HAL
open science

La fragilité du sujet âgé en médecine générale : enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes

Laurent Buchwalter

To cite this version:

Laurent Buchwalter. La fragilité du sujet âgé en médecine générale : enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01860532

HAL Id: dumas-01860532

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01860532

Submitted on 23 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 Thèse n° 60

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laurent BUCHWALTER
Né le 30 Juin 1987 à Paris 14e

Le 23 Mai 2018

La fragilité du sujet âgé en médecine générale: enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes

Directeur de thèse :

Dr C. SANS

Jury :

Madame le Professeur M. RAINFRAY	Présidente
Madame le Docteur C. ROUBAUD	Rapporteur
Monsieur le Docteur Y. MONTARIOL	Juge
Madame le Docteur M. SAUVANIER	Juge
Monsieur le Docteur C. SANS	Juge

Remerciements

A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour votre présence, votre disponibilité et votre intérêt pour ce travail.

Au Rapporteur, Madame le Docteur Claire ROUBAUD

Vous m'avez fait l'honneur de juger ma thèse et d'établir le rapport de ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements pour le temps que vous y avez passé.

Aux membres du jury :

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Pour cela, soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Marion SAUVANIER

Tu me fais l'honneur de juger mon travail. Je te remercie pour ta disponibilité ainsi que ton dynamisme.

Au directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe SANS

Tu m'as fait l'honneur de diriger mon travail. Je te remercie pour la patience avec laquelle tu m'as accompagné, malgré la durée de ce travail ainsi que des obstacles rencontrés, ainsi que pour ton accueil chaleureux au centre Jean Vignalou. Pour cela, sois assuré de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean PREVOST, médecin au DIM du CH Pau

Vous m'avez fait l'honneur d'apporter votre connaissance, votre maitrise statistique ainsi que votre expérience à mon travail de thèse. Je vous en remercie profondément. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour le temps et l'attention que vous avez portés à mon travail.

A mes maitres de stage et aux équipes soignantes,

A Monsieur le Docteur Lionel DUISIT, merci pour ton regard très humain et empathique que tu portes sur notre métier de médecin généraliste et que tu as réussi à me transmettre. Merci aussi pour ton écoute et ton soutien.

A Messieurs les Docteur Gérard ATTIA et Thierry DUTOYA, merci pour votre accueil chaleureux pendant mon SASPAS ainsi que mon initiation aux remplacements en milieu libéral.

A Monsieur le Docteur Jérôme BOULE et toute l'équipe de gériatrie du Centre Jean Vignalou à Pau, merci pour votre accueil, votre accompagnement et tout ce que vous m'avez appris pendant mon semestre.

A toutes les équipes soignantes, médicales et paramédicales, dont j'ai croisé le chemin pendant mon internat

A Amélie N, Stéphane T, à Brigitte et Patrick, Sylvie, Christine, Sylvain, Marlène, les infirmières, merci pour vos partages d'expérience, votre accueil chaleureux et votre bonne humeur. Travailler avec vous est un réel plaisir !

A ma famille,

A mes parents, merci pour l'éducation que vous m'avez donnée, ainsi que votre soutien dans ces longues études qui semblent maintenant arriver à leur fin.

A ma sœur, Lena, et mon frère, Bastien, merci pour votre soutien et votre présence et ce, malgré l'éloignement.

A mes grands-mères, vous qui ne pouvez pas assister à cette thèse, merci pour votre affection et votre soutien pendant toutes ces années.

A mes oncles et tantes,

A mes grands-pères qui nous ont quittés trop tôt,

A mes amis,

A Frank, Matthieu, Benjamin, Clément, Jean-Baptiste, merci pour votre soutien et tous les bons moments passés avec vous !

A Coralie, Tatiana, Pauline et Julie, je suis heureux que nos chemins se soient croisés. Merci pour votre amitié, votre générosité et votre présence.

A François : merci pour ta proposition de relecture pointilleuse ainsi que ton soutien tout au long de ce travail !

A ma femme Emeline,
Merci pour ta patience, ton écoute, ton soutien, ton aide grammaticale, pour le collage des timbres et le pliage des enveloppes et tes bons conseils. Merci aussi pour ton amour ainsi que notre complicité de chaque jour ainsi que pour la belle famille que nous formons avec notre fille adorée, Maëlle. A tous les projets qui nous attendent encore et que nous réaliserons ensemble.

Table des matières

Liste des abréviations utilisées……9

Introduction……11

Première partie

A. **La fragilité……13**

A.1. Définition……13

A.2. Historique du concept de fragilité……...……13

A.3. Physiopathologie……14

A.4. Epidémiologie……16

A.5. Tests de dépistage de la fragilité……17

A.5.1. Tests de dépistage en milieu libéral/ médecine générale……...17

A.5.1.a. Gerontopole frailty screening tool (= Gold-standard)……..…..17

A.5.1.b. SOF frailty index……..……..19

A.5.1.c.Echelle FRAIL……..……19

A.5.1.d. Echelle de Rockwood……..……..20

A.5.2. Tests de dépistage en gériatrie/milieu hospitalier…….……21

A.5.2.a. Frailty index (modèle accumulatif)……..……..21

A.5.2.b. Critères de Fried……..……..22

A.5.2.c. Score ISAR (identification of seniors at risk)……..……22

A.5.2.d. G8……..……..23

A.5.2.e. Grille SEGA (short emergency geriatric assesment)……..…..24

A.5.3. Evaluation gériatrique standardisée (EGS)…….……25

B. Les enjeux du dépistage……...……28

B.1. Enjeux individuels……..……28

B.2. Enjeux sociétaux…….……29

B.3. Enjeux financiers et de santé publique……...29

C. Les structures mises en place pour le dépistage de la fragilité…….31

C.1. Gérontopôle de Toulouse……..……..……31

C.2. Les équipes territoriales vieillissement et prévention de la dépendance……33

C.3. Projets PAERPA…….33

C.4. Living-lab MACVIA-LR……34

C.5. Sur un plan local : des consultations de fragilité……..……36

C.5.1. Dans le Béarn……...36

C.5.2. Dans d'autres départements…….37

D. Travaux déjà effectués sur le dépistage de la fragilité……..37

Deuxième partie

A. Objectifs……..……39

B. Matériels et Méthode……39

B.1. Sélection des médecins……..……..……39

B.2. Questionnaire……..……40

B.3. Recueil et Analyse statistique……41

C. Résultats……...……41

C.1. Etude directe des résultats……..……41

C.1.1. Caractéristiques de médecins répondeurs……41

C.1.1.a. Taux de réponse/nombre de médecins ayant répondus……41

C.1.1.b. Sexe……..42

C.1.1.c. Age……...42

C.1.1.d. Lieu d'exercice……..43

C.1.1.e. Diplôme universitaire en rapport avec la gériatrie……44

C.1.1.f. Part de la population gériatrique dans la patientèle globale…44

C.1.2.Dépistage de la fragilité……45

C.1.2.a.Proportion des médecins généralistes connaissant la notion de Fragilité……..…..45

C.1.2.b. Dépistage de la fragilité……....45

C.1.2.c. Frein(s) au dépistage de la fragilité……..46

C.1.2.d. Représentations de la fragilité chez les médecins généralistes……48

C.1.2.e. Critère(s) de suivi des patients âgés……....49

C.1.2.f. Proportion des médecins connaissant le Gerontopole frailty Screening tool……49

C.1.2.g. Présence d'espace suffisant pour tester la vitesse de marche..50

C.1.2.h. Surveillance de la perte de poids……..50

C.1.2.i. Evaluation de l'état sthénique……51

C.1.2.j. Evaluation des capacités de déplacement……51

C.1.2.k. Recherche de la plainte mnésique……..52

C.1.3. Prise en charge de la fragilité, attentes des médecins généralistes……53

C.1.3.a. Attitude de prise en charge devant un patient jugé fragile……53

C.1.3.b. Connaissance du réseau de gériatrie dans le Béarn……..53

C.1.3.c. Souhait de mise en place d'un hôpital de jour de fragilité……..54

C.1.3.d. Sources d'informations utilisées sur la fragilité……..54

C.1.3.e. Reproches faits sur les sources d'informations……....56

C.1.3.f. Souhaits des médecins généralistes pour faciliter la prise en charge de la fragilité……56

C.1.3.g. Attentes des médecins quant au dépistage et à la prise en charge de la fragilité……..……57

C.2. Etude analytique des résultats……58

C.2.1. Qualité du dépistage de la fragilité……..58

C.2.2. Qualité de la prise en charge thérapeutique……..59

C.2.3. Identification de sous-groupes……59

C.2.3.a. Médecins connaissant le GFST……..….60

C.2.3.b. Médecins détenteur d'un DU en rapport avec la gériatrie.....61
C.2.3.c. Médecins déclarant dépister la fragilité……....64

D. Discussion……..……66
D.1. Principaux résultats……66
D.2. Validité interne…….……..68
D.2.1. Les forces de l'étude…….……..68
D.2.2. Les limites de l'étude…….……69
D.3. Validité externe. …….……...71
D.3.1. Caractéristiques de la population étudiée…….……...……71
D.3.2. Les connaissances sur la fragilité……73
D.3.3. Les pratiques en matière de dépistage et prise en charge de la fragilité..73

D.4. Perspectives…….....……75

E. Conclusion……77

Bibliographie……..78

Annexes……..……86

Serment d'Hippocrate……..97

Liste des abréviations utilisées

HAS : Haute Autorité de Santé

SFGG : Société française de Gériatrie et Gérontologie

GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool

CRP : C-reactive protein

TNF : tumor necrosis factor

IL : interleukine

HDJ : Hôpital de jour

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

MNA : mini nutritional assessment

ADL : activities of daily living

IADL : instrumental activities of daily living

GIR : groupe iso-ressource

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

EVA : échelle visuelle analogique

EVN : échelle verbale numérique

MMS : Mini mental state

GDS: geriatric depression scale

mini-GDS : mini gériatric depression scale

MADRS : Montgomery and Arsberg depression rating scale

AINS : antiinflammatoire non stéroïdien

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CIRS-G : cumulative ilness rating scale- gériatrique

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

CH : centre hospitalier

DU : Diplôme universitaire

PEC : Prise en charge

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

FMC : formation médicale continue

CISMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CREDOC : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

ISAR : identification of seniors at risk

SOF : study of osteoporotic fracture

SEGA : short emergency geriatric assesment

OMS : organisation mondiale de la Santé

ARS : Agence régionale de Santé

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

CLIC : centres locaux d'information et de coordination

MACVIA-LR : Contre les maladies chroniques pour en vieillissement actif en Languedoc-Roussillon

CARSAT : Caisse d'assurance-retraite et de la santé au travail

MSA : Mutualité sociale agricole

RSI : Régime social des indépendants

EMGD : équipe mobile gériatrique au domicile

EPPF : équipe proximité de prévention fragilité

PIB : produit intérieur brut

ALD : affection longue durée

Introduction

Dans notre société vieillissante on observe, avec l'allongement de l'espérance de vie, une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, accompagnée d'une baisse de la qualité de vie pour ces dernières.
Ceci entraine en conséquence un accompagnement plus important pour l'entourage familial ainsi qu'une majoration des dépenses de santé et risque de remettre en question la pérennité de nos systèmes de santé solidaires (1) (2) .
Il existe un état précédent la dépendance, appelé état de *fragilité*, qu'il convient de dépister et de prendre en charge car il permet de retarder, et en théorie même d'empêcher, l'apparition de la dépendance (3).

Le Médecin Généraliste, en tant que médecin traitant, est en première ligne pour dépister les patients âgés. Il est l'acteur de santé qui pourra prendre en charge les patients fragiles et, le cas échéant, demander un avis spécialisé gériatrique.

De plus, on observe depuis quelques années une volonté de mettre en place une prise en charge globale et coordonnée des patients. Ceci afin d'adapter au mieux les soins au patient et de rendre notre système de santé plus efficace.
Cette prise en charge globale se décompose en 3 niveaux de prise en charge (4) (5) : le parcours de santé, le parcours de soins et le parcours de vie.

C'est dans cette prise en charge globale qu'il convient d'inscrire le concept de fragilité du sujet âgé.

Cependant la notion de fragilité du sujet âgé est assez récente et n'a pas encore, à ce jour, bénéficié de plans nationaux de promotion à l'instar des pathologies démentielles et notamment la maladie d'Alzheimer.

C'est pourquoi il nous parait important de réaliser un état des lieux auprès des médecins généralistes sur leurs connaissances de la fragilité ainsi que la prise en charge de cette dernière.

L'objectif de notre travail sera d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du territoire de santé de l'hôpital de Pau sur le dépistage de la fragilité, ainsi que leur prise en charge et leurs attentes quant à l'amélioration du dépistage de la fragilité.

De plus, ce travail s'intéressera à l'intérêt des médecins généralistes béarnais pour le projet de création d'un hôpital de jour dédié à la fragilité à l'Hôpital de Pau.

Les résultats de cette étude permettront de déterminer plus précisément les capacités de dépistage de la fragilité des médecins généralistes, les besoins d'information et attentes des médecins généralistes sur le sujet de la fragilité.
En effet, dans l'hypothèse de la création d'un hôpital de jour de fragilité, le rôle clé reviendra au médecin généraliste, qui devra jouer le rôle de sentinelle afin de dépister la fragilité de manière satisfaisante.

Notre étude a porté sur les 206 médecins généralistes du territoire de santé de l'hôpital de Pau (département des Pyrénées Atlantiques).

Nous allons aborder dans un premier temps les généralités sur la notion de fragilité.
Dans un deuxième temps, seront abordées les caractéristiques de la population étudiée et les relations multidisciplinaires de la fragilité.

Première partie

A. LA FRAGILITE

A.1. Définition

La définition retenue en 2011 par l'HAS ainsi que la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) est la suivante(6) :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.
Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.
La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »

Le syndrome de fragilité reste cependant un concept récent et débattu. Pour certains auteurs (par exemple : Fried), la fragilité est un état précédent la dépendance, alors que pour d'autres (par exemple : Rockwood), la fragilité se prolonge au-delà de l'apparition de la dépendance (cf partie A.5.).

A.2. Historique du concept de fragilité

Il est difficile de retenir une date précise de l'apparition du concept de fragilité. On peut toutefois noter que l'intérêt scientifique pour cette notion croit de façon importante depuis une dizaine d'années environ (7).
On peut retenir des premières ébauches de définition de la fragilité du sujet âgé à partir du milieu des années 1980 : en 1985 M. Witten évoque la notion de « vulnérabilité », sorte de résistance amoindrie du sujet âgé face aux agressions extérieures, mêmes minimes, liée à une chute de l'homéostasie (8).

La définition de la fragilité s'oriente par la suite vers un concept s'intéressant spécifiquement aux différents facteurs pouvant impacter les sujets âgés (facteurs sociaux, psychologiques, environnementaux et économiques), comme retrouvés dans la définition actuelle de la fragilité.

A.3. Physiopathologie

La fragilité de la personne âgée est plurifactorielle et de nombreux mécanismes physiopathologiques ont été mis en évidence ces dernières années.

Les organes principalement affectés sont : le muscle strié squelettique (sarcopénie), le cerveau, l'os et les vaisseaux.

Deux mécanismes principaux entrent en jeux :

1°) L'inflammation

Les marqueurs de l'inflammation impliqués sont l'interleukine 6 (IL-6), la CRP, le TNFα...
Cette inflammation a plusieurs origines : diminution de l'activité musculaire, origines génétiques, stress oxydatif, dysfonction mitochondriale mais surtout la présence de tissu adipeux responsable de la sécrétion de ces facteurs de l'inflammation. Il s'agit de tissu adipeux viscéral surtout, mais aussi du tissu adipeux infiltrant le muscle squelettique strié ayant les mêmes propriétés que le tissu adipeux viscéral (9).
De plus le muscle squelettique strié semble lui aussi être lié à la sécrétion de protéines de l'inflammation dont des myokines (myostatine), l'IL-6, l'IL-7, notamment lorsque l'activité musculaire diminue (10).

2°) Dérégulation hormonale

Trois catégories d'hormones sont impliquées dans la fragilité (9):

- *Hormone de croissance (GH), IGF-1 et insuline* : chez les sujets âgés fragiles on retrouve une insulinorésistance plus importante, menant à une diminution de la sécrétion de l'hormone anabolisante qu'est la GH.

- *Hormones sexuelles (testostérone et œstradiol) :* chez les hommes un niveau de testostérone bas est associé à une augmentation de la fragilité. Inversement, chez les femmes un niveau élevé d'œstradiol, alors qu'il est associé à une augmentation de la longévité, serait paradoxalement associé à une augmentation de la fragilité (11).

- *Cortisol et DHEA (déhydroépiandrostérone) :* un niveau bas de DHEA est lié à un déclin de la force musculaire et de la masse musculaire. Un rapport élevé cortisol/DHEA et un niveau bas de DHEA augmentent le risque de fragilité.

Sur un plan clinique ces facteurs inflammatoires, hormonaux et métaboliques concourent notamment au tableau de sarcopénie.
Elle se traduit dans les critères de Fried avec notamment diminution de la vitesse de marche, perte de poids, diminution de l'endurance et de l'activité physique.

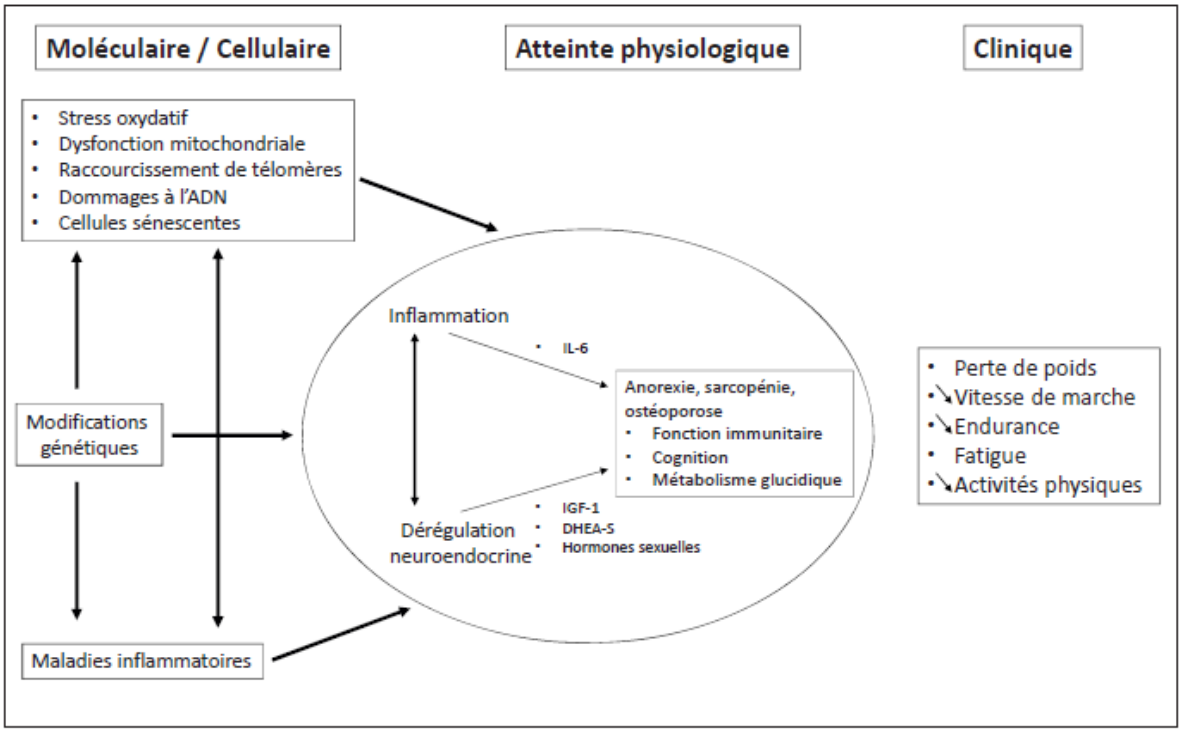


Figure 1 : récapitulatif des causes possibles de la fragilité (9).

A.4. Epidémiologie

La prévalence de la fragilité varie selon les pays étudiés. En Europe, la prévalence moyenne de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans est de 17% (12).

Il existait au 1er janvier 2016 en France 12 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus (13). En France, la prévalence de la fragilité dans la population générale des sujets âgés de plus de 65 ans est de 15% (12). Cela nous amène à définir une population d'environ 1,8 millions de personnes comme fragiles, ce qui représente un enjeu majeur de Santé Publique.

Dans la population de plus de 65 ans, ne souffrant pas de comorbidités, ce pourcentage est de 9,3%.

Concernant le stade pré-fragile, sa prévalence est respectivement de 43,6% (absence de comorbidités) et 44,3% (présence de comorbidités) (12).

A noter que la prévalence de la fragilité est plus importante dans les pays du sud de l'Europe (Italie, France, Espagne) que dans le nord de l'Europe.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la prévalence de la fragilité selon l'âge et le sexe, et il en ressort dans le graphique ci-dessous (réalisé d'après les données de N. SIRVEN)(14) que la prévalence de la fragilité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cela semble être lié au fait que l'isolement et la solitude sont plus fréquents chez les femmes âgées (veuve ou aidantes principales de leur époux). Il s'agit des valeurs observées dans la population générale avec ou sans handicap préexistant.

Pour les hommes, la prévalence de la fragilité est de 4,9% entre 65 et 69 ans, 14,8% entre 70 et 74 ans, 16,2% entre 75 et 79 ans et 32,1% chez les hommes âgés de 80 ans ou plus.

Pour les femmes, la prévalence de la fragilité est de 5,3 % entre 65 et 69 ans, 9,8 % entre 70 et 74 ans, 20,4% entre 75 et 79 ans et 40,1% chez les femmes âgées de 80 ans ou plus.

La prévalence globale de la fragilité est de 5,1 % entre 65 et 69 ans, 11,9 % entre 70 et 74 ans, 18,4% entre 75 et 79 ans et 37,3 % chez les patients âgés de 80 ans ou plus.

