



S'assurer d'avoir un système équitable de soins de santé : tenir compte des besoins des aînés fragilisés du Canada

Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées
Présentation prébudgétaire 2017 au
Comité permanent des finances de la Chambre des communes

Le 5 août 2016

Pourquoi la fragilisation importe-t-elle?

La fragilisation ne correspond pas simplement au vieillissement. Le risque de fragilisation augmente avec l'âge, mais il s'agit de notions différentes. Les personnes fragilisées sont plus vulnérables que les autres de leur âge aux risques négatifs liés à la santé et au décès. La fragilisation est un état de vulnérabilité accrue, accompagné d'une réserve physique réduite et de la perte de fonctions de plusieurs systèmes de l'organisme. Cela réduit les capacités de faire face à des tensions normales ou mineures, qui peuvent être la cause de changements rapides et dramatiques en santé^{1, 2, 3}.

Le fardeau de la fragilisation au Canada pèse de plus en plus lourd. Aujourd'hui, approximativement 25 % des personnes de plus de 65 ans et 50 % de celles de plus de 85 ans – plus d'un million de Canadiens – sont médicalement fragilisés⁴. En outre, dans 10 ans, plus de deux millions de personnes auront des vies fragilisées⁵. Les aînés canadiens qui sont fragilisés sont surreprésentés dans tous les secteurs du système des soins de santé : soins primaires, soins communautaires et résidentiels, soins de courte durée et soins en fin de vie.

La fragilisation est également liée à une consommation supérieure de ressources des soins de santé. Des 220 milliards de dollars dépensés annuellement en soins de santé au Canada (11 % du PIB), 45 % le sont pour des personnes de 65 ans et plus, bien qu'elles ne représentent que 15 % de la population^{6, 7, 8}.

Cette population qui augmente n'est pas assez reconnue et a du mal à obtenir les services, ce qui force le système des soins de santé à améliorer la qualité et la quantité des soins fournis.

Actuellement, il y a peu de données probantes pour guider les soins de nos aînés frêles. Nous ne savons pas si les thérapies existantes sont bénéfiques ou nuisibles, sont efficaces ou gaspillent les rares ressources des soins de santé.

De plus, le système des soins de santé est mal préparé pour la fragilisation :

- Les systèmes de soins de santé sont organisés pour gérer la maladie en fonction de systèmes de l'organisme et de maladies uniques, non de problèmes complexes de plusieurs systèmes chez des personnes fragilisées.
- La fragilisation est mal comprise, peu reconnue généralement et sous-estimée par les professionnels de la santé et le public.
- Peu de professionnels de la santé ont de l'expertise pour la prestation des soins aux aînés fragilisés.
- L'intégration médiocre des systèmes est la cause de résultats médiocres pour les personnes fragilisées.

Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (RCSPF) est un organisme sans but lucratif qui se concentre sur la fragilisation, financé en 2012 par le programme des Réseaux de centres d'excellence du gouvernement du Canada. Le mandat du RCSPF est d'améliorer les soins aux aînés canadiens fragilisés et à leur famille au sein du système des soins de santé canadiens, en élaborant, en évaluant rigoureusement et en mettant moralement en œuvre des stratégies et pratiques de soins fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Qu'est-ce qui peut être fait?

Pour améliorer les soins aux aînés fragilisés, nous devons abattre le cloisonnement classique des maladies uniques et ceux des systèmes et cadres locaux et régionaux des soins de santé. Pour aborder la fragilisation, il faut une approche coordonnée et multidisciplinaire. Le RCSPF regroupe une expertise collective, des connaissances et des talents en recherche canadienne sur les soins de santé, dont des disciplines et professions en dehors de la médecine, de la gériatrie et de la gérontologie : des décisionnaires, des experts stratégiques et internationaux, des cliniciens, des chercheurs, des spécialistes juridiques et des citoyens. Ensemble, ces groupes peuvent faire progresser le dialogue sur la façon d'améliorer les soins aux aînés frêles, aux niveaux social et clinique.

