

Création, mise en œuvre et premiers résultats après 1 an de fonctionnement

Création d'un progiciel dédié sous Excel

Oratrice : Mme Olivia WESTBROOK

Bréard V^{1-a}, Montoy D^{1-b}, Romain P^{2-c}, Beauvais M^{2-a},
Girard S^{2-d}, Westbrook O^{2-b}, Cherrier I^{3-c}, Mazet K^{3-c},
Laporte S^{4-a}, Apert D^{5-c}, Aulibert A^{6-c}

1- PH gériatre ; 2- IDE ; 3- AMA ; 4- cadre de santé ;
5- cadre supérieure de santé ; 6- directrice de la filière gériatrique

a- CH de Sancerre ; b- Les EHPAD de Bellevue ; c- CH de Bourges ; d- CH George Sand

GHT
du Cher
Groupement
Hospitalier
de Territoire

1 ÉQUIPE
POUR DÉPISTER
LA FRAGILITÉ
DES + DE 60 ANS
DANS TOUT LE DÉPARTEMENT

Marche moins rapide ?
Problèmes de mémoire ? Perte de poids ?
Moins de force ?
Fatigue ?
Isolement ?

Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
des professionnels de santé interviennent **gratuitement** chez vous !

EMGT 18
ÉQUIPE MOBILE GÉRONTOLOGIQUE TERRITORIALE DU CHER

Plus d'informations : emgt18@ch-bourges.fr / 02 48 48 47 51





Groupement
Hospitalier
de Territoire

UNE RÉALISATION DU GHT DU CHER ET DES EHPAD DE BELLEVUE



CH support du GHT

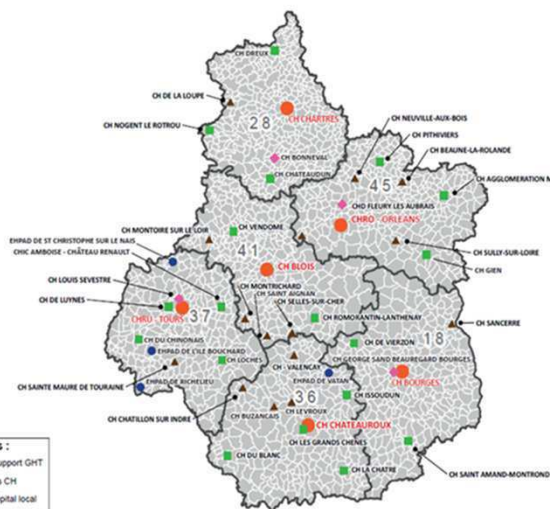


Établissements hors psychiatrie



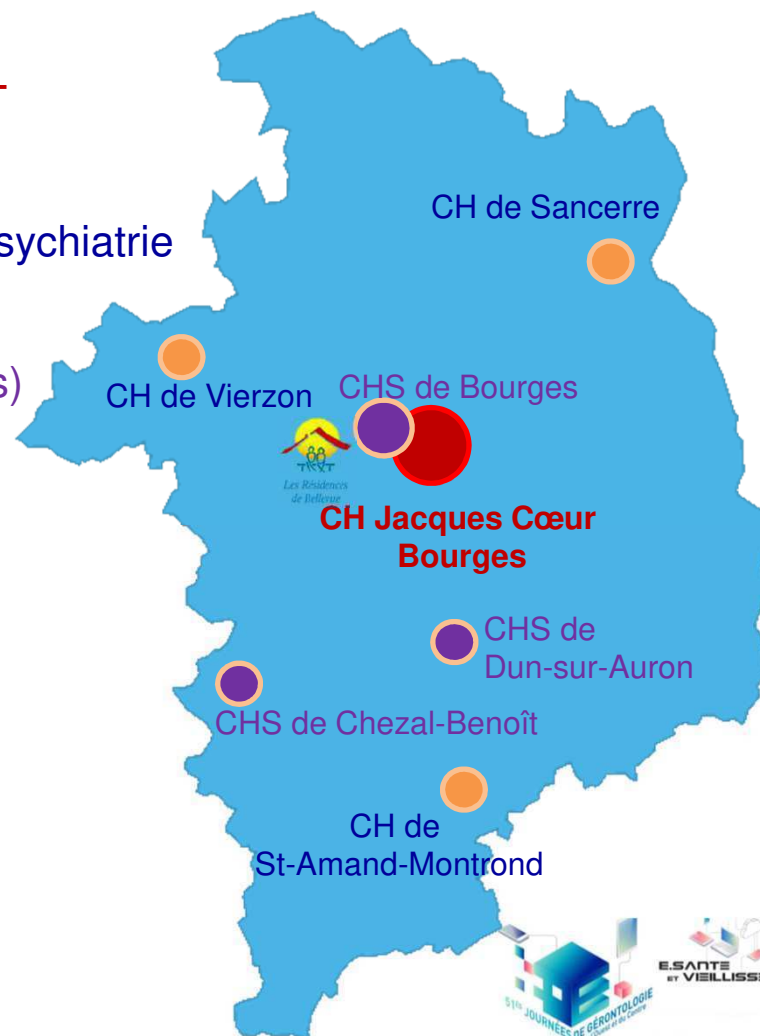
CH George Sand
(3 sites psychiatriques)

Les Groupements Hospitaliers de Territoire en région Centre-Val de Loire



Catégories :

- CH Support GHT
- Autres CH
- ▲ Ex Hôpital local
- ◆ Établissement psy
- EHPAD



CH de Sancerre

CH de Vierzon

CHS de Bourges

**CH Jacques Cœur
Bourges**

CHS de
Dun-sur-Auron

CHS de Chezal-Benoît

CH de
St-Amand-Montrond



SANTÉ
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVANT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019



ORIGINE, PRINCIPES ET OBJECTIFS DE L'EMGT-18

ORIGINE DE L'EMGT-18

RÉPONSE À UN APPEL À PROJET DE L'ARS DU CENTRE

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE – VAL DE LOIRE**

ARRETE N°2018-DOMS-PA18-0003

Portant autorisation de création d'une équipe mobile médico-sociale expérimentale d'accompagnement et de soins en gériatrie, pour la prise en charge des personnes âgées à domicile du Département du Cher, gérée par le Centre Hospitalier de Bourges, 145 avenue François Mitterrand, 18020 BOURGES CEDEX, représentant le Groupement hospitalier de Territoire du Cher



OBJECTIFS ET PRINCIPALES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

Un nouveau dispositif, qui complète la filière gériatrique territoriale,
créé pour 3 ans à titre expérimental

Gratuit
pour les
usagers

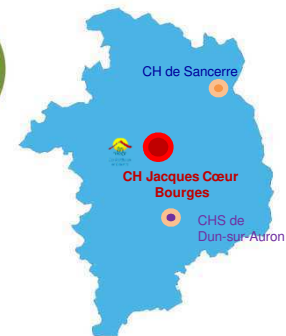
Objectifs du dispositif :

- **Dépistage et bilan de la fragilité**, anticipation des limites du maintien à domicile
- Améliorer la **coordination des parcours de soins** des personnes âgées
- Améliorer l'**orientation** et l'accès des personnes âgées à l'offre des établissements membres du GHT

Modalités de fonctionnement:

- Périmètre d'intervention **départemental**
- Les IDE interviennent à partir de **4 sites différents**
(CH Jacques Cœur, EHPAD de Bellevue, CH Sancerre, CHS de Dun)
- Organisation et fonctionnement donnant un **rôle central aux infirmiers**
- Pour **communiquer** : utilisation d'outils tels
la messagerie **MSSANTE** et la **télémédecine** (COVOTEM)

Personnes
non dépendantes
vivant à domicile



évaluation
à domicile



CALENDRIER



Publication de l'appel à projet : 11 mai 2017



Travail en GHT : directions, gériatres , cadres



Réponse à l'appel à projet : 26 juillet 2017



Avis favorable de la commission de sélection : 20 octobre 2017



Arrêté d'autorisation (n° 2018-DOMS-PA18-003) : 22 janvier 2018



Formation de l'équipe: 12 et 13 février 2018



Formation COVOTEM : 13 et 14 mars 2018



Visite de conformité : 12 avril 2018

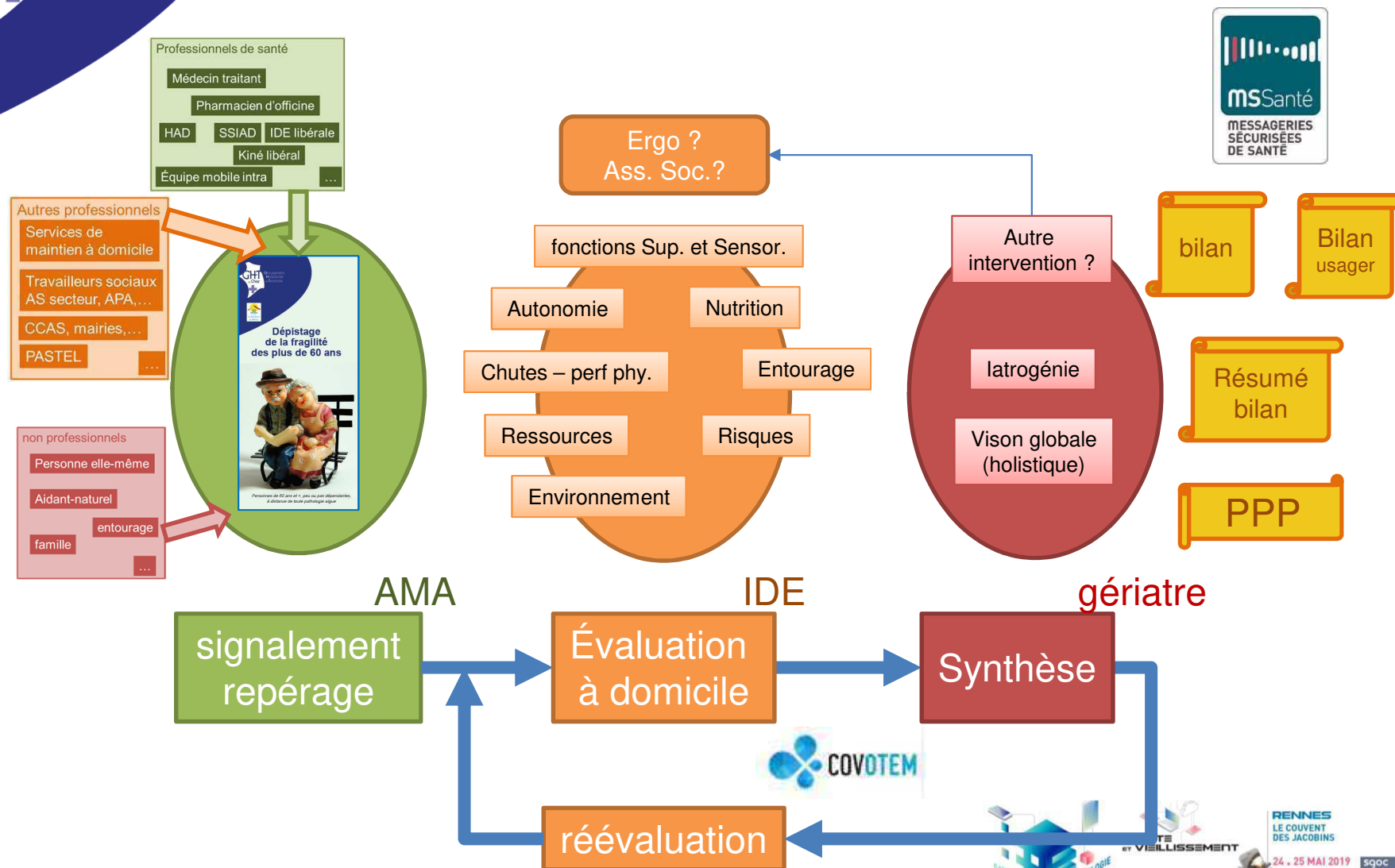


Démarrage de l'activité : 16 avril 2018



Groupement
Hospitalier
de Territoire

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE

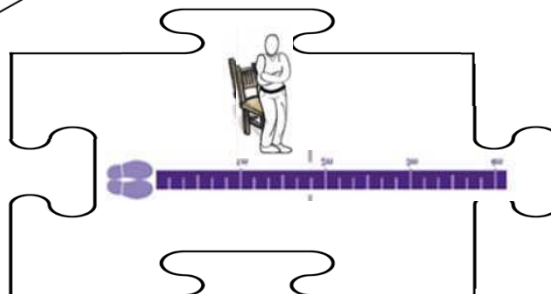
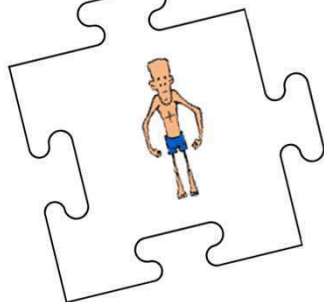
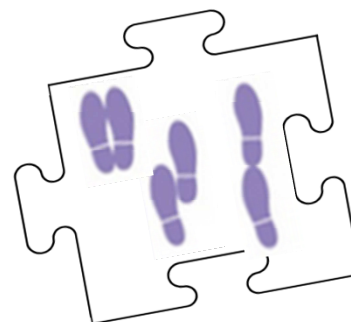
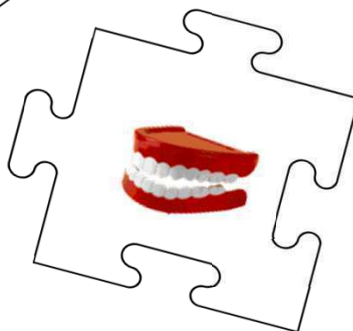
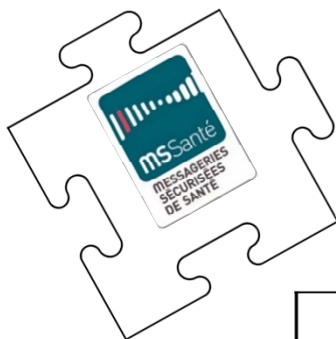
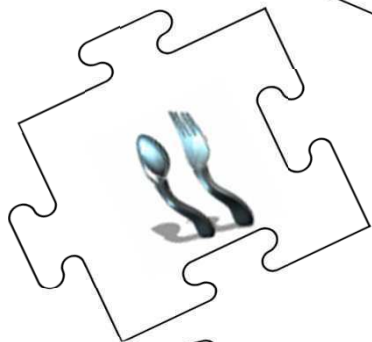
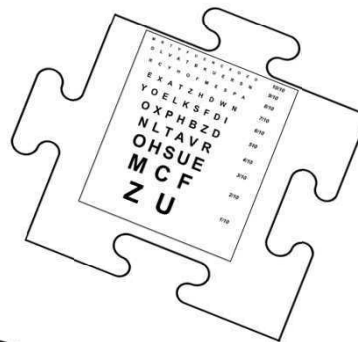
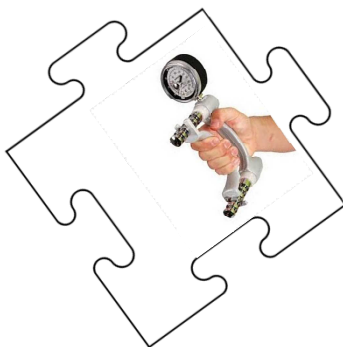
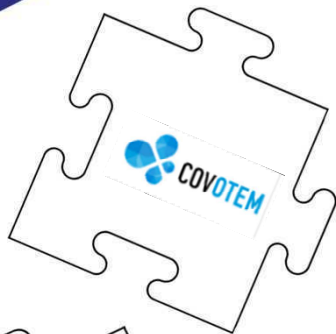




Groupement
Hospitalier
de Territoire

UN PUZZLE DE PLUS DE 1000 PIÈCES !

DE NOMBREUX ÉLÉMENTS SONT À PRENDRE EN COMPTE !



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

DÉVELOPPEMENT D'UN PROGICIEL SPÉCIFIQUE

*TRAVAIL PROGRESSIF DE JUILLET 2017 À AVRIL 2018
PUIS ADAPTATION EN PERMANENCE DEPUIS LA MISE EN ŒUVRE*

- Objectifs :
 - **simplifier** le travail de l'AMA, de l'IDE et du gériatre
 - **limiter** les doubles saisies
 - **optimiser** les calculs
- Choix d'Excel :
 - puissance de calcul
 - licences déjà acquises dans les établissements du GHT
 - expérience d'utilisation pour beaucoup d'utilisateurs
 - utilisation sécurisée dans  COVOTEM
 - exportation possible des données en pdf pour transmission dans



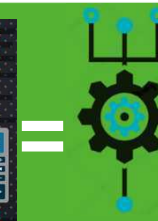


Groupement
Hospitalier
de Territoire

DEUX CLASSEURS EXCEL ONT ÉTÉ CONÇUS

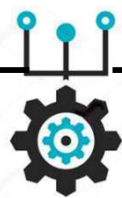
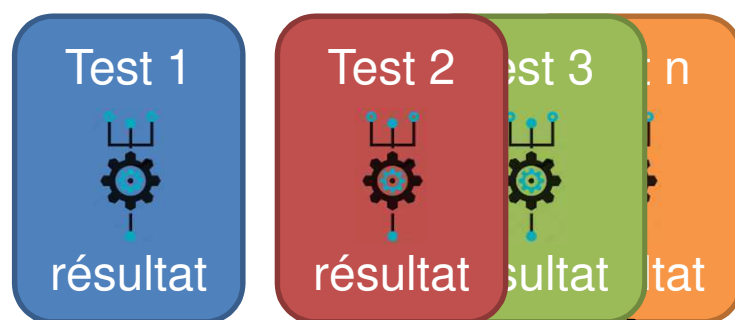


UN ALGORITHME
ENSEMBLE
RÈGLES DE
CALCUL



évaluation

Rapport d'activité



interprétation



Évaluation 1

Évaluation 2

Évaluation 3

réévaluation 1

réévaluation 1



Rapport
d'activité



ESANTE
ET VIEILLISSEMENT

LE COUVENT
DES JACOBINS
24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

LES ALGORITHMES DANS EXCEL : UN EXEMPLE DE FORMULE

CELLULE AFFICHANT LES FACTEURS PRÉDISPOSANT DE CHUTE RETROUVÉS DANS LE RÉSUMÉ DU BILAN

```
=REEMPLACER(SI(Synthèse!E296="oui";", âge ≥ 80ans";"" )&SI(Synthèse!I296="oui";",  
genre féminin";"" )&SI(Synthèse!P296="oui";", ATCD de fracture";"" )  
&SI(Synthèse!G301="oui";", polymédication";"" ) &SI(Synthèse!H302="oui";",  
psychotrope(s)";"" ) &SI(Synthèse!K308="oui";", médic. cardio-vasc. à  
risque";"" )&SI('Chutes perf phys'!L5<4;", trouble de l'équilibre";"" ) &SI('Chutes perf  
phys'!L10<4;", ralentissement de la marche";"" ) &SI('Chutes perf phys'!M15=0;",  
faiblesse musculaire des MI";"" )&SI(Synthèse!I336="oui";",  
IMC<21";"" )&SI(Synthèse!G338="oui";", perte de poids";"" )&SI(Synthèse!I344="oui";",  
arthrose";"" )&SI(Synthèse!H346="oui";", anomalie(s) des  
pieds";"" )&SI(Synthèse!K348="oui";", trouble de la sensibilité des  
MI";"" )&SI(Synthèse!G354="oui";", trouble visuel";"" )&SI(Synthèse!I359="oui";",  
dépression";"" )&SI(Synthèse!G363="oui";", atteinte cognitive";"" );1;2;"" )
```



Groupement
Hospitalier
de Territoire

CLASSEUR ÉVALUATION OU RÉÉVALUATION

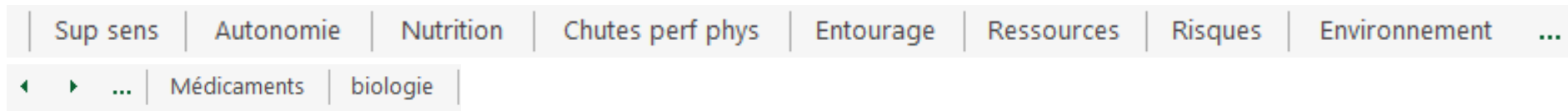
DE NOMBREUX ONGLETS À REMPLIR DANS L'ORDRE !

- Onglets de saisie

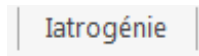
- AMA



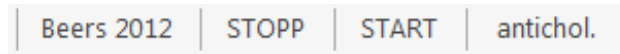
- IDE



- Gériatre



- Onglets d'aide à l'analyse du traitement



- Onglets de rédaction des documents adressés au médecin traitant et à la personne évaluée



ACTIVITÉ

... et adressage



Groupement
Hospitalier
de Territoire

SAISIE DANS L'ONGLET « ADMINISTRATIF »

FICHIER

ACCUEIL

INSERTION

MISE EN PAGE

FORMULES

DONNÉES

RÉVISION

AFFICHAGE

DÉVELOPPEUR

Dr Vianney BRÉARD

R16



Evaluation gérontologique par l'EMGT-18



Groupement
Hospitalier
de Territoire

vi@net

Dates

dépistage :

réception EMGT :

éval. prévue :

éval. réelle :

type éval. :

synthèse :

envoi CR :

type courrier :

Personne évaluée

n° IP :

Nom :

prénom :

Civilité :

Nom de JF :

date de naissance :

adresse :

CP :

Commune :

tél fixe :

tél port. :

courriel :

équipe multi-professionnelle

IDE :

psychologue :

Ass. Sociale :

ergothérapeute :

A.M.A. :

Gériatre :

Personne à contacter pour l'évaluation

si "autre" préciser :

Nom :

prénom :

tél fixe :

tél port. :

courriel :

Renseignements complémentaires :

Personne ayant effectué le repérage

si "autre" préciser :

médecin traitant :

n°

Commentaire :

autres

n°

CP :

Commune :

médecins

n°

autre contact pour courrier

adresse :

CP :

Commune :

tél fixe :

tél port. :

courriel :

recueil du

consentement

Commentaire



Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'ACTIVITÉ DE LA PREMIÈRE ANNÉE EN TROIS CHIFFRES

176 personnes différentes ont bénéficié d'une évaluation

230 évaluations et réévaluations ont été réalisées

92,8% des signalements ont débouchés sur une évaluation

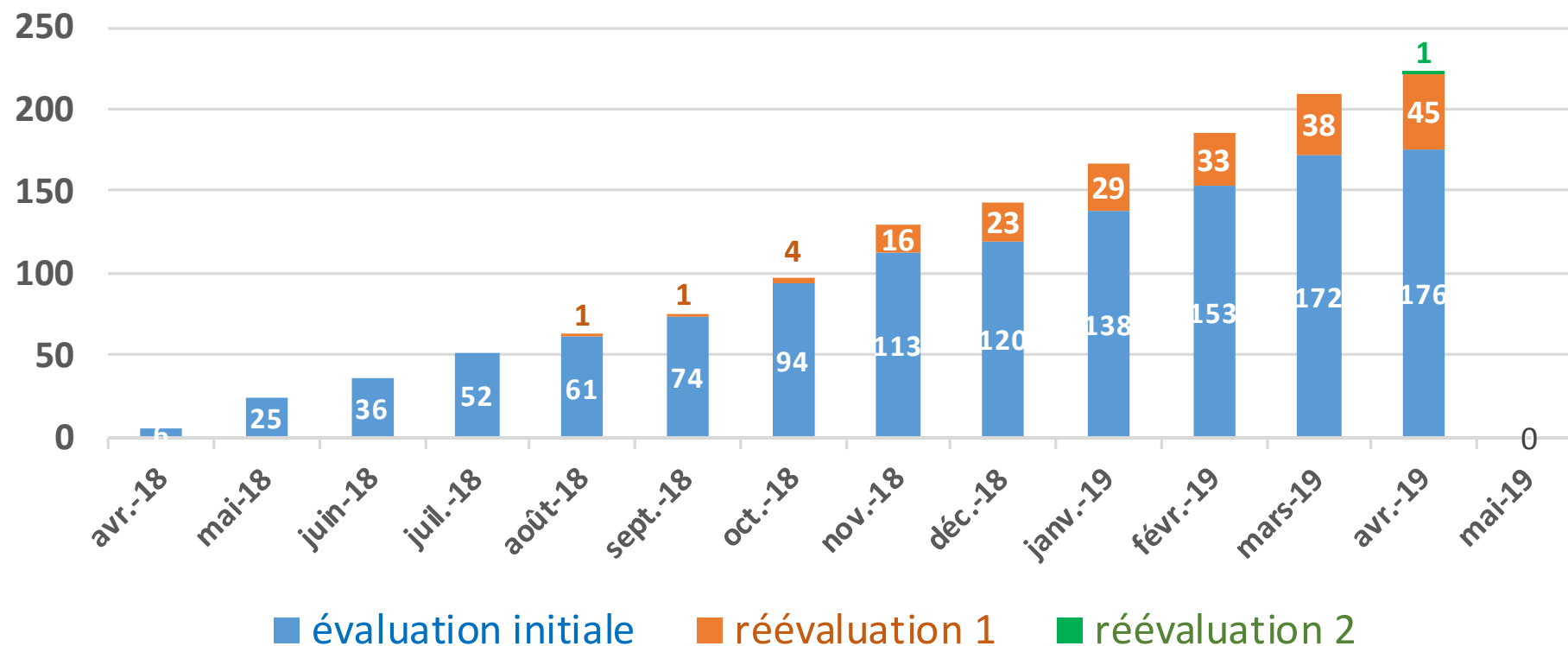


Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATIONS ET RÉÉVALUATIONS À DOMICILE

UNE DYNAMIQUE FORTE

évaluations et réévaluations cumulées depuis l'ouverture

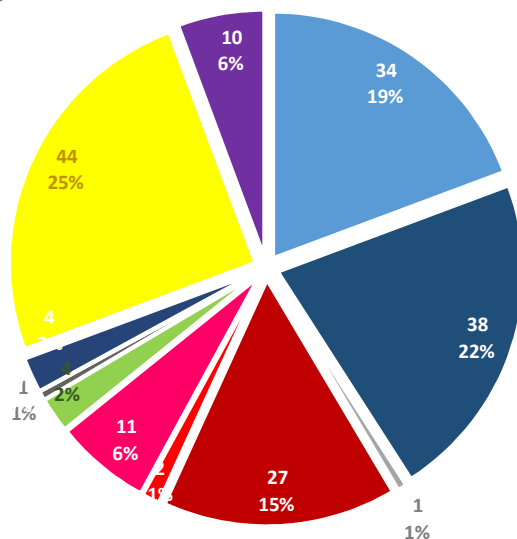




Groupement
Hospitalier
de Territoire

ADRESSAGE

typologie des adresseurs



- personne elle-même
- famille
- entourage hors famille
- médecin traitant
- pharmacien d'officine
- autre prof. de santé libéral
- HAD
- SSIAD / ESA
- service à domicile
- travailleur social APA
- AS de secteur
- CARSAT, caisses de retraites
- MAIA
- CLIC
- EADSP
- PASS
- autre
- inconnu

DES ADRESSEURS MULTIPLES ...

