

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés -

Concept de fragilité : place du gériatre

Pr Olivier Hanon
Paris, France

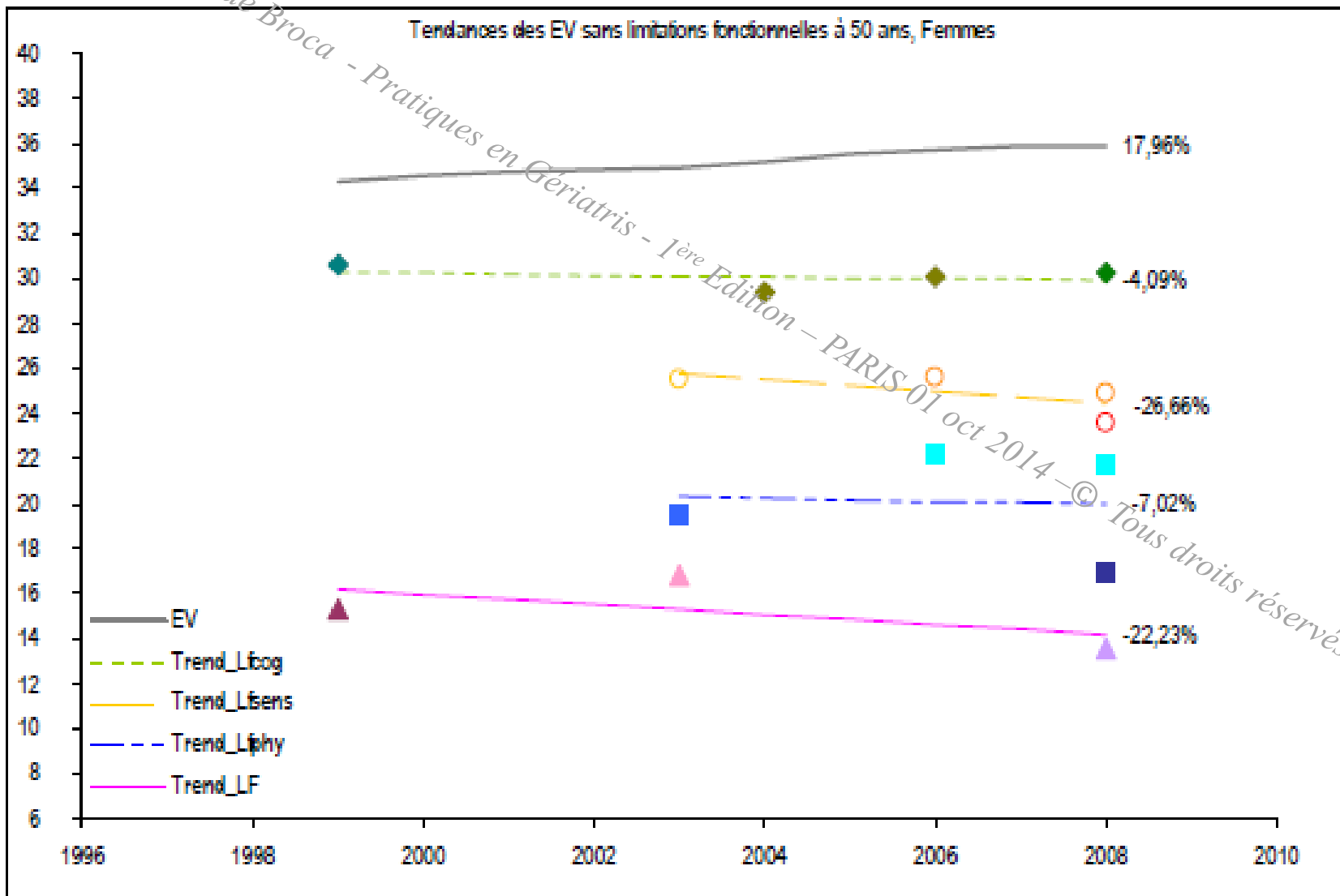


Après 75 ans

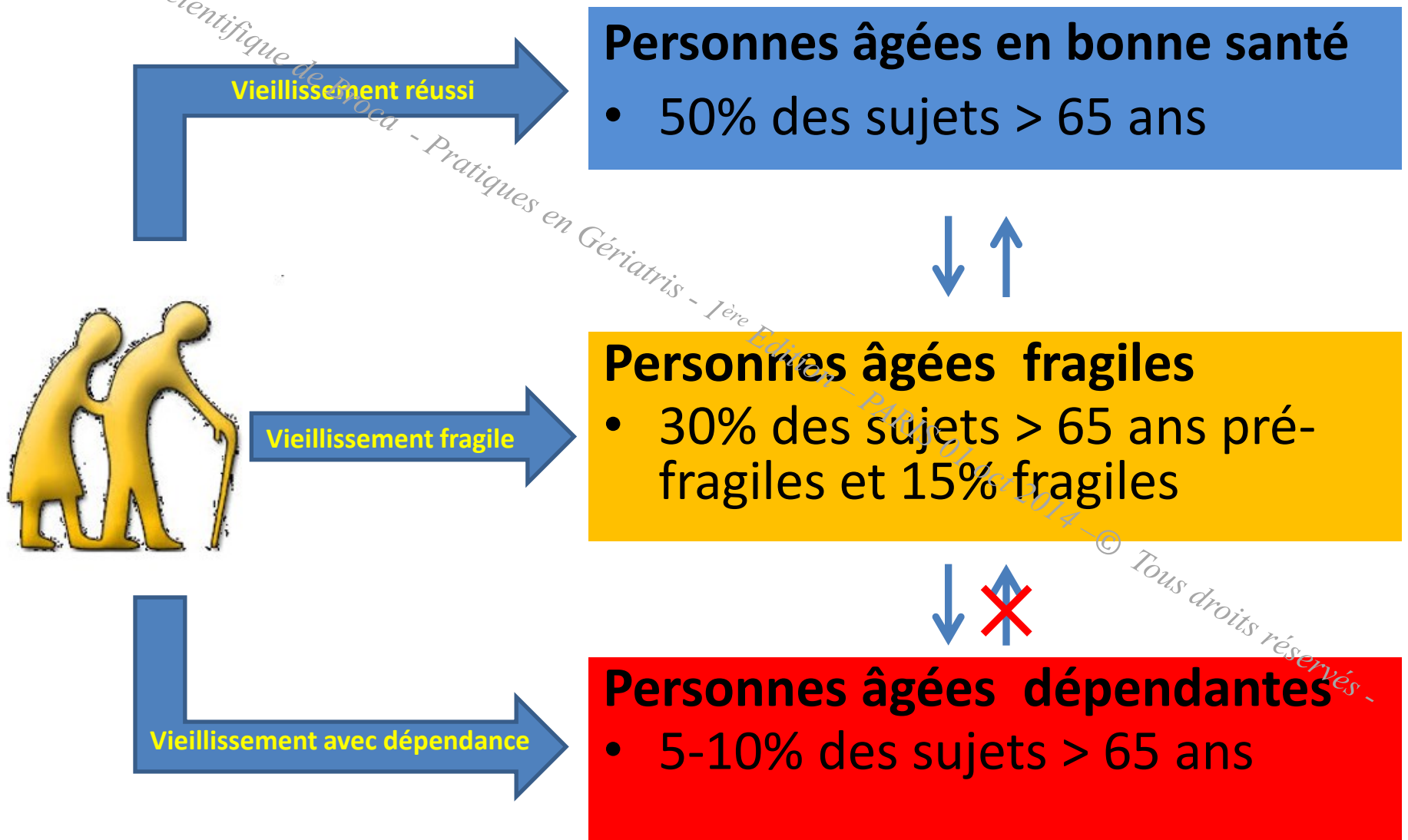
- 85% des personnes ont au moins une pathologie
- 57% sont en affection de longue durée (ALD)
- 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010
- 29% souffrent d'au moins une pathologie cardiovasculaire
- 7 molécules différentes délivrées (2010) au moins 3 fois par an
- 4 facteurs majeurs d'hospitalisation
 - Iatrogénie
 - Chutes
 - Dénutrition
 - Dépression

Espérance de vie sans incapacité (2010)

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS-01 oct 2014 - © Tous droits réservés -



Personnes âgées: 3 catégories*



*Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: 146-56.