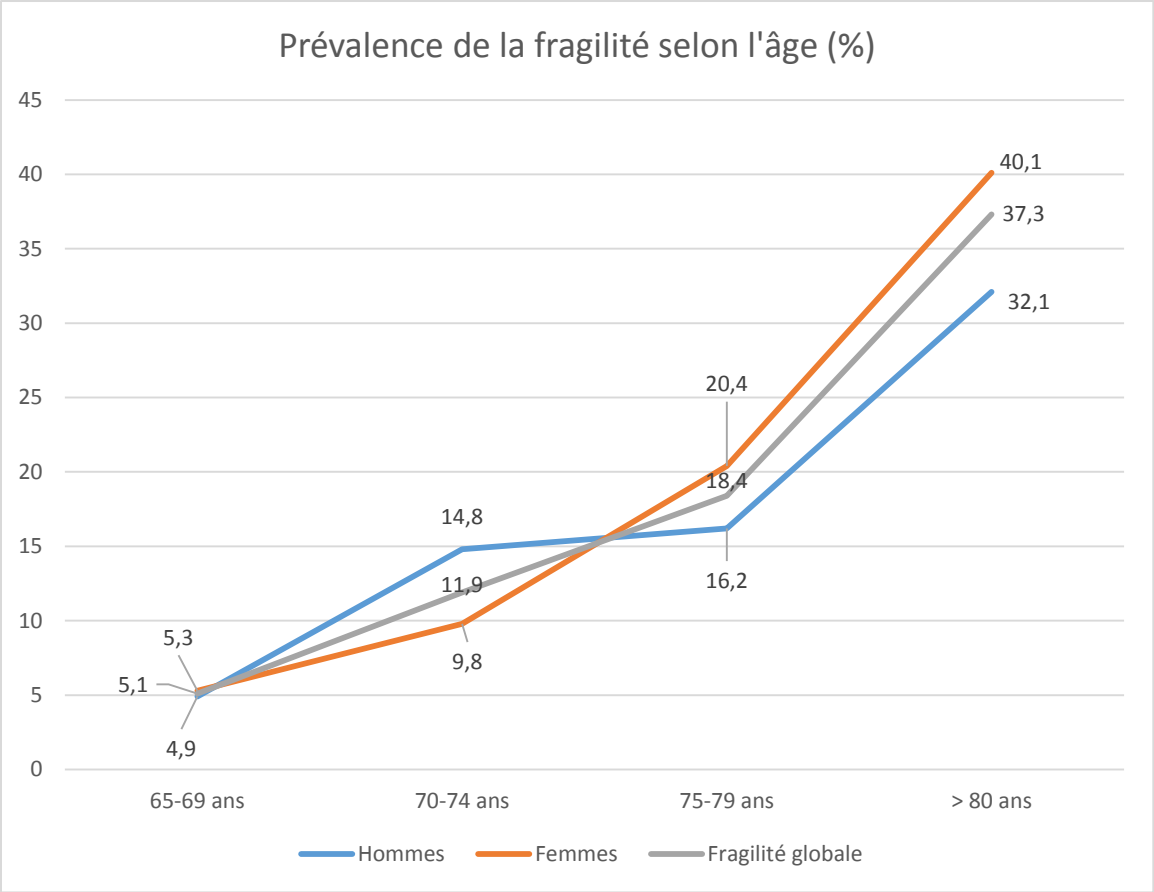


Figure 2 : prévalence de la fragilité selon l'âge et le sexe, d'après SIRVEN et al. (14)

A.5. Tests de dépistage de la fragilité

A.5.1 : Tests de dépistage en milieu libéral/ médecine générale

A.5.1.a. Gerontopole frailty screening tool (= Gold-standard)

Il s'agit d'un outil de dépistage validé et considéré comme une référence par l'HAS et la SFGG dans le dépistage ambulatoire de la fragilité du sujet âgé. Il peut être effectué par le médecin généraliste (6) (15). La sensibilité du test de dépistage comparé aux critères de Fried est de 95%. Ce score associe 4 critères dérivés de Fried (perte de poids, sensation de fatigue, difficultés de déplacement et vitesse de marche). Y sont associés la recherche d'une plainte mnésique ainsi qu'un critère social (isolement du patient). L'impression subjective du médecin est aussi prise en compte.

Si une des six premières questions s'avère affirmative et que le médecin juge le patient fragile, une hospitalisation de jour gériatrique peut être proposée afin de réaliser un dépistage plus approfondi de la fragilité du patient âgé, notamment par une évaluation gériatrique standardisée.

Le GFST n'est pas un indicateur de mortalité ou de risque d'hospitalisation, mais un simple outil de dépistage permettant d'adresser les patients suspectés fragiles pour une EGS en milieu spécialisé.

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL ≥5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

	OUI	***NON***	***Ne sait pas***
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

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*** ☐

Figure 3 : Gerontopole frailty screening tool (15)

A.5.1.b. SOF frailty index (study of ostéoporotic fracture)

Il s'agit d'un score de dépistage reposant sur 2 critères physiques (perte de poids et capacité à se lever cinq fois d'affilée d'une chaise) et 1 critère subjectif (recherche de la plainte sthénique) (16).

Ce score s'adresse cependant plutôt aux femmes âgées et vise à prédire le risque de chute, de fracture, de décès et d'incapacité.

Il a aussi été récemment validé pour les hommes âgés de plus de 74 ans comme facteur prédictif de mortalité toute cause confondue (17).

Study of Osteoporotic Fracture (SOF) Criteria for Frailty		
Frailty Criteria	**Data Collection**	**Score**
Weight loss ≥ 5% over 3 yrs	Weight 3 years ago Weight today Change in weight/ Weight 3 years ago= % loss	Score=1 if weight loss ≥ 5% Otherwise, Score=0
Inability to do 5 chair stands	Sit in chair, do not use arms, rise 5 times	Score=1, if unable Otherwise, Score=0
"Do you feel full of energy?"	Ask the question, must answer yes or no	Score=1, if no Otherwise, Score=0
		Sum above scores
If summed score is 2 or 3, patient is frail; If score is 1 patient is prefrail; If score=0 the patient is robust		

Figure 4 : Score de dépistage SOF, d'après Ensrud et al. (16)

A.5.1.c. L'échelle FRAIL

Il s'agit d'un test de dépistage réalisable en ambulatoire, dont l'acronyme FRAIL désigne les 5 critères évalués (18):

- F : fatigue
- R : résistance (capacité à monter un escalier)
- A : ambulation (marcher à l'extérieur)
- I : Ilness (patient souffrant de 5 pathologies ou plus)
- L : loss of weight (perte de poids de plus de 5% en 1 an).

S'il existe 1 ou 2 critères, il s'agit d'un patient pré-fragile, à partir de 3 critères il s'agit d'un patient fragile.
Cette échelle a l'avantage de pouvoir être réalisée par un simple interrogatoire, voir même par téléphone..

Le score est prédictive du risque de perte d'autonomie ainsi que du risque de mortalité, d'autant plus élevé que le patient est fragile. (19).

A.5.1.d. Echelle de Rockwood

Il s'agit d'un modèle multi-domaine (activité, maladie, dépendance) qui repose sur une approche cumulative des dépendances et des pathologies (20).
Les résultats sont fortement liés à ceux obtenus par le frailty-index. Un passage au stade suivant indique une augmentation significative de risque de mortalité et d'institutionnalisation (21). A chaque changement de catégorie, le risque de mortalité augmente de 21,2% en moyenne et le risque d'institutionnalisation augmente de 23,9% en moyenne.

1) En forme : actif, énergique, motivé. Ces personnes ont une activité régulière et sont en meilleure forme que ceux de leur âge
2) En santé : sans maladie active mais en moins bonne forme que la catégorie 1
3) Traité pour une maladie chronique. Les symptômes sont bien contrôlés
4) en apparence vulnérable : bien qu'indépendant, ces personnes ont des symptômes d'une maladie active
5) légèrement fragile : avec une dépendance limitée pour les activités instrumentales
6) modérément fragile : ont besoin d'aide à la fois pour les activités instrumentales et pour les gestes de la vie quotidienne
7) sévèrement fragile : Complètement dépendant pour les activités de vie quotidienne ou en fin de vie

Figure 5 : Echelle de Rockwood d'après Rockwood et al. (21)

A.5.2 : Tests de dépistage en gériatrie/milieu hospitalier

A.5.2.a. Frailty index

Il évalue le nombre d'items déficients par rapport à une liste de 70 items relatifs aux comorbidités, à la nutrition, à la cognition, à des données sociales.

Le rapport entre le nombre d'items défaillants chez le patient et le nombre d'items évalués (70 items) crée le *frailty index*, compris entre 0 et 1, qui représente une échelle continue et non une catégorisation dichotomique (par exemple : robuste, pré-fragile, fragile).

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index

- Changes in everyday activities
- Head and neck problems
- Poor muscle tone in neck
- Bradykinesia, facial
- Problems getting dressed
- Problems with bathing
- Problems carrying out personal grooming
- Urinary incontinence
- Toileting problems
- Bulk difficulties
- Rectal problems
- Gastrointestinal problems
- Problems cooking
- Sucking problems
- Problems going out alone
- Impaired mobility
- Musculoskeletal problems
- Bradykinesia of the limbs
- Poor muscle tone in limbs
- Poor limb coordination
- Poor coordination, trunk
- Poor standing posture
- Irregular gait pattern
- Falls
- Mood problems
- Feeling sad, blue, depressed
- History of depressed mood
- Tiredness all the time
- Depression (clinical impression)
- Sleep changes
- Restlessness
- Memory changes
- Short-term memory impairment
- Long-term memory impairment
- Changes in general mental functioning
- Onset of cognitive symptoms
- Clouding or delirium
- Paranoid features
- History relevant to cognitive impairment or loss
- Family history relevant to cognitive impairment or loss
- Impaired vibration
- Tremor at rest
- Postural tremor
- Intention tremor
- History of Parkinson's disease
- Family history of degenerative disease
- Seizures, partial complex
- Seizures, generalized
- Syncope or blackouts
- Headache
- Cerebrovascular problems
- History of stroke
- History of diabetes mellitus
- Arterial hypertension
- Peripheral pulses
- Cardiac problems
- Myocardial infarction
- Arrhythmia
- Congestive heart failure
- Lung problems
- Respiratory problems
- History of thyroid disease
- Thyroid problems
- Skin problems
- Malignant disease
- Breast problems
- Abdominal problems
- Presence of snout reflex
- Presence of the palmomental reflex
- Other medical history

Figure 6 : Liste des 70 items évalués par le frailty index (21)

A.5.2.b. Critères de Fried

Il s'agit là d'un modèle physique rassemblant 5 critères. Il est indépendant des comorbidités et est peu sensible au changement.

Le score de Fried a inspiré le Gerontopole frailty screening tool par 4 questions dérivées des critères physiques de Fried.

Les 5 critères sont (22):

- Perte de poids non intentionnelle > 5% dans l'année
- Sensation de fatigue/dépression/épuisement : plus de 3 à 4 jours par semaine
- Vitesse de marche faible, testée sur 4m (inférieure à 1 ou 0,8 m/s)
- Sédentarité : (baisse des dépenses d'énergie)
- Baisse de force musculaire (évalue la force de préhension à l'aide d'un dynamomètre).

Le patient est jugé pré-fragile en présence de 1 à 2 critères ou fragile à partir de 3 critères.

Ce test permet de mettre en évidence des patients fragiles. Ces derniers présentant un risque de mortalité plus élevé (RR = 6) à 3 ans et (RR = 3) à 7 ans par rapport aux patients robustes, un risque d'hospitalisation, de chute et de perte d'autonomie (3).

A.5.2.c. Score ISAR (identification of seniors at risk)

Il s'agit d'un score utilisé dans les services d'urgences pour identifier les patients âgés à risque de perte d'autonomie et de réhospitalisation. Il peut être réalisé par tout personnel soignant des urgences.

Il consiste en un interrogatoire bref du patient et comporte 6 questions (23). Si au moins 2 questions s'avèrent positives, une évaluation gériatrique approfondie est indiquée afin de limiter le risque de déclin fonctionnel ainsi que le risque de réhospitalisation (24).

1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amenés aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide au domicile ?
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Figure 7 : score ISAR, d'après McCusker et al. (24)

A.5.2.d. G8 (ou grille oncodage)

Il s'agit d'une grille de dépistage de la fragilité chez les patients âgés de plus de 75 ans, atteints d'un cancer afin d'ajuster la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon l'état de robustesse/fragilité du patient (25).

Le score peut être réalisé par tout personnel médical ou paramédical.

Ce score, plus rapide et plus facile à réaliser que l'EGS, a une bonne sensibilité (76,5%) et une spécificité correcte (64,4%).

Un score inférieur à 14 (sur un total de 17) indique un sur-risque significatif de mortalité à 1 an (RR = 2,72) et une moins bonne tolérance d'un éventuel traitement anti-cancéreux. Dans ce cas, une évaluation gériatrique standardisée est indiquée qui orientera par la suite les choix thérapeutiques (26).

QUESTIONS	REPONSES POSSIBLES	SCORE
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	0 1 2
Perte de poids (< 3 mois)	Perte de poids > 3kg Ne sait pas Perte de poids entre 1 et 3kg Pas de perte de poids	0 1 2 3
Motricité	Du lit au fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	0 1 2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de problèmes psychologiques	0 1 2
Indice de Masse Corporelle IMC = [poids] /[taille]²en kg par m² Poids = kg Taille = m IMC = [ ]/[ ]² =	IMC < 19 19 ≤ IMC ≤ 21 21 ≤ IMC ≤ 23 IMC ≥ 23	0 1 2 3
Prend plus de 3 médicaments	Oui Non	0 1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne Ne sait pas Aussi bonne Meilleure	0 0,5 1 2
Age	> 85 ans 80-85 ans < 80ans	0 1 2
SCORE/17		

Figure 8 : Grille oncodage ou G8 d'après Soubeyran et al. (26)

A.5.2.e. Grille SEGA (short emergency geriatric assessment)

Il s'agit d'une évaluation du patient gériatrique arrivant aux urgences, afin de tenter de prédire la durée d'hospitalisation moyenne, le risque de mortalité et de réhospitalisation.

La grille SEGA a aussi été validée récemment dans la prédiction du risque de mortalité et d'institutionnalisation à 1 an (27). Il n'a pas été mis en évidence de capacité à prédire une réhospitalisation précoce.

Elle nécessite aussi l'interrogatoire de l'entourage pour apporter des informations et vérifier les propos du patient (28).

Un score < 8 indique un patient peu fragile, entre 8 et 11 un patient modérément fragile et un score > 11 indique un patient à haut risque de fragilité nécessitant un avis gériatrique et une évaluation gériatrique standardisée.

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
			TOTAL :	..... / 26

Figure 9 : La grille SEGA, d'après Tardieu et al. (27)

A.5.3. Evaluation gériatrique standardisée (EGS)

Il ne s'agit plus d'un simple test de dépistage de la fragilité, mais d'une évaluation globale d'un patient suspecté fragile.

Selon Rubenstein, l'évaluation gériatrique standardisée est « une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme » (29). Elle est multidimensionnelle et s'intéresse à la santé physique et psychologique, au statut fonctionnel, à la cognition et à l'entourage (soutien).

Elle est réalisée par un médecin gériatre, souvent en réseau avec des infirmières, psychologues, assistantes sociales…

Il n'existe actuellement pas de version consensuelle d'évaluation gériatrique standardisée (EGS), mais une multitude d'échelles, n'utilisant pas toujours les mêmes outils d'évaluation. Il semble cependant exister une certaine uniformité.

L'EGS n'est pas exhaustive mais s'adapte au patient. Elle utilise des scores de dépistages relatifs aux différents domaines explorés, puis, en cas de trouble suspecté, il peut être recouru à des scores plus exhaustifs.

Nous allons donc tenter, sans prétendre à l'exhaustivité, de décrire les différents domaines analysés lors de l'EGS.

- **L'autonomie :**
  - Echelle ADL (activities of daily living) sur 6 points : évalue les capacités à l'hygiène corporelle, à l'habillage, à aller aux toilettes, la locomotion, l'alimentation et la continence.
  - Echelle IADL (instrumental activities of daily living) sur 8 points : évalue les capacités à utiliser un téléphone, faire les courses, préparer le repas, entretenir son domicile, faire sa lessive, utiliser des moyens de transport, gérer son traitement médicamenteux, gérer son budget.
  - Le GIR (groupe iso-ressource), évalué grâce à l'échelle AGGIR de 1 (dépendance maximale) à 6 (autonome). Il s'agit cependant d'une classification uniquement administrative, utilisée uniquement en France.

- **Etat cutané :**
  - Hygiène corporelle du patient
  - Existence de plaies (ulcères des membres inférieurs, escarres...)
  - Evaluation du risque d'escarres (échelle de Braden)

- **Etat nutritionnel**
  - Poids, albuminémie, présence de fausses routes, problèmes buccodentaires
  - Evaluation de l'état nutritionnel par le MNA (mini nutritional assessment) : test de dépistage, puis test complet si score < 11.

- **Locomotion (équilibre, risque de chute)**
  - Durée de station unipodale (ou One leg balance de Vellas) : risque de chute élevé si < 5 secondes
  - La vitesse de marche : considérée comme anormale si < 1m/s
  - *Timed up and go* –test (**cf annexe 1**): le patient étant assis, on lui demande de se lever du fauteuil, de marcher jusqu'à une marque située à 3 mètres, de faire demi-tour et de se rasseoir. Si le score est inférieur ou égal à 3 ou temps de réalisation > 20 secondes, il existe une majoration du risque de chute.
  - Test de Tinetti (**cf annexe 2**) (30) : il est plus long, mais plus exhaustif. Il est composé de deux parties : un temps d'étude des anomalies de l'équilibre (étudiant 9 situations posturales) et un temps d'étude de la marche. Si le score est compris entre 24 et 27 (sur 28 points maximum), le patient est à faible risque de chute. Entre 20 et 23, le risque de chute est élevé et pour un score inférieur à 20, le patient est à risque de chute très élevé.
  - Mode de marche : avec ou sans aide technique

- **Evaluation sensorielle**
  - Troubles de la vision : test de lecture simple, voire examen ophtalmologique à distance
  - Troubles de l'audition : test des 3 mots chuchotés ou une question chuchotée : bonne sensibilité et spécificité de troubles auditifs (après avoir éliminé un bouchon de cérumen) (31).

- **Douleur**
  - Echelle EVA (échelle visuelle analogique) ou EVN (échelle verbale numérique)
  - Echelle Algo plus pour les patients non communiquants ou souffrant de troubles cognitifs sévères.

- **Etat cognitif**
  - Mini mental state (MMS), le plus largement utilisé. S'il est anormal, il donnera lieu à un bilan neuropsychologique approfondi.

- **Etat thymique**
  - Echelle mini-GDS ou GDS pour dépister une dépression. Si score > 9/30, utilisation d'échelles plus approfondies permettant de mieux quantifier et suivre le trouble : échelle de Hamilton, échelle de Montgomery et Arsberg (MADRS).

- **Polymédication/iatrogénie**
  - Rechercher si un accident d'iatrogénie a déjà eu lieu
  - Effectuer une *révision* de l'ordonnance pharmaceutique : éliminer les médicaments inutiles ou dangereux (AINS, benzodiazépines, dérivés morphiniques) si possible.
  - S'assurer d'une bonne observance par la patient (ou son entourage)

- **Evaluation sociale/isolement**
  - Recherche d'un sentiment d'isolement (social et/ou géographique) chez le patient
  - Evaluation sociale en lien avec l'assistante sociale et l'entourage (ressources financières, soutien humain...)

- **Comorbidités**
  - CIRS-G (cumulative ilness rating scale adapté à la gériatrie) : il s'agit d'un score évaluant la sévérité de pathologies de 14 catégories (cardiovasculaires, métaboliques..). Il est évolutif dans le temps.
  - Score de Charlson (32) **(cf annexe 3)**: il évalue le risque de mortalité à 10 ans, en fonction des comorbidités et de l'âge du patient. Il est plus facile à réaliser et est pondéré par l'âge du patient.

L'EGS ne représente pas une échelle ou un score, mais plutôt une analyse des différents domaines pouvant fragiliser un patient ou le rendre dépendant.
A la fin de l'analyse, des explorations plus approfondies peuvent s'imposer (par exemple imagerie cérébrale en cas de trouble cognitif, enquête alimentaire en cas de dénutrition).
Surtout, l'EGS permet de planifier et hiérarchiser une prise en charge globale du patient gériatrique qu'il soit pré-fragile, fragile ou dépendant.

B. LES ENJEUX DU DEPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE

B.1. Enjeux individuels

Nous nous sommes intéressés en premier au point qui nous semblait le plus important : l'amélioration de la survie par la prise en charge multidisciplinaire de la fragilité, cette dernière étant liée à un sur-risque de mortalité (33). En effet, la prise en charge multidisciplinaire augmenterait, selon un méta-analyse sur 36 études, la survie (34). Cependant cet effet n'est pas retrouvé dans toutes les études et semble varier selon les populations : l'amélioration de la survie serait surtout significative chez des patients âgé de moins de 78 ans (35) et chez des patients à haut risque de chute (36).

Concernant l'effet d'une prise en charge de la fragilité sur la qualité de vie du patient, il existerait une amélioration de cette dernière selon certaines études (37) (38). Mais ce bénéfice n'est pas retrouvé de façon systématique dans les études.

Si l'on s'intéresse à l'effet du dépistage et de la prise en charge de la fragilité sur l'autonomie des patients, on constate des effets régulièrement retrouvés dans les études, mais surtout pour des patients à faible risque de dépendance et à risque annuel de décès faible.
Ainsi, l'évaluation et la prise en charge à domicile de patients à faible risque de dépendance permettent de retarder l'apparition d'handicaps et de dépendance (39) (40) et de favorise le maintien, voire l'amélioration de l'autonomie (ADL) (37).

Ainsi, l'institutionnalisation éventuelle pourrait être retardée et permettre aux patients de rester dans leur environnement habituel. D'après Stuck et al. cet effet est surtout retrouvé lorsque l'évaluation gériatrique et l'élaboration du PPS sont réalisés au domicile, et s'il est mis en place un suivi à domicile avec au moins 5 visites par an (41).