... et des médecins traitants
qui en redemandent

Nombre d'évaluations par médecin traitant

Nb de médecins traitants concernés par 9 éval. ou plus

Nb de médecins traitants concernés par 8 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 7 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 6 éval.

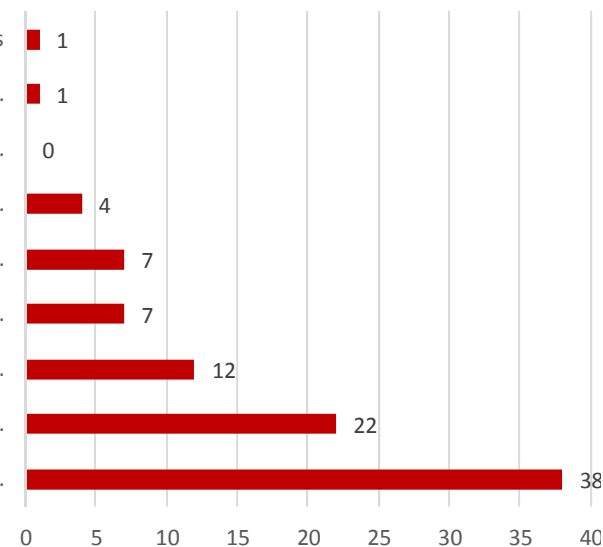
Nb de médecins traitants concernés par 5 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 4 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 3 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 2 éval.

Nb de médecins traitants concernés par 1 éval.



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019





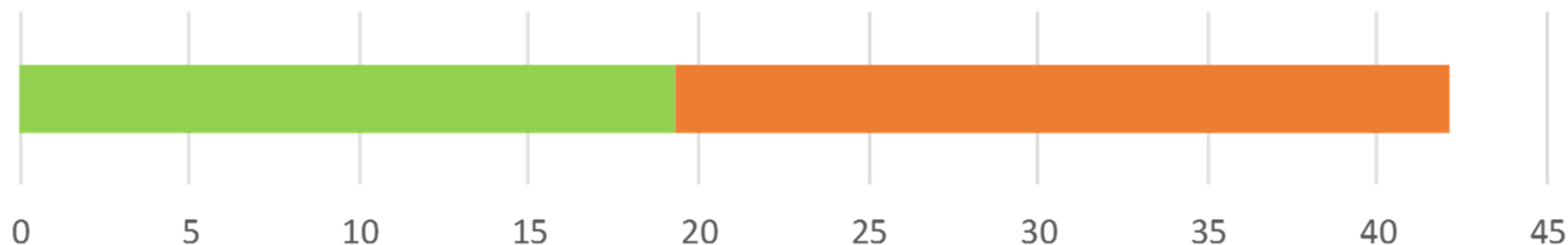
Groupement
Hospitalier
de Territoire

DÉLAI D'INTERVENTION

LA RANÇON DU SUCCÈS !

délai entre le signalement et la synthèse : 41,9 jours ($\pm 43,65$)

délais moyens du signalement à la synthèse



■ délai moyen entre signalement et évaluation IDE ■ délai moyen entre évaluation IDE et synthèse

19,4 jours ($\pm 43,28$)

22,8 jours ($\pm 31,68$)

TYPOLOGIE DES PERSONNES ÉVALUÉES



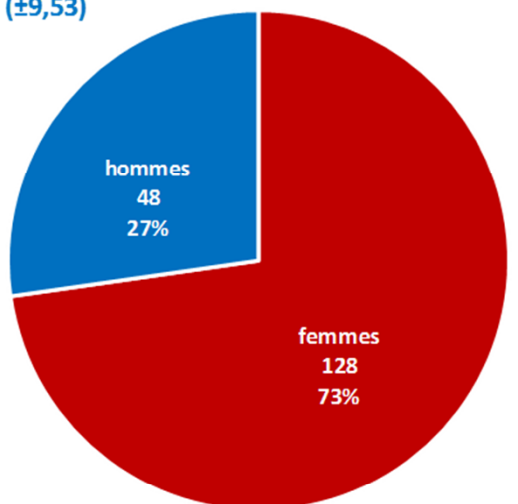
Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÂGE ET GENRE DES PERSONNES ÉVALUÉES

UNE POPULATION PLUS ÂGÉE QUE LA CIBLE DE LA FRAGILITÉ

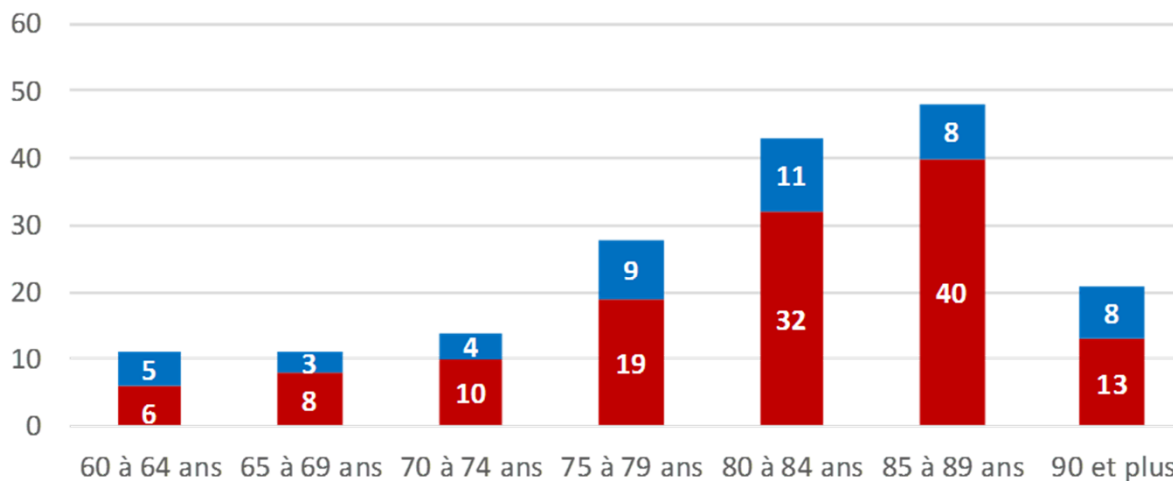
âge moyen 81,2 ans ($\pm 8,13$)

âge moyen
80,6 ans
($\pm 9,53$)



âge moyen
81,4 ans
($\pm 7,55$)

répartition par tranches d'âge des personnes
évaluées



■ femmes ■ hommes



E.SANTE
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019



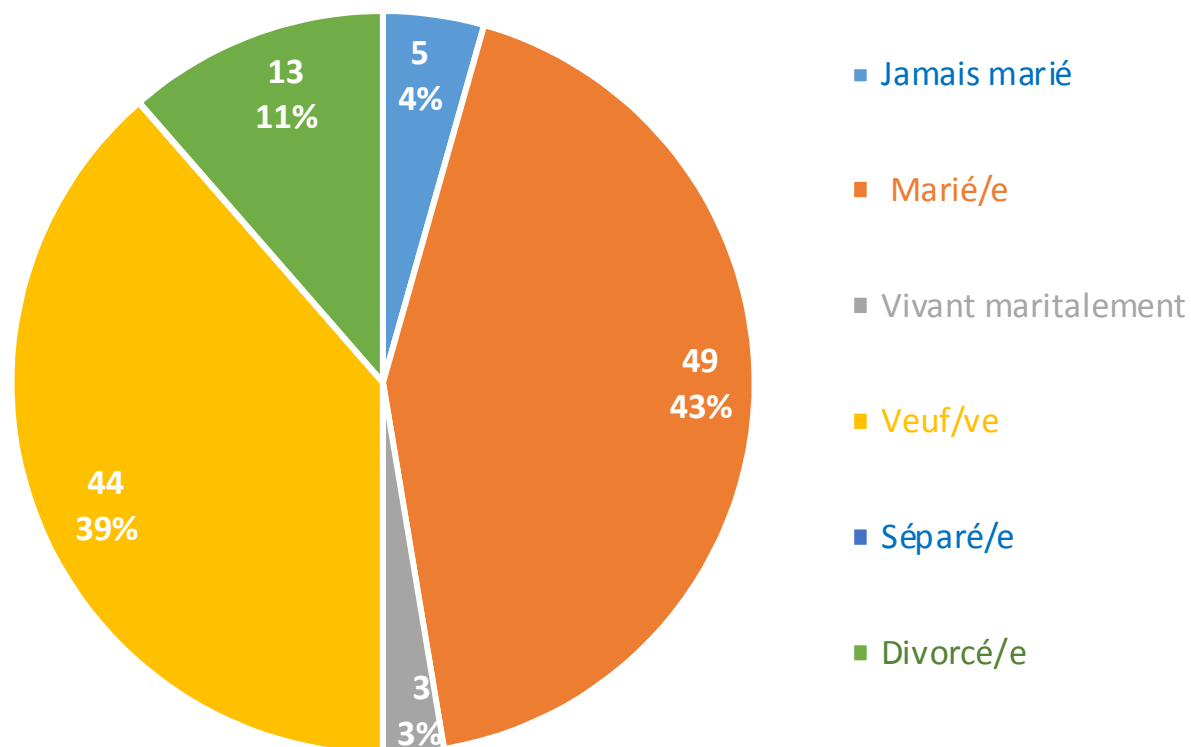


Groupement
Hospitalier
de Territoire

STATUT MARITAL

PAS QUE DES PERSONNES SEULES !

Statut marital des personnes évaluées



E.SANTE
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

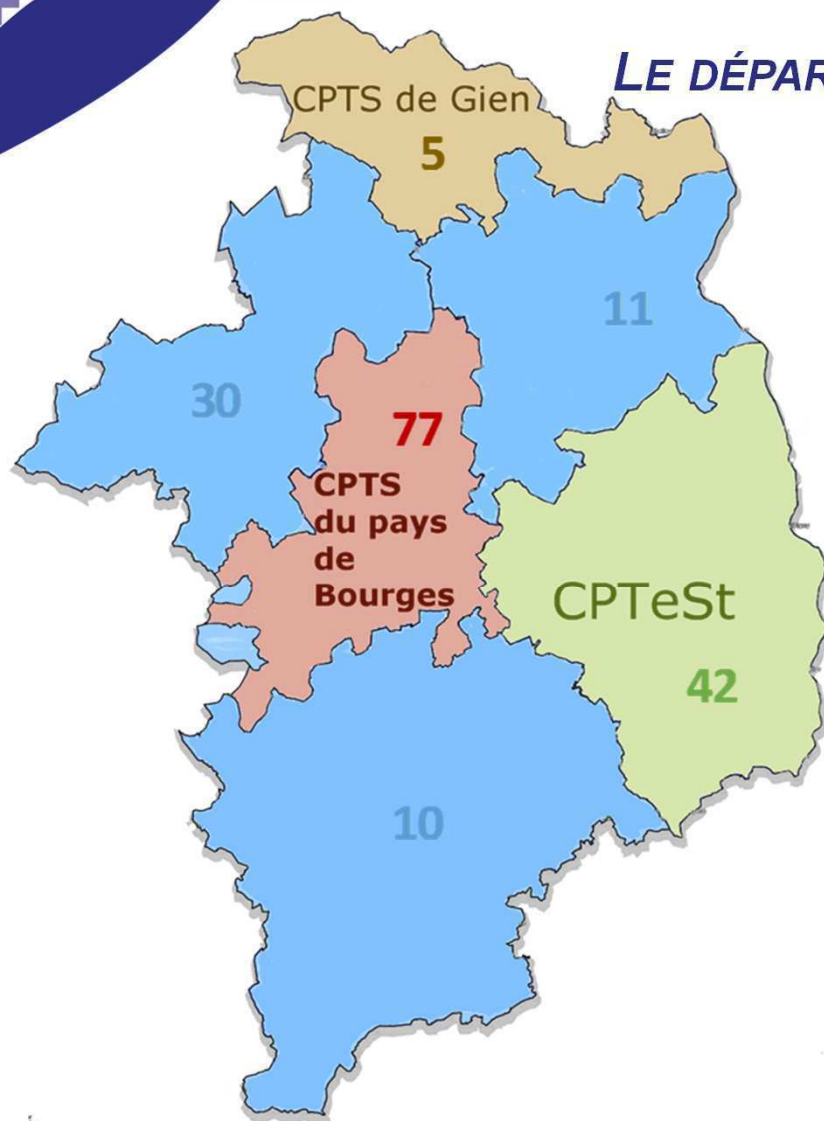
24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

ORIGINE GÉOGRAPHIQUE



LE DÉPARTEMENT EST ENTIÈREMENT DESSERVI

Une dynamique CPTS évidente !



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS
24 - 25 MAI 2019



RÉSULTATS

Évaluation initiale

Préconisations

Suivi de préconisations et résultats



Groupement
Hospitalier
de Territoire

Statut de Fragilité

et critères de Fried





Groupement
Hospitalier
de Territoire

LES 5 CRITÈRES DE FRAGILITÉ DE LINDA FRIED³

Robustesse

Fragilité

Dépendance

- **Perte de poids involontaire**
(4 ou 5 kg en un an)
- **Sensation subjective d'épuisement**
(rapportée par la personne elle-même)
- **Diminution de la force musculaire**
- **Ralentissement de la vitesse de marche**
(plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)
- **Activité physique réduite**
(grande sédentarité)

**≥ 3 critères positifs
= fragilité**

**1 ou 2 critères positifs
= état pré-fragile**

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie²

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156





Groupement
Hospitalier
de Territoire

PERTE DE POIDS INVOLONTAIRE

CRITÈRE 1 DE FRIED

- Pour Linda FRIED³
perte de poids depuis 1 an:
 - ≥ 10 pounds soit 4,53 kg
 - ou $\geq 5\%$
- Le caractère involontaire doit être explicité



- **Weight loss:** "In the last year, have you lost more than 10 pounds unintentionally (i.e., not due to dieting or exercise)?" If yes, then frail for weight loss criterion. At follow-up, weight loss was calculated as: $(\text{Weight in previous year} - \text{current measured weight}) / (\text{weight in previous year}) = K$. If $K \geq 0.05$ and the subject does not report that he/she was trying to lose weight (i.e., unintentional weight loss of at least 5% of previous year's body weight), then frail for weight loss = Yes.

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie²
Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156





Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATION DE LA PERTE DE POIDS DANS LE BILAN DE L'EMGT-18 (1)

CRITÈRE 1 DE FRIED³

Autonomie

Nutrition

Chutes perf phys

Evaluation nutritionnelle de Madame Lucie L.



Groupement
Hospitalier
de Territoire

vi@net

la perte de poids est-elle involontaire ? ☒ oui

perte de poids en 1 an de 5% ou plus

perte de poids en 6 mois de moins de 10%

perte de poids en 1 mois entre 5 et 10% : dénutrition

	Poids	IMC	
-1 an	54,00	18,91	56,00
-6 mois	53,20	18,63	54,00
-1 mois	52,10	18,24	50,00
aujourd'hui	48,00	16,81	48,00

Evolution du poids depuis 1 an



Taille retenue : 169 cm

taille à l'âge de 20 ans 169 cm

hauteur talon-genou 169 cm

taille selon Chumlea 169 cm

nombre de régime(s)		2
médical 1	anti-diabétique	
médical 2		
habitus	aversion à la viande	

Interprétation

critère 1 de Fried	positif
critère 1 de AI Snij	positif
IMC	dénutrition sévère
perte de poids 1 mois	dénutrition
perte de poids 6 mois	perte de poids modérée
MNA	dénutrition

Poids :

- « aujourd'hui » : utilisation de la balance
- poids antérieurs : interrogatoire

Critère 1 de Fried³

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie²

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156





Groupement
Hospitalier
de Territoire

SENSATION SUBJECTIVE D'ÉPUISEMENT ÉVALUATION À L'EMGT-18

CRITÈRE 2 DE FRIED

Repérage

Sup sens

Autonomie

Sensation subjective d'épuisement

Critère 2 de Linda FRIED positif

Durant la dernière semaine à quelle fréquence avez-vous ressenti :

- que tout vous demande un effort 3 ou 4 j
- de ne pas pouvoir aller de l'avant la plupart du temps

- utilisation de 2 items d'une grille de dépression américaine la CES-D depression scale⁴⁻⁵ :

Durant la dernière semaine à quelle fréquence avez-vous ressenti :	0 = < 1j	1 = 1 ou 2 j	2 = 3 ou 4j	3 = la plupart du temps
que tout vous demande un effort				
de ne pas pouvoir aller de l'avant				

4- « Factorial and discriminate validity of the Center for Epidemiological Studies depression (CES-D) scale »

Orme J, Reis J, Herz E.

J Clin Psychol. 1986;42:28–33.

5- « The CED-S Scale: A self-report depression scale for research in the general population »

Radloff LS.

J Appl Psychol Meas 1977;1:385–401



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

BAISSE DE LA FORCE MUSCULAIRE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

Force musculaire (main dominante)			
Dynamomètre (kg)	Normes		interprétation
mesure 1	12	FRIED 17	force musculaire normale
mesure 2	20		critère de Fried n°3 négatif
mesure 3	19		force musculaire normale
retenu :	20	Al Snih 13,5	critère de Al Snih n°3 négatif

CRITÈRE 3 DE FRIED³

Nutrition

Chutes perf phys

Entourage



- Mesure de la force musculaire
 - au dynamomètre
 - à la main dominante
- En pratique :
 - coude au corps et à 45°
 - 3 mesures (seule la meilleure est retenue)

Hommes

IMC	Force musculaire abaissée si :
≤ 24	≤ 29 kg
24,1 – 26	≤ 30 kg
26,1 – 28	≤ 30 kg
> 28	≤ 32 kg

Femmes

IMC	Force musculaire abaissée si :
≤ 23	≤ 17 kg
23,1 – 26	≤ 17,3 kg
26,1 – 29	≤ 18 kg
> 29	≤ 21 kg

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie
Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156



ESANTE
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24-25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

RALENTISSEMENT DE LA VITESSE DE MARCHÉ DANS LE BILAN DE L'EMGT-18



CRITÈRE 4 DE FRIED³

Nutrition

Chutes perf phys

Entourage

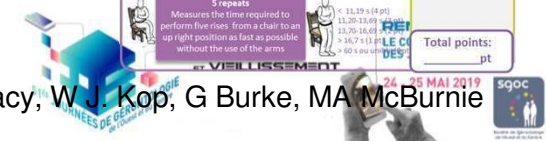
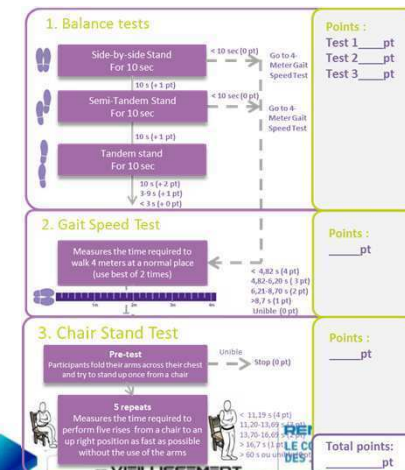
	Cutoff pour 15 feet	Cutoff en m/s	Cutoff pour 4 m
H ≤ 1,73 m	7 secondes	0,65 m/s	6,15 secondes
H > 1,73 m	6 secondes	0,76 m/s	5,26 secondes
F ≤ 1,59 m	7 secondes	0,65 m/s	6,15 secondes
F > 1,59 m	6 secondes	0,76 m/s	5,26 secondes

- Épreuve de marche sur 4 m
- Sub-test de la SPPB⁶

6- **Guralnik JM** & al. « A Short Physical Performance Battery assessing lower extremity function : association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission »
Journal of Gerontology : medical sciences 1994, Vol. 49, N°2, M85-M94

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB. Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie
Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146–M156





Groupement
Hospitalier
de Territoire

BAISSE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

Sédentarité

évaluation à l'interrogatoire : sédentarité possible

CRITÈRE 5 DE FRIED³

utilisation du podomètre :

nombre de pas à J1
nombre de pas à J2
nombre de pas à J3

Nutrition

Chutes perf phys

Entourage

en attente des résultats du podomètre

- **Physical Activity:** Based on the short version of the Minnesota Leisure Time Activity questionnaire, asking about walking, chores (moderately strenuous), mowing the lawn, raking, gardening, hiking, jogging, biking, exercise cycling, dancing, aerobics, bowling, golf, singles tennis, doubles tennis, racquetball, calisthenics, swimming. Kcals per week expended are calculated using standardized algorithm. This variable is stratified by gender.

Men: Those with Kcals of physical activity per week <383 are frail.

Women: Those with Kcals per week <270 are frail.

- Recherche à l'interrogatoire
- Prêt d'un podomètre⁷⁻⁸ pour les cas douteux



7- Test-retest reliability of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire.

Folsom AR, Jacobs DR Jr, Caspersen CJ, Gomez-Marín O, Knudsen J.

J Chronic Dis. 1986;39(7):505-11.

8- What do pedometer counts represent? A comparison between pedometer data and data from 4 different questionnaires.

De Cocker KA, De Bourdeaudhuij IM, Cardon GM.

Public Health Nutr. 2009 Jan;12(1):74-81. doi: 10.1017/S1368980008001973. Epub 2008 Mar 20.

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156

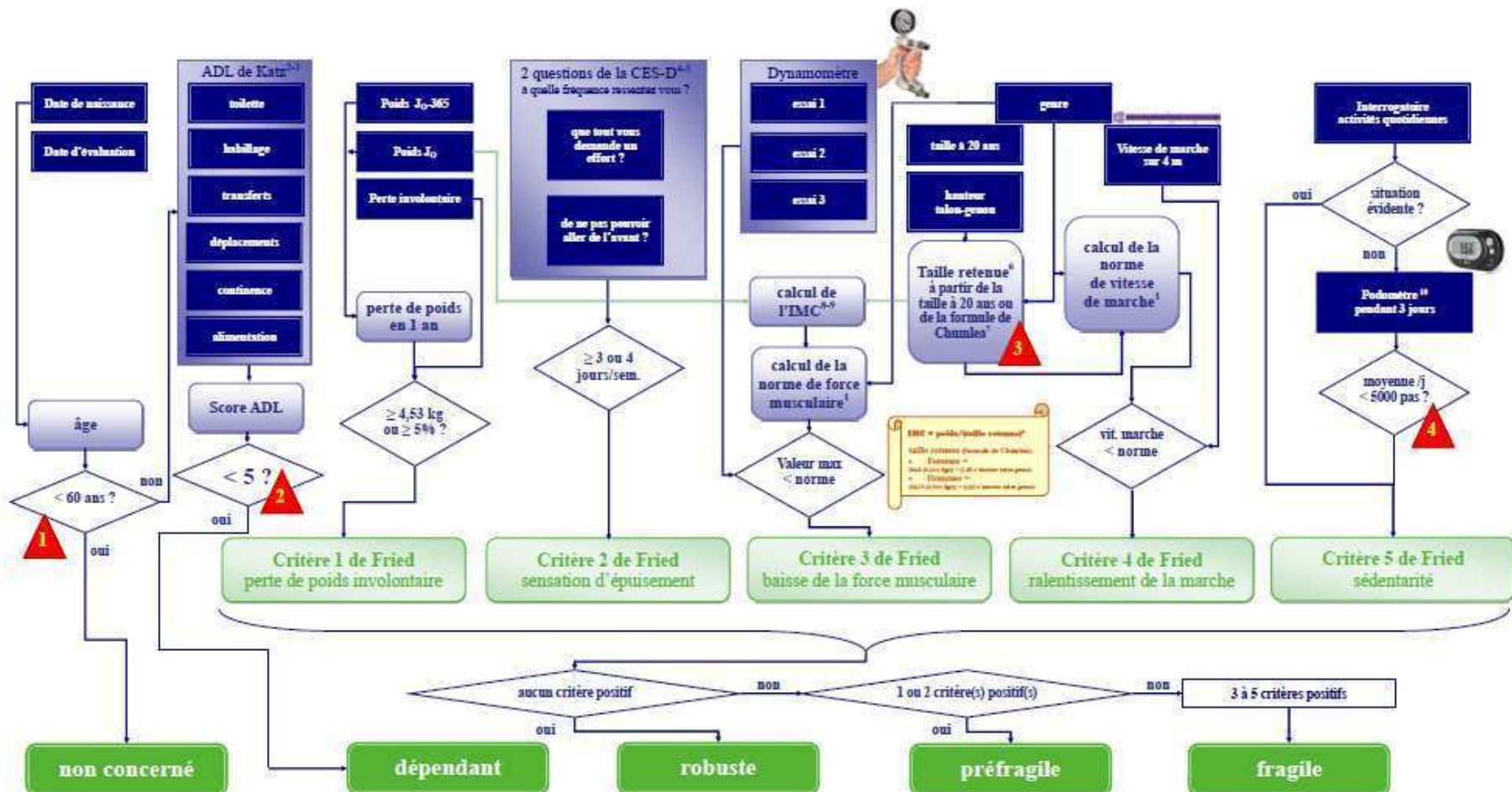




Groupement
Hospitalier
de Territoire

ALGORITHME UTILISÉ POUR DÉTERMINER LE STATUT DE FRAGILITÉ

UN PROCESSUS PLUS COMPLEXE QU'IL N'Y PARAÎT !