Frailty in elderly people

Andrew Clegg, John Young, Stevilliffe, Marcel Olde Rikkert, Kenneth Rockwood

Lancet 2013;381:752-62

Diminution des capacités de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress

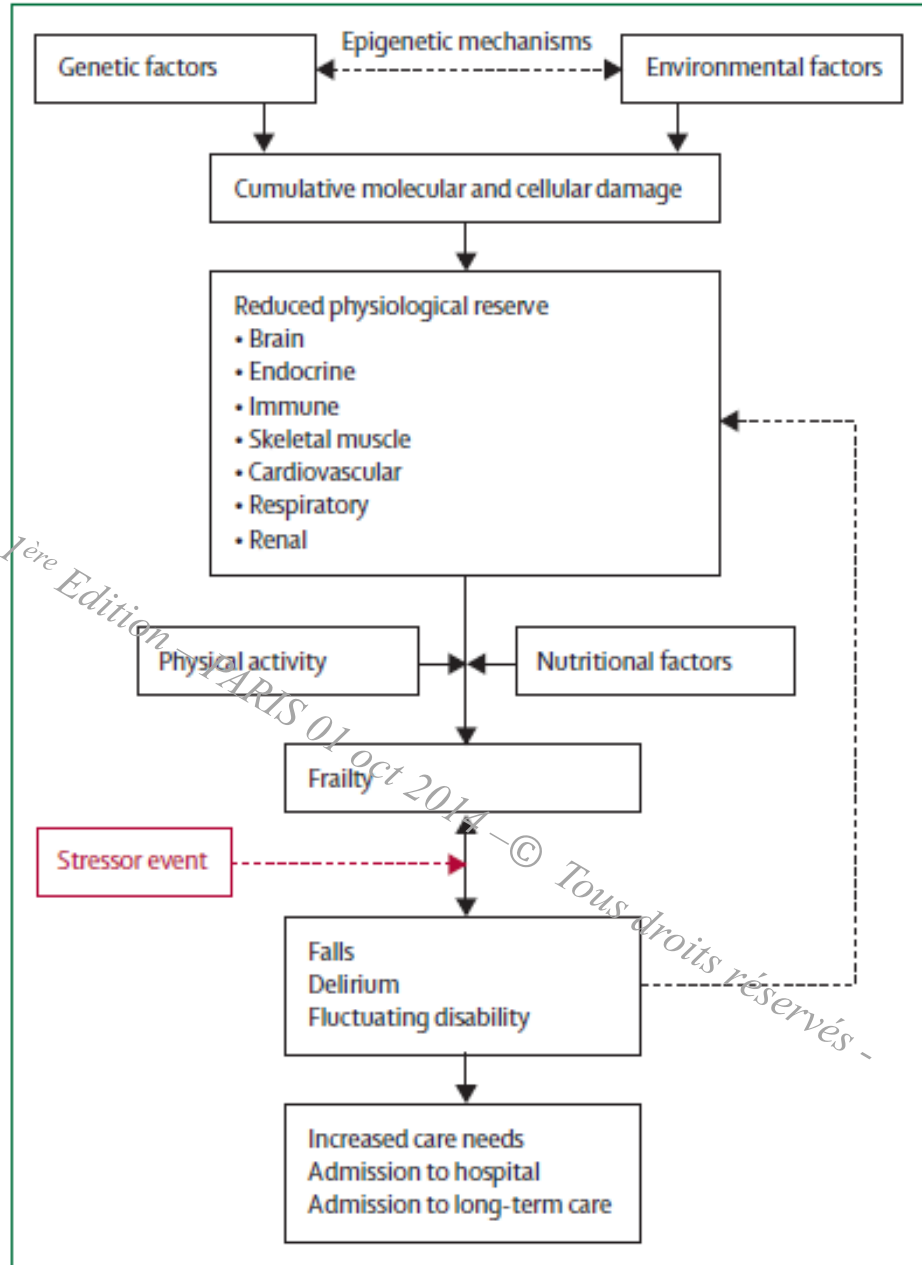


Figure 2: Schematic representation of the pathophysiology of frailty



La fragilité de la personne âgée : un consensus
bref de la Société française de gériatrie et
gérontologie

- La fragilité est un **syndrome clinique**
- Les conséquences du syndrome de fragilité sont clairement identifiées:
 - la **mortalité** globale,
 - le **déclin fonctionnel**,
 - la **chute**,
 - l'**hospitalisation**,
 - l'**entrée en institution**

Critères de Fried (Sd de fragilité)

Perte de poids $\geq 4,5$ kg par an

Fatigue subjective

épuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?

