SHARE-FI

- Avantages :
  - Reprend les critères de Fried, mais plus simple à utiliser pour le médecin
  - Validé par plusieurs études à grande échelle
  - Disponible gratuitement sur internet <https://sites.google.com/a/tcd.ie/share-frailty-instrument-calculators/translated-calculators>
- Inconvénients :
  - une seule dimension explorée : physique
  - nécessite un dynamomètre

# Grille GFST

- Outil mis en place par l'équipe du gérontopôle de Toulouse
- Avantages
  - Créée pour la médecine ambulatoire de soins primaires
  - Outil validé
  - Permet de repérer la personne âgée fragile
- Inconvénients :
  - Test de marche sur 4 mètres
  - Subjectivité
- Nécessite un centre de prise en charge de la fragilité



Population : Patient âgé de 65 ans ou plus, autonome (ADL  $\geq$  5), qui consulte son médecin traitant.

- Votre patient vit-il seul ?
- Votre patient a-t-il perdu du poids involontairement, depuis ces 3 derniers mois ?
- Votre patient se sent-il plus fatigué, depuis ces 3 derniers mois ?
- Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer, depuis ces 3 derniers mois ?
- Votre patient s'est-il déjà plaint de sa mémoire ?
- Votre patient a-t-il une marche lente ? ( $> 4$  secondes pour 4 mètres)

Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions :

Pensez-vous votre patient fragile ? Si oui, adressez votre patient à une « clinique de la fragilité »


# Prise en charge du patient fragile (HAS)


- 1) Repérer la fragilité
- 2) Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)
- 3) Prise en charge gériatrique :
  - élaboration d'un PPS : Plan Personnalisé de Soins

# Mon patient est fragile => PRÉVENTION +++

- EGS (permet de peaufiner le diagnostic et éliminer pathologie autre...)
- Intervention Gériatrique Complexe (SSR, « centre de la fragilité », ambulatoire avec maison médicale, soignants à domicile)
- Éducation : faire de la marche ++++ (150min par semaine), avoir une activité sociale (associatif), repas équilibrés (riche en protéines)
- Influence sur certaines décisions thérapeutique (antihypertenseurs, anticoagulants ?)
- Plan Personnalisé de Soins avec patient étiqueté fragile chez tous les professionnels de santé (pharmacien, kiné, soignants à domicile, hôpital avec le service d'urgences +++)

# Deux cas cliniques identiques ? (1/2)

- Mme R, 81 ans
  - HTA, dyslipidémie
  - Autonome à domicile (GIR-6)
  
  - Admise aux urgences pour pyélonéphrite aiguë à E.coli multisensible ; instabilité hémodynamique
- 
- Favorable, pas de complications, retour à domicile à J9, sans aides,
  - GIR-6

- Mme F, 81 ans
  - HTA, dyslipidémie
  - Autonome à domicile (GIR-6)
  
  - Admise aux urgences pour pyélonéphrite aiguë à E.coli multisensible ; instabilité hémodynamique
- 
- Sd confusionnel à J2, rétention aigue d'urines à J3, chute avec fracture distale du radius à J4, transfert en SSR à J10, retour à domicile avec aides à J35 => GIR-3

# Si Mme F arrivait aux urgences connue comme patiente fragile...

- Supplémentation nutritionnelle dès le début du séjour
- Vigilance augmentée face au sd confusionnel :
  - Facteurs déclenchants recherchés systématiquement (rétention d'urine, fécalome)
  - Attention aux déficits sensoriels
  - Éviction de molécules confusiogènes (anticholinergique, fluoroquinolone)
- Prévention systématique des escarres
- Stimulation et rééducation très précoce (kiné pluriquotidienne)
- Retour à domicile coordonné avec le médecin traitant

# Conclusion

- Fragilité = syndrome gériatrique distinct, marqueur de risque, REVERSIBLE
- Si le médecin traitant pense son patient :
  - fragile => prise en charge spécifique
  - non fragile ou ne sait pas => test de repérage (?)
- Intérêt du repérage en soins ambulatoires si :
  - Une prise en charge gériatrique complexe est possible
  - Information de tous les professionnels de santé et du milieu hospitalier  
=> Plan Personnalisé de Soins ; RESOVAL

Merci