

Evaluation de la fragilité et de l'autonomie en gériatrie



Above all, don't fear difficult moments. The best comes from them

— *Rita Levi-Montalcini* —

Vincent Dauny - Alix Minaud
Gériatrie Pitié Salpêtrière
12/10/2023

PLAN

- **Qu'est ce qu'un patient âgé ? « fragile »?**
- **La notion de « syndromes gériatriques »**
- **Évaluation Gériatrique Standardisée**
- **« Parcours de soins » et filière gériatrique**

**Pour vous, quelle est la définition
d'une personne âgée ?**

Qu'est ce qu'un patient âgé ?

- Age retenu en France pour certaines prestations ou dispositions : **60 ans**
- OMS: **> 65 ans**
- EHPAD / Service de gériatrie: **> 75 ans**
- Service de gériatrie: âge moyen **85 ans**
- Littérature: **65 à > 80 ans**

PAS DE DEFINITION CONSENSUELLE

Démographie

En France:

- **> 65 ans** = 20% de la population
- **> 65 ans** = 28% en 2040 !!

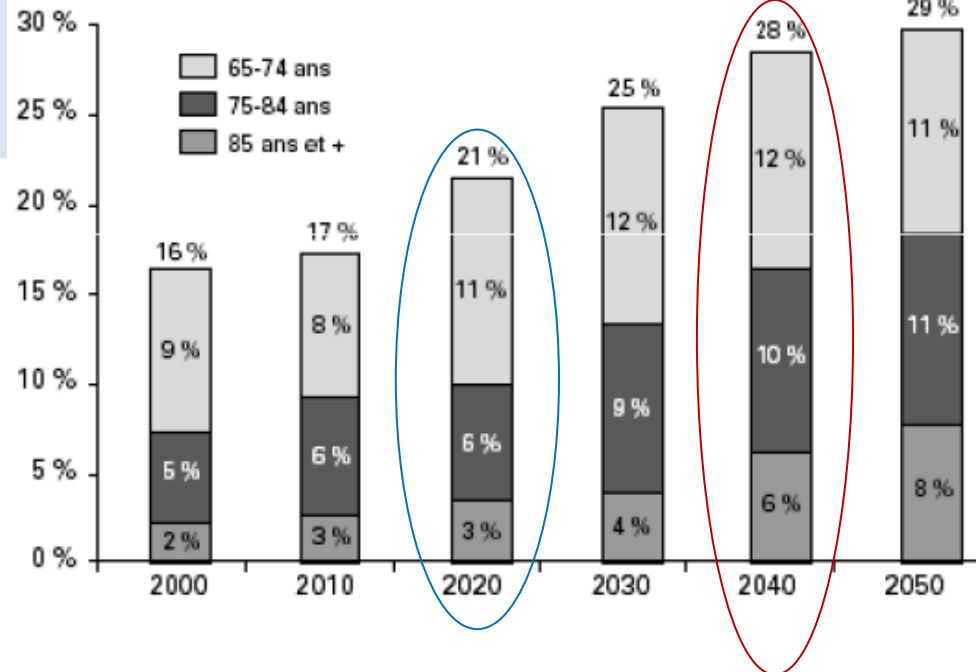


Tableau 1 : Chiffres clés de la population française entre 1950 et 2020 (exprimés en milliers)

Année	Pop. totale	Naissances	Décès (1)	60 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus
1950	41 647	858,1	530,3	4 727	1 565	201
1980	53 731	858,1	547,1	7 541	3 079	567
1990	56 577	800,4	526,0	7 872	3 838	874
2000	59 412	742,5	533,2	9 444	4 225	1 236
2010	61 721	710,1	562,3	14 102	5 506	1 514
2020	63 453	703,0	602,1	16 989	6 009	2 099

Démographie

Editorials represent the opinions of the authors and not necessarily those of the BMJ or BMA

For the full versions of these articles see bmj.com

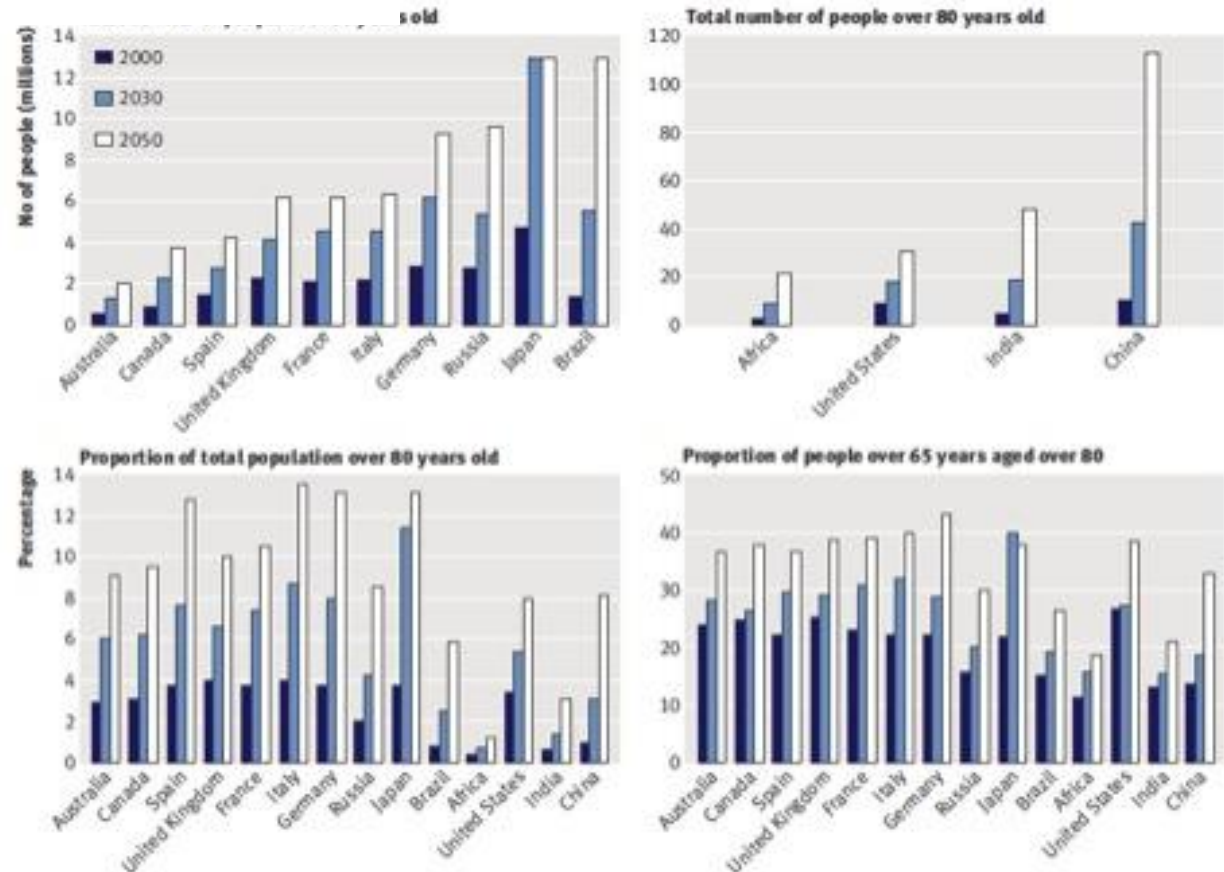
EDITORIALS

BMJ | 9 JANUARY 2010 | VOLUME 340

Health and disease in people over 85

Despite disease, disability is low

Phénomène commun
à l'ensemble des pays
industrialisés



International data on people aged over 80 in 2000 and projections for 2030 and 2050. Derived from US Census Bureau and National Institute on Aging report²

Démographie: espérance de vie

Les centenaires en France

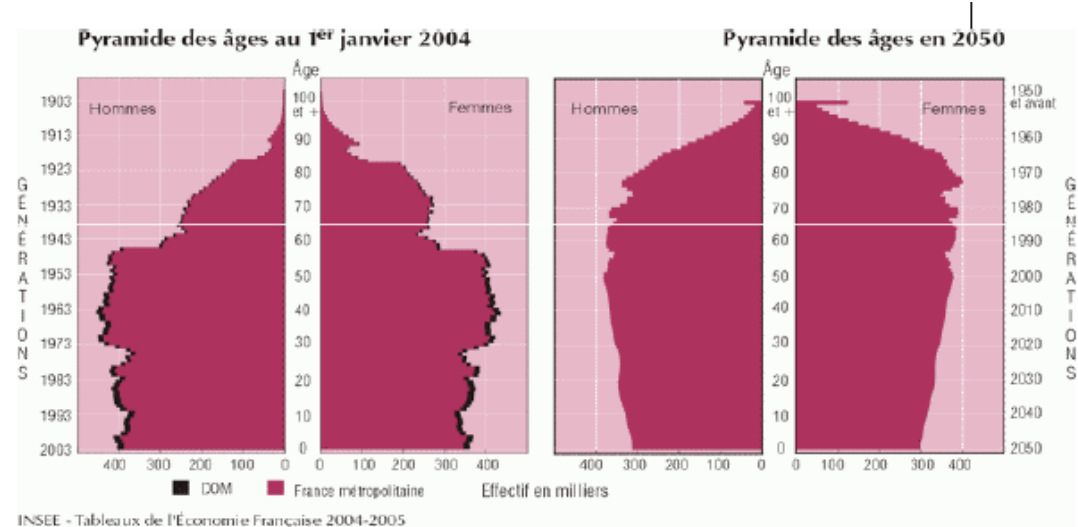
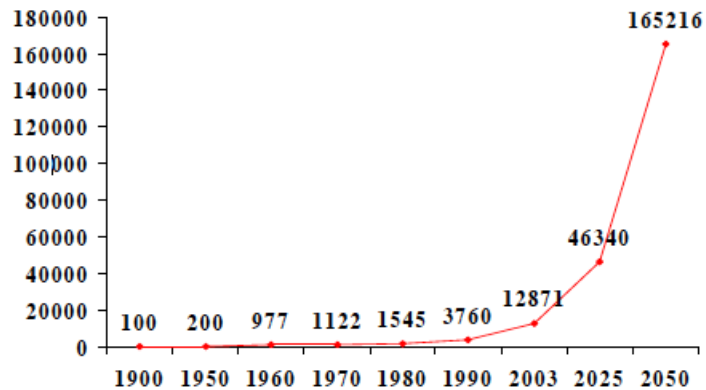


Tableau 3 : Evolution de l'espérance de vie à 60, 75 et 85 ans par sexe de 1950 à 2020

Sexe	Age	1950	1980	1990	2000	2010	2020
Masculin	60	15,4	17,3	19,0	0,3	21,6	22,8
	75	7,0	8,3	9,4	10,1	10,8	11,6
	85	3,7	4,5	4,9	5,2	5,6	5,9
Féminin	60	18,4	22,4	24,2	25,7	27,1	28,4
	75	8,4	10,7	12,0	13,0	14,0	14,9
	85	4,4	5,4	6,0	6,5	7,1	7,6

Qu'est ce qu'un patient âgé ?

- **Années 80 – 90, concept de trois âges démographiques:**

- Les « young old »: 65 – 74 ans
- Les « old old »: 75 – 84 ans
- Les « oldest old »: > 85 ans

Riley, Johnson And Foner. Aging and Society. 1972

- **Au delà de l'âge, les problématiques de la gériatrie:**

- Polypathologie / polymédication
- La vulnérabilité / « Frailty »
 - Grande hétérogénéité des personnes âgées
 - > 120 articles sur les 10 dernières années
 - Phénomène dynamique
- Syndromes gériatriques

Qu'est ce qu'un patient âgé ?

- Années 80 – 90, concept de trois âges démographiques:
 - Les « young old »: 65 – 74 ans
 - Les « old old »: 75 – 84 ans
 - Les « oldest old »: > 85 ans
- Au delà de l'âge, les problématiques de la gériatrie:
 - **Polypathologie / polymédication**
 - La vulnérabilité / « Frailty »
 - Grande hétérogénéité des personnes âgées
 - > 120 articles sur les 10 dernières années
 - Phénomène dynamique
- Syndromes gériatriques

1. Quelle est la différence entre comorbidités et multimorbidité?

2. Quelle est la définition de la polymédication?

Polypathologie / polymédication

- **2 termes** : « Comorbidity » and « multi morbidity »
 - **Comorbidités**: combinaison de plusieurs maladies = une addition
 - **Multimorbidité**: au delà d'une somme = des interactions
 - > 65 ans:
 - 65% : 2 maladies chroniques
 - 43% : au moins 3 maladies chroniques
- **Avec la polypathologie...**
 - **La polymédication** = 5 médicaments ou plus
 - Augmentation des hospitalisations
 - Augmentation des décès

Polypathologie / polymédication

- 2 termes : « Comorbidity » and « multi morbidity »
 - Comorbidités: combinaison de plusieurs maladies = une addition
 - Multimorbidité: au delà d'une somme = des interactions
 - > 65 ans:
 - 65% : 2 maladies chroniques
 - 43% : au moins 3 maladies chroniques
- Avec la polypathologie...
 - **La polymédication** = 5 médicaments ou plus
 - Augmentation des hospitalisations
 - Augmentation des décès

Polypathologie / polymédication

Appliquer les recommandations pour chaque pathologie chez un patient polypathologique augmente le risque de PIM (Prescription Inappropriée Médicamenteuse):

- Femme, 79 ans, **5 pathologies**: HTA, diabète, ostéoporose, arthrose, BPCO
- Suivi des recommandations pour chaque pathologie:
 - **12 traitements différents** en 19 prises par jour avec pour chacun des schémas de traitements différents
 - 14 recommandations non médicamenteuses
 - Nombreux RDV médicaux



Polypathologie / polymédication

- 2 termes : « Comorbidity » and « multi morbidity »
 - **Comorbidités:** combinaison de plusieurs maladies = une addition
 - **Multimorbidité:** au delà d'une somme = des interactions
 - > 65 ans:
 - 65% : 2 maladies chroniques
 - 43% : au moins 3 maladies chroniques
- Avec la polypathologie...
 - La polymédication = 5 médicaments ou plus
 - **Augmentation des hospitalisations**
 - **Augmentation des décès**

Quelles classes médicamenteuses sont les plus fréquemment responsables d'effets indésirables graves ?

Hospitalisation iatrogène: quels médicaments ?

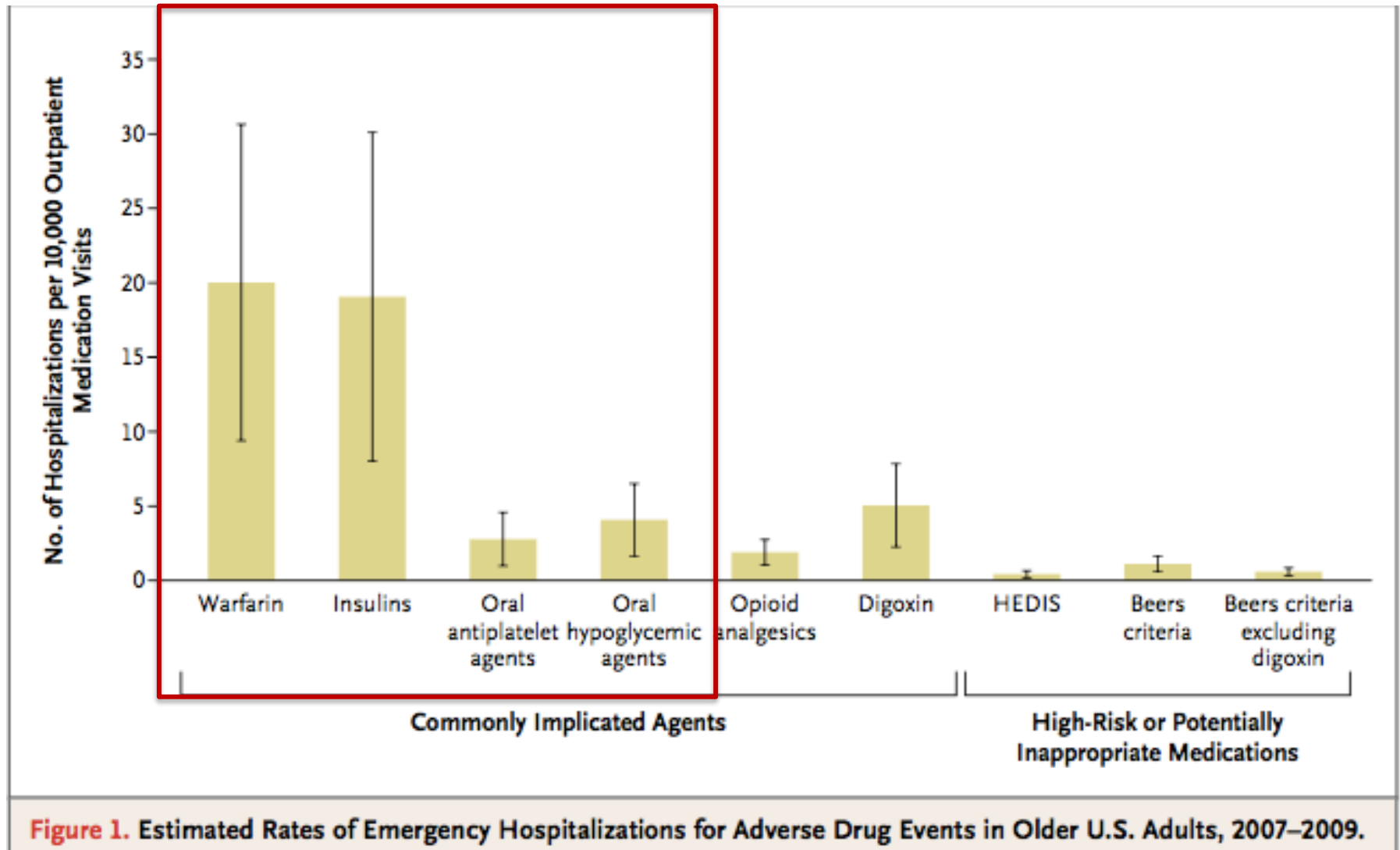


Figure 1. Estimated Rates of Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older U.S. Adults, 2007–2009.

Problème de diagnostic

Un gériatre « usuel » détecte
50% moins d'admissions en
UGA liée à la iatrogénie qu'un
gériatre « forcé » à évoquer la
iatrogénie

**SYMPTÔMES NON
SPÉCIFIQUES +++**



Table 6. Frequency of Types of Adverse Drug Events*

Type	Adverse Drug Events, No. (%)		
	Overall (N = 1523)	Preventable (n = 421)	Nonpreventable (n = 1102)
Gastrointestinal tract	336 (22.1)	89 (21.1)	247 (22.4)
Electrolyte/renal	255 (16.7)	112 (26.6)	143 (13.0)
Hemorrhagic	194 (12.7)	67 (15.9)	127 (11.5)
Metabolic/endocrine	145 (9.5)	58 (13.8)	87 (7.9)
Dermatologic/allergic	120 (7.9)	9 (2.1)	111 (10.1)
Infection	91 (6.0)	2 (0.5)	89 (8.1)
Respiratory tract	83 (5.4)	12 (2.9)	71 (6.4)
Neuropsychiatric	75 (4.9)	36 (8.6)	39 (3.5)
Edema	72 (4.7)	6 (1.4)	66 (6.0)
Syncope/dizziness	72 (4.7)	20 (4.8)	52 (4.7)
Cardiovascular	66 (4.3)	25 (5.9)	41 (3.7)
Hepatic	23 (1.5)	3 (0.7)	20 (1.8)
Anorexia/weight loss	18 (1.2)	8 (1.9)	10 (0.9)
Ataxia/difficulty with gait	15 (1.0)	6 (1.4)	9 (0.8)
Falls without injury	15 (1.0)	10 (2.4)	5 (0.5)
Hematologic	14 (0.9)	1 (0.2)	13 (1.2)
Anticholinergic†	12 (0.8)	4 (1.0)	8 (0.7)
Fall with injury	8 (0.5)	4 (1.0)	4 (0.4)
Musculoskeletal	5 (0.3)	1 (0.2)	4 (0.4)
Extrapyramidal symptoms/tardive dyskinesia	4 (0.3)	0	4 (0.4)
Functional decline‡	3 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.2)
Incontinence	1 (0.1)	0	1 (0.1)

*Adverse drug events could manifest as more than 1 type.

†Anticholinergic effects include dry mouth, dry eyes, urinary retention, and constipation.

‡Adverse drug event manifested only as decline in activities of daily living without any other more specific type of event. Other types of events may have been associated with functional decline.

Hospitalisation iatrogène: quelles conséquences?

- Mortalité: 10 à 12 000 décès par an en France
 - Les AT sont impliqués seuls ou en association dans:
 - 15 à 50% des hospitalisations iatrogènes
 - > 50% des accidents iatrogènes mortels



- Co **40 à 70 % des accidents iatrogènes**
 - **pourraient être évitables** associés
- à des événements évitables

1. Pour vous, quelle est la définition de la fragilité ?

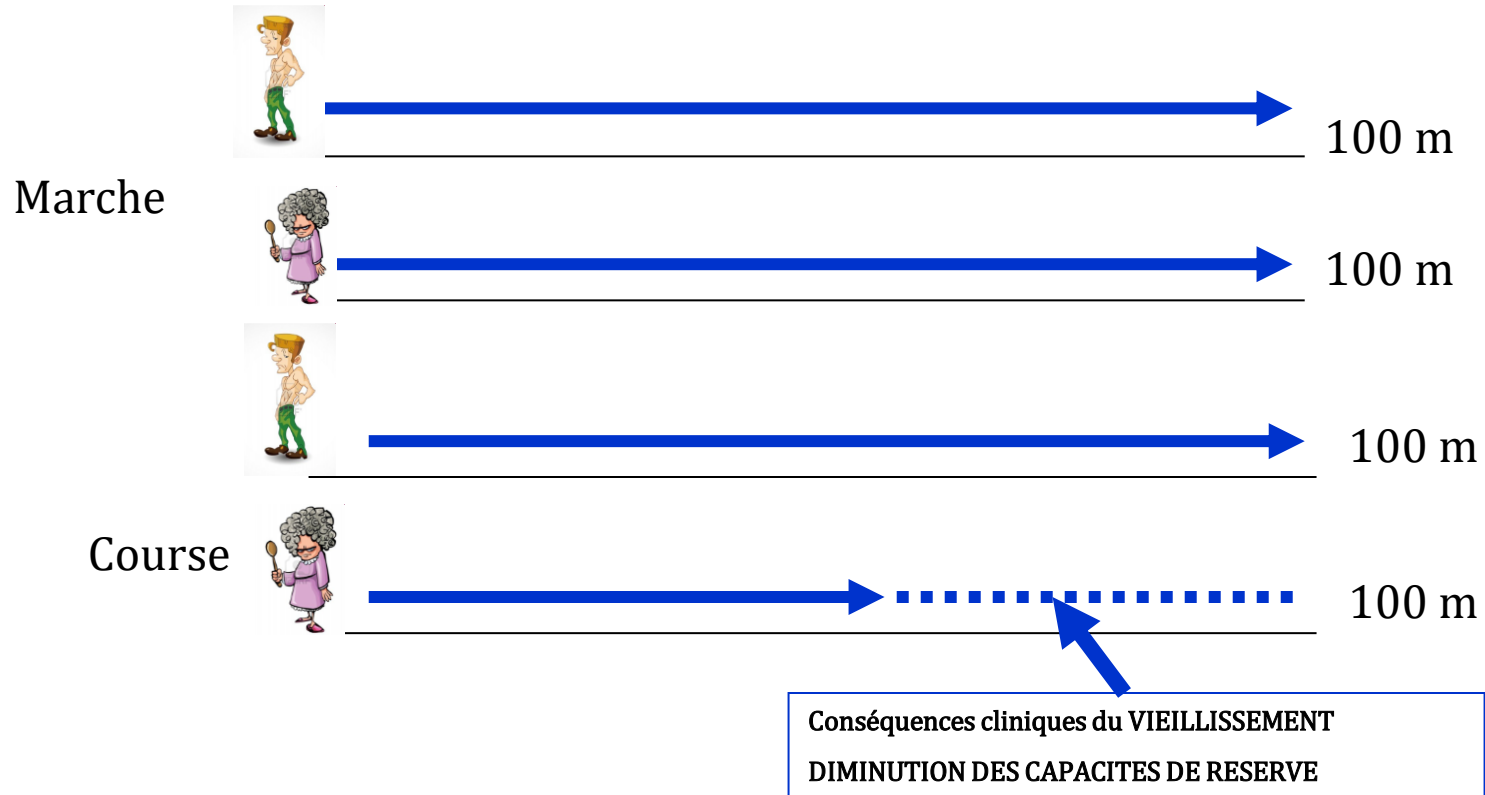
2. Comment la « mesurer » ?

Qu'est ce qu'un patient âgé ?

