



La fragilité de la personne âgée

Didier Lerond, membre de la commission éthique, SSR-USLD-UHR 57, Charleville-sous-Bois
Olivier Cognioul, orthophoniste, hôpital gériatrique Saint-François, 57 Marange-Silvange.



© Alik Mukhov - Fotolia

Depuis longtemps les orthophonistes dispensent des soins diligents aux personnes âgées dans les domaines du langage et de la communication, de la déglutition, des troubles de la mémoire, etc. Avec l'augmentation inéluctable du nombre des personnes âgées, les prises en charges vont s'intensifier.

Quelques chiffres

Les projections statistiques de l'Insee et les analyses du Credoc, si les tendances démographiques se maintiennent, convergent et attestent qu'en 2060 la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmentera inéluctablement à lui seul de plus de 10 millions. Ainsi à l'horizon 2060, une personne sur 3 sera âgée de plus de 60 ans. Bien évidemment, jusqu'en 2035, les effets des générations du baby-boom se feront sentir, avec une forte augmentation de la proportion des personnes âgées. Au-delà de 2035, l'augmentation se poursuivra mais à un rythme moins élevé.

Au 1^{er} janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8% des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions.

Au-delà de 75 ans, 9% des personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa). Le passage du domicile à l'établissement dépend principalement du niveau de dépendance, qui croît avec l'âge. Les APA sont alors corrélées à la grille Aggir et les scores GIR que nous avons détaillés dans un précédent numéro de L'Orthophoniste.

Entre 2007 et 2011, les capacités d'accueil des établissements accueillant des personnes

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Les points clés :

- La fragilité est un syndrome clinique, évolutif, réversible, qui se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress.
- Elle est prévalente chez les personnes âgées de plus de 60 ans.
- Elle est associée à une augmentation des risques de chutes, d'hospitalisation, de mortalité et de perte d'autonomie.
- Elle est associée à une augmentation des coûts de soins.
- Elle est associée à une augmentation des besoins de soins.
- Elle est associée à une augmentation des besoins de soins.

âgées ont augmenté de 5,3%. Fin 2011, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 74% de ces établissements. Les soins de longue durée aux personnes âgées regroupent les soins assurés dans le secteur hospitalier public au sein des Unités de soins de longue durée (USLD) ou dans les Ehpa ou Ehpad.

Ces soins peuvent également être assurés à domicile par les différents professionnels de santé (médecins, kinés, infirmiers, orthophonistes...) relevant des SSAD (services de soins à domicile) voire des HAD.

En 2012, 8,3 milliards d'euros sont consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement et les soins à domicile représentent une valeur de 1,5 milliard d'euros.

Mais si ces personnes deviennent ou sont âgées, quid de leur état de santé? Vieillir rime-t-il encore avec bien vieillir et vieillir en bonne santé? La prévention des risques et connaissance de la fragilité de la personne âgée deviennent nécessaires pour permettre à celle-ci de reculer la dépendance avec les

risques inhérents, la médicalisation, l'institutionnalisation et la perte de son autonomie et de son indépendance.

Fragilité

En 2011, la société française de gériatrie et de gérontologie a adopté la définition suivante de la fragilité: *«La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète 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. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible.»*

La population âgée est extrêmement hétérogène. Nous connaissons tous des «jeunes» actifs de 80 ans et des «vieux» de 60. Toutefois, il est utile de rappeler la distinction qui est faite et retenue sur les 3 principaux modes évolutifs du vieillissement :