B.2. Enjeux sociétaux

La population française vieillissante présente une augmentation de la prévalence absolue de personnes fragiles, voire dépendantes.
Les dépenses de santé augmentant pour chaque patient fragile ou dépendant (42), la pression sur notre système de solidarité nationale ne cesse de croitre et risque d'épuiser ce dernier (2).

On remarque que le nombre d'hospitalisations augmente chez les patients fragiles (43), ce qui en ces temps de réorganisation du système hospitalier, ne fait qu'aggraver la pénurie de lits d'hôpital pour tous les patients.
Or on peut observer une diminution des hospitalisations et du recours aux services d'urgences en cas de prise en charge coordonnée (EGS et suivi personnalisé) des patients fragiles (37) (44).

Finalement, en cas d'apparition de dépendance, se pose la question de l'institutionnalisation de la personne âgée, notamment en EHPAD. Cette institutionnalisation représente un coût individuel élevé qui ne peut pas toujours être assumé par le patient et/ou sa famille.
Le tarif moyen d'un mois en EHPAD est de 1949 euros en 2017 (45), qui s'oppose à un montant mensuel moyen de retraite à 1376 euros (46)(chiffres 2015).

B.3. Enjeux financiers et de santé publique

D'après N. Sirven, les dépenses de santé en France augmentent avec le niveau de fragilité des patients de plus de 65 ans (en pondérant les comorbidités associées éventuelles).
Pour les patients pré-fragiles les dépenses de Santé ambulatoires augmentent de 750 euros/an et pour les patients fragiles, les dépenses de Santé augmentent de 1500 euros/an (42).

Les dépenses relatives aux médecins (médecin généraliste, médecin spécialiste, dentiste) restent relativement stables même si les consultations chez le médecin généraliste augmentent en nombre. En revanche les dépenses liées aux actes de biologie et les dépenses paramédicales (pharmacie, matériel médical, les transports, l'optique et matériel prothétique) subissent une augmentation significative, comme l'indique le graphique de la *figure 10* (42) :

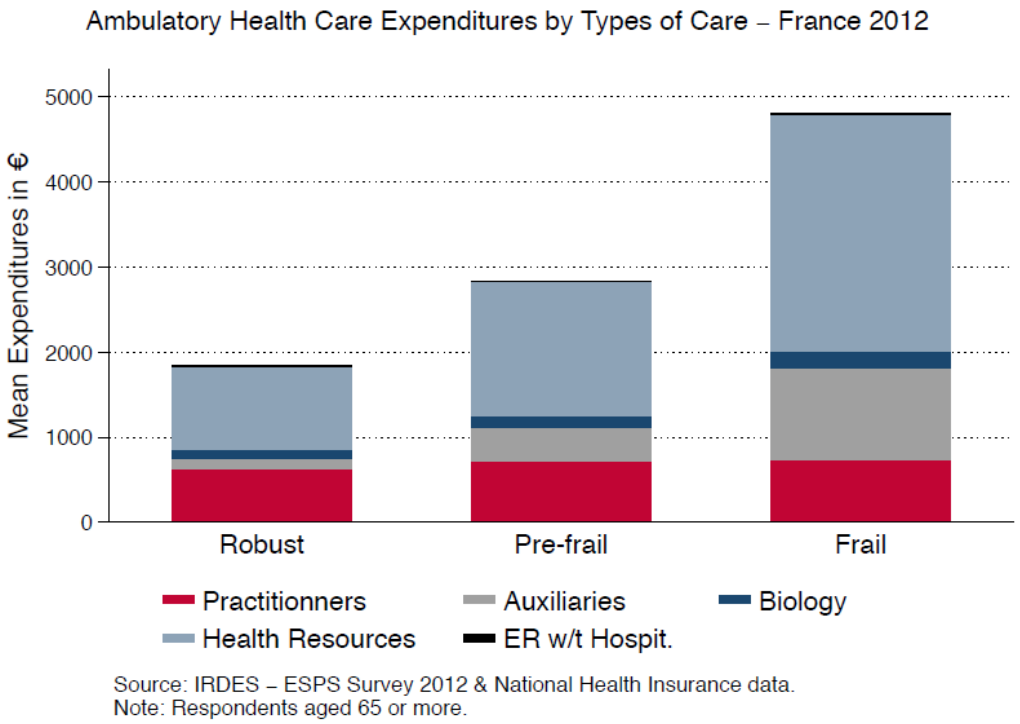


Figure 10 : Dépenses de Santé selon l'état de fragilité, Sirven et al.The European Journal of Health Economics (42)

Les dépenses de Santé détaillées selon le type de prestation se retrouvent dans **l'annexe 4**.

Chez les patients fragiles, les consultations chez le médecin généraliste sont plus fréquentes, ainsi que les hospitalisations (43). De plus la fréquence des hospitalisations dans les services d'urgences augmente(27)(26) : la pré-fragilité représenterait un RR compris entre 1,34 et 2,19 (selon le score de dépistage utilisé) et la fragilité représente un RR compris entre 3,10 et 3,54 par rapport à des patients robustes (47).

La consommation de médicaments augmente également chez les patients fragiles, avec notamment la polymédication (plus de 5 médicaments) et l'hyperpolymédication (plus de 10 médicaments) (48).

Rappelons que le coût annuel global de la dépendance en France s'élève à environ 28 milliards d'euros en 2016, soit 1% du PIB (49).

C. LES STRUCTURES ET PROGRAMMES MISES EN PLACE POUR LA PREVENTION DE LA DEPENDANCE ET LE DEPISTAGE DE LA FRAGILITE

C.1. Gérontopôle de Toulouse

Le gérontopôle de Toulouse est le premier gérontopôle en France. Il a été créé en 2007 à la demande des ministres Xavier Bertrand et Philippe Bas (50) . Initialement orienté vers la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, son rôle s'est ensuite étendu à la prévention et la prise en charge de la dépendance de façon plus globale.
Ainsi on peut distinguer 3 plans d'action :

- Permettre l'accès au diagnostic, à l'innovation thérapeutique et à la recherche clinique, pour les personnes âgées fragiles qui en sont souvent exclues.

- Mettre en place un Institut du Vieillissement pour développer et valider des actions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées en bonne santé.

- Se mettre au service de la filière gériatrique afin de développer la recherche clinique pour les personnes âgées dépendantes.

Ainsi le Gérontopôle de Toulouse a été à l'origine de la création de l'outil de dépistage de la fragilité accessible en milieu libéral, validé pas l'HAS et la SFGG : le Gerontopôle frailty screening tool (GFST).

De plus le gérontopôle de Toulouse a été nommé en septembre 2017 centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie et cela pour une durée de 4 ans (51). Dans ce cadre, il lui a été attribué 3 missions :

- **« la recherche** : le Gérontopôle sera chargé de rassembler et de synthétiser des éléments scientifiques sur les capacités intrinsèques et fonctionnelles de personnes âgées, selon des critères définies par l'OMS.
- **la diffusion d'informations** : le centre toulousain devra assister l'OMS dans la diffusion de sa nouvelle stratégie mondiale « Vieillir en bonne santé ». Il devra notamment contribuer à la diffusion des directives de l'OMS sur les soins cliniques intégrés.
- **le développement d'outils de promotion** : le Gérontopôle devra assister l'OMS dans la création de programmes d'éducation thérapeutique et de formations médicales, tant pour les professionnels des centres de soins primaires que pour les centres de recours. »

Le Gérontopôle de Toulouse a mis en place en 2011 un hôpital de jour « d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance » sur le site hospitalier de La Grave à Toulouse (52).

Il a pour objectif l'évaluation de la fragilité et la prévention de la dépendance chez les patients âgés. Les patients concernés sont les patients présentant des critères de fragilité d'après les critères de FRIED ou ayant été dépistés grâce à l'outil GFST.

Cependant il n'a pas encore été apporté la preuve de l'efficacité de la mise en place de l'HDJ fragilité au gérontopôle de Toulouse : une thèse d'exercice en 2015 s'est intéressé à la modification du statut de fragilité chez 100 patients après 1 an de prise en charge multidisciplinaire de leur syndrome de fragilité (53) : il n'a pas été retrouvé de variation significative du nombre de patients fragiles au bout de 1 an de prise en charge. S'il a été retrouvé une amélioration significative du statut nutritionnel après 1 an, il a été aussi constaté une diminution significative de la force musculaire, une baisse significative de l'autonomie ainsi qu'une majoration significative des patients déprimés. Cependant d'autres études semblent nécessaires.

Il n'existe pas, à ce jour, d'étude sur l'impact du gérontopôle de Toulouse sur la perte d'autonomie ou la mortalité des patients fragiles.

C.2. Les Équipes Territoriales Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ETVPD)

Elles ont été créés en 2012 en région Midi-Pyrénées sous l'impulsion du gérontopôle de Toulouse (54). Elles sont missionnées par l'ARS ainsi que le Gérontopôle et comprennent généralement une cinquantaine d'acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social. Ainsi dans chaque département existe un bureau composé de « 2 gériatres référents, d'un médecin généraliste, d'un soignant du domicile, du délégué territorial de l'ARS, d'un médecin coordonnateur, d'un membre du conseil général et de la MAIA » (54).

Les ETVPD ont 3 missions :

- structurer, organiser et optimiser la filière gériatrique sur leur territoire
- mettre en place des actions innovantes de prévention de la dépendance : la Fragilité avec notamment le déploiement de l'activité Fragilité dans les hôpitaux de jour gériatriques existants et la prévention de la dépendance iatrogène.
- l'innovation et la recherche clinique.

C.3. Projets PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie)

Ce projet a pour but d'empêcher la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans en améliorant la continuité de leurs parcours de soins.

Il s'agit de projets pilotes lancés dans un nombre limité de territoires, comme préconisé par le HCAAM en 2010 et 2011 (55), avant une éventuelle généralisation à tous les territoires.

Le projet a 3 objectifs (56):

- **Améliorer la qualité de vie** des personnes âgées et de leurs aidants : notamment en évitant les hospitalisations et en misant sur un maintien au domicile autant que possible.

- **Adapter les pratiques professionnelles** au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie : notamment en améliorant les compétences et les pratiques

professionnelles et en améliorant la transition ville-hôpital.

- **Créer des conditions favorables** à la transversalité et à la coordination des acteurs : en mettant en place une gouvernance territoriale partagée entre les différents acteurs et en développant les outils transversaux de coordination.

Pour cela ont été prévus 3 niveaux de coordination :

- La **coordination clinique de proximité** : elle rassemble le médecin traitant, un IDE et un pharmacien. Elle tente de garantir le maintien au domicile du patient en évitant les 4 facteurs de risque d'hospitalisation mis en évidence dans le projet PAERPA : iatrogénie, dénutrition, dépression, chute.
- La **coordination territoriale d'appui** : elle est issue de la coordination de plusieurs structures déjà existantes (CLIC, réseaux, MAIA..) afin de garantir le lien entre les acteurs sociaux et les acteurs médicaux/paramédicaux.
- La **mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux** : le projet PAERPA demande ainsi aux différents acteurs de garantir une meilleure transition ville-hôpital-EHPAD en se montrant plus attentifs aux besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Cependant le projet PAERPA n'est pas spécifique au dépistage de la fragilité du sujet âgé. Il existe désormais d'autres projets ciblant plus directement la fragilité :

C.4. <u>Le projet Living-Lab MACVIA-LR fragilité (Contre les maladies chroniques pour en vieillissement actif en Languedoc-Roussillon)</u>

Le projet MACVIA-LR est un projet régional implanté en Languedoc-Roussillon qui s'inscrit dans le prolongement du projet européen appelé *Partenariat Européen d'Innovation pour un Vieillissement Actif et en Bonne santé* (EIP on AHA : *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*).

Le projet est mis en place depuis 2012 suite à un appel de déclarations d'intention pour les candidatures « site de référence » par l'Union Européenne (57).

Les living labs (fédérations d'initiatives locales visant à développer les initiatives et les réseaux) s'appuient sur les structures de coordination territoriale des projets PAERPA (58) (cf C.3).
MACVIA-LR est divisé en plusieurs living-labs dont (59):

- Living Lab MACVIA Chutes
- Living Lab MACVIA Fragilité
- Living Lab MACVIA Maladies chroniques
- Living Lab MACVIA AVC
- Living Lab MACVIA Handicap
- Living Lab MACVIA Hépatites
- Living Lab MACVIA Maladies Respiratoires et Allergiques

Plus spécifiquement le Living Lab MACVIA-LR fragilité vise à dépister les facteurs de risque de fragilité (ainsi que de pré-fragilité) chez les patients âgés de plus de 70 ans, ou plus jeunes si des facteurs de risque sont déjà présents, ainsi que de proposer une prise en charge multidisciplinaire.

Sur un plan organisationnel, le living-lab MACVIA-LR fragilité s'appuie sur une gouvernance régionale impliquant la CARSAT Languedoc-Roussillon et l'Institut régional du vieillissement. La CARSAT a mis en place un observatoire sur les situations de fragilité, élargi à l'inter-régime (MSA et RSI). Cet observatoire prend en compte les facteurs de risque économique et d'isolement social.
Les personnes présentant des facteurs de risque économiques ou d'isolement, pourront être dirigées de préférence vers leur médecin généraliste afin d'être soumises à un dépistage plus poussé : la grille GFST.
En cas de positivité du dépistage, il sera proposé au patient une orientation vers la plateforme d'évaluation du Centre d'évaluation des sujets âgés fragiles (CESAF) du CHU Montpellier. Au CESAF pourra être procédé à une EGS en consultation, semblable à l'HDJ fragilité du CHU de Toulouse.
A la suite de cette évaluation un plan personnalisé de prévention et d'action sera proposé.

Le living lab MACVIA-LR fragilité est donc un projet de dépistage de la fragilité à partir de données économiques et sociales chez des patients qui n'auraient pas forcément subi un dépistage par leur généraliste. La suite de la prise en charge en cas de positivité du GFST est identique (orientation vers la structure de référence et mise en place d'un plan personnalisé).

C.5. Sur un plan local : des consultations de fragilité

C.5.1. Dans le Béarn

Il existait depuis 1999 une consultation gérontologique assurée par un gériatre qui se déplaçait soit au centre gérontologique de Nay-Pontacq, soit au cabinet médical libéral soit au domicile du patient dans le secteur Nord-Béarn, selon la demande du médecin traitant.

Depuis avril 2017, cette offre de soins a été élargie avec la création d'une équipe mobile gériatrique au domicile (EMGD) composée de

- Un gériatre à temps-plein
- Une IDE à temps-plein
- Une assistante sociale à mi-temps
- Une plateforme d'accueil téléphonique qui oriente le médecin traitant soit vers l'EMGD et/ou vers l'équipe de psychogériatrie (dépendant du Centre hospitalier psychiatrique de Pau) en cas de pathologie gérontopsychiatrique.

L'EMGD intervient surtout dans le cas de pathologies gériatriques aigues et non spécifiquement dans le dépistage de la fragilité, mais inclut aussi l'aidant et peut être amenée au dépistage de la fragilité chez l'aidant afin de tenter de pérenniser le maintien au domicile.

Il existe cependant un projet de création d'une équipe proximité de prévention fragilité (EPPF) basée sur le SSIAD de Coarraze pouvant être déployée dans le secteur nord-est Béarn.

Concernant les autres secteurs de santé béarnais, il existe un projet d'EMGD sur le CH d'Oloron Sainte Marie et éventuellement sur le CH d'Orthez.

Mais de façon globale, l'organisation sur le territoire béarnais est assez hétérogène et de plus marquée par l'absence d'un HDJ fragilité en tant que relais de prise en charge après un dépistage positif par les équipes extra-hospitalières.

C.5.2 Dans d'autres départements

Des consultations fragilité sont mises en place progressivement dans les hopitaux (CHU et CH) comme au CH LAVAUR (81), CH de Cimiez (06) mais pas ou peu d'HDJ ont vu le jour.

Les consultations fragilité en milieu spécialisé nécessitent dans la majorité des cas un dépistage préalable par le médecin généraliste.

Nous constatons que pour permettre le bon fonctionnement des structures et des projets cités, il est indispensable que les médecins généralistes possèdent des compétences dans le domaine du dépistage de la fragilité du sujet âgé ainsi que dans sa prise en charge.

D. TRAVAUX DEJA EFFECTUES SUR LE DEPISTAGE DE LA FRAGILITE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

La faisabilité du dépistage de la fragilité par le GFST en médecine générale a été étudiée par C. DUFLOT (60) en 2014. Le GFST semble tout à fait applicable et réalisable en médecine générale. La prévalence de la fragilité retrouvée dans cette étude concorde avec les chiffres officiels.

Un étude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2255 premiers patients adressés à l'HDJ fragilité de Toulouse publiée en 2017 (61) a cherché à établir la fréquence de chaque composant de la fragilité afin de mieux pouvoir dépister cette dernière. Les patients présentaient en moyenne 3 dimensions de fragilité avec la répartition suivante :

- physique pour 76.8%
- sensorielle pour 71%

- sociale pour 49.2%
- thymique pour 30.4%
- cognitive pour 23%
- nutritionnelle pour 15,7%.

Une thèse d'exercice de 2015 s'était intéressée aux raisons du faible dépistage de la fragilité dans la région de Nice (62). Le faible dépistage ne semble pas lié à la difficulté d'utilisation de l'outil (GFST) mais plutôt à un manque d'information des médecins généralistes relatif au dépistage de la fragilité.

La thèse d'exercice de février 2017 du Dr Nadège COLLET (63) retrouve une assez bonne corrélation entre l'impression subjective de fragilité des médecins généralistes (sur la base des 3 critères de Fried suivants : sédentarité, vitesse de marche, asthénie) et la fragilité dépistée à l'aide d'outils validés comme le GFST. Cependant il existait un biais de sélection : en effet les médecins ayant participé à l'étude présentaient un certain intérêt pour la fragilité. Ces résultats ne peuvent être généralisés à toute la population de médecins généralistes et rend donc incontournable un outil de dépistage validé utilisable par tous.

Deuxième partie

A. OBJECTIFS

Le but de notre travail est de faire un état des lieux des connaissances et de la prise en charge clinique la fragilité du sujet âgé des Médecins Généralistes du secteur sanitaire de Pau, ainsi que de leurs attentes.

Pour cela nous leur avons posé des questions sur leurs connaissances de la fragilité du sujet âgé, leurs sources d'informations, leur prise en charge clinique, ainsi que leurs attentes.

B. METHODE

B.1. Sélection des médecins

Nous avons interrogé les médecins généralistes de Pau et de son secteur sanitaire, c'est-à-dire les médecins du secteur géographique adressant leurs patients préférentiellement au Centre Hospitalier de Pau (199 communes concernées). Les bases de données utilisées étaient l'annuaire de l'ordre des médecins des Pyrénées Atlantiques, l'annuaire des pages jaunes ainsi que le service cartographique en ligne Google Maps.
Cependant la notion de secteur sanitaire reste vague, car selon la situation géographique des cabinets, l'orientation des patients peut se faire aussi partiellement vers d'autres hôpitaux (CH Orthez, CH Mont de Marsan, CH Oloron Sainte Marie, CH de Lourdes).

En ont été exclus de l'étude les médecins ayant une orientation professionnelle spécifique (acupuncture, allergologie, homéopathie…), n'ayant pas de patientèle représentative de la médecine générale.

Au total le nombre de médecins interrogés s'élevait à 206.

Figure 10: carte des Pyrénées Atlantiques (64)

B.2. <u>Questionnaire</u>

Nous avons envoyé par courrier, accompagné d'une enveloppe de réponse pré-timbrée, le questionnaire le 8 juin 2016 aux 206 médecins inclus.

Il s'agit d'un questionnaire papier, comprenant 24 questions (**cf Annexe 5**), dont 21 questions à choix multiples et 3 questions ouvertes afin de recueillir au mieux les attentes des médecins interrogés.

Il est réalisable en moins de 10 minutes.

Nous avons laissé aux médecins interrogés un délai d'un mois après lequel, en cas de non-réponse, nous avons effectué une relance téléphonique.

Nous l'avons de plus accompagné d'une lettre de présentation dans laquelle nous proposons de présenter les résultats de l'étude à l'issue de la thèse (**cf Annexe 6**).

Les réponses ont été anonymisées dans le logiciel d'analyse.

Au cours de notre travail il est apparu que le facteur isolement/vivre seul au domicile, que nous n'avions pas évalué initialement, pourrait se révéler intéressant afin de comparer les résultats obtenus à ceux du GFST.
Pour cela il a été envoyé au mois de décembre 2017 une requête par mail aux 117 médecins ayant répondu au questionnaire initial. L'outil utilisé était le logiciel de recueil WEPI, pouvant être relié à l'outil Excel pour l'exploitation des données ainsi recueillies.
En cas de non-réponse après une semaine, il été réalisé une relance téléphonique directement au cabinet des médecins concernés.

B.3. Recueil et analyse statistique

Les réponses recueillies ont été reportés dans un tableau Excel. Les données ont été analysées grâce aux outils d'analyse Excel ainsi qu'avec l'aide du site de calculateur statistique biostatgv.

Nous avons effectué une étude directe ainsi qu'une étude analytique des résultats. Les tests statistiques utilisés étaient le test du chi2, et, quand les effectifs étaient trop faibles pour ce dernier, le test exact de Fisher.
Les résultats de l'étude analytique ont été présentés sous forme de tableaux récapitulatifs dans la partie « Résultats ».

C. RESULTATS

C.1. Etude directe

C.1.1. Caractéristiques de médecins répondeurs

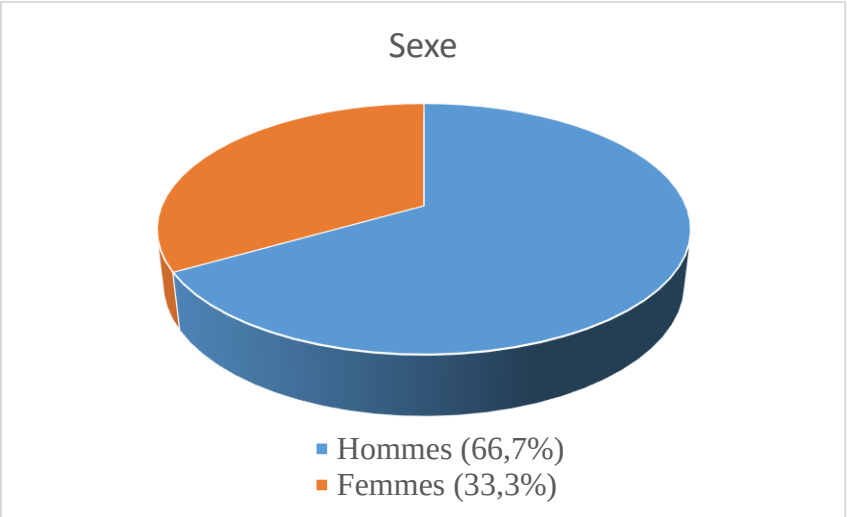
C.1.1.a. Taux de réponse/nombre de médecins ayant répondus

Au final, 117 réponses ont été reçues, en grande majorité par voie postale et pour certaines par téléphone.

