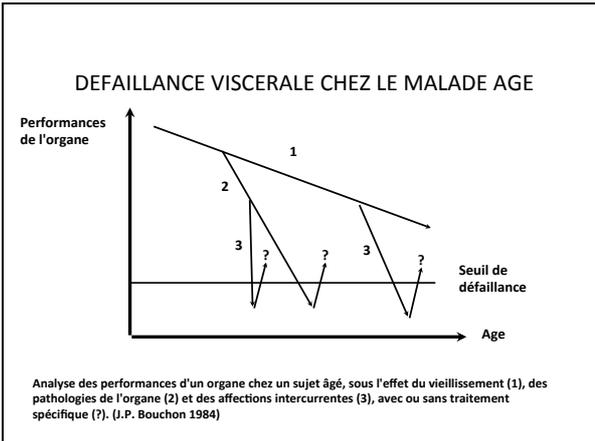
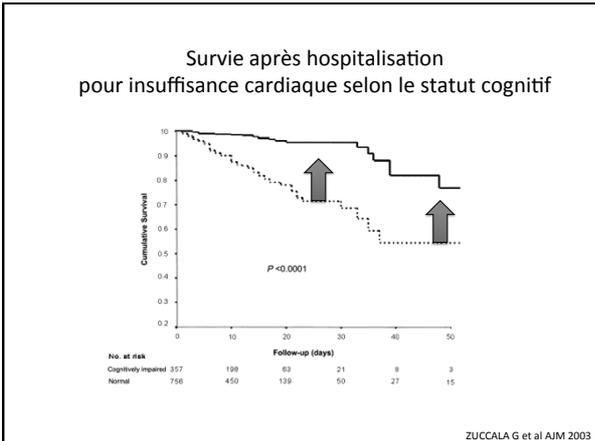
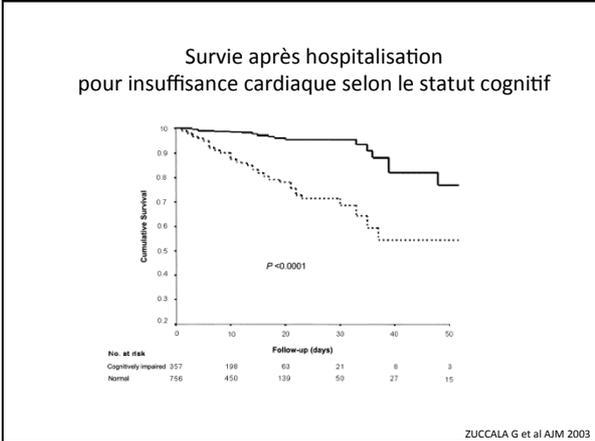


Evaluation gériatrique et incontinence

Pr Olivier SAINT JEAN
Service de Gériatrie HEGP Paris
Université Paris Descartes



Le concept de Comprehensive Geriatric Assessment

- Une histoire
- Au centre de l'architecture d'essais d'intervention randomisés

Origine du CGA

- Entre 1935 à 1948: Travaux du Dr Warren (RU)
 - 1935: prend en charge 714 lits d'hospice (majorité de patients désignés comme étant « grabataires » et « incurables »)
 - Création de la première équipe multidisciplinaire gériatrique au RU
 - 1936 revue systématique de dossier et évaluation multidisciplinaire
 - 1937: transfert de 200 patients vers des résidences privées et 150 vers des ressources psychiatriques

Le premier d'une longue série de RCT

SPECIAL ARTICLE

EFFECTIVENESS OF A GERIATRIC EVALUATION UNIT

A Randomized Clinical Trial

LAURENCE Z. RUBENSTEIN, M.D., M.P.H., KAREN R. JOSEPHSON, M.P.H., G. DARRYL WIELAND, PH.D., M.P.H., PATRICIA A. ENGLISH, M.S., JAMES A. SAVRE, DR.P.H., AND ROBERT L. KANE, M.D.

Abstract We randomly assigned frail elderly inpatients with a high probability of nursing-home placement to an innovative geriatric evaluation unit intended to provide improved diagnostic assessment, therapy, rehabilitation, and placement. Patients randomly assigned to the experimental (n = 63) and control (n = 60) groups were equivalent at entry. At one year, patients who had been assigned to the geriatric unit had much lower mortality than controls (23.8 vs. 48.3 per cent, P<0.005) and were less likely to have initially been discharged to a nursing home (12.7 vs. 30.0 per cent, P<0.05) or to have spent any time in a nursing home during the follow-up period (26.9 vs. 46.7 per cent, P<0.05). The control-group patients had substantially more acute-care hospital days, nursing-home days, and acute-care hospital readmissions. Patients in the geriatric unit were significantly more likely to have improvement in functional status and morale than controls (P<0.05). Direct costs for institutional care were lower for the experimental group, especially after adjustment for survival. We conclude that geriatric evaluation units can provide substantial benefits at minimal cost for appropriate groups of elderly patients, over and above the benefits of traditional hospital approaches. (N Engl J Med 1984; 311:1694-70.)

Un effet majeur sur la mortalité à un an

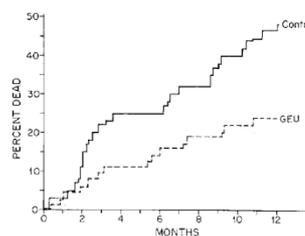


Figure 1. One-Year Mortality Curves for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients.

CGA Program meta-analysis

Stuck et al, Lancet 1993 (28 études) 4959 sujets/4912 contrôles

Table 2
Effects of CGA in different care settings: results of a meta-analysis of controlled trials*

	Mortality rate	Living at home rate	Hospital readmission rate	Physical improvement	Cognitive improvement
GEMU ^a	0.77 (0.56-1.06)*	1.68 (1.17-2.41)	0.82 (0.58-1.16)	1.72 (1.06-2.80)	2.00 (1.13-3.55)
IGCS ^b	0.79 (0.58-1.06)	1.26 (0.86-1.85)*	0.86 (0.68-1.09)	0.74 (0.41-1.34)	1.71 (1.19-2.45)
HAS ^c	0.87 (0.71-1.07)	1.07 (0.87-1.31)	0.84 (0.73-0.96)*	0.96 (0.71-1.29)	n.a. ^d
PHS ^e	0.89 (0.65-1.23)	1.49 (1.12-1.98)	1.03 (0.56-1.90)	1.77 (0.38-1.58)	0.97 (0.63-1.48)
OAS ^f	1.29 (0.75-2.19)	1.12 (0.65-1.93)	1.24 (0.89-1.73)	1.27 (0.73-2.18)	1.17 (0.65-2.13)
All	0.85 (0.75-0.98)	1.62 (1.10-1.44)	0.88 (0.79-0.98)	1.06 (0.86-1.30)*	1.21 (1.13-1.77)

* Odds ratios and 95% CI for pooled trials.
^a Hospital geriatric evaluation and management units.
^b Inpatient geriatric consultation services.
^c Home assessment services.
^d Post-hospital services.
^e Outpatient assessment services.
^f Not available.
 * Heterogeneity test $P=0.10$ (GEMU mortality rate $P=0.05$, IGCS living at home $P=0.004$, HAS hospital readmission $P=0.04$; all physical function improvement ≥ 12 months $P=0.07$). Modified with permission from Stuck et al. [39].

Démêler CGA et structures

- CGA en ambulatoire
- CGA à l'hôpital
- CGA avec care manager

Méta-analyse CGA en ambulatoire

- 14603 personnes (~7300 par groupe)
- Institutionnalisation : OR: 0,86 (0,68-1,10)
- Statut Fonctionnel : OR: 0,89 (0,76-1,03)
 - Effet + du CGA comportant une évaluation médicale
 - OR 0,64 (0,48-0,87) vs 1,00 (0,88-1,14)
- Mortalité : OR: 0,92 (0,80-1,05)
 - Effet + de l'âge plus jeune
 - OR 0,74 (0,58-0,94) 1^{er} q vs 1,14 (0,90-1,43)

Huse A, J Gerontol 2008;63A:296

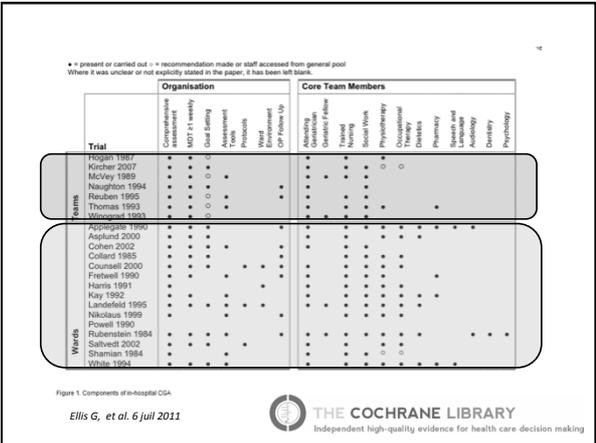
Stuck, A. E. et al. JAMA 2002;287:1022-1028.

Méta-analyses CGA selon structures d'hospitalisation

- Baztan 2009 (BMJ) uniquement sur « acute care units »
 - Avec étude du poids des études non randomisées
 - Positif sur la perte d'autonomie et le retour au domicile antérieur, pas d'effet sur la mortalité
- Bachman 2010 (BMJ) uniquement sur "Soins de suite"
 - Positif sur la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et la mortalité, plus longue durée de séjour, pas assez de données sur les coûts
- Van Craen 2010 (JAGS) uniquement sur "GEMU"
 - Positif sur perte d'autonomie et institutionnalisation, pas d'effet sur réadmission, durée de séjour, mortalité
 - Hétérogénéité des interventions.

Méta-analyse CGA selon l'organisation au sein de l'hôpital

- Ellis G et al. Cochrane Library 2011 (reprise dans le BMJ en 2012)
- Affirmer le potentiel d'une organisation gériatrique hospitalière à modifier le devenir des personnes âgées.
- Oppose hospitalisation en gériatrie et équipe mobile

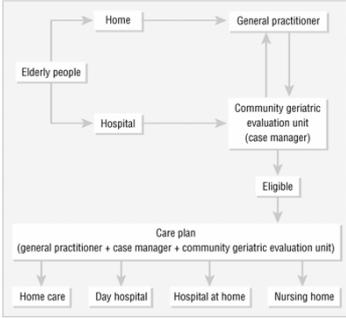


Comparaison CGA versus usual care

Critères de jugement	Ensemble	Unité hospitalière	Equipe mobile
Vivre à domicile à 6 mois	1,25 [1,11-1,42]	1,31 [1,15-1,49]	NS
Vivre à domicile à la fin du suivi	1,16 [1,05-1,28]	1,22 [1,10-1,35]	NS
Institutionnalisation à 6 mois	0,76 [0,66-0,89]	0,72 [0,61-0,85]	NS
Institutionnalisation à la fin du suivi	0,78 [0,69-0,88]	0,73 [0,64-0,84]	NS
Décès ou détérioration de l'autonomie	0,76 [0,64-0,90]	0,78 [0,65-0,93]	NS
Fonction cognitive	ES 0,08 [0,01-0,15]	NS	ES 0,09 [0,01-0,16]
Mortalité 6 mois et fin de suivi	NS	NS	NS
Dépendance	NS	NS	NS
Décès ou dépendance	NS	NS	NS
ADL	NS	NS	NS
Décès de séjour	NS	NS	NS
Admission à 30j	NS	NS	NS

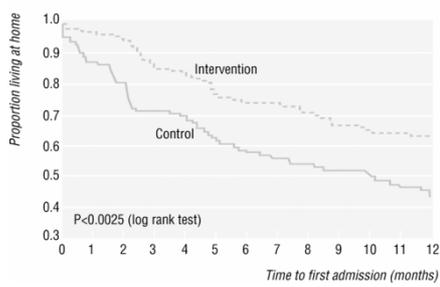
Coûts : impact insuffisamment documenté pas de méta-analyse possible; revue de littérature en faveur d'une réduction de coût par CGA

Un essai CGA avec care-manager



Bernabei, R, et al. BMJ.1998;316:1348-1351

Admission à l'hôpital ou en NH selon le groupe



Barnabel R. et al. BMJ 1998;316:1348-1351

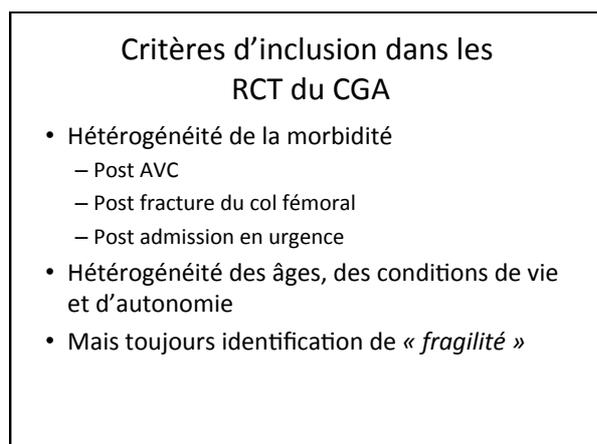
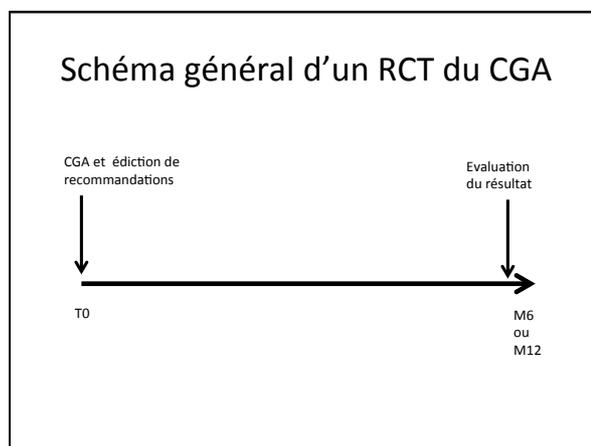
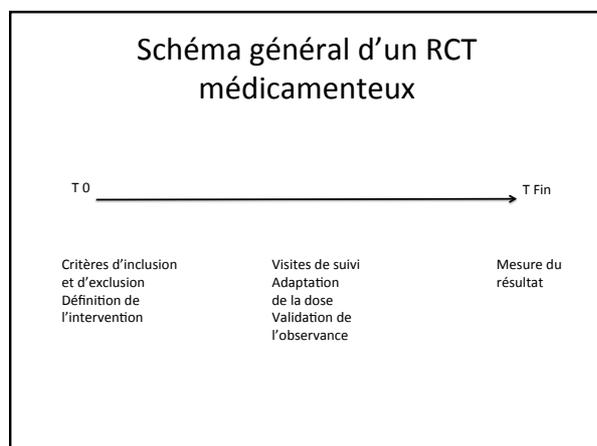
Au total l'impact du GCA

- Effet positif sur :
 - autonomie
 - lieu de vie post-hospitalisation
- Pas d'effet sur :
 - mortalité
 - réhospitalisations



Pourquoi un effet si limité ?

- Le RCT est-il adapté à la question de l'efficacité du CGA et ces RCT du CGA ont-ils été bien conduits ?
- Quel est le rôle joué par l'organisation du soin ?