Le RCSPF améliore comme suit les soins aux aînés fragilisés :

- accroissement du dépistage et des évaluations de la fragilisation;
- augmentation des données probantes aux fins décisionnelles, à l'aide de la participation d'aînés frêles et de leurs soignants;
- promotion de modifications du système des soins de santé, afin de répondre aux besoins de cette population vulnérable.

Notre travail produira d'importants avantages socioéconomiques pour le Canada. Les activités du RCSPF permettront de dispenser aux aînés frêles des outils, des technologies et des traitements plus perfectionnés.

Nous voyons trois domaines prioritaires généraux, en vue de répondre aux besoins des aînés frêles du Canada, dans un système de soins de santé plus équitable au pays :

1. Créer un modèle de financement d'Accord sur la santé, fondé sur l'âge et tenant compte de la fragilisation.
2. Normaliser la façon de déterminer la fragilité.
3. Augmenter les données probantes liées aux problèmes de fragilisation et de fin de vie.

1. Créer un modèle de financement d'Accord sur la santé, fondé sur l'âge et tenant compte de la fragilité.

Dans un pays aussi diversifié et varié que le Canada, un modèle de financement par habitant crée des gagnants et des perdants. Dans les provinces dont les économies sont florissantes ou dans lesquelles la population est plus jeune, la formule peut être bien accueillie. Mais pour plusieurs provinces et territoires, cette formule de financement ne reconnaît et n'accommoder pas leurs problèmes et besoins particuliers. C'est parce que les modèles par habitant ignorent fondamentalement les variations des situations socioéconomique, démographique et de la santé, parfois extrêmes, des populations régionales du Canada – une omission importante.

Certains ont demandé des transferts fiscaux asymétriques reposant sur des données démographiques provinciales spécifiques telles que l'âge. Un modèle reposant sur l'âge seulement est attrayant parce que les soins de santé augmentent en général avec l'âge. Toutefois, les Canadiens ne vieillissent pas tous de la même façon. Comparez une personne dans la soixantaine qui a de nombreux problèmes médicaux exigeant un recours fréquent au système des soins de santé et un octogénaire en santé, sans problèmes de santé ou peu.

Nous recommandons de faire un pas de plus et d'ajouter la notion plus précise de « fragilisation », fondée sur l'évidence scientifique.

La fragilisation est un meilleur déterminant des résultats sur la santé et de l'utilisation des soins de santé, que l'âge seul. En faisant reposer sur la fragilisation un modèle de financement de l'Accord sur la santé, nous pourrions orienter de façon efficiente notre précieux argent pour les soins de santé – et fournir les bons soins aux bonnes populations.

Notre système de santé a évolué : autrefois les gens mourraient en général plus jeunes, d'une maladie « de système unique ». Beaucoup de gens vivaient au sein d'un ménage intergénérationnel ou près de leur famille qui pouvait les aider à vivre dans l'autonomie. Faites un bond de plusieurs décennies. Aujourd'hui, notre système de santé se démène pour répondre aux besoins des personnes plus âgées qui ont plusieurs problèmes sociaux et de santé simultanés et interreliés, ce qui menace leur autonomie – l'essence de la fragilité.

Bref, notre système de santé ne réagit pas bien à la fragilité.

Notre structure existante des soins de santé excelle pour le traitement de maladies spécifiques, mais les traitements peuvent être plus risqués et offrir moins d'avantages pour les personnes frêles. Les soins de santé peuvent offrir à de telles personnes trop de soins et la mauvaise sorte de soins. Cela peut être coûteux et nuisible et menacer la durabilité de notre système de soins de santé.

Alors, pourquoi l'Accord sur la santé devrait-il comprendre la fragilité – et fonder sur cette notion (ainsi que d'autres importants facteurs) des transferts fiscaux? Parce qu'une grande proportion croissante de nos dépenses en soins de santé est et sera de plus en plus axée sur les Canadiens plus âgés et frêles.