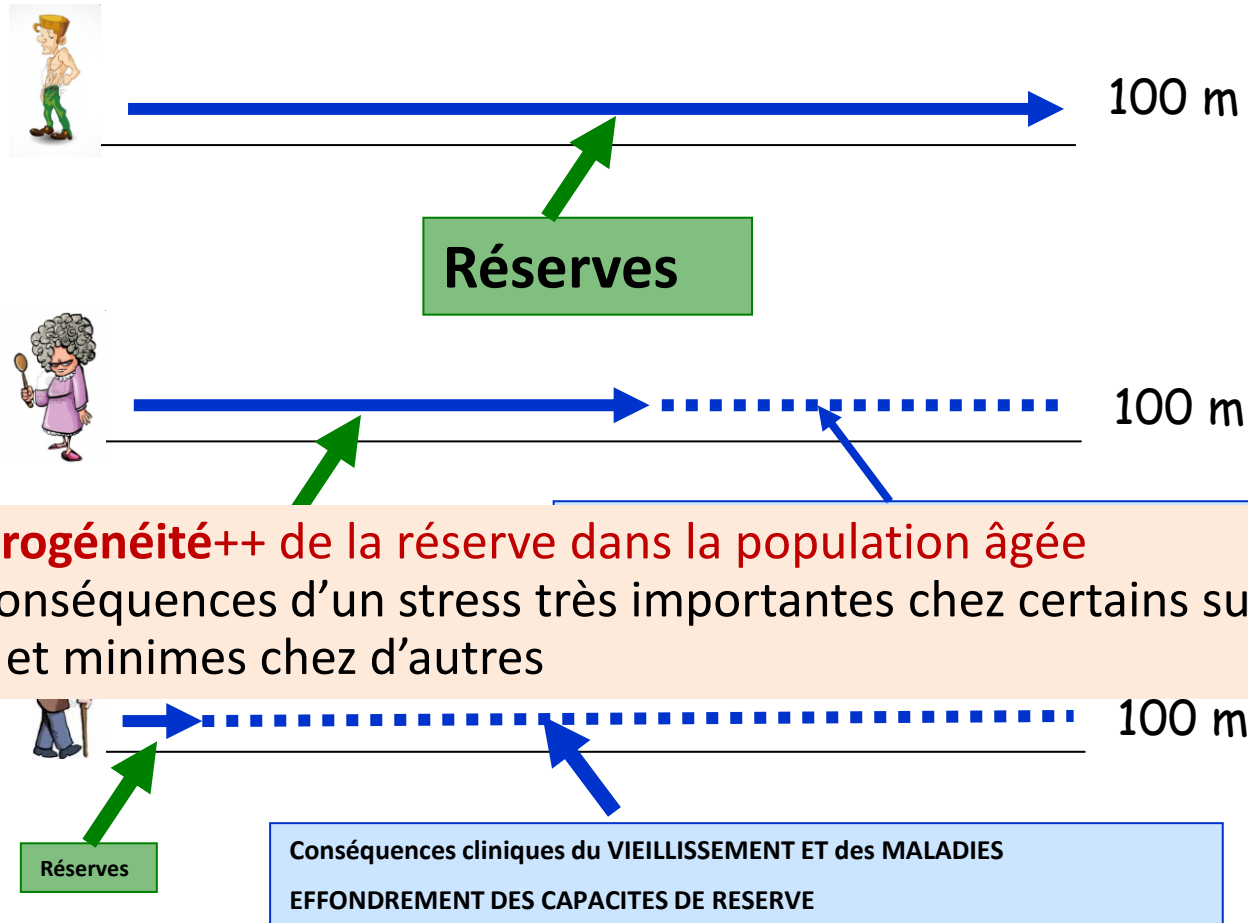
- Années 80 – 90, concept de trois âges démographiques:
 - Les « young old »: 65 – 74 ans
 - Les « old old »: 75 – 84 ans
 - Les « oldest old »: > 85 ans
- Au delà de l'âge, les problématiques de la gériatrie:
 - Polypathologie / polymédication
 - La vulnérabilité / « Frailty »
 - **Grande hétérogénéité des personnes âgées**
 - **> 120 articles sur les 10 dernières années**
 - **Phénomène dynamique**
- Syndromes gériatriques

Vieillir ?

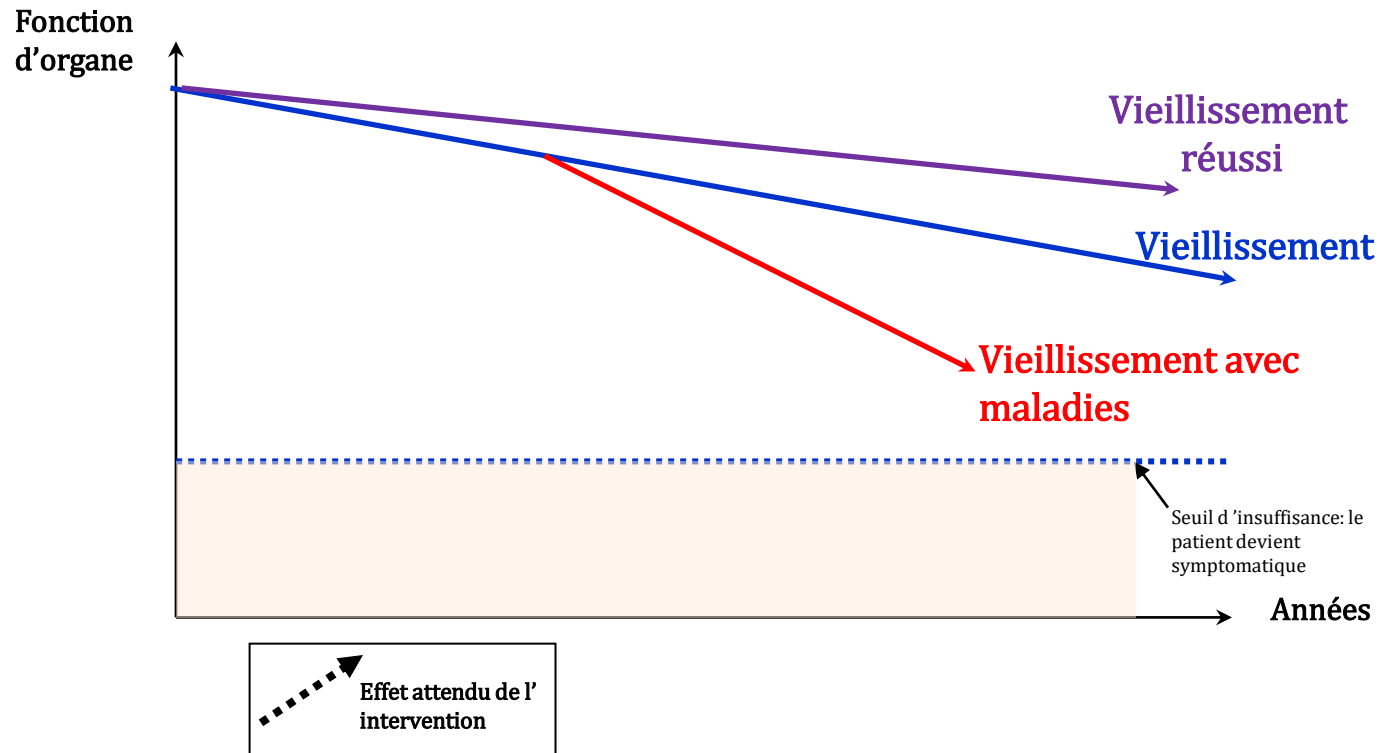
« Rien ne sert de courir... »



Vieillir ou être malade ?