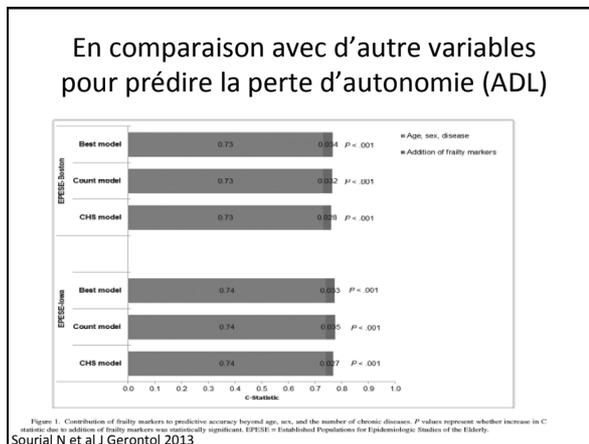
Fragilité : prédiction de la perte d'autonomie (ADL)

Table 2. Prediction of Incident Disability for the "Best Model," "Count Model," and "CHS Model"

	EPSESE Boston		EPSESE Iowa	
"Best model," OR (95% CI)				
Cognition	1.44 (1.21-1.70)	Cognition	1.61 (1.28-2.04)	
Mobility	2.16 (1.44-3.24)	Energy	1.42 (1.13-1.76)	
Nutrition	1.63 (1.36-1.94)	Mobility	4.96 (1.92-12.84)	
Physical activity	1.88 (1.59-2.36)	Mood	1.35 (1.06-1.72)	
Strength	2.00 (1.65-2.43)	Nutrition	1.39 (1.13-1.71)	
		Physical activity	1.54 (1.19-1.99)	
		Strength	2.38 (1.77-3.21)	
			26.024	
AIC				
C-statistic	0.76	C-statistic	0.77	
Hosmer-Lemeshow test, p value	.48	Hosmer-Lemeshow test, p value	.56	
"Count model," OR (95% CI)				
Number of frailty markers	1.51 (1.41-1.61)	Number of frailty markers	1.62 (1.48-1.77)	
AIC				
C-statistic	0.76	C-statistic	0.78	
Hosmer-Lemeshow test, p value	.31	Hosmer-Lemeshow test, p value	.38	
"CHS model," OR (95% CI)				
Prefrail vs nonfrail	1.90 (1.59-2.28)	Prefrail vs nonfrail	1.91 (1.54-2.38)	
Frail vs nonfrail	6.53 (4.71-9.06)	Frail vs nonfrail	6.50 (4.32-9.77)	
AIC				
C-statistic	0.76	C-statistic	0.77	
Hosmer-Lemeshow test, p value	.87	Hosmer-Lemeshow test, p value	.57	

Notes. CHS = Cardiovascular Health Study; OR = odds ratio; CI = confidence interval; AIC, Akaike Information Criterion; EPSESE = Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. All models were adjusted for age, sex, and the number of chronic diseases at baseline.

Sourial N et al J Gerontol 2013



Un échec retentissant lié à l'organisation ?

A RANDOMIZED TRIAL OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN THE CARE OF HOSPITALIZED PATIENTS

DAVID B. REUBEN, M.D., GERALD M. BOROK, Ph.D., GIBRA WOLDE-TSADIK, Ph.D., DANIEL H. KERSHAW, DR.P.H., LINDA K. FRIMAN, L.C.S.W., VIRGINIA E. ANDRIENKO, M.D., YUNBAO LIU, M.S., LAURENCE Z. RUBENSTEIN, M.D., AND JOHN C. BECK, M.D.

Table 2. Functional Status at Base Line, 3 Months, and 12 Months and Survival at 12 Months, According to Study Group*

Measures	Base Line		3 Months		12 Months	
	assessment category (n = 104)	control, n (n = 52)	assessment category (n = 104)	control, n (n = 52)	assessment category (n = 104)	control, n (n = 52)
			www.sciencemag.org/cgi/content/full/332/6047/1345			
Basic activities of daily living	85.1 (83.8-86.4)	86.0 (84.4-87.5)	80.5 (78.9-82.1)	80.2 (78.4-82.0)	83.4 (81.9-85.0)	83.7 (81.9-85.4)
Instrumental activities of daily living	57.0 (54.9-59.1)	56.6 (54.1-59.1)	50.7 (48.5-53.0)	50.2 (47.6-52.8)	57.1 (54.7-59.5)	55.6 (52.9-58.3)
Social activities	34.8 (32.7-37.0)	33.3 (30.8-35.9)	43.6 (41.1-46.1)	43.0 (40.2-45.8)	39.0 (37.4-40.6)	47.3 (44.4-50.3)
Mental health index	79.1 (77.6-80.5)	78.4 (77.2-79.5)	71.6 (70.3-72.9)	69.5 (68.6-71.0)	72.3 (70.9-73.7)	70.6 (69.0-72.3)
Current health perceptions	47.4 (45.7-49.2)	47.3 (45.2-49.4)	47.0 (45.2-48.8)	45.1 (43.1-47.2)	50.1 (48.1-52.1)	46.3 (44.0-48.6)
			p values (P for between-group interaction)			
Survival†					34.0 (22.0-56.0)	39.0 (22.0-57.0)

*At age 12 months, only surviving patients for whom data were available are included in the functional status analysis. All analyses have been adjusted for age and sex. Functional status was based on the partial version of the scale. Confidence intervals are based on individual group standard errors.

†All causes are on a scale of 0 to 100, with 100 representing best function.

‡P < .05 for the comparison between study groups.

§P < .05 for the comparison between study groups.

¶All analyses included all subjects originally assigned to the study group (intention-to-treat basis).

