

On peut prévenir la dépendance liée à l'âge (2)

Freiner, autant que faire se peut, la réduction progressive de l'autonomie liée à l'âge: voilà l'une des questions majeures de la médecine d'aujourd'hui (*Revue Médicale Suisse* du 17 avril 2013). Une question soulevée il y a peu devant l'Académie nationale française de médecine par le Pr Bruno Vellas («Gérontopôle», CHU de Toulouse). En pratique, cela suppose que les médecins généralistes et les autres professionnels de santé disposent d'un outil aussi simple que fiable à utiliser. Il existe ici le questionnaire «FRAIL» qui ne comporte que cinq questions.¹ Un autre exemple est l'outil utilisé au sein du Gérontopôle de Toulouse. «Il rappelle les facteurs de risque de fragilité: vivre seul, être sédentaire, avoir une perte de poids involontaire, constater une réduction de sa vitesse de marche et éprouver une grande fatigabilité (perception/crainte d'être incapable de sortir, d'aller voir ses amis ou ses enfants), précise le Pr Vellas. Cet outil prend également en compte l'évaluation *subjective* du médecin.² Ce n'est que si les médecins considèrent que leur patient est fragile, en fonction de leurs sens et expériences cliniques, qu'ils l'adresseront à l'hôpital de jour pour en

chercher les causes.»

Il existe aussi deux critères très simples à retenir. Le premier est la *station unipodale*: ne pas pouvoir rester plus de cinq secondes sur une jambe multiplie par plus de deux le risque de chutes avec traumatismes. Le second est la *vitesse de marche*: mettre plus de quatre secondes pour parcourir quatre mètres augmente le risque de déclin physique, cognitif et de dépendance.

Le sujet est d'actualité. Six sociétés savantes internationales majeures (International Association of Gerontology and Geriatrics, Society of Sarcopenia, Cachexia and Wasting Diseases, and the International Association of Nutrition and Aging, European Union Geriatric Medicine E Society, American Medical Directors Association and American Federation of Aging Research) viennent ainsi de lancer un véritable cri d'alarme pour que le repérage et la prise en charge des personnes âgées fragiles soient immédiatement mis en place en pratique clinique courante. Elles veulent faire entendre à tous «que la fragilité est un syndrome médical important, touchant surtout les personnes de plus de 70 ans, qui doivent être évaluées par des outils

de repérage fort simples, afin de pouvoir identifier et renverser le processus de fragilisation».

On ajoutera ici un récent travail sur l'intérêt d'évaluer à la fois le risque cardiovasculaire et celui de déclin cognitif. Ce travail vient d'être publié dans *Neurology*³ par l'équipe Inserm de Sara Kaffashian (Institut national français de la santé et de la recherche médicale). Selon les auteurs, les scores de Framingham pourraient être préférés au score de risque de démence en prévention primaire pour évaluer le risque de déclin cognitif et cibler les facteurs de risque modifiables.

Ils ont comparé les deux scores de Framingham (score cardiovasculaire général et score d'AVC), au score de démence CAIDE (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia) dans leur capacité à prédire le déclin cognitif. L'étude a porté sur près de 7000 hommes et 3500 femmes sur une période de dix ans. Au final, les deux scores de Framingham étaient plus fortement associés au déclin cognitif à dix ans.

La personne âgée fragile repérée, il faut ensuite rechercher les causes de cette fragilité. Et ce grâce à un bilan gériatrique ambula-



toire. Ceci peut se faire via, par exemple, un hôpital de jour gériatrique avec recherche des pathologies qui peuvent en être responsables: malnutrition, fonte de la masse musculaire (ou sarcopénie), déclin cognitif, modifications de l'humeur, cataracte, dégénérescence maculaire, troubles de l'audition, etc. En France, les hôpitaux de jour (comme celui du Gérontopôle de Toulouse) qui consacrent leurs activités à l'évaluation de la



CC BY Military-Health

dépendance constatent que les personnes adressées sont âgées et polypathologiques. Pour autant, elles ne sont pas encore totalement dépendantes pour les activités de base de la vie quotidienne.

Il faut toujours se souvenir que ces personnes fragiles ne consultent pas spontanément. Elles considèrent l'entrée en dépendance comme inéluctable. Chez elles, le sentiment de fragilité est bien perçu, de même que la crainte de dépendance. Mais personne jusqu'alors n'a agi auprès d'elles pour que la dégradation ne soit pas inéluctable. Des actions de formation de promotion de la santé auprès des patients et de leur entourage sont indispensables. Plus la fragilité est dépistée précocement et meilleures sont les chances de stabilisation ou même d'amélioration.

Les personnes qui, par exemple, demandent une aide administrative ou un portage de repas ou des aides à domicile sont très vraisemblablement fragiles; or (du moins est-ce le cas en France), les aides sont apportées sans véritable évaluation des causes de fragilité. Souvent inadaptées au cas spécifique de chaque personne, elles ne permettent pas de mettre en place le traitement des causes potentiellement réversibles. Ce n'est qu'après les avoir identifiées que l'on peut réaliser des actions prolongées de la dépen-

dance chez les personnes âgées fragiles. Et ce en sachant que la solution ne sera pas (que) médicamenteuse: pratique régulière d'exercices physiques, de stimulation cognitive, de conseils nutritionnels (pour ne citer que quelques exemples).

Dans ce domaine, le rationnel peut compter avec plusieurs grandes études d'interventions. Aux Etats-Unis, l'étude Life, financée pour plus de soixante millions de dollars par les National Institutes of Health, vise à démontrer l'impact de la pratique d'exercices physiques sur la prévention de la dépendance chez des personnes âgées fragiles. La Commission européenne a mis en place l'étude Do Health: étudier l'impact combiné de 2000 UI de vitamine D3 et de la pratique d'exercices physiques sur le déclin physique et fonctionnel de 2000 personnes de plus de 70 ans. Le projet HATICE vise quant à lui à étudier l'impact de la prévention des facteurs de risque vasculaire et métabolique. Ces grands essais doivent débuter en 2013.

En France, l'étude MAPT ou «Multi Domain Alzheimer Preventive Trial» étudie l'impact de fortes doses d'oméga 3 DHA, associées à une intervention comprenant des exercices physiques, la pratique de la marche 30 à 45 minutes par jour et des exercices cognitifs, mis au point avec les Universités de Seattle et de Montréal. D'autres essais portent sur l'élaboration de traitements de la sarcopénie ou de la fonte de la masse musculaire avec l'avancée en âge.

«Dans les années 1970, l'hospitalisation de nombreux sujets âgés polypathologiques avec une dépendance sévère a rendu nécessaire, dans de nombreux pays, l'émergence de la gériatrie, conclut le Pr Vallas. Près de 95% des forces de la médecine gériatrique s'orientent aujourd'hui sur des sujets âgés qui sont déjà dépendants.» Nul ne remet en question la nécessité de continuer à prendre en charge ces personnes devenues plus que fragiles. Mais il y aurait un vrai scandale, économique,

médical et éthique à ne pas identifier et à prendre en charge les personnes qui ne sont pas encore totalement dépendantes mais qui sont à fort risque de rapidement le devenir.

(Fin)

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

- 1 Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 2012;16:601-8.
- 2 Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, et al. The integration of frailty into clinical practice: Preliminary results from the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging* 2012;16:714-20.
- 3 Kaffashian S, Dugravot A, Elbaz A, et al. Predicting cognitive decline. A dementia risk score vs the Framingham vascular risk scores. *Neurology* 2013;80:1300-6.