

## Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences

T. ARNOUX

### 1. Introduction

La nécessité de reconnaître, de comprendre, de partager les ressorts d'une prise en charge (PEC) adaptée pour les personnes âgées de 75 ans et plus est devenue incontournable.

À partir de 2006, nous avons entamé une réflexion pour élaborer un langage commun aux professionnels des urgences et l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) pour définir les caractéristiques du sujet âgé (SA).

Il s'agissait d'identifier le concept de fragilité ou de vulnérabilité d'un SA avec le souci de tenir compte des réalités liées aux urgences.

La conception d'un outil de repérage de la fragilité de la personne âgée aux urgences est le fruit de cette réflexion.

### 2. Historique de l'Équipe Mobile de Gériatrie

La création de l'EMG est née de la réflexion des professionnels de deux hôpitaux lyonnais ayant une mission sanitaire différente mais une vision commune à propos de la gestion des personnes âgées.

*Correspondance* : Docteur Thierry Arnoux, gériatre, Équipe Mobile de Gériatrie, Service Médical d'Urgence, Centre Hospitalier Saint-Joseph - Saint-Luc, 20, quai Claude Bernard, 69365 Lyon cedex 05. Tél. : 04 78 61 63 16. Fax : 04 78 61 89 14. E-mail : tarnoux@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

En effet, le Centre Hospitalier Saint-Joseph - Saint-Luc (CHSJSL) est un centre hospitalier classique médico-chirurgical-obstétrique (MCO) disposant d'un service d'urgences et l'Hôpital de Fourvière (HDF) est un hôpital gériatrique disposant de lits de court séjour (CS), de lits de soins de suite et réadaptation (SSR) et de lits en unité de soins longue durée (USLD).

Le constat fait par les deux hôpitaux était qu'une proportion non négligeable de personnes âgées de 75 ans et plus débute son parcours hospitalier par un passage aux urgences. En 2007 les SA représentaient 14,5 % des passages aux urgences.

Commencer une PEC hospitalière par les urgences n'est souvent pas adapté aux SA en terme de moyens spécifiques c'est-à-dire gériatriques. Il fallait donc améliorer la liaison et la coordination entre les deux hôpitaux par l'élaboration d'une évaluation et d'une orientation gériatriques adaptée aux besoins des urgences.

L'esprit d'une filière gériatrique organisée a pris naissance et l'hôpital gériatrique HDF a réservé des lits pour les personnes âgées arrivées aux urgences du CHSJSL, dès lors qu'un repérage gériatrique a été établi au sein des urgences.

En janvier 2004 cette PEC a été concrétisée, avec le lancement de l'EMG, composée d'un médecin gériatre à temps plein, rapidement rejoint par une assistante sociale à temps plein.

L'EMG s'étoffe pour 2008 d'une infirmière diplômée d'état (IDE) à temps plein, formée à l'expertise gériatrique au plan infirmier.

Ce binôme de départ va s'attacher à faire une évaluation gérontologique pour quelques personnes âgées aux urgences réparties sur trois unités (SMU, UHCD, Unité de Médecine Polyvalente) en particulier le matin. Cette évaluation gériatrique et socio-environnementale permet de mieux définir les besoins spécifiques du SA.

Ce mode opérationnel développe progressivement des relations de confiance entre les médecins des deux hôpitaux, fondement incontournable d'une filière pérenne.

Les objectifs fixés pour cette EMG sont les suivants :

1. Cerner le contexte socio-environnemental du SA.
2. Proposer une évaluation gériatrique de première intention.
3. Rapprocher les points de vue des urgentistes et des gériatres.
4. Utiliser les ressources du CHSJSL.
5. Introduire une culture gériatrique aux urgences.
6. Faire découvrir un mode de PEC gériatrique paramédical.

