

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

09 SEPTEMBRE 2013
PAGES SPÉCIALES

1, RUE AUGUSTINE-VARIOT - 92245 MALAKOFF CEDEX - TEL. : 01. 73. 28. 12. 70 - <http://www.lequotidiendumedecin.fr> - ISSN 0399 - 2659 - CPPAP 0417 T 81257

ÉDITION SPÉCIALE CONGRÈS

1^{ER} CONGRÈS FRANCOPHONE FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

TOULOUSE, 17-18 AVRIL 2013

La fragilité : un problème de santé publique émergent

- Vieillissement de la population : un signal d'alerte
[PAGE 3](#)
- Les trajectoires du vieillissement
[PAGE 3](#)
- L'hôpital de jour d'évaluation des fragilités : une structure novatrice
[PAGE 4](#)
- Le médecin traitant au centre de la démarche
[PAGE 5](#)
- L'activité physique est efficace
[PAGE 6](#)
- Sarcopénie : quelle définition opérationnelle ?
[PAGE 6](#)
- Les principaux outils d'évaluation du sujet âgé fragile
[PAGE 7](#)
- Penser à l'aïdant naturel
[PAGE 7](#)



NUMÉRO RÉALISÉ AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE NUTRICIA NUTRITION CLINIQUE ET DE L'ASSOCIATION SIEL BLEU

Certaines données publiées dans cette édition peuvent ne pas être validées par les autorités de santé françaises

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Jacques Acar, hôpital Saint-Joseph, Paris.
Pr Pierre Amarenco, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Pr Michel Aubier, hôpital Bichat, Paris.
Pr Béatrix Barry, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Pr Arnaud Basdevant, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Marc-André Bigard, Nancy.
Pr Jean Bousquet, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier.
Pr Éric Bruckert, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Gilles Chaine, hôpital Avicenne, Bobigny.
Pr Maurice Cloarec, Paris.
Pr Bernard Devulder, Lille.
Dr François Dievart, clinique Villette, Dunkerque.
Pr Brigitte Dréno, CHU hôpital-Dieu, Nantes.
Pr Christophe Dupont, hôpital Necker – Enfants malades, Paris.
Pr Patrice Fardellone, centre hospitalier, Amiens.
Pr Françoise Foretta, Paris.
Pr Jean-Charles Fruchart, institut Pasteur, Lille.
Pr Xavier Girerd, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Norbert-Claude Gorin, hôpital Saint-Antoine, Paris.
Pr Claude Hamonet, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
Pr David Khayat, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pr Michèle Kessler, CHU Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy.
Dr Dan-Alexandre Lebuisson, hôpital Américain, Neuilly.
Pr Jean-Pierre Lepine, hôpital Fernand-Widal, Paris.
Pr Henri Loo, hôpital Sainte-Anne, Paris.
Pr Patrick Madelenat, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Pr Pierre Mares, hôpital Caremeau, Nîmes.
Pr Michel Marty hôpital Saint-Louis, Paris.
Pr Charles Msika, Paris.
Pr Jean-François Muir, CHU Rouen.
Pr Jean-Pierre Olié, hôpital Sainte-Anne, Paris.
Pr Philippe Passa, Paris.
Pr Dominique Peyramond, hospices civils, Lyon.
Pr Frédéric Rouillon, hôpital Sainte-Anne, Paris.
Dr Henri Rozenbaum, Paris.
Pr Willy Rozenbaum, hôpital Saint-Louis, Paris.
Pr Kamran Samii, hôpital de Rangueil, Toulouse.
Pr Jean-Louis Schlienger, hôpital de Hautepierre, Strasbourg.
Dr Jérôme Servan, CH René-Dubos, Pontoise.
Pr Christian Trepo, hôpital hôpital-Dieu, Lyon.
Pr Thomas Tursz, IGR, Villejuif.
Pr Guy Vallancien, institut mutualiste Montsouris, Paris.
Dr François Zuccarelli, hôpital Saint-Michel, Paris.

