

Comment dépister le patient fragile ?

Dr Corina Duja

RDV des Urgences 26 mai 2011

Dépistage de la personne âgée aux Urgences

- Très simple

Age de plus de 75 ans
(toutes les personnes nées avant 1936)

Dépistage de la personne âgée fragile aux Urgences

- Très difficile

- La définition du LAROUSSE de la fragilité :

*«ce qui se brise facilement, précaire,
vulnérable, faible et instable,
manque de robustesse»*

Critères de fragilité

- 1. 65 ans et plus
- 2. AVC, maladie chronique et invalidante
- 3. Confusion, dépression
- 4. Démence
- 5. Trouble de la mobilité, dépendance/activités de la vie quotidienne
- 6. Chute dans les trois mois
- 7. Alitement prolongé
- 8. Escarres
- 9. Malnutrition, perte de poids ou d'appétit
- 10. Poly-médication
- 11. Déficits sensoriels (vision, audition)
- 12. Problème socioéconomiques et familiaux
- 13. Utilisation de contentions
- 14. Incontinence
- 15. Hospitalisation non programmée dans les trois mois

(Winograd CH et coll " Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation J Am Geriatric Soc **1983** ; 36 ; 1113-1119)

Woodhouse (1988) définit le sujet âgé fragile par ce qu'il n'est pas :

Too good: PA en bonne santé qui présente un état pathologique aigu touchant un système unique

Too bad: PA présentant un état suppose terminal (décès prévisible dans les 6 mois) ou état démentiel sévère

La PA fragile n'est ni too good ni too bad

- Le résultat morbide de l'agression ou du stress aussi minime soit-il, est disproportionné chez un PA fragile

(Buchner DM et al Preventing frail health. Clin Ger Med 1992 ; 8 : 1-17)

- Les définitions médicales exposent un mécanisme dynamique de la fragilité, avec plusieurs facteurs qui agissent en déstabilisant un équilibre précaire

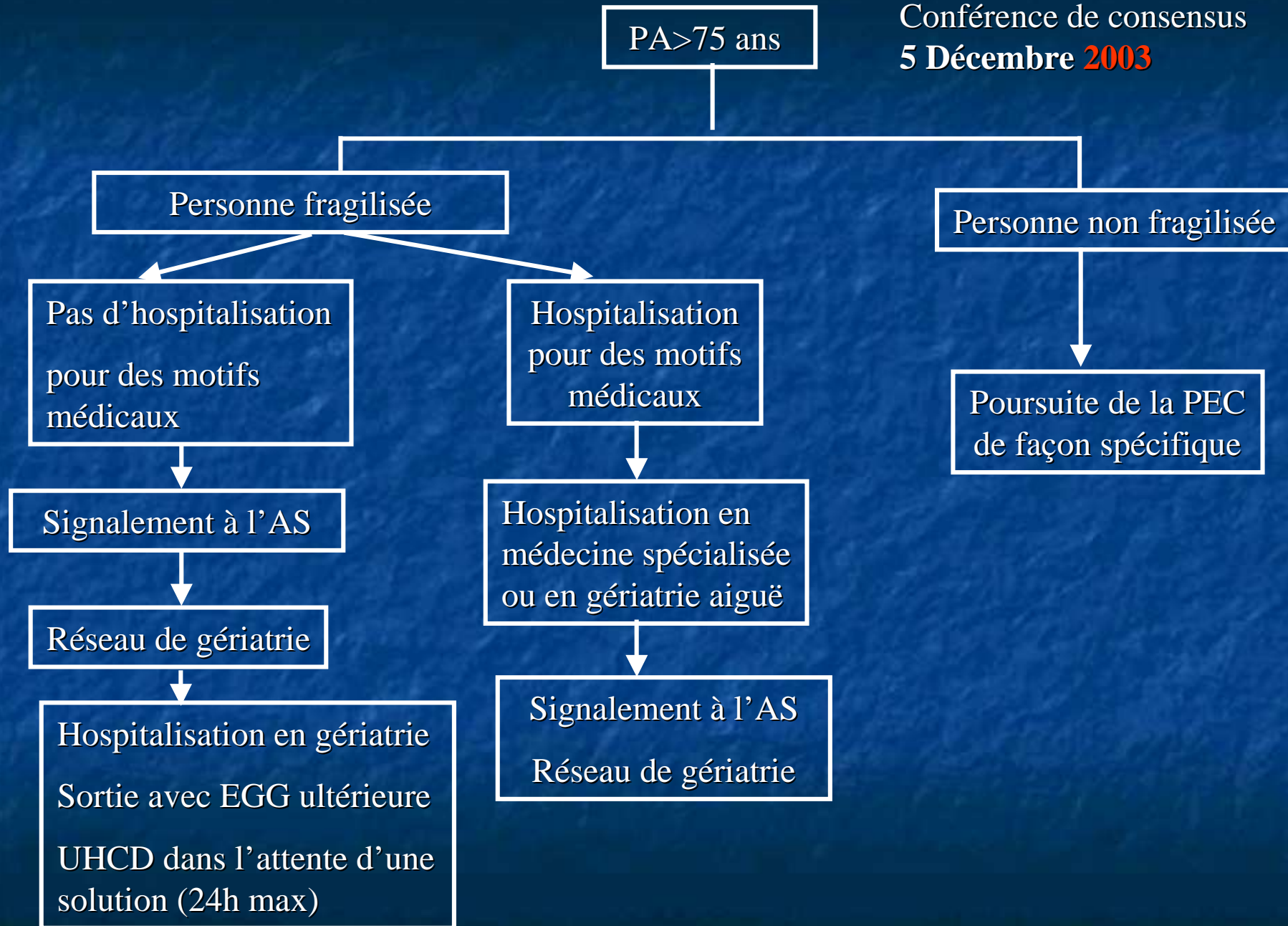
(Lebel P et al. Un modèle dynamique de fragilité. L'Année Gériatrique 1999 : 84-94)

