Cibler et dépister la fragilité en médecine générale : c'est maintenant...

Target and detect the fragility in general medicine: it's now...

S. Oustric · V. Renard

© Springer-Verlag France 2012

Le médecin généraliste, spécialiste des soins primaires, est reconnu depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 [1] portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, comme étant le médecin coordonnateur de premier recours, pivot central et coordonnateur de la prise en charge d'un patient sur le territoire au sein de notre système de santé [2].

Il est, à ce titre, le praticien spécialiste de la prise en charge médicale de la personne âgée à son domicile. Cette prise en charge représente environ 20 % de son activité médicale ambulatoire moyenne en France en 2011 [3]. Comme nous le savons, la quasi-totalité des compétences humaines et des moyens de la gériatrie est investie dans la prise en charge globale de la dépendance, du diagnostic à la recherche de traitement efficace et à l'amélioration de la qualité de vie.

Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant et spécifique dans la prise en charge à domicile du patient âgé atteint de la maladie d'Alzheimer [4].

La maladie d'Alzheimer n'est pas diagnostiquée systématiquement à un stade précoce en médecine de premier recours pour les patients de plus de 75 ans [5]. Les principales raisons évoquées en médecine générale sont le manque de tests simples [6], les difficultés de l'annonce diagnostique, le manque de temps [7] et l'absence de traitement curatif [8].

Aussi, le ciblage des personnes fragiles et préfragiles, avec les possibilités de ressources collaboratives des équipes gériatriques, devient pour la médecine générale l'enjeu

d'une réflexion pour déterminer dans quelle mesure il pourrait prévenir les dépendances et préparer les prises en charge pluriprofessionnelles les plus utiles au patient. Pour être efficace et pertinent, le médecin généraliste doit appréhender la dimension clinique et la mission de dépistage qui lui revient dans cette prise en charge [9].

Cette réflexion doit porter sur la pertinence d'un dépistage ou d'un diagnostic, de la précocité de ce dernier, afin de déterminer quelles sont les options apportant des bénéfices réels pour le patient âgé.

Il faudra pour cela définir une nouvelle stratégie au sein de notre système de santé, notamment en ce qui concerne le rôle fondamental d'acteur de santé publique du médecin généraliste vis à vis de la prise en charge de la personne âgée fragile et préfragile à domicile.

Positionnons-nous aujourd'hui pour demain...

Ceci est d'autant plus vrai que nous sommes devant trois types d'évidences sociétales et politiques : l'explosion démographique et le vieillissement de la population attendu [10], les franches incertitudes démographiques médicales [11] et enfin l'ambivalence de notre système de santé actuel.

Le concept de fragilité peut se définir simplement comme un état instable résultant d'une réduction multisystémiques des réserves physiologiques entraînant une vulnérabilité aux situations de stress [12].

Il existe de multiples outils de dépistage de la fragilité avec pour chacun des avantages et des inconvénients. Ces outils sont actuellement plutôt plus utilisés dans le cadre de la recherche clinique qu'en pratique courante [13]. Fried a décrit en 2001 [14] un phénotype de fragilité associant les critères suivants : *sédentarité, perte de poids récente, épuisement, baisse de la force musculaire et vitesse de marche lente*.

Malgré la simplicité apparente de ces critères, de multiples écueils au dépistage persistent ce jour. De manière synthétique, nous pouvons citer la méconnaissance par le médecin généraliste des critères et de interventions possibles [15-18], la multiplication des outils et des échelles, le caractère multidimensionnel de la fragilité [19].

S. Oustric (✉)

Département universitaire de médecine générale Toulouse,
université Paul Sabatier, 133, route de Narbonne,
F-31063 Toulouse, France
e-mail : stephane.oustric@dumg-toulouse.fr

V. Renard

Département universitaire d'enseignement et de recherche en
médecine générale-UPEC, 8, rue du général Sarrail,
F-94010 Créteil cedex, France

Co-édition avec *L'Année gériatologique* (2012)

Il faut permettre au médecin généraliste de disposer de recommandations claires, d'outils simples à mettre en œuvre en consultation, et d'un fonctionnement du système de santé permettant le recours à une plate-forme d'évaluation des fragilités et d'intervention gériatriques dédiée de proximité. Cela permettra la mise en place d'un suivi coordonné avec une intervention multidisciplinaire soutenue.

Le département universitaire de médecine générale Toulouse a décidé de collaborer, avec le GÉrontopole du centre hospitalier universitaire de Toulouse, à la mise en place et au fonctionnement d'une plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. La médecine générale et la formation des jeunes confrères de demain prennent toute leur place dans le travail collaboratif et transversal de cette expérimentation. Cette expérience devra rapidement se décliner sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées ainsi que sur le territoire national. Une action concertée et diffusée en France au niveau de l'ensemble des départements universitaires de médecine générale est également en gestation.

Ce type de collaboration innovante devra montrer qu'une nouvelle organisation du système peut apporter des bénéfices réels aux patients pris en charge. Nous continuerons ainsi le travail pour une amélioration durable de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées de demain.

Références

1. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
2. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=5679F80E445E87C1EADA78992823EEE6.tpdjo04v_1?idArticle=JORFARTI000020879483&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id
3. www.ameli.fr
4. Villars H, Bismuth S, Oustric S, Nourhashemi F, Vellas B (2010) Le médecin généraliste et la maladie d'Alzheimer. *Cah Année Gérontol* 2:2-12
5. Wilcock J, Iliffe S, Turner S, et al (2009) Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging Ment Health* 13:155-61
6. Hinton L, Franz CE, Reddy G, et al (2007) Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *J Gen Intern Med* 22:1487-92
7. Turner S, Iliffe S, Downs M, et al (2004) General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing* 33:461-7
8. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M (2001) General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 51: 37-8
9. Vellas B, Cestac P, Moley JE (2012) Editorial: implementing frailty into clinical practice: we cannot wait. *J Nutr Health Aging* 16:599-600
10. <http://www.insee.fr/fr/themes/>
11. Conseil national de l'Ordre des médecins (2011) Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011, 210 p
12. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al (2006) Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 54:991-1001
13. De Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, et al (2011) Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev* 10:104-14
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol. A Biol Sci Med Sci* 56:M146-56
15. Stuck AE, Iliffe S (2002) Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 343:d6799
16. Rainfray M, Bourdel-Marchasson I, Dehail P, Richard-Harston S (2002) Comprehensive geriatric assessment: a useful tool for prevention of acute situations in the elderly. *Ann Med Interne* 153:397-402
17. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al (1984) Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 311:1664-70
18. Monteserin R, Brotons C, Moral I, et al (2010) Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract* 27:239-45
19. Cesari M (2011) The multidimensionality of frailty: many faces of one single dice. *J Nutr Health Aging* 15:663-4
20. Subra J, Rougé-Bugat ME (2012) Gait speed: a new « vital sign » for older persons in primary care. *J Frailty Aging* 1:50-8