Faire servir en partie à la fragilité le financement fédéral en santé aiderait les provinces et territoires qui ont de plus grands besoins de soins et d'aide sociale pour la fragilité. Cela attirerait aussi l'attention sur le fait que la fragilité est une préoccupation dont il faut s'occuper d'urgence dans le pays.

2. Normaliser la façon de déterminer la fragilité

Notre système de santé existant est fragmenté, chacun rassemble divers renseignements sur la fragilité, à l'aide d'outils d'évaluation différents et rapportent l'information de diverses façons. Évaluer de façon fiable les soins, les résultats sur la santé et l'utilisation des ressources des soins de

santé par les personnes frêles est presque impossible. La fragilité des aînés est peu reconnue, sous-documentée et sous-codée dans les données découlant de rencontres médicales, de sommaires de congé d'hôpitaux et de certificats de décès⁹.

Introduire des méthodes de normalisation, afin de déterminer la fragilité aidera les comparaisons entre les compétences, puis à relever les variations dans les soins, les résultats ainsi que l'utilisation des ressources des soins de santé. Cela peut hausser la valeur des ressources des soins de santé, en évitant la sous-utilisation ou la surutilisation des soins par les personnes frêles¹⁰.

Aucun cadre de soins au Canada ne relève et n'évalue la fragilité comme pratique clinique standard.

Dans les contextes communautaires, la fragilité prédit une hospitalisation future¹¹, une qualité de vie qui se détériore¹², la perte de capacité d'accomplir les activités quotidiennes¹³. Relever habituellement la fragilité se traduit par l'offre de possibilités de soins ciblés, y compris la conformité aux directives de la pratique clinique et l'utilisation d'outils spécifiques pour la fragilité^{14, 15}.

En ce qui concerne les soins de santé primaires, telles les pratiques familiales, relever les personnes fragiles est une approche préventive. Cette approche peut améliorer leur compréhension de la santé générale et les faire participer ainsi que leur famille aux décisions avec leur fournisseur de soins, et ce, pour les stratégies préventives, puis les traitements médicaux ou chirurgicaux^{16, 17, 18, 19}. La plupart des personnes vivent dans la collectivité; alors, renforcer les soins de santé primaires destinés aux personnes frêles est crucial pour aider celles-ci à vieillir dans leur milieu préféré. En outre, elles ont ainsi accès aux ressources communautaires pertinentes, au besoin.

Dans les foyers de soins, presque tous les résidents sont frêles ou au stade préalable²⁰. Améliorer et maintenir leur qualité de soins et de vie est l'objectif dominant, gardant à l'esprit leurs propres objectifs de soins et désirs pour leurs derniers moments et le décès²¹. Évaluer leur degré de fragilité peut jouer en faveur de régimes de soins plus pertinents, dont les approches pour l'utilisation des médicaments et la planification préliminaire des soins palliatifs.

Dans les services d'urgence, le dépistage des personnes gravement malades, des adultes plus âgés grandement exposés au risque de fragilisation, peut modifier la trajectoire des soins à l'hôpital et après le congé²². Compte tenu toutefois du rythme effréné des services d'urgence, le dépistage requiert des outils concis, valides et fiables, qui favorisent une évaluation plus approfondie et guident face aux options de traitement^{23, 24, 25}.

Le dépistage de la fragilité dans divers cadres de soins peut être du *dépistage de masse* pour les grosses populations ou de la *découverte de cas* (dépistage opportuniste) chez des personnes qui consultent des services de santé pour une autre raison²⁶. Bien que le dépistage de masse soit préconisé par certains organismes, il demeure controversé²⁷. Des organismes tels que la British Geriatrics Society recommandent la recherche de cas²⁸. Les deux approches ont du mérite. Le RSCSP a consulté ses intervenants, les membres du réseau et des spécialistes de la fragilité; il recommande la recherche de cas. **Les adultes plus âgés qui viennent en contact avec le système des soins de santé et répondent à des critères préétablis devraient être évalués pour la fragilité.**

Des outils simples et efficaces pour évaluer la fragilité sont facilement accessibles et peuvent faire partie des soins de santé de routine²⁹. Souvent, des outils ordinairement utilisés pour mesurer la fragilité peuvent aussi être utiles pour trouver des traitements possibles³⁰, qui peuvent prévenir, ralentir ou

reporter considérablement les résultats négatifs³¹. Cela peut aider des adultes plus âgés à demeurer dans leur résidence et leur collectivité, puis à être aussi fonctionnels que possible, le plus longtemps possible³².