Cependant la réponse est parfois incomplète car :

1. L'EMG est une toute petite équipe.
2. Les décisions doivent être prises rapidement, de préférence le matin.

3. Les transferts vers des structures gériatriques ne sont possibles qu'en semaine.
4. L'échelle de temps n'est pas du même ordre pour les urgences et pour les services.
5. La disponibilité des services de médecine gériatrique n'est pas toujours en rapport avec les besoins des urgences.
6. Les difficultés de PEC de la dépendance fonctionnelle et/ou psychique ne sont pas toujours en adéquation avec les possibilités des services de gériatrie.
7. Les maintiens à domicile très compliqués sont des contraintes en terme de gestion efficace des lits.
8. La tarification T2A est peu adaptée aux nécessités de la PEC gériatrique.

### 3. Le concept de fragilité

Il s'agit d'une notion récente dans le domaine gériatrique. La première approche débute avec les travaux de Rubenstein en 1984 (1). La fragilité reste encore un concept souple en fonction de l'appréciation des différents acteurs. D'ailleurs de nombreuses définitions de la fragilité sont possibles car il s'agit d'un processus dynamique multi varié.

La définition du LAROUSSE est la suivante :

« *Caractère de ce qui est fragile, de ce qui se brise facilement, précaire, vulnérable, faible et instable, manque de robustesse de quelqu'un.* »

Les définitions médicales exposent un mécanisme dynamique de la fragilité, avec plusieurs facteurs qui agissent en déstabilisant un équilibre précaire (2). Le SA fragile est aussi une personne qui voit diminuer ses réserves physiologiques liées au vieillissement. Il est en moindre mesure d'adapter sa réponse face à un stress (3). Cette réponse moins appropriée au stress est une source de décompensations fonctionnelles en séries jusqu'à un état morbide incapacitant (4). Le résultat morbide de l'agression ou du stress aussi minime soit-il, est disproportionné chez un SA fragile.

Dans la population âgée ce concept de fragilité peut s'observer chez les SA dont le vieillissement est apparemment usuel. Un certain nombre d'entre eux, à la faveur d'un stress peut basculer dans des situations pathologiques responsables de handicaps dits vieillissement pathologique. Un traitement standard ou classique les ramènera au statut de vieillissement usuel. En revanche une PEC adaptée plus complète rapprochera ces SA de la population âgée ayant un vieillissement réussi, c'est-à-dire en relative bonne santé.

## 4. Physiopathologie de la fragilité

Les facteurs de la fragilité sont nombreux, complexes, les intrinsèques et extrinsèques sont intimement mêlés (5, 6).

*Les facteurs intrinsèques sont :*

1. La baisse des capacités musculaires et aérobiques ou limitations fonctionnelles.
2. La diminution des réserves nutritionnelles associant la perte de poids, la réduction de la synthèse hépatique et de la production hormonale.
3. La désafférentation sensorielle, la baisse des capacités cognitives.
4. Le dysfonctionnement du système immunitaire.

*Les facteurs extrinsèques ou environnementaux sont :*

1. La réduction du lien social, familial.
2. De faibles capacités financières, une couverture santé insuffisante.
3. Le faible niveau d'instruction.
4. Le manque d'adaptation aux changements.

Parmi ces facteurs, cinq ont un rôle prépondérant dans la genèse de la fragilité. Ce sont :

- 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.

## 5. Les principaux tableaux cliniques de décompensation de la fragilité (5)

### 5.1. Le syndrome de régression psychomotrice

La chute, qui est une menace permanente, provoque, surtout lorsque le SA ne peut se relever du sol, une sidération des réflexes automatiques de la station debout et de la marche associée à une appréhension parfois panique de la verticalisation. Cela se caractérise par l'hypertonie oppositionnelle, une désadaptation posturale et une bradypsychie (7).

### 5.2. Le syndrome confusionnel

La confusion n'est pas spécifique du SA, mais elle signe sa fragilité en réaction face à un stress. La fluctuation et l'alternance des signes tels que l'agitation psy-

chomotrice, les hallucinations, les troubles de la vigilance sont caractéristiques de la confusion.

