



Le profil gériatrique

W. Pelemans

Le profil gériatrique

- *Diminution de l'homéostasie*
- *Affections chroniques multiples*
- *Risque d'incapacités*
- *Risque de polymédication*
- *Modification du tableau clinique et de l'évolution de la pathologie*
- *Imbrication des aspects somatiques, psychologiques et sociaux*

A. Le profil gériatrique

Les personnes âgées sont réparties en deux groupes selon leur âge : les personnes âgées et les personnes très âgées. Ce deuxième groupe comprend les personnes de plus de 75 ans.

L'âge n'est cependant pas le critère de définition d'un patient gériatrique. Le profil gériatrique est plutôt déterminé par la coexistence de certaines caractéristiques. A mesure qu'elles avancent en âge, de plus en plus de personnes âgées correspondent à ce profil, mais toute personne âgée n'est pas nécessairement un patient gériatrique. Une compétence spécifique étant requise pour l'accompagnement médical de ces patients, ces personnes âgées sont classées dans un groupe distinct

Diminution de l'homéostasie

Après la phase de développement de l'organisme humain et son arrivée à maturité, les possibilités fonctionnelles des divers organes commencent à diminuer. Cette diminution passe d'abord inaperçue. Les premières à se réduire sont les capacités de réserve étendues, à savoir les possibilités qui ne sont utilisées que pour des prestations inhabituelles (et de haut niveau). Ces réserves continuant à diminuer au cours des années, la différence entre les prestations normales et maximales se réduit, jusqu'au niveau où les limitations deviennent évidentes pour des efforts physiques ou psychiques moindres. Cette perte, qui commence à un stade précoce de la vie, réduit les possibilités d'homéostasie, ce qui rend les personnes âgées plus vulnérables sur le plan somatique et psychosocial. Des incidents mineurs peuvent suffire à perturber cet équilibre instable.

Les modifications physiques et psychiques apparaissant chez les personnes âgées peuvent cependant être très diverses. Au sein d'un même groupe d'âge, on trouve des personnes qui ont l'air "plus jeune" que d'autres qui semblent prématurément "usées". A mesure que l'âge avance, ces modifications présentent un caractère nettement plus individuel et les différences interindividuelles sont de plus en plus marquées. Dès lors, l'âge chronologique, ou exprimé en années, fournit moins d'informations chez les seniors. Dans la population âgée, l'état physique et mental peut être très différent de celui auquel on s'attend pour un âge donné. L'âge biologique, par contre, indique à quel âge moyen correspond l'état biologique observé.

On est souvent tenté d'expliquer par l'âge les limitations apparaissant chez les personnes âgées. Il est cependant évident que certains phénomènes ne sont pas obligatoirement liés à un âge déterminé, mais peuvent plutôt s'expliquer par des processus pathologiques ou par un mode de vie non optimal. La distinction entre vieillissement "optimal" et phénomènes pathologiques revêt un intérêt scientifique important, mais dans la pratique courante, il n'est pas toujours aisé de distinguer le "normal" de l'"anormal" chez la personne âgée.

Affections chroniques multiples

Les patients gériatriques présentent toujours plusieurs affections concomitantes. Cette comorbidité comprend principalement des affections chroniques, souvent de nature dégénérative. De telles affections ne peuvent plus être guéries et le rétablissement total est impossible. Dans ce contexte, les interventions médicales sont plutôt destinées à soigner les poussées aiguës, à freiner l'évolution future de l'affection, et à maintenir les fonctions résiduelles. Bien

qu'une affection chronique ne soit pas nécessairement la cause d'une gêne, voire d'un handicap, cette possibilité existe, surtout lorsque plusieurs maladies coexistent simultanément.