3. Augmenter les données probantes liées aux problèmes de fragilisation et de fin de vie

Le Canada est un chef de file en recherche sur la fragilité. Certaines des échelles les plus utilisées pour mesurer la fragilité telles que le Frailty Index, la Clinical Frailty Scale ou l'Edmonton Frailty Scale^{33, 34, 35}, ont été mises au point par des chercheurs canadiens. Toutefois, peu importe la façon de la mesurer et le contexte, la fragilité est clairement liée à des résultats de santé qui se détériorent^{36, 37, 38, 39}.

En dépit du leadership canadien en recherche sur la fragilité, son système des soins de santé accuse du retard dans l'utilisation de ce qui est connu à propos de la fragilité, par rapport à d'autres pays. Le Royaume-Uni a, par exemple, adopté des stratégies explicites pour la fragilité, notamment « Fit for Frailty » et le dépistage systématique de la fragilité dans les soins primaires^{40, 41}. Les preuves scientifiques de haute qualité sur l'efficacité des traitements pour la fragilité sont rares⁴². C'est particulièrement inquiétant parce que nous savons que les aînés fragiles ne devraient pas avoir les mêmes soins que ceux qui ne le sont pas. Questions fréquentes qui sont posées aux fournisseurs de soins de santé et aux responsables des politiques :

- Est-ce que ce traitement des soins de santé est efficace pour les aînés frêles?
- Est-ce que le ratio risques-avantages est le même que chez les patients plus jeunes ou non frêles?
- Le traitement est-il une bonne valeur au regard des ressources des soins de santé qui ont été dépensés?
- Quel est le cadre le plus adéquat pour soigner cet aîné frêle en particulier?
- Est-ce que les personnes, leur famille et les soignants préfèrent une sorte et un cadre de traitement à un autre?

Pour aborder la fragilisation, il faut une approche coordonnée et multidisciplinaire. Pour améliorer les résultats sur la santé chez les personnes frêles, il nous faut davantage de données probantes sur ce qui suit :

- la façon d'améliorer la fragilité même;
- la façon de réduire les incidents négatifs sur la santé, chez les personnes frêles;
- la meilleure façon de soigner, d'organiser les soutiens des soins de santé et d'améliorer la prestation des services aux personnes frêles;
- la façon d'améliorer la planification préliminaire des soins et les soins en fin de vie.

En quoi ces étapes peuvent-elles aider les aînés canadiens frêles?

Soins individuels personnalisés

Il faut insister sur le fait que les améliorations des soins de santé aux aînés frêles et l'obtention d'avantages socioéconomiques ne concernent pas la réduction des soins. Il s'agit de personnalisation des soins aux personnes et de vérification de l'efficacité des soins envisagés pour les personnes frêles.

Utilisation supérieure des ressources des soins de santé, à l'aide de meilleures preuves scientifiques

Même si les coûts des soins de santé augmentent avec l'âge et la fragilité, l'utilisation accrue des ressources des soins de santé pourrait ne pas améliorer les résultats sur la santé ou la qualité de vie. Les traitements pourraient être inefficaces pour les personnes frêles et gaspiller des ressources des soins de santé – voire causer plus de mal et exiger davantage de ressources des soins de santé. De meilleures preuves de l'efficacité peuvent aider.

Amélioration de la qualité de vie

Au moment de se pencher sur les avantages socioéconomiques de l'amélioration des soins aux personnes frêles, nous devons joindre les avantages de la prolongation de la vie autonome. Ils sont difficiles à mesurer, mais les coûts sont transformés en investissements.

