

Le syndrome de fragilité des sujets âgés

Cet état de fragilité, intermédiaire entre le vieillissement normal et le passage à l'incapacité doit impérativement être détecté.

Comment le reconnaître en pratique ?

Dr Christophe Trivalle*

Il est clairement établi aujourd'hui que le vieillissement est un processus évolutif hétérogène. On peut distinguer quatre modes évolutifs principaux du vieillissement :

- **Le vieillissement réussi** (*successful aging*) avec une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie.

- **Le vieillissement habituel ou usuel** (*usual aging*), avec des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge, de certaines fonctions, mais sans pathologie bien définie.

- **Le vieillissement avec pathologies sévères** évolutives ou compliquées et/ou handicaps (*pathological aging*), responsable le plus souvent d'un état de dépendance majeure.

- Et enfin, un **vieillissement intermédiaire entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique**, pour lequel les Anglo-saxons utilisent le terme de *frailty* qui a été traduit en français par fragilité.

QU'ENTEND-ON PAR "FRAGILITÉ" ?

Ce terme indique un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. L'incapacité

(*disability*) du sujet n'est pas installée, mais peut survenir à l'occasion d'événements extérieurs minimes.

On peut considérer que 10 à 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont "fragiles". Cette proportion augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 46 % des personnes âgées de plus de 85 ans.

Lorsque l'on étudie les données de la littérature sur ce sujet, chaque auteur a sa définition de la fragilité

des personnes âgées. La plus simple correspond à "une impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social". Il s'agit d'un groupe de personnes âgées à haut risque de hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès. Les personnes âgées fragiles sont donc fréquemment adressées aux urgences en situation de crise médico-psychosociale. Mais cette situation n'est pas irréversible et peut être

Facteurs favorisants	Signes et symptômes	Complications
<ul style="list-style-type: none"> • Age (baisse des réserves fonctionnelles) • Absence d'exercice (sarcopénie) • Alimentation inadaptée (dénutrition) • Facteurs génétiques • Modifications hormonales (ostéopénie) • Pathologies associées (démence, dépression, polyopathie) • Médicaments • Facteurs environnementaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigabilité • Asthénie • Anorexie • Déshydratation • Amaigrissement • Troubles de la marche et de l'équilibre <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome confusionnel • Chutes • Incontinence • Alitement • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • Iatrogénie • Traumatismes • Pathologies intercurrentes • Hospitalisations • Perte d'autonomie, dépendance • Syndrome de glissement (<i>failure to thrive</i>) • Institutionnalisation • Décès

TABLEAU 1 - Le syndrome de fragilité du sujet âgé (D'après Fried LP, 1994).

* Service de Gériatrie et de Soins Palliatifs, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

PROBLÈME	QUESTION
Vision	« Avez-vous des difficultés pour conduire, ou regarder la télévision, ou lire, ou pour faire toute autre activité de la vie quotidienne à cause de votre vue ? ».
Audition	Chuchoter à chaque oreille, et de façon à ce que la personne ne vous voit pas, une question simple et courte comme : « quel est votre nom ? ».
Bras	Proximal : « Touchez votre nuque avec les deux mains ». Distal : « Prenez cette cuillère ».
Jambes	« Levez-vous de cette chaise, marchez 10 pas, revenez et asseyez-vous ».
Incontinence urinaire	« Avez-vous déjà eu des pertes d'urines ou une incontinence urinaire ? ».
Nutrition	Peser et mesurer le patient. « Avez-vous perdu du poids involontairement durant les 6 derniers mois ? ».
Mémoire	Epreuve des 3 mots ("clé, citron, ballon" ou "cigare, fleur, porte").
Dépression	« Vous sentez-vous triste ou déprimé ? ».
Vie journalière	« Etes-vous capable de sortir de votre lit tout seul ? De préparer vos repas ? De faire vos courses ? ».
Environnement (Habitat)	« Avez-vous des difficultés avec les escaliers chez vous ou à l'extérieur ? Avec la baignoire ? Les tapis ? Les conditions d'éclairage ? ».
Social	« Seriez-vous capable de vous prendre en charge en cas de maladie ou d'urgence ? ».