Au total avec 117 réponses pour 206 médecins interrogés, le taux de réponse est de 56,79 %.

C.1.1.b. Sexe

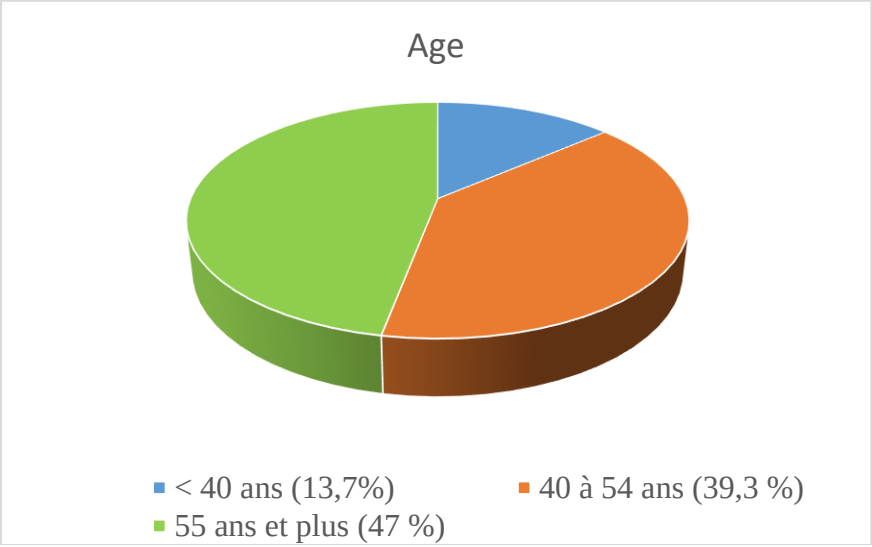
Il y a eu 78 médecins répondeurs masculins (66,66%) et 39 médecins répondeurs féminins (33,33%).



n = 117

C.1.1.c. Age

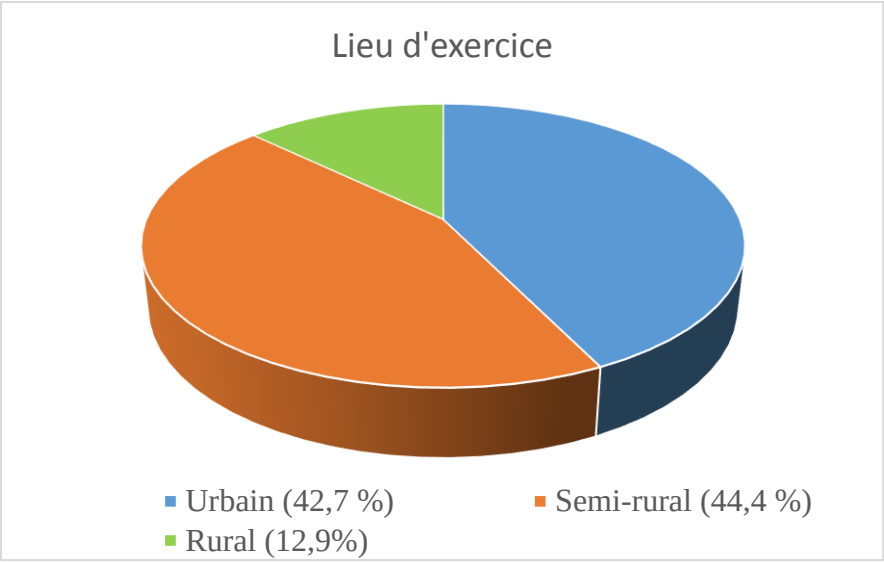
47% des médecins répondeurs ont plus de 55 ans ce qui correspond bien à la démographie médicale actuelle.



n = 117

C.1.1.d. Lieu d'exercice

Les médecins ayant répondu au questionnaire exercent majoritairement en milieu semi-rural (44,4%) et urbain (42,7%).

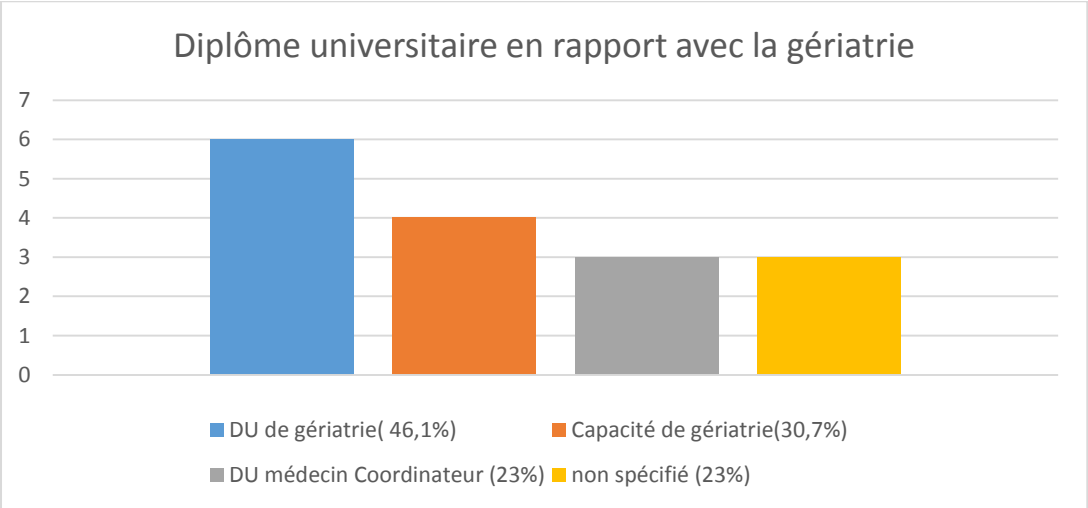


n = 117

C.1.1.e. Diplôme universitaire en rapport avec la gériatrie

Treize médecins (11,1 %) possèdent un diplôme universitaire en rapport avec la gériatrie, dont 30,7 % (4) la capacité de gériatrie, 46,1 %(6) le DU de gériatrie et 23 % (3) le DU de médecin coordinateur en EHPAD (plusieurs réponses possibles). Trois médecins (23%) n'ont pas spécifié la nature de la formation universitaire en gériatrie.

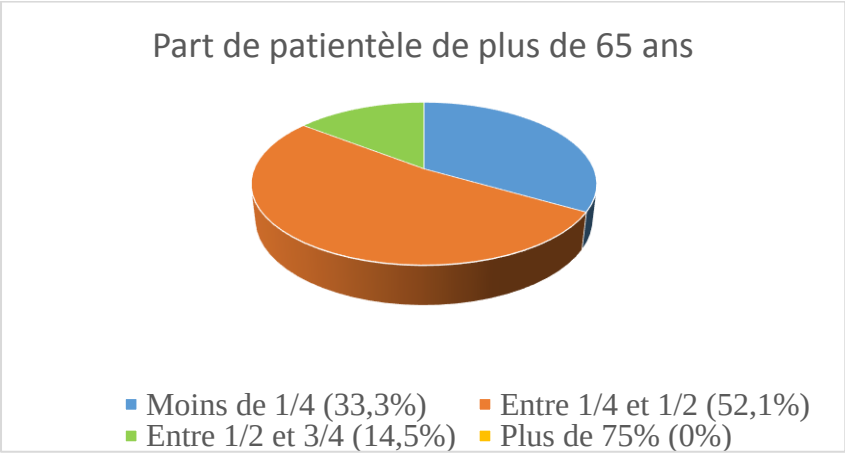
Le DU de gériatrie parait donc être le diplôme universitaire le plus représenté (mais sur un échantillon de faible taille).



n = 13

C.1.1.f. Part de la population gériatrique dans la patientèle globale

La majorité des médecins estiment leur part de patientèle âgée de plus de 65 ans compris entre 25 et 50%. Aucun médecin interrogé n'estime avoir une patientèle comprenant plus de 75% de personnes de plus de 65 ans.

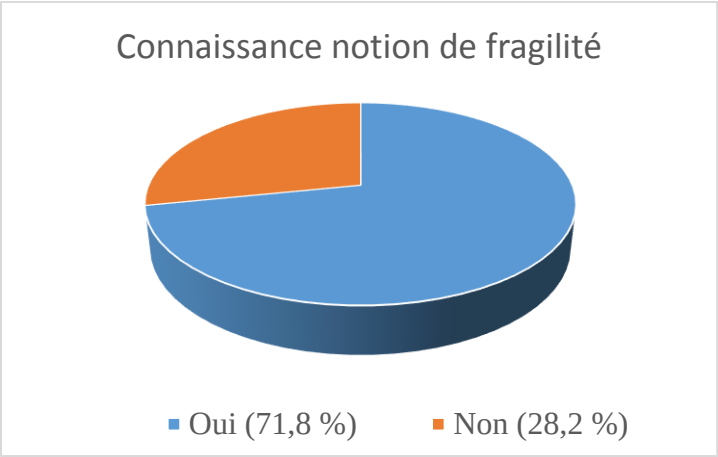


n = 117

C.1.2.Dépistage de la fragilité

C.1.2.a.Proportion des médecins généralistes connaissant la notion de Fragilité

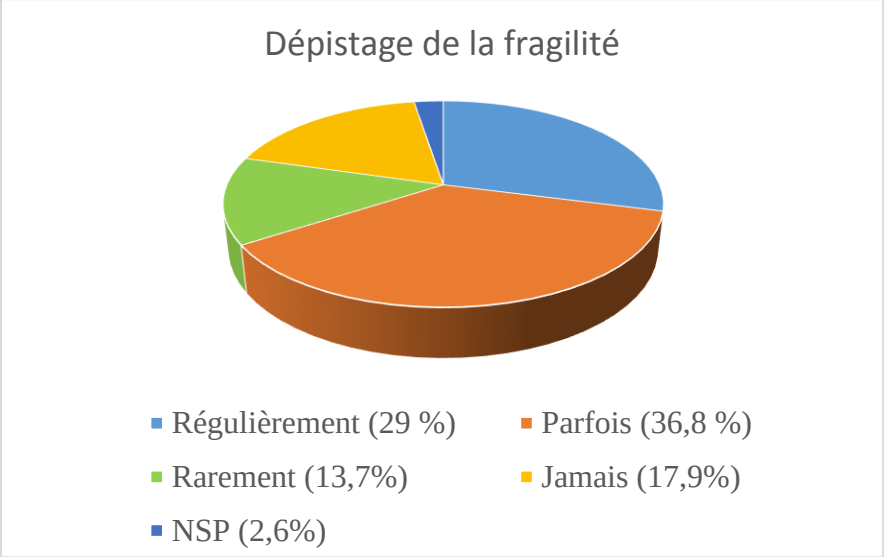
La majorité des médecins interrogés (71.8%) dit connaitre la notion de fragilité de la personne âgée, ne serait-ce que de façon vague.



n = 117

C.1.2.b. Dépistage de la fragilité

La majorité des médecins dépiste la fragilité chez le sujet âgé parfois (36,8 %) ou régulièrement (29%).

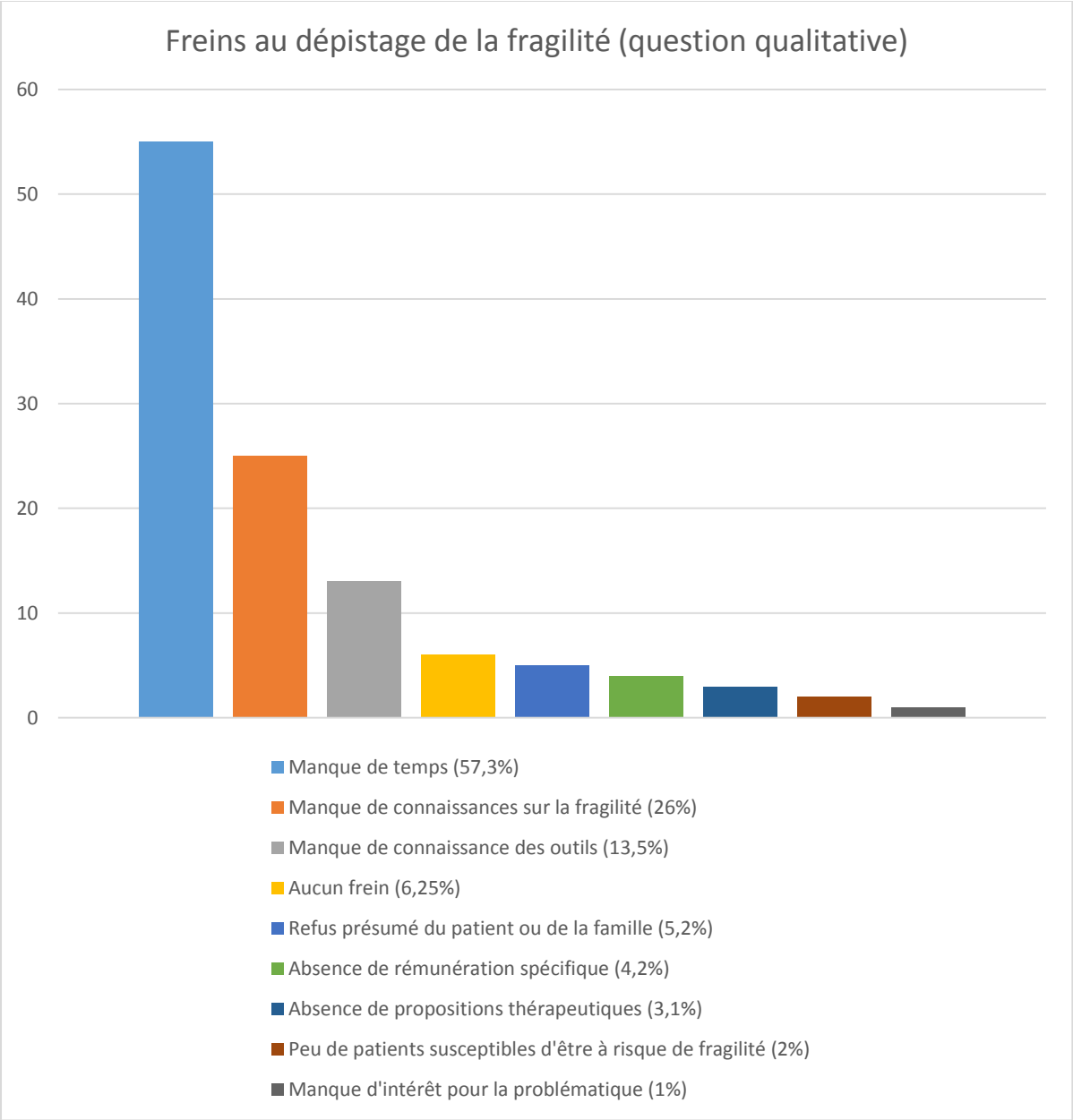


n = 117

C.1.2.c. Frein(s) au dépistage de la fragilité

En question ouverte il ressort que les freins principaux au dépistage de la fragilité sont le manque de temps (57,3%), le manque de connaissance sur la fragilité (26%) ainsi que le manque de connaissance des outils de dépistage (13,5%). L'absence de rémunération spécifique ne semble pas être un frein majeur.

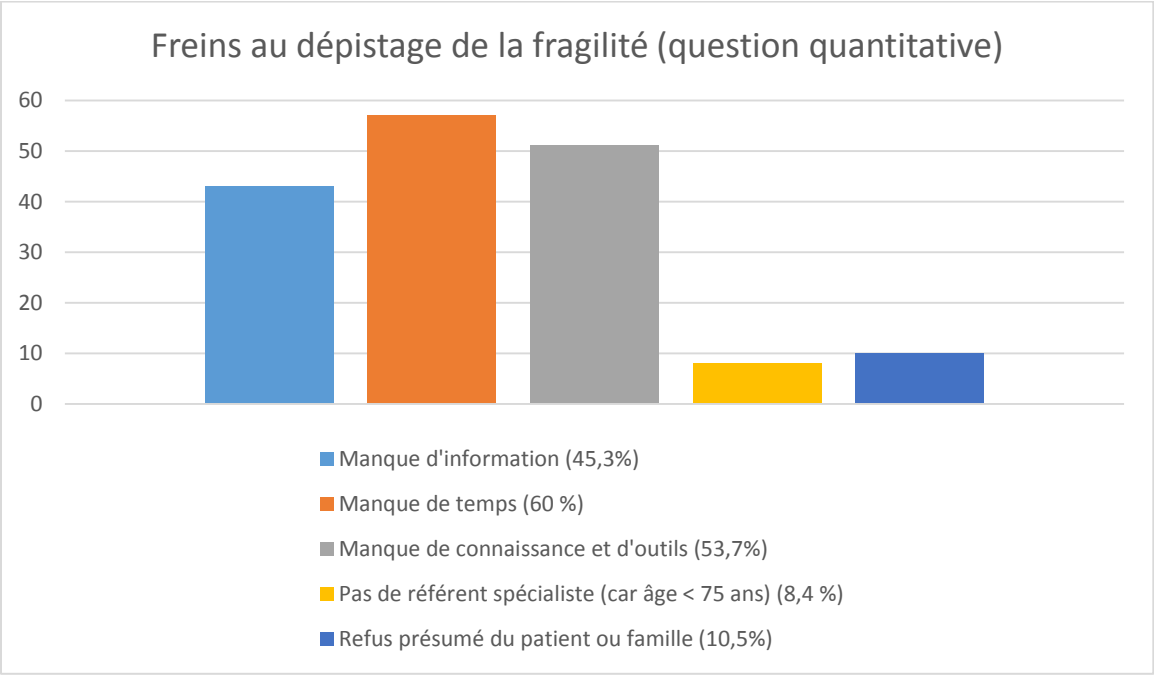
Il existe 3% des médecins ne dépistant pas la fragilité, présumant l'absence de prise en charge thérapeutique en cas de fragilité avérée.



n = 96

En question fermée, il ressort que le frein majeur pour les médecins au dépistage de la fragilité au cabinet est le manque de temps (60%), suivi du manque de connaissances sur le sujet (53,7%) et du manque d'information (45,3%).

Le refus présumé (10.5%) et l'absence de référent spécialisé officiel (8,4%) pour les patients compris entre 65 et 74 ans (car ne correspond pas à la gériatrie) représentent des freins mineurs au dépistage.



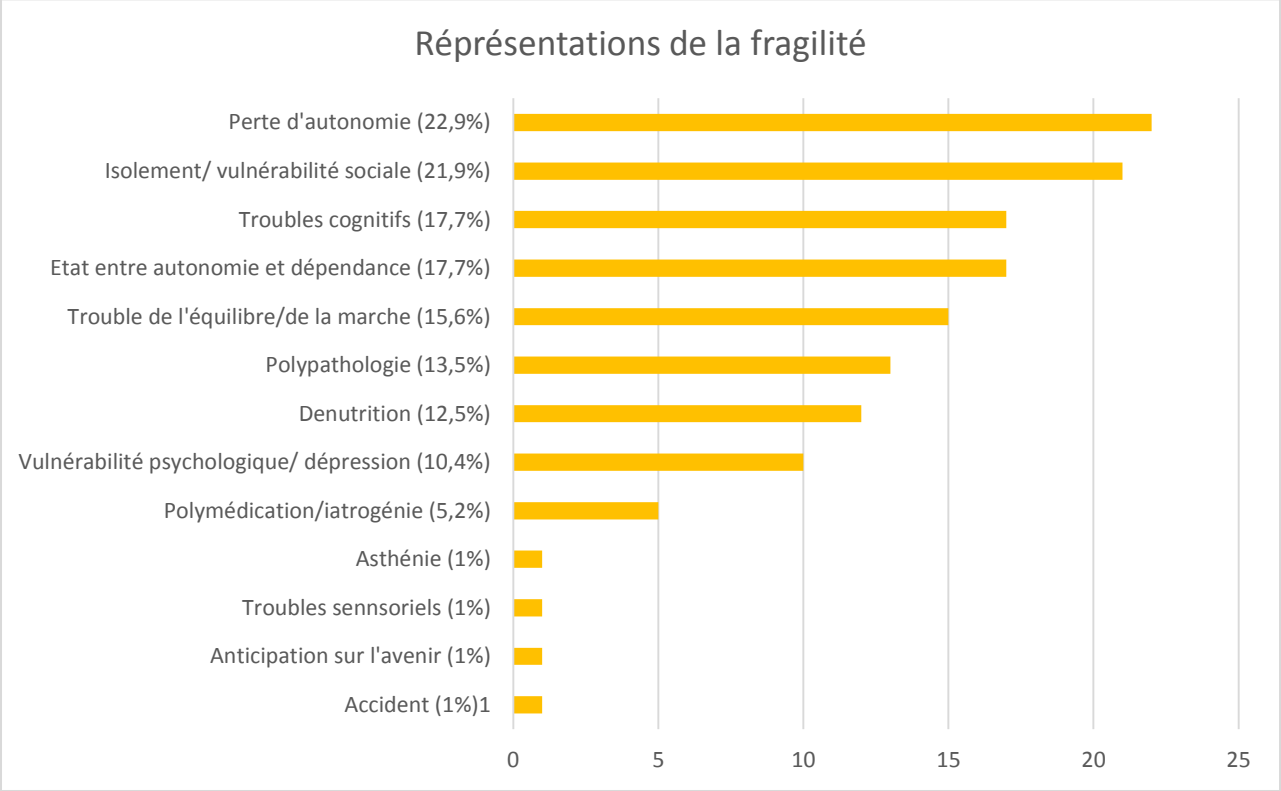
n = 95

C.1.2.d. Représentations de la fragilité chez les médecins généralistes

Dans cette question ouverte, les médecins interrogés étaient invités à nous faire part de leurs représentations de la fragilité du sujet âgé.