Conférence de Consensus de la SFMU

5 décembre 2003

- « risque de déséquilibre entre des éléments somatique, psychiques et sociaux, provoque par une agression même minime. En pratique, elle s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensorielles, de polypathologies, de polymédications, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La **fragilité peut être patente ou latente** »

Conférence de consensus
5 Décembre 2003



Physiopathologie de la fragilité

- *Les facteurs intrinsèques :*
 - La baisse des capacités musculaires ou limitations fonctionnelles.
 - La diminution des réserves nutritionnelles associant la perte de poids, la réduction de la synthèse hépatique et de la production hormonale.
 - La baisse des capacités cognitives par désafférentation sensorielle
 - Le dysfonctionnement du système immunitaire.

Physiopathologie de la fragilité

- *Les facteurs extrinsèques ou environnementaux:*
 - La réduction du lien social, familial.
 - De faibles capacités financières, une couverture santé insuffisante.
 - Le faible niveau d'instruction.
 - Le manque d'adaptation aux changements

- Parmi ces facteurs, 5 ont un rôle prépondérant dans la genèse de la fragilité.
 - a. La réduction du statut cognitif.
 - b. Un état thymique précaire.
 - c. La baisse des capacités musculaires.
 - d. La difficulté dans la gestion de la vie quotidienne et relationnelle.
 - e. La dénutrition, qui aggrave les autres facteurs.

La douleur joue un rôle de potentialisation de la fragilité chez une personne âgée.

SOCIAL

AGE

PATHOLOGIES

ENVIRONNEMENT

DIMINUTION DES CAPACITÉS DE RÉSERVE

VULNERABILITÉ

FATIGABILITÉ
SENSIBILITÉ AUX SITUATIONS DE STRESS

PREVENTION PRIMAIRE

*PREVENTION
SECONDAIRE*

FRAGILITÉ

MOTRICITÉ ET ÉQUILIBRE
CAPACITÉ COGNITIVES
BALANCE ÉMOTIONNELLE
NUTRITION
ETC.

