

Highlight anniversaire: gériatrie

Fragilité du sujet âgé

Prof. Dr méd. Andreas E. Stuck

Clinique universitaire de gériatrie, Inselspital, Hôpital universitaire et Université de Berne, Berne

Le syndrome de fragilité («frailty syndrome» en anglais) a été décrit pour la première fois en 2001. De nos jours, il existe de bons instruments permettant d'établir un diagnostic correct de fragilité. Cela est essentiel pour les décisions thérapeutiques chez les patients âgés.

Le phénotype de fragilité 2001

Il y a près de 20 ans, Linda Fried, pionnière de la gériatrie, a publié un article de référence intitulé «Fragilité du sujet âgé, description d'un phénotype» [1]. Ce qui semble trivial s'avère aujourd'hui encore délicat: la détermination cliniquement correcte d'une fragilité à un âge avancé. Linda Fried a défini le phénotype de fragilité comme la présence d'au moins 3 des 5 critères suivants:

- perte de poids involontaire (en un an),
- faiblesse musculaire (mesure de la force musculaire de la main),
- fatigue (sur la base d'une échelle de dépression),
- ralentissement moteur (mesure de la vitesse de marche),
- activité réduite (d'après un questionnaire).

Selon cette définition, la fragilité est un état de transition entre une bonne santé et un besoin de soins à un âge avancé. Il s'agit d'un stade intermédiaire durant lequel une personne âgée auparavant alerte développe des signes de fragilité entraînant un risque de détérioration de son état pouvant mener à une hospitalisation ou même au décès.

Au cours des 20 dernières années, de nouveaux procédés ont été développés pour reconnaître correctement la fragilité et nous en savons désormais davantage sur le traitement médical de la fragilité du sujet âgé.

Le traitement de la fragilité

Les personnes âgées présentant une fragilité ont un risque accru d'évolution défavorable (telle que complications durant une hospitalisation), d'admission en établissement de soins, de détérioration médicale ou de réhospitalisation. L'objectif du traitement médical de la fragilité est donc d'améliorer, ou du moins de stabiliser, l'état de l'individu concerné pour pouvoir éviter cette spirale descendante.

La recherche est encore en quête d'une hormone ou d'un autre agent biologique à l'origine de ce cercle physiopathologique vicieux constitué d'une faiblesse, d'une ali-

mentation carencée, d'une inactivité et d'une perte musculaire. Cet agent – et donc le médicament anti-fragilité correspondant – n'a jusqu'à présent pas été découverts. Des études ont toutefois montré que les personnes atteintes du syndrome de fragilité tiraient profit du fait que les facteurs sous-jacents de la fragilité étaient détectés et traités. Le procédé diagnostique de choix consiste en une évaluation gériatrique dans plusieurs domaines. La liste ci-dessous montre les principaux domaines dans lesquels une telle évaluation est requise chez les patientes et patients atteints de fragilité lors de l'entrée à l'hôpital, et présente certains aspects qui doivent être contrôlés et sont particulièrement importants pour la suite du traitement envisagé:

- Mobilité: sarcopénie, risque de chutes
- Alimentation: carence en protéines
- Cognition: démence, délire
- Emotion: dépression
- Organes sensoriels: besoin de dispositifs auxiliaires, environnement
- Social: situation de résidence, réseau social
- Polypharmacie: sous- ou surmédication
- Capacité de discernement: prise de décision partagée
- Déficit fonctionnel: objectifs d'une réadaptation

Au cours des deux dernières décennies, la méthode d'évaluation gériatrique multidimensionnelle a été perfectionnée et adaptée aux nouvelles possibilités technologiques. En Suisse, un grand nombre d'unités de gériatrie aiguë et d'établissements de réadaptation gériatrique ont été ouverts ou développés. Les personnes âgées atteintes de fragilité admises dans ces cliniques y reçoivent des traitements interprofessionnels basés sur une évaluation gériatrique réalisée sous la direction de spécialistes en gériatrie.

