

Le concept du sujet âge fragile

Dr Denise STRUBEL

Le concept de fragilité en gériatrie est née aux Etats-Unis sous le terme de « frail elderly ». Il permet de décrire des situations propres à la gériatrie, dominées par la faiblesse ou l'instabilité de l'individu âgé, illustrant des situations à risque. Si la définition garde des contours flous, il s'agit déjà d'un concept opérant, surtout dans le domaine de la prévention où il détermine des stratégies de soins spécifiques.

Définition :

La définition la plus unanime est empruntée à Campbell (Age and Ageing 1997) : il s'agit d'une réduction multisystémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement ou une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu. La fragilité décrit un état d'équilibre précaire avec risque de déstabilisation, une sorte d'état intermédiaire entre la « robustesse » et la dépendance. Le vieillissement, qui se caractérise déjà par une réduction des réserves physiologiques, variable selon les individus, va conduire à un équilibre précaire et à une déstabilisation sous l'effet plus ou moins conjugué de :

- facteurs pathologiques aigus et/ou chroniques
- facteurs modulateurs (Lebel et al Année Gériatrique 1999) comportant :
 - les ressources de l'individu, c'est-à-dire ses ressources financières, ses capacités d'adaptation, son niveau éducationnel et ses convictions spirituelles
 - les ressources sociales : son niveau de soutien social et son niveau de vie
 - les ressources du système de santé : disponibilité, accessibilité de la filière de soins, continuité et qualité des soins proposés

La fragilité peut être patente ou latente. Elle est par définition instable, souvent évolutive mais parfois réversible. Par contre la fragilité n'est pas le vieillissement, ni la dépendance ; elle n'est pas secondaire à une pathologie donnée ni liée forcément à la polypathologie. On peut considérer selon la formule de Lebel, que « *la fragilité est plus un risque qu'un état* ».

La prévalence de la fragilité est mal connue d'autant plus que les critères de définition sont variables selon les auteurs. Les chiffres rapportés par la littérature dans la population âgée à domicile varient pour Arveux et al (La Revue de Gériatrie 2002) entre 10 et 25% des sujets âgés. La prévalence est vraisemblablement très élevée en EHPAD mais on ne dispose d'aucune donnée précise en France. En hôpital de jour, on peut présumer que la proportion de sujets fragiles est élevée ; elle mériterait d'être étudiée. Les sujets âgés fragiles sont de grands consommateurs de soins, tant en soins communautaires et hospitaliers qu'en consommation de médicaments.

Présentation clinique et complication

La symptomatologie clinique associe des signes physiques et des signes psycho-affectifs : 1. les signes physiques associent à des degrés variables :

- une asthénie, une fatigabilité, une réduction de l'endurance, voire un déconditionnement à l'effort
- une sarcopénie avec baisse de la force musculaire
- un faible poids avec souvent des signes de dénutrition
- un ralentissement de la marche et des troubles de l'équilibre
- une réduction des activités

2. les signes psycho-affectifs :

- une démotivation, une perte d'entrain, un désinvestissement, parfois des troubles thymiques
- une mauvaise perception de son état de santé
- un repli sur soi, avec souvent un sentiment de solitude
- une anorexie
- une peur de tomber
- une diminution des capacités d'adaptation aux changements
- parfois une atteinte cognitive

Les conséquences d'un état de fragilité sont liées aux complications engendrées par des pathologies ou des situations de stress, avec parfois des complications en cascade, génératrices de dépendance croissante et d'aggravation de la dénutrition. Le cycle de la fragilité décrit par Fried et al (2004) met en jeu une diminution de la VO2 max, de la force musculaire, du métabolisme de base et des dépenses énergétiques, entraînant des incapacités et de la dénutrition par l'anorexie, l'ensemble fonctionnant en cercle vicieux.

