

Les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin généraliste

Sara Fargeas

▶ **To cite this version:**

Sara Fargeas. Les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02882107

HAL Id: dumas-02882107

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02882107

Submitted on 12 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Sara FARGEAS

Le 12 novembre 2019

LES DETERMINANTS DU DEPISTAGE DE LA FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Directeur de thèse : Docteur Patrice CUKIER

JURY

Président : Professeur Claude JEANDEL

Assesseurs : Professeur Michel AMOUYAL

Professeur Marc GARCIA

Docteur Patrice CUKIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Sara FARGEAS

Le 12 novembre 2019

LES DETERMINANTS DU DEPISTAGE DE LA FRAGILITE DE LA PERSONNE AGEE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Directeur de thèse : Docteur Patrice CUKIER

JURY

Président : Professeur Claude JEANDEL

Assesseurs : Professeur Michel AMOUYAL

Professeur Marc GARCIA

Docteur Patrice CUKIER

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe
COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe
FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Claude JEANDEL, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de partager votre passion pour la gériatrie.

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et pour l'attention que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Marc GARCIA, merci d'avoir accepté de juger ce travail, et notamment pour vos conseils au début de ce projet.

A Monsieur le Docteur Patrice CUKIER, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Un grand merci pour ta patience et tes conseils qui m'ont guidés et apaisés à des moments difficiles de cette aventure. Je te remercie aussi pour ta disponibilité, et de m'avoir montré une médecine qui prend le temps d'écouter les patients.

Aux médecins qui ont accepté de me donner de leur temps pour participer à cette étude, merci d'avoir partagé votre point de vue, et d'avoir fait honneur à mon houmous !

A Alexandre, mon mari, qui m'a donné la confiance nécessaire pour mener mes projets à terme. Tu m'as toujours encouragée à me surpasser et grâce à toi, j'ai accompli des choses dont je ne me serais jamais cru capable. Merci pour tout cela.

A ma famille, merci d'avoir toujours cru en moi sans jamais douter. Vous m'avez transmis les valeurs qui ont forgé ma réussite.
A ma mère, qui m'a tant donné sans compter.
A mon père, mon pilier, ma force tranquille.
A Kathalyn, la sœur à qui je peux tout demander. Toujours debout contre vents et marées, tu es un modèle pour moi.

A ma belle-famille, Véronique, Thierry, Romain et Louis, merci de m'avoir fait une place aussi douillette dans votre troupe, où je me suis toujours sentie bien.
A Anne et Maurice, merci de m'avoir accueillie et soutenue pendant les premières années à Grenoble, votre générosité m'a énormément touchée.

A mes amis, que la distance n'arrive pas à tenir éloignés bien longtemps : Alizée, Eva, Marine, Anthony, Antonin, Clara, Coline, Julien, merci d'être vous. Grâce à votre présence, les difficultés paraissaient plus légères, et l'externat était une succession de moments inoubliables ! Merci particulièrement à Eva, notre rencontre en première année a été salvatrice ! Coline, merci pour ta bonne humeur qui m'a accompagnée pendant l'ERASMUS et la sixième année.

Aux Mendois, Jérôme, Bastien et Nicolas, merci de m'avoir accueillie dans votre famille. Sans vous la Médecine A aurait eu ma peau ! Merci particulièrement à Jérôme, colocataire adorable, sans qui la dernière année d'internat aurait été beaucoup plus pénible !

Aux Biterrois, notamment Romain, Mélissa, Anne-Laure, Anaïs, Béné, merci de m'avoir fait vivre un premier semestre inoubliable.
A Marine et Antoine, merci pour votre folie douce et votre accueil chaleureux.

Aux médecins qui m'ont accompagnée à un moment de mon parcours,
Aux Docteurs Sophie PRANLONG et Guillaume LECONTE, merci de m'avoir montré comme la médecine rurale est belle et intéressante.
Au Docteur Patrick GINIES, merci de m'avoir fait partager votre passion et votre point de vue sur les patients douloureux chroniques.
Aux puéricultrices de la PMI de la Paillade-Mosson, merci pour votre accueil et pour tous les conseils et astuces que vous m'avez donné. Grâce à vous, je me sens plus en confiance devant les parents.