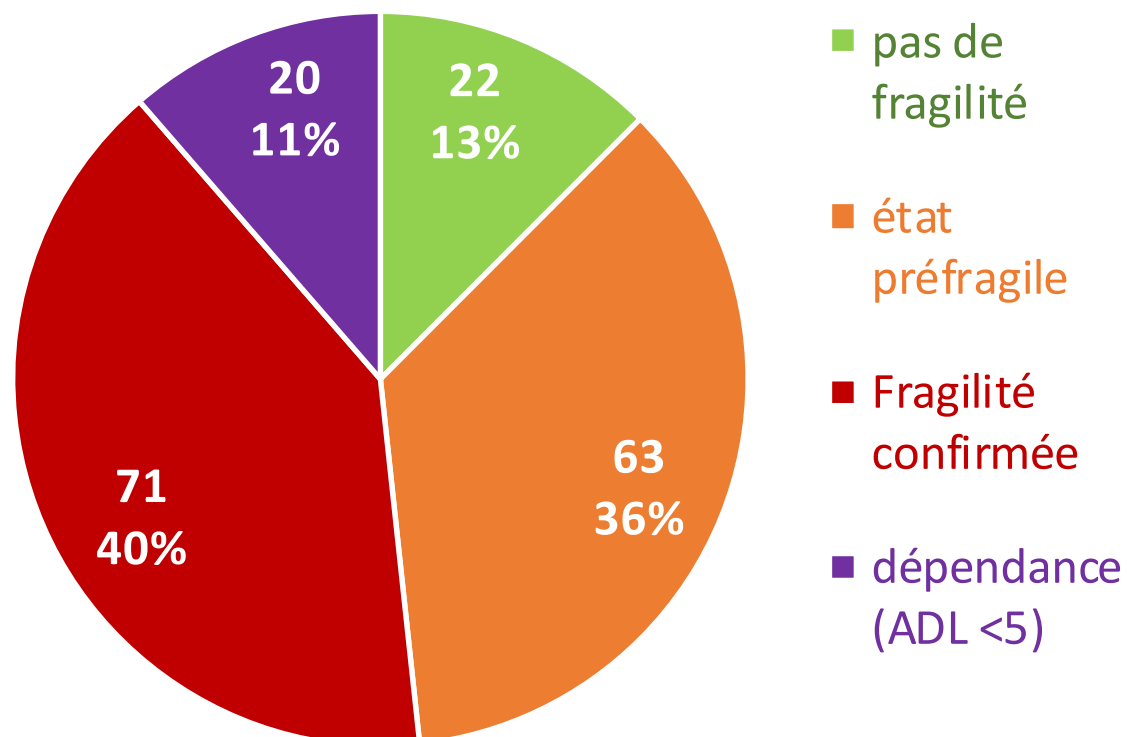




Groupement
Hospitalier
de Territoire

STATUTS DE FRAGILITÉ RETROUVÉS LORS DE L'ÉVALUATION INITIALE

LA CIBLE EST BIEN ATTEINTE





Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'ÉTAT DE FRAGILITÉ EST POTENTIELLEMENT RÉVERSIBLE



Exemple : réversibilité de 18%

par un simple programme de conseil téléphonique d'exercice physique dans le projet LIFE⁹

9- "Effect of telephone exercise counseling on frailty in older veterans: project LIFE"

Peterson MJ, Sloane R, Cohen HJ, Crowley GM, Pieper CF, Morey MC.

Am J Mens Health. 2007 Dec;1(4):326-34. doi: 10.1177/1557988307306153. Epub 2007 Oct 3.



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire

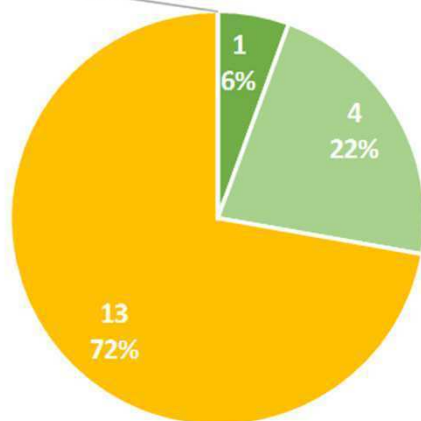
ÉVOLUTION DU STATUT DE FRAGILITÉ À LA PREMIÈRE RÉÉVALUATION

DES RÉSULTATS POSITIFS MAIS UN PEU DÉCEVANTS

Fragiles à l'évaluation initiale

devenir à la première réévaluation
des fragiles à l'évaluation initiale

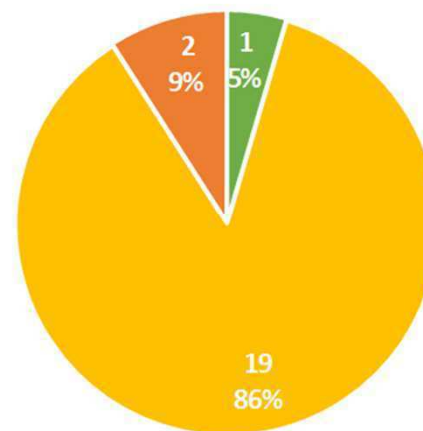
0
0%



■ indépendant ■ pré-fragile ■ fragile ■ dépendant

Préfragiles à l'évaluation initiale

devenir à la première réévaluation
des préfragiles à l'évaluation initiale



■ indépendant ■ pré-fragile ■ fragile ■ dépendant



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019



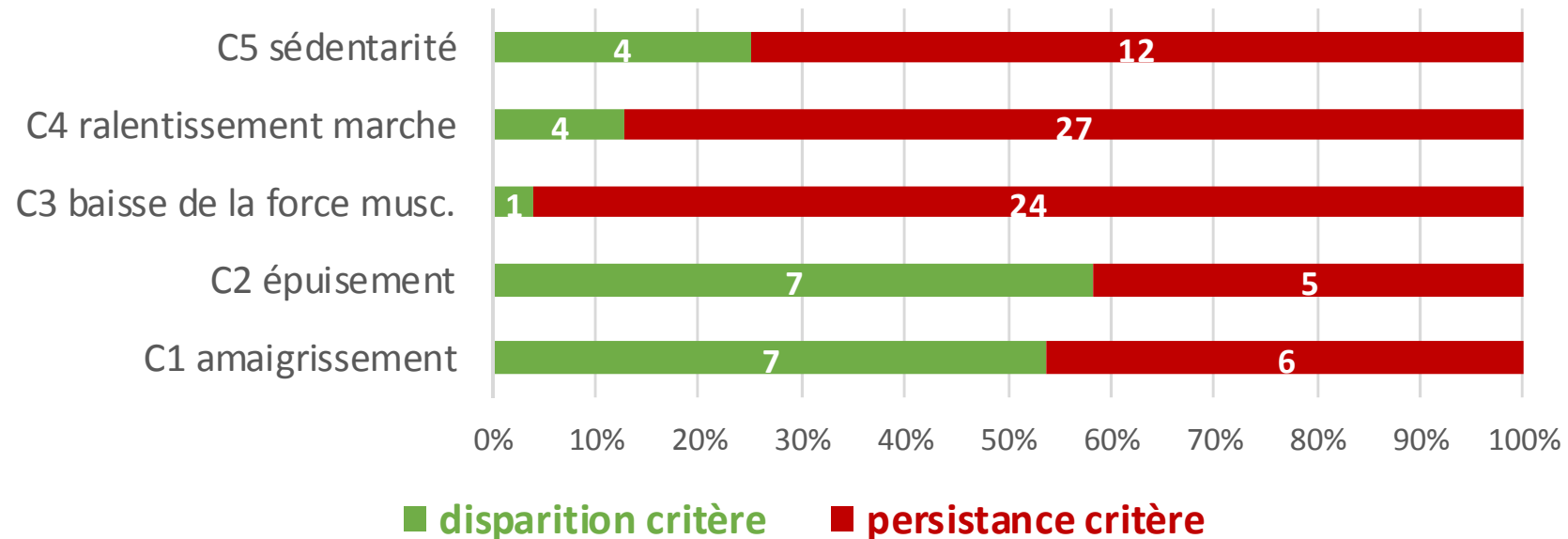


Groupement
Hospitalier
de Territoire

QUELS CRITÈRES DE FRIED ONT ÉTÉ AMÉLIORÉS À LA RÉÉVALUATION ?

PEU D'AMÉLIORATION POUR LES CRITÈRES « PHYSIQUES »

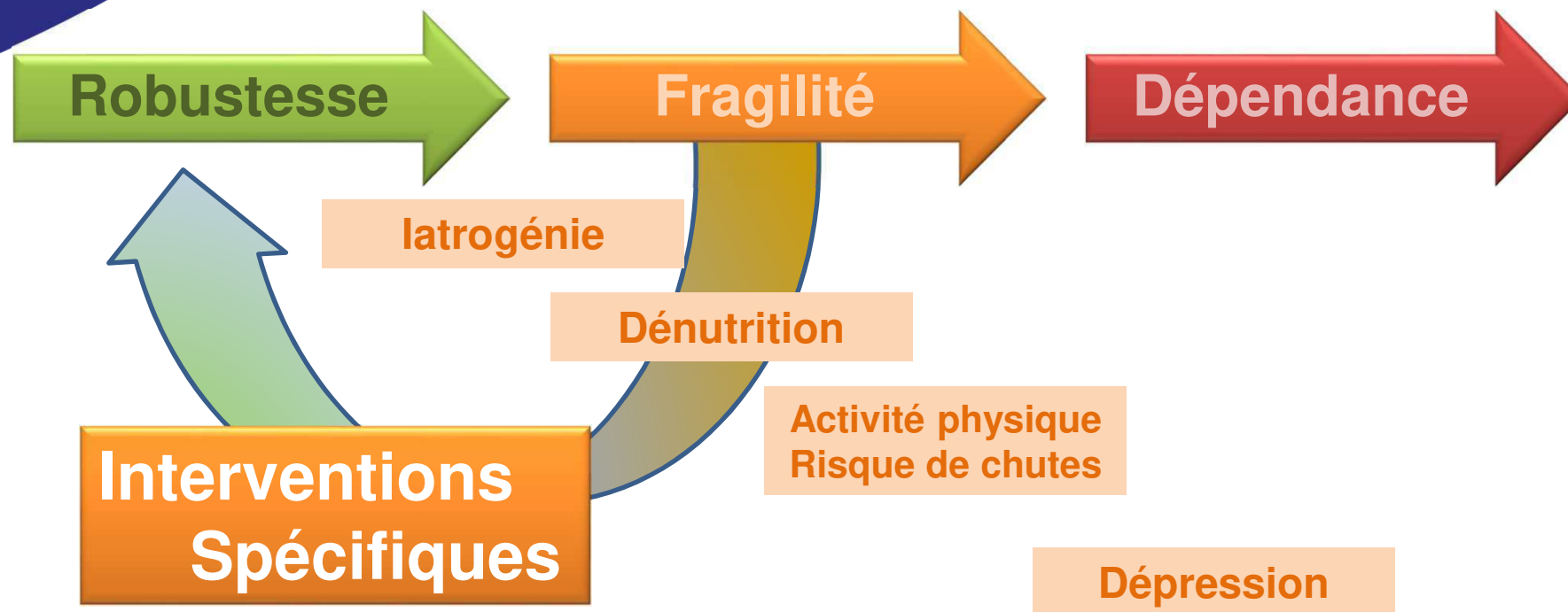
évolution des critères de Fried à la première réévaluation
chez les préfragiles et fragiles initialement





Groupement
Hospitalier
de Territoire

4 FACTEURS DE FRAGILITÉ FRÉQUENTS SONT RÉVERSIBLES GRÂCE À DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES



Dépression – éléments dépressifs

Constat – Préconisations - Résultats



Groupement
Hospitalier
de Territoire

Repérage

Sup sens

Autonomie

ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

DÉPISTAGE ET CONFIRMATION ÉVENTUELLE

10- "Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions"

D'Ath P(1), Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C.
Fam Pract. 1994 Sep;11(3):260-6.

11- "Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale"

Clément JP(1), Nassif RF, Léger JM, Marchan F.
Encephale. 1997 Mar-Apr;23(2):91-9.

mini-GDS¹⁰⁻¹¹

Mini-GDS	score = 2
dépistage de dépression	positif
Avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	non 0
Etes-vous heureux la plupart du temps ?	non 1
Vous sentez-vous découragé et triste ?	oui 1
Pensez-vous que votre situation est désespérée ?	non 0

si positif (>0)

GDS-30 items¹²⁻¹³

GDS-30 Items :	dépression modérée
score = 19	
1- êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ?	non
2- avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts ?	oui
3- avez-vous l'impression que votre vie est vide ?	non
4- vous ennuyez-vous souvent ?	non
5- êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir ?	non
6- êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas vous débarrasser ?	non
7- avez-vous la plupart du temps un bon moral ?	non
8- craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ?	oui
9- êtes-vous heureux la plupart du temps ?	non
10- éprouvez-vous un sentiment d'impuissance ?	oui
11- vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter ?	oui
12- préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités ?	oui
13- êtes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir ?	oui
14- avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui
15- pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle ?	non
16- vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	oui
17- vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel ?	non
18- le passé vous préoccupe-t-il beaucoup ?	non
19- trouvez-vous la vie très excitante ?	non
20- avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets ?	non
21- vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	non
22- avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	non
23- pensez-vous que la plupart des gens vit mieux que vous ?	oui
24- vous mettez-vous souvent en colère pour des riens ?	non
25- avez-vous souvent envie de pleurer ?	non
26- avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?	oui
27- êtes-vous heureux de vous lever le matin ?	non
28- préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	non
29- prenez-vous facilement des décisions ?	non
30- vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé ?	oui

12- "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report"

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO.
J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.

13- Psychometric evaluation of depression in the elderly subject: which instruments?
What are the future perspectives?

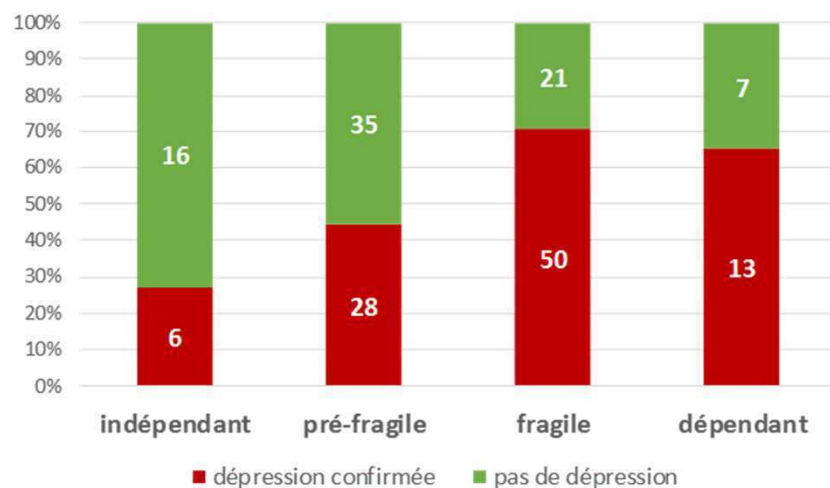
Bonin-Guillaume S, Clément JP, Chassain AP, Léger JM.
Encephale. 1995 Jan-Feb;21(1):25-34.



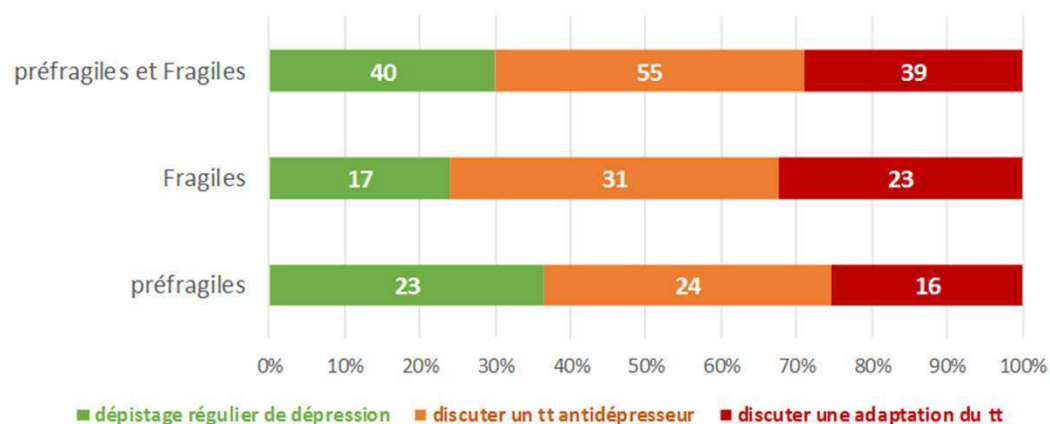
Groupement
Hospitalier
de Territoire

DÉPRESSION : CONSTAT ET PRÉCONISATIONS

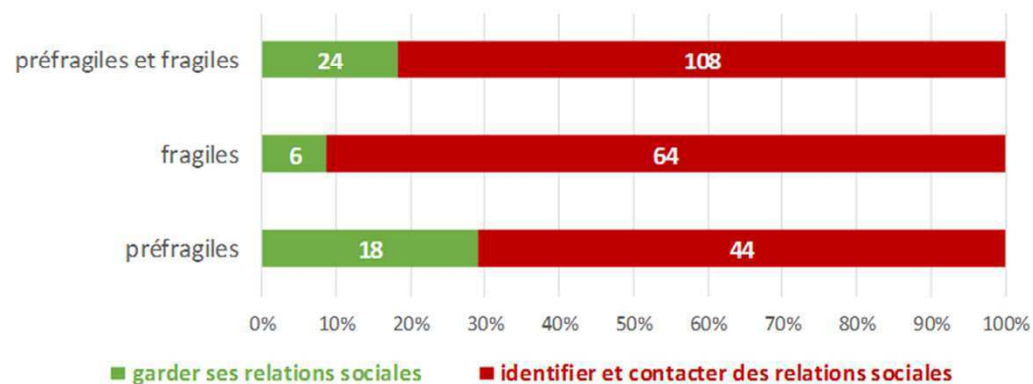
LA DÉPRESSION EST INTIMEMENT LIÉE À LA FRAGILITÉ



préconisations dans le cadre des éléments dépressifs



préconisations en termes de vie sociale



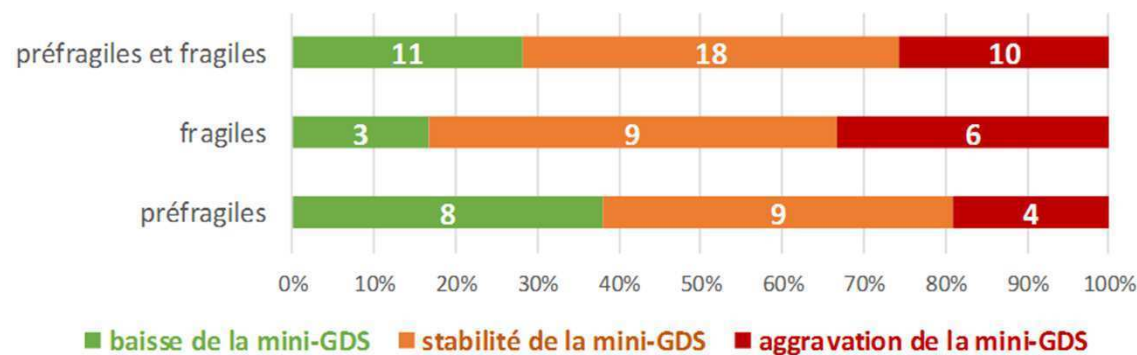


Groupement
Hospitalier
de Territoire

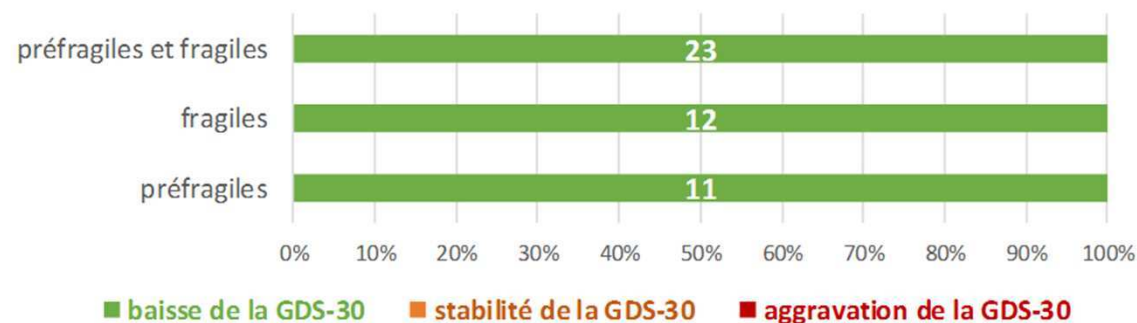
RÉSULTATS : ÉVOLUTION DES ÉLÉMENTS DÉPRESSIFS

UNE AMÉLIORATION ÉVIDENTE

évolution du score à la mini-GDS



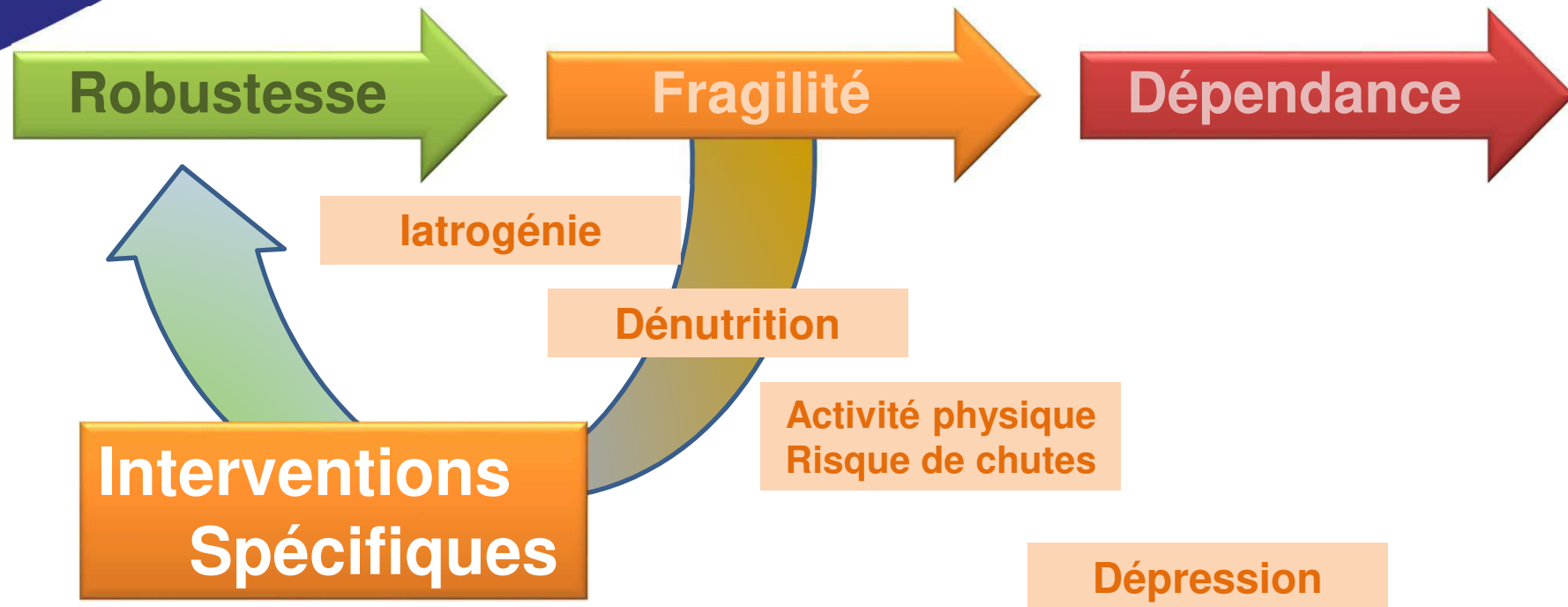
évolution du score à la GDS-30 items





Groupement
Hospitalier
de Territoire

4 FACTEURS DE FRAGILITÉ FRÉQUENTS SONT RÉVERSIBLES GRÂCE À DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES



Dénutrition

Constat – Préconisations - Résultats



Groupe
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18 (1)

Autonomie

Nutrition

Chutes perf phys

Evaluation nutritionnelle de Madame Lucie L.



Groupe
Hospitalier
de Territoire

	Poids	IMC	
-1 an	54,00	18,91	56,00
-6 mois	53,20	18,63	54,00
-1 mois	52,10	18,24	50,00
aujourd'hui	48,00	16,81	48,00

la perte de poids est-elle involontaire ? **oui**

perte de poids en 1 an de 5% ou plus

perte de poids en 6 mois de moins de 10%

perte de poids en 1 mois entre 5 et 10% : **dénutrition**

Evolution du poids depuis 1 an



Taille retenue : 169 cm

taille à l'âge de 20 ans : 169 cm

hauteur talon-genou :

taille selon Chumlea :

nombre de régime(s)	2
médical 1	anti-diabétique
médical 2	
habitus	aversion à la viande

Interprétation

critère 1 de Fried	positif
critère 1 de Al Snih	positif
IMC	dénutrition sévère
perte de poids 1 mois	dénutrition
perte de poids 6 mois	perte de poids modérée
MNA	dénutrition

Poids :

- aujourd'hui : utilisation de la balance
- poids antérieurs : interrogatoire

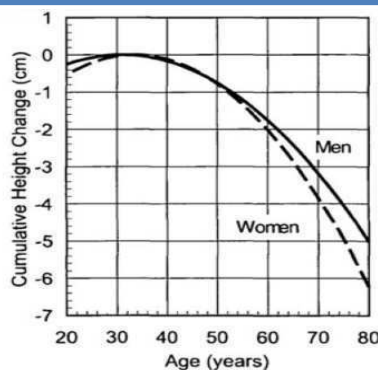


FIGURE 5. Cumulative height change in men and women from young adulthood to old age. The solid line represents a combination of the age-specific rates of height loss from 13 studies of men (2, 7, 10-14, 16, 17, 20, 22, 24); the dashed line represents a combination of the age-specific rates obtained from 11 studies of women (2, 7, 12-16, 20, 22, 24).

