

Et si la fragilité physique à un âge avancé pouvait être détectée plus tôt dans la vie ?

Entretien avec Benjamin Landré,

post-doctorant, université Paris Cité, Inserm U1153, CRESS, Epidemiology of Ageing and Neurodegenerative Diseases, Paris, France.

La Santé en action : La détection de la fragilité en santé pourrait-elle participer à la prévention et la promotion en santé ?

Benjamin Landré : Pourquoi certaines personnes âgées sont-elles hospitalisées en urgence suite à une grippe, quand d'autres qui ne semblaient pourtant pas avoir une meilleure santé ne développeront pas de complications et pourront rester chez elles sans trop de difficultés ? Cette question illustre l'idée centrale du concept de « fragilité » selon lequel nous ne sommes pas égaux pour faire face aux imprévus de santé quels qu'ils soient [1]. Les critères que l'on retrouve le plus fréquemment pour identifier la fragilité sont ceux de Fried. Ces critères sont au nombre de cinq : faiblesse musculaire, lenteur de marche, activité physique faible, fatigue et perte de poids involontaire. Ils évaluent plusieurs étapes d'un cycle biologique théorisé par Fried et Walston au début des années 2000. En fonction du nombre de critères anormaux, trois statuts de fragilité sont définis : robuste (0 critère anormal), pré-fragile (1 à 2 critères anormaux) et fragile (3 critères anormaux ou plus). C'est dans ce dernier groupe que l'on observe les personnes présentant les risques les plus élevés d'événements négatifs de santé ou de mortalité [2]. La fragilité peut être utilisée par les praticiens comme un outil de repérage des personnes

vulnérables pour qui des adaptations des protocoles de prises en charge pourraient être souhaitables. En France, une recommandation de 2013 de la Haute Autorité de santé suggère un repérage de la fragilité à partir de 70 ans parmi les personnes ne présentant pas de maladies graves. Cependant, bien que le concept de fragilité soit initialement développé dans le contexte de la gériatrie, on constate que les chercheurs étendent progressivement son application à des populations de plus en plus jeunes [3].

S. A. : La cohorte Whitehall II d'individus suivis de 50 ans à 75 ans éclaire-t-elle sur la santé mentale et la santé physique ?

B. L. : Les données de la cohorte Whitehall II sont avant tout le reflet de la vie de plus de 10 300 fonctionnaires britanniques qui ont accepté de partager à la communauté scientifique des informations sur leur santé, et ce depuis plus de vingt-cinq ans. Ce sont cette richesse et ce recul qui permettent à de nombreux chercheurs de travailler à comprendre différentes facettes du vieillissement. Nous nous sommes intéressés à la fragilité comme outil pour comprendre l'hétérogénéité des trajectoires de vieillissement. Nous avons tiré parti du long suivi de Whitehall II pour identifier depuis quand les participants âgés et fragiles avaient des caractéristiques de santé moins bonnes que leurs congénères. Pour plusieurs mesures de santé physique et de santé mentale, nous avons évalué à partir de quels âges des différences étaient observables entre les personnes qui, une fois plus âgées, seront repérées comme robustes, pré-fragiles et fragiles. L'objectif était de nourrir la

L'ESSENTIEL

■ **► Chez les personnes âgées fragiles, des différences de santé avec les personnes robustes étaient observables dès 40 ans. Les personnes qui à 50 ans ont déjà des scores de santé dégradés ont d'importants risques d'être identifiées comme fragiles une fois plus âgées. La santé aux âges avancés est l'aboutissement d'une longue évolution au cours de la vie et pourrait donc potentiellement être sensible à des actions de prévention et de promotion tout au long de celle-ci.**

réflexion sur la fenêtre d'âge optimale afin d'évaluer la fragilité ou de proposer sa prévention. En analysant les trajectoires de santé, nous avons pu constater que dans l'ensemble la santé physique décroît progressivement avec l'âge sur les vingt-cinq ans d'observation, tandis que la santé mentale reste stable voire s'améliore. Nous notons cependant des disparités marquées de ces trajectoires de santé, synonymes d'inégalités inter-individuelles fortes.

S. A. : Cette inégalité de santé à mi-vie et après pourrait-elle être atténuée par une prévention anticipée ?

B. L. : Notre travail contribue à la littérature sur le vieillissement, dont un des objectifs est d'anticiper les changements de santé observés avec l'avancée en âge. Nous avons pu constater que chez les personnes âgées fragiles, des différences de santé avec les personnes robustes étaient observables dès 40 ans. Nous



© Magali Delaporte.

avons pu voir également que les personnes qui ont déjà de mauvais scores de santé à 50 ans ont de forts risques d'être identifiées comme fragiles une fois plus âgées. L'ensemble de ces résultats renforce l'idée que la santé aux âges avancés est l'aboutissement d'une longue évolution au cours de la vie et qu'elle pourrait donc être sensible à des actions de prévention et de promotion tout au long de celle-ci. De précédents travaux [4] dans la cohorte Whitehall II ont d'ailleurs montré que les participants qui à 50 ans appliquent les comportements de santé recommandés (consommation d'alcool modérée, pas de tabac, consommation de fruits et légumes et pratique d'une activité physique régulière) ont des risques plus faibles de devenir fragiles une fois plus âgés que ceux qui ne suivent pas ces recommandations. Cependant, de nombreuses questions subsistent concernant la lutte précoce contre les facteurs de risque de fragilité à la mi-vie, car nous ne savons pas si les facteurs de risques de fragilité connus chez les personnes âgées [5] (inflammation, malnutrition, etc.) sont les mêmes chez les plus jeunes. ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Pour en savoir plus

B. Landré, C. Ben Hassen, M. Kivimäki, M. Bloomberg, A. Dugravot, A. Schnitzler *et al.* Trajectories of physical and mental functioning over 25 years before onset of frailty: results from the Whitehall II cohort study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2023, vol. 14 : p. 288-297. En ligne : <https://doi.org/10.1002/jcsm.13129>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] A. Clegg, J. Young, S. Iliffe, M. O. Rikkert, K. Rockwood. Frailty in elderly people. *The Lancet*, 2 mars 2013, vol. 381, n° 9868 : p. 752-762. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62167-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62167-9/fulltext)
- [2] L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston, A. B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology, Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, mars 2001, vol. 56, n° 4 : p. 146-156. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>
- [3] P. Hanlon, B. Nicholl, B. D. Jani, D. Lee, R. McQueenie, F. S. Mair. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analyses of 493 737 UK Biobank participants. *The Lancet. Public Health*. Juillet 2018, vol. 3, n° 7 : e323-e332. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028743/>
- [4] A. Gil-Salcedo, A. Dugravot, A. Fayosse, J. Dumurgier, K. Bouillon, A. Schnitzler *et al.* Healthy behaviors at age 50 years and frailty at older ages in a 20-year follow-up of the UK Whitehall II cohort: a longitudinal study. *PLoS Medicine*, juillet 2020, vol. 17, n° 7. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628661/>
- [5] E. O. Hoogendijk, J. Afila, K. E. Ensrud, P. Kowal, G. Onder, L. P. Fried. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, octobre 2019. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31786-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31786-6/fulltext)