Citoyens engagés dans la recherche, l'établissement de politiques et les soins de santé

Il est essentiel d'éduquer le public sur la fragilisation et la fin de vie. Faire participer les personnes frêles permettra de mieux harmoniser la recherche, les politiques en vigueur et les soins de santé offerts, et ce, en fonction des préférences des personnes. Cela améliorera ultimement la satisfaction relative à la prestation des soins de santé.

Références citées

- ¹ Xue Q. (2012). The Frailty Syndrome: Definition and Natural History Clin Geriatr Med. 27(1) : 1-15.
- ² Clegg A, Young J. (2011). The Frailty Syndrome: Clinical Medicine 11(1) : 72-5
- ³ Walston J, Hadley E, Ferrucci L. et coll. (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.
- ⁴ Hoover M, Rotermann M, Sanmartin C, Bernier J. (2013). Validation d'un indice pour estimer la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. Rapports sur la santé, 24(9) : 12-20. Statistique Canada, catalogue n° 82-003-X
- ⁵ Site Web : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2015000/charts-graphiques-fra.htm>. Accès du 16 mai 2016
- ⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2015), Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2015. Ottawa (Ontario)
- ⁷ Fowler, R et Hammer, M (2013) SPECIAL SERIES – END OF LIFE CARE: End-of-Life Care in Canada. Clin Invest Med 2013; 36(3) : E127-E132.
- ⁸ Canadian Institute for Health Information (2007) Healthcare Use at the End of Life in Western Canada (Ottawa).
- ⁹ Evans S, Sayers M, Mitnitski A, Rockwood K (2014). The risk of adverse outcomes in hospitalized older patients in relation to a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment. Age and Ageing 43: 127-132
- ¹⁰ Wennberg J. et Gittelsohn A. (1973). Small Area Variations in Health Care Delivery. Science 182(4117) : 1102-1108. DOI : 10.1126/science.182.4117.1102
- ¹¹ Kojima G (2016). Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. DOI : 10.1136/jech-2015-206978. [Diffusion en ligne avant l'impression]
- ¹² Kojima G, Iliffe S, Jivraj S et Walters K (2016). Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. DOI : 10.1136/jech-2015-206717. [Diffusion en ligne avant l'impression]
- ¹³ Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD et de Witte LP (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. BMC Geriatr. 1:11-33. DOI : 10.1186/1471-2318-11-33.
- ¹⁴ Mallery LH, Ransom T, Steeves B, Cook B, Dunbar P et Moorhouse P (2013) Evidence-informed guidelines for treating frail older adults with type 2 diabetes: From the diabetes careprogram of Nova Scotia (DCPNS) and the palliative and therapeutic harmonization (PATH) program. Journal of the American Medical Directors Association. 14(11) : 801-8.
- ¹⁵ Mallery LH, Allen M, Fleming I, Kelly K, Bowles S, Duncan J et Moorhouse P (2014) Promoting higher blood pressure targets for frail older adults: A consensus guideline from Canada. Cleve Clin J Med. Jul; 81(7) : 427-37.
- ¹⁶ Moorhouse P et Mallery LH (2012). Palliative and therapeutic harmonization: a model for appropriate decision-making in frail older adults. J Am Geriatr Soc 60(12) : 2326-32.
- ¹⁷ Keiren SM, van Kempen JA, Schers HJ, Olde Rikkert MG, Perry M et Melis RJ (2014) Feasibility evaluation of a stepped procedure to identify community-dwelling frail older people in general practice. A mixed methods study. Eur J Gen Pract. 20(2) : 107-3.
- ¹⁸ Braithwaite RS, Fiellin D et Justice AC (2009) The payoff time: A flexible framework to help clinicians decide when patients with comorbid disease are not likely to benefit from practice guidelines. Med Care 47(6):610-7.
- ¹⁹ Mallery LH et Moorhouse. (2011) Respecting frailty. J Med Ethics 37(2) : 126-8
- ²⁰ Kojima G (2015). Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 16(11) : 940-5.
- ²¹ Brownie S and Nancarrow S (2013).) Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clin Interv Aging, 8:1-10.
- ²² Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S, Abbatecola AM, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P et Lattanzio F (2012).) Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors at Risk (ISAR). Nutr Health Aging. 16(4) : 313-8.
- ²³ Wright PN, Tan G, Iliffe S et Lee D (2014) The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. Age Ageing. 43(1) : 116-21.
- ²⁴ Costa AP, Hirdes JP, Heckman GA, Dey AB, Jonsson PV, Lakhan P, Ljunggren G, Singler K, Sjostrand F, Swoboda W, Wellens NI et Gray LC (2014). Geriatric syndromes predict post discharge outcomes among older emergency department patients: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. Social Science & Medicine 21 (4) : 422-433.
- ²⁵ Wallis SJ, Wall J, Biram RW, Romero-Ortuno R (2015).) Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. QJM. 108(12) : 943-9.
- ²⁶ Site Web : http://www.med.uottawa.ca/SIM/data/Screening_f.htm Accès du 15 avril 2016.