Taille :

- si taille à 20 ans connue : la saisir
- sinon : mesurer la hauteur talon-genou au pied à coulisse (pour utiliser la formule de Chumlea¹⁴)

Régimes et habits :

- interrogatoire

14- Chumlea WC, Guo S

Equations for predicting stature in white and black elderly individuals.

J Gerontol. 1992 Nov;47(6):M197-203.





Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18 (2)

MNA : MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT¹⁵

Autonomie

Nutrition

Chutes perf phys

MNA dépistage = 8 poursuivre l'éval.		
A- Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?		
anorexie modérée	1	
B- Perte récente de poids (<3 mois)		
perte de poids entre 1 et 3 kg	2	
C- Motricité		
autonome à l'intérieur	1	
D- Maladie ou stress psychologique depuis 3 mois ?		
non	2	
E- Problèmes neuropsychologiques ?		
pas de problème psychologique	2	
F- IMC	16,81 kg/m ²	0

Si +

MNA global	7,5	score total : 15,5	dénutrition
G- le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?	oui	1	
H- prend-il plus de 3 médicaments ?	oui	0	
I- présente-t-il des escarres ou des plaies cutanées ?	non	1	
J- combien de véritables repas prend-il par jour ?	2 repas	1	
K- consomme-t-il :		0	
1 fois par jour au moins des produits laitiers ?	oui	1	
1 ou 2 fois /sem des œufs ou des légumineuses ?	non	0	
chaque jour viande, poisson ou volaille ?	non	0	
L- consomme-t-il 2 fois /j au moins des fruits et légumes ?	non	0	
M- combien de verres boit-il /j (eau, jus, café, thé, lait,...) ?	3 à 5 verres	0,5	
N- manière de se nourrir	seul sans dif	2	
O- le patient se considère-t-il bien nourri ?	ne sait pas o	1	
P- ressenti état de santé par rapport aux pers. du même âge	aussi bonne	1	
Q- circonférence brachiale (CB en cm) :	10	0	
R- circonférence du mollet (CM en cm) :	26	0	

15- « Overview of the MNA – Its History and Challenges »
Velas B, Villars H, Abellan G & al.
J Nut Health Aging 2006; 10:456-465



Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18 (3)

ÉVALUATION DE L'ÉTAT BUCCAL – CRITÈRE 1 DE FRIED³

Grille d'Eilers¹⁶

Grille d'Eilers : évaluation de l'état buccal		
	score = 16 N=12	état buccal altéré
Voix	normale	1
Lèvres	roses et humides	1
Dents	plaques et débris localisés ou prothèse	2
Gencives	roses, fermes et humides	1
Langue	rose et humide, papilles présentes	1
Salive	acqureuse, transparente	1
Muqueuses	roses et humides	1
Déglutition	normale	1
Goût	normal	1
Odeur	odeur franche ou modérément incommode	2
hyg. proth.	plaques et débris, sans ulcération en bouche	2
tenue proth.	prothèse instable	2



16- **Eilers J**, Berger AM, Petersen MC.

“Development, testing, and application of the oral assessment guide”
Oncol Nurs Forum. 1988 May-Jun;15(3):325-30

3- “Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype”

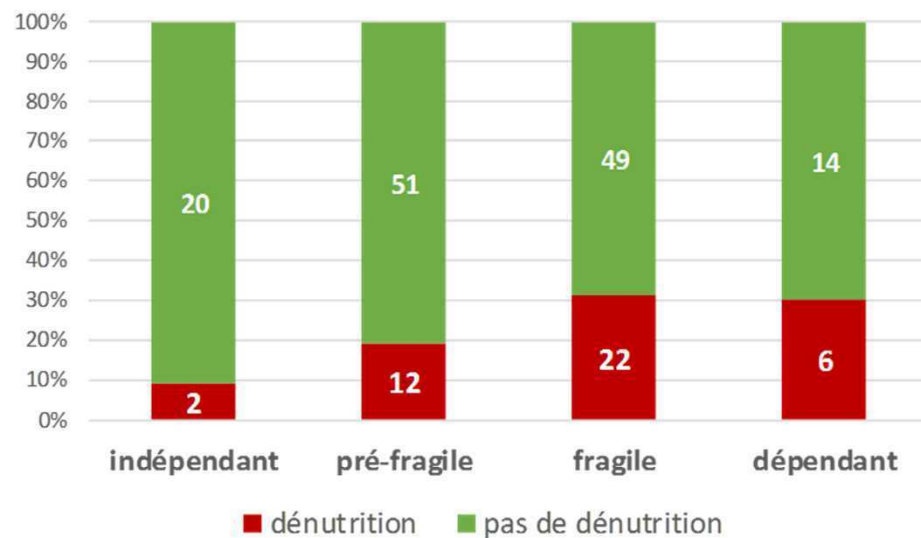
Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB Newman, C Hirsch, J
Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie
Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, 146–156



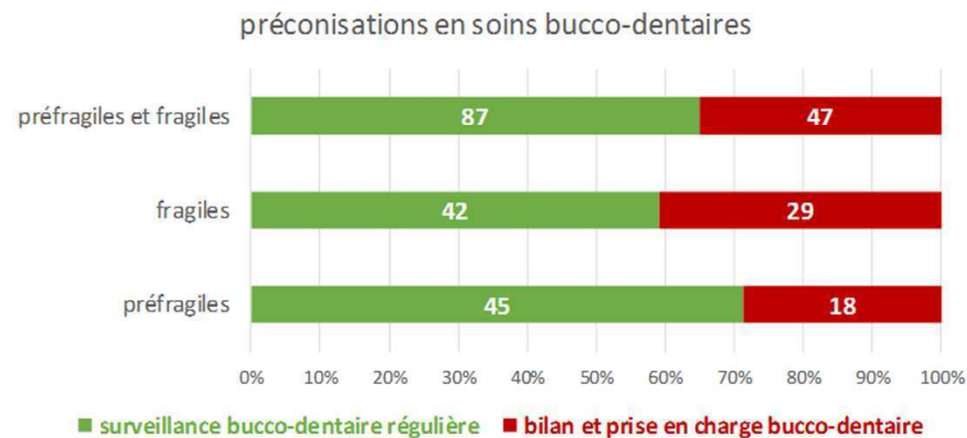
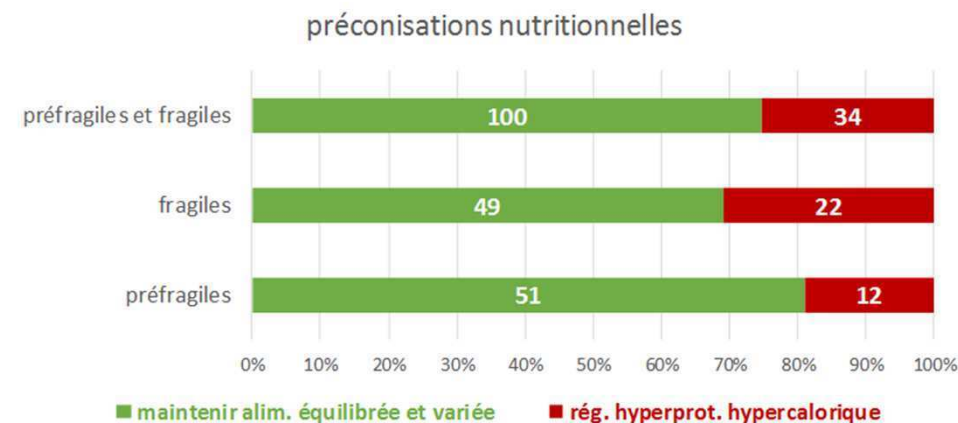
Groupement
Hospitalier
de Territoire

DÉNUTRITION : CONSTAT ET PRÉCONISATIONS

UNE PROBLÉMATIQUE À NE PAS NÉGLIGER



Évaluation initiale



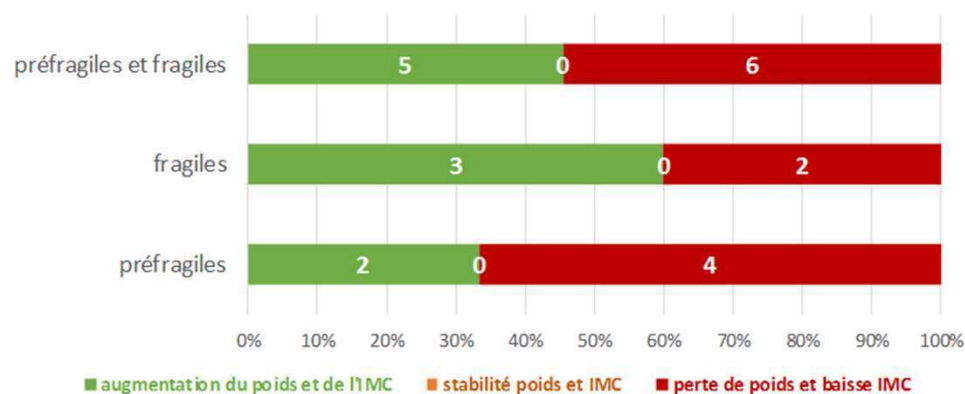


Groupement
Hospitalier
de Territoire

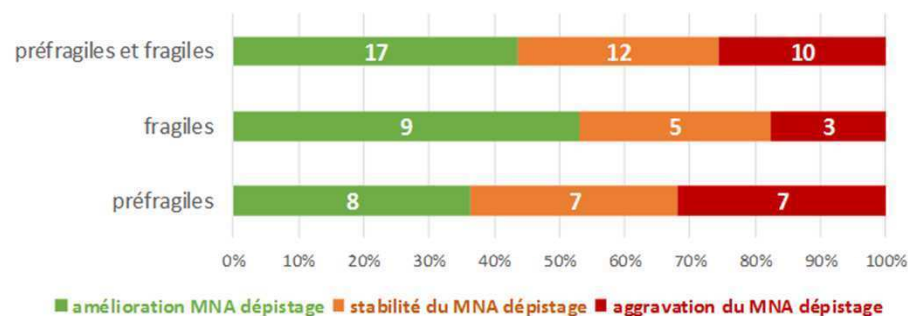
DÉNUTRITION : RÉSULTATS

UNE AMÉLIORATION NOTABLE SURTOUT CHEZ LES FRAGILES

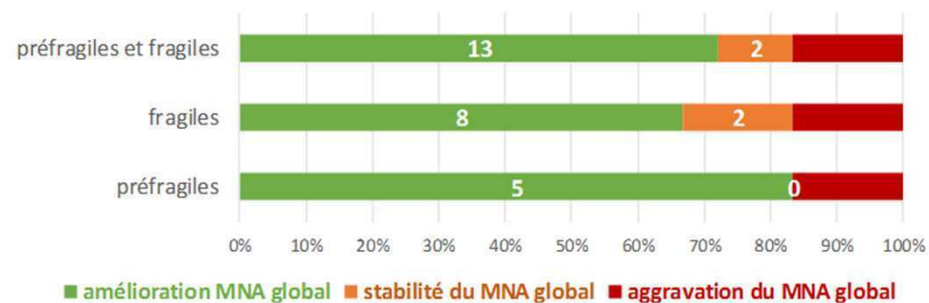
évolution du poids et de l'IMC chez les dénutris non-obèses



évolution du score au MNA-dépistage



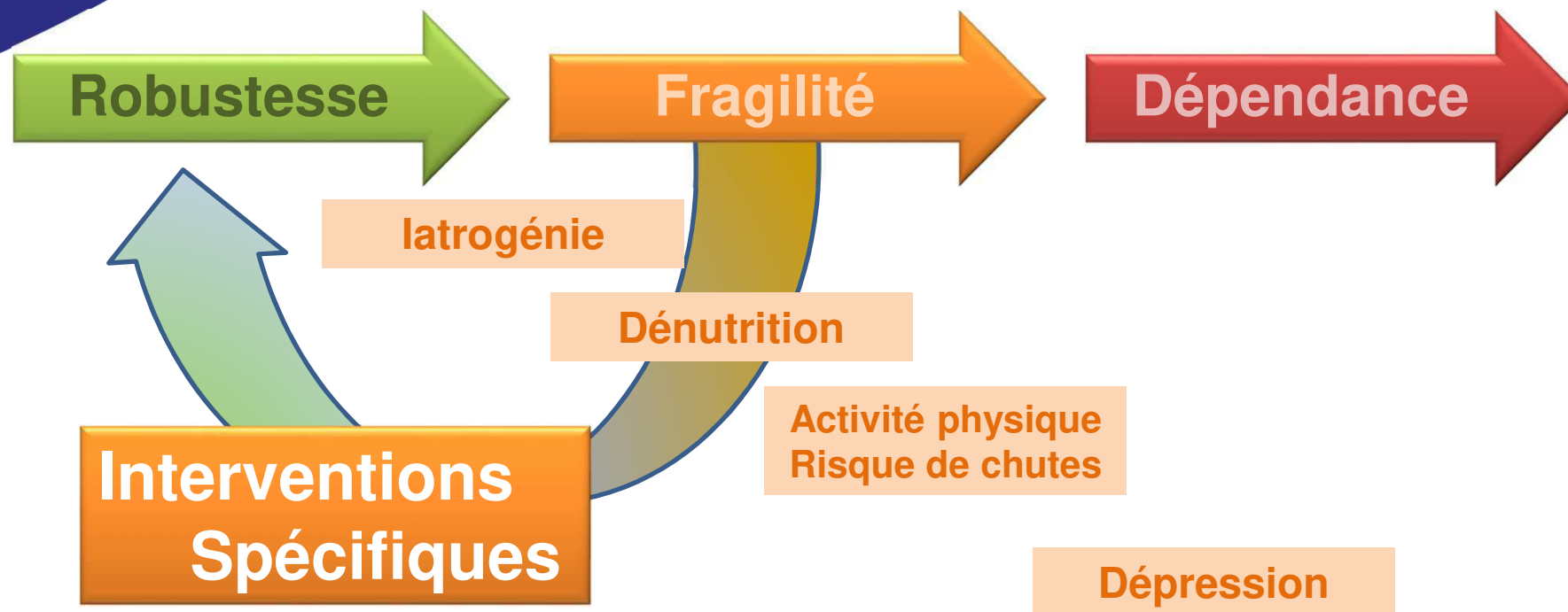
évolution du score au MNA global





Groupement
Hospitalier
de Territoire

4 FACTEURS DE FRAGILITÉ FRÉQUENTS SONT RÉVERSIBLES GRÂCE À DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES



Activité et performances physiques

Risque de chute

Constat – Préconisations - Résultats



Groupement
Hospitalier
de Territoire

PERFORMANCES PHYSIQUES DANS LE BILAN DE L'EMGT-18 (3)

SPPB⁶ - CRITÈRE 3 DE FRIED³ : RALENTISSEMENT DE LA MARCHE

SPPB Short Physical Performance Battery 3 / 12

performances faibles sarcopénie probable

Equilibre 1 / 4

pieds joints : tenu 10' semi-tandem : échec

Vitesse de marche 2 / 4

temps (en sec.) pour parcourir 4 m : 8,10 (0= impossible ; max=99)

Lever de chaise 5 fois 0 / 4

temps (en sec.) pour se lever 5 fois : 0,00 (0= impossible ; max=99)

Nutrition

Chutes perf phys

Entourage

6- Guralnik JM & al.

« A Short Physical Performance Battery assessing lower extremity function : association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission »
Journal of Gerontology : medical sciences 1994, Vol. 49, N°2, M85-M94

	Cutoff pour 15 feet	Cutoff en m/s	Cutoff pour 4 m
H ≤ 1,73 m	7 secondes	0,65 m/s	6,15 secondes
H > 1,73 m	6 secondes	0,76 m/s	5,26 secondes
F ≤ 1,59 m	7 secondes	0,65 m/s	6,15 secondes
F > 1,59 m	6 secondes	0,76 m/s	5,26 secondes

3- "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype"

Linda P. Fried, CM Tangen, J Walston, AB.

Newman, C Hirsch, J Gottdiener, Teresa Seeman, R Tracy, W J. Kop, G Burke, MA McBurnie

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 3, M146-M156



ESANTE
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

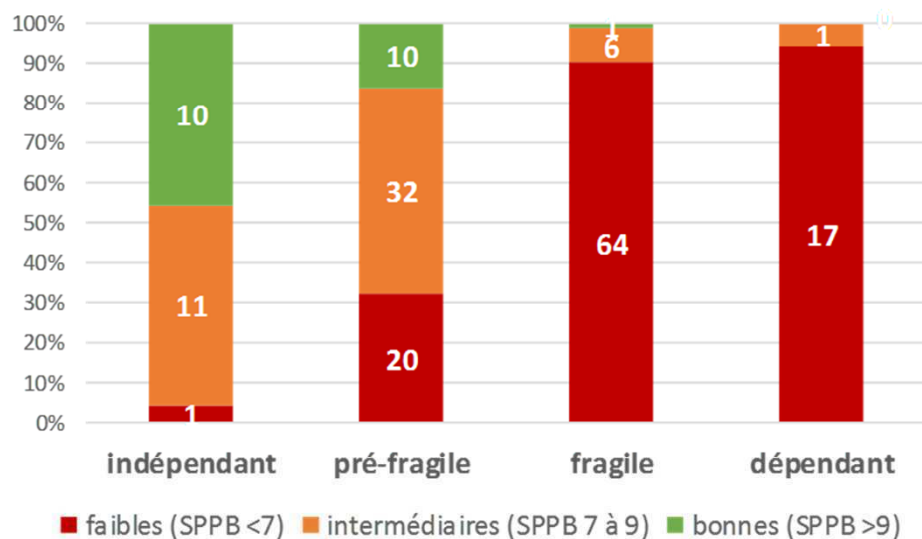
24 - 25 MAI 2019



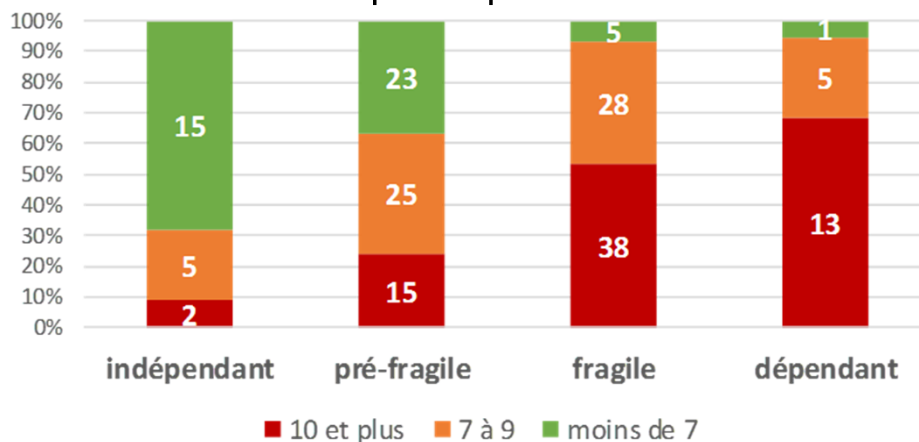
CONSTAT : PERFORMANCES PHYSIQUES À L'ÉVALUATION INITIALE

**DES PERFORMANCES FAIBLES
ET DE NOMBREUX FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE**

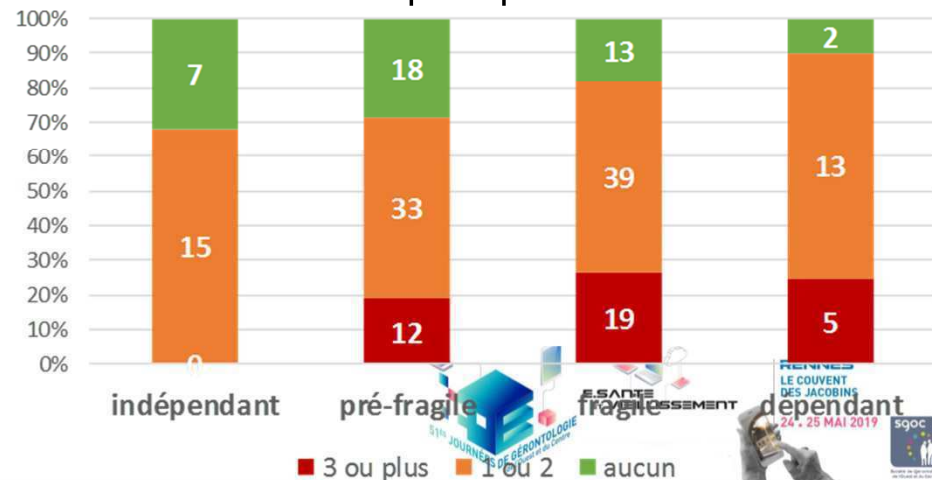
Performances physiques à la SPPB



Nb de facteurs prédisposant de chute



Nb de facteurs précipitant de chute





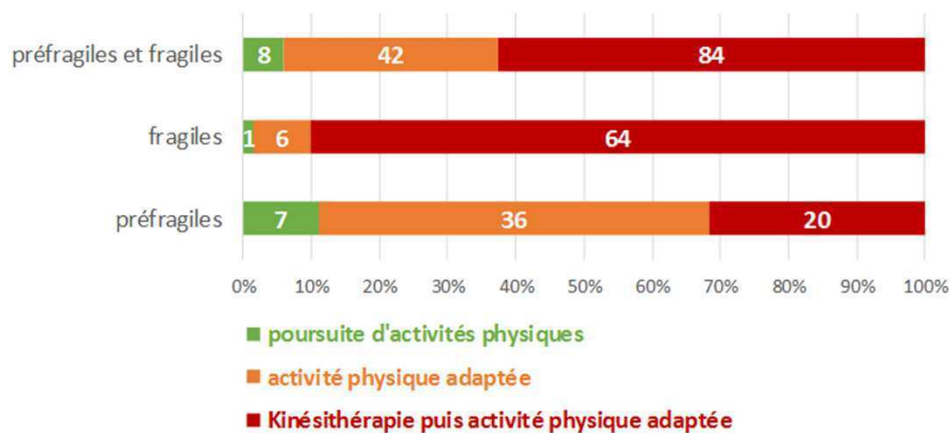
Groupement
Hospitalier
de Territoire

PRÉCONISATIONS EN TERME D'ACTIVITÉ ET DE PERFORMANCES PHYSIQUES

*DES BESOINS EN INTERVENANTS
IMPORTANTES SURTOUT CHEZ LES FRAGILES*

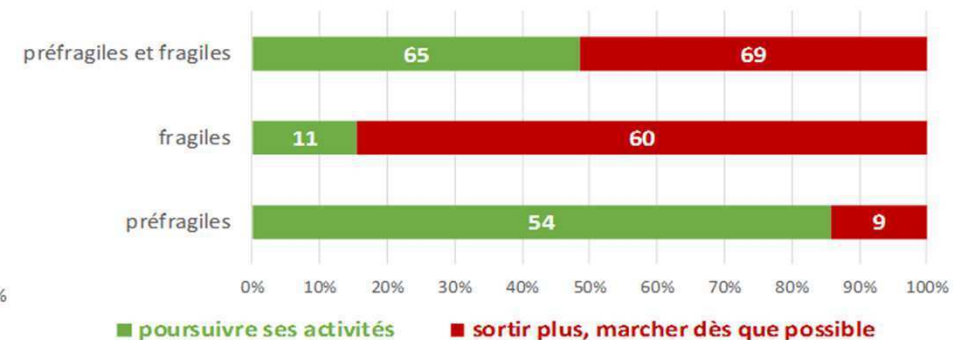
Kinésithérapie, Activité Physique Adaptée
éducation sportive

préconisations de kinésithérapie et d'APA
(Activité Physique Adaptée)