Absence d'activité physique

aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine

Vitesse de marche $< 0,8$ m/sec

Faiblesse musculaire

Incapacité à se lever 5 fois d'une chaise sans s'aider des bras

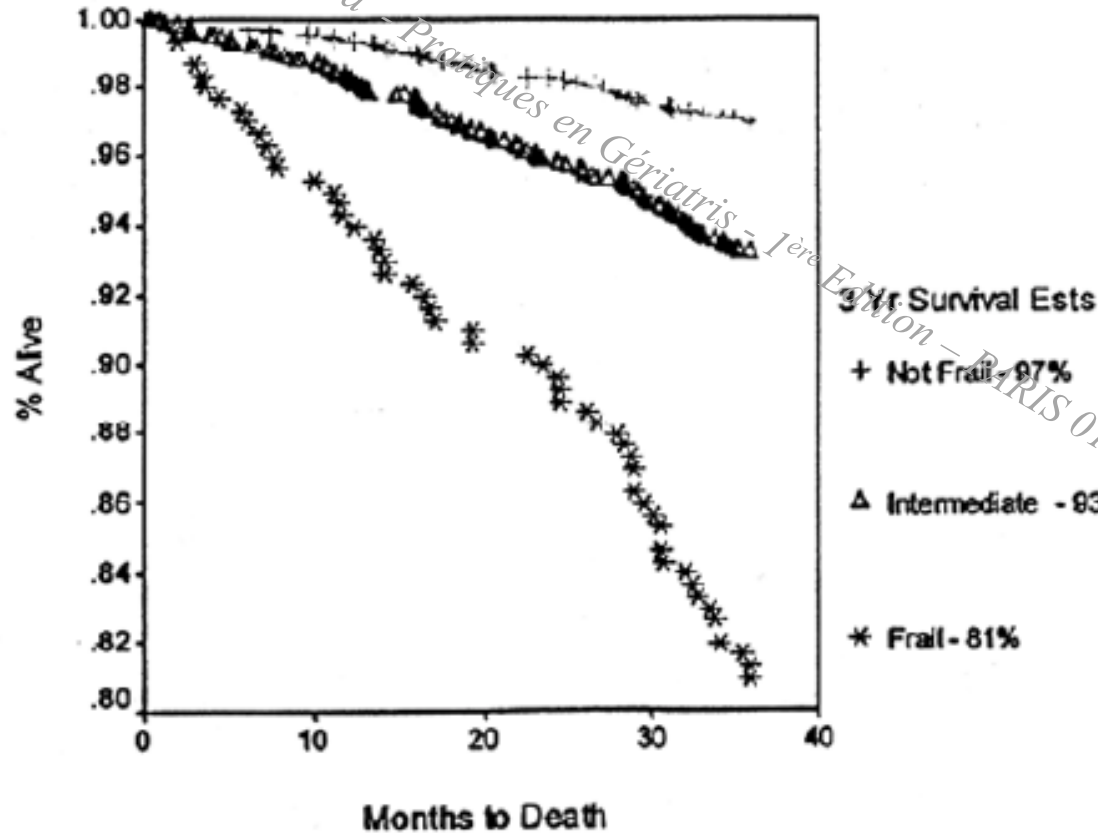
3 ou plus = fragile

1 ou 2 = préfragile

0 = non fragile

Critères de Fried (fragilité)

survie



Fragilité - pronostic

	Year	Country	Participants (n)	Length of follow-up (years)	Falls (HR* /OR† [95% CI])		Worsening disability (HR* /OR† [95% CI])		Hospitalisation (HR* /OR† [95% CI])		Care home admission (HR* /OR† [95% CI])		Mortality (HR* /OR† [95% CI])	
					Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty	Inter-mediate frailty	Severe frailty
Cardiovascular Health Study (CHS) ³	2001	USA	5317	7	1.12* (1.00-1.26)	1.23* (1.50-2.21)	1.55* (1.38-1.75)	1.79* (1.47-2.17)	1.11* (1.03-1.19)	1.27* (1.11-1.46)	NA	NA	1.32* (1.13-1.55)	1.63* (1.27-2.08)
Canadian Study of Health and Aging (CSHA) ³²	2004	Canada	9008	5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1.54† (1.67-3.86)	2.60† (1.36-4.96)	2.54† (1.92-3.37)	3.69† (2.26-6.02)
Women's Health and Aging Study (WHAS) ³³	2006	USA	1438	3	0.92* (0.63-1.64)	1.18* (0.63-2.19)	NA	NA	0.99* (0.67-1.47)	0.67* (0.33-1.35)	5.16* (0.81-32.79)	23.98* (4.45-129.2)	3.50* (1.91-6.39)	6.03* (3.00-12.08)
Study of Osteoporotic Fractures (SOF) ³⁴	2008	USA	6701	4.5	1.23† (1.02-1.48)	2.44† (1.95-3.04)	1.89† (1.66-2.14)	2.79† (2.31-3.37)	NA	NA	NA	NA	1.54† (1.40-1.69)	2.75* (2.06-3.07)

Lancet 2013; 381: 752-62

Fragilité = facteur de risque de mortalité

Canadian Study of Health and Aging (2 305 sujets > 70 ans)

Déterminants de la mortalité à 5 ans

	Hazard ratio	95% Confidence interval		Significance
		Lower	Upper	
Age	1.06	1.05	1.07	< 0.001
Male sex	1.64	1.44	1.86	< 0.001
Resident in institution at baseline	1.72	1.49	1.98	< 0.001
Diabetes	1.42	1.20	1.69	< 0.001
Co-morbidity (Cumulative Illness Rating Scale score)	1.03	1.01	1.04	0.001
Frailty score of 5 or more on the Clinical Frailty Scale)	2.72	2.34	3.16	< 0.001

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

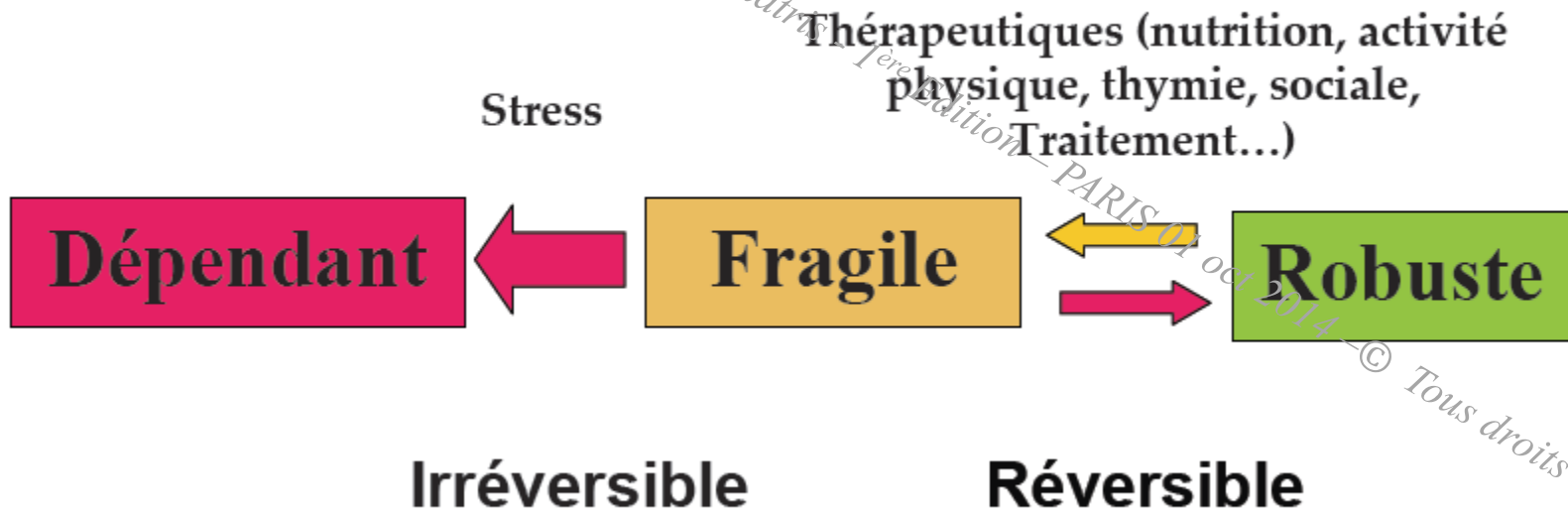
Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie

1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés -

Le concept de fragilité

Réversibilité de l'état de fragilité :
prévention de la perte d'autonomie



Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes ($ADL \geq 5/6$), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	OUI	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