Risque d'incapacités

Les affections chroniques augmentent les risques d'invalidité chez la personne âgée. Néanmoins, il faut faire la distinction entre un diagnostic médical et les conséquences de cette pathologie dans la vie quotidienne. Heureusement, tous les diagnostics médicaux n'ont pas d'influence directe sur l'incapacité. Ainsi, de nombreuses personnes âgées soignées pour hypertension ou arthrose vivent sans en être gênées. Une longue liste de diagnostics ne dit pas tout sur l'état d'un patient. Il importe que le médecin de patients gériatriques se fasse une idée du degré d'autonomie de ses patients et qu'il le mesure par des tests fonctionnels.

Risques de polymédication

Le risque de polymédication est bien réel chez les personnes âgées souffrant d'affections chroniques multiples. La vigilance s'impose, car les personnes âgées souffrent facilement des effets secondaires de ces médicaments. A mesure que croît le nombre de médicaments prescrits, les erreurs dans la prise des médicaments sont plus nombreuses. L'incidence élevée des effets secondaires médicamenteux chez les personnes âgées ne s'explique cependant pas seulement par la forte consommation de médicaments dans ce groupe. Il faut également tenir compte des interactions possibles entre les différents médicaments et des changements du profil pharmacocinétique et pharmacodynamique de nombreux médicaments chez les personnes âgées. La diminution de l'homéostasie, les réserves moindres et une plus grande vulnérabilité facilitent également "l'agression" par les médicaments.

Modification du tableau clinique et de l'évolution de la pathologie

Une personne très âgée "malade", présente souvent un tableau clinique différent, inhabituel. La symptomatologie change, elle est souvent plus pauvre et plus vague. L'anamnèse en devient moins précise et doit souvent être complétée d'une hétéro-anamnèse des personnes de l'entourage. Les symptômes sont plus vagues : détérioration de l'état général, anorexie, perte de mobilité, incontinence. D'autres patients perdent de leur vivacité d'esprit et sont plus confus. En outre, certains symptômes comme la déshydratation seront masqués par le vieillissement, et certains signes seront atténués par une diminution de la capacité de réaction d'un organisme vieilli. Ainsi, la fièvre sera moins élevée en cas d'infection et la défense musculaire dans l'abdomen aigu sera moins nette. Dans d'autres cas, ce sont les complications qui attirent l'attention. Un infarctus du myocarde indolore peut se manifester par un œdème pulmonaire, une confusion aiguë ou encore un accident vasculaire cérébral. Une anamnèse plus vague, des symptômes inhabituels et des signes moins évidents compliquent le diagnostic chez les personnes âgées. Ces modifications du tableau clinique entraînent le risque de ne pas pouvoir diagnostiquer la maladie et de (trop) tarder à instaurer un traitement spécifique. Chez des patients fragilisés par l'âge, cette perte de temps peut être la cause d'une évolution moins favorable de diverses affections.

Imbrication des aspects somatiques, psychologiques et sociaux

Chez les patients gériatriques, l'interaction entre le psychique et le physique est très évidente. Dans ce groupe, les affections somatiques ont plus souvent des implications psychologiques. L'apparition d'un délirium en est un exemple évident. Des tableaux cliniques psychiatriques, comme la dépression, peuvent se présenter sous la forme d'une affection somatique ou se compliquer de problèmes physiques, tels que négligence personnelle ou sous-alimentation. Chez les patients âgés souffrant de démence, le traitement des affections somatiques concomitantes nécessite une approche spécifique.

Bien des personnes âgées bénéficient de quelque aide dans leur vie quotidienne; mais si ce soutien vient à manquer de façon inattendue, des problèmes pratiques apparaissent. Pour d'autres, il est impossible de demeurer à la maison. Il faut alors chercher une solution alternative adéquate.

L'intrication entre les problèmes somatiques et les difficultés dans d'autres domaines est une caractéristique essentielle du patient gériatrique. Il s'agit d'un élément important, dont il faut tenir compte lors de la prise en charge de ce type de patient.

