

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 14 Juin 2022

Gériatrie : approche fonctionnelle

Dre E. Frangos

Au niveau mondial, la population > 65 ans va doubler d'ici à 2050 et celle de > 80 ans va quadrupler.

La bonne nouvelle c'est que l'espérance de vie en bonne santé augmente en même temps que l'espérance de vie globale.

Mais qu'est-ce que la bonne santé?

Selon l'OMS cela comprend un bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie.

Avec le vieillissement, cette bonne santé est mise en difficulté par les déterminants de la santé (âge, sexe, environnement socio-économique, habitudes...), l'augmentation du risque de développer une maladie avec l'âge et les changements moléculaires et fonctionnels qui entraînent un déclin de la santé mentale et physique.

Marqueurs du vieillissement

L'âge en temps que tel n'est pas un bon marqueur pour déterminer la bonne ou mauvaise santé. Aussi, de multiples marqueurs sont étudiés en association avec des issues cliniques:

- Marqueurs biologiques: longueur des télomères, méthylation de l'ADN..
- Marqueurs cliniques: tension, poids...
- Marqueurs biochimiques: cytokines, inflammation, hémoglobine, cholestérol...

[Li et al](#) montrent, dans une étude sur 20 ans et 850 patients, que ces marqueurs biologiques et cliniques sont bien corrélés à l'âge chronologique et sont des marqueurs de mortalité.

Au-delà des marqueurs, il y a une autre approche prédictive...l'approche fonctionnelle.

Le vieillissement en bonne santé est "un processus de développement et de maintien de aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse." (OMS)

Être fonctionnel c'est être capable d'effectuer les activités de la vie quotidienne, contrairement à l'handicap...

Ainsi, la gériatrie fonctionnelle rassemble de nombreuses échelles d'évaluation de la fonctionnalité: marche sur 6 min, force des membres supérieurs et inférieurs, le TUG (timed up and go) et SPPB (short physical performance battery), les habitudes de vie..(AVQ AVIQ)...

TUG: temps pour se lever d'une chaise, faire 3 mètres et revenir s'asseoir.

SPPB: rassemble 3 tests de motricité globale (équilibre, vitesse, lever de chaise)

Impact sur le pronostic

La même étude a également établi des scores de fragilité et de fonctionnalité. Elle détermine que les marqueurs biologiques et fonctionnels sont les meilleurs prédicteurs de la mortalité.

Une cohorte prospective de 14'000 individus à Singapour, d'âge moyen de 74 ans, montre que la diminution de la force de poigne et l'altération du TUG sont des indicateurs puissants et indépendants de mortalité à court terme.

Une autre cohorte de 2'000 patients suivis sur 5 ans démontre que la vitesse de marche ralentie, un score de marche de 6 min et un SPPB diminué sont également de bons prédicteurs de mortalité.

Une autre cohorte montre une association entre ceux-ci et le déclin cognitif à moyen terme.

Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)

L'échelle MIF est très complète avec 18 items de fonctionnalité dans 6 différents domaines, physiques et cognitifs. Le score est de min 18, max 126, avec score élevé qui indique une bonne fonctionnalité.

La MIF est effectuée lors de toute hospitalisation en réadaptation.

Une cohorte prospective des trois-chênes avec 2000 patients d'âge moyen de 84 ans, évalue la valeur pronostique de la MIF. La durée médiane de séjour est de 34 jours et la survie médiane à la sortie de 3.5 ans.

Elle montre que chaque nouveau diagnostic augmente le risque de mortalité de 5%...mais une fois ajusté à l'âge, au sexe et au nombre de difficultés dans la MIF, ce n'est plus significatif.

Par contre, le nombre de difficultés dans la MIF (items qui demandent de l'aide) est un prédicteur de mortalité significatif, même après ajustement à l'âge, au sexe et au nombre de diagnostics. Soit un risque de mortalité à 6 ans augmenté de 8% par item dépendant.

L'étude conclut que la fonctionnalité mesurée par la MIF est un meilleur prédicteur de mortalité que les diagnostics médicaux...

L'OMS décrit une trajectoire de fonctionnalité selon l'âge.

En milieu hospitalier, ce sont principalement des patients sur la courbe cassée qui sont présents.

L'objectif de la réadaptation et de les aider à retrouver une fonctionnalité la plus proche possible de la trajectoire idéale.

Functional abilities



A: Optimal trajectory: high level of functional abilities until end of life
B: Interrupted trajectory: an event induce a reduction of abilities, with a partial recovery
C: Declining trajectory: abilities decline progressively until end of life

La réadaptation gériatrique

Cherche à rendre au patient une autonomie optimale pour son environnement quotidien, avec le minimum d'aide nécessaire à domicile.

Le processus de réadaptation commence par une évaluation du potentiel de réadaptation, sur la base de la situation à domicile et d'une évaluation standardisée multidisciplinaire (médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens...).

Les acteurs se rassemblent par la suite pour fixer, lors du colloque de réadaptation, des objectifs de séjour.

Ceux-ci sont réévalués chaque semaine et une réunion a lieu au 10ème jour avec le patient et ses proches pour confirmer les informations sur l'autonomie, transmettre le programme, et vérifier son adéquation.

Lorsqu'il n'y a plus de potentiel, les objectifs sont soit atteints (retour à domicile, prévision du suivi, du soutien dans les habitudes de vie...) soit le patient nécessite un placement en EMS.

Pour les collègues en cabinet:

Anamnèse, habitudes de vie (AVQ et AIVQ) ...le TUG principalement est un bon prédicteur de mortalité, rapide et qui permet une évaluation du risque de chute en même temps.

Dans cette portion de la population, la prévention primaire qui a un bénéfice sur la fonctionnalité est l'activité physique (rythmique, tai-chi, ménage...)



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch