État des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité des sujets âgés

Claire Tonnelier

▶ **To cite this version:**

Claire Tonnelier. État des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité des sujets âgés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02102464

HAL Id: dumas-02102464

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102464

Submitted on 17 Apr 2019

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 Picardie JULES VERNE

Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2018 n°2018-192

« Etat des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité des sujets âgés. »

Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine

Spécialité : Médecine Générale

Soutenue publiquement par Mme TONNELIER Claire

Le 20 décembre 2018

Président du jury : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Juges : Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Monsieur le Professeur Pascal BERNA

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Directeur de thèse : Madame le Docteur Julie MOITIER

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine générale

Coordinateur du DES de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail de thèse, soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Hématologie- Transfusion

Service d'Hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous avez accepté de prendre part à ce jury, je vous témoigne Professeur l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A Monsieur le Professeur Pascal BERNA

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Chef de Service de Chirurgie Thoracique et des Soins Continus Vasculaires et Thoraciques

Coordinateur Adjoint du Pôle « Thorax-Cœur-Vaisseaux »

Vous me faites l'honneur Professeur, de prendre part au jugement de cette thèse. Soyez certain de ma profonde gratitude pour votre implication.

A Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

Professeur, vous avez intégré ce jury pour juger mon travail de thèse, je vous adresse tous mes respects et ma reconnaissance pour cette attention.

A Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie digestive)

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse. Retrouvez ici l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Julie MOITIER

Praticien Hospitalier au CH de Montdidier

Praticien Coordinateur du réseau de soins PALPI 80

Gériatre

Chère Julie, tu m'as spontanément proposé de diriger cette thèse, tu m'as guidé et soutenu tout au long de cette aventure. Je te témoigne ici tous mes remerciements, mon respect ainsi que ma gratitude pour ton implication. Tes conseils avisés m'ont permis de réaliser ce travail de fin d'étude. J'espère sincèrement que nous aurons l'occasion de retravailler ensemble dans l'avenir.

A mon mari Clément pour toutes ces années de bonheur qui ne font que commencer, à ton dévouement. Merci de m'avoir soutenu et supporté toutes ces années. Merci pour ce merveilleux mariage et pour toutes ces années de vie commune. Encore beaucoup de belles aventures à vivre à tes cotés ainsi que de beaux projets en tête avec notamment l'arrivée de notre enfant et la construction de notre maison. Je t'aime à jamais.

A ma belle-famille, les FOYART, de m'avoir aussi bien accueillie dans votre famille, pour ces moments de bonheur et de partage passés en votre compagnie. Merci pour votre gentillesse et votre générosité.

A mes grands-parents paternels, merci pour votre soutien et votre générosité tout au long de mon enfance, mon adolescence et ma vie d'adulte. Même si la distance nous sépare et ne nous permet pas de nous voir souvent vous tenez et tiendraient toujours une place toute particulière dans mon cœur. Je vous aime fort.

A mon amie Elisoo dites « cahouette » avec qui j'ai passé de supers moments au lycée et surtout en 1ere année de médecine. Les années ont passés mais notre amitié est restée intacte. Je suis fière de ce que tu es devenue, toi ma confidente et espère que tu seras toujours à mes côtés dans les bons comme dans les mauvais moments.

A mon ami, Alexis, pour ta bonne humeur et toute ces années d'amitié. Comme tu le sais, tu fais partie de la famille. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Justine et surtout avec ton adorable fils Mathurin.

A Titi, pour ton amitié et ta gentillesse. Merci pour ce merveilleux mariage avec ta femme Elise. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

A Sophie, Kévin, Hélène, Samir, Camille, Simon, Morgane, Justine et mon petit kirikou pour toutes ces soirées. Merci Simon d'avoir initié les SUMMERS PARTY.

A Alexandre et Delphine, merci pour votre amitié et félicitation pour votre fille Candice. Promis, nous viendrons vous voir dans le Sud.

A Ingrid, ma co-cavalière et amie, pour ces balades de folies, ces galops dans les champs et sur la plage. Les cours avec Bastien ne seraient pas aussi amusants sans toi. Merci encore pour ces moments de détente. Merci à Guigui pour ta sympathie et ton humour.

A Adrien et à ma Fredouille, merci pour toutes ces soirées étudiantes intenses.

Merci à Amandine et Christophe pour votre amitié.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS…… 21

I. INTRODUCTION…….…….. 22

II. GENERALITES…….. 22

a. Définition du concept de la fragilité : principes généraux……... 22

b. Sur le plan médical ……... 23

c. Structures gérontologiques existantes en Picardie …….. 25

III. RESULTATS DE L'ETUDE…….. 27

a. Population cible…….. 27

b. Matériel et méthodes……. 27

c. Objectifs de l'étude……... 28

d. Réalisation du questionnaire……. 28

e. Résultats…… 28

1. Caractéristiques de la population……. 28

2. Difficultés d'évaluation et de prise en charge de la fragilité par les généralistes sur le territoire picard…… 29

A. Difficultés d'évaluation…… 29

B. Difficultés de prise en charge……..……. 30

C. Difficultés d'accès aux aides extérieures……. 32

D. Recours aux aides extérieurs…… 32

3. Connaissances du concept de la fragilité…… 33

A. Connaissances théoriques…… 33

B. Dépistage de la fragilité……... 34

4. Concernant les réseaux de gérontologie……. 36

A. Utilités des réseaux de gérontologie…… 36

B. Recours aux réseaux par les généralistes Picard.…… 37

IV. DISCUSSION…….. 38

a. Difficultés d'évaluation par les médecins généralistes de la fragilité de leurs patients âgés…… 38

b. Difficultés de prise en charge de la fragilité ressenties par les généralistes Picard…….. 40

c. Connaissances des généralistes sur le concept de la fragilité……. 42

d. Utilité d'un réseau de gérontologie, quelles solutions apportées ?.... 44

e. Forces et limites de l'étude…… 48

V. CONCLUSION……... 48

VI. ANNEXES……... 51

a. Evolution de l'espérance de vie à la naissance…….. 51

b. Réseaux de santé FIR gérontologie de Picardie……..... 51

c. Outil de repérage des personnes âgées fragiles du Gérontopôle de Toulouse recommandations Haute Autorité de Santé…… 52

d. Questionnaire FIND……... 53

e. Questionnaire oncodage G……. 53

f. Grille SEGA……... 54

BIBLIOGRAPHIE……... 55

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Réponses questionnaires en fonction de la zone d'installation
Figure 2 : Difficultés d'évaluation de la fragilité en Picardie
Figure 3 : Difficultés rencontrées lors de l'évaluation de la fragilité en Picardie
Figure 4 : Difficultés de prise en charge ambulatoire de la fragilité du sujet âgé
Figure 5 : Difficultés de prise en charge de la fragilité du sujet âgé
Figure 6 : Difficultés d'accès aux aides extérieures
Figure 7 : Aides extérieures utilisées par les médecins Picard
Figure 8 : Définition de la fragilité selon les médecins généralistes en pourcentage
Figure 9 : Dépistage de la fragilité du sujet âgé
Figure 10 : Grilles gérontologiques utilisées en Picardie
Figure 11 : Utilité d'un réseau de gérontologie
Figure 12 : Pourcentage de généralistes souhaitant avoir recours au réseau de gérontologie
Figure 13 : Attentes du réseau de gérontologie par les généralistes de Picardie

Annexes

Annexe a : Evolution de l'espérance de vie à la naissance
Annexe b : Réseau de santé FIR gérontologie de Picardie
Annexe c : Version française de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du Gérontopôle de Toulouse recommandations Haute Autorité de Santé
Annexe d : Questionnaire FIND
Annexe e : Questionnaire oncodage G8
Annexe f : Grille SEGA

Abréviations

AVQ : Activités de la vie quotidienne

SFGG : Société française de gériatrie et de gérontologie

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SAAD : Service d'aides et d'accompagnement à domicile

ESA : Equipe spécialisée d'Alzheimer

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer

HAD : Hospitalisation à domicile

CSP : Code de la santé publique

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

GFI : Groningen Frailty Indicator

TFI : Tilburg Frailty Indacator

SQP : Sherbrooke Questionnaire postal

GFSS : Gerontopole Frailty Screening Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

FIND : Frail NON-Disabled

SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment

EPU : Enseignements post universitaires

PTA : Plateformes territoriales d'appuie

ARS : Agence régionale de la santé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

I. INTRODUCTION

Actuellement, on constate une augmentation de l'espérance de vie, responsable d'une augmentation du nombre de personnes âgées [1]. Cet allongement de l'espérance de vie va de pair avec une augmentation des pathologies chroniques et des incapacités liées au vieillissement responsable d'une augmentation de la dépendance des sujets âgés de plus de 75 ans [annexe a]. Dans les années 90, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 6.8% de la population générale pour atteindre 9.3% en 2015 [2]. Selon l'INSEE, cette population en constante évolution, atteindrait 16.2% de la population totale en France en 2060 [2].

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des sujets âgés dépendants constitue un enjeu majeur. Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1.17 millions de personnes âgées sont considérées comme dépendantes, ce qui représente 7.8% des 60 ans et plus [3]. En 2060, on s'attend à avoir un accroissement de cette dépendance qui atteindrait 2.3 millions, soit une augmentation de 7.5% [3].

Face à cette évaluation démographique, il semble primordial de pouvoir anticiper et prévenir autant que possible le déclin fonctionnel et cognitif des personnes âgées afin de retarder leur entrée dans la dépendance.

Nous nous sommes donc intéressés au concept de la fragilité du sujet âgé en réalisant une étude ayant pour objectif de dresser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge de cette fragilité, leurs connaissances de ce syndrome et les difficultés qu'ils ont rencontré au cours de leur exercice pour le prendre en charge.

Cette étude va nous permettre également de connaître leur ressenti concernant le développement de réseau de soins de gérontologie et leurs attentes vis-à-vis de ces structures pour améliorer leur prise en charge de la fragilité de leur patients âgés.

II. GENERALITES

a. Définition du concept de la fragilité : principes généraux

Actuellement, le vieillissement est défini comme un processus évolutif hétérogène difficile à caractériser. On distingue trois modes évolutifs principaux [4] :

- Le vieillissement réussi (successfull aging) caractérisé par une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologies.

- Le vieillissement habituel ou usuel (usual aging) caractérisé par des atteintes fonctionnelles physiologiques liées à l'âge ainsi que de certaines fonctions mais sans pathologies bien définie.
- Le vieillissement pathologique (pathological aging) caractérisé par des pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps responsable d'un état de dépendance majeure.

On distingue 3 types de personnes âgées [5] :

- Les « robustes/vigoureux » qui sont en bonne santé, totalement autonomes et bien intégrés socialement (50 % des 75 ans et plus).
- Les « dépendantes » qui sont en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social subi (environ 10% des plus de 75 ans). Dans la majorité des cas il s'agit d'un état irréversible.
- Les « fragiles » ou « population à risque de fragilité » où le dépistage a toute son importance pour minimiser le risque de décompensation (40% des plus de 75 ans).

b. Sur le plan médical

Actuellement, il n'existe pas de définition universelle de la fragilité mais les différents travaux réalisés sur ce sujet ont permis de mieux décrire ce phénomène.

En regardant dans le dictionnaire, le mot fragilité se définie par la facilité à se casser, par un manque de solidité, de robustesse [6] ; ce terme rend donc compte d'une situation qui peut vite se briser.

Les premières définitions étaient axées sur la dépendance, la limitation fonctionnelle et sur la perte des réserves physiologiques.

En 1994, Linda P. FRIED [4] a proposé pour la première fois une approche plus médicale en utilisant l'expression de « syndrome de fragilité » se caractérisant par l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress, qu'il soit médical, physiologique ou social.

Ce modèle fondé sur un phénotype « physique », évalue la présence chez les personnes d'un âge supérieur ou égal à 65 ans de cinq critères :

- La perte de poids involontaire récente,
- L'épuisement ressenti par le patient,
- La baisse de la force musculaire,
- Le ralentissement de la vitesse de marche,

- La sédentarité.

Les patients sont dits fragiles en présence de trois critères ou plus, « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent, et robustes en l'absence de tous critères [4].