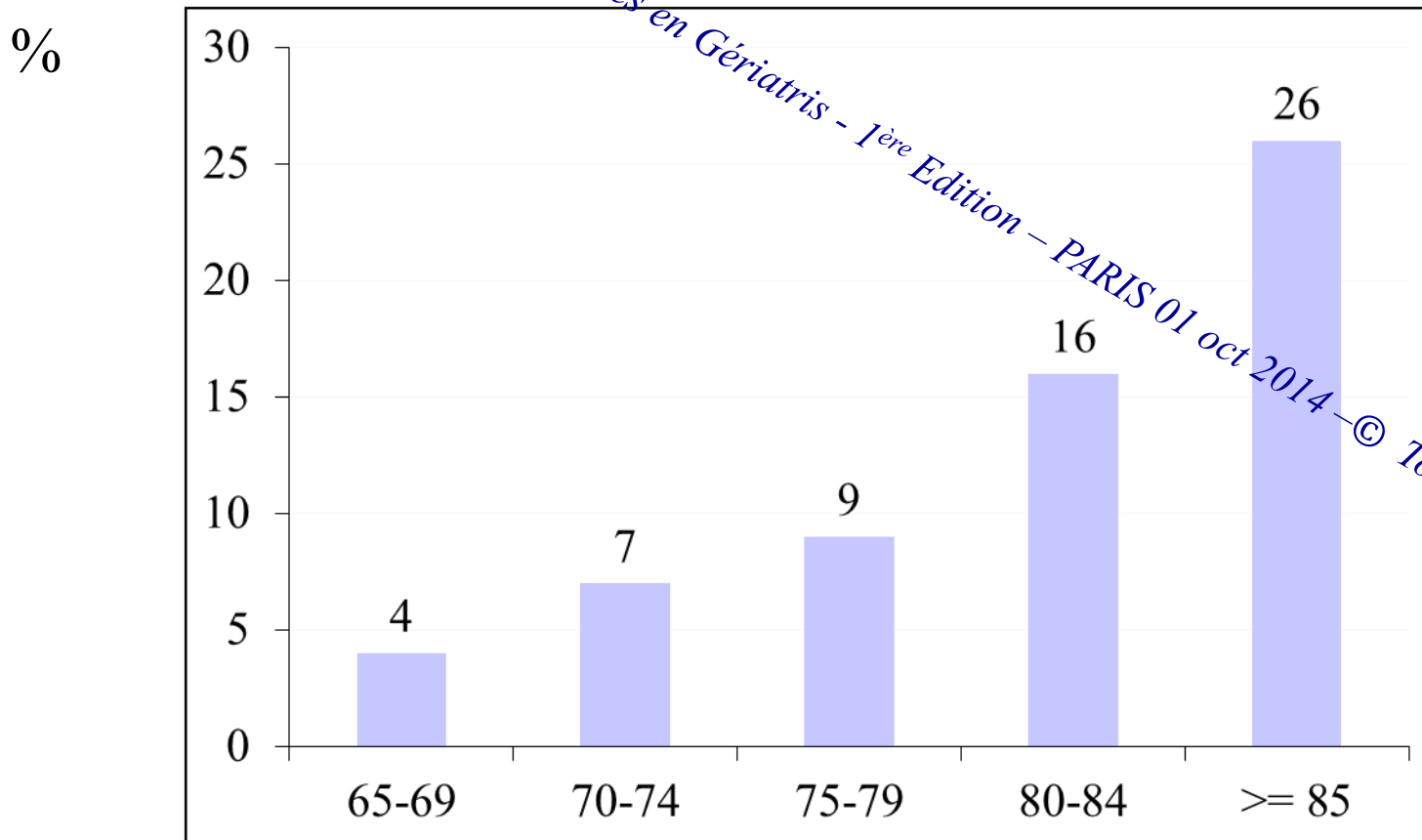
Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 10^{ème} Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés -

Prévalence

Revue systématique de la littérature

Prévalence = 10% (IC à 95 % 9,6-10,2 %),



Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1^{ère} Edition - PARIS 01 oct 2014

Des interventions gériatriques fondées sur l'EGS et la coopération avec les acteurs des soins primaires peuvent réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles.

31 essais randomisés

N = 20 235



Etudes de cohortes

N = 150 000

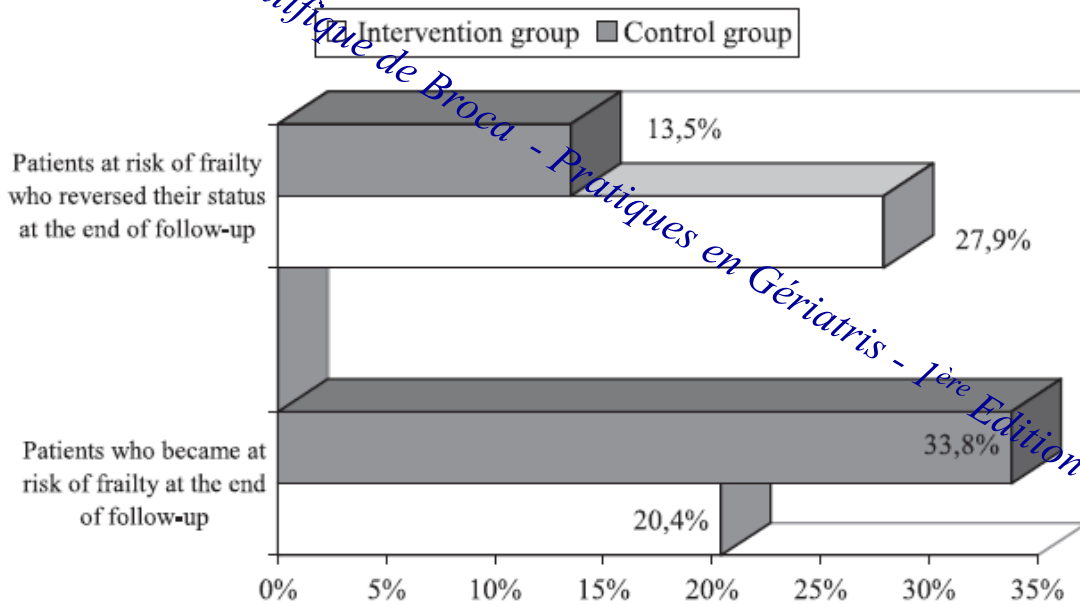
2.4. Caractéristiques des revues systématiques et méta-analyses retenues

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'article inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve
Beswick 2008 RS et MA	Oui →2005	Oui	Oui	Oui	24 RCT - Décès 24 études - Chutes 5 études - Hospitalisation 12 études (20 047)	Niveau 1
Daniels 2008 RS	Oui → mai 2007	Oui	Oui	Oui	9 RCT (de 46 à 188)	Niveau 1
Abellan Van Kan 2009 RS	Oui	Oui	Oui	Oui	27 Études de cohorte (85-3 156)	Records d'experts
Collard 2012 RS	Oui →2010	Oui	Oui	Non	21 Études transversales ou longitudinales (61 500)	Niveau 4
Hamaker 2012 RS	Oui →2011	Oui	Oui	Oui	14 Études de cohorte (41-1 425 médian 117)	Niveau 2
Pialoux 2012 RS	Oui →juin 2011	Oui	Oui	Oui	11 Études comparatives Études de cohorte (de 48 à 31 115)	Niveau 2

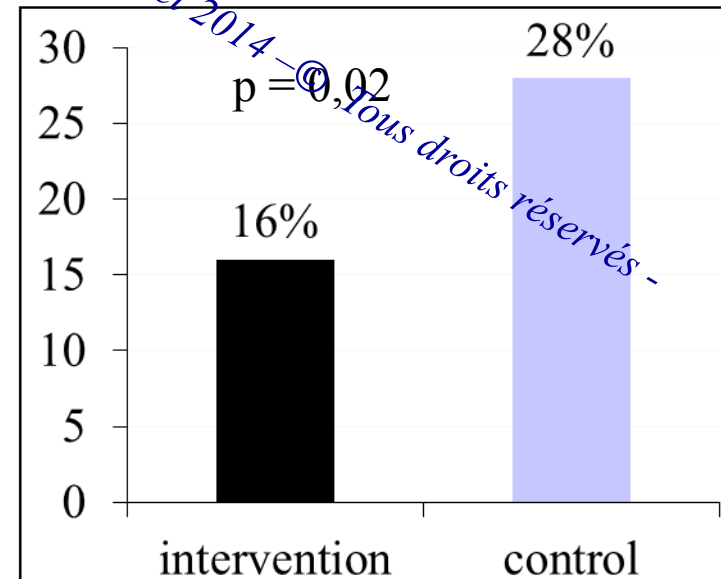
Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - Tous droits réservés -

Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial

N=620, suivis 18 mois



Décès et institutionnalisation



Fam Pract 2010;27(3):239-45.