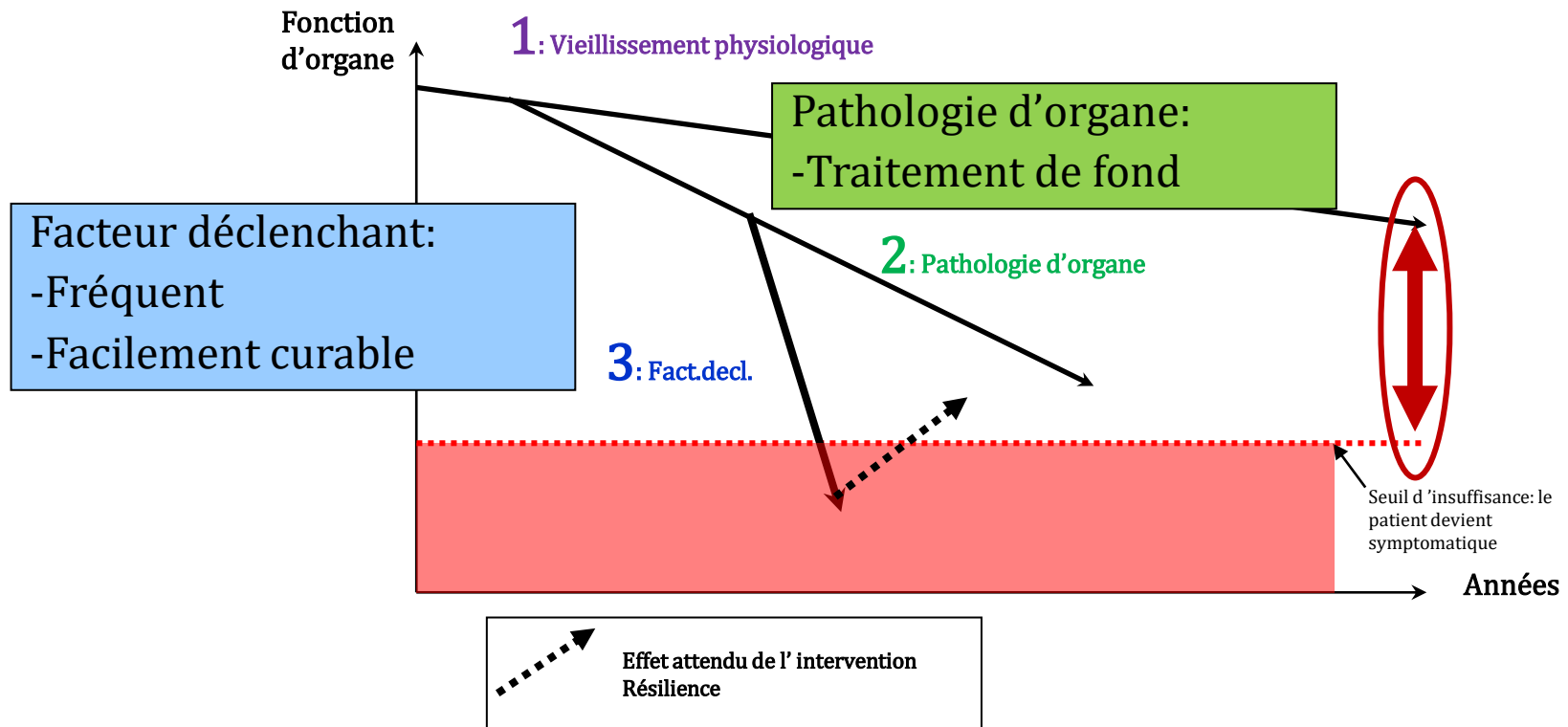


Vieillir ou être malade ?



Vieillir ou être malade ?

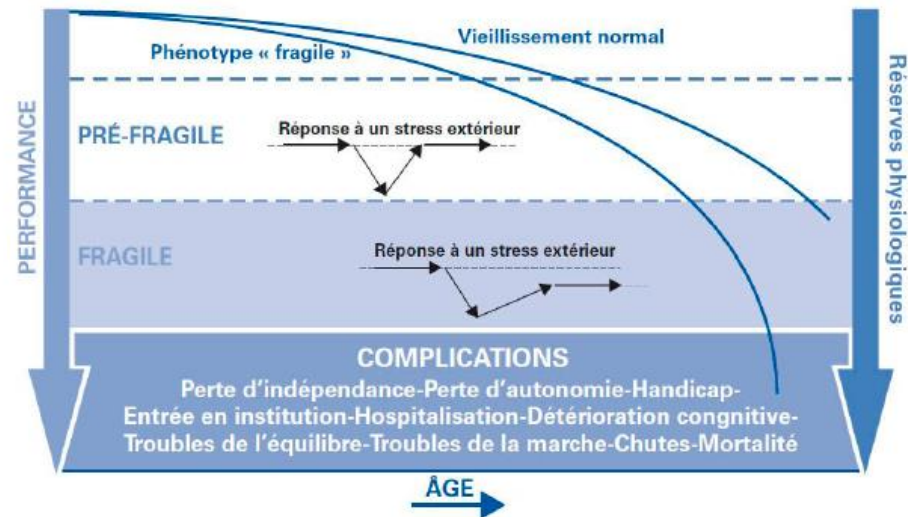
1+2+3



Qu'est ce qu'un patient fragile?

Approche phénotypique de Fried 2001

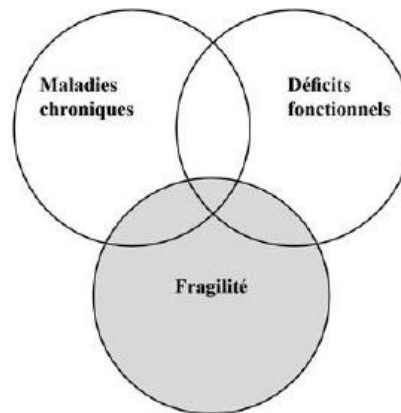
- **> 65 ans**
- **5 critères: indicateurs physiques pour repérer la fragilité**
 - Perte de poids involontaire de plus de 4.5 kg ou > 5 % du poids en 1 an
 - Épuisement ressenti par le patient
 - Vitesse de marche ralentie
 - Baisse de la force musculaire
 - Sédentarité
- **Fragile** si 3 critères ou plus
- **Pré-fragile** si au moins 1 critère
- **Robuste** si 0 critère



Qu'est ce qu'un patient fragile?

- **Critique:** approche uniquement physique, sans prise en compte de la santé mentale du patient ou des facteurs socio-économiques et environnementaux
- **Pertinent, robuste, simple, le plus souvent utilisé**

Figure 8. Identification de la fragilité fondée sur des manifestations spécifiques (phénotype de fragilité)



Source : Béland F., Michel H., « La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action », Presses de l'EHESP, juillet 2013

Qu'est ce qu'un patient fragile?

Clinical Frailty Score (CFS)

Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - **Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

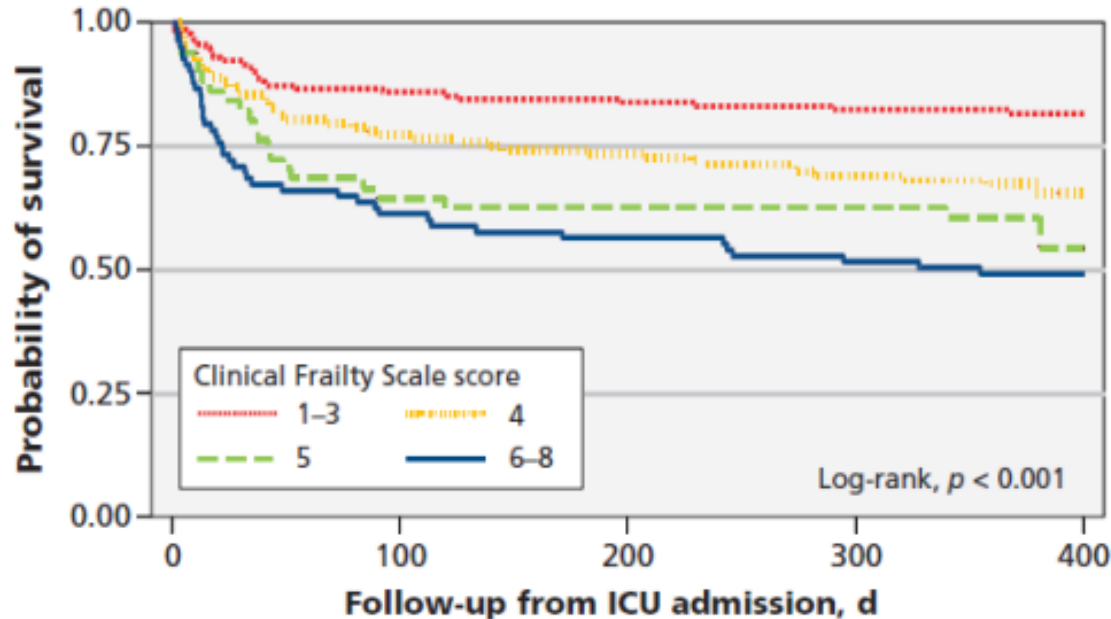
Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Qu'est ce qu'un patient fragile?

Clinical Frailty Score (CFS)

- Validée en français, facile à utiliser. Étudiée par réanimateurs, urgentistes, cardiologues, gériatres...

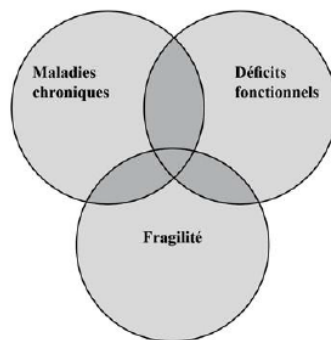


Qu'est ce qu'un patient fragile?

Modèle d'accumulation de déficits de Rockwood 2000:

- **Frailty - Index = SCORE** (adapté dans de nombreuses études)
 - > 70 variables, données physiques, biologiques, sociales, fonctionnelles
 - **Pondération donnée:** par facteur + âge
- Lourd à utiliser, pas de distinction à proprement parler entre fragilité, comorbidités et incapacités
- **Multidomaines**

Figure 9. Identification de la fragilité fondée sur des l'accumulation de déficits (index de fragilité)



Source : Béland F., Michel H., « La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action », Presses de l'EHESP, juillet 2013

Qu'est ce qu'un patient âgé ?