« Les vieux ne rêvent plus, leurs livres
s'ensommeillent, leurs pianos sont fermés
Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne
les fait plus chanter
Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop
de rides, leur monde est trop petit
Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil, et puis
du lit au lit
Et s'ils sortent encore, bras dessus bras dessous,
tout habillés de raide
C'est pour suivre au soleil, l'enterrement d'un
plus vieux, l'enterrement d'une plus laide
Et le temps d'un sanglot, oublier toute une heure
la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, et
puis qui les attend »

Jacques Brel, *Les Vieux* - 1963

Sommaire

Glossaire 13

1. Introduction 15

a. Contexte actuel 15

b. Fragilité 15

i. Vieillissement et fragilité 15

ii. Différentes approches 17

iii. Physiopathologie 18

iv. Complications 19

v. Quelques chiffres 20

vi. Stratégies de prévention 20

vii. Programmes d'intervention 21

viii. Dépistage 22

ix. Approche par le médecin traitant 23

c. Objectif de l'étude 24

2. Matériel et Méthode 25

a. Caractéristiques de l'étude 25

b. Population étudiée 25

i. Population cible 25

ii. Critères d'inclusion et de non inclusion 25

c. Echantillonnage 25

i. Stratégie de recrutement 25

ii. Taille de l'échantillon 25

d. Recueil des données 26

e. Analyse des données 27

3. Résultats 28

a. Description de l'échantillon 28

i. Caractéristiques de l'échantillon 28

b. Analyse thématique 30

i. Déclin silencieux vers la perte d'autonomie 38
ii. Dépistage par étapes : de l'intuition aux tests chronophages à déléguer 48
iii. Objectif : limitation du déclin fonctionnel, mais pas de moyens adaptés 53
iv. Renforcer la coordination autour du médecin traitant 61

4. Discussion 67

a. Interprétation des résultats 67

b. Forces et limites de l'étude 69

i. Méthode 69
ii. Entretiens 71

c.. Perspectives 72

5. Conclusion 74

Bibliographie 75

Annexes 81

Serment d'Hippocrate 91

Permis d'imprimer 92

Résumé 93

Glossaire

ADL : *Activities of Daily Living*

ALD : Affection Longue Durée

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

DHEA : déhydroépiandrostérone

Easy-care TOS : *Two Step Older persons Screening*

EGS : Evaluation Gériatrique standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FiND : *Frail Non-Disabled*

FMC : Formation Médicale Continue

FRAIL : *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, & Loss of weight*

GDS : Echelle Gériatrique de Dépression

GEPT : Groupe d'Echange de Pratiques Tutoré

GH : *Growth Hormone* (Somatotropine)

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL : *High Density Lipoprotein*

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IL-6 : Interleukine 6

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMS : *Mini Mental State*

MNA : *Mini Nutritional Assessment*

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

PAERPA : Personnes Âgées à Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

SEGA-A : *Short Emergency Geriatric Assessment* – Volet A

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SHARE : *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

UTASI : Unité Territoriale d'Actions Sociales et d'Insertion

1. Introduction

a. Contexte actuel

La société française se retrouve confrontée à un vieillissement important de sa population. Il s'explique par l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby-boom ainsi que par l'allongement de l'espérance de vie, grâce entre autres aux progrès scientifiques dans le domaine de la santé. D'après les estimations de l'INSEE de 2016 et 2018, la proportion de sujets âgés de 65 ans ou plus en 2040 serait de 1 habitant sur 3 contre 1 sur 5 en 2013 [0], avec 2 fois plus de personnes âgées dépendantes en 2060 [2].

Ceci est un défi pour notre système de santé. Ce dernier doit s'organiser pour faire face à l'augmentation d'une population plus consommatrice de soins et en moins bonne santé fonctionnelle. Dans cette dynamique, l'Union Européenne s'est fixée comme objectif d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé de 2 ans d'ici à 2020 [3].

Cette population est aussi caractérisée par des problématiques gériatriques particulières s'inscrivant dans un champ multidimensionnel. Parmi ces problématiques on retrouve un concept actuellement très étudié : la fragilité.

b. Fragilité

i. Vieillissement et fragilité

Le vieillissement est défini par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient les structures et le fonctionnement de l'organisme d'un être vivant sous l'action du temps. Il constitue la résultante des facteurs génétiques et environnementaux. Le vieillissement a pour caractéristiques d'être universel, inéluctable et irréversible.

Il peut s'accompagner d'une diminution des réserves fonctionnelles non attribuables à une pathologie d'organe. Ceci détermine 3 profils de vieillissement :

Pas de diminution	Vieillissement usuel
Diminution légère mais réserves encore suffisantes	Vieillissement au stade de pré-fragilité
Diminution modérée avec réserves insuffisantes	Vieillissement avec fragilité

Ceci permet de comprendre la notion de fragilité, que Rolland défini en 2011 comme « un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress avec récupération incomplète. Son expression est modulée par les comorbidités et les facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais ne l'explique pas à lui seul. Toutes les personnes âgées ne sont donc pas fragiles. 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 » [4]. La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a adopté cette définition.