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

L'évaluation fondée sur l'EGS peut être faite en hôpital de jour gériatrique ou en ambulatoire, en recourant à une équipe mobile gériatrique, à un réseau de santé personnes âgées,

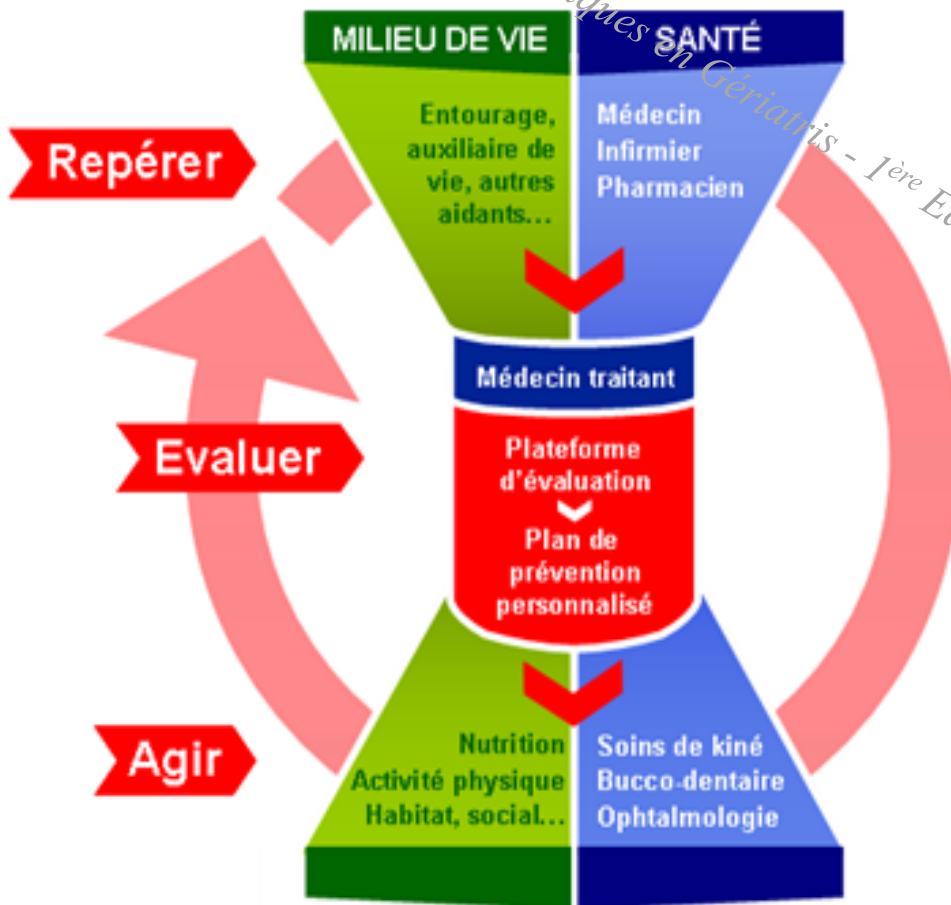
Prévention dépendance

Plateformes d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance

Médecins traitants

EGS (évaluation gériatrique
standardisée)

Plan Personnalisé de soin
Éducation nutritionnelle
(diététicienne)
Exercice physique (kiné, staps)
Stimulation cognitive (neuropsych)



Evaluation multidisciplinaire

- Médecin
- IDE
- Diététicienne
- STAPS
- Neuropsychologue
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Assistante sociale



Domaines à explorer	Démarche et tests diagnostiques	Compléments / commentaires
Optimisation diagnostique et thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser un interrogatoire, un examen clinique, peser la personne, réévaluer les comorbidités. ■ Rechercher des pathologies non diagnostiquées. ■ PMSA : revue des médicaments et révision de leur bénéfice/risque et de leur posologie en l'adaptant à la fonction rénale. ■ Rechercher une plainte autour du sommeil. 	<p><i>Les plaintes autour du sommeil sont une source de prescription inappropriée de psychotropes. C'est aussi un signe d'appel de pathologie souvent sous diagnostiquée ou négligée (dépression, douleur, etc.)</i></p>
Altération des fonctions supérieures	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>MIS</u> ou test de 5 mots et test de l'horloge. ■ Si ces tests sont mauvais, réaliser un MMSE. 	<p><i>Si score MMSE \leq 25/30, demander une consultation mémoire. Une maladie d'Alzheimer débutante peut être diagnostiquée chez un patient fragile.</i></p>
Souffrance psychique, dépression	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Mini GDS (Geriatric Depression Scale)</u> Si score total supérieur à 1, évaluation médicale avec GDS 15 items www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression ■ Poser la question si le patient est aidant. 	<p><i>Confirmer le diagnostic de dépression en prenant, si besoin, un avis spécialisé. Un sommeil perturbé, une perte de l'appétit peuvent être des signes d'une dépression. Les aidants ont un risque de dépression et de mortalité prématurée important.</i></p>
Déficit sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vision : la lecture est-elle perturbée ? Échelle de Parinaud pour acuité visuelle ; <u>échelle AMSLEB</u> pour la DMLA, avis sur cataracte, etc. ■ Audition : rechercher des questions répétées, la perception de sonnette/téléphone, bruits de la rue. 	<p><i>Demander un examen ophtalmologique complet (acuité visuelle, champ visuel, pression oculaire, rétine). Demander un audiogramme et les spécifications d'un appareillage.</i></p>
État bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner l'état bucco-dentaire, l'hygiène. ■ Rechercher une sécheresse, des difficultés de mastication. 	<p><i>Adresser au chirurgien-dentiste (échelle de OHAT). Un bon état bucco-dentaire est nécessaire pour préserver la qualité de l'alimentation.</i></p>
État nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'enquérir de l'appétit. ■ Courbe de poids : dénutrition si perte de poids \geq 5% en 1 mois, ou \geq 10% en 6 mois. ■ IMC : dénutrition si IMC $<$ 21 kg/m². ■ Repérage de la consommation excessive d'alcool. 	<p><i><u>MNA</u> (Mini Nutritional Assessment) en deuxième ligne : dénutrition si $<$ 17. Rechercher la cause de la dénutrition.</i></p>