B. Le modèle gériatrique

“AJOUTER DE LA VIE AUX ANNEES”

L'objectif principal de la gériatrie est de préserver la meilleure qualité de vie possible dans la dernière phase de la vie et de permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible de manière autonome, et de préférence à domicile.

Pour ce faire, la gériatrie a développé un modèle adapté qui tient compte des caractéristiques propres aux problèmes de santé de ces patients.

Le modèle de la prise en charge versus l'acharnement médical

Chez la personne âgée, les maladies se présentent de manière différente; les symptômes sont plus vagues et les signes moins clairs. Il existe un risque que cet état pathologique ne soit pas reconnu, qu'il soit pris pour des manifestations liées au vieillissement, et que l'attention se tourne trop rapidement vers des soins élémentaires en négligeant le traitement de la maladie. D'autre part, si l'on est conscient du caractère inhabituel d'une affection donnée dans ce groupe d'âge, le risque inverse existe, celui de chercher de manière acharnée à établir un diagnostic par une série d'examen techniques complémentaires, soumettant ainsi la personne âgée à de nombreux désagréments.

Aucun de ces deux extrêmes n'est défendable. Il existe néanmoins un scénario intermédiaire, consistant à exclure, avant d'opter pour la prise en charge, les affections courantes qui ont encore des implications thérapeutiques, même pour les personnes âgées. Ceci signifie qu'après un examen clinique minutieux n'ayant pas permis de trouver une explication aux symptômes, on peut envisager des examens complémentaires, même chez les personnes très âgées. Cette attitude est inspirée par le souci de faire profiter les personnes âgées des possibilités thérapeutiques qu'offre la médecine contemporaine. Ceci présuppose que, dans cette tranche d'âge également, on tente de poser le diagnostic correct et que l'on est prêt à y consacrer les efforts nécessaires. Si par contre il n'existe plus aucune implication thérapeutique, des examens complémentaires perdent leur sens et ne peuvent se justifier. Cependant, pour que le traitement débouche sur des résultats optimaux, l'examen complémentaire ne peut pas être différé jusqu'au moment où les soins deviennent trop lourds ou qu'ils aboutissent à des problèmes de prise en charge.

Evaluation des possibilités fonctionnelles et importance de la revalidation

Comme nous l'avons déjà signalé plus haut, le diagnostic d'une maladie ne donne à lui seul qu'une image incomplète de l'état du patient. Ceci est certainement valable chez la personne âgée, lorsque plusieurs maladies chroniques coexistent. Outre le diagnostic de l'affection, il est important de procéder à un diagnostic des conséquences de cette affection et à une évaluation du statut fonctionnel du patient. Dans ce cadre seront évaluées les possibilités et les limitations de la personne âgée sur le plan physique, psychique et social. Le fonctionnement psychique comprend tant les fonctions cognitives que les fonctions affectives. On ajoute parfois aussi à ce bilan l'avis subjectif du patient sur son état de santé. On peut ainsi estimer dans quelle mesure le statut fonctionnel est limité et jusqu'à quel point les activités de la vie quotidienne sont perturbées. Katz a développé à cet effet l'index d'évaluation des activités de la vie quotidienne (*tableau 1*). Les activités de la vie quotidienne sont les fonctions les plus fondamentales permettant de vivre de manière indépendante. Quant aux actes plus complexes, ils peuvent être évalués de manière plus sensible en étudiant les activités instrumentales de la vie quotidienne (*tableau 2*). Pour se faire une idée générale du fonctionnement cognitif d'une personne âgée, on peut s'inspirer du “*Mini-Mental State Examination*” (MMSE).