EDITORIAL

Nous ne pouvons plus attendre

Nos patients vieillissent, leurs pathologies et les enjeux ne sont plus les mêmes. Avec le vieillissement, apparaissent des fragilités et des pathologies chroniques pouvant entraîner un déclin fonctionnel physique et cognitif, une réduction de l'autonomie et mener peu à peu à la dépendance. La médecine actuelle, si elle ne prend pas en compte ces phénomènes, peut les agraver et induire de la dépendance. Prévenir et dépister ces fragilités auprès des personnes de 65 ans ou plus est donc essentiel. Il s'agit ici pour notre société de ne plus subir, mais d'anticiper le vieillissement de notre population avec, alors, un gain potentiel de croissance et une baisse des coûts.

Les personnes âgées fragiles et préfragiles ne sont pas prises en charge en tant que telles par notre système de santé. Ce n'est qu'à un stade de dépendance évolué qu'une prise en charge gériatrique, alors trop tardive et coûteuse, est mise en place.

Alors que la dépendance est parfois trop médicalisée, les personnes âgées fragiles font parfois l'objet d'aides sans que les causes de ces fragilités ne soient recherchées bien que souvent réversibles. Au contraire, le repérage des personnes âgées fragiles et la détection à un stade précoce de pathologies liées au vieillissement doivent permettre de contribuer à des avancées médicales importantes. De plus, la mise en place d'interventions spécifiques au juste moment, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses (exercice physique, nutrition...), et comportementales, pourra être aussi source de croissance, d'emplois et d'efficience économique.

Notre pratique médicale doit sans plus attendre s'adapter au vieillissement de notre population dans ce sens.

Pr Bruno Vellas,
Gérontopôle / INSERM 1027, Toulouse

LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN

Fondateurs : Dr Marie-Claude TESSON-MILLET et Philippe TESSON
P-DG et directeur de la publication : Dr Gérard KOUCHNER
SESC, 1, rue Augustine-Variot, 92245 Malakoff Cedex.
Tél. : 01.73.28.12.70.
Imprimerie : Roto 8 Vincent - 37 Tours
CPPAP 0412 T 81257 - N° ISSN : 0399-2659
Reproduction interdite de tous les articles, sauf accord de la direction.
Les textes publiés sont sous la responsabilité des auteurs.

PHOTO DE UNE : FOTOLIA.COM



Vieillissement de la population

UN SIGNAL D'ALERTE

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie connaît une augmentation importante et continue. Cependant, les indicateurs démographiques récents mettent en évidence un léger recul de la durée de vie sans incapacité.

Depuis les années 1940, on observe une augmentation importante et régulière de l'espérance de vie, avec un gain d'environ un an tous les quatre ans. Mais, en avançant en âge, on ne conserve pas forcément ses pleines capacités physiques et sa totale autonomie. En France, selon l'INED (Institut national d'études démographiques), l'espérance de vie sans incapacité est ainsi passée de 62,7 ans en 2006 à 61,9 ans en 2010 pour les hommes et de 64,6 ans à 63,5 ans entre 2008 et 2010 pour les femmes. Or, « une incapacité légère annonce souvent la dépendance », souligne le

Pr Bruno Vellas. On sait aussi que, après l'âge de 65 ans, la probabilité de devenir dépendant est supérieure à 40 % et que, aujourd'hui, en France, la durée moyenne de la dépendance jusqu'au décès est d'environ quatre ans. C'est dans ce contexte que s'inscrit la fragilité des personnes âgées.

Événements péjoratifs

Ce syndrome gériatrique émergent correspond à « une réduction physiologique multisystémique limitant les capacités d'adaptation au stress », explique le Dr Laurent Balaridy. En Europe, les états

de préfragilité et de fragilité (cf. encadré) affectent, respectivement, autour de 40 % et de 15 % des 65 ans et plus (1).

La fragilité est associée à un risque d'événements péjoratifs et de décès. Elle représente la première cause de mortalité dans la population âgée (27,9 %) devant la défaillance d'organes (21,4 %), les pathologies malignes (19,3 %) et les démences (13,8 %) (2). « C'est un événement potentiellement réversible sous l'effet d'une prise en charge adaptée. » Mais cette possibilité ne s'est pas encore traduite dans la pratique clinique, note le Pr Vellas, en précisant que, pour qu'une intervention soit efficace, elle doit être ciblée, forte et prolongée. Trois conditions qui constituent la base du fonctionnement de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de la dépendance du Gérontopôle de Toulouse.