La fragilité comme critère de triage

En 2020, la fragilité a fait la une de la presse. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié des recommandations relatives à la pandémie de COVID-19

Président de la Société
Professionnelle Suisse de
Gériatrie (SPSG)



Andreas E. Stuck


	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien , les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie . Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie <6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

Figure 1: Les niveaux de la Clinical Frailty Scale (CFS) (modifiée d'après Rockwood K, et al. 2005 [3] et Singler, et al. 2020 [4], avec l'aimable autorisation de la Société allemande de gériatrie).

pour le triage des traitements de médecine intensive en cas de manque de ressources. L'ASSM préconise, chez les personnes âgées, d'utiliser la «Clinical Frailty Scale» (CFS, échelle de fragilité clinique) comme critère d'admission en soins intensifs. Un score CFS ≥ 7 chez les plus de 65 ans et ≥ 6 chez les plus de 85 ans est déterminant comme critère de non-admission [2].

La CFS est désormais employée au niveau international pour enregistrer la fragilité [3–4]. Cet instrument définit 9 niveaux de l'état de santé, allant d'une excellente santé (CFS 1) à un besoin maximal de soins en fin de vie (CFS 9). L'échelle est utilisée avec des pictogrammes et définitions correspondantes (fig. 1).

L'ASSM recommande également l'emploi de la CFS dans les directives publiées sur le thème des décisions de réanimation [5]. En conséquence, l'âge ne doit pas être utilisé comme unique critère d'une décision «do not resuscitate». Une réanimation peut tout à fait être réalisée avec succès à un âge avancé. Ainsi, une étude sué-

doise de registre a documenté une survie neurologique intacte à la suite d'une réanimation à l'hôpital chez près de 10% des patientes et patients de plus de 90 ans [6]. Toutefois, en cas de fragilité d'une personne âgée avec un score CFS ≥ 5 , une réanimation est pratiquement vouée à l'échec selon de nouvelles études [7–9].

L'échelle de fragilité clinique 2021

Au vu de l'utilisation répandue de la CFS, des critères différenciés ont été conçus ces dernières années pour déterminer le score CFS. Le développement d'un arbre décisionnel montrant quelles informations sont nécessaires pour obtenir le score CFS constitue une étape clé [10] (v. annexe). A cet effet, les auteurs ont publié des documents de formation pour l'utilisation de la CFS [11]. Certains principes fondamentaux de l'utilisation de la CFS sont:

- La CFS convient uniquement chez les personnes au-delà de 65 ans.
- Le score CFS ne doit pas être obtenu de manière intuitive, mais recueilli par des professionnels qualifiés.
- La détermination d'un score CFS nécessite une anamnèse gériatrique différenciée ainsi que l'établissement d'un pronostic médical.
- Chez les personnes atteintes de fragilité séjournant en hôpital de soins aigus, l'état au moment de l'admission n'est pas déterminant, mais celui deux semaines avant l'événement aigu doit être pris en compte.

Regard vers l'avenir

De nos jours, l'âge avancé est encore trop souvent assimilé à la fragilité, ce qui peut avoir pour conséquence que toutes les personnes très âgées soient prises en charge comme si elles étaient fragiles et proches de la fin de vie. Il est important de rectifier cette image de la vieillesse. Les personnes âgées en bonne condition physique ont besoin d'un accompagnement médical différent de celles qui sont fragiles. Celles-ci dépendent en outre d'une prise en charge gériatrique spécifique. D'autres progrès dans les domaines de la recherche, l'enseignement et les soins de santé sont nécessaires pour les années à venir. L'utilisation différenciée du concept de fragilité peut y contribuer.