- ²⁷ Morley J, Vellas B, van Kan G, Anker S et coll. (2013). Frailty consensus : a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 14:392 -7.
- ²⁸ Turner G, Clegg A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: A British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *43(6) : 744-747.* DOI : 10.1093/ageing/afu138
- ²⁹ Clegg A, Young J. (2014). Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community- dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing.* 0 : 1-5.
- ³⁰ Marshall EG, Clarke BS, Varatharasan N et Andrew MK. (2015). A Long-Term Care-Comprehensive Geriatric Assessment (LTC-CGA) Tool: Improving Care for Frail Older Adults? *Can Geriatr J,* 31; 18(1) : 2-10.
- ³¹ Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, Soto ME, Subra J, Chicoulaa B, Ghisolfi A, Balardy L, Cestac P, Rolland Y, Andrieu S, Nourhashemi F, Oustric S, Cesari M et Vellas B (2014) Description of 1,108 older patients referred by their physician to the “Geriatric Frailty Clinic(GFC) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability” at the Gerontopole. *J Nutr Health Aging,* 18(5) : 457-64.
- ³² http://www.laservices.ca/docs/media/CNW_Survey_Dec09.pdf
- ³³ Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C (2002). Some mathematical models of frailty and their clinical implications. *Rev Clin Interv Aging,* 12: 109-17.
- ³⁴ Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing,* 35(5): 526-9.
- ³⁵ Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I et Mitnitski A (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ,* 173(5) : 489-95.
- ³⁶ Rockwood K, Song X et Mitnitski A (2011). Changes in relative fitness and frailty across the adult lifespan: evidence from the Canadian National Population Health Survey. *CMAJ.* 17; 183(8) : E487-94. DOI : 10.1503/cmaj.101271.
- ³⁷ Kahlon S, Pederson J, Majumdar SR, Belga S, Lau D, Fradette M, Boyko D, Bakal JA, Johnston C, Padwal RS et McAlister FA (2015). Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *CMAJ.* 11; 187(11) : 799-804. DOI : 10.1503/cmaj.150100.
- ³⁸ Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N, Artiuch B, Ibrahim Q, Stollery DE, Rokosh E et Majumdar SR (2014). Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *CMAJ.* 186(2) : E95-102. DOI : 10.1503/cmaj.130639.
- ³⁹ Hubbard RE, Peel NM, Samanta M, Gray LC, Fries BE, Mitnitski A et Rockwood K (2015). Derivation of a frailty index from the interRAI acute care instrument. *BMC Geriatr.* 18; 15 h 27. DOI : 10.1186/s12877-015-0026-z
- ⁴⁰ Turner G et Clegg A (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: A British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing,* 43(6) : 744-7.
- ⁴¹ Site Web : www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf. Accès du 15 avril 2016
- ⁴² Bibas L, Levi M, Brendayan M et coll. (2014). Therapeutic Interventions for Frail Elderly Patients : Part 1. Published Randomized Trials. *Progress in Cardiovascular Diseases.* 57 : 134-143.