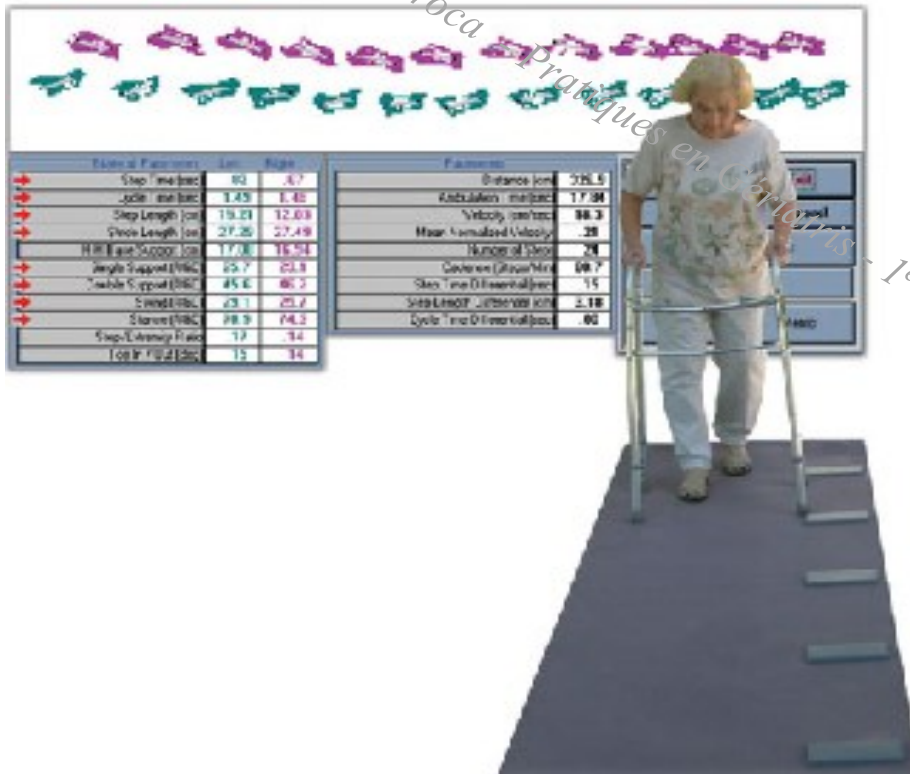
<p>Étude de la mobilité et de l'équilibre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rechercher une chute spontanée. ■ Rechercher une hypotension orthostatique. ■ Mesurer la vitesse de marche sur 4 m. ■ <i>Time up and Go Test</i> (TUGT). 	<p><i>Ces tests dépistent une sarcopénie et un risque de chute.</i> <i>Rechercher une maladie neurologique ou rhumatologique nécessitant une prise en charge spécifique.</i> <i>Les troubles de la continence limitent la mobilité.</i></p>
<p>Évaluation de l'autonomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Test de Katz : évalue les activités de la vie quotidienne ou ADL. ■ Mini IADL évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne en 4 points (gestion de l'argent, des traitements, du transport et du téléphone). 	<p><i>Remplir un certificat médical pour grille AGGIR si le financement d'une aide est nécessaire.</i></p>
<p>Statut économique et social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'enquérir des caractéristiques de l'habitat (chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque), de la situation financière (revenus, couverture sociale) et du réseau social (vie sociale et relationnelle). 	<p><i>Si une vulnérabilité sociale est suspectée, une visite à domicile est conseillée.</i> <i>Un bilan social de la personne peut être demandé auprès des équipes des centres locaux d'information et de coordination (CLIC 2 et 3), du conseil communal de l'aide sociale (CCAS), d'une assistante sociale, du service social polyvalent des départements.</i></p>

Les tests permettent d'objectiver les résultats dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle, mais ne remplacent pas l'approche clinique.

Les professionnels peuvent également utiliser des outils intégrés dont ils ont l'habitude comme le *Resident Assessment Instrument* (RAI) informatisé ou la grille SEGA.

Evaluation Sarcopénie

Tapis de marche



Hand grip



Risque de chutes

Get Up and go Test (nl < 20 sec)

SPPB (équilibre) (0-12)

Lever de chaise x 5

Force motrice (handgrip) (kg)

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés -

Prise en charge : quels moyens ?

Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Elle doit conduire à des interventions « multi domaines » de prévention qui peuvent porter sur :

- l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité ;
- la nutrition ;
- la réduction de la polymédication et l'optimisation thérapeutique ;
- la mise en place d'aides sociales, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation des liens sociaux.

Ces interventions doivent être formalisées dans le cadre d'un plan personnalisé de soins (PPS).

APA (Activité Physique Adaptée)



Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - Droits réservés -

Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis

89 trials including 97 984 people

Study context	Nursing home admission N=79 575	Hospital admission N=20 047	People with falls N=15 607
Geriatric assessment of general elderly people <i>I</i> ²	0.86 (0.83 to 0.90) 47.5%	0.98 (0.92 to 1.03) 61.4%	0.76 (0.67 to 0.86) 0
Geriatric assessment of elderly people selected as frail <i>I</i> ²	1.01 (0.83 to 1.23) 28.8%	0.90 (0.84 to 0.98) 11.0%	0.99 (0.89 to 1.10) 0
Community-based care after hospital discharge <i>I</i> ²	0.77 (0.64 to 0.91) 0	0.95 (0.90 to 0.99) 57.0%	0.82 (0.61 to 1.08) 40.3%
Fall prevention <i>I</i> ²	1.26 (0.70 to 2.27) 0	0.84 (0.61 to 1.16) 0	0.92 (0.87 to 0.97) 65.8%
Group education and counselling <i>I</i> ²	0.50 (0.05 to 5.49) n/a	0.75 (0.51 to 1.09) n/a	n/a n/a
All complex interventions <i>I</i> ²	0.87 (0.83 to 0.90) 29.0%	0.94 (0.91 to 0.97) 43.0%	0.90 (0.86 to 0.95) 52.8%

Lancet 2008; 371: 725–35

Nutrition

- Une information sur la **bonne façon de s'alimenter** est donnée.
- En cas de **dénutrition** : **chercher une cause**

Les conseils nutritionnels

- Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable

L'enrichissement de l'alimentation

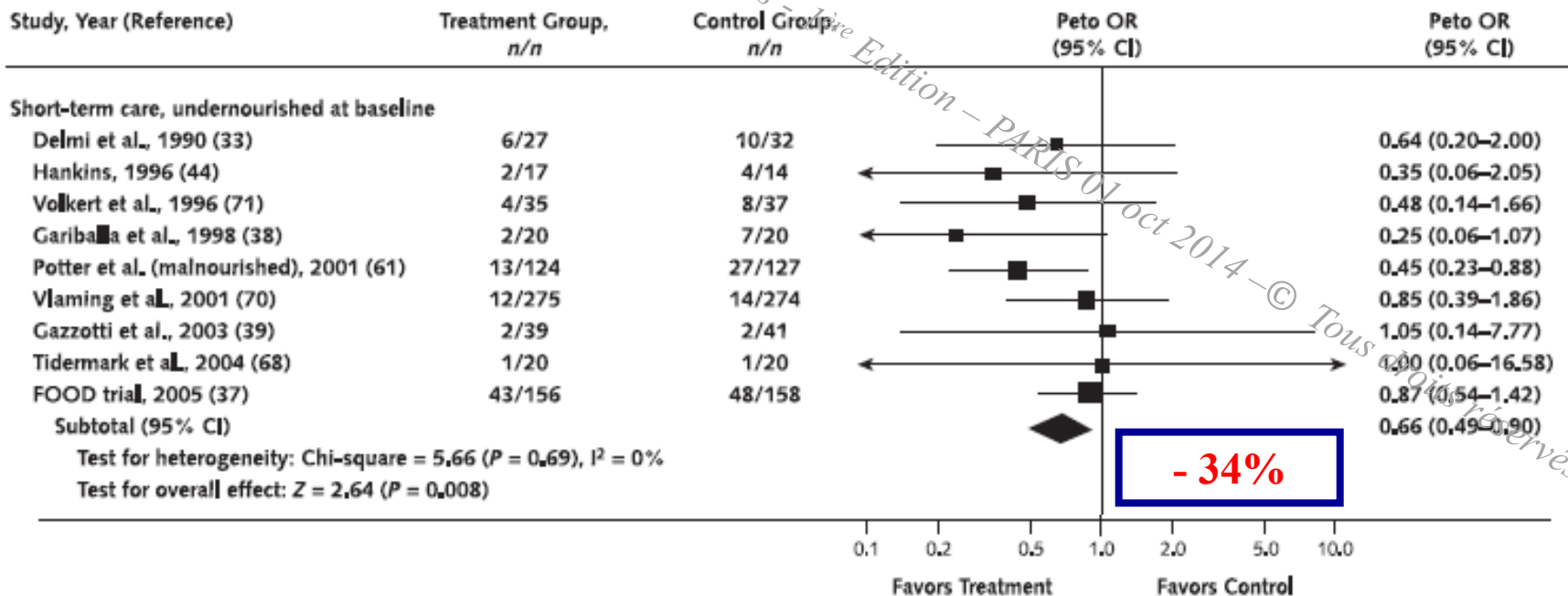
- Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).
- Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Les compléments nutritionnels oraux