New Eng J Med 1995;332:1345-50

Suivi des recommandations

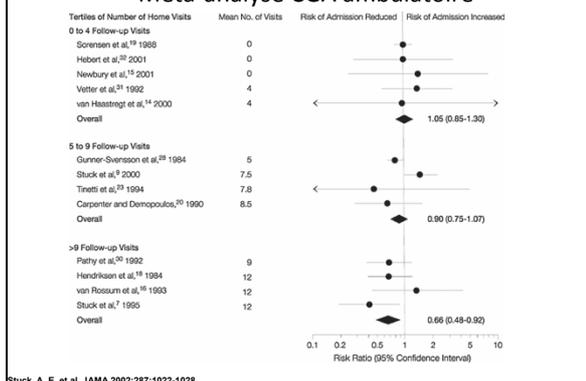
	Taux de suivi
Admission en service de suite ou rééducation	> 70 %
Kinésithérapie	> 70 %
Prise en charge par soins à domicile	64%
Modification de l'ordonnance	62%
Recherche de diagnostic complémentaire	54%
Adressage à d'autres professionnels (audioprothésiste, diététicienne, etc...)	< 33%

Reuben DB et al New Eng J Med 1995;332:1345-50

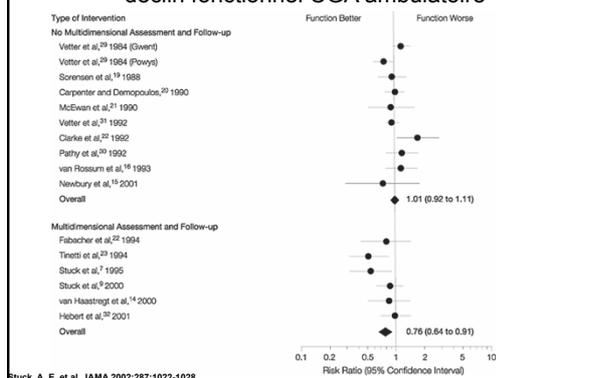
Le suivi des recommandations

- En soins palliatifs : 85 à 90 % de suivi
- En Gériatrie en général inférieur à 50%
- Comment améliorer le suivi ?
 - Hiérarchisation des recommandations (Reuben 2 : 70%)
 - Intensité du suivi
 - Pilotage par care manager et emploi d'outils standardisés

Intensité du suivi et institutionnalisation Méta-analyse CGA ambulatoire



Evaluation multidimensionnelle et case-management déclin fonctionnel CGA ambulatoire



Un CGA moderne

- L'évaluation (approche) gériatrique globale se définit comme un processus diagnostic multidimensionnel interdisciplinaire cherchant à évaluer la personne âgée fragile dans ses dimensions médicale, psychologique et de capacité fonctionnelle dans l'objectif de développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi au long cours.

Ellis G et al BMJ 2012

Les dimensions du CGA : à la fois intrinsèques et extrinsèques au patient

- La santé physique
- Le statut fonctionnel
- La santé psychologique
- La santé cognitive
- L'environnement social
- Les ressources sanitaires et leur coordination
- La situation administrative
- Les aspects de sécurité
- Les besoins éthiques et spirituels

Évaluation Gériatrique Standardisée ou EGS

- La partie « évaluation » à l'aide d'outils standardisés d'une CGA
- Les qualités métrologiques des outils

EGS: quelle échelle choisir?

- Cela va dépendre:
 - Du temps disponible pour l'évaluation
 - Des situations que l'on recherche en priorité à dépister
 - De la stratégie de prise en charge qui suit
 - De la validité des échelles

EGS : intérêt des échelles «validées»

- Pour pouvoir travailler en interdisciplinarité (langage commun)
- Pour gagner du temps sur la maladie (dépistage, diagnostic précoce)
- Pour gagner du temps de consultation médicale ou d'orientation (mécanismes de triage, sévérité)
- Pour ne rien oublier (en tout cas des grandes problématiques gériatriques)
- Pour une plus grande équité quand des ressources sont en jeu (accessibilité, intégration)

Le temps de l'évaluation avec des outils

- ▶ Nutrition: 1-10min
- ▶ Mobilité: 1-10min
- ▶ Cognition: 3-10min
- ▶ Dépression: 1-5min
- ▶ ADL: 2-5min
- ▶ IADL: 2-5min
- ▶ Vision-Audition: 1-6min
- ▶ Réseau social: 5-15min
- ▶ Peau: 1-5min
- ▶ Fardeau: 1-5min
- ▶ Incontinence: 1-5min
- ▶ Douleur: 1-5min
- ▶ DONC: 20-86min pour première évaluation rapide d'orientation

La cognition

Démence d'Alzheimer Critères DSM IV

- Installation de déficits cognitifs multiples
 - Troubles de la mémoire
 - Une ou plusieurs perturbations suivantes:
 - Aphasie
 - Apraxie
 - Agnosie
 - Perturbations des fonctions exécutives
- Retentissement et déclin/fonctionnement antérieur
- Début progressif et déclin cognitif continu
- Absence d'autre cause

Maladie d'Alzheimer Critères du NINCDS-ADRDA

- Possible**
 - Syndrome démentiel isolé
 - Troubles cognitifs progressifs
 - Peut être associé à une autre affection
- Probable**
 - Syndrome démentiel
 - Aggravation progressive dans au moins deux domaines cognitifs
 - Perturbation des activités de la vie quotidienne et troubles du comportement
 - Absence d'autre affection
- Certaine**
 - Probable, plus preuve histopathologique