- En premier lieu, le vieillissement «robuste et usuel», avec une absence ou une atteinte très minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie, qui correspond à environ 50% de la population. C'est l'un des objectifs principaux de la gérontologie préventive. Ce modèle implique à la fois le fonctionnement physique, mental et psychosocial avec une dimension subjective importante incluant les notions de «bien-être» et de «satisfaction de vie».
- En second lieu, le vieillissement «fragile» avec quelques atteintes des fonctions



physiologiques souvent infra clinique et sans rapport avec une pathologie bien définie. Le terme de fragilité s'inscrit alors et suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. La fragilité est donc un état instable avec risque de perte d'une fonction. Il s'agit par ailleurs d'un état réversible. Ces 2 caractéristiques (instabilité et réversibilité) soulignent toute l'importance du diagnostic de fragilité. En effet, c'est à ce stade que les interventions peuvent être les plus efficaces. Par exemple, pour les orthophonistes, c'est à ce moment que les évaluations de la presbyphagie, entre autres, pourront être utiles. Le but de la prise en charge est de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi. Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 30% des sujets de plus de 65 ans sont pré-fragiles et 15% sont fragiles. Les travaux de ces dernières années ont surtout démontré que le dépistage de la fragilité et l'organisation de mesure préventives permettaient de ralentir le déclin fonctionnel. Dépister et traiter la fragilité semble être une réponse pertinente à la prévention de la dépendance.

- Enfin, le vieillissement avec « dépendance » fréquemment associé aux pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicap. Cela concerne environ 10% des sujets

âgés. Ces sujets sont dépendants, fréquemment hospitalisés ou en institution. Ce sont des consommateurs de soins importants. Malgré les efforts et les moyens délivrés pour les aider, leur état de dépendance est le plus souvent irréversible.

La prévention constitue donc un axe fondamental pour faire reculer l'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles avec des consultations visant le dépistage, l'évaluation et les interventions, consultations actuellement peu ou pas prises en compte par les autorités sanitaires. Une fois installées, la dépendance et les incapacités sont rarement réversibles avec des coûts sanitaire, humain et financier importants.

Le médecin référent, pivot incontournable du système de soins, prend toute son importance dans cette action de prévention et de repérage de la fragilité des personnes âgées. Nous avons constaté, lors de récents mémoires d'orthophonie consacrés à la presbyphagie, que les médecins étaient sensibles à la prévention des troubles de la déglutition et les conséquences sur l'alimentation et l'hydratation, qu'ils étaient réceptifs aux grilles d'évaluation proposées par les orthophonistes. Bien sûr, les campagnes sur les risques liés à la presbycousie, aux troubles cognitifs, etc. s'inscrivent dans cette même démarche de prévention de l'isolement et de la dépendance.

rieure à 1 m/s ;

- Activité physique réduite (grande sédentarité) en posant la question : « quelle est votre niveau actuel d'activité physique ? ».

Cet ensemble des caractères observables de la fragilité est indépendamment prédictif à trois ans de chute, de dégradation de la marche ou perte d'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne, d'hospitalisation et de décès.

La présence d'un ou deux des symptômes définit l'état pré-fragile, alors que trois symptômes correspondent à la fragilité.

Les critères de fragilité peuvent également être évalués par la grille SegA (D. Schovaerdt, université de Louvain, 2004, validation université de Reims Champagne-Ardenne 2014), adaptée par le Réseau Regeca (Réseau Champagne-Ardenne- France) qui va établir rapidement un profil de fragilité de la personne âgée vivant à domicile afin de prévenir la survenue des événements défavorables tels que incapacités, chutes, hospitalisations, institutionnalisation non souhaitée et non préparée.

Sur les 26 items (13 questions permettant 3 réponses possibles), le score de fragilité est obtenu à partir de 9 et plus.

Des items intéressant les orthophonistes sont présents dans cette grille comme la nutrition (appétit, poids, dénutrition, prise de repas autonome et indépendante) et les fonctions cognitives (mémoire, attention, concentration, langage).

Il existe d'autres grilles de repérage comme l'indicateur de fragilité de Tilburg: le Share Frailty Index.

(toutes les grilles citées sont consultables sur Internet)

Considérations orthophoniques en matière de déglutition (Olivier Cognioul)

Lorsqu'un orthophoniste, dans son exercice en cabinet, à domicile ou en institution, prend en charge des adultes et tout particulièrement des personnes âgées, il sera forcément confronté aux notions de fragilité ou de dépendance.

Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

| | 0 | 1 | 2 | Score : |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| Age | 74 ans ou moins | Entre 75 et 84 ans | 85 ans ou plus | |
| Proximité | Domicile | Domicile avec aide prof. | Fl ou EHPAD | |
| Médicaments | 3 médicaments ou moins | 4 à 5 médicaments | 6 médicaments ou 1 | |
| Humour | Normale | Parfois anxieux ou triste | Déprimé | |
| Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge | Mauvaise santé | Santé équivalente | Moins bonne santé | |
| Chute dans les 6 derniers mois | Aucune chute | Une chute sans gravité | Chutes multiples ou compliquées | |
| Nutrition | Poids stable, apparence normale | Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (5 kg en 3 mois) | Dénutrition franche | |
| Maladies associées | Absence de maladie connue ou traitée | De 1 à 3 maladies | Plus de 3 maladies | |
| AVC (confusion des repères, tétrapégie, prise des médicaments, tripartite) stabilité (sa tenue, marches) | Indépendance | Aide partielle | Incapacité | |
| Continence journalière et / ou fécale | Continence | Incontinence occasionnelle | Incontinence permanente | |
| Plus des repas | Indépendance | Aide ponctuelle | Assistance complète | |
| Fonctions cognitives (mémoire, attention) | Normales | Peu altérées | Très altérées (varient avec l'âge) | |
| TOTAL : | | | | ... / 26 |

| INTERPRETATION | | |
|----------------------|------------------|-----------------------|
| Score ≤ 8 | 8 < Score ≤ 11 | Score > 11 |
| Personne peu fragile | Personne fragile | Personne très fragile |

A QUI TRANSMETTRE ?
Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Carry peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires - Haute Autorité de Santé - juin 2013

Evaluation de la fragilité

Le groupe de travail sur la fragilité de la société américaine de gériatrie, a adopté la définition proposée par Fried et al, considérant la fragilité comme un syndrome clinique défini par la présence de trois ou plus des symptômes suivants :

- Perte de poids involontaire depuis 1 an (perte de 4,5 kg ou 5% du poids) ;
- Sensation subjective d'épuisement rapportée par la personne elle-même ;
- Diminution de la force musculaire notamment évaluée par l'incapacité de se lever d'une chaise plus de 5 fois sans utiliser les mains ;
- Vitesse de marche lente (évaluée sur une distance de 4 mètres). Vitesse ralentie si inférieure à 1 m/s ;



Dans la liste des signes cliniques d'appel qui permettent d'évaluer la fragilité, la perte de poids rapide se trouve en bonne place. Si ce symptôme est impossible à mesurer lors d'un bilan auprès d'un patient dont nous faisons la connaissance, il peut nous être signalé par l'entourage (aidants, familles, soignants) lors de l'anamnèse que nous pratiquons au préalable à un éventuel suivi. Et, lorsque cette perte de poids survient, une petite lumière s'allume dans un coin de notre cerveau affûté et le voyant « dysphagie? » se met à clignoter... Aujourd'hui, les médecins référents, les praticiens hospitaliers (hospitalisation de jour) et particulièrement les gériatres collaborant régulièrement avec les orthophonistes ont acquis de plus en plus fréquemment le réflexe de prescrire à ces patients fragiles un bilan de la déglutition. Dans ce cas, notre rôle consiste à évaluer les capacités praxiques et myo-fonctionnelles de nos patients ainsi que leurs capacités de déglutition, d'alimentation et d'hydratation dans toutes les phases et avec toutes les textures.