Disclosure statement

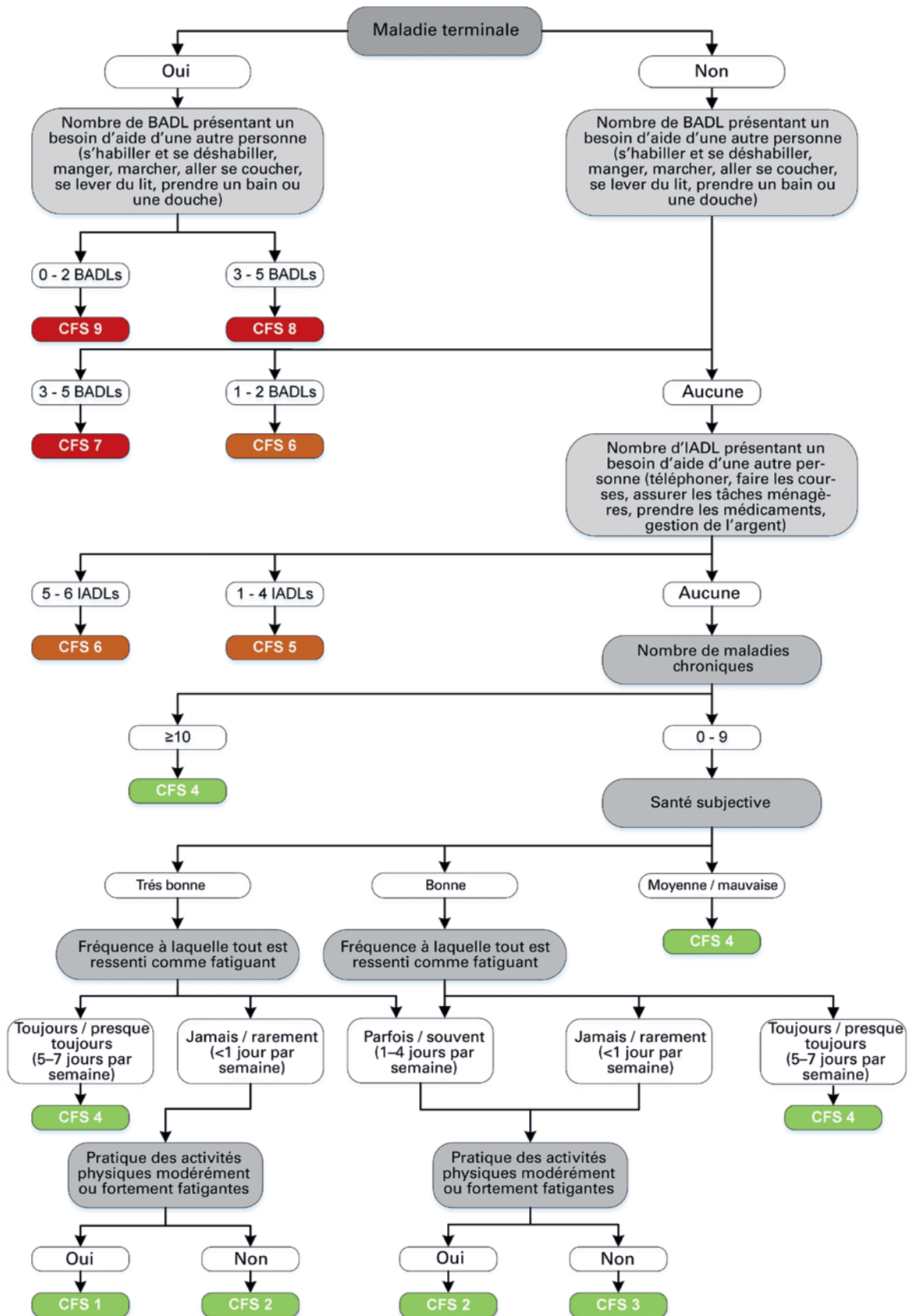
L'auteur a déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09033>.

Correspondance:

Prof. Dr méd.
Andreas E. Stuck
Geriatrische
Universitätsklinik
Inselspital
Freiburgstr. 46
CH-3010 Bern
[andreas.stuck\[at\]insel.ch](mailto:andreas.stuck[at]insel.ch)



Annexe: Arbre décisionnel pour l'obtention de la Clinical Frailty Scale (CFS). BADL: activités de base de la vie quotidienne, IADL: activités instrumentales de la vie quotidienne (modifiée d'après Theou O, et al., 2021 [10]; Theou O, Pérez-Zepeda MU, van der Valk AM, Searle SD, Howlett SE, Rockwood K. A classification tree to assist with routine scoring of the Clinical Frailty Scale. Age Ageing 2021;50:1406-11. © The Authors 2021. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)).