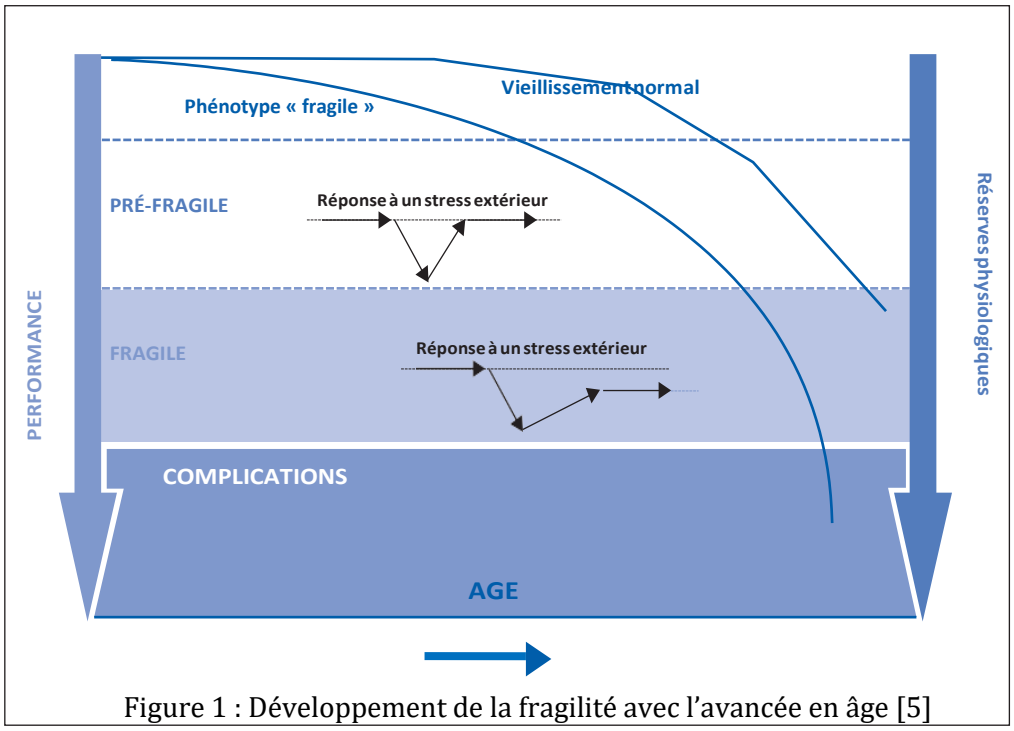


Figure 1 : Développement de la fragilité avec l'avancée en âge [5]

La fragilité, les comorbidités et la perte d'autonomie sont donc des notions distinctes mais pouvant être reliées. La personne fragile est dans un état d'apparente robustesse, mais doit être considérée à un stade de pré-dépendance fonctionnelle.

ii. Différentes approches de la fragilité.

Il n'existe pas de définition unique du concept de fragilité, mais deux approches principales ont été développées.

Un phénotype physique de la personne âgée fragile a été décrit en 2001 par Fried et al.

Dans ce phénotype, cinq critères sont mesurés :

- Perte de poids involontaire (> 5kg dans l'année précédente)
- Sensation de fatigue rapportée par l'individu lui-même
- Diminution de la vitesse de marche
- Diminution de la force de préhension (mesurée par un dynamomètre)
- Diminution de l'activité physique

La présence d'au moins trois critères définit un phénotype fragile. Un ou deux critères présents définissent un phénotype pré-fragile. Si aucun critère n'est retrouvé, l'individu est défini comme robuste [6].

Cette définition ne prend pas en compte les dimensions psychologique, cognitive et sociale de l'individu. Pourtant, pour une compréhension et une prise en charge optimales, il est nécessaire de prendre en compte tous les déterminants de la fragilité.

Pour compléter ce manque de globalité, l'hypothèse d'une fragilité multi-domaine avec une approche cumulative a été développée par Mitnitski et al. en 2001. Ils émettent l'hypothèse que la fragilité est issue d'un processus d'accumulation physiologique d'anomalies liées à l'âge dans différents systèmes.