Activité du quotidien

préconisations en terme d'activités du quotidien



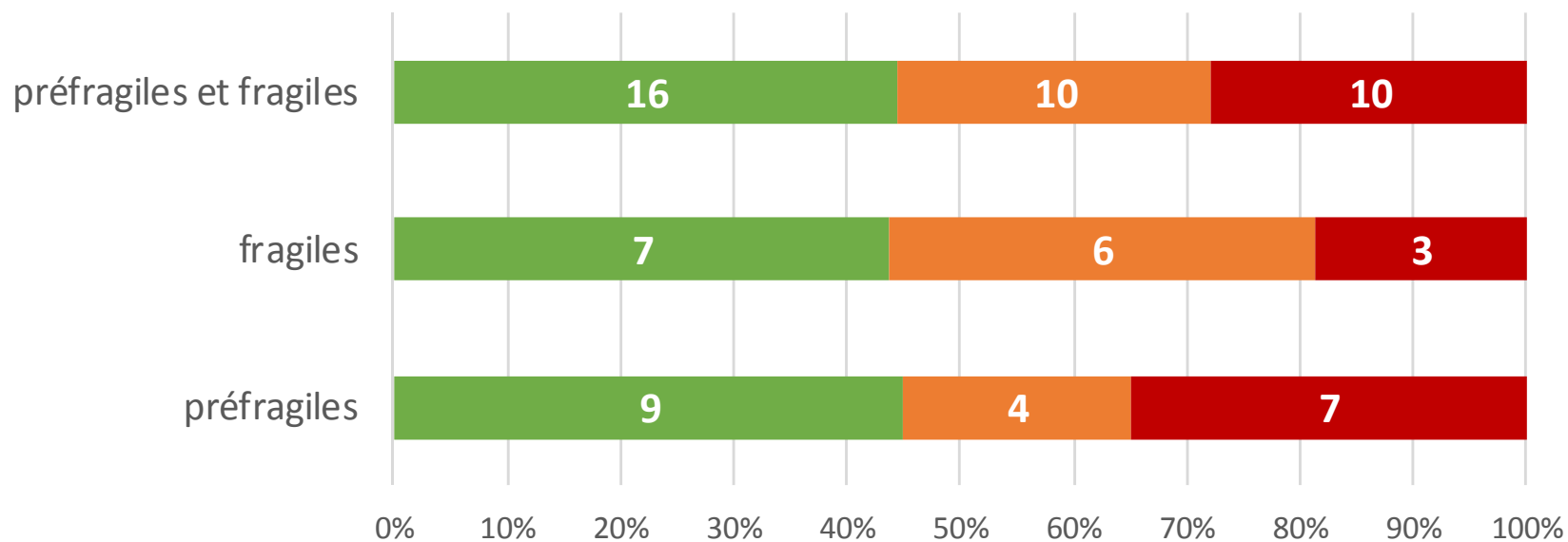


Groupement
Hospitalier
de Territoire

RÉSULTATS : ÉVOLUTION DES PERFORMANCES PHYSIQUES

DES RÉSULTATS NON SATISFAISANTS

évolution du score à la SPPB



■ amélioration à la SPPB ■ stabilité à la SPPB ■ aggravation à la SPPB



RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

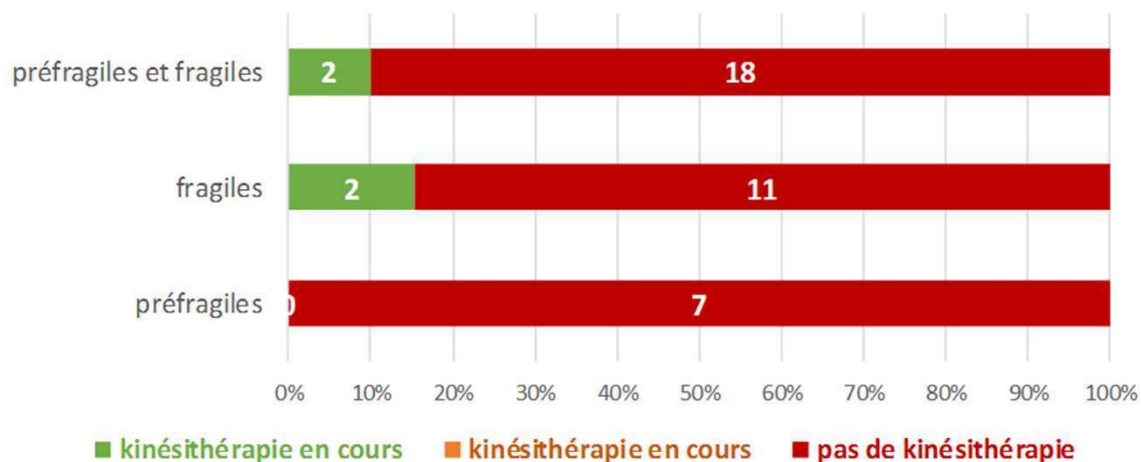
24 - 25 MAI 2019



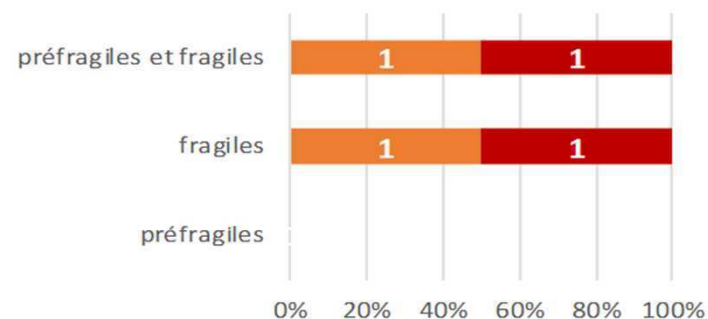
RESPECT DES PRÉCONISATIONS DE KINÉSITHÉRAPIE ET ÉVOLUTION

ATTENTION : FAIBLE NOMBRE – INTERPRÉTATION PRUDENTE

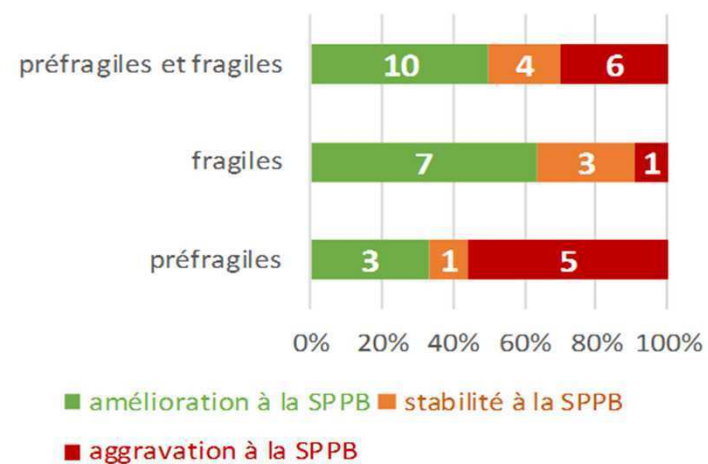
respect des préconisations de kinésithérapie



évolution de la SPPB avec kinésithérapie



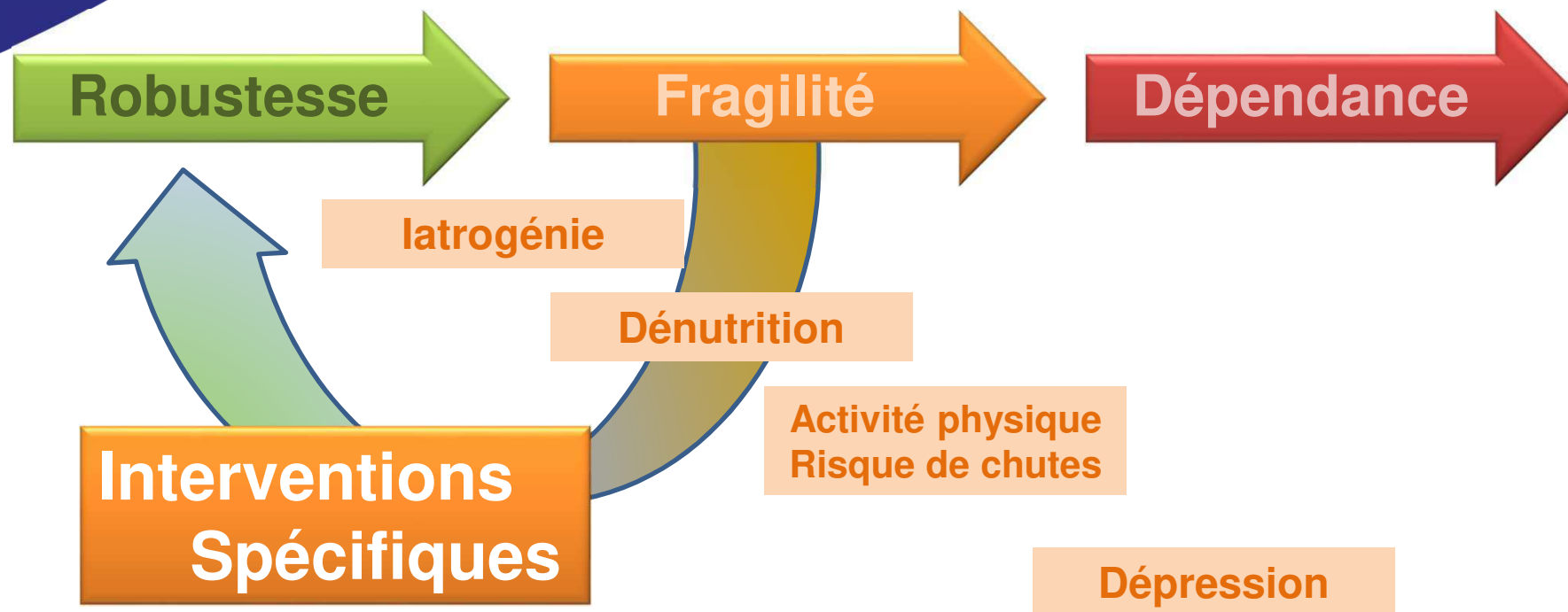
évolution de la SPPB sans kinésithérapie





Groupement
Hospitalier
de Territoire

4 FACTEURS DE FRAGILITÉ FRÉQUENTS SONT RÉVERSIBLES GRÂCE À DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES





Groupement
Hospitalier
de Territoire

Iatrogénie

Constat – Préconisations - Résultats

APPROCHE DE LA IATROGÉNIE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

STOPP & START¹⁷⁻¹⁸ – BEERS 2012¹⁹⁻²⁰

SCORES ARS²¹ ADS²² ET ACB²³

Nom du médicament	type de prescription	posologie (nb d'unités par prise)						savez-vous à quoi il sert ?
		matin	midi	soir	coucher	autre		
Digoxine	généraliste	2	2	2				correct
Co-Renitec	généraliste	1						non correct
vasten 20	cardiologue			1				non correct
Rythmodan LP	cardiologue	1			1			non correct
Lasilix 40	généraliste	1						correct
Paroxetine 20	généraliste				1			non correct
CORTANCYL 20	généraliste	1						non correct

Environnement **Médicaments** Iatrogénie

Médicaments **Iatrogénie** Beers 2012

Nom du médicament	Famille 1	Famille 2	critères d'arrêt					R. anticholinergique	Commentaires	Propositions éventuelles
			STOPP	Beers 2012	ARS	ADS	ACB			
Digoxine	digoxine									
Co-Renitec	IEC ou ARA 2	diurétique					3		doublon diurétique avec Lasilix	arrêt HCTZ : Renitec
vasten 20	autre		A1	A2					intérêt discutable des statine en prév. primaire	arrêt ?
Rythmodan LP	antiarythmique de classe 1		B1		7	9	2	2	1	
Lasilix 40	diurétique		A1	B2	34			1	2	baisse après major. Tt de fond ?
Paroxetine 20	antidépresseur				31		1	3	3	effets anticholinergiques importants
CORTANCYL 20	autre							1		changement d'antidépresseur

17- **Gallagher P**, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. "STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)" Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Feb;46(2):72-83.

18- **Lang PO**, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N, Gallagher P, O'Mahony D, Michel JP "STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people" Can J Public Health. 2009 Nov-Dec;100(6):426-31.

19- **Resnick B**, Pacala JT « 2012 Beers Criteria » J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):612-3.

20- **Fick D**, Semla T, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, DuBeau CE, Flanagan N, Hanlon J, Hollmann P, Linnebur S, Nau D, Rehm B, Sandhu S, Steinman M "American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults" J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.

21- **Rudolph JL**, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Arch Intern Med 2008;168:508—13.

22- **Carnahan RM**, Lund BC, Perry PJ, et al.

The relationship of an anticholinergic rating scale with serum anticholinergic activity in elderly nursing home residents. Psychopharmacol Bull 2002;36:14—9.

23- **Boustani MA**, Campbell NL, Munger S, &al. Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. Aging Health 2008;4:311—20.

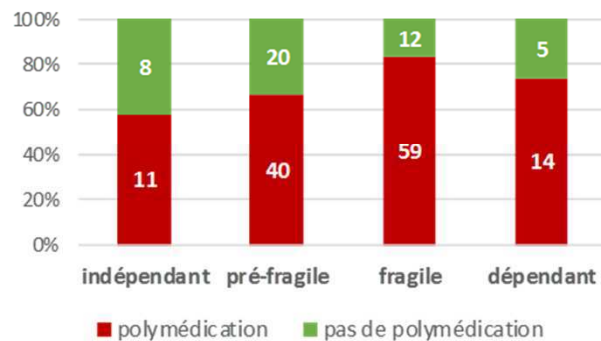


Groupement
Hospitalier
de Territoire

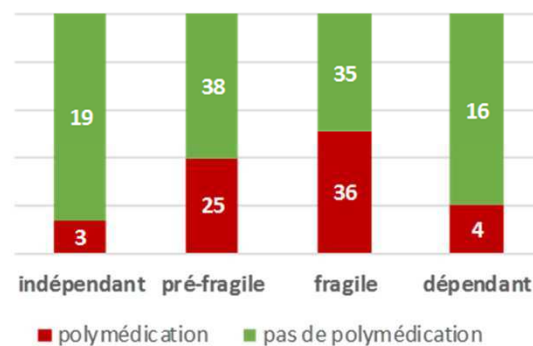
CONSTAT : POLYMÉDICATION ET FRAGILITÉ

POUR LES 3 DÉFINITIONS DE LA POLYMÉDICATION

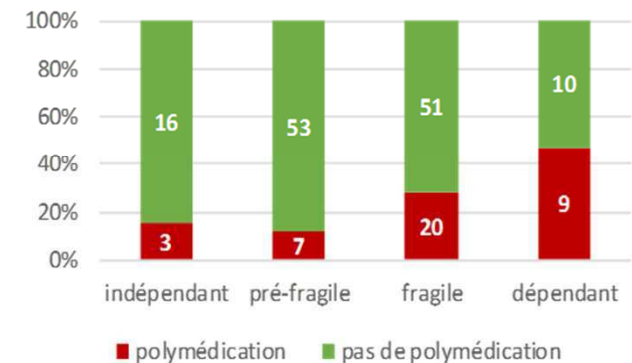
au moins 5 médicaments



5 à 9 medic. dont 1 au moins à risque



au moins 10 médicaments



Médicaments à risque :

- anticoagulants
- double antiagreg. plaq
- digoxine
- insuline ou antidiab. oraux
- BZD : benzodiazépines

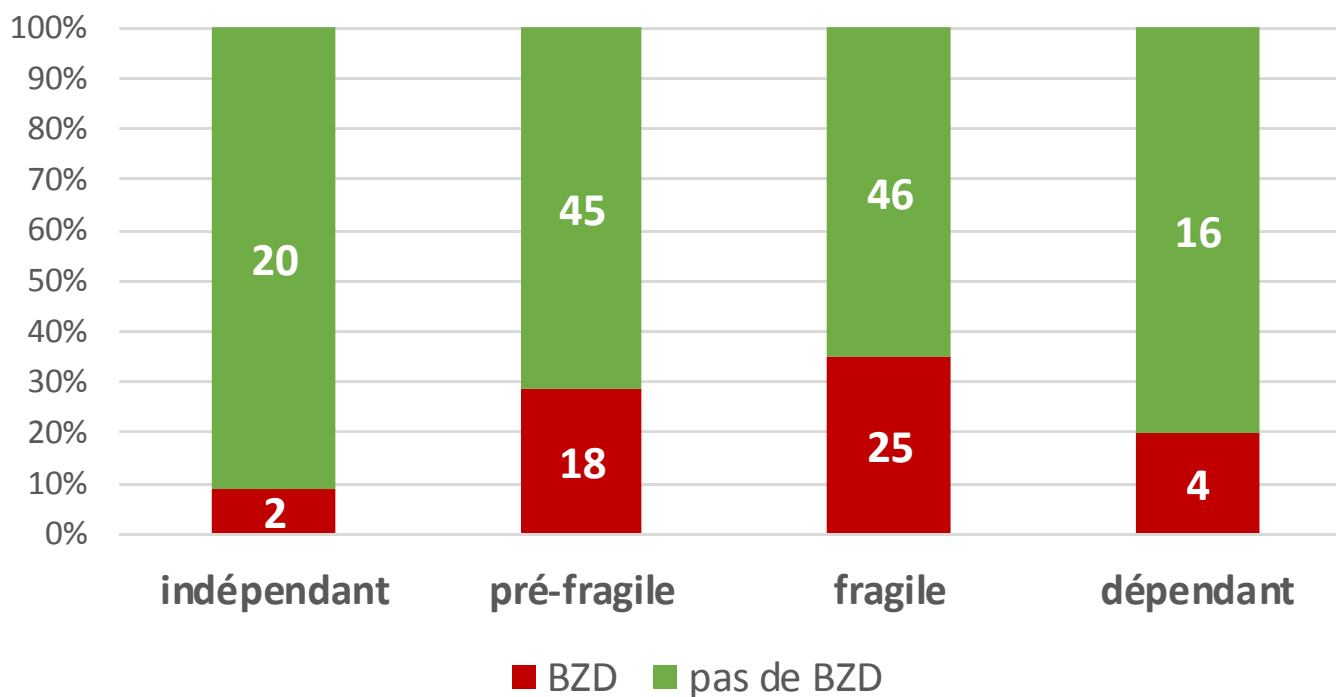


Groupement
Hospitalier
de Territoire

CONSTAT : PRISE DE BENZODIAZÉPINE ET FRAGILITÉ

UN LIEN MANIFESTE

Prise de benzodiazépine selon le statut de Fragilité



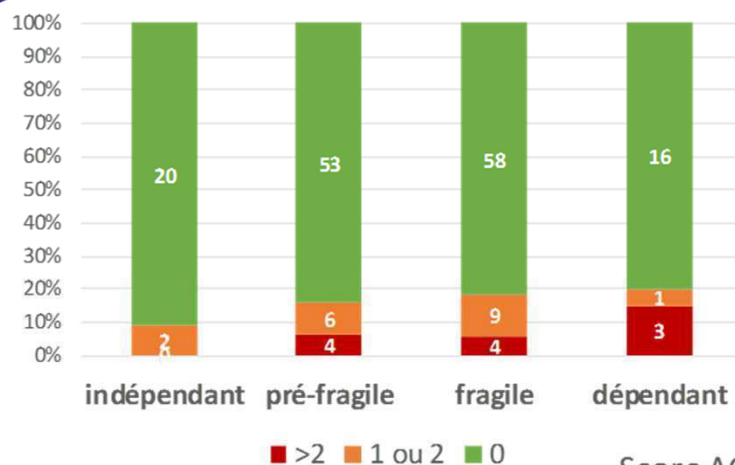


Groupement
Hospitalier
de Territoire

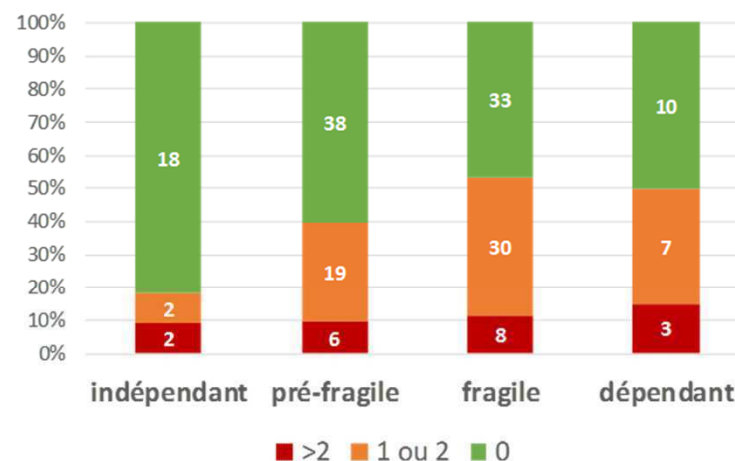
CONSTAT : POTENTIEL ANTICHOLINERGIQUE DU TRAITEMENT ET FRAGILITÉ

UN RISQUE MÉCONNU ET TROP PEU PRIS EN COMPTE

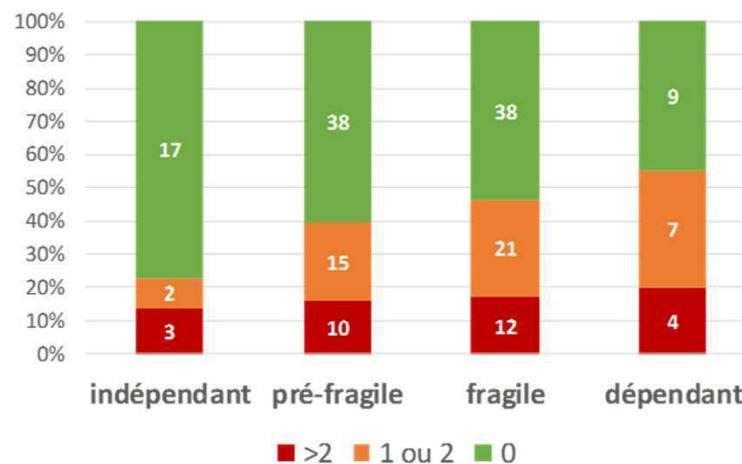
Score ARS selon le statut de Fragilité



Score ADS selon le statut de Fragilité

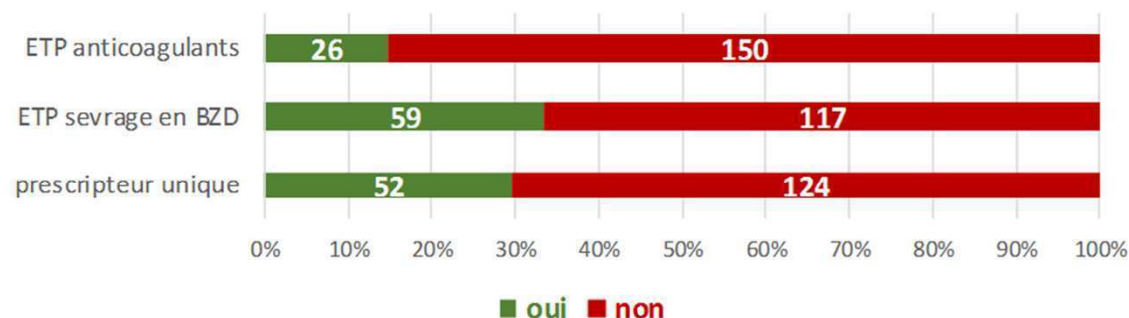


Score ACB selon le statut de Fragilité

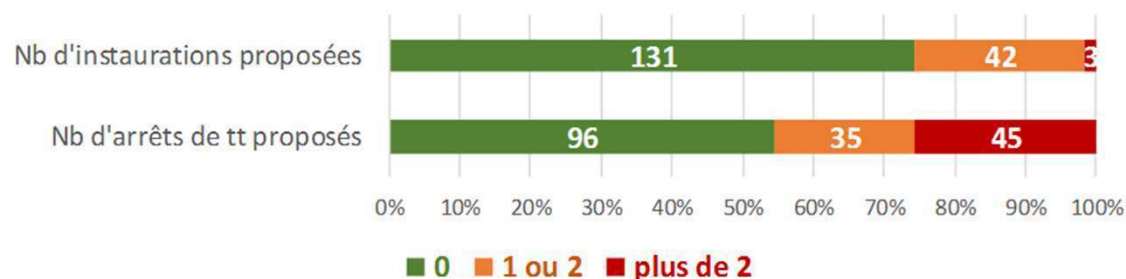


PRÉCONISATIONS LIÉES AUX MÉDICAMENTS

préconisations en termes d'éducation thérapeutique
et de prescripteur unique



préconisations en termes d'arrêts
et d'instaurations de traitement

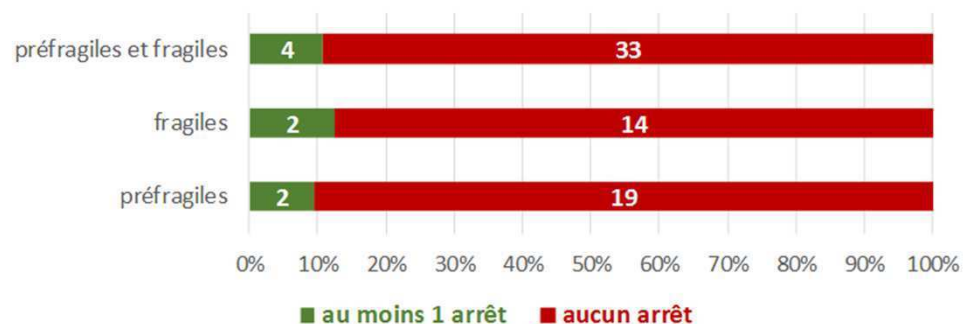




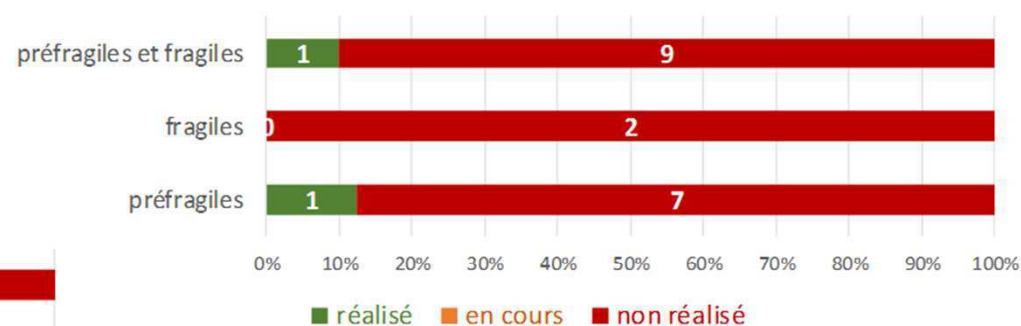
Groupement
Hospitalier
de Territoire

SUIVI DES PRÉCONISATIONS LIÉES AUX MÉDICAMENTS

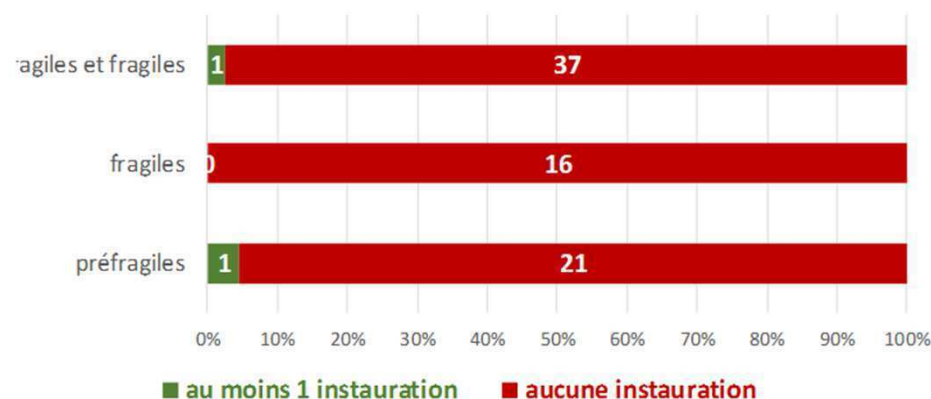
respect des préconisations d'arrêts de traitements



préconisation d'avoir un seul prescripteur



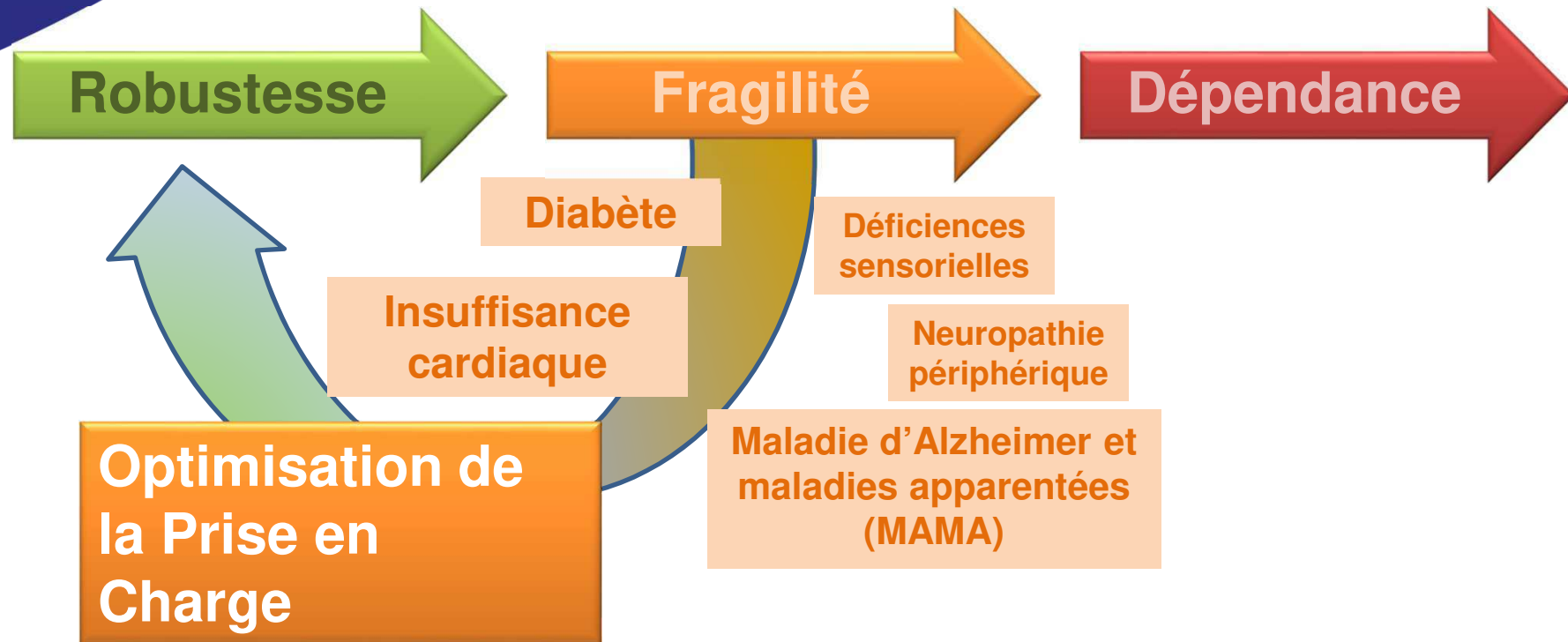
respects des préconisations d'instauration de traitements