### 5.3. La cachexie inflammatoire

Il s'agit d'un mécanisme d'hypercatabolisme inflammatoire et hormonal auto-entretenu complexe qui entraîne une sarcopénie (8).

### 5.4. Le syndrome de glissement ou défaillance multi-organique (MOFE)

Il correspond à un épuisement des réserves, il se manifeste par une altération de l'état général, une anorexie, une adipsie, une clinophilie, une parésie intestinale (6, 9).

## 6. Intérêt du dépistage de la fragilité aux urgences

La fragilité est latente, elle précède la perte d'autonomie. Il s'agit d'un marqueur prédictif de l'état de santé du SA. Elle se présente comme un continuum gériatrique entre les trois types de vieillissement, elle pousse le SA du vieillissement réussi vers l'usuel ou vers le pathologique (6, 10).

Il est donc important de dépister cet état de fragilité avec des outils cliniques et/ou fonctionnels. De nombreuses propositions ont été élaborées (11-15).

La mesure de la fragilité est peu aisée à cause de la multitude des paramètres interactifs qui modulent l'expression de son impact.

Malgré cette complexité, l'évaluation dans quatre domaines autorise une bonne appréciation de la fragilité chez le SA (2, 16-18) :

1. Les capacités fonctionnelles pour réaliser les actes de la vie quotidienne (ADL) sont évaluées avec l'échelle ADL et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) avec l'échelle des IADL (14, 19, 20).
2. La réduction de la force musculaire peut être appréciée par l'instabilité ou les chutes à répétition (21).
3. L'altération des fonctions supérieures, les troubles thymiques, les désafférentations sensorielles, provoquent une dégradation du lien et des relations sociales. Par exemple les troubles cognitifs sont évalués par des échelles comme le Mini Mental Statu (MMS) et les signes de dépression avec la Geriatric Depression Scale (GDS) (22, 23).
4. Le statut nutritionnel est essentiel à prendre en compte car en l'absence de réserves nutritionnelles lors d'un stress, le SA ne pourra faire face et adapter la réponse à l'agression. Si des pathologies chroniques affectent le SA celles-ci décompenseront plus rapidement et plus massivement. Le Mini Nutritional Assessment (MNA), une perte de poids récente, un état de maigreur ou un taux d'albumine bas mesurent l'état nutritionnel (24, 25).

## 7. Comment dépister la fragilité chez les personnes âgées aux urgences

Les SA de 75 ans et plus admis aux urgences doivent pouvoir bénéficier d'un dépistage de la fragilité dans l'objectif de leur proposer une PEC adaptée. En effet le retentissement du stress ou de l'agression est plus lourd de conséquences que pour un sujet non fragile (5).

Le dépistage aux urgences est une nécessité, mais la difficulté est d'élaborer un outil capable de repérer les multiples paramètres de la fragilité avec suffisamment de pertinence. Cet outil doit également présenter des facilités d'utilisation à l'usage des médecins urgentistes sans être trop réducteur et confiner la PEC médicale au remplissage de grilles et indicateurs divers.

Plusieurs outils ont été élaborés pour tenter de répondre à ces multiples exigences parfois contradictoires.

Le Sommaire Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission (SEGA) est lié à plusieurs indicateurs de fragilité, il permet une meilleure PEC et orientation des SA, le temps consacré au renseignement est de dix minutes (26). La grille SEGA se compose de 20 items pondérés à 3 niveaux répartis en deux volets. Les auteurs rappellent qu'il ne s'agit pas d'une évaluation gériatrique standardisée ni d'un outil pronostic. Son intérêt est d'identifier les syndromes gériatriques et d'organiser une PEC précoce adaptée. Cet outil a permis de rapprocher les équipes des urgences et gériatriques.