On constate que les réponses sur la représentation de la fragilité reflètent une partie de la fragilité : un critère de dépistage (par exemple « troubles cognitifs ») ou la finalité du dépistage (par exemple « anticipation sur l'avenir »).

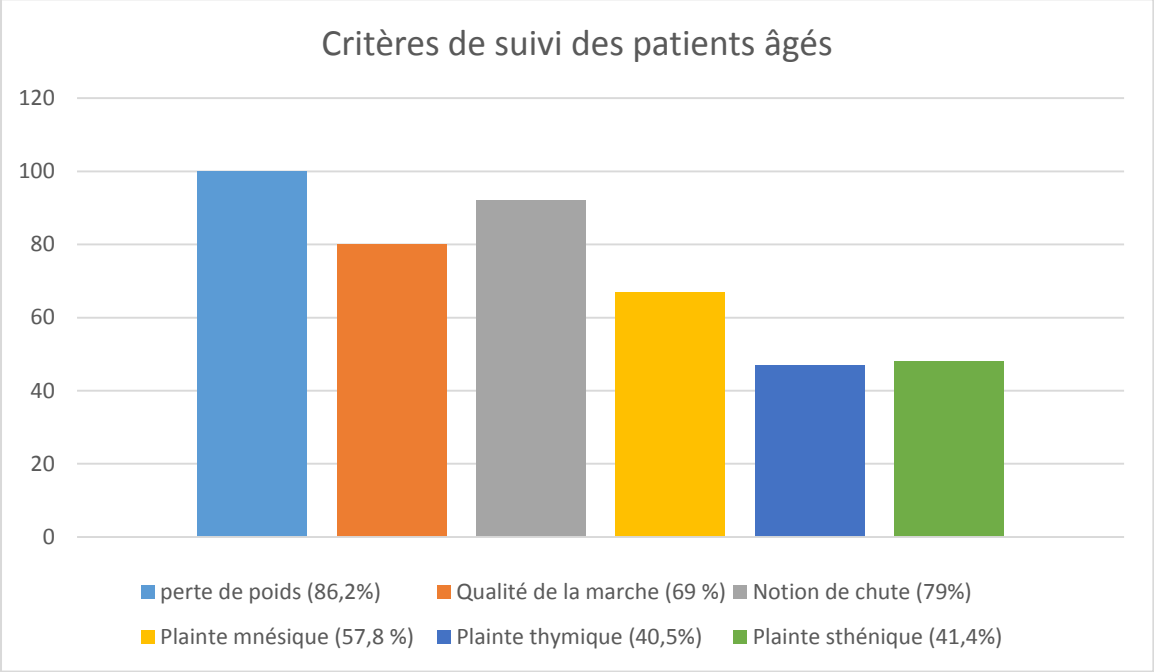
Il semble donc exister une certaine sensibilisation des médecins généralistes au concept de fragilité du sujet âgé.



n = 96

C.1.2.e. Critère(s) de suivi des patients âgés

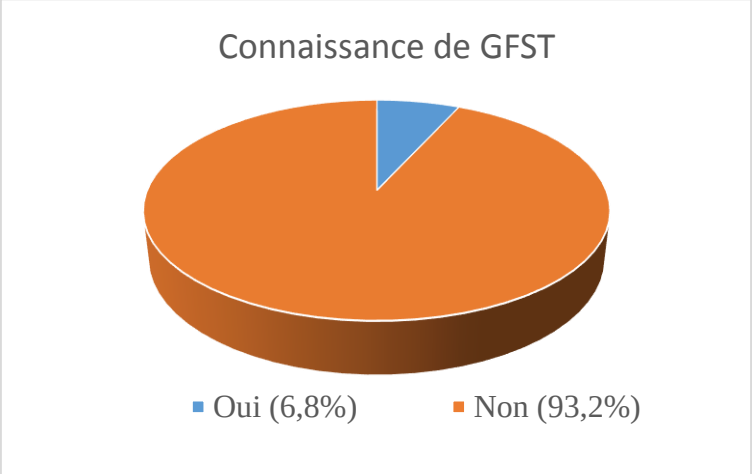
Les critères les plus utilisés par les médecins généralistes pour suivre les patients âgés sont la perte de poids (86,2%), la notion de chute (79%), la qualité de la marche (69%) et la plainte mnésique (57,9%). La plainte thymique (40,5%) et la plainte sthénique (41,4%) sont moins souvent recherchées.



n = 116

C.1.2.f. Proportion des médecins connaissant le Gerontopole frailty Screening tool

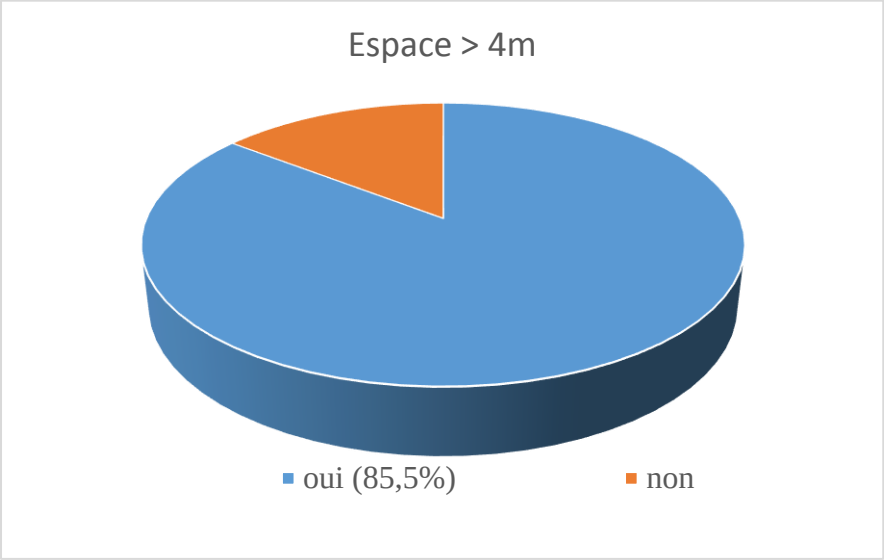
La grande majorité des médecins (93,2%) interrogés ne connait pas le gerontopole frailty screening tool.



n = 117

C.1.2.g. Présence d'espace suffisant pour tester la vitesse de marche

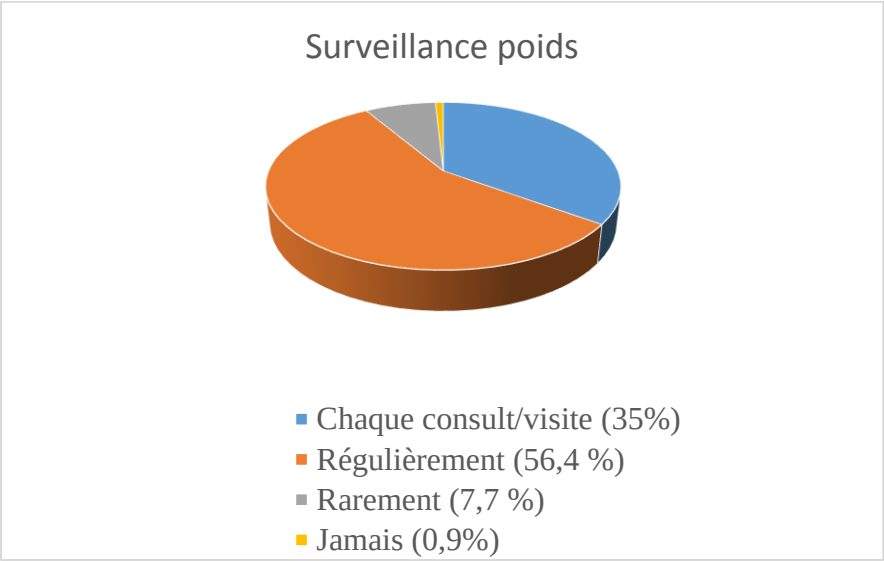
La majorité des médecins (85,5 %) possède un espace de taille suffisante (supérieur à 4m) dans leur cabinet afin de pouvoir tester la vitesse de marche.



n = 117

C.1.2.h. Surveillance de la perte de poids

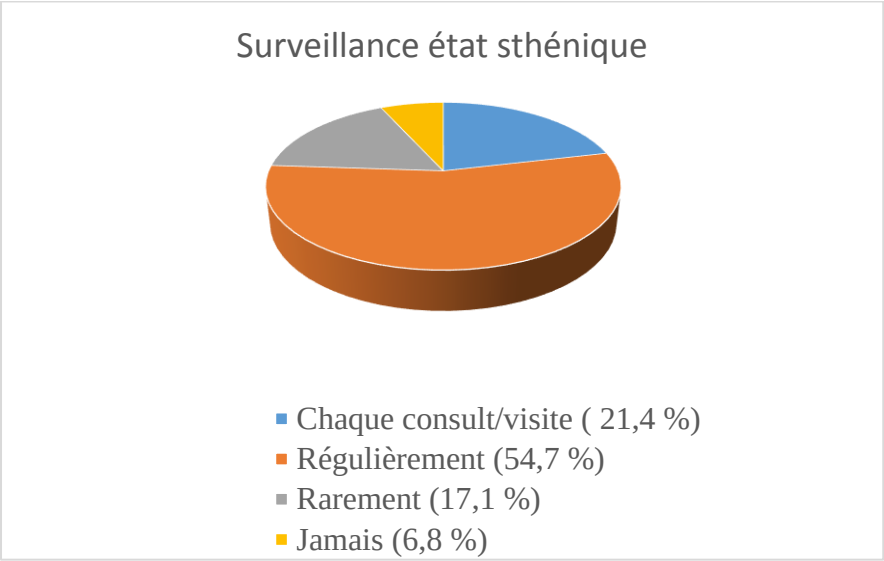
La majorité des médecins surveille le poids à chaque consultation (35%) ou régulièrement (56,4%).



n = 117

C.1.2.i. Evaluation de l'état sthénique

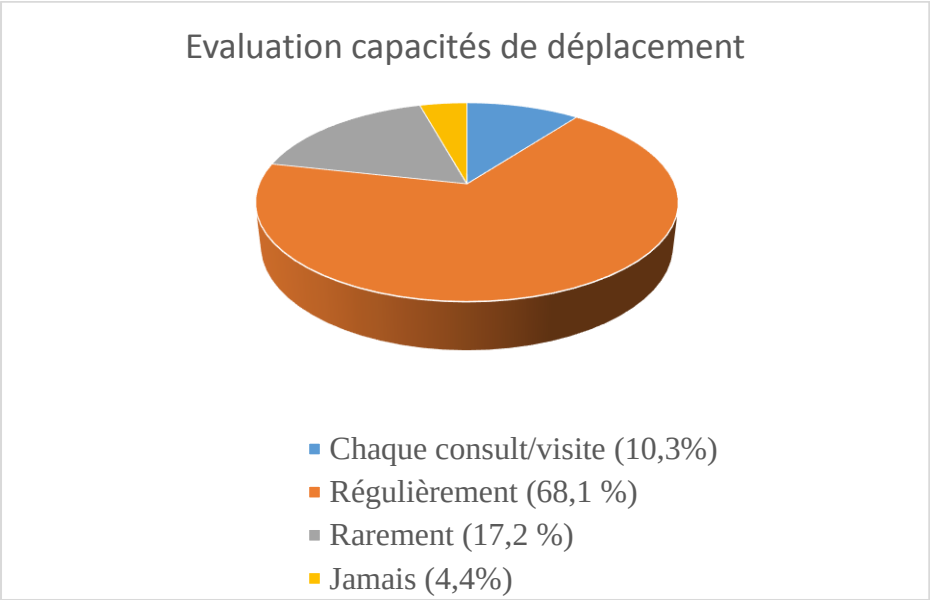
La majorité des médecins (54,7%) surveille l'état sthénique des patients régulièrement.



n = 117

C.1.2.j. Evaluation des capacités de déplacement

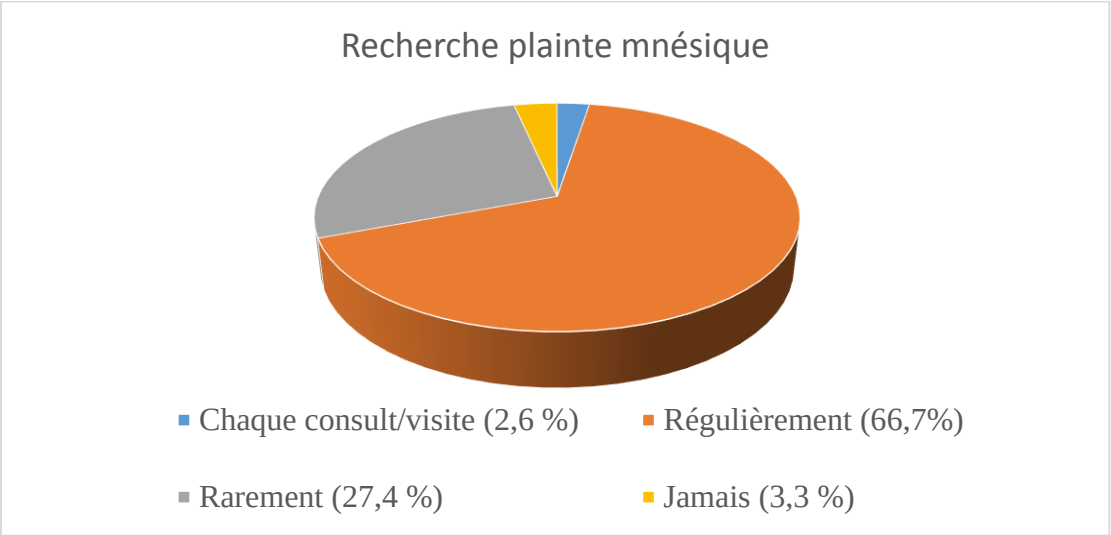
La majorité des médecins (68,1%) évaluent régulièrement les capacités de déplacement de leurs patients.



n = 116

C.1.2.k. Recherche de la plainte mnésique

La majorité des médecins (66,7%) évalue régulièrement l'état mnésique de leurs patients.

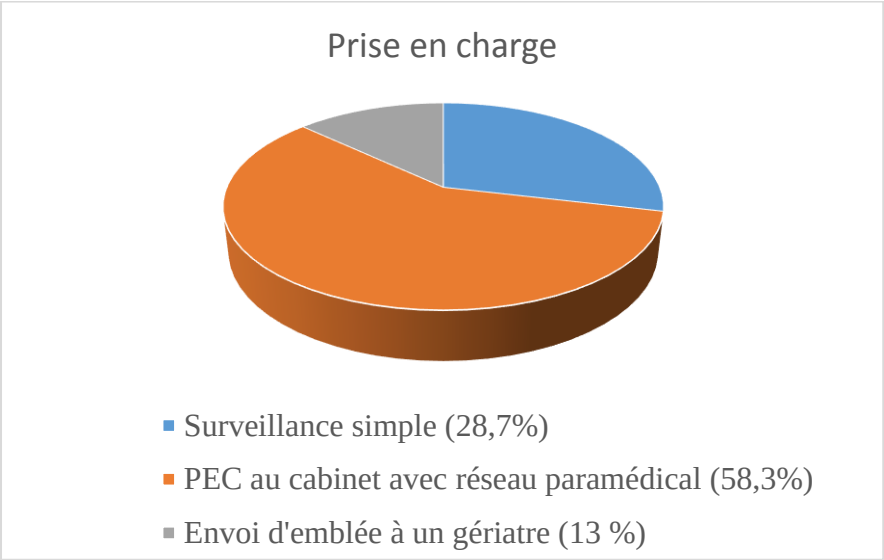


n = 117

C.1.3. Prise en charge de la fragilité, attentes des médecins généralistes

C.1.3.a. Attitude de prise en charge devant un patient jugé fragile

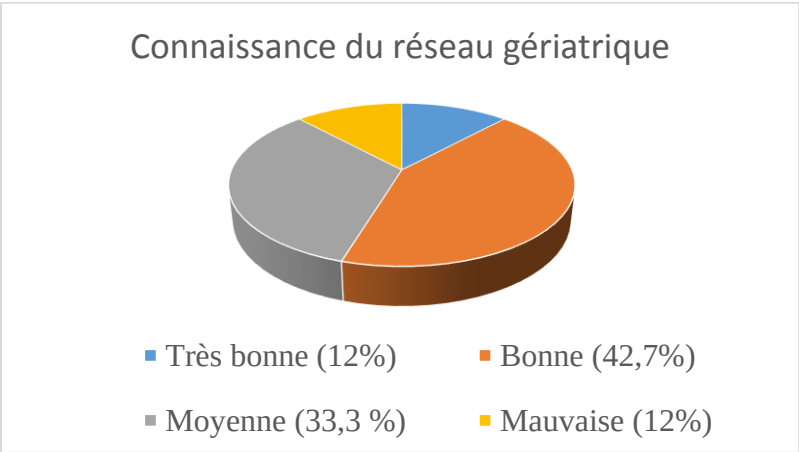
La majorité des médecins (58,3%) s'oriente vers une prise en charge ambulatoire en lien avec un réseau paramédical (infirmières libérales, kinésithérapeute). 13% des médecins généralistes adressent le patient suspect de fragilité d'emblée au gériatre.



n = 115

C.1.3.b. Connaissance du réseau de gériatrie dans le Béarn

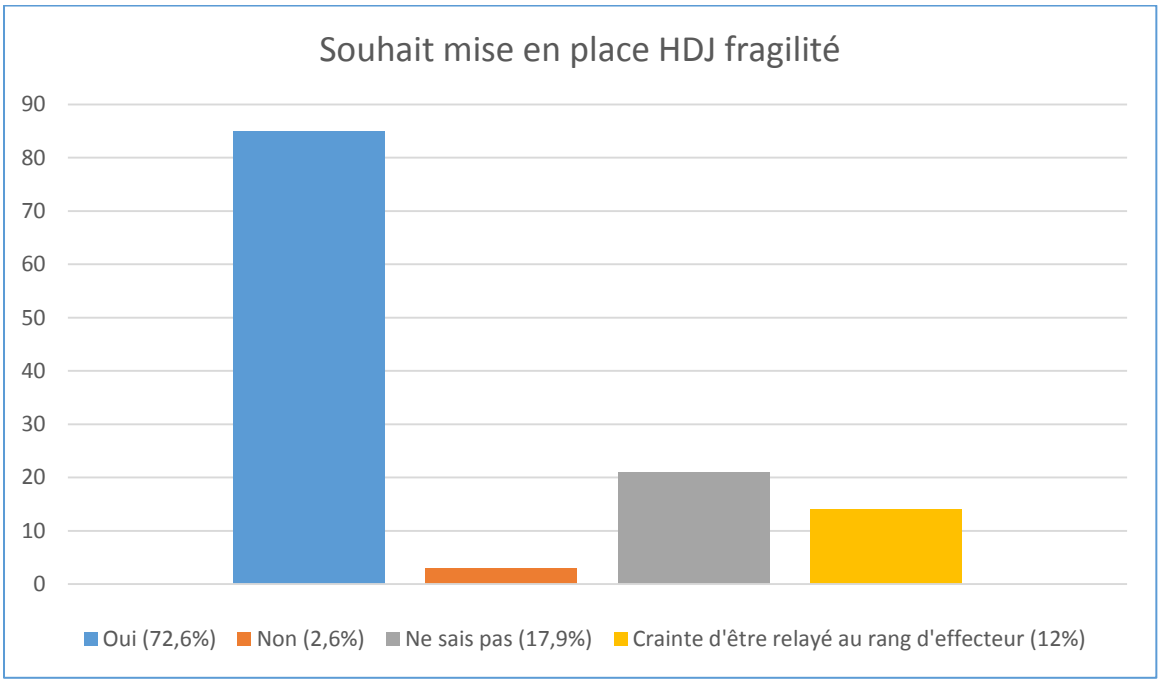
Les médecins interrogés ont une bonne (42,7%) voire très bonne (12%) connaissance du réseau gériatrique du Béarn. Cependant il reste plus d'un tiers des médecins qui ont une connaissance moyenne voir mauvaise du réseau gériatrique.



n = 117

C.1.3.c. Souhait de mise en place d'un hôpital de jour de fragilité

La grande majorité (72,6%) des médecins interrogés est favorable à la mise en place d'un hôpital de jour de fragilité afin de dépister la fragilité chez les patients suspects.
Si uniquement 2,6% des médecins y sont opposés, ils sont cependant 12% à craindre d'être relayé au rang d'effecteur d'un réseau coordonné par des spécialistes (gériatres).



n = 117

C.1.3.d. Sources d'information utilisées sur la fragilité

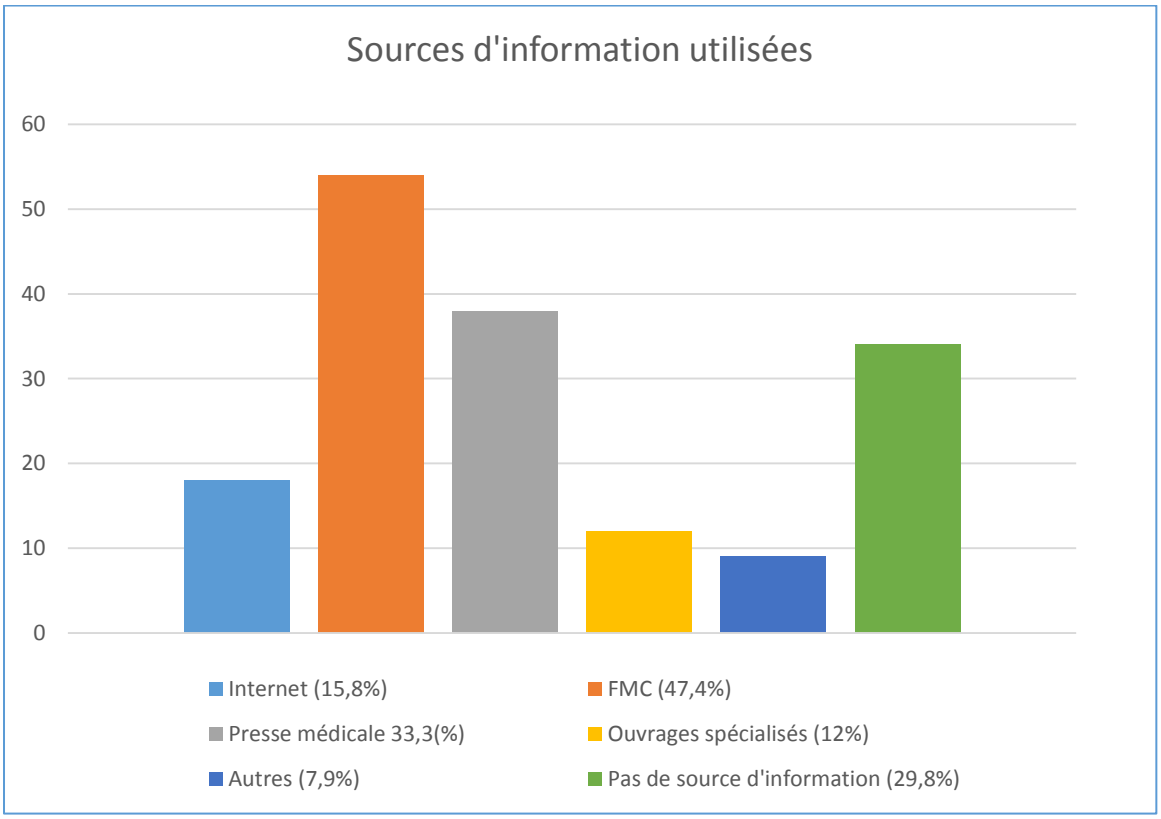
La majorité des médecins interrogés (47,4%) tire ses informations sur la fragilité de séances de formation médicale continue (FMC), et 33,3% utilisent la presse médicale. Cependant près d'un tiers (29,8%) des médecins dit ne pas utiliser de sources d'information relatives à la fragilité.