« Un patient fragile est le plus souvent quelqu'un qui vit de façon autonome et qui n'est pas dépendant d'un aidant. Un patient fragile qui se dénutrit est un patient dépendant en puissance. »

Notre évaluation orthophonique permet de poser un diagnostic et de déterminer si la dénutrition observée est consécutive à une dysphagie et, lorsque c'est le cas, les manœuvres et stratégies d'alimentation mises en place servent à lutter contre cette dénutrition qui n'est pas forcément inéluctable et dont les effets délétères peuvent encore être repoussés. Les dimensions sociales, familiales, psychosociales, sociétales sont à prendre en compte (personne âgée vivant seule ou pas, se faisant elle-même à manger, portage de repas, repas pris en collectivité...)

Les orthophonistes intervenant dans les services de gériatrie ou prenant en charge de grands seniors, proposent non seulement des aménagements aux patients concernés et à leurs aidants directs, mais élaborent aussi, en collaboration directe avec les diététiciens et les chefs de cuisine des solutions et des tex-

tures offrant à ces patients toutes les chances de continuer à s'alimenter per os en garantissant le plus possible sécurité et plaisir, plaisir de manger et de se faire à manger. La qualité des produits et recettes existants actuellement peut largement mettre à mal la mauvaise réputation des menus mixés souvent peu appétissants et peu attirants.

Même dans de petits établissements périurbains comme le nôtre (hôpital gériatrique, SSR et USLD), des efforts réels sont effectués par les équipes et lorsque les patients concernés retournent à domicile, ils peuvent désormais disposer de plaquettes récapitulatives détaillant les manœuvres et stratégies importantes à maintenir voire des recettes parfaitement adaptées à leur situation ou à leur convalescence. L'enjeu essentiel étant, lorsque ce matériel précieux est bien diffusé et bien utilisé, d'assurer une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins grâce aux actions conjuguées des aidants, des familles et des orthophonistes libéraux qui assureront le relais.

A ce jour, malgré des situations extrêmes qui peuvent rapidement amener les personnes âgées à une inévitable dépendance, de nombreux témoignages de familles, d'aidants et de personnes âgées illustrent bien l'importance de la prévention et le confort qu'apporte une bonne gestion de l'alimentation dans un suivi global de la personne âgée fragile. Notre profession, grâce à son expertise grandissante dans ce domaine, participe concrètement et de façon décisive dans le suivi, la prévention des risques, le maintien des capacités et l'évolution avec les éventuels moyens pour suppléer à des capacités d'alimentation et d'hydratation insuffisantes et le recours à des solutions invasives et traumatisantes telles que l'alimentation entérale ou parentérale. Rappelons qu'une perte d'appétit, une absence d'alimentation équilibrée génèrent une perte de poids et une fonte musculaire augmentant le risque de chutes.

Les personnes âgées en position de fragilité dont on sait que leur nombre va croître, doivent être maintenues le plus possible et le mieux possible dans leur autonomie et leur

indépendance en respectant les principes éthiques. Cela passera par une meilleure connaissance, une meilleure anticipation et une meilleure participation des différents protagonistes (professionnels de santé, familles, personnes âgées).

Le médecin généraliste, une fois de plus, constitue le maillon fort d'une chaîne de soins en utilisant des moyens simples pour dépister les caractéristiques d'une personne âgée en situation de fragilité. Ainsi, il pourra ensuite l'adresser en consultation externe à un centre d'évaluation gériatrique et chez les professionnels de santé comme les orthophonistes qui pourront réaliser des évaluations, poser un diagnostic et proposer des prises en charge globales de la personne âgée fragile, la maintenir à domicile, d'anticiper les situations médico-psycho-sociales critiques et ainsi éviter le recours aux urgences et aux hospitalisations, et de reculer la dépendance dont on sait qu'elle s'avère souvent irréversible.

Comprendre, repérer et agir sont les maîtres mots du processus de reconnaissance de la personne âgée fragile.

Liens

www.has-santé.fr

- Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire.
- Note méthodologique et de synthèse documentaire - Repérer la fragilité en soins ambulatoires.

www.fragilité.org

- Livre Blanc - Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles.