D'après les communications du Pr Bruno Vellas et du Dr Laurent Balaridy, Gérontopôle, CHU de Toulouse.

(1) Santos-Eggimann B et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009 ; 64 : 675-81.
(2) Gill TM et al. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 1173-80.

Un phénomène hétérogène

LES TRAJECTOIRES DU VIEILLISSEMENT



© Fotolia.com

Le vieillissement est un phénomène hétérogène, caractérisé par trois types de trajectoires. Les personnes âgées peuvent être : – « robustes », autonomes et vivant à domicile : environ 50 % des plus de 65 ans (vieillissement « réussi ») ; – « dépendantes » pour les activités de la vie quotidienne (habillement, toilette, déplacement...). Ces personnes sont le plus souvent institutionnalisées ; – « fragiles », qui commencent à pré-

senter une déficience et sont à haut risque d'entrée dans la dépendance. En France, 7 % des sujets de plus de 60 ans sont lourdement dépendants et, en 2011, 1,2 million de personnes bénéficiaient de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). La dépendance a un impact financier majeur, estimé à 25 milliards d'euros, dans un rapport d'information parlementaire récent (2011). Sa prévention ferait faire des économies non négligeables.

PRÉFRAGILITÉ ET FRAGILITÉ

Fried a décrit cinq critères permettant de repérer ces deux états : une perte de poids involontaire, une sensation d'épuisement, une baisse de la force musculaire, une vitesse de marche lente et une activité physique restreinte. On parle de fragilité quand au moins trois de ces critères de Fried sont présents et de préfragilité chez les sujets qui en ont un ou deux. « Ces éléments sont souvent subjectifs et mis sur le compte de l'âge, constate le Dr Balaridy. Ils sont pourtant déterminants dans le risque de perte d'autonomie fonctionnelle. » D'après les données épidémiologiques actuelles, globalement, en Europe, la préfragilité concerne environ 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans et la fragilité de l'ordre de 15 % de cette population (1).



L'hôpital de jour d'évaluation des fragilités

UNE STRUCTURE NOVATRICE

Le Gérontopôle de Toulouse s'est investi dans un défi, à savoir mettre en place un repérage et une prise en charge spécifiques des personnes âgées fragiles au sein d'une structure dédiée : l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de la prévention de la dépendance. Un projet réalisé en collaboration avec le département universitaire de médecine générale toulousain et soutenu par l'Agence régionale de santé (ARS) Midi-Pyrénées. Cette structure multidisciplinaire, dont l'accès se fait uniquement sur prescription médicale, fonctionne depuis octobre 2011.

« L'objectif principal de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance » explique le Dr Laurent Balandry. Trois étapes ont été définies : – identifier une population cible : les sujets de 65 ans ou plus « fragiles » ; – mettre en place un repérage de la fragilité à l'aide d'un outil fiable et peu chronophage : la grille de repérage des personnes âgées fragiles en médecine générale (cf. p. 5) ; – proposer des interventions spécifiques : activité physique et nutrition (dont l'intérêt est bien documenté), prise en charge sociale, actions dans le domaine de la cognition...

En pratique

Les sujets âgés repérés comme fragiles par leur médecin traitant (MT) sont adressés à l'hôpital de jour où ils sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire associant médecin généraliste, gériatre, infirmière, aide-soignante, psychologue, kinésithérapeute, diététicien. Tous bénéficient d'une évaluation stan-



logique standard incluant le dosage de la vitamine D et un ECG. En milieu de matinée, le médecin choisit les intervenants qui verront le patient. La synthèse de l'évaluation est réalisée en fin de journée à l'issue d'une réunion de tous les participants. Le patient repart avec la synthèse et un courrier de sortie. Les mêmes documents sont adressés au MT. Le suivi des patients comporte deux appels téléphoniques par une infirmière, l'un à un mois et le second à trois mois, et une convocation à un an pour une réévaluation de leur état de santé.