Pour les sites internet utilisés, 5 médecins ont spécifié leurs sources : le site de l'HAS est cité dans 80% des cas (4 médecins). Les autres sites cités sont FMC esculape, Société française de gériatrie, CISMEF, Age Village, CREDOC.

Concernant la presse médicale, 10 médecins ont spécifié les revues consultées : les revues citées le plus fréquemment sont Prescrire (7 médecins, soit 70%), la Revue du praticien (3 médecins, soit 30%), la Revue de gériatrie (2 médecins). Les revues suivantes ont été citées une fois : Le

Généraliste, la Revue de médecin coordonnateur, Revue de Gérontologie, Panorama du médecin, Quotidien du médecin.

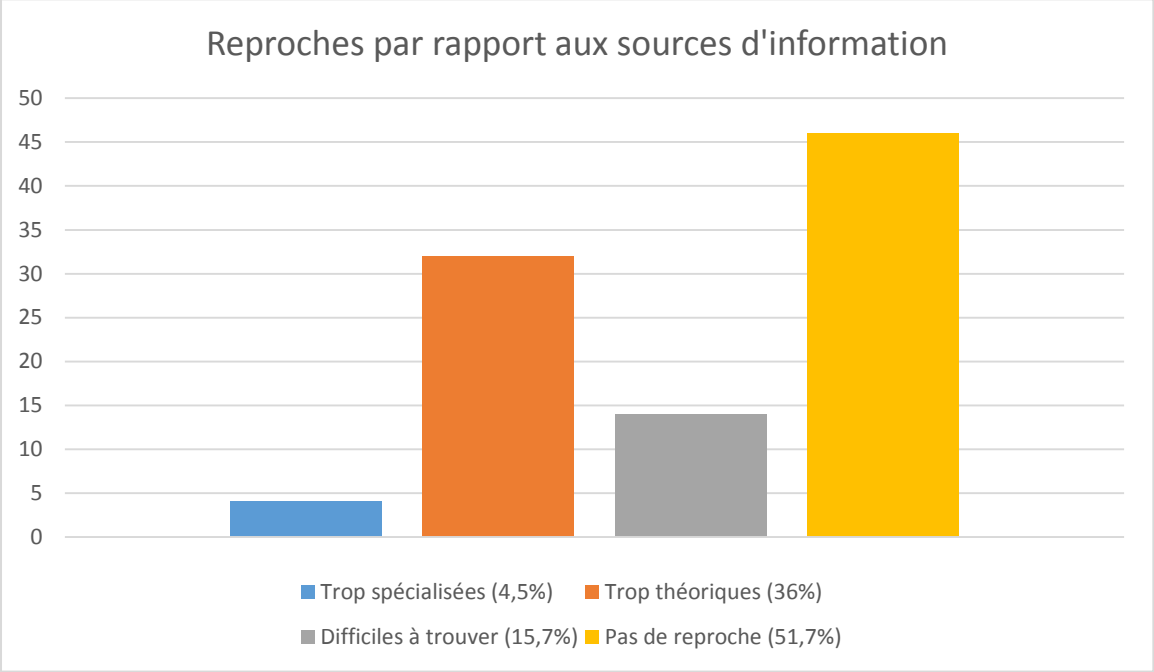
Dans les autres sources d'information sont citées l'internat en gériatrie (2 médecins), les conseils auprès de confrères gériatres (2 médecins) ou auprès des psychologues du CHP (Centre hospitalier des Pyrénées) et des réunions avec des gériatres.



n = 114

C.1.3.e. Reproches faits sur les sources d'informations sur la fragilité

La majorité des médecins (51,7%) n'a pas de reproche à faire par rapport aux sources d'information relatives à la fragilité. Cependant 36% trouvent l'information trop théorique.

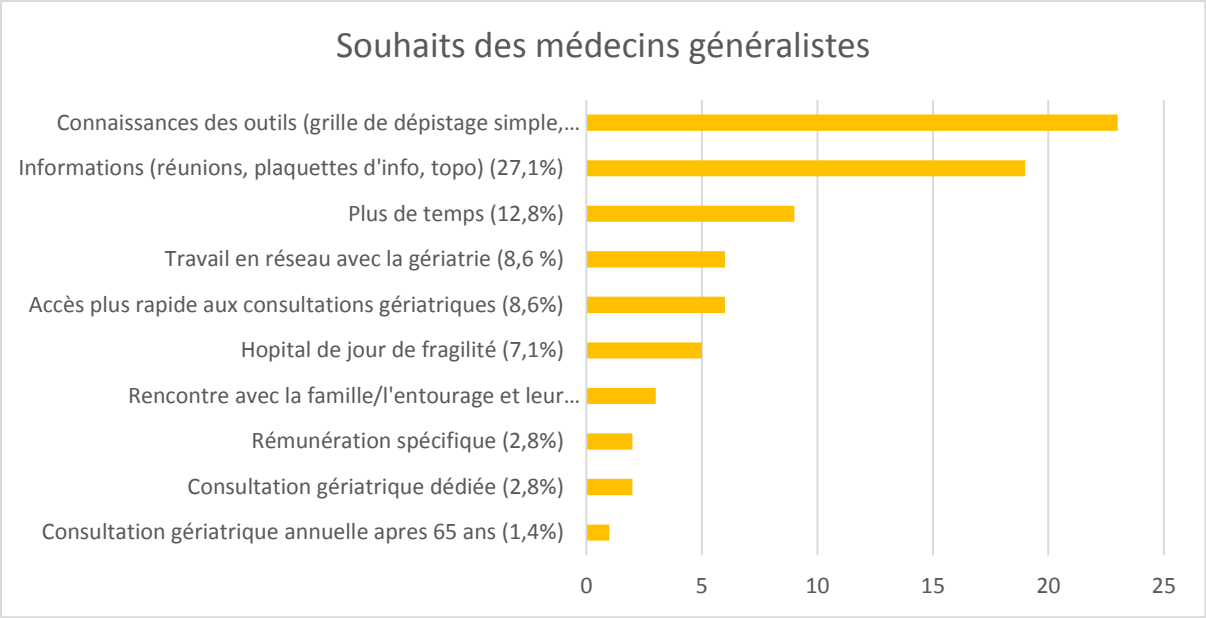


n = 89

C.1.3.f. Souhaits des médecins généralistes pour faciliter la prise en charge de la fragilité

Les médecins interrogés souhaitent préférentiellement plus d'informations sur la fragilité (27,1%), des connaissances sur les outils de dépistage (32,8%) et plus de temps (12,8%) afin de pouvoir réaliser un dépistage de la fragilité.

Le travail en réseau avec la gériatrie ou en lien avec la famille, ainsi qu'une rémunération spécifique semblent être moins prioritaires par rapport aux trois premiers points cités.



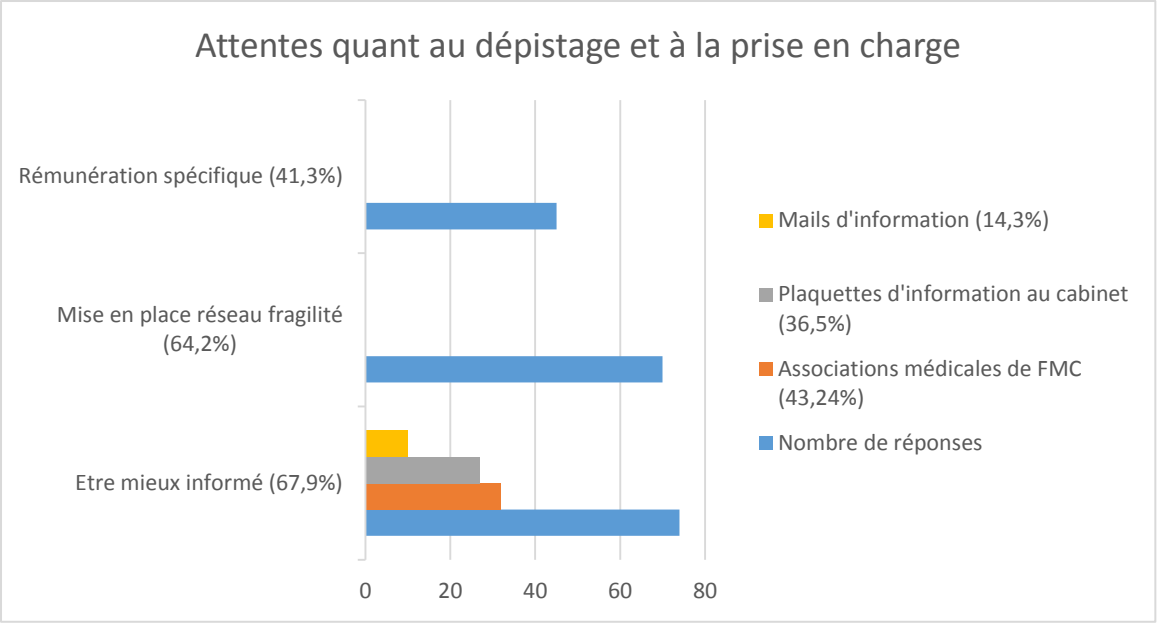
N = 70

C.1.3.g. Attentes des médecins quant au dépistage et à la prise en charge de la fragilité

Les attentes des médecins semblent être en premier lieu une meilleure information pour 67,9% (plutôt par associations de FMC ou par plaquettes d'information au cabinet).

La mise en place d'un réseau fragilité est plébiscitée par 64,2% des médecins, résultat significativement plus élevé ($p<0,001$) par rapport à la question ouverte où le souhait de mise en place d'un réseau fragilité était souhaité explicitement que par 8,6% (cf partie C.1.3.f.).

De plus, une rémunération spécifique semble plébiscitée par une partie non négligeable des médecins interrogés (41,3%).



N = 109

C.2. <u>Etude analytique des résultats</u>

C.2.1 <u>Qualité du dépistage de la fragilité</u>

Si la notion de fragilité est connue, au moins de façon vague, d'une majorité (**71,8%**) des médecins généralistes, le dépistage de la fragilité semble moins pratiqué :
une minorité des médecins (**29%**) dit dépister la fragilité régulièrement.

Nous souhaitons aussi nous intéresser à la qualité globale du dépistage de la fragilité chez les médecins généralistes, basée sur le nombre de critères recherchés issus du GFST et des critères de Fried (perte de poids involontaire, difficultés pour se déplacer, asthénie, plainte cognitive) même en l'absence de connaissance du GFST. La recherche par les médecins d'un isolement chez leurs patients n'a pas pu être étudiée dans notre travail (cf discussion).

Comme nous étudions une population de Médecins ne travaillant pas spécifiquement en gériatrie, nous considérons tout médecin recherchant au moins 3 critères de façon régulière comme un médecin dépistant la fragilité de manière correcte, appelé « *médecin attentif* » dans notre travail.

Nous constatons donc que, même en l'absence de connaissance de l'outil GFST par la majorité des médecins, **74,4%** des médecins sont **attentifs** à au moins 3 critères sur 4 (perte de poids involontaire, difficultés pour se déplacer, asthénie, plainte cognitive).

Ces chiffres contrastent fortement avec le faible pourcentage de médecins estimant dépister la fragilité (29%).

C.2.2. Qualité de la prise en charge des patients suspectés fragiles

Compte-tenu du caractère potentiellement réversible de la fragilité en cas de prise en charge adaptée, la mise en place d'une thérapeutique adaptée nous parait donc primordiale.
Nous allons donc ici rechercher les qualités de prise en charge des patients suspectés fragiles par les médecins généralistes.
On peut considérer comme prise en charge adaptée la prise en charge multidisciplinaire en libéral (médecin généraliste, infirmière, assistante sociale..) ou l'envoi à un confrère gériatre pour la suite de la prise en charge.

On constate ainsi que 82 médecins (**71,3%**) s'orientent d'emblée vers une prise en charge adaptée du patient suspecté fragile

C.2.3. Identification de sous-groupes

Nous allons tenter d'identifier un ou plusieurs sous-groupes se démarquant par leurs bonnes pratiques vers lesquels nous pourrions orienter dans un premier temps nos mesures d'information et la mise en place d'un réseau fragilités.

C2.3.a Médecins connaissant le GFST

Tableau 1 : Comparaison de 2 populations : Médecins connaissant le GFST vs médecins ne connaissant pas le GFST.

Caractéristiques	Médecins connaissant le GFST en % (n = 8)	Médecins ne connaissant pas le GFST en % (n = 109)	« p »
Hommes	87,5 (7)	71 (72)	0,43
Age			
- < 40 ans	0 (0)	15,8 (16)	0,60
- 40 à 54 ans	50 (4)	41,6 (42)	0,72
- Plus de 55 ans	50 (4)	50,5 (51)	1
Lieu d'exercice			
- Urbain	25 (2)	47,5 (48)	0,28
- Semi-rural	50 (4)	47,5 (48)	0,28
- Rural	25 (2)	12,9 (13)	0,30
Proportion patientèle gériatrique			
- Moins de 25 %	12,5 (1)	37.6 (38)	0,25
- Entre 25 et 50 %	62,5 (5)	55,4 (56)	1
- Plus de 50 %	25 (2)	14.85 (15)	0.60
Attentifs à au moins 3 critères	100 (8)	78,2 (79)	0.35
Prise en charge adaptée	87,5 (7)	74,2 (75)	0.67

Le sous-groupe des médecins connaissant le GFST ne se démarque par significativement de la population de médecins généralistes interrogés.
Cependant, on peut incriminer la petite taille du sous-groupe (8 médecins), rendant difficile la mise en évidence d'une différence statistiquement significative.

C.2.3.b Médecins détenteurs d'un DU en rapport avec la gériatrie

Nous allons donc nous intéresser à un sous-groupe de taille supérieure : les médecins détenteurs d'un DU lié à la gériatrie (gérontologie clinique, médecin coordonnateur d'EHPAD..).

Tableau 2 : Comparaison de 2 populations : Médecins possédant un diplôme en rapport avec la gériatrie versus médecins ne possédant pas de diplôme en rapport avec la gériatrie

Caractéristiques	Médecins avec diplômé géria en % (n = 13)	Médecins sans diplôme géria en % (n = 104)	« p »
Hommes	84,6 (11)	64,4 (67)	0,21
Age			
- < 40 ans	0 (0)	15,4 (16)	0,20
- 40 à 54 ans	30,8 (4)	40,4 (42)	0,50
- Plus de 55 ans	69,2 (9)	44,2 (46)	0,08
Lieu d'exercice			
- Urbain	38,5 (5)	43,3 (45)	0,74
- Semi-rural	38,5 (5)	45,2 (47)	0,64
- Rural	23 (3)	11,5 (12)	0,37
Proportion patientèle gériatrique			
- Moins de 25 %	23 (3)	34,6 (36)	0,53
- Entre 25 et 50 %	53,8 (7)	51,9 (54)	0,89
- Plus de 50 %	23 (3)	13,5 (14)	0.40
Attentifs à au moins 3 critères	76,9 (10)	74 (77)	1
Prise en charge adaptée	69,2 (9)	70,2 (73)	1

Les médecins possédant un diplôme en rapport avec la gériatrie ne se différencient pas de la population générale des médecins généralistes en termes de dépistage (77% contre 74%) et de prise en charge de la fragilité (69% contre 70%).

C.2.3.c. Médecins déclarant dépister la fragilité

Tableau 3 : Comparaison des 2 populations : médecins déclarant dépister la fragilité vs médecins déclarant ne pas dépister la fragilité

Caractéristiques	Médecins déclarant dépister, en % (n = 34)	Médecins déclarant ne pas dépister, en % (n = 83)	« p »
Hommes	73,5 (25)	63,9 (53)	0,31
Age			
- < 40 ans	11,8 (4)	14,5 (12)	0,77
- 40 à 54 ans	26,5 (9)	44,6 (37)	0,06
- **Plus de 55 ans**	61,8 (21)	41 (34)	**0,04**
Lieu d'exercice			
- Urbain	38,2 (13)	44,6 (37)	0,52
- Semi-rural	44,1 (15)	44,6 (37)	0,96
- Rural	17,6 (6)	10,8 (9)	0,31
Détenteur diplôme gériatrie	11,8 (4)	10,8 (9)	0,88
Proportion patientèle gériatrique			
- Moins de 25 %	**11,8 (4)**	**42,2 (35)**	0,0012
- Entre 25 et 50 %	**73,5 (25)**	**43,4 (36)**	0,003
- **Plus de 50 %**	**14,7 (5)**	**14,5 (12)**	**0.97**
Attentifs à au moins 3 critères	**97 (33)**	**65 (54)**	0.0003
Prise en charge adaptée	**88,2 (30)**	**62,7 (52)**	0.006

Le sous-groupe de médecins déclarant dépister la fragilité se différencie statistiquement de la population de médecins interrogés : en effet les médecins déclarant dépister la fragilité sont significativement plus attentifs à au moins 3 de nos critères de la fragilité choisis (97% contre 65% avec un $p<0,05$).
De même ils sont plus nombreux à mettre en place une prise en charge thérapeutique adaptée (88,2% d'entre eux contre 62,7% dans la population des médecins interrogés, avec un $p < 0,05$).

Cette population de médecins se différencie par une proportion de patientèle gériatrique plus élevée ainsi que par un âge moyen des médecins légèrement plus élevé que la population des médecins interrogés.

Ce sous-groupe de médecins semble donc constituer un groupe privilégié vers lequel nous pourrions orienter nos mesures d'information et la mise en place d'éventuels réseaux.

D. DISCUSSION

D.1. Principaux résultats

Concernant les pratiques de dépistage de la fragilité du sujet âgé, notre travail a révélé des résultats encourageants **: 74,4 %** des médecins généralistes ayant participé à l'enquête semblent déjà attentifs à au moins 3 critères de dépistage de la fragilité et **71,3**% s'orientent d'emblée vers une prise en charge multidisciplinaire.

De plus, nous avons ainsi pu mettre en évidence un sous-groupe se démarquant de la population interrogée par ses bons résultats en matière de dépistage et de prise en charge thérapeutique de la fragilité. Il s'agit des médecins déclarant dépister la fragilité (**29%**) plus âgés et travaillant auprès d'une patientèle à composante gériatrique plus importante. Ces médecins se démarquent par une meilleure attention face aux critères de fragilité (**97%**) ainsi que par une meilleure prise en charge thérapeutique (**88,2 %**). Ces derniers pourraient donc être les destinataires privilégiés d'informations sur la fragilité ainsi que la mise en place de réseaux fragilité.

A contrario les médecins possesseurs d'un DU en rapport avec la gériatrie ne se différencient pas significativement des autres médecins généralistes en terme de dépistage de la fragilité ni en terme de prise en charge de cette dernière.
Ceci peut s'expliquer par :

- la taille réduite de l'échantillon (13 médecins possédant un DU)
- l'hétérogénéité des DU dans cette enquête : DU de médecin coordonnateur d'EHPAD, de gériatrie, de gérontologie clinique, capacité de gériatrie, DU maladies des personnes âgées)
- l'évolution récente et rapide des connaissances dans le domaine de la fragilité
- les résultats encourageants dans l'échantillon des médecins n'ayant pas de formation en gériatrie : ils sont déjà attentifs aux critères de fragilité pour la plupart, et ils engagent souvent les bonnes démarches de prise en charge.

Concernant les attentes des médecins, elles semblent être représentées en premier lieu par une **meilleure information** (**67,9%**), de préférence sous forme d'associations de FMC (43%) ou par plaquettes d'information au cabinet (36,5%).
Suivent le souhait de la mise en place d'un **réseau fragilité** (**64,2%**) des médecins ainsi qu'une **rémunération spécifique** du dépistage et de la prise en charge de la fragilité (**41,3%**), la convention médicale de 2016 prévoyant uniquement une rémunération forfaitaire à l'année comprise entre 5 euros et 70 euros, ajustée à l'âge du patient et à la présence ou non d'une ALD (65).