Ainsi :

- les chutes sont 3 fois plus fréquentes et leurs complications traumatiques et autres plus fréquentes (Speechley Tinetti JAGS 1991)
- la iatropathologie est plus fréquente sous forme d'infections nosocomiales et de iatrogénie médicamenteuse (augmentation de la fraction libre des médicaments due à l'hypoalbuminémie)
- le déclin fonctionnel est plus rapide en cas de pathologie aiguë
- les hospitalisations ont des durées plus longues avec un taux plus élevé de réhospitalisation (Winograd et al JAGS 1991). Elles sont parfois inadaptées conduisant à des évolutions péjoratives par pathologies en cascade
- l'entrée en institution a été 9 fois plus fréquente et la mortalité 3 fois plus fréquente dans une étude de suivi de population sur 5 ans (Rockwood et al Lancet 1999)

Biologie de la fragilité

Les états de fragilité ont été étudiés sur la plan biologique, à la recherche notamment d'un marqueur spécifique ou d'un marqueur de gravité. Certaines cytokines sont augmentées : l'interleukine 6 et le TNF (tumor Necrotic Factor), ce qui conduit à un état

- d'hypercatabolisme avec protéolyse, lipolyse et ostéolyse
- d'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
- d'hyperinsulinisme et d'hyperparathyroïdie

Parallèlement les sécrétions de certaines hormones anaboliques, comme la testostérone et l'IGF1 sont abaissés. Aucun marqueur biologique n'est cependant spécifique.

Diagnostic

C'est le problème principal du concept de fragilité car il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus à ce sujet. Diverses échelles ont été élaborées, toutes multidimensionnelles ; certaines ne sont cependant que des échelles fonctionnelles, d'autres ne sont adaptées qu'à une situation donnée, comme le repérage des sujets âgés fragiles se présentant aux urgences. Citons les critères de Speechley et Tinetti, comportant :

- au moins 3 critères de fragilité parmi : un âge supérieur à 80 ans, une dépression, une sédentarité, une baisse de la vision de près, un traitement sédatif, des troubles de l'équilibre et/ou de la marche, une baisse de la force musculaire, une incapacité des membres inférieurs
 - moins de 3 critères de « vigueur » parmi : un âge inférieur à 80 ans, la pratique d'un exercice régulier, l'absence d'atteinte cognitive et une bonne vision
- Fried a également élaboré un « phénotype de fragilité » défini par la présence d'au moins 3 des critères suivants :
- une baisse de poids de plus de 5 kg en un an
 - une sensation subjective d'épuisement
 - une baisse de la force des fléchisseurs de doigts
 - une réduction de la vitesse de marche
 - un faible niveau d'activité physique.

Il paraît indispensable de construire un outil diagnostique opérationnel et validé dans différentes populations, notamment utilisable au cours de l'évaluation gériatrique.

Prévention et prise en charge

L'intérêt de repérer les sujets âgés fragiles réside dans la possibilité d'appliquer des stratégies préventives et des stratégies de soins spécifiques pour réduire les risques de décompensation. En ce qui concerne la prévention, en dehors de tout épisode aigu, il convient :

- d'augmenter les réserves physiologiques par l'activité physique et l'équilibre nutritionnel
- de lutter contre l'isolement
- de limiter la polymédication
- de corriger les déficiences sensorielles
- de prévenir certaines infections par les vaccinations

Lors d'un épisode pathologique aigu, la prise en charge diagnostique et thérapeutique ne doit souffrir d'aucun retard ; l'hospitalisation doit si possible être évitée, la dénutrition prévenue ; il faut limiter l'alitement, lever précocément le malade, le reconditionner progressivement à l'effort et appliquer un plan de soins coordonné à domicile.

Diverses actions de prévention ont ainsi démontré des effets bénéfiques sur des populations fragiles à domicile, portant notamment sur la force musculaire ou la qualité de santé subjective. La prise en charge thérapeutique privilégie le traitement des affections aiguës, la prise en compte de l'ensemble des pathologies, la correction de la dénutrition et la réadaptation fonctionnelle pour lutter contre les incapacités et les handicaps. Elle s'enrichit de la pluridisciplinarité.

En conclusion, si le concept de fragilité apparaît séduisant sur le plan intellectuel, il souffre encore d'une absence de critères de définition consensuels. Par ailleurs l'hôpital de jour gériatrique est probablement un lieu privilégié de diagnostic de la fragilité, au cours des démarches d'évaluation, mais aussi des actions de prévention et de suivi. Son rôle d'expertise et d'interface entre l'hôpital et les soins à domicile peut trouver dans ce domaine toute son efficacité.