

# Quelle place pour les scores d'autonomie fonctionnelle et de fragilité dans les décisions d'intensité de soins non anticipées en gériatrie ?

L. Moïsi (1,2,3,6) ; JC. Mino (2,6) ; B. Ennuyer (3) ; C. Desprès (3) ; MF. Mamzer (3,4) ; JC. Dupont (3) ; F. Gzil (2,5) ; E. Fournier † (3,6)

(1) UGA, Hôpital Saint-Antoine ; (2) Université Paris-Saclay, INSERM, CESP U1018 ; (3) Equipe ETRES, Centre de Recherche des Cordeliers (CRC) - INSERM - Sorbonne Université - Université Paris Cité, Paris; (4) Unité fonctionnelle d'éthique médicale, Hôpital Necker-enfants malades; (5) Espace de réflexion éthique IDF; (6) Département d'éthique médicale, Sorbonne Université

# Rationnel

Emergence des concepts suivants

- ⇒ Autonomie fonctionnelle
- ⇒ Fragilité

Termes **polysémiques**  
Échelles d'évaluation  
nombreuses +++

*Méchin 2016  
Faya-Robles 2018  
Bruyère 2016  
Ennuyer 2003*

**ADL / IADL (1963, 1968)**  
**Géronte (1981)**  
**AGGIR (1994)**

**Fried 2001**  
**Rockwood 2005**  
**CFS 2009, 2020**

## Années 1960-2010

Échelles d'autonomie : **descriptives**  
Echelles de fragilité : **dépistage** /  
prédire une dégradation / déterminer  
des objectifs de soin

## Années 2010

**Pronostic** des patients en  
réanimation

## Années 2020

Critères **objectifs**, qui entrent  
dans les **recommandations**  
aidant aux décisions médicales  
**(Covid – et après?)**

*Flaaten 2017  
Le Maguet 2014  
Bagshaw 2014  
Azoulay 2020  
Rockwood 2020*



# Objectif de ce travail

- ◇ L'objectif de cette étude était de déterminer **la place des scores d'autonomie fonctionnelle (AF) et de fragilité** dans les **décisions d'intensité de soins non anticipées** auprès des personnes âgées
- ◇ et si l'utilisation de ces scores était **source de tension éthique**



# Matériel et méthodes

- ◇ Étude **qualitative multicentrique**
- ◇ Réalisation **d'entretiens semi-dirigés** auprès de **gériatres, urgentistes et réanimateurs**, jusqu'à « saturation des données »
- ◇ L'utilisation des scores était discutée à partir d'une **situation clinique choisie** dans l'expérience des enquêtés.
- ◇ Analyse par **théorisation ancrée** avec triangulation + discussion pluridisciplinaire des résultats
- ◇ Accord du comité d'éthique de SU en 2021

## Résultats : entretiens et population enquêtée

- ◇ 27 entretiens
- ◇ Réalisés entre nov 2020 et mai 2021
- ◇ 3 régions différents (CHU Parisien, CHG IDF, CHU Toulouse + périph)

Caractéristiques des médecins	Nombre total = 27 (%)	
<b>Age</b>		
< 30 ans	1 (4%)	Âge moy = 45 ans
30-50 ans	20 (74%)	
> 50 ans	6 (22%)	
<b>Sexe</b>		
M	12 (44%)	
F	15 (66%)	
<b>Spécialité d'exercice</b>		
Gériatrie	11(40%)	
Urgences	8 (30%)	
Réanimation	8 (30%)	
<b>Durée d'exercice</b>		
<5 ans	4 (15%)	Moy = 13 ans
5-15 ans	9 (33%)	
15-25 ans	9 (33%)	
>25 ans	5 (7%)	
<b>Institution d'exercice</b>		
CHU	15 (56%)	
CHI ou CHG ou clinique privée	9 (33%)	
EHPAD	3 (11%)	
<b>Type de lieu d'exercice</b>		
Médecine aigue	21 (78%)	
Moyen séjour	3 (11%)	
EHPAD / long séjour	3 (11%)	
<b>Religion</b>		
Déclare une religion	14 (52%)	
Athée / agnostique	13 (48%)	
<b>Formations complémentaires</b>		
Soins palliatifs	3 (11%)	
Ethique	1 (4%)	

# Résultats : utilisation des scores

- ❖ Les principaux scores utilisés étaient l'ADL, la grille AGGIR et le Clinical Frailty Scale (CFS).
- ❖ Échelle de Fried, que certains nomment la « *vraie échelle de fragilité* », est non adaptée dans ces circonstances (prédiction d'une dégradation et non évaluation à un temps T, aigu)
- ❖ Les scores d'AF et de fragilité permettent de prendre en compte le retentissement des comorbidités (dont l'état cognitif) sur l'état général du patient gériatrique
- ❖ L'utilisation des scores dépend du lieu d'exercice du praticien et non de sa spécialité
  - peu d'urgentistes connaissent la notion de fragilité et utilisent le CFS ≠ gériatres et réanimateurs
  - pour les gériatres d'EHPAD, la fragilité n'a plus de sens




# Résultats : avantages et inconvénients des scores d'AF et de fragilité

## ◇ Avantages

- **Reproductibilité**
- Repères **communs objectifs et validés** -> aident à la **communication** entre spécialistes
- Données objectives et quantifiables -> utilité pour réaliser des études pronostiques
- Stratification sur l'AF et la fragilité et **non sur l'âge chronologique** (âgisme) → **meilleure prise en compte des besoins** des patients âgés, manière « *d'en prendre soin* » (urgentiste, Paris)

## ◇ Inconvénients

- Sont insuffisants, voire inutiles, pour les patients de fragilité et d'AF intermédiaires, dits « *de la zone grise* »
- Ne résolvent pas la question de **l'incertitude pronostique** pour un patient donné
- Risque de **raccourcir le processus décisionnel** (AGGIR), en l'absence de prise en compte des autres éléments (souhait du patient exprimé via les DA/la PC)



# Résultats : moyens utilisés par les médecins en plus des scores

- ❖ Certains ne se servent pas des scores mais préfèrent une **approche plus globale** du malade : « *on le fait sans le côter, on a une intuition du score [...], savoir s'il a un CFS à 4 ou 6, c'est comme un NIHSS à 3 ou 10, ça me parle pas, je veux savoir ce qu'il peut faire en pratique, ses activités, s'il sort de chez lui, s'il parle..* » (une réanimatrice, Paris)
- ❖ Basée sur le **visuel, l'apparence** : « *On va estimer le terrain au visuel du patient, évaluer l'espérance de vie au nez, au feeling, une intuition basée sur des éléments objectifs* » (un urgentiste, Paris) -> finalement, **le sens clinique** prévaut sur les scores
- ❖ Utilisation d'une **rhétorique de conviction** pour passer outre le critère de l'âge : « *si tu l'avais rencontré il y a 15 jours ou à Noël, elle faisait du bridge, se promenait...* »
- ❖ Autres arguments : gravité du tableau clinique, souhait du patient, arguments organisationnels