UNE CLINIQUE TRES DIVERSIFIEE

- Troubles cognitifs
- Troubles de l'interaction sociale
- Troubles « somatiques »
- Troubles de l'autonomie
- Troubles psychiatriques
- Troubles familiaux

DECLIN COGNITIF

- Troubles de la mémoire
- Troubles du langage
- Troubles des praxies
- Troubles gnosiques
- Troubles des fonctions exécutives
- Troubles du jugement

Tests rapides cognition

Les 3 meilleurs tests rapides (sur 30)

- ▶ Mini-cog
- ▶ Memory Impairment Scale (MIS)
- ▶ General Practitioner Assessment of Cognition

(Lorentz et al Can J Psychiatry 2002)

Mini-cog

- ▶ Rappel de 3 mots et dessin horloge

Table 1. Sensitivity, Specificity, and Administration Time of Dementia Screens (N = 1,119)

Dementia Screen	%		Predicted Test Time*
	Sensitivity	Specificity	
Mini-Cog	76	89	2-4 minutes
3-Item Recall	54	96	2 minutes
Clock Drawing Test	59	90	1-2 minutes
Mini-Mental State Examination			5-12 minutes
23/24 cutpoint	71	94	
24/25 cutpoint	79	88	
Monongahela Valley Independent Elders Survey neurocognitive battery	75	90	≥30 minutes

* Test time established in a different sample.¹²

- ▶ Rapide (<3min), non validé en français

MIS

- ▶ 4 mots (score=2 x rappel libre + rappel diff) Cut-off 4 (Se 0.8, Spe 0.96) all dementia (DSM IIIR)
 - ▶ VPP 5% 0.52 - 20% 0.84, VPN 5% 0.99 -20% 0.95
 - ▶ 483 pts vivant en comm volontaires >65yo (50 déments)
- ▶ Avantage:
 - Rapidité (4min)
 - Valide (Kappa gold std:0.62, reproductible 0.69), > 3mots de MMSE
- ▶ Inconvénient:
 - peu utilisé dans la littérature internationale (mais augmentation)
 - Non validé en français

MMSE

- ▶ Avantages:
 - version validé en français
 - test le plus utilisé dans le monde et faisant référence
- ▶ Inconvénients:
 - trop long (si trouble>15min)
 - N'apporte pas de plus par rapport aux tests plus court en sensibilité/spécificité (effet plafond)

3MS

- ▶ Avantages:
 - Conçu pour être plus performant que MMSE dont il est une évolution
 - Moins d'effet plafond qu'avec MMS, Se Spe>
 - Version très bien validée en français
 - Test de référence au Québec pour dépistage
- ▶ Inconvénients
 - Long (+ que le MMSE)
 - Moins utilisé que le MMS

CDT: clock drawing test

- ▶ Avantages:
 - Simple, bon sens efficace
 - Peut être relu en aveugle/différé
 - Sensible même si MMSE normal
- ▶ Inconvénients
 - Très nombreuses versions de passation et cotation: difficulté de comparaison

TICS

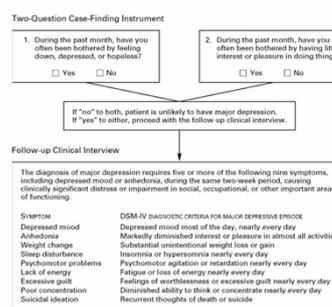
- ▶ 13 items (0-50)
- ▶ Alternative au MMSE pour interview téléphonique
- ▶ Long à passer (10 min) (+ long dans sa version modifié). Fatiguabilité
- ▶ Validé et utilisé
- ▶ Pas de version française validée
- ▶ Peut-être moins performant que MIS-T (*Lipton JAGS 2003*)

La batterie rapide française

- ▶ Orientation+5 mots+horloge+fluence verbale
- ▶ Avantages:
 - Version française validée
 - Test conçu pour être rapide
- ▶ Inconvénients:
 - Peu utilisé en dehors de France (récente)
 - non comparée au MMSE
 - Dure tout de même env 10min

La dépression

Diagnostic Algorithm for Major Depression Se 96% Spe 57%



Whoolley M and Simon G. N Engl J Med 2000;343:1942-1950



Autonomie fonctionnelle

Autonomie fonctionnelle

- ▶ Katz?
- ▶ Barthel Index: version modifiée de ADL de Katz mais sur 100 avec plus de sensibilité au changement
- ▶ Blessed dementia rated scale (non validé en français) 2 parties: maison et soins perso (0-17) sensible au changement, utile hors démence?
- ▶ SMAF:
 - En français
 - Prend en compte les aides et leur stabilité
 - Prend en compte la réalité/déclaration
 - ADL et IADL
 - Système de classification
 - Peu utilisé hors du Québec

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF

Incapacités	Handicaps
<p>1. SE NOURRIR</p> <p>1 Se nourrit seul [2] Assoc. difficile</p> <p>2 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en jauge la nourriture au préalable</p> <p>3 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>4 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie</p> <p>Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) :</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ressources* : [] [] []</p>

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familiale(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévoles, 7. Autre, 8. Préposé.

• Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminueront, augmentent, restent stables ou ne s'appliquent pas.