Bilan d'activité : la structure fait ses preuves

Sur les 466 patients évalués en 2012, 241 ont été adressés directement par leur MT. « Le test de repérage est efficace puisqu'il recrute 95 % de patients réellement fragiles », constate le Dr Balandry. Les patients sans cancer sont âgés en moyenne de 82,8 ans. Il s'agit d'une population à prédominance féminine (65,6 %), vivant majoritairement à domicile (94,6 %), mais percevant souvent une aide (60,9 %).

Dépendance iatrogène

L'HOSPITALISATION, UNE SITUATION À RISQUE

Les résultats d'une étude menée sur des personnes âgées hospitalisées au CHU de Toulouse (n = 434), présentés par le Pr Bruno Vellas, ont montré que 18 % de ces dernières ont perdu de l'autonomie. La perte est de 0,5 point, 1 point et plus d'1 point à l'ADL (Activities Daily Living) dans respectivement 48,3 %, 24,2 % et 27 % des cas. Après analyse des dossiers par des médecins expérimentés, en lien avec

l'INSERM U1027, il apparaît que 53,85 % de ces patients ont acquis cette dépendance à l'hôpital.

« On pourrait prévenir cette dépendance lourde chez des dizaines de milliers de sujets âgés en France », estime le Pr Vellas. Dans cette population, on a pu observer que, avec la stimulation multimodale (exercice physique, nutrition, cognitive), il est possible d'augmenter le métabolisme cérébral.





Les comorbidités sont nombreuses : en moyenne 4,2 pathologies associées pour les patients sans cancer et 5,2 pour les patients cancéreux.

De nouveaux problèmes médicaux sont découverts dans 50 à 60 % des cas. Plus de la moitié des patients (51,5 %) ont un trouble cognitif léger (*Mild Cognitive Impairment – MCI*) et 12,8 % sont déjà déments. Les patients sont relativement autonomes pour les activités de base (score ADL [*Activities of Daily Living*] = 6 chez 65,7 % d'entre eux), mais ils présentent des altérations des activités instrumentales de la vie quotidienne. Leurs performances fonctionnelles commencent également à décliner avec une vitesse de marche relativement basse (0,8 m/s en moyenne), une perte de poids, un époulement subjectif et une diminution de la force de préhension. Un élément important du fait de l'existence d'une relation curviligne entre ces performances et le risque de perte d'autonomie fonctionnelle à quatre ans (1). Enfin, 34,6 % des patients sans cancer sont à risque de dénutrition et 7,5 % sont déjà dénutris (9,86 % des patients cancéreux).

Au terme de l'évaluation, l'équipe de l'hôpital de jour préconise en moyenne quatre à cinq interventions pour essayer de corriger la trajectoire des patients. « Ces interventions hiérarchisées sont soumises à l'acceptation du MT », signale le Dr Balardy. Des consultations spécialisées sont proposées à 53 % des patients.

En ce qui concerne les interventions nutritionnelles, 71,9 % des patients sans cancer et 55,4 % de ceux souffrant de cancer ont au moins une recommandation. Une consultation de diététicien est recommandée pour respectivement 30,9 % et 45,9 % des patients, et de nutritionniste dans 6,6 % et 13,5 % des cas. En ce qui concerne l'activité physique, si 98,7 % bénéficient d'une simple recommandation, celle-ci fait l'objet d'une « vraie prescription » chez 24 % d'entre eux.

Ce premier bilan de l'activité de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités montre que la population est bien ciblée et qu'elle relève d'une intervention multidimensionnelle. L'observance et l'efficacité des interventions proposées devront être évaluées dans le temps.

D'après les communications des Drs Laurent Balardy (Gérontopôle, CHU de Toulouse) et Serge Bismuth (médecin généraliste et gériatre, hôpital de jour d'évaluation des fragilités).
(1) Guralnik JM et al. *N Engl J Med* 1995 ; 332 : 556-61.