Si l'on compare ces résultats aux souhaits exprimés par les médecins généralistes pour faciliter le dépistage et la prise en charge de la fragilité, on retrouve une concordance des résultats pour ce qui est du souhait d'une meilleure information sur le sujet **(27,1%).** Il en ressort cependant aussi le souhait de la mise à disposition d'outils simples de dépistage (grille de dépistage) et d'arbres décisionnels pour la prise en charge **(32,8%),** ainsi que le souhait d'avoir plus de temps pour pratiquer le dépistage de la fragilité **(12,8%).**

Nous observons cependant une différence significative concernant le souhait de la mise en place d'un travail en réseau : en question ouverte, le souhait est assez peu exprimé **(8,6%)** alors que lorsque nous l'avons proposé, la motivation semblait nettement supérieure **(64,2%).**
Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il est plus rare de proposer spontanément un changement important de nos pratiques professionnelles (travail en réseau), alors que si ce changement est proposé, l'intérêt semble d'autant plus grand.

En critère secondaire, nous avions interrogé les médecins généralistes spécifiquement sur leur souhait de mise en place d'un hôpital de jour fragilité pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique de la fragilité, et il se trouve qu'une grande majorité (**72,6%**) y est favorable. Seule une minorité des médecins semble y être opposée (**2,6%**) ou craint d'être relayée au rang de simple effecteur au sein d'un réseau (**12%**)

Nous nous sommes interrogés sur la crainte d'être relayé au rang de simple effecteur, exprimée par 12% des médecins. Depuis quelques années il est observé l'avènement du travail en réseaux, qui rencontre la résistance de certains praticiens généralistes ; en effet cela se démarque d'une pratique dans laquelle le médecin traitant était l'unique interlocuteur du patient.

Avec l'apparition des réseaux, il existe de plus en plus d'interlocuteurs. Cependant le médecin traitant a été désigné comme le pivot central du parcours de soins du patient. Il appartient à ce premier d'adresser le patient aux intervenants adaptés, de faire la synthèse des retours de ces intervenants et d'aider le patient dans sa décision.
En cas de création d'hôpital de jour de fragilité, il appartiendrait au médecin généraliste d'adresser ses patients qu'il a lui-même dépisté comme étant à risque de fragilité (à l'aide du GFST notamment), s'il le juge utile. Après évaluation en HDJ fragilité, il appartiendrait toujours au médecin généraliste, en accord avec son patient, d'appliquer ou non, les préconisations faites par le service gériatrique.
De plus un travail en réseau permet un gain de temps au médecin généraliste. Sachant que le frein principal au dépistage déclaré par les médecins généralistes était le manque de temps, l'aspect de gain de temps prend une importance considérable.

D.2. Validité interne

D.2.1. Les forces de l'étude

L'enquête a porté sur un échantillon important de médecins (territoire de santé de l'hôpital de Pau) qui semblait être assez représentatif de la population générale de médecins en France concernant les caractéristiques d'âge et de sexe.
De plus nous avons réussi à obtenir un taux de réponse assez important de l'ordre de 56%.

Les 4 critères de fragilité étudiés dans notre travail sont issus de 2 scores de dépistages validés : le GFST (validé par la SFGG) et les critères de Fried.

Notre travail semble être d'actualité à une époque de vieillissement de la population, de réorganisation des structures hospitalières et de nécessité d'optimisation des moyens en milieu libéral du fait d'une diminution du nombre de médecins libéraux.
Les médecins interrogés ont été sensibilisés au sujet mais aussi à l'attention qui peut leur être portée en tant qu'acteurs incontournables du dépistage de la fragilité.
Les attentes des médecins ayant été recherchées, ils ont pu se sentir directement concernés et impliqués dans la prise en charge du patient fragile.

Ils ont pu prendre conscience de l'importance de leur participation au dépistage de la fragilité, nécessaire au bon fonctionnement d'un éventuel hôpital de jour de fragilité.

Nous avons pu constater que la majorité des médecins étaient attentifs aux critères de fragilité, sans pour autant être conscients de réaliser un véritable dépistage. La prise en charge thérapeutique semble elle aussi bonne.

Cela nous semble encourageant quant à l'information des médecins généralistes sur le dépistage de la fragilité : les éléments de base sont connus d'une majorité des médecins, le travail d'information à fournir ne parait donc pas démesuré. Il s'agit surtout de faire prendre conscience aux médecins généralistes qu'ils sont déjà attentifs à la majorité des critères de la fragilité et de les amener à un dépistage conscient : rechercher activement les 6 critères du GFST et déclencher une orientation adaptée selon les résultats.

D.2.2. Les limites de l'étude

Il existe un biais de sélection dans notre étude : les médecins ayant répondu au questionnaire pourraient se différencier des médecins n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire (différences d'âge et de répartition par sexe et lieu d'exercice, niveau d'implication professionnel différent) et ce malgré des relances téléphoniques.
De plus la liste des médecins sélectionnés n'a pas été forcément exhaustive : bien qu'en croisant les données de l'Ordre des médecins et celles des pages jaunes, certains médecins n'ont pas été recensés (installation très récente dans au moins 2 cas).

Pour ce qui est du choix des critères de fragilité étudiés, nous avons voulu étudier surtout les facteurs de fragilité faciles à rechercher en pratique de médecine générale libérale. Ainsi nous avions choisi des facteurs de fragilité validés pour le GFST (perte de poids, sensation de fatigue, difficultés de déplacement, plainte cognitive) et des facteurs de fragilité issus des critères de Fried (perte de poids, sensation de fatigue, thymie).

Nous avions volontairement écarté des facteurs difficiles à évaluer en pratique quotidienne de médecine générale tels que la vitesse de marche précise (< 1m/s), la sédentarité, la baisse de force musculaire (nécessité d'un dynamomètre) et la notion d'isolement (social ou le fait de

vivre seul). Cette dernière notion avait été écartée de notre étude devant la difficulté de l'évaluer en consultation classique de médecine générale et devant le caractère vague de la notion d'isolement : en effet certains patients peuvent vivre seuls et ne pas avoir de proches à proximité ; s'il existe un réseau de prise en charge à domicile (IDE, kinésithérapeute, aide-ménagère..), peut-on parler d'isolement ?

Or, il est nous est apparu pendant notre travail l'intérêt d'évaluer la recherche de l'isolement social par les médecins généralistes afin de pouvoir mieux comparer nos résultats à ceux obtenus dans d'autres travaux. Pour cela nous avions contacté les 117 médecins ayant répondu initialement au questionnaire de 24 questions. Nous leur avons adressé une seule question : « Recherchez-vous chez vos patients âgés de 65 ans et plus un isolement social ou le fait de vivre seul : à chaque consultations ou visite/régulièrement/rarement/jamais ? ».

La question avait été adressée par mail et devait être remplie en suivant un lien vers le site WEPI.org. Mais seulement 2 médecins ont répondu par cette voie. Au bout de 1 semaine, nous avions contacté les médecins non répondeurs par téléphone et nous nous sommes confrontés à plusieurs difficultés :

- cessation d'activité (départ à la retraite, changement d'activité, cessation d'activité) d'un nombre significatif des 117 médecins interrogés en 2016 (environ 10%)
- refus de répondre d'une très grande partie des médecins (manque de temps et/ou d'intérêt)
- mauvaise compréhension de la question : « je ne comprends pas ce que signifie « être isolé » »
- complexité de la notion d'isolement : compréhension différente selon l'interlocuteur et difficulté d'obtenir une réponse « normée » du type « régulièrement/rarement/jamais.. »
- complexité de l'évaluation de critère d'isolement en consultation classique de médecine général
- pour de rares médecins nous avons vécu une réaction de vexation, se sentant jugés sur la qualité de la connaissance de leur patientèle.

Ainsi nous avons dû renoncer à l'obtention de cette donnée, rendant les résultats de notre étude plus difficilement comparables à d'autres travaux sur la fragilité.

Un autre point majeur est le caractère déclaratif de l'enquête : nous sommes dans l'impossibilité de vérifier la véracité des réponses données, du fait d'une probable appréhension des médecins d'être jugés sur leurs pratiques.

De plus, une autre limite concerne le secteur géographique choisi (secteur de santé de l'hôpital de Pau) qui n'est pas un secteur à frontières définies. En effet, selon le lieu d'exercice, le médecin peut aussi être amené à adresser ses patients à des services gériatriques d'autres hôpitaux comme le CH d'Orthez, le CH d'Oloron-Sainte-Marie, le CH de Lourdes et le CH de Tarbes. Ceci diminue la validité des réponses sur la connaissance du réseau de gériatres ainsi que sur le souhait d'un hôpital de jour de fragilité et d'un travail en réseau.
De plus cela peut avoir diminué la participation par manque de motivation de certains médecins (manque d'intérêt pour un travail en lien avec une structure qui ne les concerne pas de façon prioritaire).

Finalement, si nous avons réussi à mettre en évidence un sous-groupe (les médecins déclarant dépister) particulièrement attentif aux critères de fragilité et instaurant très majoritairement une prise en charge thérapeutique adaptée, il sera difficile d'aborder de façon ciblée ces médecins en vue d'un travail d'information ou de futurs travaux d'études car il s'agit d'un critère qu'il faut rechercher spécifiquement auprès de chaque médecin.
Nous n'avons pas pu mettre en évidence un sous-groupe se démarquant par ses bonnes pratiques et caractérisé par le lieu d'exercice, l'âge ou le sexe, ce qui aurait facilité le recensement des médecins concernés pour d'autres travaux.

A noter que pour certaines questions, le taux de réponse bas pouvant altérer la validité des résultats obtenus : concernant les freins au dépistage, il n'y a eu que 96 (question qualitative) ou 95 (question quantitative) médecins répondeurs sur 117. De même, seulement 96 médecins ont répondu à la question sur leurs représentations de la fragilité.

D.3. Validité externe

D.3.1. Caractéristiques de la population étudiée

Le genre : nos résultats diffèrent légèrement des chiffres nationaux. En effet dans notre étude 66,7 % des médecins étaient des hommes (et 33,3% des femmes), alors que les chiffres

nationaux affichent une tendance plus féminine : il y aurait, en 2015, que 63,6% d'hommes et 36,4% de femmes en 2014 parmi les médecins généralistes libéraux (66).

L'âge : notre population étudiée présentait une répartition proche de la moyenne nationale pour les médecins âgés de moins de 40 ans : 13,7% dans notre population contre 16,4% dans la population nationale de médecins généralistes (67). Pour les médecins âgés de plus de 55 ans (47%), notre population étudiée semble représentative de la population de médecins généralistes libéraux en France métropolitaine (46,9%) (68).
Notre population présente donc une tranche d'âge 41-54 ans légèrement surreprésentée par rapport à la moyenne d'âge nationale des médecins généralistes.

Le lieu d'exercice : dans notre population l'exercice en mode rural est légèrement surreprésenté avec 12,9% contre 9,21% au niveau national (69). Pour comparer le pourcentage d'exercice semi-rural, nous avons, en l'absence de définition pré-existante, choisi de définir comme exercice semi-rural tout exercice ayant lieu dans une unité urbaine de moins de 10.000 habitants, hors zones rurales. De plus les banlieues et périphéries de la ville de Pau comptent en majorité en nombre d'habitants compris entre 3000 et 9000. Ainsi il semble exister une surreprésentation de l'exercice semi-rural dans notre population (44,4% contre 11,22% au niveau national) et donc associée à une sous-représentation des médecins en exercice urbain (42,7% contre 75,88 au niveau national d'après notre définition) (69).

Formation en gériatrie : en 2014 au niveau national, entre 10 et 17% des médecins généralistes sont détenteurs d'un diplôme en rapport avec la gériatrie (70). Dans notre étude, 11,1% des médecins sont détenteurs d'un diplôme en rapport avec la gériatrie. Notre population semble donc représentative sur ce point.

Proportion de patientèle âgée de 65 ans et plus : il n'existe pas de chiffres précis auxquels nous aurions pu comparer nos résultats.

Notre population est donc assez représentative de la population nationale de médecins généralistes libéraux concernant l'âge et le sexe.
Cependant il existe dans notre population une surreprésentation de l'exercice semi-rural par rapport à la moyenne nationale.

D.3.2. Les connaissances sur la fragilité

Connaissance de la notion de fragilité : dans notre étude 71,8 % des médecins déclaraient connaitre, au moins de façon vague, la notion de fragilité. Ces données sont très proches de celles obtenues par L. LEGRAND dans une population de médecins généralistes proche, exerçant dans le bassin lourdais. Cette étude s'intéressait surtout à l'état des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité, pas uniquement par les médecins généralistes, mais par tous les professionnels de Santé libéraux, y compris les pharmaciens. Dans cette dernière, 73% des médecins disaient connaitre le concept de fragilité (71).

Connaissance du GFST : Concernant la connaissance de l'outil GFST, il existe une différence notable par rapport au travail précédemment cité: le GFST est connu de 22,5% des médecins dans le bassin lourdais (contre 6,8% dans notre étude).

D.3.3. Les pratiques en matière de dépistage et prise en charge de la fragilité

Dépistage de la fragilité : Si l'on compare les réponses avec celles de la thèse d'exercice citée précédemment (71), le taux de médecins déclarant dépister la fragilité est nettement inférieur dans notre étude : 29,5% contre 82,5% dans le bassin lourdais. Cette différence est peut être expliquée par une sensibilisation accrue des médecins généralistes lourdais à la fragilité, grâce à une dynamique particulière dans ce territoire sous l'influence directe du Gérontopôle de Toulouse.

Freins au dépistage : que la question posée soit ouverte ou fermée, nos résultats concordent pour le manque de temps (entre 57% et 60% des médecins) qui est aussi le premier frein dans l'enquête lourdaise (71) pour 55,5 % des médecins.
Le manque de temps peut s'inscrire dans le contexte général de pénurie de médecins généralistes et de la surcharge de travail qui en résulte
Pour le deuxième frein qui est le manque de connaissances (53,7%) et d'information (45,3%) relatives au sujet, ils semblent être plus importants que dans le bassin lourdais (manque de formation pour 22% des médecins), expliqué probablement par la dynamique particulière de ce territoire.

Représentations de la fragilité : Il existe une certaine concordance entre les représentations de la fragilité et la pratique des médecins généralistes, notamment pour la dénutrition (perte de poids), les troubles de la marche, la dépression et l'asthénie.

Critères de suivi des patients âgés : la majorité des médecins déclare surveiller une éventuelle perte de poids (86,2%) puis viennent la notion de chute (79%), la qualité de la marche (69%) et la plainte mnésique (57,9%). La plainte thymique (40,5%) et la plainte sthénique (41,4%) sont moins souvent recherchées.
Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans le bassin lourdais pour ce qui est de la perte de poids qui y est aussi le premier critère recherché par les médecins. Pour les autres résultats il existe aussi une concordance globale, sauf pour la qualité de la marche qui semble être un critère moins important pour les médecins dans l'étude lourdaise (71).

Prise en charge thérapeutique du patient suspecté fragile : dans notre étude 13% des médecins adressaient directement leur patient à un spécialiste (gériatre) pour évaluation et prise en charge. Nous n'avons pas retrouvé de travaux comparables dans la littérature mais ce chiffre rejoint celui du travail de N. COLLET : 29,15 % des patients suspectés fragiles étaient adressés d'emblée à un médecin gériatre. Les 71,85% restants étaient pris en charge par le médecin traitant au cabinet ou en équipe avec les paramédicaux entourant le patient. (63)

Surveillance pondérale : nos résultats retrouvaient 35% de médecins surveillant systématiquement le poids de leurs patients, et 56,4% le surveillant régulièrement.
En dépit de la définition floue de la surveillance « régulière », nous considérons que la surveillance systématique ou régulière rentre dans le cadre d'une surveillance au moins annuelle. Ce qui nous amène à une surveillance au moins annuelle pour 91,4% des médecins interrogés.
Il existe peu des chiffres dans la littérature sur la fréquence de surveillance pondérale par les médecins généralistes. Un audit clinique de 1997 en Lorraine retrouvait 69% des médecins évaluant au moins annuellement le poids de leurs patients (72). Si l'on s'intéresse au patients surveillés, le chiffre monte à 81,7% (73) des patients de plus de 70 ans.

D.4. Perspectives

Notre travail nous a montré que, même si les connaissances sur la fragilité du sujet âgé sont assez bonnes, à ce jour les freins principaux au dépistage de la fragilité en médecine générale sont le manque de temps, ainsi que le manque de connaissances et d'informations sur ce sujet.

Il apparait alors indispensable pour les professionnels de Santé d'être mieux informés, de travailler en réseaux afin de libérer le temps nécessaire, et de mettre en commun les connaissances et l'expérience nécessaires au dépistage et à la prise en charge de la fragilité.

Pour cela il faut améliorer la qualité de la communication ville-hôpital : communiquer autour du patient et dans l'intérêt de ce dernier, de façon rapide et sécurisée, notamment à l'aide de messageries sécurisées mises en place progressivement depuis quelques années. Cela nécessite un état d'esprit et une philosophie de tous les acteurs de santé : communiquer, partager les informations, synthétiser et proposer des prises en charges individualisées.

Nous pensons que la communication ville-hôpital pourrait aussi être améliorée par l'existence d'un interlocuteur bien identifié (notamment pour les patients âgés entre 65 et 74 ans ne relevant pas de la gériatrie) ; le médecin généraliste se trouvant devant un patient suspect de fragilité saurait alors vers qui se tourner pour un avis simple et rapide, voir une prise en charge plus approfondie.

Le rôle du médecin généraliste est d'observer et d'accompagner son patient dans son parcours de soins en représentant pour ce dernier le référent et l'interlocuteur principal. Il est établi que le dépistage de la fragilité améliore le diagnostic ainsi que la prise en charge précoces.
Le médecin a pour cela besoin de suffisamment de temps à consacrer à son patient. Le manque temps ressortant comme principal frein au dépistage de la fragilité, il nous parait important de donner plus de temps « médical » aux médecins généralistes : délégation de tâches, allégement de la charge administrative, gain en efficacité dans l'organisation du cabinet.
Le travail en réseau pourrait aussi participer à dégager du temps « médical » : le médecin généraliste ne se chargerait pas tout seul du dépistage du patient, de la mise en place d'un projet de soins personnalisé ainsi que du suivi. Il serait chargé uniquement d'un suivi régulier, en lien avec les différents intervenants paramédicaux (IDE, kinésithérapeute, assistante sociale..) et médicaux (gériatre, autres spécialistes).

Concernant le manque de connaissances et d'informations, il nous parait indispensable de former les médecins généralistes au dépistage de la fragilité (à l'instar de la formation dispensée par le gérontopôle de Toulouse) et de les informer régulièrement, par exemple lors de séances de FMC.

Notre travail a de plus soulevé un souhait non négligeable de revalorisation financière du dépistage de la fragilité. Ce souhait montre les limites d'un système de rémunération sur l'activité, où la rémunération n'est pas proportionnelle au temps consacré au patient.
Nous pouvons donc nous poser la question d'une rémunération de l' « acte » de dépistage ou plutôt un forfait annuel s'orientant au nombre de patients dépistés comme étant fragiles et pris en charge de façon multidisciplinaire.

E. CONCLUSION

Lors de notre évaluation des pratiques nous avons donc pu mettre en évidence des connaissances assez bonnes dans le domaine de la fragilité du sujet âgé. Nous avons pu mettre en évidence un sous-groupe se démarquant positivement des autres médecins par une attention plus importante aux critères de la fragilité ainsi que par une prise en charge thérapeutique plus adaptée.
La prise en charge des patients suspectés fragiles semble, elle aussi, encourageante.

Il existait cependant un manque d'application plus généralisée du dépistage de la fragilité, renforcé par le manque de temps, le manque de travail en réseau et le manque d'information sur le sujet.
Et, en effet, interrogés sur leurs attentes pour une amélioration du dépistage et de la prise en charge de la fragilité, les trois attentes principales exprimées par les médecins étaient une meilleure information, la mise en place d'un réseau fragilité ainsi que la mise en place d'une rémunération spécifique.
Concernant notre proposition spécifique de mettre en place un HDJ fragilité, une grande majorité des médecins interrogés y étaient favorables.

L'intérêt d'un dépistage précoce de la fragilité chez le sujet âgé apparait essentiel dans la prévention de la dépendance ainsi que dans l'amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie. Cependant d'autres études seraient nécessaires afin de confirmer l'efficacité de la prise en charge de la fragilité sur le long terme.

Nous espérons donc que le repérage des patients fragiles devienne plus systématique dans la pratique des médecins généralistes, en proposant à ces derniers une meilleure information sur la fragilité ainsi que des outils de dépistage simples.
Pour permettre une meilleure prise en charge des patients suspectés ou diagnostiqués fragiles, un renforcement du travail en réseau nous parait indispensable, ainsi que la mise en place de réseaux spécifiques de la fragilité, voire de structures dédiées de type hôpital de jour fragilité.

Bibliographie

1. RAPP T, SIRVEN N. Livre blanc de la fragilité. L'approche économique de la fragilité. 2015;27.

2. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, De Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: An Emerging Public Health Priority. J Am Med Dir Assoc. 1 mars 2016;17(3):188-92.

3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older AdultsEvidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 mars 2001;56(3):M146-57.

4. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie

5. Haute Autorité de Santé - Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques

6. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? mars 2013;12.

7. JEANDEL C, HANON O. Livre blanc de la fragilité. Un plaidoyer pour reconnaitre le concept de fragilité comme un levier à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. :8.

8. Moustapha Dramé et al. Gérontologie et société. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. 2004;(109):31-45.

9. FOUGERE B, CESARI M. Livre blanc de la fragilité. Les bases biologiques de la fragilité. 2015;30.

10. Pedersen BK, Febbraio MA. Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. Nat Rev Endocrinol. 3 avr 2012;8(8):457-65.

11. Carcaillon L, García-García FJ, Tresguerres J a. F, Gutiérrez Avila G, Kireev R, Rodríguez-Mañas L. Higher levels of endogenous estradiol are associated with frailty in postmenopausal women from the toledo study for healthy aging. J Clin Endocrinol Metab. août 2012;97(8):2898-906.

12. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2009;64A(6):675-81.

13. Population par âge − Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743

14. SIRVEN N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie. Une approche en économie de la santé. Question d'économie de la Santé. févr 2013;(184):3.

15. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. juill 2013;17(7):629-31.

16. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Cawthon PM, Stone KL, et al. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. Arch Intern Med. 25 févr 2008;168(4):382-9.