IADL = AVD

- ▶ Pas de consensus sur la cotation (notamment pour les différences hommes/femmes) ni sur la façon d'exprimer le score (pourcentage?)
- ▶ Dans PAQUID, seuls 4 items (utilisation du téléphone, des moyens de transport, la responsabilité pour la prise de médicaments, et la capacité à gérer son budget) sont pertinents pour faire du dépistage cognitif (mais non comparé à d'autres stratégies), 0:0,2%, 4:37,5%
- ▶ Le SMAF comporte des items IADL

Comorbidités

Comorbidités

► Charlson Index:

– Avantages:

- Simple et avec bonne reproductibilité (0.74-0.94)
- Validé dans des populations de patients atteints de cancer
- Pas de prise en compte de l'activité de la maladie
- Certains états pathologiques manquent
- 1987: SIDA=Cancer

Comorbidités

► CIRS (Cumulative illness rating scale)

- 1968
- Bonne reproductibilité 0.78-0.98
- Corrélé au Charlson
- +large; +complexe;=+long (<10min)

► ICED, INCALZI, SANTORIONI, GIC...

Nutrition (HAS)

► Toute personne âgée:

- 1/an en ville; 1/mois en institution; en hospitalisation
- Estimer appétit, apports alimentaires
- Poids, perte de poids (> 5% /mois ou > 10% en 6 mois, sévère si > 10%/m ou > 15% en 6 mois)
- IMC (poids/t²) (<21, sévère si < 18)
- +/- MNA (< 17) ou albumine (<35, sévère si <30)

MNA dépistage

- ▶ A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
0 = anorexie sévère; 1 = anorexie modérée; 2 = pas d'anorexie
- ▶ B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg; 1 = ne sait pas; 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg; 3 = pas de perte de poids
- ▶ C Motricité
0 = du lit au fauteuil; 1 = autonome à l'intérieur; 2 = sort du domicile
- ▶ D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non
- ▶ E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère; 1 = démence ou dépression modérée; 2 = pas de problème psychologique
- ▶ F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19; 1 = 19 ≤ IMC < 21; 2 = 21 ≤ IMC < 23; 3 = IMC ≥ 23
- ▶ **Dépistage /14**
- ▶ **Score de dépistage > 12 STOP; 11 ou - : continuer**

MNA

1. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
2. Prend plus de 3 médicaments
3. Escarres ou plaies cutanées?
4. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
5. Consomme-t-il
*Une fois par jour au moins des produits laitiers?
*Un ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses?
*Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?
6. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
7. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, lait, café, vin...)
8. Manière de se nourrir (seul, assisté ou pas)
9. Le patient se considère-t-il comme bien nourri?
10. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
11. Circonférence brachiale
12. Circonférence du mollet

Autres domaines

Autres évaluations nécessaires

- ▶ Mobilité (Tinetti, Berg)
- ▶ Douleur
- ▶ Peau
- ▶ Incontinence
- ▶ Réseau social+++
- ▶ QdV

Fardeau

- ▶ Échelle de Zarit du fardeau en cas de démence
- ▶ Validation en dehors de la démence?
- ▶ Important pour la stabilité du réseau social
- ▶ Vision uniquement négative du « prendre soins »: dépassée? → Problème éthique d'induction de la vision négative

Quelles échelles je peux utiliser en pratique courante?

- ▶ Cognitif:
 - Les 5 mots
 - L'Horloge et la BREF (non cotée)
- ▶ Dépression/Comorbidités
 - 0
- ▶ Autonomie Fonctionnelle
 - ADL/IADL
- ▶ Performance/Equilibre
 - Nombre de chutes
- ▶ Nutrition
 - Albumine/ Δ poids

Quelles échelles me manquent ?

- Des échelles évolutives plus que de dépistage
 - Sur la dimension psychologique (anxiété et dépression)
 - Sur la dimension cognitive et les fonctions exécutives
 - Sur la dénutrition
- Une mesure du réseau social et de l'environnement médico-social



Limites des échelles

- ▶ Pour évaluation CSP, niveau d'éducation, du revenu, du réseau naturel, nombre de médicaments...
 - Echelles USA pas toujours valables
 - Comparaisons internationales difficiles
 - Approcher tout de même le langage commun: intérêt des outils complets
- Retour avec la clinique ?
- Aide à la définition du plan de prise en charge ?

L'EGS ajoute-t-elle de l'information chez les malades âgés avec cancer ?

- EGS: ADL, IADL, MMSE, GDS, Comorbidités versus Performans Status
- 269 patients ayant un PS<2 (asympto ou sympto mais sans gêne)
 - 13% avaient des comorbidités >2
 - 9.3% avaient une limitation ADL
 - 37.7% avaient une limitation IADL
 - 27.6% avaient MMSE <24
 - 31.7% avaient une probable dépression GDS

Repetto L et al. JCO 2002;20:494-502

L'EGS ajoute-t-elle de l'information chez les malades âgés avec cancer ?