Prise en charge des sujets âgés fragiles

LE MÉDECIN TRAITANT AU CENTRE DE LA DÉMARCHE

Le rôle clé du médecin généraliste dans la prise en charge des sujets âgés fragiles fait l'unanimité. Comme le souligne le Pr Stéphane Oustric à propos du fonctionnement de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités toulousain, plus qu'un partenariat entre les spécialistes de soins primaires et les spécialistes du vieillissement, c'est « un parcours commun et collectif ». Le médecin traitant – un médecin généraliste dans plus de 98 % des cas – est au centre de la démarche à la fois pour le dépistage, la coordination des interventions et le suivi personnalisé.

Avec son double regard de médecin généraliste et de gériatre, le Dr Serge Bismuth approuve : « La prévention de la dépendance fait partie des attributions des médecins de premier recours. » La prise en charge précoce de la fragilité est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un phénomène réversible. D'où la nécessité de former et d'informer les médecins généralistes sur ce syndrome gériatrique encore mal connu.

D'après les communications du Pr Stéphane Oustric (département universitaire de médecine générale, Toulouse) et du Dr Serge Bismuth (attaché à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités).

GRILLE DE REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN MÉDECINE GÉNÉRALE (GERONTOPOLE FRAILTY SCREENING SCALE).

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL 6/6), à distance de toute pathologie aiguë

DEPISTAGE	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI

à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile :

OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour

OUI NON



Réduire la progression vers la fragilité

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST EFFICACE

Les données de la littérature confortent l'intérêt de l'activité physique pour réduire la progression vers la préfragilité et la fragilité. On attend maintenant les résultats de la plus grande étude randomisée réalisée à ce jour dans ce domaine : la LIFE* Study.



© Fotolia.com

La décision de lancer cette étude randomisée de phase 3 a été prise au vu des résultats prometteurs de l'étude pilote LIFE-P à un an sur les performances physiques de sujets âgés de 70 à 89 ans, sédentaires et à haut risque de dépendance (1). Les bénéfices du programme d'activité physique testé versus « éducation pour un vieillissement réussi » perdurent deux ans après son arrêt (2).

Des populations bénéficiant le plus de ce programme ont été identifiées, en particulier les moins âgées, les sujets déjà fragiles lors du recrutement et ceux qui présentaient au moins trois comorbidités. Parmi les critères de fragilité de Fried, la sédentarité est le seul sur lequel l'activité physique a un impact significatif. « *L'activité physique aérobique – marche et musculation – est*

l'intervention la plus efficace », explique le Pr Marco Pahor. La nouvelle étude LIFE (3) est « *unique en son genre* » tant en ce qui concerne le nombre de participants ($n = 1\ 600$), leur âge (plus élevé que celui des autres études) et leur représentativité (40 % de la population américaine de cette tranche d'âge) que la durée de suivi (2,7 ans en moyenne). Cette étude, dont le critère de jugement principal est la marche sur 400 m, devrait s'achever fin 2015. Elle permettra, notamment, de déterminer l'impact de l'activité physique sur les autres critères de fragilité.

D'après la communication du Pr Marco Pahor, Institut du vieillissement, université de Floride.

* *Lifestyle Interventions and Independence For Elders*.

(1) Pahor M et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006 ; 61 : 1157-65.

(2) Rejeski WJ et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009 ; 64 : 462-7.

(3) Fielding RA et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011 ; 66 : 1226-37.

BOUGER EN MUSIQUE

« *Un programme d'exercices multitâches fondé sur la musique, pratiqué à long terme, influence de manière positive le processus de fragilité en modifiant la trajectoire du déclin physique.* » C'est ce que montrent les données à long terme d'une étude randomisée contrôlée menée sur des sujets de 65 ans et plus. Cette méthode, dite rythmique Jaques-Dalcroze, est largement utilisée dans le monde, mais mal connue en France, souligne le Dr Mélany Hars (Genève). À 4 ans, 55 % des sujets préfragiles sont devenus robustes contre 9 % dans le groupe contrôle.

Sarcopénie

QUELLE DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ?