Meta-Analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People

Anne C. Milne, MSc; Alison Avenell, MD; and Jan Potter, MBChB

Figure 3. Analysis of mortality data by nutritional status



Optimisation thérapeutique

PMSA (Prescription Médicamenteuse Sujet Agé)

Les 2 modes de Révision du Traitement

consultation spécifique

Analyse des Pathologies en Cours

- **PATIENT** : Pathologies? Environnement? Risques ?
 - histoire médicale et médicamenteuse
 - autonomie, environnement, espérance de vie
 - qualité de vie, préférences du malade
 - risque iatrogénique, risque de défaut d'observance
- **BENEFICES/ RISQUES** pathologie par pathologie?
- **EN PRIORITE**, quelles pathologies traiter?
 - existe t'il alors des alternatives non médicamenteuses?
 - quelles sont alors les posologies optimales ?

revue de l'ordonnance

Analyse des Médicaments en Cours

- **INDICATION** : chaque médicament est-il toujours bien indiqué? (pathologie présente, service médical rendu)
- **CONTRE INDICATION** : chaque médicament est-il non contre-indiqué? (comorbidités, interactions)
- **POSOLOGIE**: chaque médicament est-il à posologie optimale?
- **GALENIQUE** : chaque médicament présente t-il une galénique et un packaging adaptés ?
- **AUTOMEDICATION?**

Liste Hiérarchisée des Pathologies à Traiter

? Correspondance ?

Liste des Médicaments à Prescrire



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

la revue de
médecine interne

La Revue de médecine interne 30 (2009) 592–601

Mise au point

Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées :
intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française

Potentially inappropriate medications in the elderly: Interest of
a list adapted to the French medical practice

M.-L. Laroche^a, F. Bouthier^b, L. Merle^a, J.-P. Charmes^{b,*}

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS Oct 2014 - © Tous droits réservés -

Chrono-Indocid[®], Indocid[®],
Dolcidium[®] Gé

Butazolidine[®]*

Anafranil[®], Défanyl[®], Laroxyl[®],
Elavil[®], Ludiomil[®], Prothiaden[®],
Quitaxon[®], Surmontil[®], Tofranil[®]

Largactil[®], Moditen[®], Modécate[®],
Neuleptil[®], Nozinan[®], Piportil[®],
Tercian[®], Trilifan Retard[®]

Donormyl[®], Noctran[®],
Mépronizine[®], Théralène[®]

Phénergan[®], Primalan[®], Quitadrill[®],
Théralène[®], Sirop Teyssèdre[®],
Allergefon[®], Atarax[®], Dimégan[®],
Polaramine[®], Célestamine[®],
Périactine[®], Aphilan[®]

Ditropan[®], Driptane[®], Détrusitol[®],
Vésicare[®]

Lexomil[®], Valium[®], Novazam[®] Gé,
Librax[®], Lysanxia[®], Urbanyl[®],
Nordaz[®], Victan[®], Mogadon[®],
Rohypnol[®], Tranxene[®], Noctran[®],
Nuactalon[®]

Glucidoral[®], Ozidia LP[®]

Aidomet[®], Catapressan[®],
Physiotens[®], Hyperium[®], Estulic[®]

Adalate[®], Loxen[®] 20 mg

Tensionorme[®]

Eupressyl[®], Médiatensyl[®],
Minipress[®], Alpress[®]

Isorythm[®], Rythmodan[®]

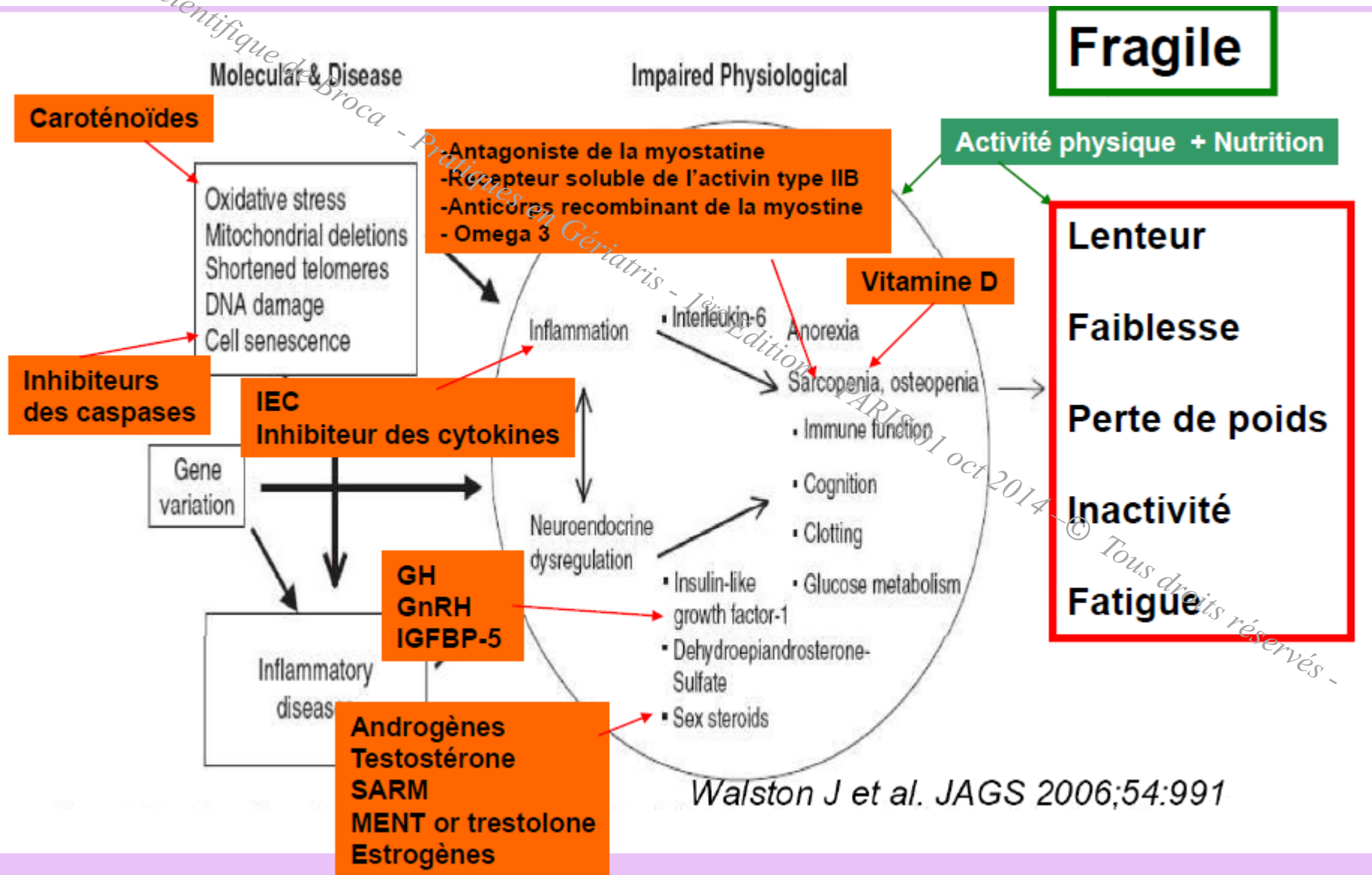
Ticlid[®]