- Années 80 – 90, concept de trois âges démographiques:
 - Les « young old »: 65 – 74 ans
 - Les « old old »: 75 – 84 ans
 - Les « oldest old »: > 85 ans
- Au delà de l'âge, les problématiques de la gériatrie:
 - Polypathologie / polymédication
 - La vulnérabilité / « Frailty »
 - Grande hétérogénéité des personnes âgées
 - > 120 articles sur les 10 dernières années
 - Phénomène dynamique
- **Syndromes gériatriques**

Concept des syndromes gériatriques

- Décrits depuis les années 80: « *multifactorial health conditions that occur when the accumulated effects of impairments in multiples systems render [an older] person vulnerable to situational challenges* »
- **Dans la plupart des études, ce concept inclut:**
 - Incontinence urinaire
 - Escarres
 - Chutes
 - Confusion
 - Déclin fonctionnel
- **Autres études incluent également:**
 - Malnutrition
 - Douleur
 - Fatigue
 - Troubles du sommeil
 - Troubles sensoriels (vue, audition)

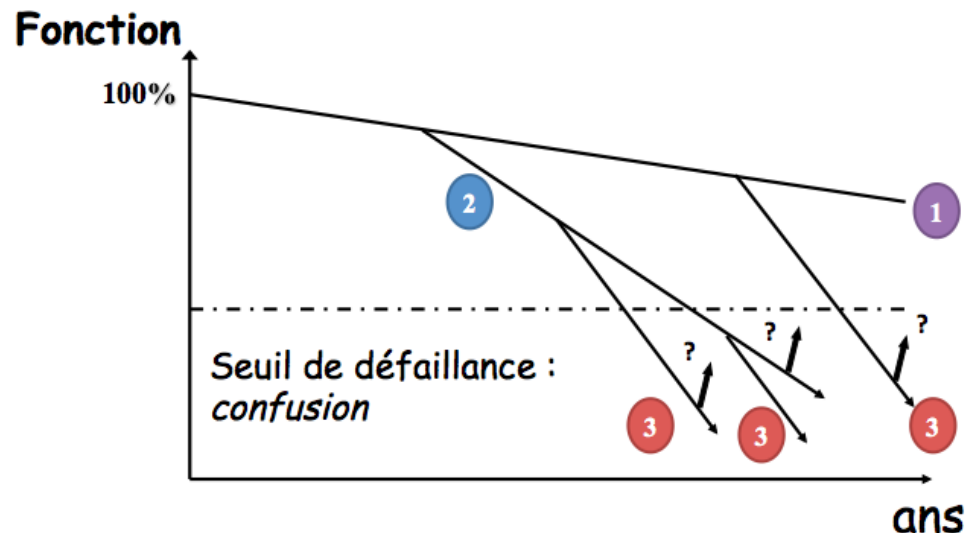
Au final !

Multimorbidité / comorbidités ↔ Fragilité ↔ Syndromes gériatriques

L'objectif :

- Meilleure compréhension du vieillissement
- Prédire des trajectoires possibles en fonction des patients

EN PRATIQUE CLINIQUE = EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISÉE



PLAN

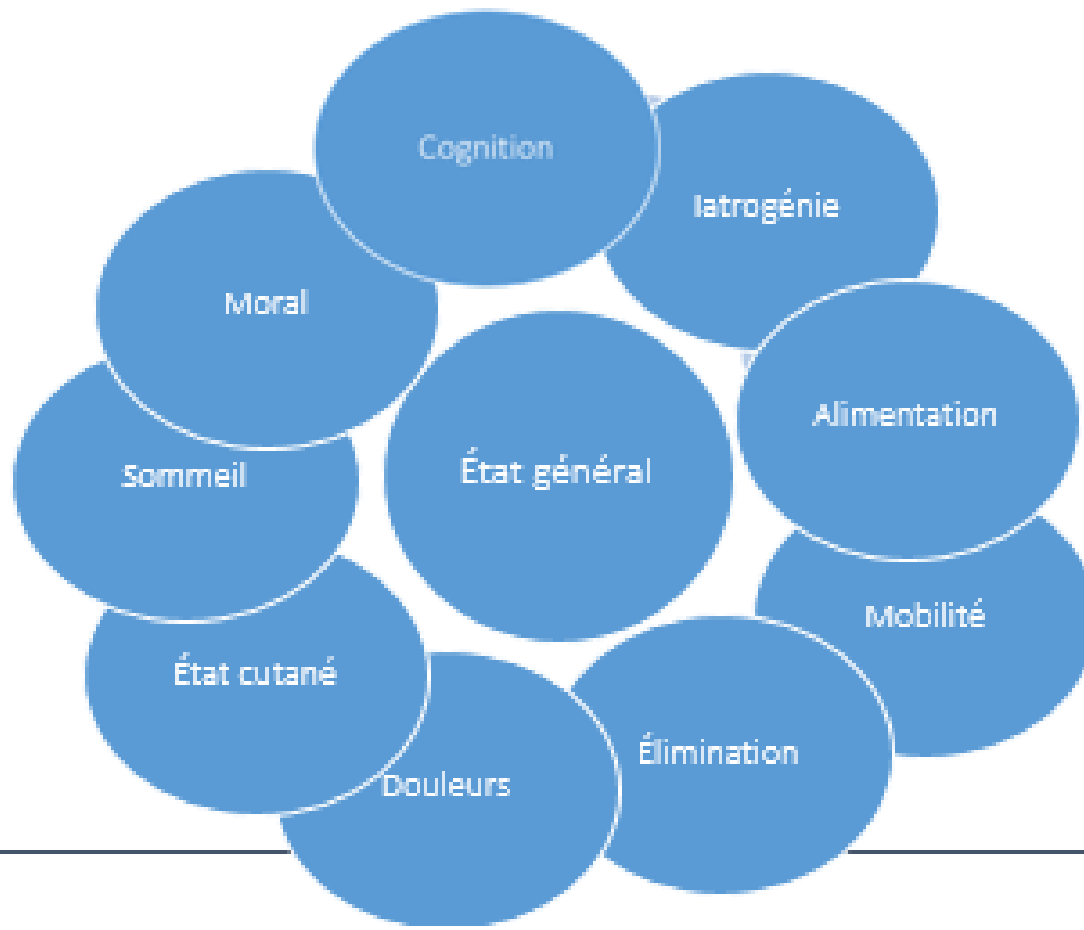
- Qu'est ce qu'un patient âgé ? « fragile »?
- La notion de « syndromes gériatriques »
- **Évaluation Gériatrique Standardisée**
- « Parcours de soins » et filière gériatrique

Comment évaluer ?

Evaluation gériatrique standardisée

- Evaluer la **personne âgée fragile** dans ses dimensions médicales, psychologiques et ses capacités fonctionnelles
- **Comment:**
 - Pluridisciplinaire
 - Nombreuses grilles / échelles (standardisée)
- **Objectifs:** développer un **plan coordonné** et intégré de **traitement** et de **suivi** au long cours !

Objectifs : dépister, évaluer les syndromes gériatriques



6 principales causes du déclin fonctionnel

- Syndrome d'immobilisation
- Confusion
- Dénutrition
- Chutes
- Incontinence U
- Iatrogénie

Evaluation gériatrique standardisée

- Autonomie et indépendance fonctionnelle : ADL, IADL, GIR
- Continence: examen, bilan uro-dynamique
- Évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre: appui unipodal, test de tinetti, get up and go test
- Inventaire des pathologies: CIRS, Charlson -> risque iatrogène
- Inventaire des médicaments: polymédication
- Évaluation cognitive: MMSE, BREF, 5 mots, horloge, MOCA
- Évaluation nutritionnelle: MNA – risque escarre
- Dépistage des troubles de l'humeur / comportement: GDS, NPI
- Troubles sensoriels (yeux, oreilles): clinique + avis spécialisé

Evaluation gériatrique standardisée

FORCES

- Systématique
- Démarche d'équipe
/ échanges

- **C'est long.. Pas forcément adapté au mode d'exercice actuel !**

Gériatre, médecin
généraliste, IPA, IDE,
kiné, psychologues, diet,
évaluateurs APA,
gestionnaire de cas

LIMITES

- Long
- Fastidieux...
- On norme !
- Savoir interpréter

échelles

tre

**En pratique comment éviter le
crash ?**

Vignette clinique: Josette

Vous recevez en consultation de ville pour son renouvellement d'ordonnance Josette que vous connaissez bien et voyez en moyenne tous les 6 mois.

ATCD: HTA, DT2, arthrose de genou

TTT: Coaprovel, Metformine, Doliprane sb



Vous êtes étonnés que sa couleur de cheveux ne soit pas faite, elle qui est si coquette d'habitude.