Tableau 1
Echelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne selon Katz

| Score | Autonome | Avec assistance légère | Avec assistance complète |
|---|----------|------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Se laver | ... | ... | ... |
| S'habiller | ... | ... | ... |
| Aller aux toilettes | ... | ... | ... |
| Se déplacer (du/au lit, du/au fauteuil) | ... | ... | ... |
| Continence | ... | ... | ... |
| S'alimenter | ... | ... | ... |

Tableau 2
Activités instrumentales de la vie quotidienne selon Lawton et Brody

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Téléphoner • Faire ses courses • Préparer les repas • Entretien l'habitation • Faire sa lessive • Utiliser les moyens de transport • Responsabilité de la prise des médicaments • Capacité de gérer ses finances |
|---|

Cette évaluation pluridimensionnelle a plusieurs buts. Elle donne un résumé des possibilités de la personne examinée, ce qui peut représenter une base pour la planification du traitement et de la prise en charge. Cette évaluation joue également un rôle essentiel dans le suivi du patient et l'évaluation de l'effet thérapeutique. Enfin, l'évaluation du statut fonctionnel est aussi un précieux moyen diagnostique chez la personne âgée présentant plusieurs pathologies. Les affections handicapantes ont la priorité, et un bilan fonctionnel qui met en évidence des déficits peut être le point de départ d'autres recherches diagnostiques.

L'autonomie des personnes très âgées est menacée dès que ces personnes sont "malades". Le traitement de ces patients ne consiste pas seulement à "guérir" la maladie; dès les premiers signes de maladie, il faudra garder à l'esprit le but ultime du traitement, c.à.d. le maintien du degré d'autonomie précédant l'état morbide. La revalidation est donc aussi une composante clé de tout schéma thérapeutique complet chez un patient gériatrique; elle doit être mise en œuvre dès le début de la maladie. Toute personne concernée par les soins à apporter à ces patients doit adopter une attitude tendant à la revalidation.

L'équipe gériatrique

Etant donné le nombre de problèmes tant somatiques que psychosociaux et leur corrélation mutuelle, le traitement du patient gériatrique nécessite une approche large impliquant souvent plusieurs prestataires de soins. Ainsi, en clinique, médecin responsable, infirmiers, psychologue, assistants sociaux, kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin de famille et, si nécessaire, gérontopsychiatre et logopède, travailleront en collaboration. Cette approche pluridisciplinaire, nécessaire si l'on veut aborder la personne âgée dans sa globalité, comporte le risque de voir les différents partenaires travailler en parallèle sans véritable collaboration. En plus de l'approche pluridisciplinaire, le travail d'équipe, ainsi que la concertation et la communication réciproques sont essentiels, pour le bien du patient gériatrique, en contexte clinique comme à domicile.

Fragilité

Ch. Swine, P. Cornette

Les termes “fragilité” et “patient fragile” sont de plus en plus utilisés dans le langage des soignants en gériatrie et on les retrouve aussi dans la littérature traitant la gériatrie et les patients gériatriques.

Le succès de cette terminologie tient au fait que ces termes décrivent très bien ce qui, dans l’expérience des soignants, caractérise les patients gériatriques. De même, dans la littérature, “frailty” est associé au déclin physiologique, physique ou cognitif que l’on observe avec le vieillissement.

Toutefois, ce terme peut poser problème dans la mesure où tous les patients gériatriques sont, par définition, fragiles et que si intuitivement, tout le monde comprend ce que ce terme signifie, il n’y a pas de définition claire ni de validation de ce terme.

Pour cette raison, le concept de fragilité n’a une utilité que s’il répond à des critères précis et que la fragilité évaluée selon ces critères, permet de prévoir une évolution et d’envisager une action.

C’est la raison pour laquelle dans ce chapitre, la fragilité sera envisagée comme un ensemble de caractéristiques d’un patient gériatrique qui le prédispose à une évolution vers le déclin fonctionnel (perte de capacité) ou qui augmente chez lui le risque d’apparition de syndromes gériatriques. Dans cette optique, la fragilité permet d’agir sur les facteurs de risque et d’éviter les évolutions défavorables.