Tagamet[®], Stomédine[®]

Hydergine[®], Capergyl[®], Vasobral[®],
Iskédyll[®], Ginkogink[®], Tanakan[®],
Tramisal[®], Sermion[®], Praxilène[®],
Naftilux[®], Gévatran[®], Diactane[®],
Torental[®], Hatial[®], Pentoflux[®] Ge,
Trivastal[®], Carlytène[®], Cervoxan[®],
Iskédyll[®], Rhéobral[®], Rutovincine[®],
Vincarcutine[®], Vinca[®] Axonyl[®],
Gabacet[®], Nootropyl[®]

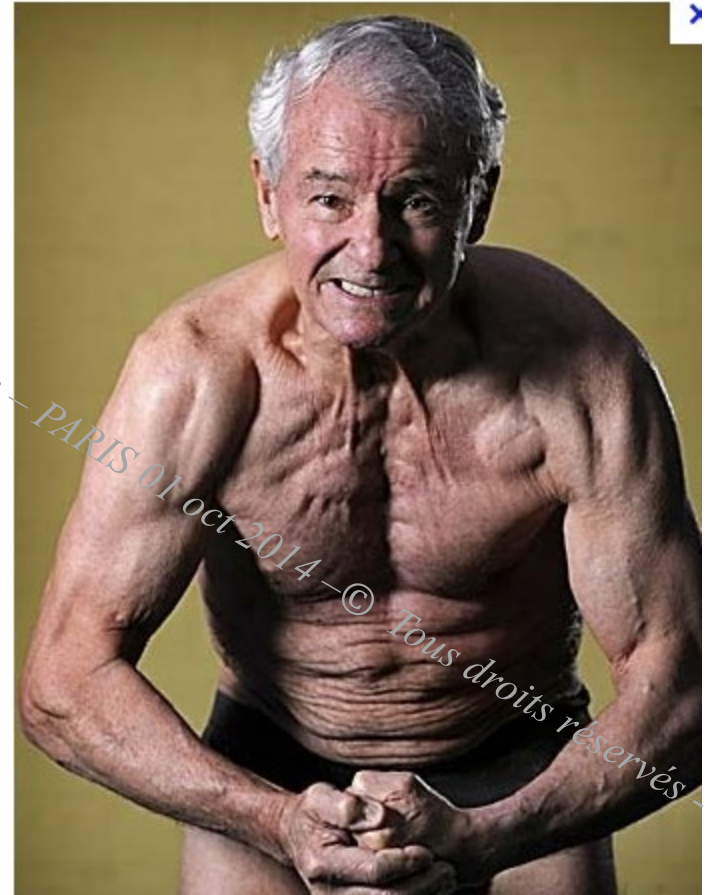
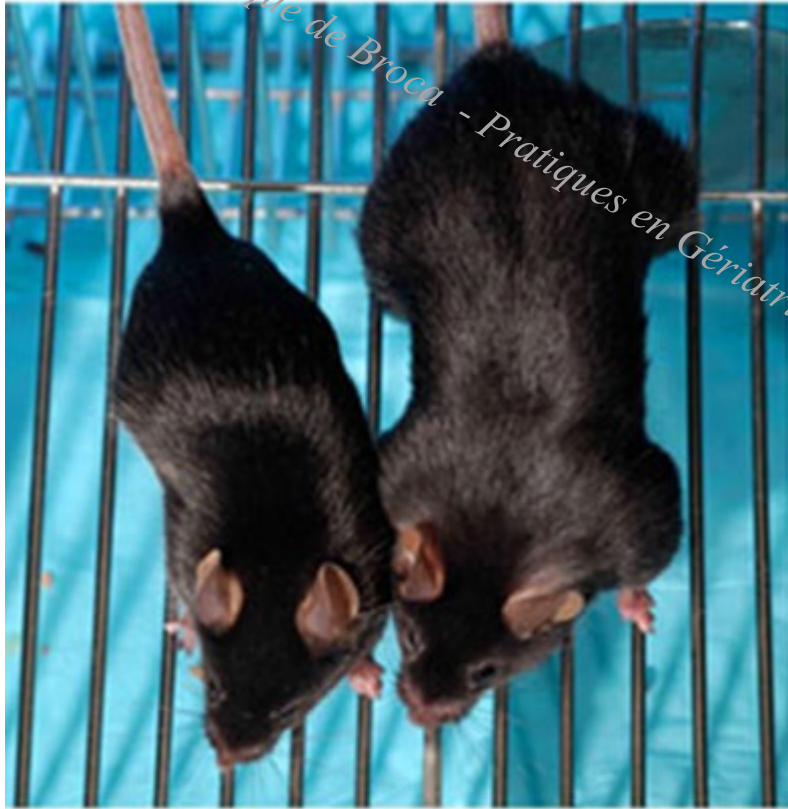
Tous droits réservés -

Fragilité : perspectives thérapeutiques



Anticorps anti-mystatine ?

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 1ère Edition - PARIS 01 oct 2014 - © Tous droits réservés



Conclusions

- **Le vieillissement réussi passe par la prévention de la dépendance**
 - ⇒ **Repérer** les sujets fragiles (MT)
 - ⇒ **Evaluer** (HDJ/ réseaux / EMIG...)
 - ⇒ **Intervenir** (APA, nutrition, optimisation thérapeutique , PPS)

Platefo

al Broca

Votre patient vit-il seul ?
Votre patient a-t-il peur de tomber ?
Votre patient se sent-il fatigué ?
Votre patient a-t-il plus de 5 chutes dans les derniers mois ?
Votre patient se plaint-il de douleurs ?
Votre patient a-t-il une démarche instable pour parcourir 4 mètres ?



OUI	NON	NE SAIT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si vous avez répondu OUI

Votre patient a-t-il besoin d'aide ?

Si OUI, votre patient a-t-il besoin d'aide de jour :

oct 2014 – © Tous droits réservés - fragilité en hospitalisation

01 44 08 35 36

Dr Laure Caillard

laure.caillard@brc.aphp.fr