La sarcopénie a été initialement définie comme une perte de la masse musculaire liée à l'avancée en âge. Or, l'importance de la masse musculaire dans le processus de dépendance est bien établie. Il s'agit toutefois d'un phénomène très hétérogène entre les individus d'une même tranche d'âge. D'où la difficulté de connaître le seuil prédictif d'un déclin fonctionnel. Au-delà du vieillissement, certains événements peuvent avoir un impact important sur la masse musculaire : dépression, pneumopathie, alitement prolongé...

S'il existe un consensus autour de la définition conceptuelle de la sarcopénie, qu'en est-il de sa définition opérationnelle, s'interroge le Pr Yves Rolland. En 2010, le groupe de travail européen sur la sarcopénie chez les sujets âgés

(European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP) a proposé une définition qui s'appuie sur la masse musculaire, mais également sur les performances fonctionnelles (1) : « *La sarcopénie est un syndrome caractérisé par une perte progressive et généralisée de la masse musculaire et de la force, asso-*

cie à un risque d'événements péjoratifs. » L'approche par stades préconisée par l'EWGSOP permet d'en appréhender la sévérité (cf. ci-dessous).

D'après la communication du Pr Yves Rolland, Gérontopôle, CHU de Toulouse.

(1) Cruz-Jentoft AJ et al. *Age Ageing* 2010 ; 39 : 412-23.

TROIS STADES

Stades	Masse musculaire	Force musculaire	Performances physiques
Présarcopénie	↓		
Sarcopénie	↓	↓	OU
Sarcopénie sévère	↓	↓	↓



Évaluation du sujet âgé fragile

LES PRINCIPAUX OUTILS



© Fotolia.com

Du fait de son caractère chronophage, l'évaluation des personnes âgées fragiles fondée sur les critères de Fried est difficile à réaliser en pratique courante. L'échelle SOF (*Study of Osteoporotic Fractures – SOF index*) est d'utilisation plus simple. Elle comporte trois items : une perte de poids involontaire de 5 % ou plus en six mois ; une incapacité de se lever cinq fois d'une chaise sans accoudoir ; une réponse négative à la question « Vous sentez-vous plein d'énergie ? » (1). La présence d'au moins deux de ces items signe une fragilité. Parmi les outils d'évaluation des performances physiques, la vitesse de marche sur 4 mètres est, elle aussi, plus facile à mettre en pratique. Plus elle est rapide, plus le taux de survie des personnes âgées est important (2). Ce paramètre

apparaît comme un facteur de risque de déclin fonctionnel et cognitif (3). Autre méthode d'évaluation de la fragilité : la force du poignet qui consiste à mesurer la force de préhension de la main dominante avec un dynamomètre, en position assise, bras à 90° (scores en fonction du sexe et de l'IMC).

Enfin, les capacités fonctionnelles du sujet âgé peuvent aussi être évaluées par le SPPB (*Short Physical Performance Battery*). C'est un test composite associant la vitesse de marche, le test de lever de chaise et un test d'équilibre

(pieds joints, en semi-tandem ou en tandem). Dans la population âgée, les performances évaluées par le SPPB sont un facteur prédictif de mortalité (4). La valeur prédictive de la vitesse de marche est similaire à celle des critères de Fried et proche de celle du SPPB.

Atelier animé par le Dr Gabor Abellan et Charlotte Dupuy (professeur d'activité physique), Gérontopôle, Toulouse.

(1) Ensrud KE et al. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 382-9.

(2) Studenski S et al. *JAMA* 2011 ; 305 : 50-8.

(3) Abellan van Kan G et al. *J Nutr Health Aging* 2009 ; 13 : 881-9.

(4) Rolland Y et al. *Eur J Epidemiol* 2006 ; 21 : 113-22.