TABEAU 2 - Functional Assessment Screening Package (D'après Moore AA et Siu AL, 1994 et 1996).

améliorée par des actions adaptées. D'où l'intérêt de déterminer les caractéristiques des personnes âgées fragiles et de les identifier.

LE "SYNDROME DE FRAGILITÉ DU SUJET ÂGÉ"

La fragilité constitue un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la perte d'autonomie, l'existence de ressources et l'absence de ressources, et enfin, l'existence d'un entourage et l'absence d'entourage. Parmi les facteurs favorisant de l'état de fragilité, on peut citer : l'âge (responsable d'une baisse des réserves fonctionnelles), l'absence d'exercice (qui favorise la sarcopénie), une alimentation inadaptée (entraînant une dénutrition), des facteurs génétiques, les modifications hormonales (qui participent notamment à l'ostéopénie), les pathologies asso-

ciées (en particulier la polyopathie, les troubles cognitifs et la dépression), les médicaments (iatrogénie) et enfin des facteurs environnementaux (décès du conjoint, isolement, aidant unique...). Ces différents facteurs aboutissent au "Syndrome de fragilité du sujet âgé" (Tab. 1). Ce syndrome associe de façon variable les signes et symptômes suivants : fatigabilité, asthénie, anorexie, déshydratation, amaigrissement, troubles de la marche et de l'équilibre...

Les motifs de consultation et d'hospitalisation, le plus souvent en urgence, de ces personnes âgées fragiles sont toujours les mêmes : syndrome confusionnel, chute, incontinence, alitement, escarres..., avec, en cas d'hospitalisation, un risque accru de complications iatrogènes, de "syndrome de glissement" (*failure to thrive* des Anglo-saxons) et de décès.

COMMENT LE DÉPISTER ?

Le dépistage des personnes âgées fragiles fait appel à l'Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS). Celle-ci, en utilisant des outils validés, permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions : fonctions cognitives (Mini Mental State, MMS), troubles de l'humeur (Geriatric Depression Scale, GDS), autonomie (Activities of Daily Living scale, ADL), Instrumental Activities of Daily Living scale (IADL), Autonomie Gérontologique Groupe Iso-ressources), état dentaire (Geriatric Oral Assessment Index), état nutritionnel (Mini Nutritional Assessment, MNA), fonctions sphinctériennes, marche et équilibre (Tinetti, "Up and go", station unipodale), vision (Echelle de Jaegger, Vision Function 14), audition (test du chuchotement)... Cependant, il est bien évident que

l'EGS est difficilement applicable en ville, au cabinet du médecin généraliste, et qu'elle est surtout utilisée dans les centres d'évaluation gériatrique.

C'est pourquoi de nouvelles versions simplifiées de chaque échelle d'évaluation ont été proposées, ainsi qu'une méthode globale de dépistage: le Functional Assessment Screening Package (Tab. 2).

CONCLUSION

Le médecin généraliste doit donc bien connaître les caractéristiques des personnes âgées fragiles et les moyens simples de les dépister. Il doit ensuite les adresser en

consultation externe à un centre d'évaluation gériatrique qui pourra proposer une prise en charge globale de la personne âgée fragile. Ceci doit permettre de favoriser le plus possible le maintien à domicile, d'anticiper les situations de crise médico-psycho-sociale (en proposant notamment des hospitalisations temporaires de répit familial) et donc d'éviter le passage par les urgences et les services de médecine non spécialisés en gériatrie.

Pour cela, le développement de filières gériatriques représente donc une véritable nécessité aujourd'hui et plus encore demain. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Fretwell MD. Acute hospital care for frail older patients. In: Principles of geriatric medicine and gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Eds. 3rd ed. McGraw-Hill, Inc 1994: 241-48.
2. Fried LP. Frailty. In: Principles of geriatric medicine and gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Eds. 3rd ed, McGraw-Hill, Inc 1994: 1149-56.
3. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 1996; 100: 438-43.
4. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie L. Frailty in elderly people: an evolving concept. Can Med Assoc J 1994; 150: 489-95.