D’autre part, la définition du patient, selon ses caractéristiques de fragilité, permet également d’établir un profil à l’admission des patients à l’hôpital, ou dans une maison de repos.

| |
|---|
| <p>Syndromes gériatriques</p> <ul style="list-style-type: none">· Instabilité et chutes· Confusion aiguë· Incontinence· Dénutrition· Infections· Immobilisation· Effets iatrogènes |
| <p>Composants de la fragilité</p> <p><i>dimensions physique</i></p> <ul style="list-style-type: none">· Age, Sexe· Mobilité· Sensoriel· Nutrition· Maladies |

A. Composantes de la fragilité

La fragilité est un concept multidimensionnel, dont les composantes sont à la fois physique (physiologique et pathologique), mentale, affective, sociale et environnementale.

Dimension physique de la fragilité

L’âge est un facteur de fragilité et dans la littérature, les patients au-delà de 85 ans sont automatiquement considérés à risque de déclin fonctionnel et donc fragiles. Ceci ne veut pas dire que tous les patients très âgés le sont et que les moins âgés ne le sont pas, puisque l’âge en soi n’est pas le seul facteur de fragilité.

Le sexe féminin est également un facteur de fragilité quand on sait que les pertes de capacité sont plus fréquentes chez les femmes âgées que chez les hommes âgés.

Ces deux facteurs ne sont pas modifiables mais peuvent orienter l’attitude de prévention.

Autres composantes de la fragilité physique :

· La mobilité du patient est très importante à évaluer. Le degré de mobilité dépend du squelette et des articulations, de la fonction musculaire, de l'équilibre, de la capacité physique et aérobie ainsi que de la qualité de la marche.

| |
|---|
| <p>Composants de la fragilité physique</p> <p>Mobilité</p> <ul style="list-style-type: none">- Equilibre- Force musculaire- Squelette et articulations- Capacité physique- Marche |
|---|

· Les performances sensorielles principalement auditives et visuelles jouent un rôle très important dans le risque de déclin fonctionnel. Plusieurs études indiquent que les troubles visuels et auditifs non compensés sont associés à un risque significativement accru de déclin fonctionnel et même de mortalité. On doit donc considérer que l'audition et la vision font partie intégrante de l'évaluation de la fragilité.

| |
|--|
| <p>Composants de la fragilité physique</p> <p>Sensoriel</p> <ul style="list-style-type: none">- Vision- Audition- Proprioception et équilibre- Goût et odorat |
|--|

· L'état nutritionnel est également un facteur de risque de déclin fonctionnel et fait donc partie aussi de l'évaluation de la fragilité.

| |
|--|
| <p>Composants de la fragilité - santé</p> <ul style="list-style-type: none">· Polypathologie· Polymédication· Hospitalisation |
|--|

· La comorbidité du patient pèse considérablement sur ses capacités fonctionnelles. La polymédication qui est associée, ainsi que l'utilisation des soins et en particulier l'hospitalisation sont des paramètres importants dans l'évaluation du degré de fragilité. Certaines pathologies augmentent la fragilité de façon importante : l'insuffisance respiratoire chronique, l'insuffisance cardiaque, l'accident vasculaire cérébral, la fracture du col fémoral et les maladies cancéreuses actives.

Dimensions mentale et affective de la fragilité

L'état des fonctions cognitives est un facteur important de fragilité parce que le patient présentant des troubles cognitifs a un risque élevé de réduction de ses capacités d'autonomie et est prédisposé à l'apparition de syndromes gériatriques. Dans plusieurs études, parmi les facteurs significativement associés à un déclin fonctionnel ultérieur, l'état des fonctions cognitives (mesuré par le MMSE) joue un rôle déterminant.

Il en va de même pour l'humeur et l'état thymique; en effet, la dépression non traitée augmente le risque de diminution de capacité d'autonomie de la personne. Ce facteur est également validé dans la littérature.