17. De Buyser SL, Petrovic M, Taes YE, Toye KRC, Kaufman J-M, Lapauw B, et al. Validation of the FNIH sarcopenia criteria and SOF frailty index as predictors of long-term mortality in ambulatory older men. Age Ageing. sept 2016;45(5):602-8.

18. Morley. Diagnostic et prise en charge de la fragilité. Age & nutrition. 2011;22(3):163.

19. MORLEY JE, MALMSTROM TK, MILLER DK. A SIMPLE FRAILTY QUESTIONNAIRE (FRAIL) PREDICTS OUTCOMES IN MIDDLE AGED AFRICAN AMERICANS. J Nutr Health Aging. juill 2012;16(7):601-8.

20. Gerard S. Les outils d'évaluation de la fragilité. Livre blanc de la fragilité. 2015;37.

21. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 30 août 2005;173(5):489-95.

22. INSERM. Le syndrome de fragilité. :199.

23. Société française de médecine d'urgence. Score ISAR. Calculateur ISAR [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmu.org/calculateurs/isar.html

24. McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. Acad Emerg Med. mars 2000;7(3):249-59.

25. Unité de Coordination en Oncogériatrie Bretagne. Grille Oncodage G8. Disponible sur: http://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2015/06/grille-oncodage-G8.pdf

26. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. PLoS One [Internet]. 11 déc 2014 [cité 20 avr 2018];9(12). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263738/

27. Tardieu É, Mahmoudi R, Novella J-L, Oubaya N, Blanchard F, Jolly D, et al. External validation of the short emergency geriatric assessment (SEGA) instrument on the SAFES cohort. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Viellissement. mars 2016;(1):49–55.

28. Gerontologie sud-lorraine. Comment repérer le niveau de fragilité: la grille de SEGA. Disponible sur: http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf

29. Rubenstein L. An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic component (in: Geriatric assessment technology: the state of the art). NY : Springer. 1995;

30. HAS: Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention (2013) [Internet]. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf

31. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. BMJ. 25 oct 2003;327(7421):967.

32. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

33. Lahousse L, Maes B, Ziere G, Loth DW, Verlinden VJA, Zillikens MC, et al. Adverse outcomes of frailty in the elderly: the Rotterdam Study. Eur J Epidemiol. juin 2014;29(6):419-27.

34. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet. 23 oct 1993;342(8878):1032.

35. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 mars 2008;63(3):298-307.

36. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 1 mars 2008;371(9614):725-35.

37. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. sept 2009;17(5):447-58.

38. Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Roberts J, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older home care clients. J Adv Nurs. mai 2006;54(3):381-95.

39. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch Intern Med. 10 avr 2000;160(7):977-86.

40. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 3 oct 2002;347(14):1068-74.

41. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. JAMA. 27 févr 2002;287(8):1022-8.

42. SIRVEN N, RAPP T. The cost of frailty in France. The European Journal of Health Economics. mars 2017;18(2):243-5.

43. Ilinca S, Calciolari S. The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. Health Serv Res. févr 2015;50(1):305-20.

44. Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review | The Journals of Gerontology: Series A | Oxford Academic [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://academic-oup-com.docelec.u-bordeaux.fr/biomedgerontology/article/61/1/53/549626

45. Les tarifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016 | CNSA [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-tarifs-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-en-2016

46. Ministère des solidarités et de la santé. Les retraités et les retraites, Edition 2017. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-retraites-et-les-retraites-edition-2017

47. Kiely DK, Cupples LA, Lipsitz LA. Validation and Comparison of 2 Frailty Indexes: The MOBILIZE Boston Study. J Am Geriatr Soc. sept 2009;57(9):1532-9.

48. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, et al. High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. Clin Pharmacol Ther. mars 2012;91(3):521-8.

49. FIZZALA A. Dépendance des personnes âgées: qui paie quoi? Les dossiers de la DREES [Internet]. (Mars 2016, n° 1). Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ddd1.pdf

50. Gérontopôle - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891-

51. Le Gérontopôle du CHU de Toulouse désigné centre collaborateur de l'OMS - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/le-gerontopole-du-chu-de-toulouse-designe-centre-7621

52. Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/-hopital-de-jour-d-evaluation-des-fragilites-et-de-

53. VIGUE S. MODIFICATIONS DU STATUT DE FRAGILITÉ CHEZ 100 SUJETS ÂGÉS ÉVALUÉS UN AN APRÈS LA MISE EN PLACE D'UN PLAN DE PRÉVENTION ET DE SOIN PERSONNALISÉ. Toulouse; 2015.

54. Institut des sciences du vieillissement. Lancement des Équipes Territoriales Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ETVPD) | "Ensemble, prévenons la dépendance" [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ensembleprevenonsladependance.fr/prevenir-la-dependance/lancement-des-equipes-territoriales-vieillissement-et-prevention-de-la-dependance-etvpd/

55. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Assurance maladie et perte d'autonomie , rapport adopté le 23 juin 2011 Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Assurance maladie et perte d'autonomie Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance de s personnes âgées.

56. Ministère des affaires sociales et de la Santé: COmité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA.

57. Qui sommes nous ? [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: http://macvia.cr-languedocroussillon.fr/index.php/qui-sommes-nous

58. Nogues m, JEANDEL C, TOUCHON J, PINTO N, BLAIN H, LEGLISE M, et al. Living Lab MACVIA-LR Fragilité. La Presse Médical. nov 2015;(51).

59. Busse R, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, éditeurs. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. 111 p. (Observatory studies series).

60. DUFLOT A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool : é tude de prévalence et faisabilité en médecine générale. Université de Grenoble; 2014.

61. MENINI T. É TUDE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE DES DIMENSIONS DE FRAGILIT É DES 22 55 PREMIERS PATIENTS DE L'H Ô PITAL DE JOUR D' É VALUATION DES FRAGILIT É S ET DE PR É VENTION DE LA D É PENDANCE DU G É RONTOP Ô LE DE TOULOUSE. Toulouse Paul Sabatier; 2017.

62. CLAIS E. Evaluation de la faiabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gerontopole Frailty Screening Tool. Université Nice-Sophia Antipolis; 2015.

63. COLLET N. Evaluation des pratiques professionnelles : Dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale en Limousin. Université de Limoges; 2017.

64. Carte des pyrénées atlantiques [Internet]. 1028 mars. Disponible sur: http://splaf.free.fr/carte/Pyrenees-Atlantiques.jpg

65. Forfaits Médecin Traitant [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/remunerations-forfaitaires/forfaits-medecin-traitant

66. La démographie des médecins (RPPS) - La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps

67. Cristofari. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse

68. Médecins - Pourcentage de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus en Aquitaine au 1er janvier 2012 hors remplaçants [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: http://www.ors-aquitaine.org/index.php/indicateurs-et-cartotheque/item/pourcentage-

de-medecins-generalistes-liberaux-ages-de-55-ans-ou-plus-en-aquitaine-au-1er-janvier-2012-hors-remplacants

69. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 11. NOMBRE D'ACTIVITÉS exercées par les médecins par spécialité, taille d'unité urbaine, tranche d'âge et sexe [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3336

70. DREES. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées vivant à domicile. 2014 fevrier. (Etudes et résultats). Report No.: 869.

71. LEGRAND L. État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin de santé lourdais. Toulouse 3; 2015.

72. BIRGE J. Audit sur la surveillance du poids en médecine générale. Revue du praticien en Médecine Générale. 1999;222-5.

73. DUBOIS S. La surveillance pondérale en consultation de médecine générale [Internet]. Lille Henri Warembourg; 2012. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/LA%20SURVEILLANCE%20PONDERALE%20EN%20CONSULTATION%20DE%20MEDECINE%20GENERALE.pdf

Annexes

<u>Annexe 1 :</u> Timed up and go test

Up & Go test

Inviter la personne à :	Fait : 1	Ne fait pas : 0	Non réalisable
• Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :	☐	☐	☐
• Traverser la pièce - distance de 3 mètres :	☐	☐	☐
• Faire demi-tour :	☐	☐	☐
• Revenir s'asseoir :	☐	☐	☐

- **Temps nécessaire : _____ secondes.**
- **Score : _____ / 4**

Interprétation : risque de chute si score ≤ 1 et temps de réalisation > 20 secondes.
On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.

Commentaires : _____

_____

Annexe 2: Test de Tinetti

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs : 1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	❑
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs : 1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	❑
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	❑
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	❑
Test de provocation de l'équilibre en position debout : 4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	❑
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examinateur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) ❑ 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'aggrippe, et se stabilise 2 = stable	
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable	❑
Le patient doit se retourner de 360° : 8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus	❑
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'aggrippe) 1 = stable	❑

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (canne ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	❑
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	❑
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	❑
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	❑
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	❑
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	❑
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	❑
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	❑
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	❑
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	❑
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	❑
SCORE MAXIMUM = 28 points	

Annexe 3 : score de Charlson

Pondération	Maladie présentée
1	Infarctus du myocarde
	Insuffisance cardiaque congestive
	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
	Accident vasculaire cérébral
	Démence
	Maladie pulmonaire chronique
	Connectivite
	Maladie ulcéreuse peptique gastroduodénale
	Diabète
2	Hémiplégie (vasculaire et autres)
	Insuffisance rénale modérée à terminale (créat. > 30 mg/L)
	Diabète compliqué
	Tumeur solide
	Leucémie
	Lymphome
3	Cirrhose hépatique avec ou sans saignement
6	Tumeur solide métastatique
	Maladie à VIH (avec ou sans Sida)

Pondération à l'âge de l'indice de Charlson.

50-59 ans	= 1
60-69 ans	= 2
70-79 ans	= 3
80-89 ans	= 4
90-99 ans	= 5

Annexe 4 : Dépenses de Santé selon le type de prestation

Table A1: Decomposition of Ambulatory Health Care Expenditures by Types of Care and Frailty Category - France 2012

	All				Robust				Pre-frail				Frail			
	Median	Mean	S.D.	N	Median	Mean	S.D.	N	Median	Mean	S.D.	N	Median	Mean	S.D.	N
General Practitionners	158	198	150.3	1206	115	149	112.0	488	171	211	142.5	555	231	300	206.2	163
Specialists	236	354	531.6	1080	214	308	340.7	449	246	388	563.7	494	252	384	834.1	137
Dentists	115	467	827.3	514	107	481	924.9	247	111	444	725.6	233	137	523	743.1	34
Total Practitionners	**446**	**693**	**808.6**	**1246**	**372**	**636**	**785.3**	**518**	**489**	**731**	**795.5**	**564**	**507**	**739**	**913.5**	**164**
Nurses	24	414	1533.3	735	14	92	494.8	265	28	430	1566.4	353	85	1093	2484.0	117
Physiotherapists	245	467	632.2	308	214	339	327.8	106	242	392	457.8	153	487	979	1156.1	49
Other Auxiliaries	30	180	705.6	69	27	71	112.2	30	26	305	1065.6	29	43	140	310.3	10
Total Auxiliaries	**101**	**545**	**1628.7**	**844**	**34**	**198**	**516.5**	**316**	**122**	**553**	**1715.9**	**399**	**225**	**1374**	**2582.0**	**129**
Total Biology	**108**	**160**	**162.1**	**1060**	**89**	**130**	**144.9**	**420**	**112**	**164**	**149.8**	**500**	**168**	**238**	**217.8**	**140**
Pharmacy	668	1000	1599.9	1236	464	691	1010.7	509	747	1099	1844.1	563	1204	1623	1939.6	164
Health Material	92	439	1068.4	491	39	219	538.9	147	98	375	813.5	242	240	911	1798.2	102
Optics	467	467	265.1	293	483	483	264.1	126	469	472	272.2	141	320	364	211.4	26
Prosthetics	81	370	825.9	366	73	401	869.5	132	84	323	748.3	167	98	426	923.4	67
Transports	197	581	1213.4	248	138	412	888.3	50	184	504	930.2	122	249	816	1689.0	76
Total Health Resources	**916**	**1500**	**2241.0**	**1246**	**678**	**1008**	**1390.0**	**514**	**1043**	**1573**	**2348.5**	**567**	**1759**	**2782**	**3258.0**	**165**
Total ER w/t Hospitalisation	**112**	**132**	**87.1**	**100**	**110**	**123**	**67.1**	**26**	**124**	**145**	**103.7**	**52**	**90**	**110**	**57.2**	**22**
Total Ambulatory Expenditures	**1790**	**2679**	**3264.8**	**1260**	**1305**	**1841**	**1889.0**	**526**	**2006**	**2837**	**3319.6**	**569**	**3225**	**4808**	**5033.2**	**165**

Note: Individuals with no ambulatory HCE are excluded. Median, Mean and SD in euros. Non-weighted statistics. Individuals aged 65+. Midwife expenditures not reported by Frailty categories but included in Total Practitionners.

Annexe 5 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Questionnaire : Fragilité chez le sujet âgé

1) Vous êtes : (*1 réponse*)

   - un homme
   - une femme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (*1 réponse*)

   - moins de 40 ans
   - 40-54 ans
   - 55 ans et plus

3) Quel est votre lieu d'exercice ? (*1 réponse*)

   - Urbain
   - Semi-rural
   - Rural

4) Avez-vous un diplôme universitaire en rapport avec la gériatrie ? (*1 réponse*)

   - Oui Si oui, lequel ?
   - Non

5) Connaissez-vous (même de façon vague) la notion de fragilité chez la personne âgée? (*1 réponse*)

   - Oui
   - Non

6) A combien estimez-vous la proportion de patients de plus de 65 ans dans votre patientèle ? (*1 réponse*)

   - Moins de 25%
   - Entre 25 et 50%
   - Entre 50 et 75%
   - Plus de 75%

7) Quel que soit l'outil utilisé, vous dépistez la fragilité dans votre patientèle âgée de plus de 65 ans : (*1 réponse*)

   - Régulièrement
   - Parfois
   - Rarement
   - Jamais

8) Quel est (sont) le(s) frein(s) principal (principaux) pour vous pour ne pas réaliser le dépistage dans votre cabinet ?

……
…..

…….....
...

……
…...

……
……

9) Dans le cas où vous ne réalisez pas ou peu le dépistage de fragilité chez vos patients de plus de 65 ans, quelle en est la raison ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Manque d'information sur le sujet
- Manque de temps
- Manque de connaissances et d'outils (lieux adaptés etc)
- Manque de visibilité par rapport à l'équipe référente (du fait de l'âge < 75 ans de certains patients rencontrés)
- Refus présumé de la part du patient ou de la famille

10) Qu'est-ce que représente la fragilité du sujet âgé pour vous ?

……
…..

…….....
...

……
…...

……
……

11) Quel est le critère qui vous parait le plus pertinent pour suivre vos patients ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Perte de poids
- Qualité de la marche
- Notion de chute
- Plainte mnésique
- Plainte thymique
- Plainte sthénique (sensation de fatigue)

12) Connaissez-vous la grille d'évaluation de la fragilité du gérontopôle de Toulouse (Gérontopôle frailty screening tool)? (*1 réponse*)

- Oui
- Non

13) Possédez-vous dans votre cabinet un espace d'au moins 4m de longueur pour évaluer la vitesse de marche ? (*1 réponse*)

- Oui
- Non

-

14) Vous surveillez la perte de poids de vos patients âgés (> 65 ans) : (*1 réponse*)

- A chaque consultation/visite à domicile
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais

15) Vous évaluez l'état sthénique de vos patients âgés (> 65 ans) : (*1 réponse*)

- A chaque consultation/visite à domicile
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais

16) Vous évaluez les capacités de déplacement de vos patients âgés (> 65 ans) : (*1 réponse*)

- A chaque consultation/visite à domicile
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais

17) Vous recherchez une plainte de mémoire de vos patients âgés (> 65 ans) : (*1 réponse*)

- A chaque consultation/visite à domicile
- Régulièrement
- Rarement
- Jamais

18) Lorsque vous êtes en face d'un patient que vous jugez fragile, que faites-vous généralement? (*1 réponse*)

- Je le surveille simplement
- Je le prends en charge dans mon cabinet en réalisant des examens complémentaires et en incluant le patient dans un réseau IDE et/ou kiné et/ou assistante sociale
- Je l'adresse d'emblée à un gériatre pour évaluation spécialisée

19) Comment estimez-vous vos connaissances sur le réseau de gériatrie dans le Béarn ? (*1 réponse*)

- Très bonne : j'ai un ou plusieurs interlocuteurs fixes et réguliers
- Bonne : je connais mes interlocuteurs et peux leur adresser mes patients
- Moyenne : je connais les structures générales, mais pas les interlocuteurs
- Mauvaise : je ne sais pas vers qui me tourner pour prendre en charge un patient suspecté fragile

20) Pensez-vous que la mise en place d'un hôpital de jour « Fragilité » (évaluation gériatrique approfondie, examens complémentaires, mise en place de réseaux de soins) vous faciliterait la prise en charge de vos patients fragiles ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Oui
- Non.
- Ne sait pas
- Je crains d'être relayé au rang d'effecteur d'un réseau coordonné par des spécialistes.

21) Quelles sont vos sources d'information sur la fragilité (dépistage, prise en charge, structures spécialisées) (*plusieurs réponses possibles*)

- Sites internet : lesquels ?
- Participation aux FMC
- Articles dans la presse médicale : lesquels ?
- Ouvrages spécialisés
- Autres, précisez :
- Pas de source d'information

22) Quel reproche feriez-vous à ces sources d'information ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Trop spécialisées
- Trop théoriques (non adaptées à la pratique en Médecine Générale)

- Difficulté à trouver des informations
- Pas de reproche

23) Que souhaiteriez-vous pour faciliter le dépistage de la fragilité ?

……
…..

…….....
...

……
…...

……
……

24) Quelles sont vos attentes quant au dépistage et à la prise en charge de la fragilité ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Etre mieux informé sur la problématique. Si oui, par quel moyen ? (*plusieurs choix possibles*)
    - Associations médicales de FMC
    - Plaquettes d'information livrées au cabinet du praticien
    - Mails d'information

- Mise en place d'un réseau fragilité pour faciliter le dépistage et/ou la prise en charge des patients
- Mise en place d'une rémunération spécifique

Nous vous remercions pour votre participation et espérons vous retrouver à la présentation des résultats avec le Dr Christophe SANS !
(la date vous sera communiquée ultérieurement)

Annexe 6 : Courrier de présentation accompagnant le questionnaire

Thèse de Médecine Générale :

Enquête sur la fragilité chez le sujet âgé

Orthez, le 01/06/2016

Chère Consœur, Cher confrère,

Je suis médecin généraliste remplaçant non thésé, et j'effectue mon travail de thèse sous la direction du Dr Christophe SANS, chef du pôle de gériatrie à l'hôpital de Pau.

La thèse s'intéresse à la fragilité du sujet âgé, notion assez récente en gériatrie et notamment au dépistage de la fragilité par les Médecins Généralistes traitants.

Ce travail n'a pas comme but premier d'évaluer vos compétences, mais de faire un état des lieux des pratiques en médecine générale, de découvrir vos attentes mais aussi vos difficultés éventuelles et vos représentations de la fragilité.

Nous avons donc besoin de votre expérience de Médecin Généraliste traitant, vous qui connaissez au mieux vos patients et qui êtes en première ligne pour observer d'éventuels changements.

Il est joint à ce courrier un questionnaire d'une vingtaine de questions, en majorité des questions à choix multiples, mais comportant aussi trois questions ouvertes, où vous pouvez exprimer librement vos difficultés éventuelles, vos attentes, vos souhaits.

Il s'agit d'un **questionnaire anonymisé**, censé vous permettre une expression libre. La durée de traitement de ce questionnaire est de moins de 5 minutes.

En contrepartie de votre temps consacré à ce questionnaire, nous proposerons, avec le Dr Christophe SANS, à l'issue de cette étude, une réunion à l'hôpital de Pau présentant les résultats de l'étude et de la thèse avec de plus un exposé sur la fragilité chez le sujet âgé par le Dr SANS.

Veuillez agréer, chère Consœur, cher Confrère, mes salutations respectueuses,

Laurent BUCHWALTER

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Résumé : L'augmentation de la prévalence de la dépendance entraine une baisse de qualité et d'espérance de vie pour les personnes âgées. Le dépistage de la fragilité permettrait de retarder l'apparition de celle-ci. Notre étude s'appuie sur un questionnaire adressé à 206 médecins généralistes du territoire de santé de l'hôpital de Pau. Il est composé de 24 questions visant à interroger les médecins sur leurs connaissances, leurs pratiques, leur prise en charge et leurs attentes relatives à la fragilité chez le sujet âgé. Le taux de participation est de 56%. Les connaissances sur la fragilité sont encourageantes (74,4% des médecins recherchent 3 critères sur les 4 critères sélectionnés dans notre travail), mais le dépistage de cette dernière est loin d'être systématique (29%). La prise en charge des patients suspectés fragiles est jugée satisfaisante (71,3% s'orientent d'emblée vers une prise en charge multidisciplinaire). Concernant leurs attentes, les médecins interrogés souhaitent une meilleure information (67,9%), la mise en place d'un réseau fragilité (64,2%) ainsi qu'une rémunération spécifique (41,3%). La proposition d'une éventuelle création d'un hôpital de jour Fragilité au sein du centre hospitalier de Pau semble très bien accueillie par les médecins interrogés (72,6%). Nous avons pu mettre en évidence un sous-groupe de médecins se démarquant significativement par leurs connaissances (97%) et leur prise en charge de la fragilité (88,2%) : il s'agit des médecins déclarant dépister la fragilité (29% des médecins interrogés). Il nous parait important de mieux informer les médecins généralistes et de mettre en place un réseau fragilité multidisciplinaire afin de généraliser le dépistage de la fragilité ainsi que la prise en charge des patients suspectés fragiles afin de diminuer l'incidence de la dépendance dans notre société.

Mots clés : fragilité, dépistage, Médecine Générale, connaissances, GFST, Fried, dépendance, Béarn

Titre en anglais : Frailty in elderly patients in general practice : a survey of 206 general practitioners in the Bearn region on their practice and expectations.

Key words : frailty, screening, général practice, knowledge, GFST, Fried, dependency, Béarn region

UNIVERSITE DE BORDEAUX, UFR des Sciences Médicales
146, rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX Cédex