Vous échangez brièvement, rien ne vous semble anormal lors de ces 15 min de consultation.

Et pourtant...

Vignette clinique : évaluation

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent

« ne fait pas »

1. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non

- Autonomie

- Troubles

- Dépression

- Troubles

Cotation :

Question 1 :	oui : 1, non : 0
Question 2 :	oui : 1, non : 0
Question 3 :	oui : 0, non : 1
Question 4 :	oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.

Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.



e/marche

→ Si elle ne va plus chez le coiffeur, peut-elle encore faire les courses?

Recherche dénutrition / bilan vitaminique

→ Troubles de la mémoire, évoquer et traiter une dépression, puis programmer bilan de troubles de mémoire.

Vignette clinique : Germaine

Germaine 80 ans, vient vous voir accompagnée de sa fille pour **plainte mnésique** depuis plusieurs mois ..

ATCD: Diabétique type 2, HTA, Arthrose invalidante, Cancer du sein en 1998 traité par chirurgie

TTT: Amlodipine, Gliclazide, Paracétamol, Bromazépam, Tramadol,

→ **Comment débrouiller la situation ?**

Vignette clinique : évaluation

- **Plainte mnésique = interrogatoire +++**
 - Nature de la plainte : quand ? Quoi ? DTS ?
 - **Retentissement** : autonomie, activité → manger
 - ATCD familial + terrain patiente (vasculaire, **psy**, OH)
 - Médicaments (diabète, psychotropes...)
 - Signes associés : **sommeil, hallucination**, troubles de déglutition, chutes
 - Facteurs aggravants : SAS, troubles neurosensoriels
- Examen clinique : signes de localisation et **syndrome parkinsonien +++**
- Imagerie cérébrale : IRMc ?
- **Débrouillage** : MMSE / 5 mots
- Biologie : TSH, calcémie, bilan nutritionnel

Vignette clinique : George

Vous allez au domicile de Georges 86 ans, alerté par son auxiliaire de vie car elle l'a retrouvé au sol avec impossibilité de la relever. Il y est depuis au moins 4h.

- **ATCD** : HTA, Diabète de type 2, ACFA permanente, Syndrome dépressif, Arthrose diffuse, DMLA
- **TTT** : Pantoprazole, Irbésartan, Bisoprolol, Glicazide, Escitalopram, Apixaban, Paracétamol si douleur

Vit seul, veuf, enfants présents

Auxiliaire de vie tous les jours : courses, toilettes, ménage

→ Vous le relevez, il n'a pas de douleur hormis une contusion sur le front. **Il vous supplie de ne pas appeler les pompiers...**

Vignette clinique : évaluation de la gravité

Liée au caractère **répété** des chutes

- Chute à répétition (≥ 2 en 12 mois)

Liée aux **étiologies** de la chute

- IDM, AVC, TDR/TDC...

Liée aux **situations médico-sociales** à risque de complications:

- Traitement par **anticoagulants** ou antiagrégants
- **Isolement** socio-familial
- Ostéoporose avérée

Liée aux **conséquences** :

- Traumatismes (os/crâne)
- **Station au sol prolongée** (EP, IRA, inhalation, déshydratation, escarres, psycho ...)
- Psychologiques
- Sd post chute

Vignette clinique : raisonnement

Démarche : quand adresser au SAU / hospitalisation gériatrie ?

- Facteurs prédisposants : ATCD de chute, polymédication-Iatrogénie, dénutrition, cognitif, arthrose, troubles mictionnels, BAV, environnement à risque ... **Modifiables ?**
 - ICI : Syndrome dépressif, Arthrose diffuse, DMLA
 - ICI : Sartan + Bisoprolol = HTO, Glicazide = hypoglycémie
- Facteurs précipitants :
 - CV : ECG => SCA, HTO, syncope
 - Neurologique: TDMc => AVC
 - Métabolique : glycémie, calcémie, natrémie
 - Iatrogénie (intro/sevrage), Toxiques (penser OH..)
 - Environnement : chaussage, mobilier, obstacle (tapis...), éclairage

Vignette clinique : check list chute

- **Révision de l'ordonnance**
- Corriger facteurs modifiables
- Ostéoporose : calcium vit D, DMO?
- Dénutrition : poids/IMC/albu (regarder dents, mycose, troubles déglutition)
- Chaussage +/- bas de contention si HTO
- **Kiné** : équilibre, transferts, marche, relevé du sol = **urgence**
- Ergothérapeute/domicile
- Aide technique?

Vignette clinique : Réflexes !

Réflexes ordonnance

- Dérivés nitré, anti-HTA, L dopa : **HTO**
- Diurétiques : **K⁺ et troubles du rythme, déshydratation**
- Bêtabloquant, anti-arythmique : **troubles conductifs**
- Insuline et sulfamides hypoglycémiant
- Neuroleptique : **akinésie**
- Benzodiazépine, hypnotiques : **vigilance**
- Tramadol, dafalgan-codéiné, néfopam : **confusion, TVS**



Plan antichute



Plan national 2022 à 2024

- Repérer le risque de chute et alerter = ICOPE
- Aménager son logement
- Des aides techniques à la mobilité faite pour tous
- Activité physique
- La téléassistance pour tous



5 signes « avant chuteur »



QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

2 - LA PEUR DE LA CHUTE

3 - LA DÉNUTRITION

4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION

5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



Chacun de ces 5 signes augmente
le risque de chute chez les personnes
âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir
agir pour les prévenir.

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chutes@senior.gouv.fr

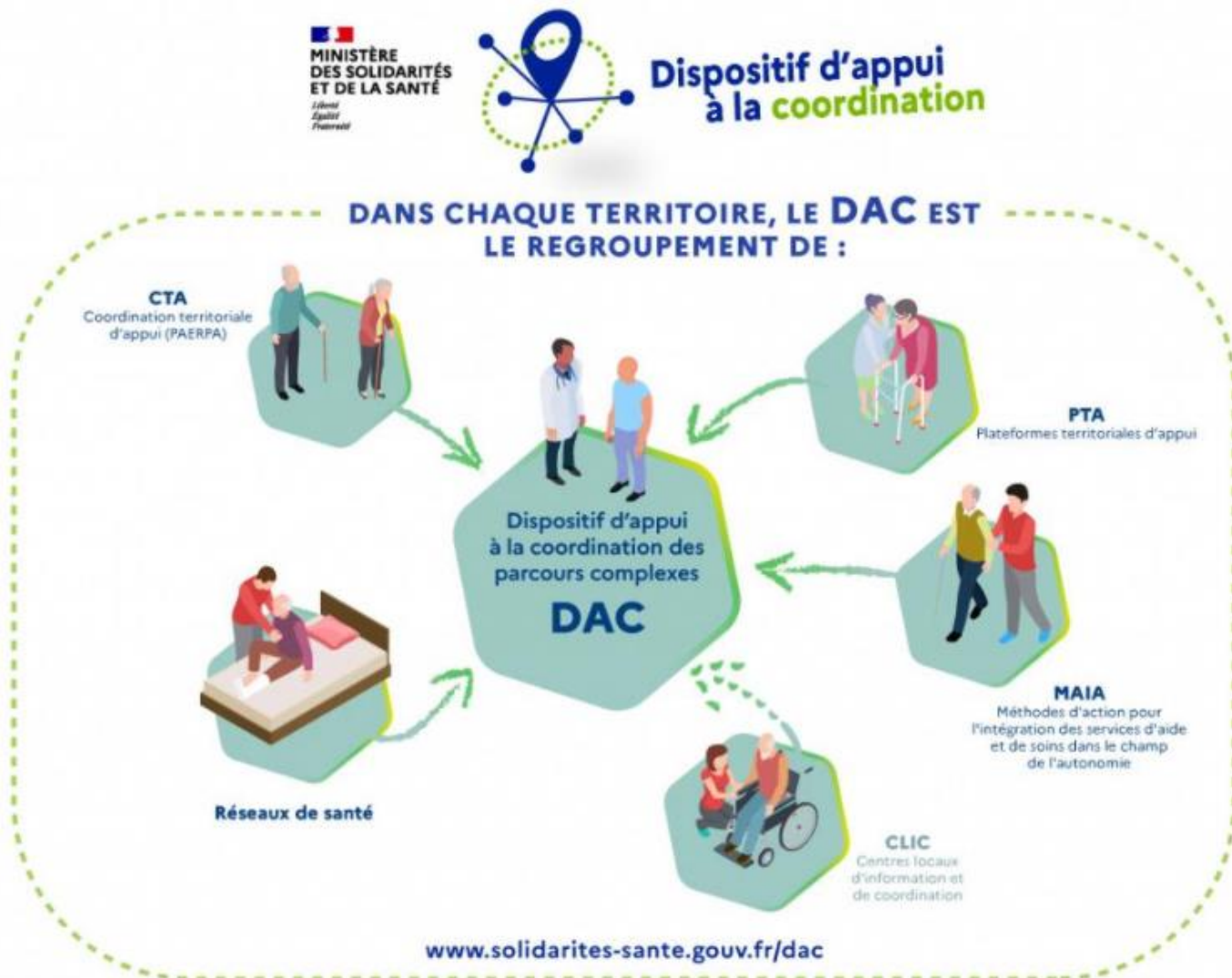
PLAN

- Qu'est ce qu'un patient âgé ? « fragile »?
- La notion de « syndromes gériatriques »
- Évaluation Gériatrique Standardisée
- « Parcours de soins » et filière gériatrique