En décembre 2003, la SFMU propose comme recommandation l'utilisation de trois outils pour effectuer le repérage de la fragilité : le score ADL, une GDS à 4 items ou mini GDS et le score Identification of Senior At Risk (ISAR) fondé sur 6 items, s'il y a 2 réponses positives à l'ISAR, le patient doit être considéré comme à risque (27).

Le rapprochement entre les urgences et les services de gériatrie est également préconisé. La SFMU propose également des outils complémentaires à la décision en particulier pour le retour à domicile (RAD).

## 8. Quel outil pour le repérage de la fragilité aux urgences du CHSJSJL à Lyon ?

Le travail mené à partir de 2006 au sujet de la fragilité chez les SA s'est concrétisé progressivement. Une réflexion empirique conjuguant le bon sens des professionnels et les recommandations de dépistage ont permis la conception d'un outil propre au CHSJSJL.

Les principes de construction de cet outil ont été :

1. *La pertinence des items pour un repérage de la fragilité*

Nous avons tenté de regrouper les caractères les plus pertinents en s'appuyant sur les connaissances gériatriques actuelles et sur les outils de repérage en cours comme les grilles ISAR et SEGA.

2. *De garder l'objectif de repérage ou dépistage mais pas d'Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA)*

3. *De tenir compte des contraintes de travail aux urgences*

C'est-à-dire éviter d'alourdir le travail des équipes par un repérage complexe.

Cet outil est intégré dans le Dossier Médical d'Urgence (DMU). Il est systématiquement édité pour tout SA de 75 ans et plus admis aux urgences, la création du DMU par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) génère automatiquement le document de repérage de la fragilité sur une page recto.

4. *La simplicité d'utilisation*

Cet outil peut être complété seul ou à plusieurs, en une fois ou au fur et à mesure des informations recueillies par tous les membres de l'équipe.

Les modalités de remplissage ont été testées pour être rapides, simples, claires.

Le nombre d'items a été volontairement restreint à 10. Les réponses possibles à cocher sont « oui » ou « non ». Les réponses qui identifient une fragilité se calculent sur une seule colonne. Le seuil de fragilité est fixé à partir de 4.

5. *La possibilité de faire évoluer le repérage sans transformer le modèle*

Les items peuvent être changés dans le cas où ils manquent de pertinence ou modifiés selon les enseignements de ce repérage. Par exemple il a été inclus sous ce tableau, après quelques semaines d'utilisation, la destination des SA après leur passage aux urgences.

6. *La sensibilisation du personnel médical et paramédical à la gériatrie*

Au delà de l'identification de la fragilité chez les SA, la formation gériatrique des personnels est indispensable et incontournable. Le SA est trop souvent caricaturé comme un être défectueux. Cet outil lui donne une dimension de patient âgé malade et permet aux professionnels de prendre conscience qu'il nécessite des attentions particulières liées aux caractéristiques de son vieillissement différentiel. Les réunions de formation médicale du département sont les espaces de temps propices à la diffusion du message gériatrique, de même pour les réunions de service pluridisciplinaire.

## 9. Conclusion

Le repérage de la fragilité est possible dans un cadre comme les urgences, son intérêt est démontré pour le patient. Il l'est également pour les acteurs de la PEC aux urgences.

La PEC hospitalière devient coordonnée pour le géronte si l'identification de la fragilité est réalisée en plus du traitement primaire. Les services de gériatrie sont valorisés au même titre que les autres spécialités. Les SA fragiles adressés dans les services de spécialité sont signalés comme étant susceptibles de décompenser brutalement. Ils bénéficieront alors des adaptations nécessaires selon leur état de vieillissement.

En 6 mois pendant l'année 2008 aux urgences du CHSJSL, environ 30 % des SA de 75 ans et plus ont bénéficié de ce repérage, soit un peu plus de 700 personnes. 49 % de ces SA sont repérés fragiles selon les critères de la grille et 58 % de ces fragiles sont hospitalisés. Le processus est enclenché aux urgences, doit être poursuivi et approfondi pour être considéré comme un progrès significatif de la PEC gériatrique aux urgences.