En 2005, ROCKWOOD [7 ;8] prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant :

- La cognition,
- L'humeur,
- La motivation,
- La motricité,
- L'équilibre,
- Les capacités pour les activités de la vie quotidienne (AVQ),
- La nutrition,
- Les conditions sociales,
- Les comorbidités.

Ce syndrome est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations et d'institutionnalisations.

Pour John CAMPBELL et David BUCHNER, le syndrome de fragilité résulte quant à lui d'une réduction multi systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress. C'est un état dynamique qui peut évoluer vers une rupture d'état d'équilibre et entrainer des complications [9].

En 2011 la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) [10] a adopté quant à elle la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique qui reflète d'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 ».

Récemment, une étude publiée dans la revue EXERCER en novembre 2016 [11], a mis en évidence sept facteurs de risques de fragilité à travers l'analyse du verbatim, critères recueillis chez des sujets âgés de plus de 75 ans en perte d'autonomie. Ces critères sont l'isolement social, un mauvais état de santé, une souffrance morale, la perte de la mobilité, un habitat et un environnement inadapté, des ressources faibles.

Le syndrome de fragilité constitue donc un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la perte d'autonomie, l'existence et l'absence de ressources et la présence ou l'absence d'un entourage. Globalement, la physiopathologie de la fragilité repose principalement sur l'interaction de trois phénomènes : la perte de la masse musculaire

(sarcopénie), les troubles endocriniens (somatopause) et les altérations du système immunitaire (immunosénescence). L'interaction de ces trois éléments favoriserait l'expression du phénotype clinique de la fragilité.

Il est donc important de se pencher sur cet état réversible, en réalisant un état des lieux des pratiques des généralistes concernant le dépistage et la prise en charge de cette fragilité, afin de diminuer les dépendances pathologiques, de préserver le réseau de soutien familial et de réduire les entrées en institution.

c. Structures gérontologique existantes en Picardie

Actuellement en Picardie, plusieurs structures et intervenants existent pour prendre en charge la personne âgée au domicile :

- Le médecin traitant qui a pour rôle de diagnostiquer et de prendre en charge en première ligne le sujet âgé de part sa proximité avec celui-ci et la relation de confiance qu'il a créé au fil du temps
- Les infirmières libérales, en première ligne également qui évaluent au quotidien l'environnement et l'évolution de l'état de santé de ses patients âgés et avertissent le médecin traitant en cas de dégradation physique ou psychique de leurs patients.
- Le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), comprenant des aides-soignantes et des infirmières qui dispensent les soins aux personnes âgées et contribuent au maintien des personnes au domicile [12].
- Le SAAD (service d'aides et d'accompagnement à domicile) composé d'auxiliaires de vie et d'aides ménagères. Cette association locale apporte une aide pour l'entretien du logement, les courses et peut accompagner la personne pour les actes de la vie quotidienne, hors soins médicaux [13].
- Le portage de repas (mis en place par des organismes privée ou associatifs), contribue à avoir une alimentation équilibrée pour prévenir les risques de dénutrition, de chutes et de maladies et peut permettre d'améliorer le moral des personnes âgées par le contact avec autrui [14].
- L'ESA (équipe spécialisée d'Alzheimer) qui accompagne les personnes âgées malades ainsi que leurs proches. Elle est composée de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, d'assistants de soins en gérontologie (aides-soignantes, aides médico-psychologiques) et d'un infirmier coordinateur [15].

- MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie, anciennement connue sous le nom de « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ») mise en place en 2009 pour mieux organiser les nombreuses ressources mais fragmentées du territoire à travers une intégration des différents services d'aides et de soins afin de faciliter le maintien à domicile et la prise en charge du sujet âgés de plus de 60 ans [16].
- L'HAD (hospitalisation à domicile) est une structure permettant de prendre en charge médicalement à domicile des patients malades de tous âges afin de leur éviter une hospitalisation plus ou moins prolongée en établissement de santé avec hébergement [17].

Au second plan, on retrouve les réseaux de gérontologie prenant en charge les soins palliatifs et les personnes âgées. [Annexe b] :

- Le réseau gérontologique Baie de Somme Picardie Maritime
- Le réseau gérontologique Bien Vieillir chez soi
- Le réseau Aloïse (Gérontologie et Alzheimer)
- Le réseau Palpi 80.

Malgré un nombre assez important de réseaux de santé, ceux-ci sont inégalement répartis et ne couvrent malheureusement pas tout le territoire Picard, l'Aisne étant déficitaire.

« Mais à quoi peuvent servir ces réseaux de santé ? » D'après la loi du 4 mars 2002 [18] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, par son article 84, instituant l'article L 6321-1 du code de la santé publique (CSP), « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, les organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que les représentants des usagers ».

Ces réseaux ont pour objectif de diminuer le nombre d'hospitalisation des sujets âgés en apportant une réponse adaptée aux besoins de leurs patients, en assurant une prise en charge globale sanitaire, sociale et coordonnée afin de permettre un maintien à domicile dans des

conditions optimales. Ils ont également un rôle de prévention de la dépendance en aidant les généralistes à dépister et à prendre en charge leurs patients âgés fragiles.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

a. Population cible

Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes libéraux diplômés et installés en Picardie (Somme, Oise, Aisne), comprenant aussi bien des femmes que des hommes concernant leurs pratiques sur l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité de leurs patients âgés. Un questionnaire leur a été envoyé par voie postale accompagné d'une enveloppe retour timbrée. Au total trois cent questionnaires ont été envoyés aux généralistes exerçant en Picardie, en zone rurale, semi-rurale et urbaine, entre le 1er novembre 2015 et le 30 novembre 2015.

L'adresse postale des médecins généralistes a été obtenue sur internet, par l'intermédiaire de l'annuaire du site de l'Ordre des Médecins de Picardie, au hasard. L'envoi des questionnaires en fonction de la zone d'installation s'est fait par randomisation aléatoire. Il n'y a eu aucunes relances.

b. Matériel et méthodes

Sur les trois cent questionnaires, cent étaient destinés aux médecins généralistes exerçant dans la Somme, cent aux médecins généralistes exerçant dans l'Oise et cent aux médecins généralistes exerçant dans l'Aisne. Parmi les cent questionnaires envoyés respectivement dans chaque département de Picardie, cinquante étaient destinés à des femmes et cinquante à des hommes, quel que soit leur âge et leur zone d'installation.

L'analyse des questionnaires a été réalisé sur 1 mois et demi, du 1er décembre 2015 au 15 janvier 2016.

Le test du Chi-2 a été utilisé pour analyser les résultats par l'intermédiaire du logiciel EPI INFO 7.

A noter, que nous avons reçu plusieurs mois plus tard après la clôture des résultats d'autres questionnaires qui n'ont donc pas été intégrés à cette étude.

c. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de dresser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes libéraux de Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité du sujet âgé.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les critères de fragilité du sujet âgé, de mettre en évidence les difficultés qu'ils ont rencontré dans l'évaluation et la prise en charge du sujet âgé fragile et également d'évaluer l'intérêt présumé d'un réseau de soins de gérontologie ambulatoire ainsi que leurs attentes en fonction de leurs besoins.

d. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire était composé de trois parties : typologie de la patientèle, connaissances de la fragilité, difficultés ressenties dans la pratique quotidienne.

Chaque questionnaire comprenait majoritairement des questions fermées à choix multiples, et deux questions ouvertes.

Chaque questionnaire était précédé d'une note explicative destinée aux généralistes, précisant mon nom, le caractère du travail et ses objectifs.

e. Résultats

1. Caractéristiques de la population

Au terme du mois de distribution des questionnaires, 99 questionnaires ont été reçus sur les 300 distribués, soit un taux de réponse de 33 %. Sur les 99 questionnaires, 6 ont été exclus de l'analyse des données pour un manque d'informations, soit un taux de réponse final à 31%.

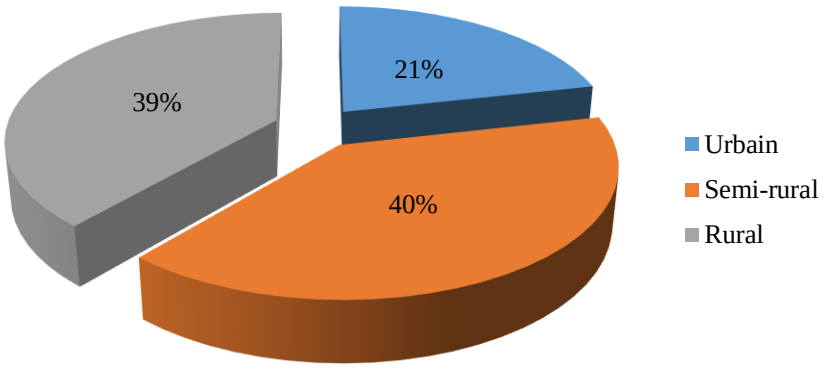
Le taux de réponses en fonction du sexe était équivalent avec 49% d'hommes et 51% de femmes (p= 0.02).

Les médecins exerçant en milieu semi rural et rural étaient majoritaires, avec respectivement 40% et 39% de réponses.

Les médecins installés depuis plus de quinze ans étaient les plus représentés (58,1% contre 41.9% installés depuis moins de quinze ans).

Selon les médecins généralistes, les sujets âgés de plus de 75 ans ne représentaient pas plus de 25% de leur patientèle totale. Les plus fortes densités étaient déclarées en milieu rural et semi-rural.