Groupement
Hospitalier
de Territoire

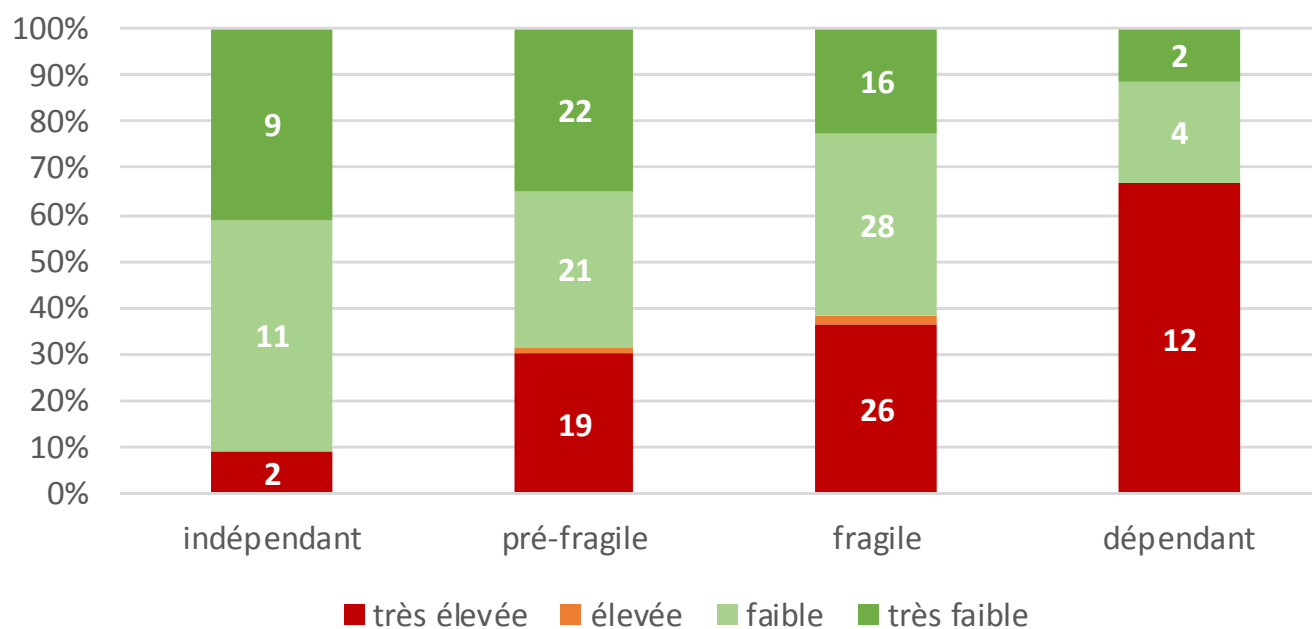
L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMORBIDITÉS EST ÉGALEMENT INDISPENSABLE



CONSTAT : DÉPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS

UNE IMPORTANCE QUI N'EST PLUS À DÉMONTRER

probabilité de l'existence d'un trouble cognitif au Codex
selon le statut de Fragilité



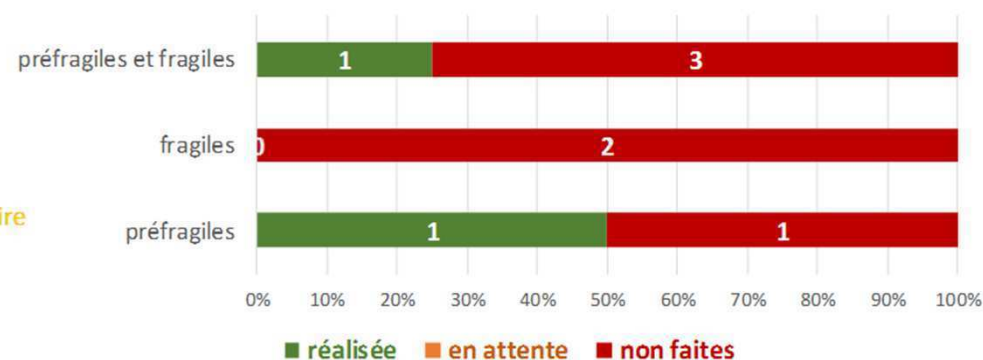
PRÉCONISATIONS ET SUIVI EN TERMES DE TROUBLES COGNITIFS

*IL N'EST PAS SI SIMPLE D'OBTENIR UNE PREMIÈRE
CONSULTATION MÉMOIRE*

Orientations en consultation mémoire



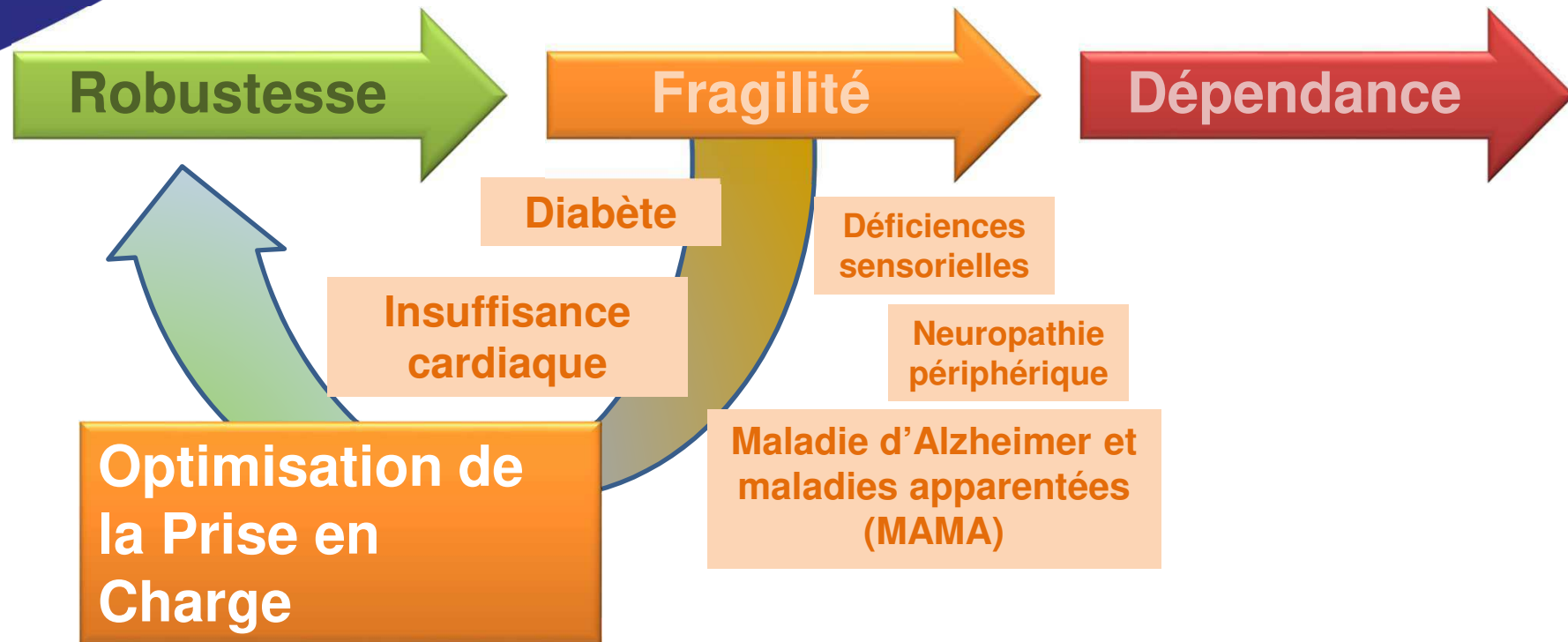
réalisation d'une première consultation mémoire
préconisée





Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMORBIDITÉS EST ÉGALEMENT INDISPENSABLE



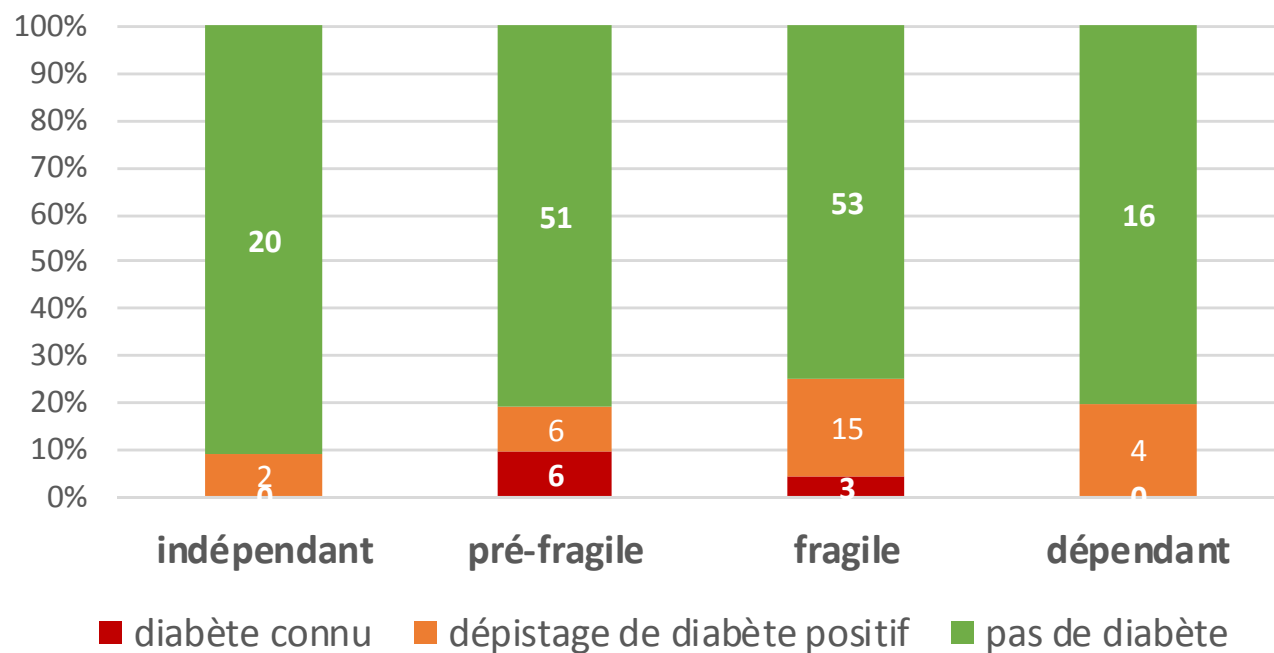


Groupement
Hospitalier
de Territoire

CONSTAT : DIABÈTES CONNUS ET DÉPISTAGE DU DIABÈTE

LE DÉPISTAGE DU DIABÈTE EST BIEN JUSTIFIÉ

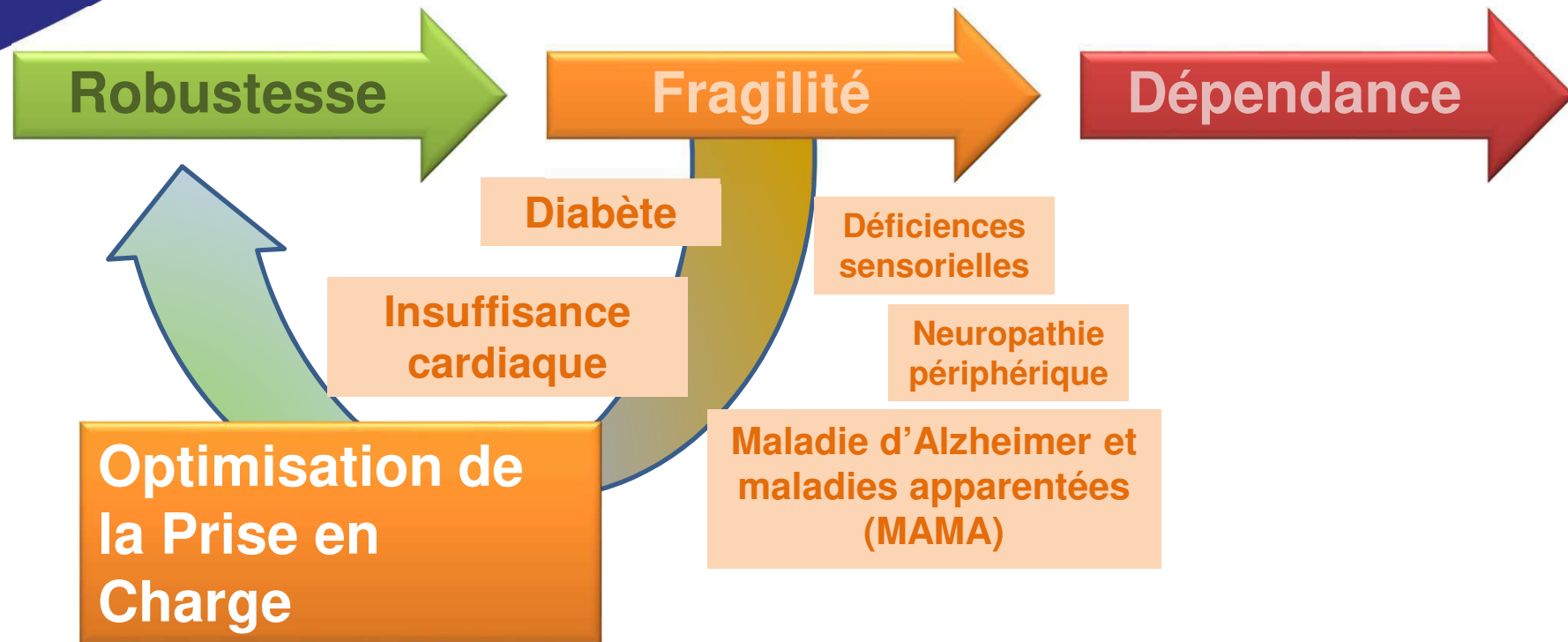
Diabète, dépistage positif et statut de Fragilité





Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMORBIDITÉS EST ÉGALEMENT INDISPENSABLE

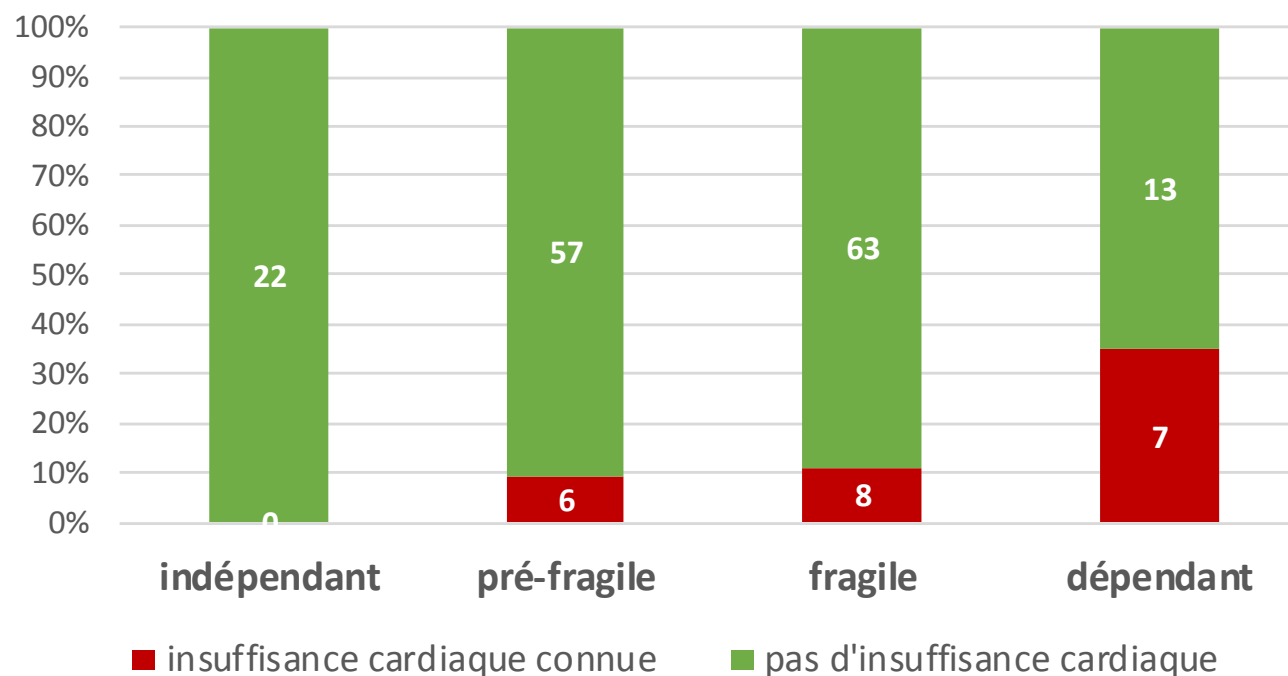




Groupement
Hospitalier
de Territoire

CONSTAT : INSUFFISANCE CARDIAQUE ET STATUT DE FRAGILITÉ

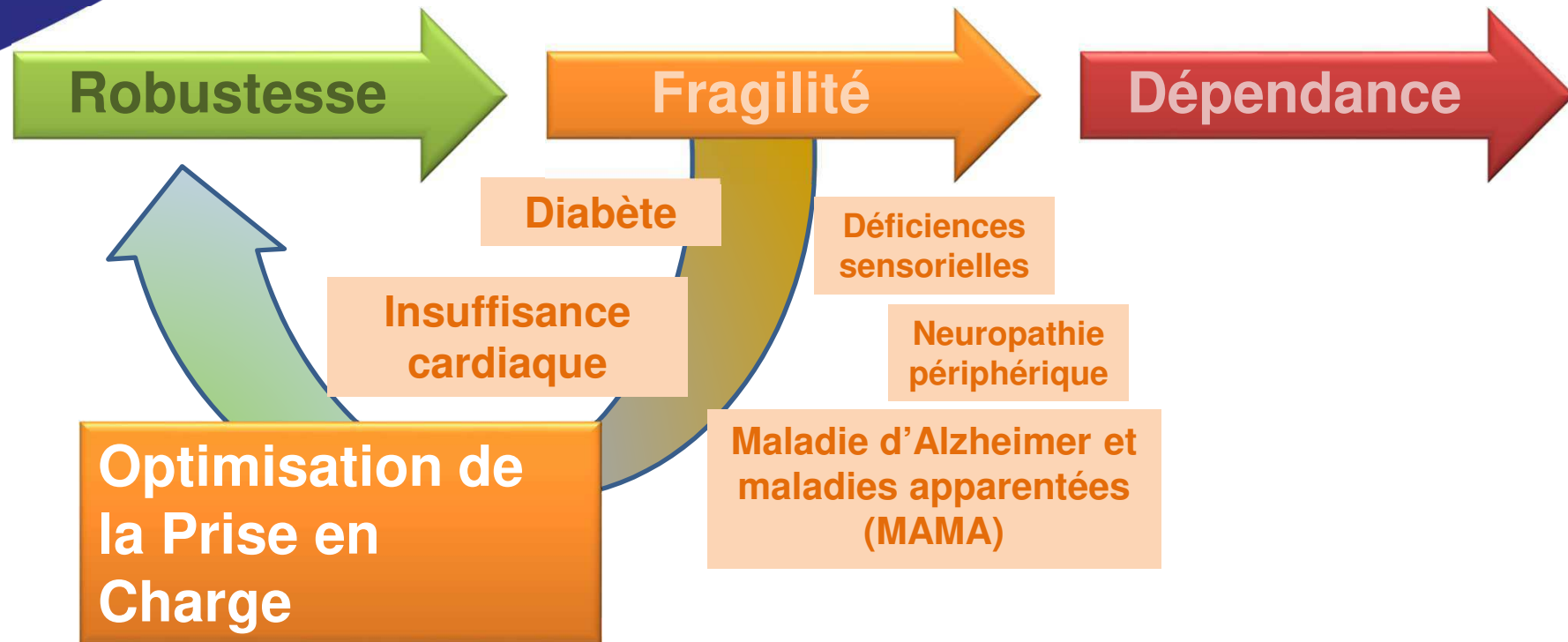
existence d'une insuffisance cardiaque et statut de Fragilité





Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMORBIDITÉS EST ÉGALEMENT INDISPENSABLE

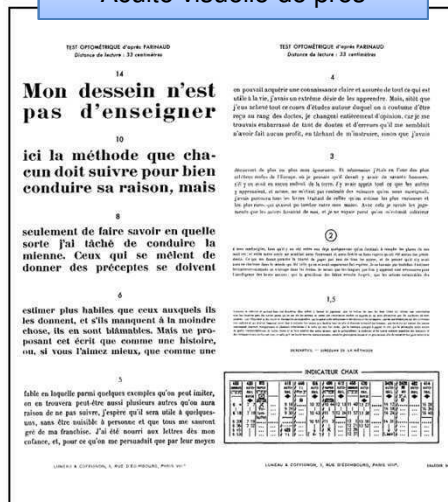


ÉVALUATION SENSORIELLE VISUELLE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

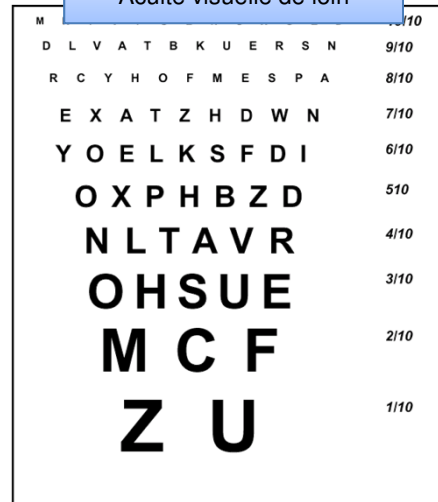
Acuité visuelle	œil droit	œil gauche
de près (Parinaud)	P 2	P 2
de loin (Monoyer)	8 /10èmes	9 /10èmes
Grille d'Amsler :	scotome et déformation d	scotome sans déformation

Repérage **Sup sens** Autonomie

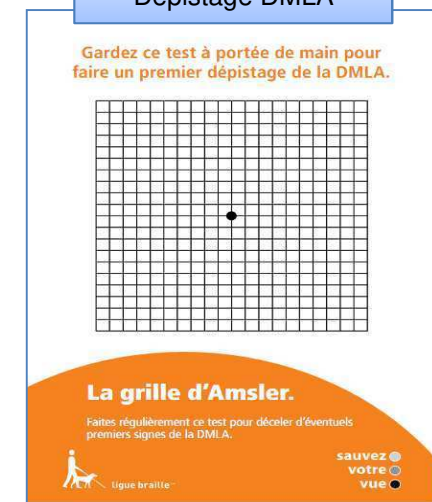
Échelle de Parinaud²⁴ Acuité visuelle de près



Échelle Monoyer²⁵ Acuité visuelle de loin



Grille d'Amsler²⁶ Dépistage DMLA



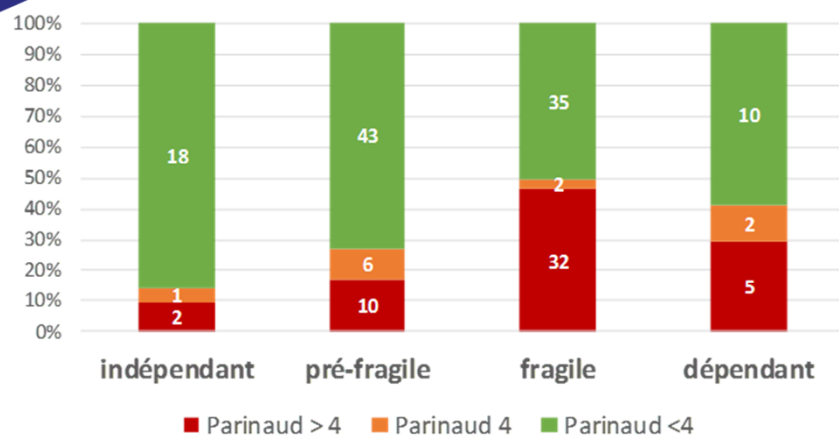
24- **Parinaud H.** *Échelle optométrique. Acuité visuelle. Perception de la lumière et des couleurs* Paris: Roulot éditeur, 1888.