Cette approche a donné naissance au *Frailty Index*. C'est une proportion de signes cliniques, de symptômes, d'anomalies biologiques, de pathologies et d'incapacités liés à l'âge, appelés « déficits », présents chez un individu, par rapport à l'ensemble des déficits recherchés [7]. Rockwood et al. ont travaillé à développer un index de fragilité à partir des données de la cohorte de la *Canadian Study of Health and Aging.* Dans cet index, ils recherchaient 70 déficits cliniques issus d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) [8].

En 2009, Fried et al. ont montré que le nombre de déficits importe plus dans le développement de la fragilité que la nature de chacun d'entre eux [9]. Cet index permet une graduation continue de l'état des réserves fonctionnelles d'un individu, et donc la détermination d'un âge biologique personnel qui est plus sensible que l'âge chronologique pour prédire la probabilité de survie ou de décès [10]. Un seuil entre 0.21 et 0.30 a été proposé pour identifier les personnes fragiles [11].

iii. Physiopathologie

Beaucoup d'études ont été réalisées pour tenter d'expliquer les mécanismes de la diminution des réserves fonctionnelles. Il en ressort une contribution importante d'une inflammation systémique chronique de bas grade (*inflammaging*) avec augmentation de l'IL-6. La résistance à l'insuline, la diminution du cholestérol total et du HDL sont associées de façon convaincante à la fragilité.

Il a aussi été démontré une association plus modérée avec un état pro-coagulant, l'anémie, certains dérèglements hormonaux (DHEA, GH, métabolisme de la vitamine D, élévation du cortisol), et l'immunosénescence [12].

Ces modifications biologiques mènent à la sarcopénie, qui est à la base de l'expression clinique de la fragilité. Selon *l'European Working Group on Sarcopenia in Older People,* il s'agit d'une perte progressive et généralisée de la masse, de la force et de la fonction musculaire squelettique avec l'avancée en âge. Les causes de la sarcopénie ont été séparées en 2 groupes : la sarcopénie primaire, uniquement liée à l'âge, et la sarcopénie secondaire à une sous-alimentation, à la sédentarité ou à des maladies inflammatoires chroniques [3, 13].

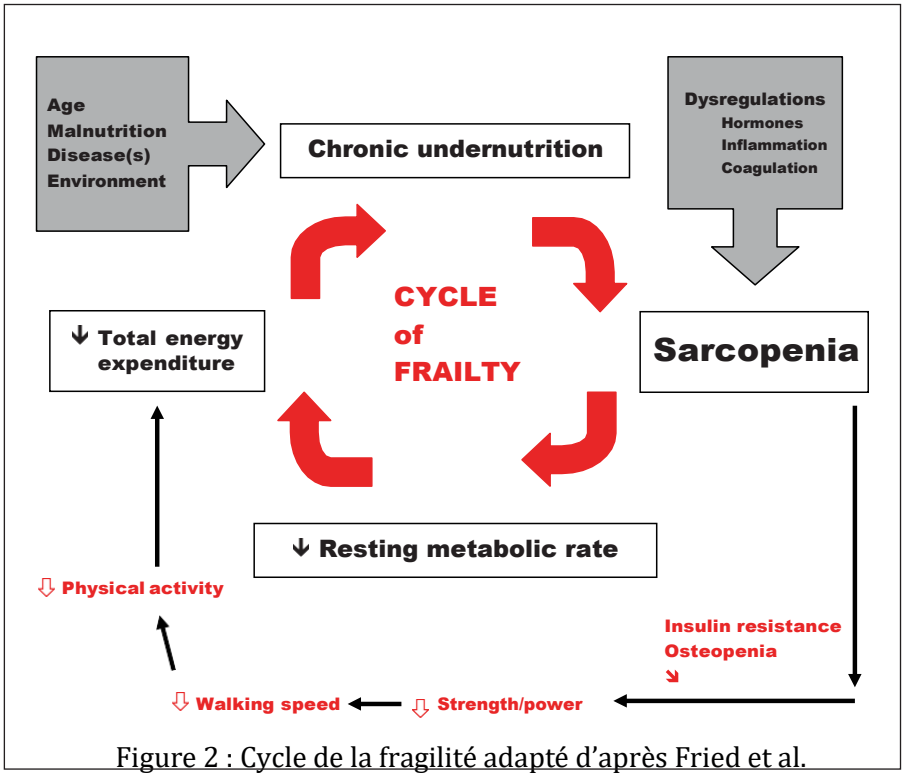


Figure 2 : Cycle de la fragilité adapté d'après Fried et al.