- 60 Pts (age médian 78 ans) K prostate
- 83% des patients Karnofsky > 60
 - 66% ADL >0
 - 87% IADL >0
 - CIRS-G toujours >0 (75% au moins 1 sévère)
 - 19 cas de prescriptions inappropriées
 - 50% risque de chute
 - 45% troubles cognitifs
 - 33% dépressifs
 - 65% dénutris

Ferret C et al. JCO 2004;22 (14S):8167

Table 1. Domains of geriatric assessment included in the 73 studies that examined geriatric assessment in the oncology setting

Domain	No. of studies that included the domain	The most frequently used questionnaire or instrument to assess the domain*	Frequency of use†, No. (%)
Activities of daily living	60	Katz index	38 (63)
Instrumental activities of daily living	65	Lawton scale	40 (62)
Comorbidity	58	Charlson comorbidity index; Cumulative Illness Rating Scale (including Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric)	20 (34)
Cognitive functioning	53	Mini Mental State Examination	18 (31)
Depression	52	Geriatric Depression Scale (any version)	41 (77)
Nutritional assessment	40	Mini Nutritional Assessment (including short form)	35 (87)
Performance status	37	Body mass index; Eastern Oncology Collaborative Group scale	15 (38)
Fall risk assessment	27	Karnofsky scale; Self-reported falls	20 (54)
			12 (32)
			14 (52)

Puts M et al J Natl Cancer Inst 2013

*Both instruments were used in more than 20% of the studies.
†Among studies that included the domain.

CGA et prédiction toxicité 2010-2012

- 7 études mettent en relation CGA et toxicité du traitement oncologique
- Sont associés à un risque accru de toxicité
 - L'altération autonomie (ADL/IDAL)
 - La cognition
 - La nutrition
 - le potentiel de toxicité de la chimiothérapie

Puts MTE et al Ann Oncol 2014

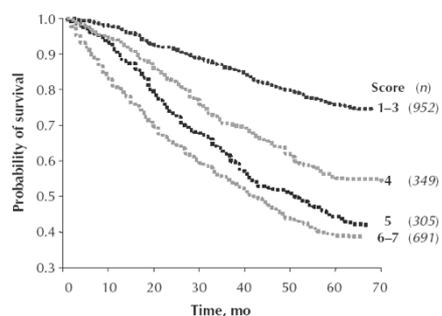
Une approche clinique de « bon sens »

Une échelle de fragilité clinique

1. Santé excellente
2. Bonne santé
3. Bonne santé, avec comorbidité traitée et asymptomatique
4. Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
5. Fragilité légère (IADL modérément perturbées)
6. Fragilité moyenne (besoins d'aide pour les ADL et les IADL)
7. Fragilité sévère (perte de toutes les ADL ou phase terminale de pathologie)

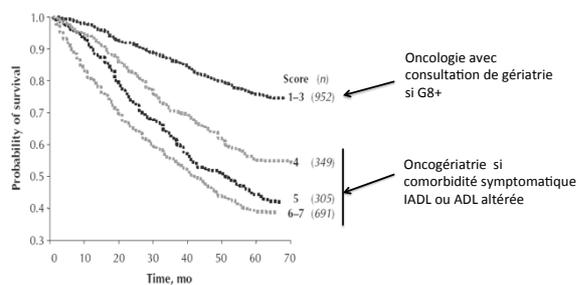
Rockwood K et al CMAJ 2005

Validation sur la survie (Enquête Canadienne Santé et Vieillesse)



Rockwood K et al CMAJ 2005

Quel malade pour quelle prise en charge ?



Vous voyez en consultation Mr François P, médecin à la retraite âgé de 82 ans, en compagnie de son épouse. Il a comme antécédent une hypertension artérielle non compliquée, une hypercholestérolémie et un surpoids (95 kg pour 178 cm). Les chiffres tensionnels sont normalisés par un inhibiteur calcique et le taux de cholestérol par une statine. Il a cessé toute activité professionnelle il y a 4 ans, en quittant la présidence de l'Association des Médecins Retraités de sa discipline d'origine. Il vit avec son épouse, dévouée à ses côtés et a un fils unique qui travaille sur une plate forme pétrolière en Afrique. Il joue au golf une fois par semaine et passe sinon depuis un an beaucoup de temps devant la télévision.

Sa présentation est un peu négligée avec une cravate défilée, tachée de jaune d'œuf, et la bragette mi-ouverte. Il marche avec une canne. Il arrive très souriant vers vous et vous salue d'un « Bonjour Collègue. Super l'hôpital et la secrétaire est vraiment canon ! ».

Il est adressé pour l'exploration d'une adénopathie cervicale haute de 3 cm de diamètre, non douloureuse et mobile. Cette adénopathie est isolée. A la question « Depuis quand avez-vous cela ? », il répond « J'en sais rien. C'est X, mon ancien interne, qui a voulu que je vienne vous voir. Mais c'est sûrement les dents. D'ailleurs vous n'auriez pas mieux que l'Augmentin, cela fait trois mois que j'en prends et la boule est toujours là. Trois mois ou plus j'en sais rien. D'ailleurs j'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien (ces derniers mots sont chantonnés) ».

Son épouse intervient en fixant les débuts des difficultés de mémoire à deux ans auparavant et en les considérant comme assez gênants car elle doit tout lui répéter. Elle précise qu'en outre son mari ne s'intéresse plus à grand chose. Elle trouve qu'il cherche ses mots et qu'il est irritable (« Ah les gonzesses ! » dit-il). Elle raconte également qu'il s'est trompé cette année dans la rédaction de la déclaration d'impôt. Il s'est énervé contre elle quand elle a voulu corriger le document fiscal. (« D'ailleurs il est très irritable même si comme vous voyez il blague souvent »).

Il a maigri de quelques kilos (4 au cours des 2 derniers mois) et se dit « crevé, c'est les antibiotiques sûrement ». Il marche avec une canne depuis une chute dans l'escalier il y a trois semaines.