25- **Monoyer F.** *Echelle typographique pour la détermination de l'acuité visuelle.* (Acad. des Sciences, Comptes rendus, 1875, vol. 80, 113). Gaz. Méd. De Paris, XXI, 1875, 258

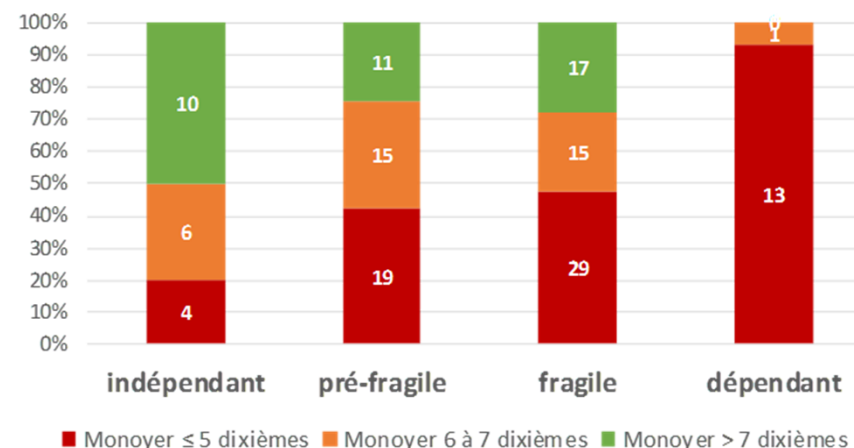
26- **Amsler M.** *Earliest symptoms of diseases of the macula.* Brit J Ophthalmol 1953 ; 37 : 521-37.

CONSTAT : DÉFICIENCE VISUELLE ET STATUT DE FRAGILITÉ

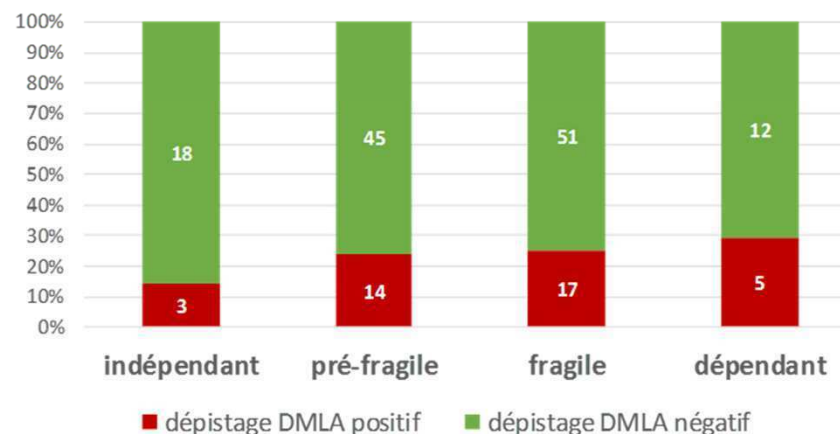
vision de près du meilleur oeil et statut de Fragilité



vision de loin du meilleur oeil et statut de Fragilité



dépistage de DMLA et statut de Fragilité

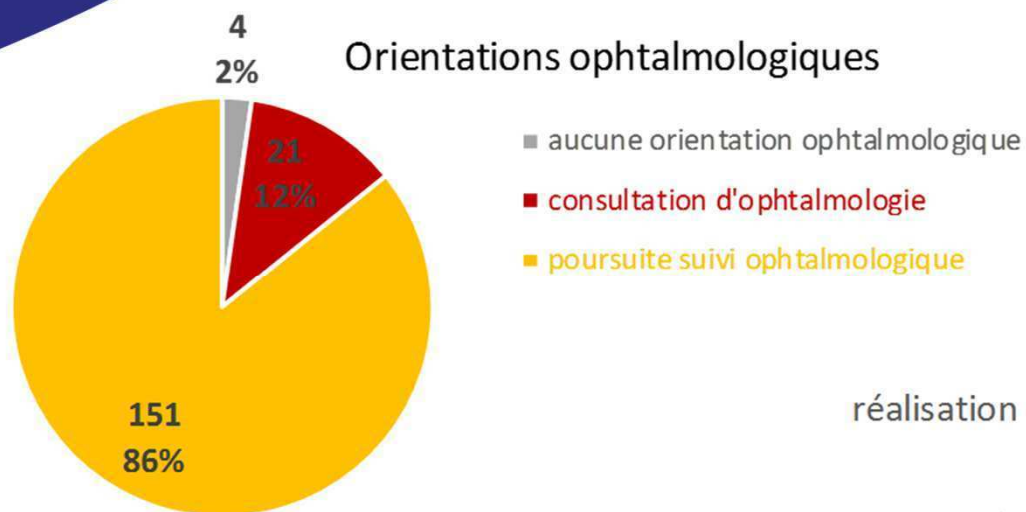




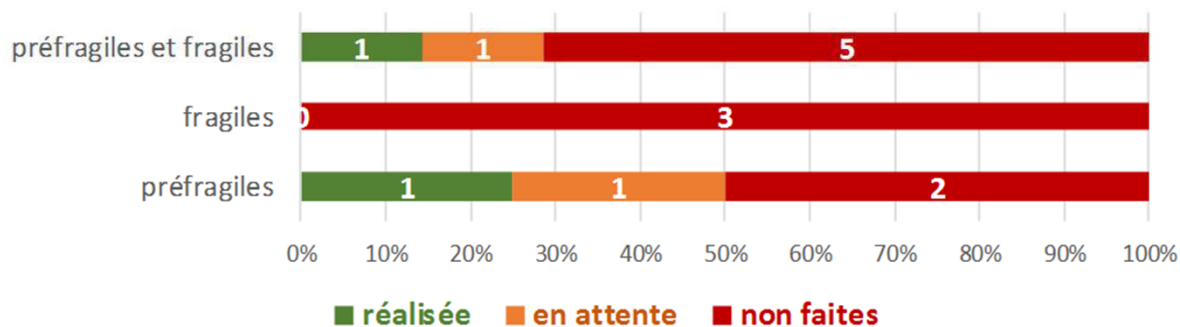
Groupement
Hospitalier
de Territoire

PRÉCONISATIONS ET SUIVI VOIR EN OPHTALMOLOGIE

OBTENIR UNE PREMIÈRE CONSULTATION N'EST PAS SIMPLE



réalisation d'une première consultation ophtalmologique
préconisée





Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉVALUATION SENSORIELLE AUDITIVE DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

Repérage

Sup sens

Autonomie

ACOUMÉTRIE VOCAL BINAURALE DU GRAP SANTÉ²⁷ – HHIE²⁸

Acoumétrie Vocale binaurale du GRAPsanté

série 1 Score Composite Pondéré : SCP = 10

interprétation : pas de surdité

1. quel âge avez-vous ? série 2 : où allez-vous faire vos courses ?	voix chuchotée perçue
2. où habitez vous ? série 2 : combien de pièces a votre appartement ?	voix chuchotée perçue
3. quel est le nom de votre médecin de famille ? série 2 : quelle est votre musique préférée ?	voix basse perçue
4. quel est votre métier ? série 2 : quel est le dernier livre que vous avez lu ?	voix basse perçue
5. avez-vous des enfants ? série 2 : qui est le président de la république ?	voix chuchotée perçue
6. quelle est votre saison préférée ? série 2 : quelle heure est-il à votre montre ?	voix chuchotée perçue
7. où êtes-vous parti en vacances la dernière fois ? série 2 : combien sommes-nous dans la pièce ?	voix chuchotée perçue
8. qu'avez-vous mangé hier soir ? série 2 : quel est le nom du dernier film que vous avez vu	voix chuchotée perçue

27- **Leusie S**, Perrot X, Pouchain D, Vetel JM, Puisieux F, Friocourt P, Dhoub S, Madero B, Taurand P, Aubel J, Batchy C, Blin P, Aubel D, Renard C, Cohen H
Validation d'un test d'Acoumétrie Vocale versus l'Audiométrie Tonale (Étude AcoumAudio)
Validation of a Vocal Acoumetry Test versus Tonal Audiometry (AcoumAudio Study)
Revue de Gériatrie 2017;42:389-402

HHIE pas de handicap auditif

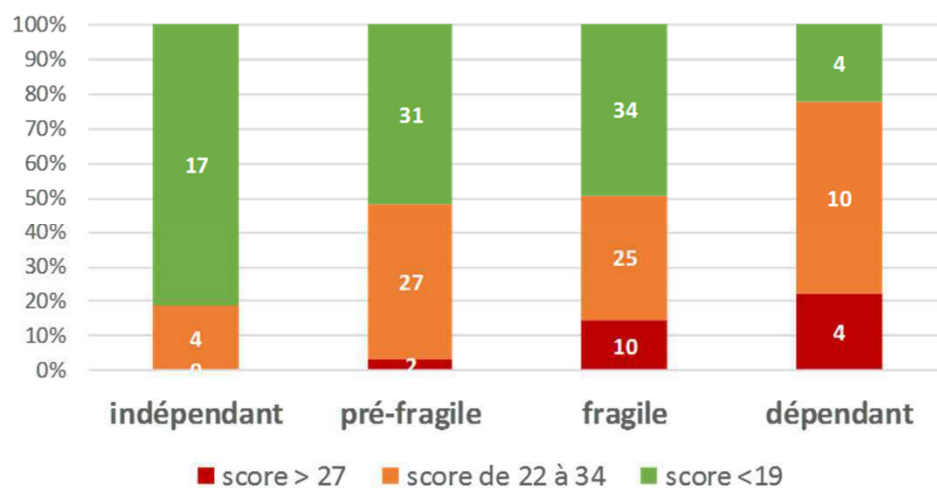
score = 8

1- Avez-vous un problème d'audition qui fait que vous êtes gêné quand vous rencontrez de nouvelles personnes ?	non 0
2- Avez-vous un problème d'audition qui fait que vous éprouvez un sentiment de frustration quand vous parlez à un proche ?	parfois 2
3- Avez-vous des difficultés à entendre quand quelqu'un parle en chuchotant ?	non 0
4- Avez-vous le sentiment d'être handicapé par votre problème d'audition ?	non 0
5- Avez-vous un problème d'audition lorsque vous rendez visite à des amis des relations ou des voisins ?	non 0
6- Est-ce que votre problème d'audition fait que vous assistez moins souvent que vous ne le souhaitez aux offices religieux ?	parfois 2
7- Avez-vous des disputes avec des membres de votre famille du fait de votre problème d'audition ?	parfois 2
8- Avez-vous des difficultés à écouter la télé ou la radio du fait de vos problèmes d'audition ?	non 0
9- Ressentez-vous que vous restreignez votre vie sociale ou personnelle du fait de votre problème d'audition ?	parfois 2
10- Ressentez-vous des difficultés, du fait de votre audition, lorsque vous êtes au restaurant avec des amis ou des relations ?	non 0

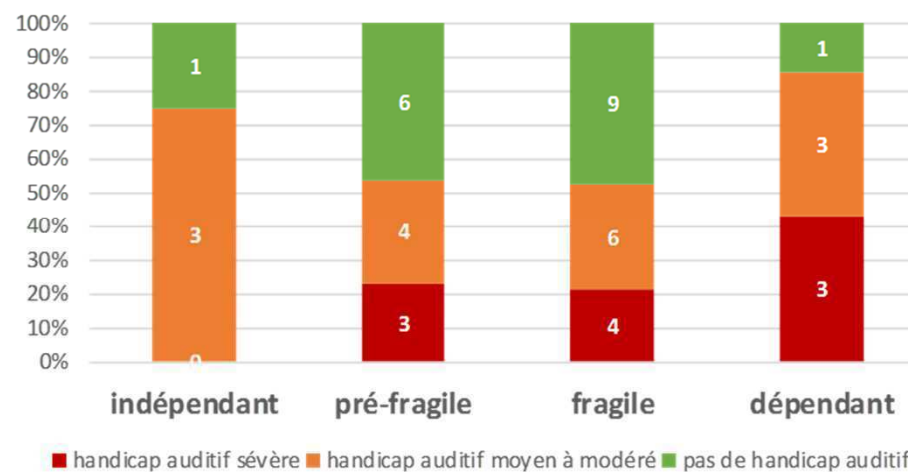
28- **Ventry IM**, & Weinstein, B. E. (1982).
The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: A new tool.
Ear Hear, 3, 128-134

CONSTAT : DÉFICIENCE AUDITIVE ET STATUT DE FRAGILITÉ

acoumétrie vocale binaurale GRAP et statut de Fragilité



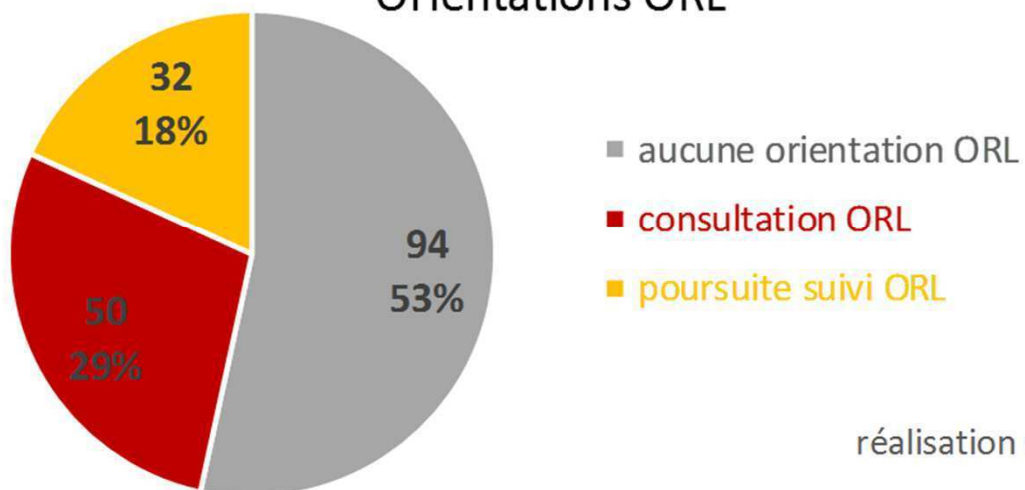
handicap auditif (HHIE) et statut de Fragilité



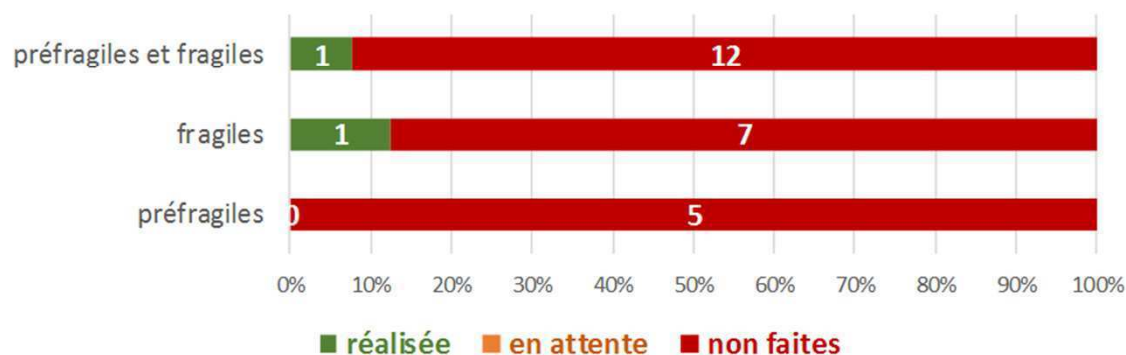
PRÉCONISATIONS ET SUIVI EN ORL

UNE PREMIÈRE CONSULTATION ORL EST RAREMENT RÉALISÉE

Orientations ORL



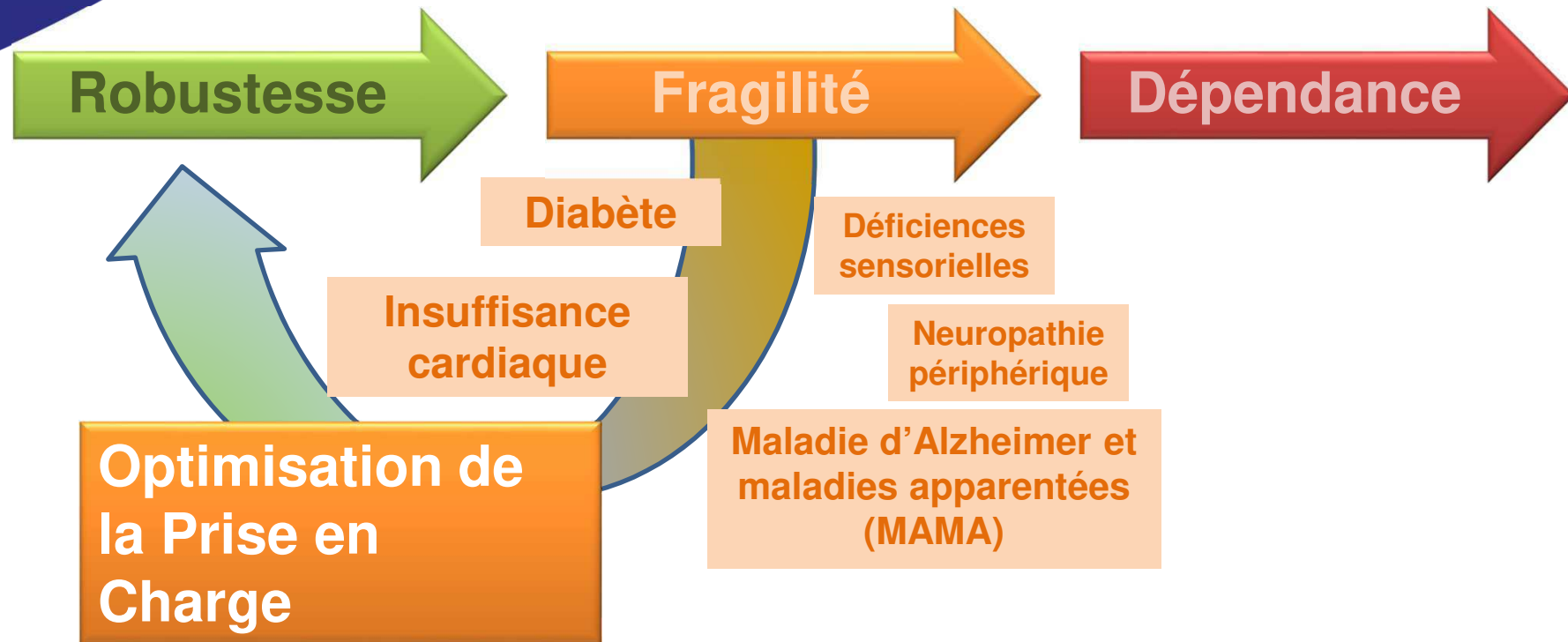
réalisation d'une première consultation ORL préconisée





Groupement
Hospitalier
de Territoire

L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMORBIDITÉS EST ÉGALEMENT INDISPENSABLE



AUTRES ÉVALUATION SENSORIELLES DANS LE BILAN DE L'EMGT-18

APPROCHE GLOBALE DÉPISTAGE DE NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE AU VIBRATIP²⁹

Repérage **Sup sens** Autonomie

troubles sensoriels : première approche

vision	ne peut lire que les gros titres du journal	1
audition	peut converser sans brouhaha	1
olfaction	olfaction jugée normale	0
goût	baisse de la perception du sel	2
toucher	sensation de marcher sur du coton	2

Vibratip bien perçu (malléoles ext. et plantes des 2 pieds)



29- **Bowling FL**, Abbott CA, Harris WE, Atanasov S, Malik RA, Boulton AJ.
A pocket-sized disposable device for testing the integrity of sensation in the outpatient setting
Diabet Med. 2012 Dec;29(12):1550-2. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03730.x.



Groupement
Hospitalier
de Territoire

CONSTAT : DÉPISTAGE DE NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

*UN DÉPISTAGE TRÈS SOUVENT POSITIF
...ET UNE MÉCONNAISSANCE DU BILAN NÉCESSAIRE*

Bilans de neuropathie périphérique proposés : 100 (56,82%)

Aucun de ces bilans n'a été réalisé



Groupement
Hospitalier
de Territoire

Autres éléments



E.SANTÉ
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019



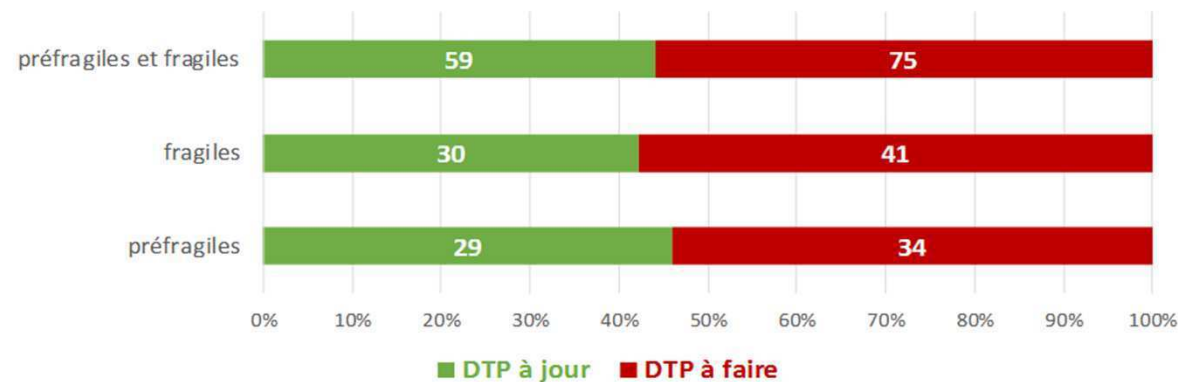


Groupement
Hospitalier
de Territoire

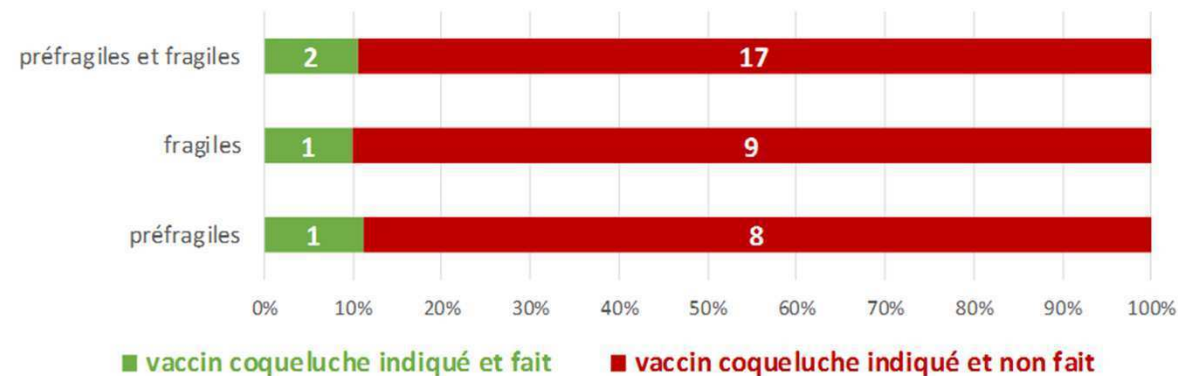
RÉSULTATS DU BILAN VACCINAL À L'ÉVALUATION INITIALE (1)