L'anxiété et les médicaments anxiolytiques sont également associées à un risque d'altérations fonctionnelles et doivent donc être prises en considération dans l'établissement du profil de fragilité.

| |
|--|
| <p>Composants de la fragilité - dimensions mentales</p> <ul style="list-style-type: none">· fonctions cognitives· dépression· anxiété |
|--|

Dimension sociale et d'environnement

Il est certain que l'isolement du patient, l'aménagement domiciliaire, le niveau de revenus et le niveau d'éducation sont des facteurs connus pour influencer le risque de déclin fonctionnel. Ils font également partie de l'évaluation du profil de fragilité.

| Composants de la fragilité - <i>dimensions sociale et d'environnements</i> | |
|--|-----------|
| · | Isolement |
| · | Domicile |
| · | Revenus |
| · | Education |

B. Déclin fonctionnel

Le déclin fonctionnel est un processus dynamique qui s'inscrit bien dans le cadre théorique de la fragilité où se mêlent les aspects physiques, médicaux, psychologiques, mentaux, sociaux et environnementaux. L'ensemble des caractéristiques de fragilité d'un patient peut annoncer l'apparition des incapacités. Le déclin fonctionnel qui correspond à l'apparition de ces incapacités dans les activités de la vie journalière ainsi que l'apparition éventuelle de syndromes gériatriques tels que chute, incontinence, confusion aiguë, perte brutale de capacité physique, apparaît toujours chez des patients déjà fragilisés.

Avec l'avancée en âge, la proportion de personnes présentant des incapacités augmente. Globalement, sur le plan démographique, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne heureusement d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité. Ainsi, une femme de 75 ans vivra encore 6 ou 7 ans sans incapacités tandis qu'un homme du même âge, dont l'espérance de vie résiduelle est moins importante, aura moins d'incapacités. L'incidence annuelle du déclin fonctionnel est de l'ordre de 12%, mais on constate une diminution de la prévalence depuis une dizaine d'années, de sorte que la proportion de personnes dépendantes va diminuer en pourcentage, ceci n'empêche pas leur nombre absolu de croître en raison de l'augmentation importante du nombre des très âgés. Malgré cette augmentation avec l'âge de la prévalence des incapacités, la perte n'est pas constante, la pente des diminutions varie selon les individus et globalement, le déclin est le reflet des incapacités des récupérations. Si les possibilités de récupération diminuent avec l'âge, la récupération reste possible même chez les plus âgés.

Il est important de souligner que le processus dynamique du déclin fonctionnel présente à tous les âges des possibilités de récupération. On distingue le déclin fonctionnel aigu ou instable tel qu'on le rencontre en cas de pathologie aiguë chez un patient gériatrique, et le déclin fonctionnel progressif ou stable tel qu'on le rencontre à plus longue échéance chez des patients gériatriques déjà dépendants. Dans un cas comme dans l'autre, la réversibilité existe mais les interventions pour obtenir une amélioration répondent à des stratégies différentes.

L'apparition d'incapacités chez un patient gériatrique fragile entraîne un handicap généralement appelé dépendance en gériatrie, nécessitant soit une aide importante à domicile, soit une dépendance institutionnelle (placement).

C. Prévention de la transition 'fragilité - déclin fonctionnel - dépendance

Prévention de la transition "robustesse - fragilité"

Les transitions vers la fragilité puis le déclin fonctionnel puis la dépendance représentent un continuum, une dynamique, accessibles à la prévention. On croit trop souvent que cette évolution est une fatalité liée à l'âge alors que ce processus dynamique est accessible à la prévention et à la réadaptation.

Pour prévenir la fragilité, ce sont des stratégies globales, orientées vers l'exercice, la nutrition, l'optimisation et la correction des troubles sensoriels, ainsi que la prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques invalidantes, qui sont opérantes. L'adaptation des médicaments en fonction des risques qu'elles induisent se justifie également à ce niveau qui précède la fragilité. (figure 1)

Atténuation de la fragilité

Chez le patient fragile, l'amélioration et le maintien de la force musculaire des membres inférieurs et supérieurs, le traitement approprié de la dépression et de l'anxiété, ainsi que l'optimisation sensorielle sont les éléments de base auxquels s'ajoutent les stratégies de prévention des syndromes gériatriques : chute, delirium, incontinence, réaction inappropriée aux médicaments, troubles de la déglutition, infection, etc.

Chacun de ces syndromes gériatriques est annoncé par des facteurs de risque qui sont évalués et spécifiquement ciblés, ainsi par exemple, pour les chutes comme pour le delirium (confusion aiguë), des études randomisées contrôlées ont apporté la preuve de l'efficacité des stratégies de prévention multidimensionnelle.

Transition fragilité déclin fonctionnel

Chez les patients qui présentent une évolution vers des incapacités, donc un déclin fonctionnel, les causes et les facteurs précipitants doivent en être recherchés pour aboutir à un diagnostic gériatrique de déclin fonctionnel aigu et instable ou subaigu et progressif.

Dans les deux cas, la réversibilité est potentiellement existante mais les processus de soins peuvent être différents. De manière générale, c'est dans la transition fragilité - déclin fonctionnel qu'intervient la spécificité gériatrique ("*geriatric assessment*").

Transition déclin fonctionnel - dépendance

Dans le processus de déclin fonctionnel instable, le risque de dépendance est très important et le processus de réadaptation associé à l'évaluation gériatrique joue un rôle très important. Réadaptation et maintien des capacités pour les activités de la vie journalière, adaptation de l'environnement, provision d'aide mécanique, renforcement du lien social, etc. : dans ce cadre, l'action gériatrique est axée sur la prévention ou l'institutionnalisation, par la confection de programmes de sortie ("*discharge planning*") adaptés et de programmes de soins à domicile. (figure 2, figure 3)

D. Evaluation de la fragilité

Les items à évaluer dépendent d'une part, de la population cible et d'autre part, de l'objectif recherché. Ainsi, pour le patient autonome à domicile, il existe des échelles ("*in home geriatric assessment*") qui proposent une évaluation annuelle du patient. L'effet préventif de ces évaluations dépend des interventions qui en découlent et du suivi de ces interventions.

Pour les patients âgés qui sont admis à l'hôpital, d'autres échelles existent permettant de profiler le patient et de déterminer le plus tôt possible les interventions à entreprendre pour prévenir le déclin fonctionnel et/ou la dépendance. Ce type d'évaluation permet d'orienter vers les services gériatriques les patients à risque pour lesquels des interventions préventives sont possibles et pour lesquels une réadaptation précoce peut être entreprise.

Exemple de grille d'évaluation hiérarchisée associant des paramètres de fragilité, de déclin fonctionnel et de dépendance (tableau 1)

Tableau 1
SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment)

Profil de risque et problèmes des patients > 70 ans admis en urgence.

Identification (vignette)

Médecin traitant:

Personne de référence (tél):

Motif d'admission:

Destination du patient:

| Facteurs de déclin fonctionnel et de séjour prolongé | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| AGE | 74 ans ou moins | entre 75 et 84 ans | 85 ans ou plus |
| Provenance | Domicile | Domicile avec aide | MR ou MRS |
| Médicaments | 3 ou moins | 4 à 5 médicaments | Plus de 5 médicaments |
| Fonctions cognitives | Normales | Peu altérées | Très altérées |
| Humeur | Normale | Parfois anxieux | Souvent triste et déprimé |
| Perception de santé (en général) | Meilleure | Bonne | Moins bonne |
| Chute les 6 derniers mois | Aucune | Une et sans gravité | Comme motif d'hospitalisation |
| Nutrition | Normal, poids stable, apparence normale | Perte d'appétit, de poids (3kg/3mois) | Franchement dénutri (BMI <21) |
| Maladies invalidantes (comorbidité) | Pas en dehors de l'AA | De 1 à 3 | Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou Ins. Card. Cong. |
| AVJ se lever, marcher | Autonome | Soutien | Incapacité |
| AVJ continence | Autonome | incontinence accidentelle | Incontinence |
| AVJ manger | Autonome | Préparation | Assistance |
| AVJi : repas, téléphone médicaments | Autonome | Aide | Incapacité |
| /26 | | | |
| Données complémentaires | | | |
| Accompagnant | P de référence, ou pas utilisé | P de référence absente | P de référence épuisée |
| Hospitalisation récente (délai) | Pas ces 6 derniers mois | Oui il y a moins de 6 mois | Dans le mois qui précède |
| Vision et/ou audition | Normale | Diminuée et appareillée | Très diminuée |
| Habitat | Couple (famille) | Seul avec aide | Seul sans aide |
| Aide existante à domicile | Aucune | Proches | Professionnelle(nom, tel : |
| Projet pour la sortie (proches) | Institutionnalisation | Retour à domicile | Incertitude ou alternative |
| Projet pour la sortie (patient) | Institutionnalisation | Retour à domicile | Incertitude ou alternative |
| Perception charge (proches) | Normale | Importante | Trop importante |

Fait le :

avec l'aide de (proches) :

par :

Figure 1

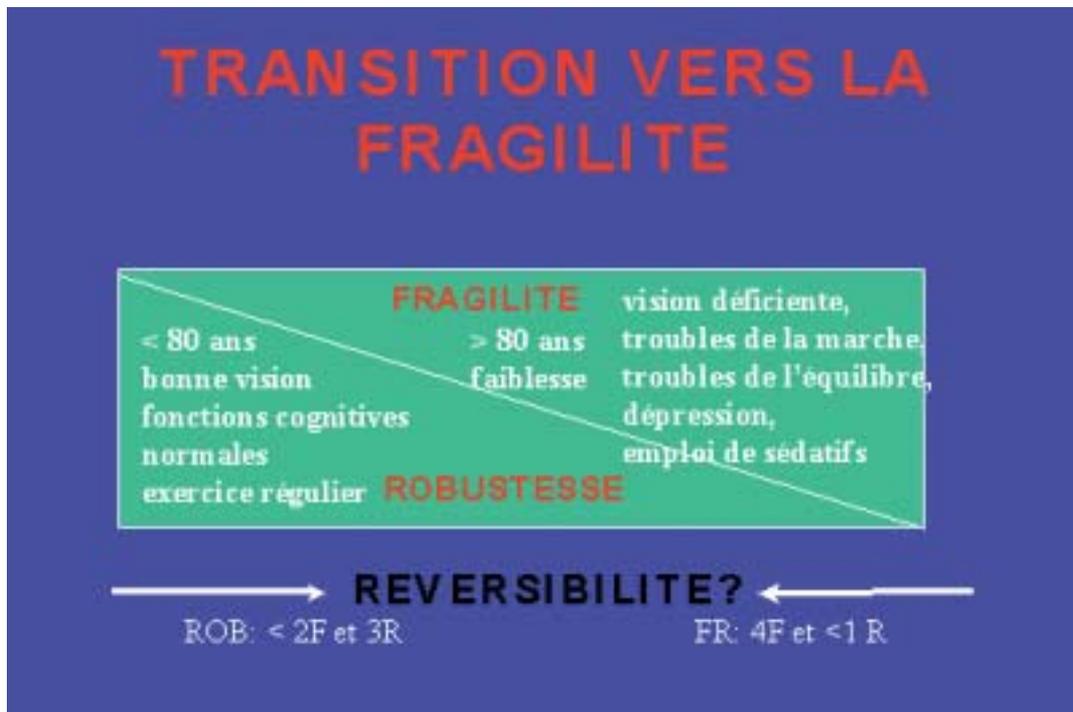


Figure 2



Figure 3

