

Mots clés :

Personne âgée  
Fragilité  
Incapacités  
Dépendance  
Prévention

## Attention, personne âgée « fragile »...

Le concept de « fragilité » de la personne âgée individualisé dans les années 80-90 pose encore de nombreuses questions<sup>1-4</sup>. Ce serait un stade intermédiaire du vieillissement, avant la survenue des incapacités, qui permettrait des interventions visant à les éviter ou les retarder. Conjonction d'un ensemble de conditions plus que réelle entité clinique, apporte-t-il des données spécifiques pour la décision, notamment en termes de santé et de devenir, donc de conséquences sur l'autonomie et le maintien à domicile ?

### Qu'entend-on généralement par « fragilité » ?

Elle concerne des personnes âgées autonomes. On l'identifie actuellement sur **5 critères cliniques** : perte de poids non intentionnelle, sensation de fatigue et de manque d'endurance, baisse de l'activité physique, de la vitesse de marche, de la force musculaire. **La présence de 3 de ces critères signe la fragilité**<sup>1,3</sup>. Celle-ci n'entraîne pas d'incapacités dans les activités courantes (toilette, habillement, alimentation) ou instrumentales (téléphone, ménage, courses, cuisine...) de la vie quotidienne. Selon cette définition, 7% des plus de 65 ans, 25 à 40% des plus de 80 ans, sont « fragiles ».

**La fragilité est souvent isolée.** L'isolement de la personne âgée, mais aussi des troubles psychiques de type anxio-dépressif en sont des indicateurs importants.

**Elle peut être associée** à une maladie chronique qui constitue un élément de vulnérabilité supplémentaire.

### Un syndrome encore discuté, mais pertinent

Il ne s'agit ni d'en faire un regroupement artificiel de symptômes, comme par exemple pour le syndrome métabolique, ni une médicalisation du vieillissement, dont elle est difficilement dissociable : l'avancée en âge s'accompagne d'une baisse régulière, variable selon les individus, de la force musculaire<sup>3,5</sup>, l'obésité ou la dépression parfois associés peuvent masquer ou aggraver les symptômes. Il faut éviter l'étiquette qui pourrait porter atteinte à l'image que la personne âgée se fait d'elle-même<sup>1,3</sup>.

La reconnaissance peut ne pas être simple : la fragilité ne rentre pas dans le modèle classique de maladie, le déclin est progressif, ne conduit pas toujours à chercher

un avis médical, le patient et son entourage peuvent l'attribuer à un vieillissement inéluctable.

Les auteurs s'accordent sur l'intérêt d'identifier précocement la « fragilité »<sup>1-3</sup> : elle précède les incapacités chez des personnes âgées indépendantes, qu'elles soient en apparente bonne santé ou porteuses de maladies chroniques. Elle semble prédictive d'évènements péjoratifs : hospitalisation, chutes, fractures, dépendance, entrée en institution, mortalité<sup>3,4</sup>. L'enjeu est de proposer à temps des mesures préventives.

### Des moyens d'action simples et efficaces

En dehors du traitement des pathologies éventuellement associées, l'objectif thérapeutique vise la perte de forces, la perte de poids et de masse musculaire, et par conséquent la qualité de vie.

**La reprise d'une activité physique programmée** améliore la force musculaire, l'équilibre, et l'endurance. L'objectif est un « rajeunissement » de 15 à 20 ans sur ces deux paramètres, et une réduction des chutes. Les activités d'assouplissement, type Tai Chi, ont montré aussi leur utilité<sup>2,4,5</sup>.

**La majoration des apports protéino-énergétiques** permet de lutter contre la perte de poids et la fonte musculaire. Il faut aussi insister sur le plaisir alimentaire, sa variété, sans oublier les problèmes financiers, et les problèmes dentaires.

**Aucun apport pharmacologique n'a prouvé son utilité** dans ce domaine. Ni les suppléments alimentaires, les diverses vitamines (hormis peut-être la vitamine D<sup>4</sup>), ni les diverses hormones n'ont prouvé un bon rapport bénéfice/risque<sup>4</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Les incapacités ne sont pas une conséquence inéluctable du vieillissement.** Le premier intérêt de l'identification du syndrome de fragilité est de mettre en œuvre ou de renforcer des interventions visant à éviter ou retarder l'apparition des incapacités et de leurs conséquences.

**L'identification du syndrome de fragilité passe par une approche clinique globale du patient**, au-delà de l'approche traditionnelle « organe par organe » ou « maladie par maladie ». Les échelles d'évaluation proposées peuvent être utiles, mais l'approche clinique est suffisante pour proposer des mesures simples.

**Les mesures d'hygiène de vie - activité physique et nutrition - à mettre en œuvre dans ce cas sont celles d'un vieillissement réussi.** L'identification du syndrome de fragilité, qu'il y ait ou non des pathologies associées, signifie seulement l'urgence de cette mise en œuvre. Cela nécessite une prise en charge spécifique qui va bien au-delà du simple conseil. Nous y reviendrons.

#### Références

- 1- Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *BMJ*. 2007;369:1328-9.
- 2- Boockvar KS, Meier DE. Palliative care for frail care adults. *JAMA*. 2006;296:2245-53.
- 3- Karanananthan S et al. La fragilité : en quête d'un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent. *Rev Med Int*. 2009;30:105-9
- 4- Rolland Y, Vellas B. La sarcopénie. *Rev Med Int*. 2009;30:150-60.
- 5- Collectif. Comment prescrire l'activité physique aux personnes âgées. *Bibliomed*. 2008:496.
- 6- Collectif. L'activité physique : un bénéfice pour les personnes âgées. *Bibliomed*. 2008:494.