**UNE VACCINATION INSUFFISANTE
SURTOUT POUR LA COQUELUCHE**

Vaccination DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio)



vaccination anti-coquelucheuse



si cocooning



RENNES
LE COUVANT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019

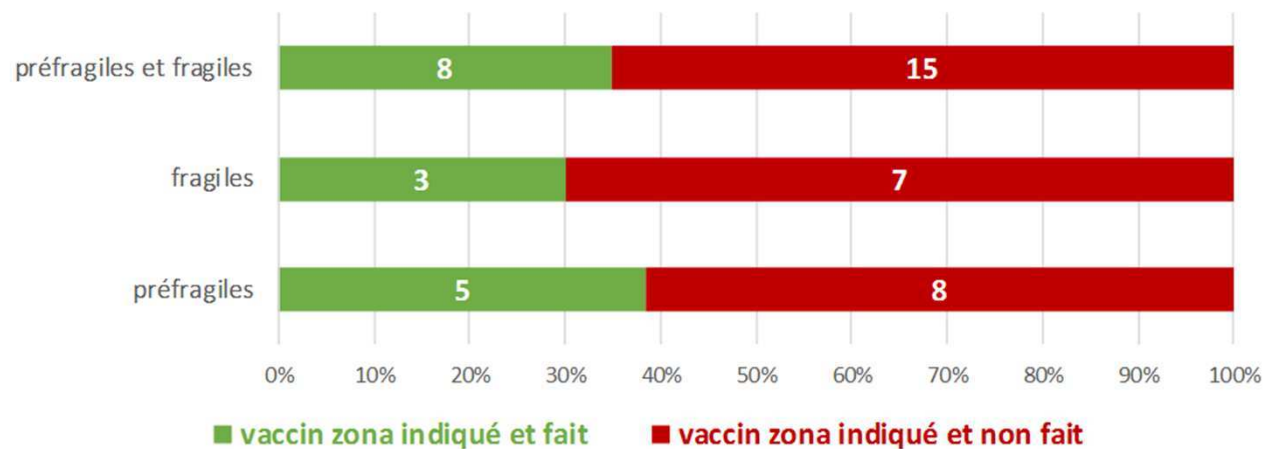




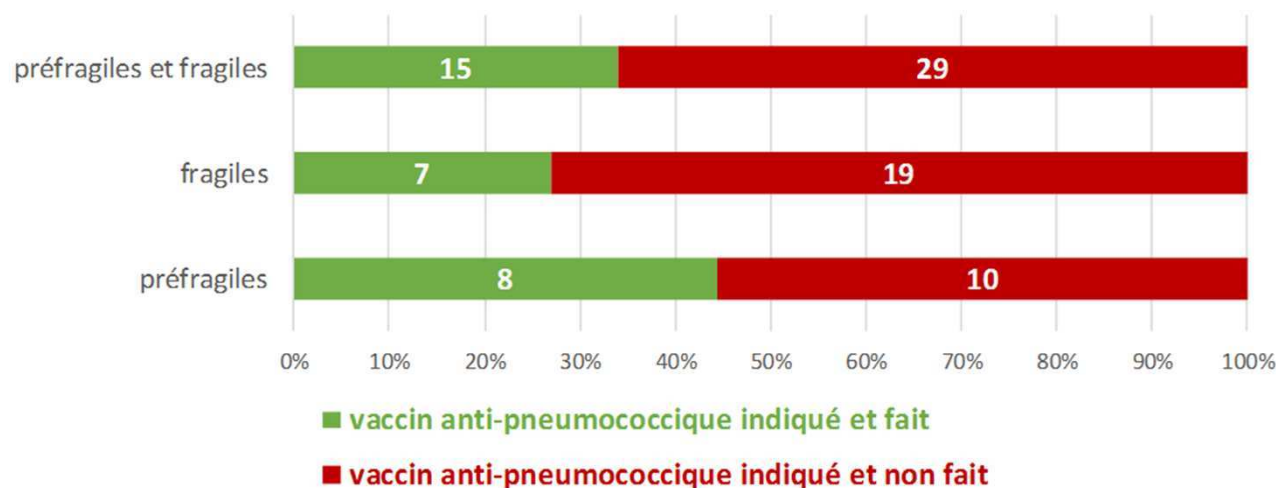
Groupement
Hospitalier
de Territoire

RÉSULTATS DU BILAN VACCINAL À L'ÉVALUATION INITIALE (2)

vaccination anti-zostérienne (65 - 74 ans)



vaccination anti-pneumococcique

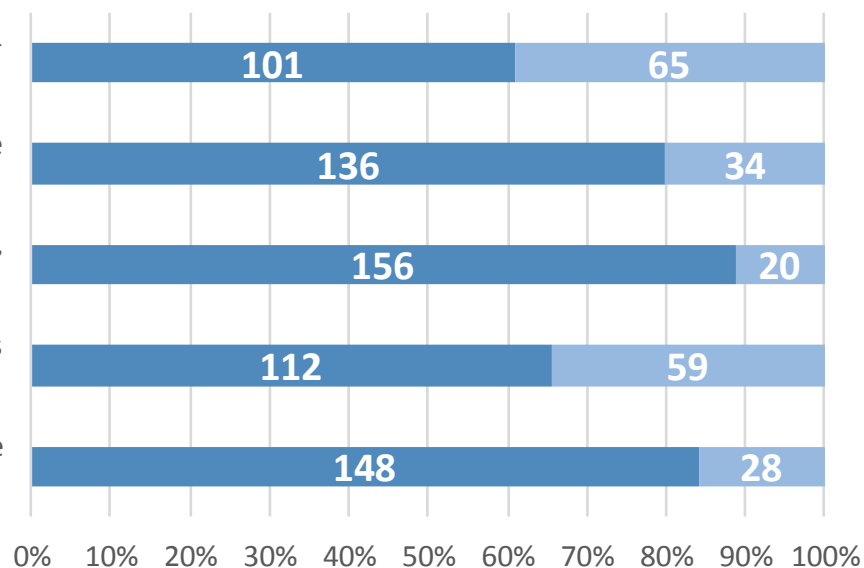


ÉLÉMENTS SOCIAUX À L'ÉVALUATION INITIALE (1)

**LA POPULATION FAISANT APPEL À L'EMGT-18
EST-ELLE PARTICULIÈRE ?**

Questionnaire de ressenti financier

- la récupération sur votre succession de certaines aides peut-elle être un obstacle pour vous ?
- acceptez-vous de donner des informations sur votre situation financière, vos ressources ?
- accepteriez-vous facilement l'intervention de professionnels, pour vous aider dans la vie quotidienne ?
- pensez-vous avoir besoin d'aide pour assurer les tâches nécessaires à la vie quotidienne ?
- pensez-vous que votre situation financière vous permet de vivre de manière satisfaisante ?



■ oui ■ non

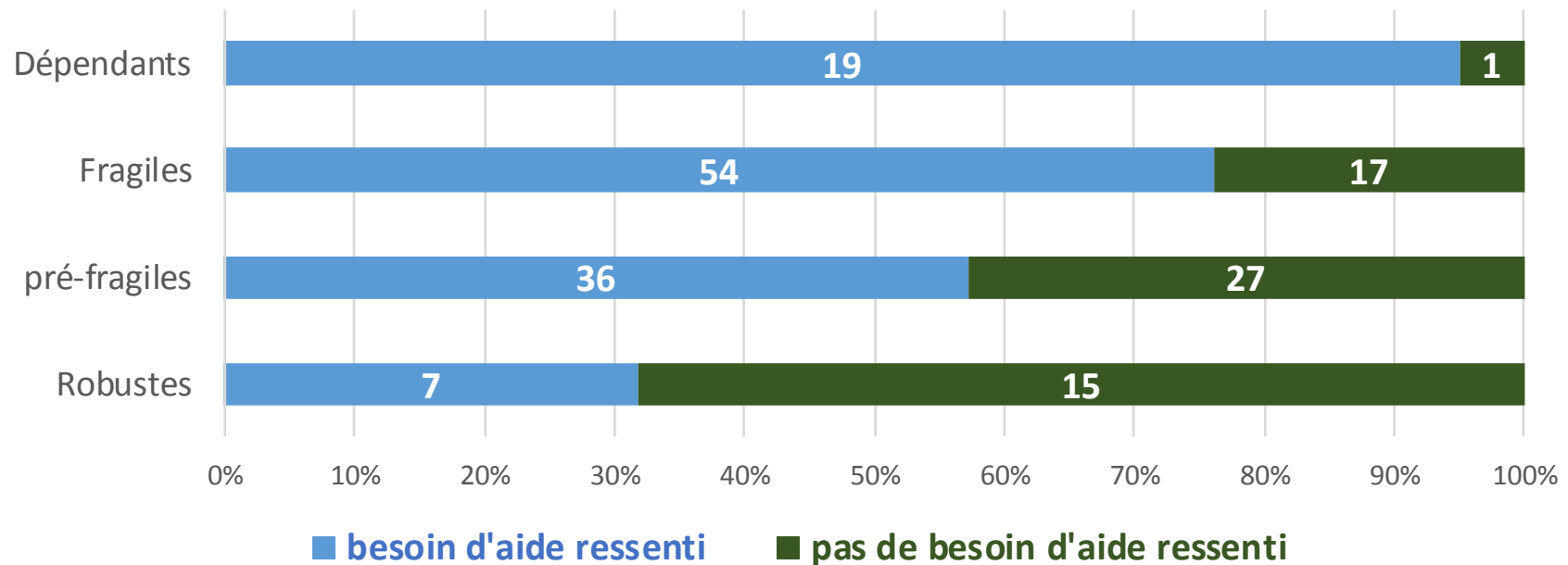


Groupement
Hospitalier
de Territoire

ÉLÉMENTS SOCIAUX À L'ÉVALUATION INITIALE (2)

LE RESENTI DE BESOIN D'AIDE EST CORRÉLÉ AU STATUT

ressenti d'un besoin d'aide selon le statut de fragilité



UN EXEMPLE CONCRET

*Dossier de Mme Mireille D.
première personne évaluée par l'EMGT 18*

LA PREMIÈRE PERSONNE SIGNALÉE

- Femme de 82 ans qui a 2 enfants mais vit seule
- Repérage et signalement par son médecin traitant le 17 avril 2018 (1^{er} jour d'activité de l'équipe)
- Évaluation réalisée à domicile dès le 19 avril

Questionnaire 6 items du Gérontopôle de Toulouse score = 4		positif	dépistage	EMGT18
1- La personne vit-elle seule ?			oui	
2- La personne a-t-elle perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?			non	
3- La personne se sent-elle plus fatiguée depuis ces derniers mois ?			oui	
4- La personne a-t-elle plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			oui	
5- La personne se plaint-elle de la mémoire ?			non	
6- La personne a-t-elle une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?			oui	



Groupement
Hospitalier
de Territoire

Conclusion générale de l'évaluation



L'évaluation, réalisée à domicile le 19/04/2018, confirme la Fragilité physique dans un tableau associant une obésité grade I compliquée d'arthrose et d'une limitation à l'activité physique, à une vie sociale pauvre.

Le dépistage de dépression est positif (dépression modérée) chez une patiente prenant une benzodiazépine au long cours qui aggrave le risque déjà important de chutes.

Les principales mesures de prévention de la dépendance doivent donc :

- d'une part limiter les symptômes dépressifs tout en permettant le sevrage en benzodiazépine, et favoriser la reprise d'une vie sociale
- d'autre part limiter le risque de chute et restaurer une activité physique satisfaisante



Groupement
Hospitalier
de Territoire

PPP : PLAN PERSONNALISÉ DE PRÉVENTION

1- proposition(s) d'orientation(s) suite à l'évaluation

Poursuite suivi ophtalmologique

Hôpital de Jour SSR Fragilité

2- propositions d'action

2.1- prise en charge des 4 facteurs réversibles de fragilité

Objectifs partagés	libellé des actions (dont ETP)	Intervenants	critère(s) d'atteinte des résultats
Lutte contre la désocialisation, la dépression et les symptômes dépressifs			
Prendre en charge les éléments dépressifs	Conseils : 'rester zen' discuter un tt antidépresseur	médecin traitant, psychiatre, CMP, psychologue	disparition des symptômes dépressifs
Enrichir la vie sociale	identifier et contacter des relations sociales	famille, amis, relations, associations, clubs,...	contacts suffisants à domicile et à l'extérieur
Optimisation nutritionnelle et lutte contre la dénutrition et le mauvais état bucco-dentaire			
Maintenir un bon état nutritionnel	Conseils : 'la santé en mangeant' maintenir alim. équilibrée et variée	médecin traitant (conseils et suivi)	maintien d'un bon état nutritionnel
Maintien d'un bon état buccal	surveillance bucco-dentaire régulière	médecin traitant - dentiste	maintien d'un état bucco-dentaire satisfaisant
Activité physique et lutte contre la sédentarité			
Rééducation des performances physiques	Conseils : 'la santé en bougeant' Kinésithérapie puis activité physique adaptée	Kinésithérapeute puis éducateur APA ou sportif	score SPPB > 6 (obj. Kiné) puis >10 (obj. éducateur)
Limiter la sédentarité	sortir plus, marcher dès que possible	famille, amis, relations, associations, clubs,...	5000 pas par jour
Optimisation médicamenteuse - lutte contre la iatrogénie			
Maîtriser les bénéfices et les risques d'éventuels tt médicamenteux	ETP arrêt BZD et apparentés	médecin traitant - pharmacien d'officine	ETP réalisée

Propositions de modifications du traitement en cours

LIPANTHYL 145mg : discuter l'intérêt du traitement par fibrates (prescription pour hypertriglycéridémie ?)

LEXOMIL 6mg : sevrage si possible (nécessité d'évaluer l'attachement aux BDZ)

Proposition d'instauration médicamenteuse

Compte-tenu du risque de chute la prescription d'un traitement de l'ostéoporose est envisageable après une ostéosensitométrie

2.2- autres propositions

Recommandations vaccinales	
Diphtérie-Tétanos-Polio : prévoir rappel	
Grippe : à proposer chaque année	
Prévention cardio-vasculaire	
renouveler le dépistage de diabète dans 2 ans	
hypertension artérielle équilibrée, poursuivre la surveillance tensionnelle	
Prévention et dépistage des cancers	
pas de dépistage systématique nécessaire	



E.S.A
ET V



SYNTHÈSE ET PRIORITÉS DU PPP

Synthèse et priorités du Plan Personnalisé de Prévention (PPP)

Deux axes sont prioritaires :

- lutte contre la dépression et l'isolement social : changements thérapeutiques et reprise d'une vie sociale
- reprise d'une activité physique et limitation du risque de chute : kinésithérapie puis maintien d'activités.

L'utilisation d'un pédalier de fauteuil ou d'un vélo d'appartement pourrait être bénéfique

Deux dispositifs sont souhaitables mais ne sont actuellement pas disponibles sur Bourges :

- hôpital de jour SSR "Fragilité" pour une prise en charge initiale courte (effet "starter")
- programme d'éducation thérapeutique (ETP) sur l'arrêt des benzodiazépines

Réévaluation prévue : nouvelle visite dans 6 mois

ÉVOLUTION DES ÉLÉMENTS PERTURBÉS DU BILAN DE FRAGILITÉ

Statut de Fragilité

	19/04/2018
Statut :	Fragile
crit.1 : perte de poids	négatif
crit.2 : sensa. épuisement	négatif
crit.3 : baisse force muscul.	positif
crit.4 : ralent. vit. marche	positif
crit.5 : sédentarité	positif
Nb de critères positifs	3

Dépression

	19/04/2018
mini-GDS :	3 pos.
GDS-30 items :	17 modéré

Nutrition

	19/04/2018
Poids :	81,30
IMC :	32,35
MNA dépistage :	12
MNA global :	

Performances physiques - chutes

	19/04/2018
Force musculaire :	15,40
sédentarité :	positif
SPPB (/12) :	5
équilibre (/4) :	2
vitesse de marche (/4) :	2
lever de chaise x5 (/4) :	1
Nb chutes sur 12 mois :	1

ÉVOLUTION DES ÉLÉMENTS PERTURBÉS DU BILAN DE FRAGILITÉ

Statut de Fragilité

	19/04/2018	22/10/2018
Statut :	Fragile	Fragile
crit.1 : perte de poids	négatif	positif
crit.2 : sensa. épuisement	négatif	négatif
crit.3 : baisse force muscul.	positif	positif
crit.4 : ralent. vit. marche	positif	positif
crit.5 : sédentarité	positif	positif
Nb de critères positifs	3	4

Congé
maternité du
médecin
traitant

Dépression

	19/04/2018	22/10/2018
mini-GDS :	3 pos.	3 pos.
GDS-30 items :	17 modéré	18 modéré

Nutrition

	19/04/2018	22/10/2018
Poids :	81,30	76,00
IMC :	32,35	30,33
MNA dépistage :	12	6
MNA global :		18,5

Performances physiques - chutes

	19/04/2018	22/10/2018
Force musculaire :	15,40	16,20
sédentarité :	positif	positif
SPPB (/12) :	5	4
équilibre (/4) :	2	2
vitesse de marche (/4) :	2	1
lever de chaise x5 (/4) :	1	1
Nb chutes sur 12 mois :	1	0

ÉVOLUTION DES ÉLÉMENTS PERTURBÉS DU BILAN DE FRAGILITÉ

Statut de Fragilité

	19/04/2018	22/10/2018	23/04/2019
Statut :	Fragile	Fragile	préfragilité
crit.1 : perte de poids	négatif	positif	négatif
crit.2 : sensa. épuisement	négatif	négatif	négatif
crit.3 : baisse force musc.	positif	positif	positif
crit.4 : ralent. vit. marche	positif	positif	négatif
crit.5 : sédentarité	positif	positif	négatif
Nb de critères positifs	3	4	1

Dépression

	19/04/2018	22/10/2018	23/04/2019
mini-GDS :	3 pos.	3 pos.	0 nég.
GDS-30 items :	17 modéré	18 modéré	

Nutrition

	19/04/2018	22/10/2018	23/04/2019
Poids :	81,30	76,00	78,10
IMC :	32,35	30,33	31,17
MNA dépistage :	12	6	14
MNA global :		18,5	

Performances physiques - chutes

	19/04/2018	22/10/2018	23/04/2019
Force musculaire :	15,40	16,20	14,90
sédentarité :	positif	positif	négatif
SPPB (/12) :	5	4	8
équilibre (/4) :	2	2	4
vitesse de marche (/4) :	2	1	3
lever de chaise x5 (/4) :	1	1	1
Nb chutes sur 12 mois :	1	0	0

EN GUISE DE CONCLUSION

Enjeux dans le département du Cher
Oui... ... ça marche !



Groupement
Hospitalier
de Territoire

FRAGILITÉ :

UNE SITUATION TRÈS FRÉQUENTE APRÈS 65 ANS³⁰

Robustesse

50%

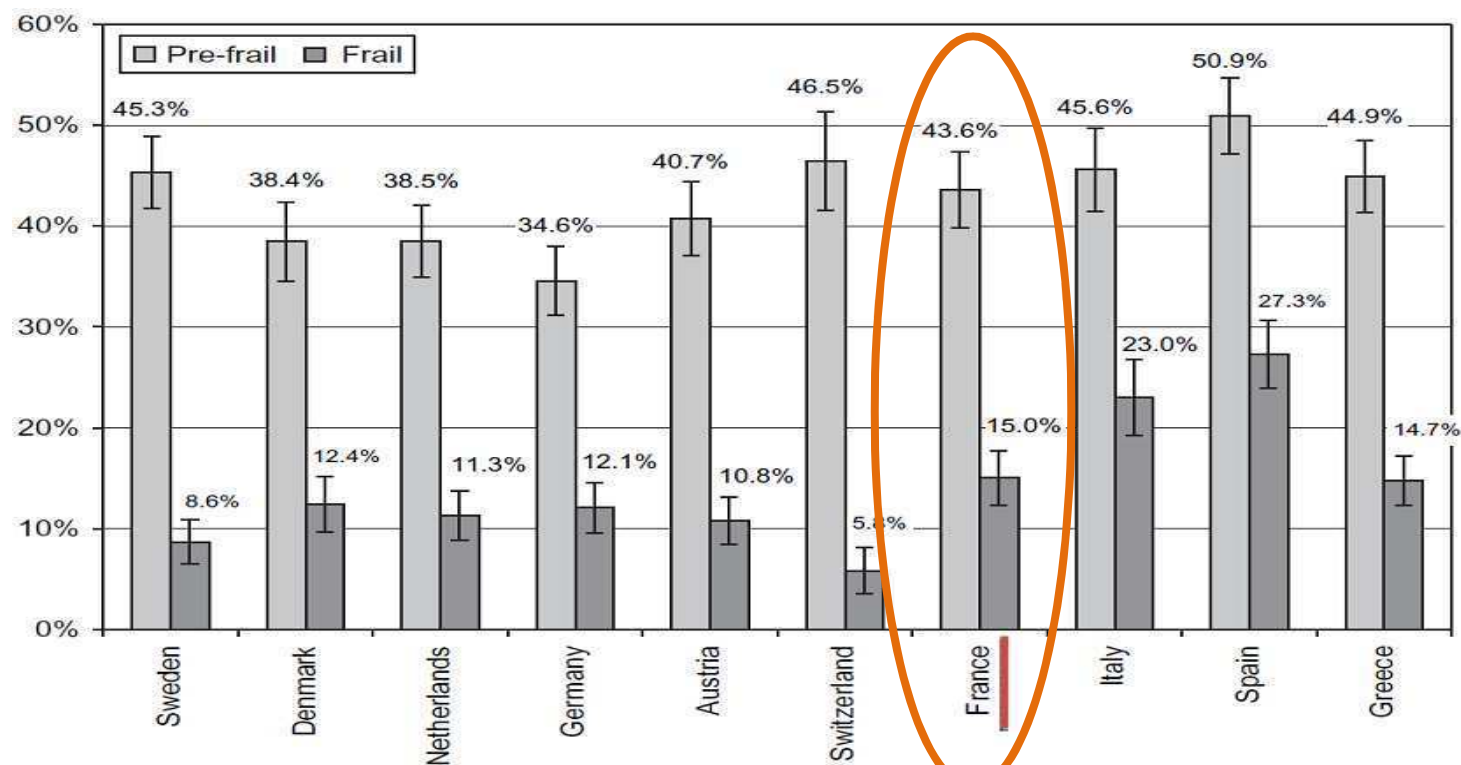
Fragilité

45%

pré-fragiles 30% - fragiles 15%

Dépendance

5%



30- Santos-Eggimann B,
Cuénoud P, Spagnoli J,
Junod J.

"Prevalence of frailty in
middle-aged and older
community-dwelling
Europeans

living in 10 countries."
J Gerontol A Biol Sci Med
Sci. 2009 Jun;64(6):675-81.



Groupement
Hospitalier
de Territoire

ENJEU DANS LE DÉPARTEMENT DU CHER

100.000 personnes de 60 ans et plus dans le département du Cher

50.000 robustes



30.000 pré-fragiles



15.000 fragiles



Dépendants
5000





Groupement
Hospitalier
de Territoire

OUI ÇA MARCHE...

... EN TERMES D'ORGANISATION

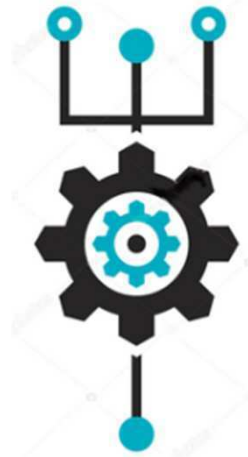
- Le rôle de l'IDE est crucial :
 - la qualité de l'évaluation à domicile est très bonne (par exemple la réalisation de la SPPB ne pose aucun problème)
 - le contact est plus facile pour les patients
 - il s'agit vraiment d'une ébauche de pratiques avancées
- Les outils de télémédecine sécurisent et optimisent le processus :
 - COVOTEM permet la télé-expertise gériatrique à distance :
 - partage de l'outil d'évaluation simple et efficace
 - expertise possible à tout moment permettant de s'adapter aux disponibilités des gériatres
 - MS-Santé est de plus en plus utilisé par les médecins généralistes, permettant une transmission de l'information plus rapide et plus sûre
- La seule limite actuelle est l'augmentation de l'activité qui risque de dépasser les capacités de l'équipe au format actuel



OUI ÇA MARCHE...

... EN TERMES D'UTILISATION DES ALGORITHMES

- L'utilisation du progiciel et de ses algorithmes a permis :
 - la simplification du travail de saisie de l'AMA, de l'IDE et du gériatre
 - l'automatisation des calculs (scores)
 - l'interprétation automatisée de la majeure partie du bilan :
 - interprétation des critères de Fried et des tests réalisés
 - Interprétation, dans la synthèse, des pathologies et syndromes gériatriques en regroupant les données de plusieurs tests et éléments saisis
 - la rédaction automatisée des documents adressés au médecin traitant et à la personne évaluée (synthèse, résumé du bilan et PPP)
- Le gériatre reste responsable de la vision globale et « garde la main » :
 - saisie en « texte libre » :
 - de commentaires pour chaque chapitre important
 - des conclusions et priorités de la synthèse et du PPP
 - corrections possibles pour toutes les interprétations automatisées



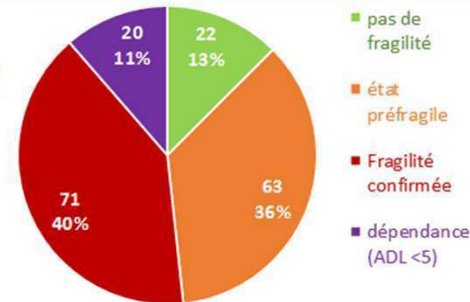


Groupement
Hospitalier
de Territoire

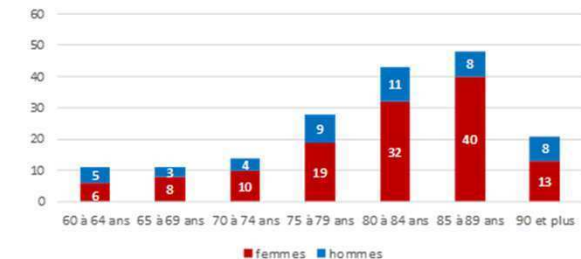
OUI ÇA MARCHE...

... EN TERMES DE RÉSULTATS

- L'ensemble du département est desservi et les personnes repérées sont, pour la grande majorité, fragiles ou pré-fragiles...
- ...même si la population est plus âgée que prévu
- La réversibilité de la fragilité est possible et pourrait être augmentée par un meilleur suivi des préconisations

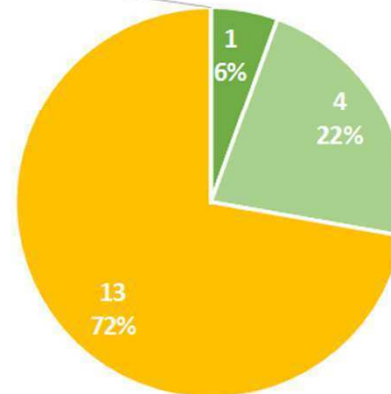


répartition par tranches d'âge des personnes évaluées



devenir à la première réévaluation des fragiles à l'évaluation initiale

0
0%



■ indépendant ■ pré-fragile ■ fragile ■ dépendant



S.SANTE
ET VIEILLISSEMENT

RENNES
LE COUVENT
DES JACOBINS

24 - 25 MAI 2019





Groupement
Hospitalier
de Territoire



Merci pour votre attention