PERCEPTION SENSORIELLE
BIODISPONIBILITÉ DU MÉDICAMENT
CAPACITÉS RELATIONNELLES

DECLIN FONCTIONNEL
DIFFICULTÉ À FAIRE FACE

*PREVENTION
TERTIAIRE*

**PERTE D'AUTONOMIE - DEPENDANCE
& POLYPATHOLOGIES**

Les intérêts du repérage

- Mettre en place des actions différenciées
- Améliorer les pratiques professionnelles des acteurs du champ sanitaire et du champ médico-social et favoriser le travail coordonné
- D'alerter le MT et de mettre en place un plan d'aide et de soin adapté et personnalisé
- D'affiner l'évaluation globale interdisciplinaire, pour identifier le diagnostic, d'optimiser le traitement et d'améliorer l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie

Score d'Identification des Seniors a Risque (ISAR) Jane McCusker, Montréal, 1999

- Recueil des données:
 - Administratives (l'entourage, les aidant, le MT)
 - Les fonctions cognitives antérieures
 - La présence d'un sd. confusionnel (pas démence)
 - Les difficultés a la marche (chutes antérieures)
 - Évaluation ADL (degré de dépendance)
 - L'environnement social
 - Les troubles de l'humeur (GDS – mini gériatrique dépression scale)
 - Les troubles sensoriels

Le Score ISAR

6 questions avec réponse possible oui/non

1. Avant cette hospitalisations aviez-vous besoin d'aide
2. Depuis l'hospitalisation aviez-vous besoin d'aide
3. Dernière 6 mois avez-vous été hospitalisée
4. Voyez-vous bien
5. Avez-vous des problèmes de mémoire
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?

- J. Rion et col. Nov. 2010 suite a l'étude: « La liaison gériatrique interne au service des urgences C.H.R. de la Citadelle » - le score ISAR réalise aux urgences par l'équipe de première ligne du 36,90 % des patients avec une estimation du temps a réalise d'une demi-heure

La grille SEGA (Sommaire Évaluation du profil Gériatrique a l'Admission)

- 8 facteurs associés à une majoration du risque de la perte d'autonomie:
 - L'âge
 - L'IMC
 - Le nombre de médicaments pris
 - Les chutes précédentes
 - Les fonctions cognitives
 - La perte d'autonomie (IADL)
 - La perception de leur propre état de santé

La grille SEGA (Sommaire Évaluation du profil Gériatrique a l'admission)

A. Les profils gériatriques et les 13 facteurs de risque cotés de 0 à 2 (max 26)

- L'âge
- La provenance du patient
- Le nombre de médicaments pris
- L'évaluation des fonctions cognitives, de l'humeur
- De la nutrition
- Du degré de dépendance
- Les chute antérieures éventuelles
- Les comorbidités

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	FL ou EHPAD
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies
AIHQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Total / 26			

TOTAL Volet A

< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

La grille SEGA (Sommaire Évaluation du profil Gériatrique a l'admission)

B. Les facteurs influençant le séjour, la sortie et les réadmissions en SU – 6 catégories

- l'accompagnement
- L'habitat
- L'aide existante a domicile
- Les déficits sensorielle (audition, vue)
- Les projets pour la sortie du patient et des proches
- La perception de la charge par les proches

Volet B	Données complémentaires		
	0	1	2
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité

- **23/03/2011** Repérage des personnes âgées fragiles aux urgences: un nouvel outil en trois questions , MARSEILLE (APM Santé) – Actualité d'Urgence SFMU
- Un nouvel outil permettant de repérer aux urgences les personnes âgées fragiles, dérivé du score ISAR s'est révélé fiable et rapide d'utilisation, après le Dr Océana Lacroix, médecin gériatre à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.
- 3 questions
 - Besoin d'aide à domicile ?
 - Besoin d'aide depuis la survenue de la pathologie aigue?
 - Troubles de mémoire?
- Les patients sont considérés comme fragiles pour un score global supérieur ou égal à 2. La comparaison avec les outils utilisés en gériatrie a permis d'évaluer une sensibilité du nouvel outil de 78% et une spécificité de 76%



« PA 75+ au Service des Urgences pour chute ne nécessitant pas intervention chirurgicale »

Centres concernés :

Brest

Liège

Luxembourg

Metz

Thionville

Strasbourg

Too bad

Fragile

Too good

Conclusion

- Le concept de PA fragile largement reconnu
- Il nécessite dès le stade initial sa PEC avec l'identification des pathologies menaçantes, des risques d'aggravation de l'état de dépendance et la mise en place de mesure de prévention
- La nécessité d'un langage commun aux professionnels des urgences et l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) pour définir les caractéristiques du sujet âgé (SA).

Conclusion

- Suite aux travaux entre les urgentistes et gériatres, pourquoi ne pas propose un code couleur de type

Fragile

Too bad et too good

■ **A suivre...**