## Références bibliographiques

1. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. "Affectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomised trial", *N England J Med*, 1984 ; 311 : 1664-70.
2. Lebel P, Leduc N, Kergoat MJ, Latour J, Leclerc C, Beland F et al. Un modèle dynamique de fragilité. *L'Année Gériatologique* 1999 : 84-94.
3. Gonthier R. Le sujet âgé fragile. In: Belmin J, Chassagne Ph, Gonthier R, Jeandel C, Pfitznermeyer P, *Gériatologie pour le praticien*. Paris, Masson 2003 : 41.
4. Buchner DM, Wagner EH, Preventing frail health. *Clin Ger Med* 1992 ; 8 : 1-17
5. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filières de soins. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement* 2003. Vol 1, n° 3 : 187-96.
6. Balas D, Blanchard F, Charmes JP, Couturier P, Lesourd B, Moulias R, Piette F. La fragilité. In: *Le Collège National des Enseignants de Gériatrie. Corpus de Gériatrie Tome 2*. Paris, Pfizer 2002 : 9-26.
7. Pfitzenmeyer P, Mourey F, Tavernier B, Camus A. Psychomotor desadaptation syndrome. *Arch Gerontol Geriatr* 1999 ; 28 : 217-25.
8. Guyonnet S, Nourhashemie F, Lauque S, Rivière S, Albarède JL, Vellas B. La sarcopénie. *Rev Gériatrie* 1999 ; 24 : 127-32.
9. Verdery RB. Failure to thrive in older people. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 465.
10. Arveux I, Favre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, Mischis-Trousard C, Pfitzenmeyer P. *Rev Gériatrie* 2002 ; 27 : 569-81.
11. Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. *Age Ageing* 1990 ; 19 : 107-13.
12. Satish S, Winograd Ch, Chavez C, Bloch DA. Geriatric targeting criteria as predictors of survival and health care utilisation. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 914-21.
13. Carlson JE, Zocchi KA, Bettencourt DM, Grambrel ML, Freeman JL, Zhang D et al. Measuring frailty in the hospitalized elderly: concept of functional homeostasis. *Am J Phys Med Rehabil* 1998 ; 77 : 252-7.
14. Sager MA, Rudbery MA, Jalaluddin M, Frankee T, Inouye SK, Landefeld S et al. Hospital admission risk (HARP): identifying older patients at risk functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 251-7.



15. Brodsky KK, Johnson RE, Ried LD. Evaluation of a self report screening instrument to predict frailty outcomes in aging populations. *Gerontologist* 1997 ; 37 : 182-91.
16. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Golstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictor of outcomes. *J Am Geriatric Soc* 1991 ; 39 : 778-84.
17. Rockwood K, Stadnyk K, Macknight C, MC Dowell I et al. A brief clinical instrument to classify in elderly people. *Lancet* 1999 ; 353 : 205-6.
18. Gonthier R. Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel. *Rev Gériatrie* 2000 ; 25 : 135-8.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 ; 185 : 914-9.
20. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-86.
21. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TD, Doncette TJ. Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependance. *JAMA* 1995 ; 273 : 1348-53.
22. Folstein MF, Folstein Se, Mc Hugh PR. Mini Mental State. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinicals. *J Psychiat Res* 1975 ; 12 : 189-98.
23. Yesavage JA, Brink TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Developement and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983 ; 17 : 37-49.
24. Guigoz Y, Vellas B. Mini Nutritional Assessment: a pratical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994 ; S2 : 15-59.
25. Wallace JI, Schwartz RS, La Croix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical signifiance. *J Am Geriatric Soc* 1995 ; 43 : 329-37.
26. Schoevaerds D, Bieltlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. *Rev Gériatrie* 2004 ; 29 : 169-78.
27. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. *Rev Gériatrie* 2004 ; 29 : 151-9.