Figure 1: Réponses questionnaires en fonction de la zone d'installation

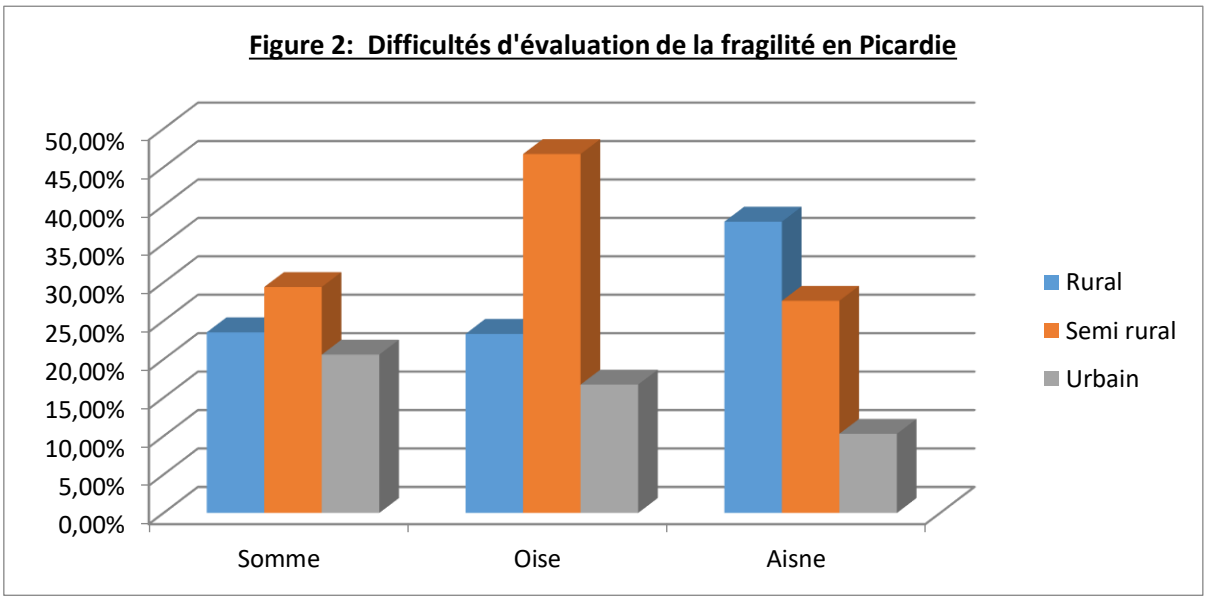


2. Difficultés d'évaluation et de prise en charge de la fragilité par les généralistes sur le territoire Picard.

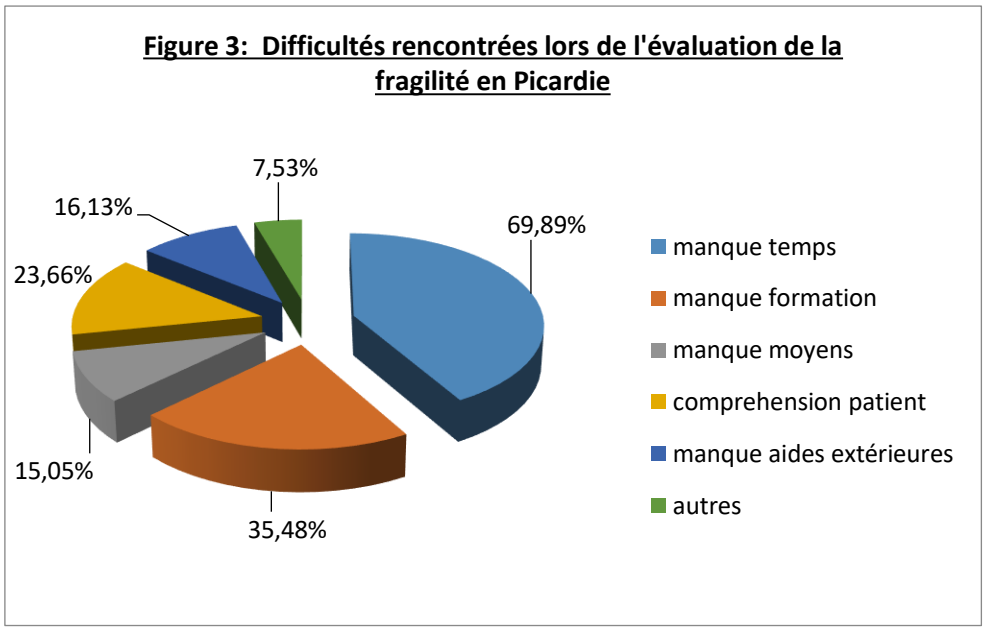
A. Difficultés d'évaluation.

71.43% des médecins généralistes exerçant dans la Somme, 86.67% des médecins installés dans l'Oise et 76.67% des médecins exerçant dans l'Aisne (p=0.2) rencontraient des difficultés à l'évaluation de la fragilité du sujet âgé.

Ces difficultés étaient d'autant plus importantes que l'exercice s'effectuait en milieu semi rural, tous départements confondus (82.05% contre 70.27% en milieu rural et 69.57 % en milieu urbain) (p=0.5). Les médecins installés depuis moins de 15 ans étaient les plus représenté (77.78% contre 72.22% des plus de 15 ans) (p=0.6). Les femmes (78.43%) déclaraient un peu plus de difficultés dans cette évaluation par rapport aux hommes (70.83%) (p=0.2).



Le manque de temps (69.89%) et de formation (35.48%) étaient le plus souvent mis en cause, les critères les moins cités étaient le manque de moyens (15.05%), les difficultés de compréhension du patient (23.66%) et le manque d'aides extérieures (16.13%). Le critère « autres » n'était suivi d'aucunes explications.



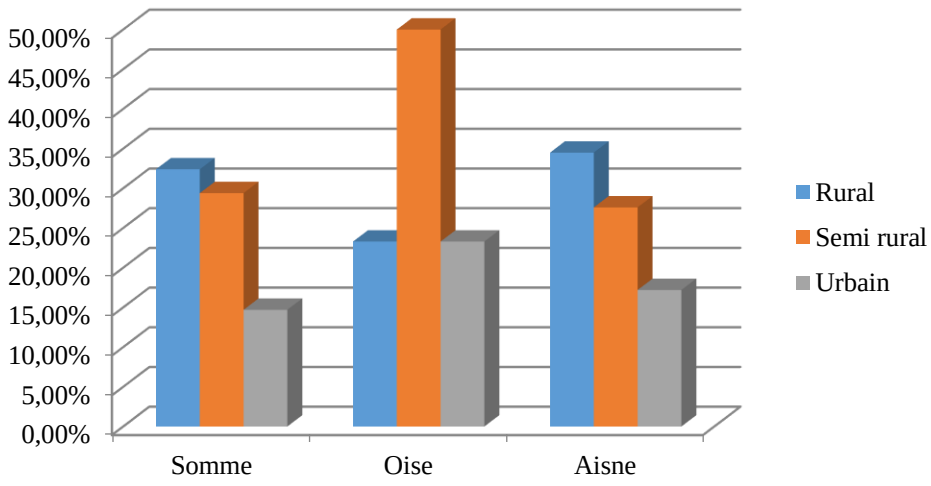
B. Difficultés de prise en charge

74.29% des généralistes exerçant dans la Somme, 87.88% dans l'Oise et 77.42% dans l'Aisne (p=0.04), présentaient des difficultés lors de la prise en charge de leurs patients âgés,

principalement en milieu semi rural (84.62%) et urbain (78.26%), le milieu rural représentant 75.68% des réponses, tout départements confondus (p= 0.73).

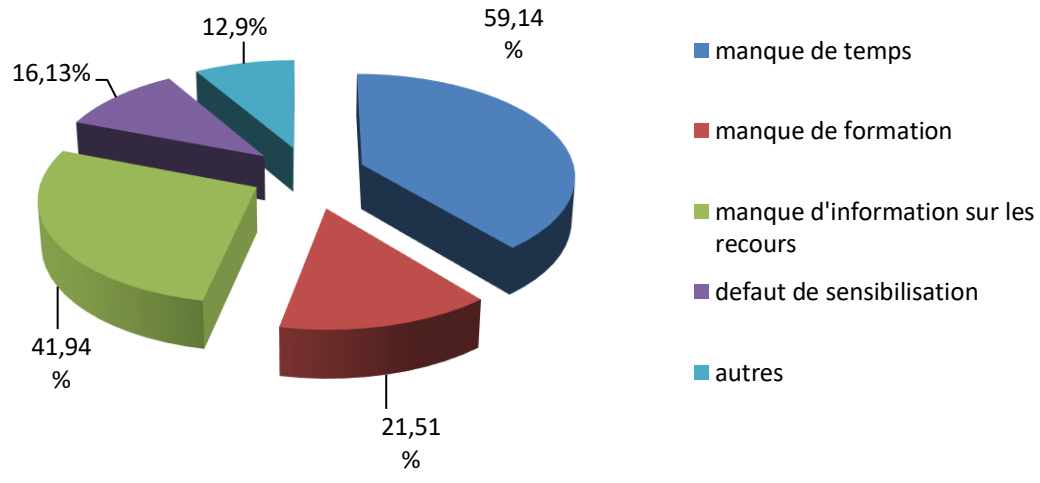
Les médecins exerçant depuis plus de 15 ans éprouvaient moins de difficultés que les jeunes médecins installés (70.37% contre 91.11%) (p=0.03), les femmes étant majoritaires (43% contre 35.5% d'hommes ; p=0.05).

Figure 4: Difficultés de prise en charge ambulatoire de la fragilité du sujet âgé



Le manque de temps (59.14%) et le manque d'informations sur les recours possibles (41.94%) étaient le plus retrouvés. Le manque de formation (21.51%), de sensibilisation aux aides existantes (16.13%) étaient les moins cités. Le critère « autre » (12.9%) n'était suivi d'aucunes explications.

Figure 5: Difficultés prise en charge fragilité sujet âgé

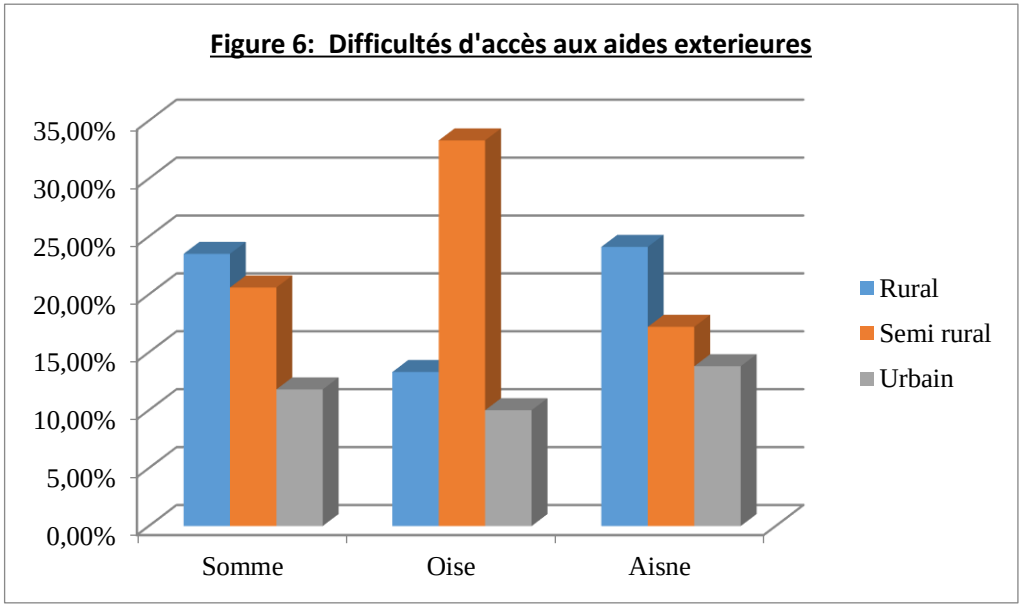


C. Difficultés d'accès aux aides extérieures

Les difficultés d'accès aux aides extérieures générales (structures, organismes, associations, personnels para médical isolés…) par le médecin généraliste étaient équivalentes quel que soit le département d'exercice (55.9% dans la Somme, 56.6% dans l'Oise et 55.10% dans l'Aisne ; p=0.98).

Ces difficultés d'accès aux aides étaient majorés en milieux ruraux (20.4%) et semi ruraux (23.7%), le milieu urbain semblait en avoir peu (11.8% ; p=0.87).

Une fois de plus les jeunes installés (64.44%) étaient plus nombreux que leurs ainés (40.74% ; p=0.05). Le sexe intervenait peu (52.94% des femmes et 50% des hommes ; p=0.05).



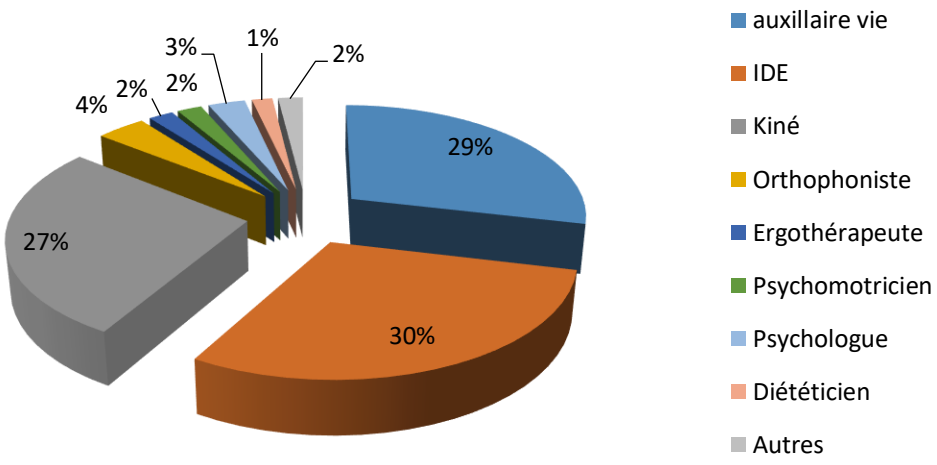
D. Recours aux aides extérieures

Le recours aux aides extérieures était plus fréquent en milieu rural (67.57%) et semi rural (61.54%) qu'en milieu urbain (65.22% ; p=0.97), tout départements confondus. Et plus fréquent chez les médecins généralistes exerçant dans l'Aisne (70.97%) et dans l'Oise (69.70%). Les généralistes de la Somme avaient moins recours à ces aides (54.29% ; p=0.08)

Les jeunes médecins (75.56%) et les femmes (70.59%) avaient plus recours aux aides que ceux installés depuis plus de 15 ans (55.56%) p=0.11 ainsi que les hommes (58.33% ; p=0.17).

Les généralistes de Picardie avaient recours, majoritairement, aux consultations avec le gériatre et à l'assistante sociale (49.46%). L'hôpital de jour de gériatrie arrivait en 2ème position (25.81%) suivie de près par le CCAS (11.83%) et l'équipe mobile de gériatrie (8.60%). Ils faisaient appels, principalement aux IDE (30%) aux auxiliaires de vie (29%) et aux kinésithérapeutes (27%) pour gérer au domicile la fragilité de leurs patients.

Figure 7: Aides extérieures utilisées par les médecins Picards



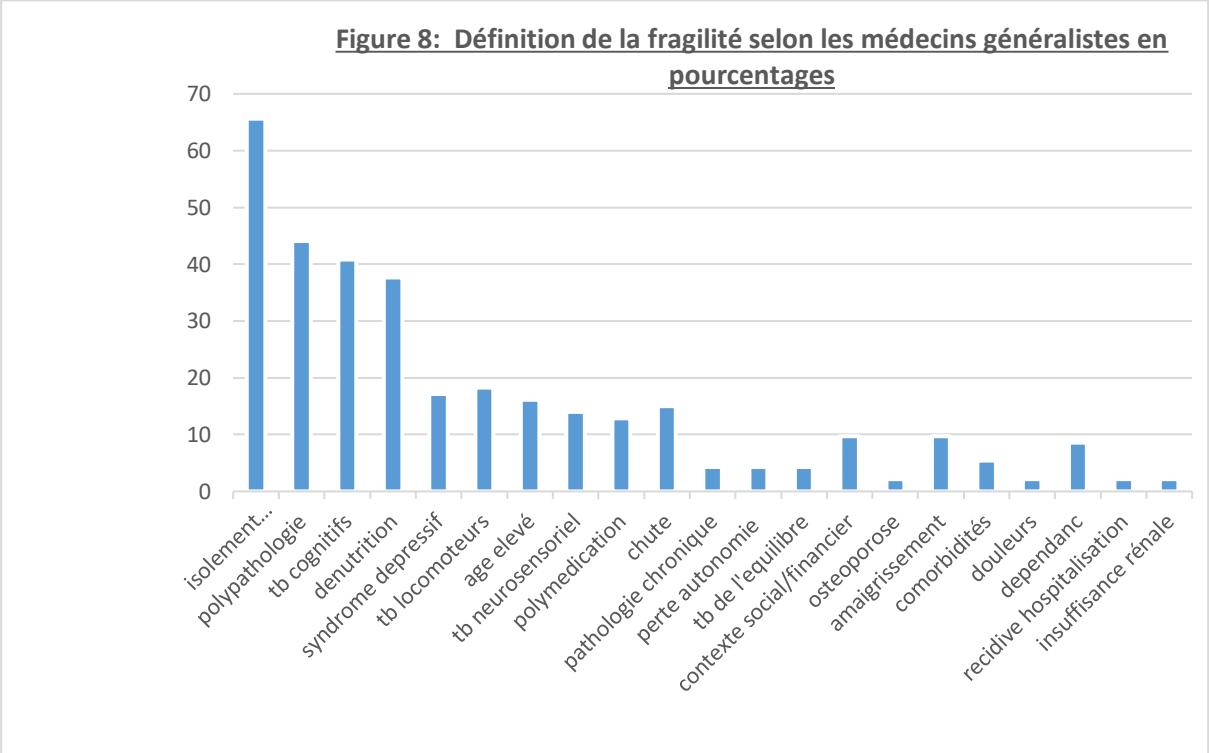
Les difficultés d'accès aux aides extérieures étaient principalement liées, selon les médecins généralistes, aux délais d'attente et de prise en charge trop long (27.94%), à la méconnaissance des aides disponibles en médecine ambulatoire (36.76%). Le manque de temps des généralistes (2.94%) et le cout élevé des aides (7.37%) revenaient le moins fréquemment.

3. Connaissances du concept de la fragilité

A. Connaissances théoriques

85.71% des généralistes exerçant dans la Somme, 78.79% dans l'Oise et 77.42% dans l'Aisne connaissaient le concept de la fragilité. Le milieu urbain (91.30%) était plus sensibilisé à ce concept que le milieu rural (75.68%) et semi rural (79.49%) dans cette étude. La durée d'installation n'intervenait pas (< 15 ans= 82.22% ; > 15 ans= 79.63% ; p=0.004) ainsi que le sexe (femme=80.39% ; hommes= 81.25% ; p=0.01).

L'isolement socio-familial et géographique (65.59%), la poly pathologie (44.09%), les troubles cognitifs (40.86%) et la dénutrition (37.63%) étaient les critères les plus utilisés pour définir un état de fragilité par les généralistes de cette étude. Le syndrome dépressif (17.20%), les troubles locomoteurs (18.28%), l'âge élevé (16.13%), le risque de chute (15.05%), les troubles neurosensoriels (13.98%), la poly-médication (12.90%), le bas niveau socio-économique du patient (9.68%), l'amaigrissement (9.68%) et la dépendance physique et psychique (8.60%) étaient les critères les moins souvent cités par les généralistes exerçant en Picardie.



A noter que 73.8% des généralistes Picard installés depuis plus de quinze ans n'avaient pas donné de définition complète de la fragilité.

B. Dépistage de la fragilité

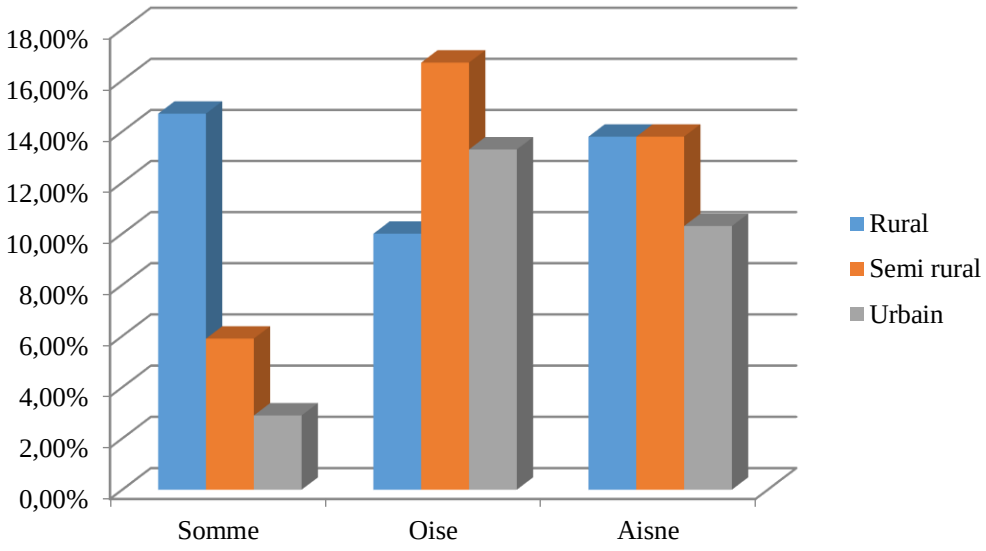
La majorité des généralistes de Picardie trouvaient un intérêt au dépistage de cette fragilité (80% dans la Somme, 87.88% dans l'Oise et 77.42% dans l'Aisne ; p=0.83) principalement en milieu semi rural (84.62%) et rural (82.61%), le milieu urbain représentant 78.38%, tout départements confondus (p=0.49). Les médecins les plus anciennement installés (85.19%) ainsi que le sexe féminin (86.27%) trouvaient en revanche un intérêt plus important

pour le dépistage de la fragilité par rapport aux jeunes médecins installés (77.78% ; p=0.47) et au sexe masculin (77.08% ; p=0.85).

Le dépistage systématique de la fragilité était effectué par 25.71% des médecins exerçant dans la Somme, 30.30% dans l'Oise et 32.26% dans l'Aisne, majoritairement en zone urbaine (39.13%) contre 25.64% en semi rural et 27.03% en zone rurale, tout départements confondus.

Les femmes étaient plus sensibilisées au dépistage (33.33%) que les hommes (25% ; p=0.47), la durée d'installation n'intervenait pas (< 15 ans : 28.89% ; > 15 ans : 29.63%; p= 0.006).

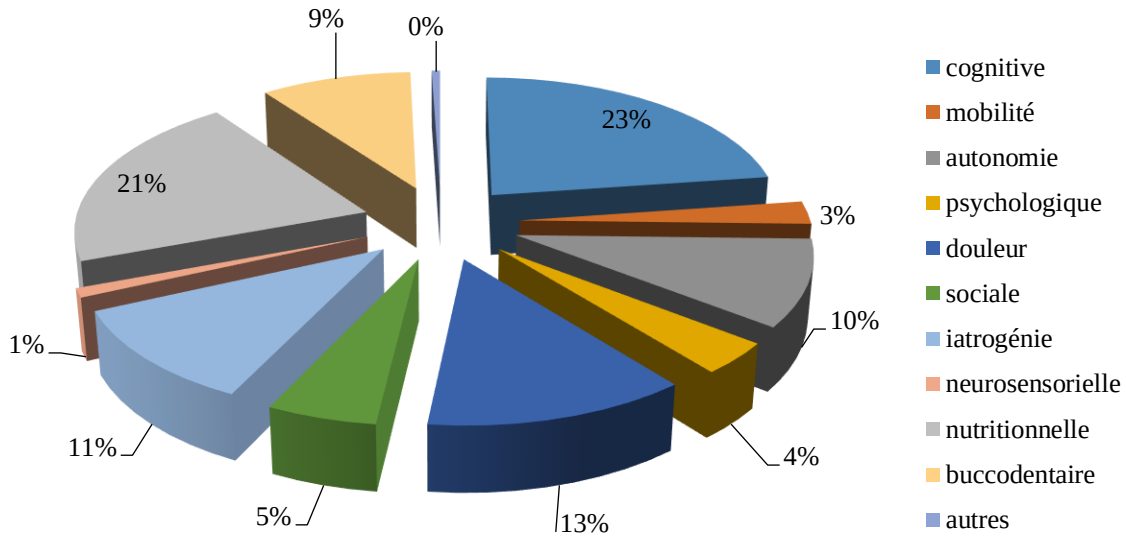
Figure 9: Dépistage de la fragilité du sujet âgé



Les grilles d'évaluation de cette fragilité validées en gérontologie étaient plus utilisées dans l'Oise (45.45%%) et dans la Somme (45.71%) que dans l'Aisne (22.58%). Quant aux zones d'exercice, les généralistes des zones urbaines étaient plus sensibilisés à l'utilisation de ces grilles (43.48% ; 35.90% en semi rural et 37.84% en zone rurale). Les femmes médecins (45.10%) utilisaient plus les grilles dans le dépistage de la fragilité que leurs confrères hommes (31.25%, p=0.05). Les jeunes médecins (48.89%) avaient plus recours à ces méthodes dans le dépistage (<15 ans : 29.63% ; p= 0.14).

Les échelles évaluant la nutrition (21%) et la cognition (23%) étaient les plus utilisées par les généralistes, juste devant la douleur (13%), la iatrogénie (11%), l'autonomie (10%) et l'état psychologique (9%).

Figure 10: Grilles gérontologiques utilisées en Picardie

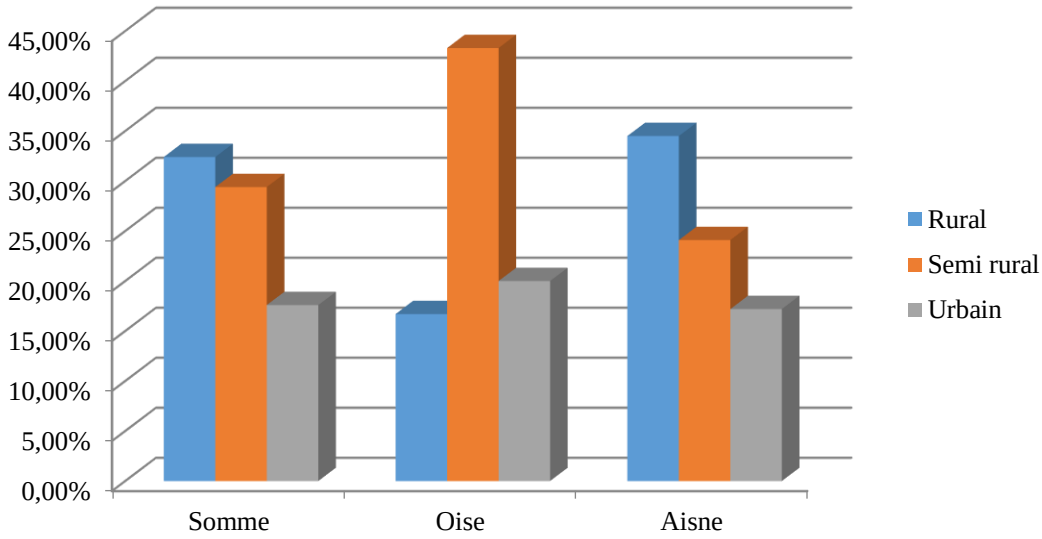


4. Concernant les réseaux de gérontologie

A. Utilité des réseaux de gérontologie

La majorité des médecins généralistes Picard étaient favorable à la création d'un réseau de soins de gérontologie pour les aider à mieux prendre en charge leurs patients âgés fragiles (77.14% dans la Somme, 81.82% dans l'Oise et 74.19% dans l'Aisne ; p=0.86). Le milieu semi rural (82.05%) et urbain (78.26%) étaient les plus favorables (tout départements confondus, p=0.07), tout comme le sexe féminin (86.27% ; p=0.09). Le milieu rural et le sexe masculin représentaient respectivement 72.97% et 68.75%. Les jeunes médecins étaient légèrement plus favorables à ce réseau (82.22%) par rapport aux autres médecins (74.07% ; p=0.5).

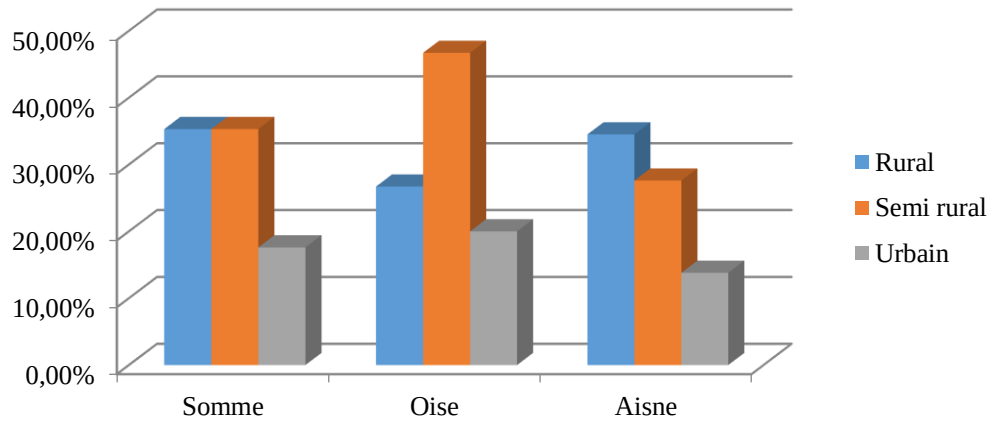
Figure 11: Utilité d'un réseau de gérontologie



B. Recours aux réseaux par les généralistes Picard.

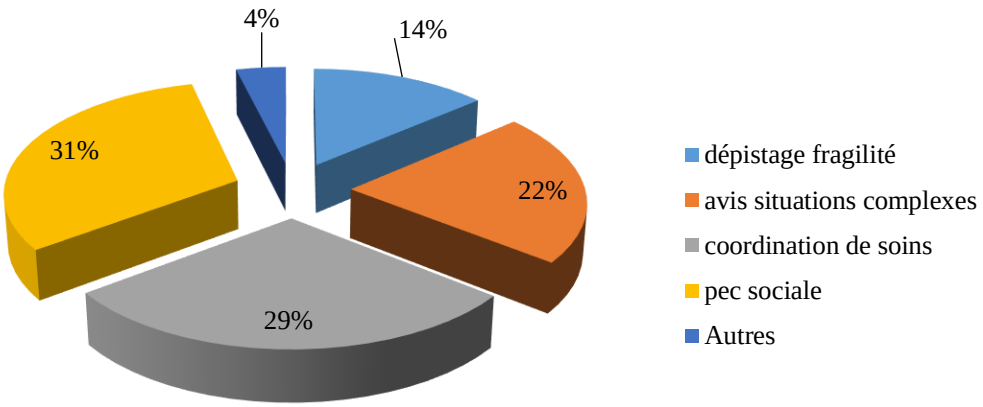
82.86% des médecins exerçant dans la Somme, 90.91% dans l'Oise et 70.97% dans l'Aisne (p=0.32) auraient recours à ce réseau pour l'évaluation et la prise en charge de la fragilité, majoritairement en milieu semi rural (92.31%, tout départements confondus), la zone rural et urbaine ne représentant, respectivement que 75.78% et 73.91% (p=0.02). Le sexe féminin était le plus représenté (88.24% contre 75% des hommes ; p=0.20). Les médecins installés depuis moins de 15 ans auraient eu plus recours à ce réseau (93.33%) que ceux installés depuis plus de 15 ans (72.22% ; p=0.01).

Figure 12: Pourcentage de généralistes souhaitant avoir recours au réseau de gérontologie



Selon les médecins généralistes de Picardie, ce réseau serait nécessaire pour les aider dans différents domaines, principalement pour la prise en charge sociale (31%), la coordination de soins (29%) et les avis sur des situations complexes de leurs patients âgés fragiles. La majorité des généralistes Picard étaient désireux d'avoir recours à ce réseau s'ils restaient maître des décisions prises en étant concertés par les professionnels de santé appartenant à ce réseau.

Figure 13: Attentes du réseau de gérontologie par les généralistes de Picardie



IV. DISCUSSION

a. Difficultés d'évaluation par les médecins généralistes de la fragilité de leurs patients âgés.

Dans cette étude, 78.5% des médecins généralistes exerçant en Picardie ont rencontré des difficultés lors de l'évaluation de la fragilité de leurs patients âgés ; le manque de temps et de formation étant les plus fréquemment cités comme facteurs responsables.

Dans sa thèse de médecine générale, L-Poudens [19] a mené une étude prospective sur 1 an portant sur la réalisation d'une EGS (Evaluation gériatrique standardisée) au domicile des sujets âgés de plus de 72 ans. La durée moyenne de cette évaluation était de 63 minutes par patient.

Dans sa thèse, Raymond G [20] a estimé la durée de cette évaluation à 1 heure et 30 minutes, si les échelles étaient bien maitrisées. Il a également retrouvé que le manque de temps et de formation à l'évaluation gérontologique était un frein à l'évaluation de la fragilité.

On retrouve également dans la littérature les mêmes difficultés rencontrées par le généraliste tel que le manque de connaissances sur ce concept, la difficulté à interroger les patients et leur manque de coopération.

Or la durée d'une consultation en médecine générale est estimée à 15 minutes, ce qui pourrait expliquer la difficulté pour ces professionnels de santé à réaliser une évaluation globale de leurs patients âgés.

De plus, peu de médecins généralistes connaissent et maitrisent les différentes échelles d'évaluation gérontologique, en raison de leur complexité et de leur non adaptabilité à la pratique de la médecine générale libérale.

Au cours de notre étude, nous avons pu remarquer que les professionnels exerçant en milieu rural et semi rural rencontraient plus de difficultés lors de cette évaluation (respectivement 70.27% et 82.05%). Peut-être est-ce dû à un mode d'exercice différent du milieu urbain en raison notamment d'une moindre démographie médicale. De plus, les visites à domicile sont plus fréquentes et prennent plus de temps qu'en milieu urbain. On peut supposer que les généralistes ont donc moins de temps à consacrer aux patients ainsi qu'à leur formation personnelle, en raison de leur planning surchargés et des contraintes de temps qu'occasionnent les visites à domicile. Or les visites à domicile sont l'occasion de regrouper des informations capitales pour évaluer le patient dans son ensemble avec un regard expert plus spécialisé car le professionnel de santé se retrouve plongé dans l'environnement de son patient et peu donc tout observer pour analyser au mieux les risques encourus par le par celui-ci (autonomie, isolement…) et établir une hypothèse sur son état physique et psychique.

L'étude publiée dans la revue « exercer » en 2016 [11], nous conforte dans cette idée. En effet les différents auteurs ont démontré que le conjoint, les enfants et plus généralement la famille jouaient un rôle majeur dans la prévention de la perte d'autonomie, contrairement aux professionnels de santé en raison de leur manque de disponibilité. Les médecins actuels étaient perçus par les sujets âgés de plus de 75 ans comme « des techniciens étrangers délivrant une ordonnance qui leur donnait un droit d'accès au sujet ». Mais un manque de connaissance médicale du médecin sur ce concept peut en partie en être la cause.

Renforcer la relation médecin-malade permettrait de minimiser ce ressenti de « prescripteur » du généraliste par le patient et donc d'améliorer le dépistage de la fragilité. Il semblerait important d'interroger secondairement les patients sur leur ressentis face à la prise

en charge des soignants afin de favoriser une meilleure adhésion au projet de prévention et de dépistage de la fragilité.

Nous avons également constaté que les jeunes médecins généralistes, installés depuis moins de quinze ans, rencontraient moins de difficultés que leurs confrères installés depuis plus de 15 ans. Une meilleure sensibilisation à ce problème de santé publique au cours de leurs études peut expliquer leur intérêt pour ce concept. A l'inverse, une moindre sensibilisation aux problèmes de la fragilité des médecins exerçant depuis plus longtemps, en raison de l'émergence récente de ce concept peut expliquer les résultats obtenus lors de cette étude.

Actuellement, les médecins généralistes sont principalement formés dans leur rôle curatif au détriment de leur rôle préventif où le dépistage prend toute son importance. Même si, de nos jours, la formation médicale de l'interne de médecine générale tend à changer progressivement dans ce domaine, cela reste insuffisant. Or le principe de base du médecin traitant est de prendre en charge dans sa globalité le patient qui vient le consulter, et ce rôle est d'autant plus important dans la prise en charge diagnostique et l'évaluation de la fragilité. Ce principe constitue la base de la formation du médecin généraliste quel que soit son lieu d'exercice.

Pour pallier ce manque de formation au cours de l'internat, concernant l'évaluation de la fragilité des sujets âgés en médecine ambulatoire, des formations traitant de la fragilité et organisées par des gériatres pourraient être mises en place une à deux fois par an, permettant ainsi de sensibiliser beaucoup plus les jeunes médecins. Cela permettrait d'échanger également sur les difficultés rencontrées par les généralistes concernant ce dépistage afin de leur proposer des solutions adaptées.

Récemment, une consultation particulière a été mise en place pour les médecins traitants, par la sécurité sociale, pour valoriser la consultation longue, au décours de laquelle ces professionnels de santé libéraux peuvent prendre le temps d'évaluer leurs patients âgés fragiles. Cette consultation a pour but d'améliorer le dépistage de la fragilité en vue d'adapter les prises en charge pour limiter le passage vers l'état de dépendance. Pour cela une rémunération supérieure à la consultation de base a été instauré.

b. <u>Difficultés de prise en charge de la fragilité ressenties par les généralistes Picard</u>.

Outre la difficulté d'évaluation de la fragilité de leurs patients, 83.9% des généralistes de Picardie éprouvaient des difficultés dans sa prise en charge. Celles-ci étant le plus souvent liées, encore une fois, à un manque de temps et d'informations sur les recours possibles.

Ces données, concernant le manque d'informations sur les aides mises à disposition, sont retrouvées dans une étude de santé publique [21]. 87.5% des médecins généralistes déclarent connaitre moyennement (50.9%) ou insuffisamment (36.6%) les dispositifs médico-sociaux mis à leurs dispositions dans leur territoire. Seul 12.5% estiment bien les connaitre et les utiliser fréquemment. 43.5% d'entre eux, estiment n'avoir aucuns contacts avec eux.

Dans l'étude de 2015 [21], les difficultés de communication avec les services médico sociaux concernés étaient rapportées par 37.5% des généralistes. Ceux-ci étant majoritairement lié à un manque de liaison, une disponibilité insuffisante de ces services, une mauvaise réactivité ou aux réponses apportées non satisfaisantes. Le manque de temps était ici moins important (21.4%).

Dans plusieurs études, le manque de temps et de coordination est décrit. Dans une étude datant de 2008 [20], seuls 20 à 30 % des généralistes questionnés, exerçant dans les Pays de la Loire, déclaraient avoir participé à une réunion de coordination concernant une personne dépendante au cours des 3 derniers mois.

En ambulatoire, la coordination entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux est peu pratiquée, ce qui accentue le manque d'accès à certaines informations par les médecins. Parfois une mauvaise connaissance des aides, ou des réseaux locaux disponibles, peut amplifier ces difficultés laissant les médecins généralistes dans une impasse pour prendre en charge leurs patients dit fragiles.

Au cours de notre étude, qui rappelons-le traite principalement de l'analyse des pratiques des généralistes en Picardie et non entre hommes et femmes, même si certains chiffres peuvent nous interpeller, nous nous sommes demandé si la zone d'installation ou le sexe intervenaient dans cette difficulté de prise en charge. Il en est ressorti que les médecins exerçant en milieu rural et semi rural et de sexe féminin ressentaient plus de difficultés (50.5%) ; ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature [21]. Dans cet ouvrage, aucune différence significative n'avait été retrouvé que ce soit selon le sexe ou les zones d'installation. Quant à la durée d'installation, celle-ci intervenait peu (38.7% des moins de 15 ans contre 43% des plus de 15 ans). Peut-être est-ce parce que les femmes ont une approche différente et se sentent plus capable d'exprimer les difficultés qu'elles rencontrent que les hommes ? Peut-être sont-elles plus sensibles au problème que représente la fragilité dans notre société ? A cela s'ajoute une grande disparité concernant la présence d'aides entre les milieux ruraux et urbains, ce qui peut accentuer cette difficulté de prise en charge.

L'ensemble de ces résultats nous confortent dans l'idée que le médecin généraliste a également besoin d'être informé sur les différentes aides mises à sa disposition et leur accès afin de prendre en charge ses patients âgés fragiles. La communication entre professionnel de

santé, médical ou paramédical, joue alors un rôle important. Trop peu de médecins savent que de multiples aides fiables sont mises à leur disposition afin de prendre en charge au mieux leurs patients, en leur proposant différentes prises en charge pour limiter le basculement vers la dépendance. L'inclusion de la famille dans le protocole de soins pourrait également améliorer la prise en charge de la fragilité car ils sont considérés comme « des remparts » délimitant la zone de sureté des sujets âgés en constituant ainsi un minimum vital pour eux [11]. Le médecin traitant doit également, pour optimiser au mieux la prise en charge de ses patients âgés fragiles, faire attention à l'épuisement des aidants (principalement la famille) en favorisant le relais par l'intermédiaire d'aides à domicile lorsqu'il le juge nécessaire.

c. Connaissances des généralistes sur le concept de la fragilité.

Au cours de notre étude, nous avons pu constater que 79.6% des médecins généralistes exerçant en Picardie affirmaient être sensibilisés au concept de la fragilité. Ils le définissaient par divers critères, dont les plus fréquemment cités étaient l'isolement social, familial et géographique, les poly pathologies, les troubles cognitifs et la dénutrition.

Dans la littérature, la définition de ce concept reste assez floue. Dans la thèse de M.F NGUYEN [22], les médecins généralistes interrogés définissaient également ce concept par d'autres critères tels que l'âge avancé, le sexe féminin, la sensation de fatigue, les troubles locomoteurs...

Le phénomène de fragilité est donc mal connu des praticiens en médecine libérale et chacun s'en fait sa propre idée.

Plusieurs définitions expliquent ce concept, mais un socle commun se détache avec les critères que l'on retrouve à travers les critères de Fried [10 ; 23], notamment la perte de poids involontaire (plus de 4.5 Kg par an), une sensation d'épuisement, une sédentarité, une faiblesse musculaire et une vitesse de marche diminuée. Certains de ses critères ont été retrouvés dans notre étude mais ne font pas partis de ceux cités fréquemment par les généralistes de Picardie.

L'absence de connaissances précises sur ce concept récent nous laisse supposer une sous-évaluation des patients âgés fragiles. Une définition claire comprenant les principaux critères à rechercher chez les sujets âgés susceptibles d'être fragile devraient être mise à disposition des généralistes. Cela permettrait aux professionnels de santé de dépister au mieux la fragilité pour en améliorer la prise en charge et donc de jouer leur rôle de prévention dans le but de diminuer l'entrée dans la dépendance. Ces critères devront être facilement identifiables au cours d'une consultation de médecine générale, qui nous le rappelons est courte (15 minutes)

et durant laquelle le patient peut rester dans un état de contrôle. La répétition des rencontres et des évaluations peut permettre de renforcer ce dépistage en analysant l'évolution du patient.

Le concept de fragilité est bien réel mais flou, mais la définition complexe accentue les difficultés des médecins généralistes à son dépistage :

Concernant le dépistage, la majorité des médecins de notre étude (78.5%) se disent concernés mais seuls 33.3% réalisent une évaluation systématique. Ce résultat peut s'expliquer par le manque d'outils adaptés et validés en médecine générale, par leurs complexités et l'hyperspécialisation des grilles d'évaluations gériatriques, qui ne sont pas adaptés à la pratique de la médecine générale, ainsi que le manque de sensibilisation des généralistes à leur utilisation.

La question d'une simplification des grilles d'évaluations a déjà été soulevé, et plusieurs études sont en cours pour donner un outil général facilement utilisable et interprétable en médecine générale.

Dans la littérature, on retrouve quelques études qui évaluent des outils de dépistage simples pour la médecine ambulatoire. Dans l'ouvrage écrit par différents auteurs [24]**,** 3 outils ont été étudiés : Le Groningen Frailty Indicateur (GFI), Le Tilburg Frailty Indacateur (TFI) et le Sherbrooke Questionnaire postal (SQP). Ils ont révélé une sensibilité à hauteur de 75-85% pour identifier les personnes âgées à risque de fragilité mais leur pouvoir prédictif ne suffit pas encore.

Un autre questionnaire a été validé comme étant un outil de dépistage utilisable en médecine générale [25]. Le Gerontopole Frailty Screening Scale (GFSS) [annexe c] a été spécifiquement conçu pour être utilisé par les médecins généralistes et permet un repérage simple et rapide des principaux critères de fragilité. Une fois réalisé le médecin généraliste décide ou non d'orienter son patient vers un gériatre pour approfondir son diagnostic. Avec cet outil de dépistage [26], 95% des patients référés à l'hôpital de jour de fragilité du Gérontopôle de Toulouse, étaient fragiles ou pré-fragiles et à risque de dépendance. Cet outil a été, du fait de sa pertinence, récemment approuvé par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme étant l'outil national pour le repérage de la fragilité du sujet âgée de plus de 65 ans en médecine ambulatoire [8]. Malheureusement celui-ci reste peu diffusé auprès des professionnels concernés que sont les médecins traitants.

D'autres pistes sont actuellement étudiées pour le dépistage des sujets âgés fragiles comme un outil d'auto-évaluation réalisé par les patients eux-mêmes [27] : le Frail Non-Disabled questionnaire (FIND questionnaire) [annexe d]. Les résultats revenants positifs, ont pour but d'alerter le patient afin qu'il se face évaluer par son médecin qui jugera par la suite de prendre, ou non, des mesures appropriées. Cet outil est plus spécifiquement conçu pour des

campagnes à grande échelle au sein de la population et permettrait au médecin généraliste de se concentrer sur les patients à risques de fragilité. Attention tout de même à éduquer les patients afin que les résultats de son test soient revus et analysés par un œil avisé que sont les professionnels de santé.

Le questionnaire oncodage G8 (utilisé le plus souvent en onco gériatrie, chez les patients âgés présentant un cancer), est simple d'utilisation et rapide. Il peut également être utilisé pour dépister la fragilité des sujets âgés en médecine générale [28 ; 29 ; 30] [annexe e]. Il peut permettre au médecin généraliste d'identifier parmi ces patients âgés ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie (Score ≤ 14) permettant ainsi de les adresser au plus vite au spécialiste.

Dans son mémoire [31 ; 32], O. BAR explique que la grille SEGA modifiée (Short emergency geriatric assessment) [annexe f] est un instrument de détection assez pertinent, de par son efficacité, sa validation sur le plan scientifique et sa simplicité d'utilisation quel que soit la formation professionnelle. De plus, cette grille est peu chronophage ce qui est un atout important pour le généraliste. Dans son étude, la plupart des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux sont plutôt favorables à cette méthode de dépistage et pensent que son intégration est possible dans leur pratique quotidienne.

Malheureusement, ces outils récents sont mal connus des médecins généralistes. Ce qui nous renforce dans l'idée de mettre en place des campagnes de formations médicales afin de les sensibiliser. Cela permettrait aux médecins de gagner du temps et améliorerait le dépistage de cette fragilité avec des outils fiables et simples à utiliser. Ces outils devraient être évoqués lors de la formation des internes de médecine générale. Il conviendrait de mettre en place un seul questionnaire simple utilisable par les médecins généralistes, regroupant les principaux critères diagnostiques de ce concept de fragilité du sujet âgé pour améliorer son dépistage car la multiplicité de ceux-ci peut induire une certaine confusion. Les formations médicales continues seraient utiles pour valider et faire découvrir aux généralistes ce type de questionnaire basé sur un travail unique.

d. Utilité d'un réseau de gérontologie, quelles solutions apportées ?

Au cours de notre étude, nous avons constaté qu'une majorité de médecins généralistes étaient intéressés par la création d'un réseau de soins de gérontologie ambulatoire (78.5 %) pour les aider à prendre en charge leurs patients âgés fragiles. Ce réseau serait utile, selon eux, pour les épauler lors des prises en charge sociales (78.5%), pour obtenir des avis de médecins

spécialistes de gérontologie sur des situations complexes difficilement gérables en médecine libérale (54.8%), pour faciliter la coordination de soins (73.1%) ainsi que pour aider au dépistage de la fragilité (34.4%).

Ces réseaux, mis en place progressivement sur le territoire Picard sont souvent mal connus des médecins généralistes, certains ignorent même jusqu'à leurs existences. On observe, de nos jours, une absence d'homogénéité concernant les pratiques, de part la faible couverture des réseaux de gérontologie (mise en place encore récente). L'HAS est en train de travailler avec ces réseaux de santé pour homogénéiser leur couverture sur l'ensemble du territoire.

L'amélioration des pratiques de prévention primaire autour de la personne âgée fragile ne se conçoit que si le travail en réseau local se développe. Des formations collectives réunissant les différents intervenants potentiels sont nécessaires pour définir des stratégies communes d'évaluation et de suivi. L'implication d'un réseau interdisciplinaire est un point essentiel dans cette démarche afin de faciliter la formation de ses praticiens à l'évaluation globale du sujet âgé pour qu'ils ne restent pas confrontés, en vain, aux mêmes difficultés d'orientation et de prise en charge sur le terrain. Il convient donc de faire connaître ces réseaux auprès des professionnels de santé, que sont les médecins généralistes. Un dossier informatisé partagé du patient pourrait être investie pour faciliter la communication entre le médecin traitant et le réseau de gérontologie.

Comment peut-on faire découvrir ces réseaux de santé aux généralistes et impliquer les médecins traitants ? Des campagnes d'informations auprès des professionnels de santé pourraient être mises en place afin de faire connaitre les différentes aides et réseaux disponibles, au sein du territoire Picard, pour faciliter la prise en charge du sujet âgé fragile. Campagnes pouvant s'organiser par l'envoi de mails ou de courriers postaux aux généralistes, par l'organisation de formations regroupant les professionnels médicaux et paramédicaux appartenant ou installé à proximité d'un réseau. Ces formations permettraient de rassurer les médecins généralistes sur les objectifs de celui-ci et de répondre à l'ensemble de leurs questionnements. Certes, ce type de campagne d'informations a un coût mais il nous semble indispensable au bon développement de ces réseaux de gérontologie dans notre région, et à l'amélioration de la coordination de soins entre généralistes, spécialistes et professionnels paramédicaux dans le but d'optimiser la prise en charge du patient âgé fragile.

Enfin, au cours de cette étude, nous avons pu remarquer que les médecins généralistes craignent de ne plus être au centre du plan personnalisé de soin mis en place par le réseau. Ce ressenti provient, dans la majorité des cas, de leur expérience dans la mise en place de l'HAD où le médecin traitant se sent souvent exclu de la prise en charge de son patient. Il n'intervient que pour les renouvellements d'ordonnances ou les situations d'urgences. Ils peuvent se sentir

instrumentalisés. Or il persiste une grande confusion entre réseaux de gérontologie et HAD. L'HAD correspond à une prise en charge hospitalière du patient à son domicile, donc une prise en charge plus spécialisée qui est souvent hors du domaine strict de compétences pour le médecin généraliste. Dans sa thèse F. CUNY [33] met en avant une angoisse initiale du médecin traitant d'avoir des prises en charges lourdes et une activité exclusivement chronophage. De plus le manque de communication et de coordination accentue cette peur de l'HAD, ils se perçoivent comme étant un intervenant et non un soignant et se sentent « dépossédés » de leur patient.

Les réseaux de gérontologie ont juste un rôle de conseil auprès du généraliste pour l'aider au mieux dans la prise en charge de son patient âgé, laissant ainsi celui-ci acteur centrale de cette prise en charge. La communication entre ces réseaux et le généraliste constitue la base de son fonctionnement.

La circulaire du 15 mai 2007 [34] précise la principale mission du réseau de santé de gérontologie et est décrite comme suit : « Le réseau permet aux personnes concernées [prioritairement à des personnes de 75 ans et plus] de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux. Une prise en charge au domicile de la personne âgée est privilégiée dès lors que les conditions de qualité et de sécurité sont remplies. Il favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux. »

Quelles solutions peuvent être apportées ? Dans un premier temps, l'organisation d'échanges téléphoniques avec le réseau de gérontologie pour établir un projet de soins personnalisé, en prenant en compte l'avis du généraliste, semblerait important pour permettre aux médecins traitants de prendre conscience de leur rôle central dans cette prise en charge. Dans un deuxième temps, le dossier informatisé pourrait être présenté au médecin traitant régulièrement afin que celui-ci assure un meilleur suivi de son patient, permettant ainsi de renforcer la coordination entre ce réseau et le milieu libéral. Il serait également nécessaire d'améliorer l'accès à l'information et à la formation des généralistes au sein de ces réseaux.

Les échanges de pratiques dans le cadre d'enseignements post universitaires (EPU) pourraient être utiles aux généralistes afin d'échanger sur les difficultés rencontrées pour mettre en place des solutions et renforcer la relation entre les réseaux de santé et les libéraux. Cela permettrait d'échanger sur des situations complexes, des incertitudes concernant une prise en charge, et de discuter du patient âgé dans sa globalité afin d'en améliorer son quotidien et de prévenir son entrée dans la dépendance.

Actuellement, différents moyens sont en cours de développement pour assurer la prise en charge globale des sujets âgés par ces réseaux, une couverture gérontologique est assurée dans l'Oise et depuis peu dans la Somme. Seul l'Aisne reste en attente sur ce point.

En Picardie, les réseaux de gérontologie prennent en charge les patients âgés de 75 ans et plus pour traiter leurs symptômes sources d'inconfort, leurs troubles du comportement notamment dans le cadre d'une démence, mais interviennent également pour soutenir les aidants et les intervenants professionnels, y compris les médecins traitants. Ils apportent une aide à la réflexion dans un contexte de limitation ou d'adaptation thérapeutique, et travaillent en coordination avec le médecin généraliste ainsi que la famille en les aidants à mettre en place un plan personnalisé de soins adapté. Le médecin traitant reste alors le pivot de cette prise en charge et l'adhésion de la personne âgée ne peut se faire sans l'accord du médecin lui-même [35].

Ces réseaux ont pour objectifs de renforcer la confiance des médecins généralistes, en proposant, à postériori, des formations accessibles aux internes de médecine générale afin qu'ils soient sensibilisés au concept de la fragilité dès le début de leur formation. Cela permettra de leur faire connaitre les différentes aides mises à leur disposition pour faciliter la prise prendre en charge de leurs futurs patients âgés, une fois installé.

La distribution de guides explicatifs sur le fonctionnement et les coordonnées des aides disponibles en médecine ambulatoire peut également être une solution, cela permettant aux généralistes de savoir à quel service s'adresser en cas de difficultés, sans que cette action soit perçue comme chronophage.

Actuellement, un travail proposé par la MAIA est en cours pour faciliter la formation et l'accès aux aides extérieures par le médecin généraliste.

Il reste tout de même un problème majeur concernant l'inégalité territoriale quant au développement de ces réseaux de gérontologie en Picardie, notamment dans l'Aisne mais également au sein d'un même département comme la Somme où les réseaux, du fait de leur éloignement ne peuvent pas prendre en charge l'ensemble du territoire. L'ensemble contribue cruellement à l'augmentation des difficultés des médecins généralistes à prendre en charge en globalité leurs patients âgés fragiles. Le manque de moyens notamment financier et la désertification amplifie cette inégalité. Cette inégalité de répartition et d'accès aux réseaux de gérontologie diminue les chances de baisser le nombre de personnes âgées dépendantes, qui nous le rappelons est un problème de santé publique majeur qui tend à s'aggraver dans les années à venir en raison du vieillissement de la population.

Une homogénéisation de cette couverture est en cours dans Les Hauts de France. D'autres projets complémentaires comme les plateformes territoriales d'appui (PTA) devraient

également émerger afin de renforcer l'appui des professionnels de santé dans la prise en charge des patients âgés notamment dit « fragiles ».

e. Forces et limites de l'étude.

Notre travail a permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Picardie concernant le dépistage et la prise en charge de leurs patients fragiles âgés de plus de 65 ans.

Le nombre de réponses au questionnaire envoyés en novembre 2015, certes faibles, nous confortent dans l'idée que les généralistes sont sensibilisés à ce concept et y portent un intérêt majeur, notamment par la réception 2 ans après le début de la thèse de nouveaux questionnaires (qui n'ont pu être inclus dans cette étude).

Ce travail a également mis en évidence les attentes des médecins traitant face aux réseaux de gérontologie et le désir de renforcer cette relation dans l'intérêt des patients fragiles. Les généralistes sont favorables au développement de tels réseaux pour leur permettre de les orienter et d'avoir accès plus facilement aux aides existantes pour retarder la survenue de la dépendance de leurs patients âgés.

Cependant, notre travail présente certaines limites.

Le petit nombre de médecins ayant participé au travail (93 réponses sur 300, faible puissance), ne permet pas d'avoir un retour représentatif de la part des praticiens sur leur pratique concernant la fragilité. De plus l'importante différence de démographie médicale accentue ce phénomène.

Il est difficile d'analyser et surtout de comparer les réponses obtenues des généralistes Picard en raison d'un nombre minime d'études réalisées sur ce sujet du fait du caractère récent de ce concept de fragilité.

Un autre biais existe concernant la sensibilisation des médecins, car nous pouvons supposer que les médecins ayant répondus au questionnaire ont plus de connaissances sur ce sujet et sont donc plus sensibilisés que ceux n'ayant pas répondus.

V. CONCLUSION

La prévention de la dépendance est un problème majeur de santé publique, de par le vieillissement accru de la population française. Elle passe par le dépistage de la fragilité, qui rappelons-le est un stade réversible.

Le médecin généraliste, principal acteur du dépistage et de l'évaluation primaire de la fragilité des sujets âgés, joue un rôle majeur pour permettre une bonne prise en charge de son patient dans sa globalité. Malheureusement, ce repérage est difficilement réalisable en pratique courante en raison d'un manque de sensibilisation et d'implications des praticiens libéraux. Globalement, les médecins généralistes se sentent souvent démunis face aux difficultés rencontrées lors de l'évaluation puis de la prise en charge de leurs patients âgés fragiles. Ce travail nous permet aussi de se rendre compte d'une insuffisance de dépistage de la fragilité en lien avec le manque de temps, de formation, d'informations et les difficultés d'accès aux aides extérieures.

Cette étude confirme l'importance de faire du médecin traitant un professionnel averti face à ce concept récent afin de limiter l'entrée de ses patients dans la dépendance.

Plusieurs méthodes de dépistage existent par l'intermédiaire de questionnaires, dont certains sont bien adaptés à la pratique médicale mais leurs méconnaissances par ses professionnels de santé expliquent leur faible utilisation. L'amélioration de ses outils passe donc par la communication et par l'information.

Les réseaux de soins de gérontologie trouvent tout leur sens et leur utilité dans ce rôle en apportant leur aide aux médecins généralistes pour dépister puis prendre en charge la fragilité de leurs patients, en leur proposant une aide pluridisciplinaire (sociale, médicale, psychologique et paramédicale). Ils facilitent donc l'accès aux soins des patients âgés vivant à domicile et non dépendant tout en considérant le médecin traitant comme le pivot central de cette prise en charge. Pour cela il est nécessaire d'avoir une meilleure visibilité et de meilleures connaissances des généralistes concernant les filières et ces réseaux pour améliorer ce rôle d'orientation.

La présence des professionnels de santé dans l'environnement proche ou « zone de confiance » du patient, permettrait de renforcer cette relation médecin-malade afin de lutter au mieux contre la perte d'autonomie. D'où l'utilité de réaliser des études complémentaires portant sur les attentes des sujets âgés non dépendant ou en perte d'autonomie, envers les professionnels de santé concernant la prévention de cette fragilité.

Le succès de cette lutte contre la dépendance passe par sa prévention. Cette prévention repose sur l'implication et la compétence des professionnels de santé impliqués et par la coordination de soins.

Actuellement, les réseaux de santé de gérontologie sont en cours de développement par l'Agence régionale de la Santé (ARS) et ce projet est soutenu par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS). Des PTA devraient voir le jour. Elles s'appuieront sur les initiatives des professionnels et auront comme objectifs l'information et l'orientation des professionnels de santé vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociale adéquates de

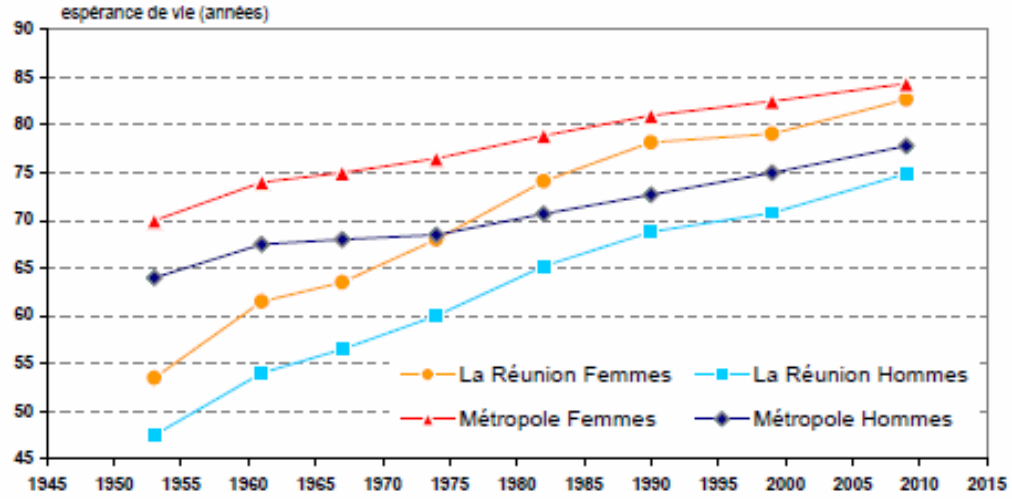
leur territoire ; l'appui à l'organisation des parcours complexes de soins grâce à la coordination des interventions entre professionnels de santé concernés. Elles apporteraient le soutient aux pratiques et aux initiatives en matière d'organisation et de sécurité des parcours d'accès aux soins et de coordination. Les réseaux semblent être un bon appui dans le dépistage et la prise en charge des sujets âgés. A l'avenir ces structures seraient intégrées au PTA afin de proposer une prise en charge plus large des patients et de mieux fédérer les acteurs professionnels prenant en charge les patients âgés dans leur globalité.

Il serait assez intéressant de connaitre le ressentit des sujets âgés par rapport à ces nouvelles mesures d'aides afin de connaitre leurs attentes face à ce projet pour adapter au mieux la pratique quotidienne des généralistes concernant le dépistage de la fragilité. Le développement de projets éducatifs thérapeutiques concernant la fragilité nous semblent également important afin de suggérer aux généralistes d'autres habitudes de pratiques.

VI. ANNEXES

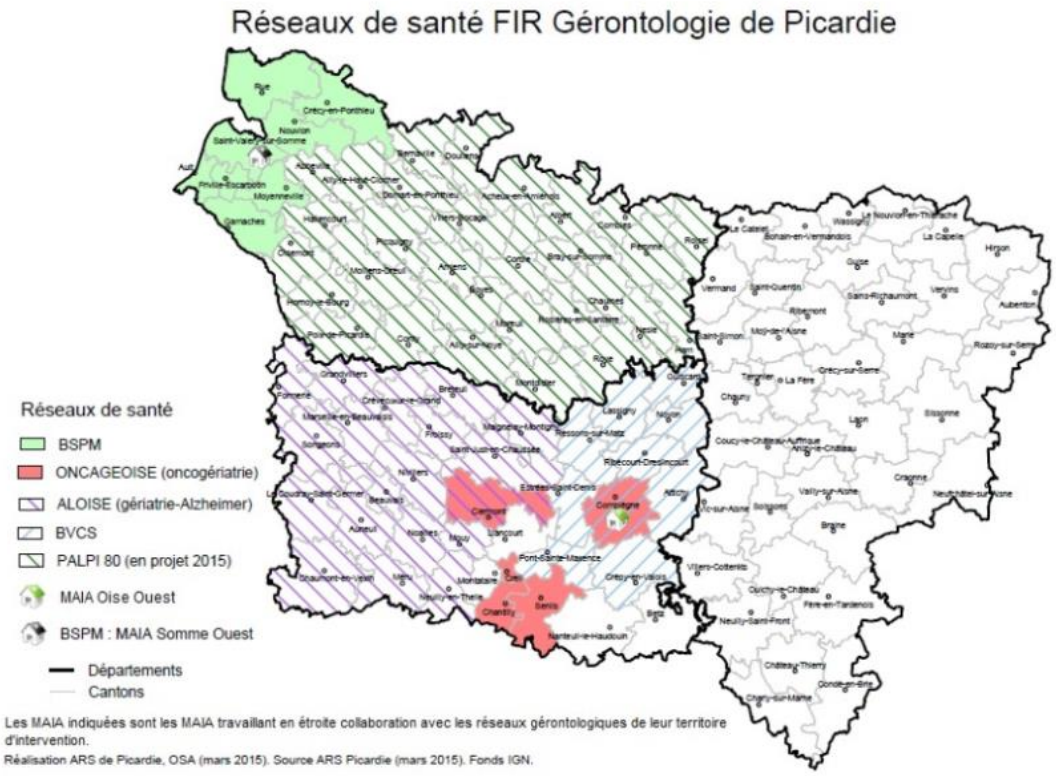
a. Evolution de l'espérance de vie à la naissance

Évolution de l'espérance de vie à la naissance



Source : Insee, état-civil

b. Réseaux de santé FIR gérontologie de Picardie.



c. Version française de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du Gérontopôle de Toulouse recommandations Haute Autorité de Santé.

Figure : Version française de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du Gérontopôle de Toulouse recommendations Haute Autorité de Santé (HAS) (J Nutr Health Aging 2013; 17: 629-631)

Personne à prévenir pour le RDV :
Nom :
Lien de parenté :
Tél :
Nom du médecin traitant :
Tél :
Email :
Nom du médecin prescripteur :
Tél :

Toulouse GÉRONTOPÔLE

Hôpitaux de Toulouse

Informations patient

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :
Tél :
Adresse :

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

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

REPÉRAGE			
	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

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : Rendez-vous programmé le :

Médecin traitant informé : ❑ OUI ❑ NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contacter le 05 61 77 66 29 (ou e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr)

Faxer la fiche au 05 61 77 66 27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

d. Questionnaire FIND

Le questionnaire FIND.

Domaine	Les questions	Réponses	But
Invalidité	**A.** Vous avez des difficultés à marcher 400 mètres?	une. Non ou quelques difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou de l'impossibilité	1
	B. Avez - vous des difficultés à monter un escalier?	une. Non ou quelques difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou de l'impossibilité	1
Fragilité	**C.** Au cours de la dernière année, avez - vous perdu involontairement plus de 4,5 kg?	une. Non	0
		b. Oui	1
	D. Combien de fois dans la dernière semaine avez - vous ressenti que tout ce que vous avez fait était un effort ou que vous ne pouviez pas y aller?	une. Rarement ou parfois (deux fois ou moins / semaine)	0
		b. Souvent ou presque toujours (3 fois ou plus par semaine)	1
	E. Quel est votre niveau d'activité physique?	une. L'activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine)	0
		b. Aucun ou principalement sédentaire	1

Si A + B≥1, l'individu est considéré comme «invalide».
Si A + B = 0 et C + D + E≥1, l'individu est considéré comme "fragile".
Si A + B + C + D + E = 0, l'individu est considéré comme «robuste».

e. Questionnaire oncodage G8

The G8 Screening Questionnaire

- **8 questions**
- **Nurse administered**
- **Takes 5-10 min to perform**
  - Appetite, weight loss, BMI
  - Mobility
  - Mood and cognition
  - Number of medications
  - Patient-related health
  - Age categories
- **Abnormal if score ≤14**
  - Preliminary analysis
  - Sensitivity: 89.6%, Specificity: 60.4%

	Items	Possible answers (score)
A	Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, or chewing or swallowing difficulties?	0: severe decrease in food intake
		1: moderate decrease in food intake
		2: no decrease in food intake
B	Weight loss during the last 3 months	0: weight loss > 3 kg
		1: does not know
		2: weight loss between 1 and 3 kg
		3: no weight loss
C	Mobility	0: bed or chair bound
		1: able to get out of bed/chair but does not go out
		2: goes out
E	Neuropsychological problems	0: severe dementia or depression
		1: mild dementia or depression
		2: no psychological problems
F	Body mass index (BMI weight in kg)/ (height in m²)	0: BMI < 18.5
		1: BMI = 18.5 to BMI < 21
		2: BMI = 21 to BMI < 23
		3: BMI = 23 and > 23
H	Takes more than 3 prescription drugs per day	0: yes
		1: no
P	In comparison with other people of the same age, how do they consider their health status?	0: not as good
		0.5: does not know
		1: as good
		2: better
	Age	0: > 85 yr
		1: 80-85 yr
		2: < 85 yr
	Total Score	**0-17**

Fig. 1: The G8 Screening Questionnaire. BMI = body mass index. Courtesy of Marie E. Wood, MD. Adapted from Soubeyran P, et al.[7]

f. Grille SEGA

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).[1]

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / _____

	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

INTERPRETATION		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

A QUI TRANSMETTRE ?
Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié. **Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.**

[1] Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

BIBLIOGRAPHIE

1- Population par âge − Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743

2- Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151

3- Personnes âgées dépendantes − Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404

4- Trivalle C. Le syndrome de fragilité [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925

5- Vellas B, Cestac P, Morley JE. Implementing frailty into clinical practice: We cannot wait. The journal of nutrition, health & aging. août 2012;16(7):599-600.

6- Définitions : fragilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragilit%C3%A9/34950

7- 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.

8- https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf - Recherche Google [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=%3A+https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2F%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2013-06%2Ffiche_parcours_fragilite_vf.pdf&rlz=1C1CHBF_frFR752FR752&oq=%3A+https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2F%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2013-06%2Ffiche_parcours_fragilite_vf.pdf&aqs=chrome..69i57.99j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

9- Michel J-P, Lang P-O, Zekry D. The frailty process: update of the phenotype and preventive strategies. Annales de Gérontologie. 1 oct 2008;1(1):1-7.

10- Syndrome de fragilite- [en ligne].iPubli-Inserm.pdf. - Recherche Google [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=10-+Syndrome+de+fragilite-+%5Ben+ligne%5D.iPubli-Inserm.pdf.&rlz=1C1CHBF_frFR752FR752&oq=10-+Syndrome+de+fragilite-+%5Ben+ligne%5D.iPubli-Inserm.pdf.&aqs=chrome..69i57.206j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8

11- Escourrou E, Freyens A, Chicoulaa B, Andrieu S, Saint-Lary O, Oustric S. Place des professionnels de santé de soins premiers dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Revue Exercer. 2016;27(128):244-52.

12- Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile

13- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: http://www.pasdecalais.fr/Solidarite-Sante/Retraites-et-personnes-agees/Vivre-a-domicile/Les-Services-d-Aide-et-d-Accompagnement-a-Domicile-SAAD

14- Le portage de repas à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/le-portage-de-repas-domicile

15- Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) : des interventions à domicile | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/equipes-specialisees-alzheimer-esa-des-interventions-domicile#qui-nbsp-sont-les-professionnels-des-quipes-sp-cialis-es-alzheimer-

16- Retraite C. MAIA : un dispositif face à la maladie d'Alzheimer [Internet]. Cap Retraite. 2016 [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/maia/

17- Qui peut bénéficier de l'HAD ? - HAD France - Hopital à domicile, hospitalisation à domicile, soins à domicile, aide à la personne [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: http://www.hadfrance.fr/qui-peut-beneficier-de-l-had.html

18- Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.

19- Gaudout-Poudens L. . L'Evaluation gérontologique standardisée: expérience en médecine générale avec réalisation d'une enquête prospective [Thèse de médecine générale]. [Bordeaux]: Bordeaux 2; 2000.

20- Raymond G. Analyse des difficultés lors de l'évaluation gériatrique standardisée en médecine générale, enquête en pays de l'Angoumois [Thèse de médecine générale]. [poitiers]: poitiers; 2008.

21- Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Santé Publique. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.

22- Nguyen M-F. Repérage de la fragilité et analyse de ses déterminants chez les sujets âgés de 65 ans et plus en médecine ambulatoire [Thèse de médecine générale]. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1; 2013.

23- Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, Cesari M, Avila-Funes J-A, Féart C, et al. Frailty in elderly: a brief review. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2017;15(2):127-37.

24- Metzelthin SF, Daniëls R, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel WJA, Kempen GIJM. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health. 31 mars 2010;10:176.

25- Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. J Nutr Health Aging. août 2012;16(8):714-20.

26- Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, Soto ME, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the « Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability » at the gerontopole. J Nutr Health Aging. mai 2014;18(5):457-64.

27- Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Vellas B, et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: the FiND questionnaire. PLoS ONE. 2014;9(7):e101745.

28- Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. JCO. 20 mai

29- Apports et limites de la consultation oncogériatrique | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/apports-et-limites-de-la-consultation-oncogeriatrique

30- Martinez CT. Évaluation de la fragilité en oncologie gériatrique: développement et validation d'une nouvelle échelle de dépistage. :225.

31- Bar O. La fragilité du sujet âgé : quelles solutions pour une détection précoce et un maintien à domicile privilégié ? [Mémoire de master 60 en sciences de gestions]. [Louvain, Belgique]: Catholique de Louvain; 2013.

32- Jaïdi Y, Jolly D, Duchene J, Collart M, Bera D, Dramé M, et al. Capacités prédictives de deux outils d'identification de la fragilité du sujet âgé : phénotype de Fried et grille SEGAm. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 févr 2017;65(1):87.

33- Cuny F. Vecu et ressenti des medecins generalistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalsation à domicile [Thèse de médecine générale]. [Nancy]: Henri Poincaire Nancy 1; 2010.

34- SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-6: Annonce N°138 [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060138.htm

35- MSA - Les réseaux gérontologiques [Internet]. [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://picardie.msa.fr/lfy/reseaux-gerontologiques