Entourage

PENSER À L'AIDANT NATUREL

Al'instar de maladies chroniques comme la maladie d'Alzheimer, la fragilité des sujets âgés augmente le fardeau de l'aidant naturel. « *Pivot du maintien à domicile* », rappelle le Pr Patrice Brocker, ce dernier est particulièrement vulnérable. « *Ignorer sa fragilité, c'est obligatoirement oublier son avenir médico-psychologique et celui de l'aidé.* » Les conséquences de l'aide informelle peuvent être psychologiques, physiques, sociales et financières. Sur le plan physique, elles se traduisent notamment par une fatigue, des dou-

leurs, des troubles du sommeil, une malnutrition. Il est important de mettre en place une prise en charge psychologique de l'aidant, mais aussi un soutien financier et des aides professionnelles (1). Le Pr Brocker plaide pour la prise en compte du couple aidant-aidé « dès le début de la pathologie afin d'anticiper le burn-out en intégrant une dimension éducationnelle ».

D'après la communication du Pr Patrice Brocker, CHU de Nice.

(1) Aggar C et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011 ; 53 : e138-43.

Études, initiatives

QUELQUES EXEMPLES

Dans le Limousin

L'apport de l'évaluation préventive à domicile par une équipe mobile (Unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement – UPSAV) fait l'objet d'une étude prospective randomisée : l'étude GEROPASS, réalisée sur des sujets de 75 ans et plus (âge moyen 83,8 ans), principalement des femmes (68 %) et vivant en zone urbaine (65 %), parmi lesquelles 89 % présentent au moins deux comorbidités. Dans la population en perte d'autonomie débutante, 13 % ont une dénutrition modérée selon les critères HAS (Haute Autorité de santé), note le Pr Thierry Dantoin (CHU de Limoges). Fin de l'étude en 2015.



Dans la région Centre-Ouest

Il est difficile de faire adhérer les sujets âgés sous-consommateurs de soins, autonomes et vivant à domicile, à des mesures de prévention et d'aide. C'est ce que montre une étude menée par la Caisse régionale de la sécurité sociale dans les mines (CARMI) du Centre-

Ouest, présentée par le Dr Marie-Odile Barreton (CHU de Saint-Étienne). Moins de 10 % de la population recrutée ont accepté de faire le deuxième bilan préconisé alors qu'un tiers des sujets ayant accepté l'évaluation étaient fragiles.

En Europe

La Communauté européenne a récemment lancé une nouvelle initiative, l'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA)*. Elle porte sur deux thèmes majeurs, explique le Pr Jean-Pierre Michel (président de la Société européenne de médecine gériatrique) : la détection, le diagnostic et la prise en charge de la sous-nutrition, et la prévention de la fragilité et de l'incapacité fonctionnelle.

INNOVATION

NUTRICIA
Fortimel
Protein

ALIMENT DIÉTÉTIQUE DESTINÉ À DES FINS MÉDICALES SPÉCIALES
POUR LES BESOINS NUTRITIONNELS DES PATIENTS DÉNUTRIS



Le plus
CONCENTRÉ
en **PROTÉINES****

+ 45 %
vs autres CNO**
en 200 ml du marché

Fortimel Protein 200 ml	X 200 ml	Y 200 ml	Z 200 ml	α 300 ml	β 300 ml	γ 300 ml
Concentration protéines (g/100 ml)	14,5	10	10	10	9,7	10
Énergie (kcal)	480	300	300	400	720	600
Protéines (g)	29	20	20	20	29	30

4 arômes savoureux



Vanille

Fraise

Café

Banane

8716900561450 8716900561474 8716900561498 8716900561511

Prise en charge LPP
pour tous les patients dénutris
LPP = PLV = 9,04 ***

** Compléments Nutritionnels Oraux Hyperprotidiques, Hyperénergétiques liquides

*** Arrêté du 2 décembre 2009 - JO du 8 décembre 2009. Critères de dénutrition des plus de 70 ans : perte de poids \geq 5 % en 1 mois ou \geq 10 % en 6 mois ou Indice de Masse Corporelle (IMC) \leq 21 ou Albuminémie $<$ 35 g/l ou Mini Nutritional Assessment (MNA) $<$ 17 (/30).

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition*

* Nutrition Médicale Avancée

NUTRICIA Nutrition Clinique

150, boulevard Victor Hugo
93406 Saint-Ouen Cedex

www.nutricia.fr

Services et informations :
01 49 48 47 00

Fax commandes :
0 800 00 26 93