PARCOURS en ville: Médecin traitant place centrale

- Rôle de dépistage et de prévention de la fragilité
 - Rôle de coordination entre les intervenants
 - Rôle d'orientation en cas d'évènement aigu
 - Rôle de continuité des soins post-hospitalisation :
 - Consultation / visite à domicile post-hospitalisation
 - Ré-adaptation / explication au patient des modifications thérapeutiques
 - Organisation des examens/consultations de suivi
- **MAIS** nécessité de transmission des informations +++ : lettre de sortie - CRH
- **MAIS** chronophage +++ : **intérêt des métiers de la coordination de soins**

PARCOURS en ville: les moyens à disposition



PARCOURS en ville: le DAC

- **Appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux** faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés.
- Ils sont au service de **tous les professionnels du territoire**:
 - des professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés
 - des personnels des établissements de santé publics, privés et HAD
 - des professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social.
- Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs **aidants**

PARCOURS en ville-hôpital: connaître les gériatres du coin !

- Lien ville-hôpital : **Ligne téléphonique** d'avis médical direct pour les soignants de ville
 - Alternatives à l'hospitalisation :
 - Gestion ambulatoire avec télé-expertise
 - Programmation d'une consultation - HDJ rapide (bilan AEG / chute..)
 - Admissions directes en hospitalisation : « objectif zéro brancard »
- Rôle des **équipes mobiles extra-hospitalières** dans les EHPAD et/ou à domicile

PARCOURS à hôpital: prévenir la dépendance iatrogène

- La **dépendance liée à l'hospitalisation** est définie par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation.
- Son incidence chez les PA > 70 ans , est de l'ordre de 30 à 60 %.
- La dépendance iatrogène évitable liée à l'hospitalisation des PA est de l'ordre de 10 %.

Les principales causes :

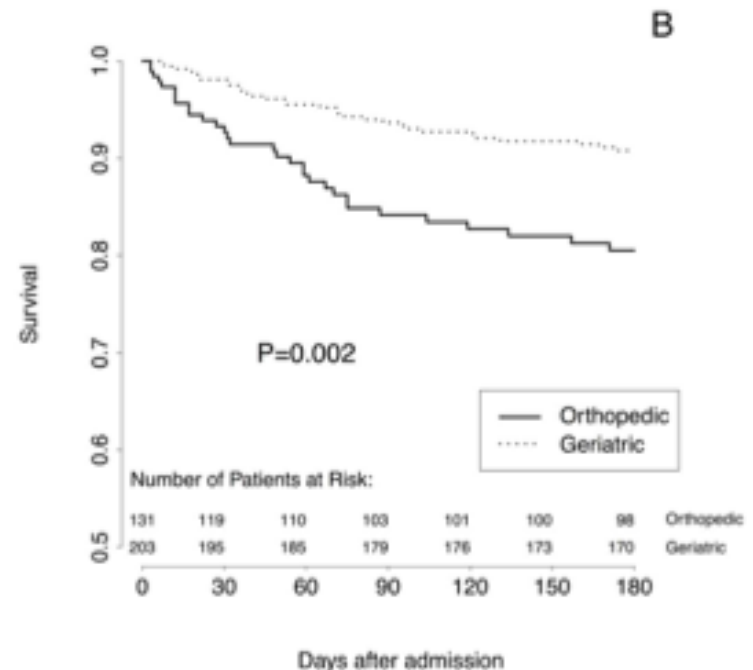
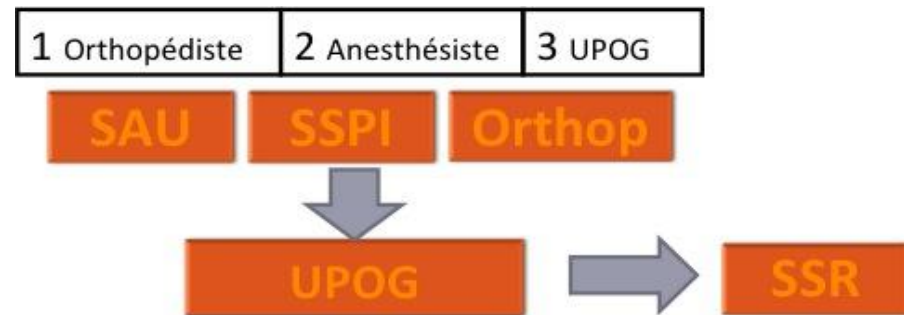
- Le syndrome d'immobilisation
- La dénutrition
- Les chutes
- L'incontinence urinaire de novo
- Les effets indésirables des médicaments
- La confusion aigue



Concept de filière gériatrique

Création de l'UPOG en 2009

- Réduction de mortalité à 6 mois (15 vs 24%, $p = 0,04$)
- Diminution des patients ne marchant plus à 6 mois (6 vs 22%, $p < 0.001$)
- Réduction des complications post-opératoires, diminution des réadmission à 6 mois



Take home messages

- Vieillissement hétérogène: fragilité ++ / reconnaître sujet âgé pré-fragile, fragile = **intensité des soins**
- Signal d'alarme : **agir avant qu'il ne soit trop tard !**
- **Check list débrouillage:** chute ? Cognitif vs syndrome dépressif ? Dénutrition
- **Quels sont les acteurs locaux ?** DAC, le service de gériatrie du coin – connaître sa filière ++



Merci de votre attention !
Questions ?

Vincent.dauny@aphp.fr

Alix.minaud@aphp.fr

Ordonnance type kiné

Faire réaliser par Kinésithérapeute DE, à domicile/au cabinet EN URGENCE :

- Bilan-diagnostique kinésithérapique à adresser au médecin traitant
- Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé
- Renforcement musculaire : tronc, membres supérieurs, inférieurs
- Gain / maintien des amplitudes articulaires : membres supérieurs, inférieurs
- Rééducation de l'équilibre bi et unipodal
- Travail fonctionnel notamment de la marche avec ou sans aide technique, y compris en terrain accidenté / en extérieur
- Apprentissage du relever du sol
- Sorties accompagnées

QSP 6 mois

Conseils de lutte contre l'hypotension orthostatique

- **Lever décomposé** : Prendre du temps pour vous lever, en 2 temps, en restant plusieurs minutes assis, surtout si vous êtes resté longtemps allongé.
- Porter des **bas de contention classe 2** dès le réveil
- **Veiller à un bon état d'hydratation** (1,5 litre par jour)
- **Eviter les repas trop copieux, l'alcool,**
- **Surélever la tête du lit, éviter de trop chauffer les pièces,**
- **Eviter de vous exposer aux températures extérieures élevées**
- Ne pas prendre des médicaments sans l'avis de votre médecin,
- **Faire régulièrement des exercices** des jambes et de l'abdomen (natation), décroiser les jambes, piétiner sur place,

Ordonnance type chaussette de contention

- Chaussettes de contention grade 2
- Deux paires
- A mettre le matin et à retirer au coucher le soir

Conseils d'enrichissement alimentation

Utiliser de la poudre de lait (goût neutre, riche en protéines et en calcium) en plus du lait entier nécessaire à la confection des purées, des entremets, des fromages blancs enrichis...

Utiliser la crème fraîche et le beurre pour leur richesse en calories

Utiliser le plus souvent possible du fromage râpé sur vos aliments

Utiliser du jaune d'oeuf et du fromage fondu type "vache qui rit" pour enrichir les purées

Utiliser le lait concentré non sucré sans le diluer pour faire les laitages ou les purées, les quiches ou flans de légumes

Manger des fruits secs (amandes, noisettes, raisins secs)

Manger 3 produits laitiers par jour type

Ordonnance type CNO

Compléments nutritionnels hypercaloriques hyperprotidiques :

- Gout et textures laissé au libre choix du patient
- 1 à 2/jour pendant 1 mois = 60 unités
- Boissons lactées, crèmes, soupes, jus de fruit

Renouvelable 6 fois