Le processus de fragilité est donc un cycle vicieux où interagissent des facteurs biologiques et environnementaux, qu'il est nécessaire d'interrompre pour éviter les issues défavorables.

iv. Complications

Les conséquences de la fragilité de la personne âgée sont clairement identifiées. Selon le phénotype physique de Fried, les sujets fragiles ont un sur-risque de décès avec HR 1.63 (IC 95% 1.27-2.08), de déclin fonctionnel mesuré par l'ADL avec HR 1.79 (IC95% 1.47-2.17), de chutes avec HR 1.23 (IC95% 1.50-2.21) et d'hospitalisation avec HR 1.27 (IC95% 1.11-1.46) [6].

Avec une autre définition incluant la fonction cognitive, le risque ajusté d'institutionnalisation est augmenté, avec RR 2.54 (IC 95% 1.67-3.86) chez les personnes moyennement fragiles, et RR 2.60 (IC 95% 1.36-4.96) chez les personnes sévèrement fragiles [13].

v. Quelques chiffres

La prévalence de la fragilité dans la population âgée de plus de 65 ans varie de 4% à 43.3%. Cette variation est due aux différents tests utilisés pour la diagnostiquer et à la définition prise en compte. Elle augmente avec l'âge et est plus importante chez les femmes [14].

Selon une étude de 2009 réalisée dans 10 pays européens avec les données de l'étude SHARE de 2004, 15% (IC95% 12.2-17.8) des plus de 65 ans en France étaient fragiles et 43.6% (IC95% 39.6-47.6) étaient pré-fragiles [15].

D'un point de vue économique, la dépendance est associée à une augmentation des dépenses de santé, d'autant plus si elle est associée à des comorbidités [15]. L'Assemblée des Départements de France a estimé l'augmentation du coût de la dépendance entre 3.9 et 4.6 milliards d'euros, d'ici 2025 [16].

vi. Stratégies de prévention

Des projets pour améliorer la prise en charge des personnes âgées sont testés à plusieurs échelles, de l'Europe aux collectivités locales. Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a initié fin 2013 un projet national pour les Personnes Âgées à Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il est testé notamment dans l'est-héraultais. Ce projet vise à élaborer un parcours de santé fluide et coordonné par territoire pour favoriser et sécuriser le maintien à domicile des PAERPA. Il s'appuie sur la mise en place de Coordinations Territoriales d'Appui pouvant regrouper des structures préexistantes comme les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer [17].

Un axe majeur de ce projet porte sur le développement d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Il s'agit d'un outil destiné aux acteurs de ville pour garantir des soins et un suivi à long terme coordonnés par le médecin traitant [Annexe 1]. Ce PPS donne lieu à une rémunération forfaitaire en fonction du nombre de professionnels de santé y participant.

Son élaboration fait suite à une EGS. Il s'agit d'une « méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile » [18]. L'équipe responsable de cette évaluation doit être composée au minimum d'un gériatre, d'une infirmière formée et d'une assistante sociale.

Une EGS effectuée dans une unité d'évaluation gériatrique hospitalière spécialisée est plus efficace sur la mortalité dans les premières années qu'une EGS réalisée en ville [19]. C'est pourquoi des plateformes d'évaluation gériatrique se développent. Elles se chargent aussi de la mise en place des protocoles de soins et du suivi des patients, en étroite collaboration avec les médecins traitants.

vii. Programmes d'interventions

Plusieurs études montrent que la précocité de la prise en charge influe sur le phénomène de réversibilité de la fragilité, notamment sur le plan du déclin fonctionnel [20 ; 21]. Idéalement, les interventions devraient donc être mises en place dès le stade de pré-fragilité, qui se trouve être cliniquement silencieux, d'où l'importance d'un dépistage précoce de ces patients à risque.

Les protocoles de prise en charge sont actuellement très variés. Vu la place centrale de la sarcopénie dans le processus de fragilisation, ils sont centrés sur l'activité physique avec essentiellement un renforcement musculaire, un travail de l'équilibre et de l'endurance. Le programme-type d'activités physiques le plus efficace sur la performance physique associe des exercices variés pendant au moins 5 mois, à une fréquence de 3 fois par semaine maximum et à raison de 30 à 45 minutes par session [22].

Une étude toulousaine de 2015 montre une prévalence de la fragilité de 19.1% (IC 95% 13.9-25.6) dans le groupe contrôle et de 10% (IC 95% 6.5-15.1) dans le groupe d'intervention, après 12 mois de ce type de programme (p=0.01 avec seuil de signification à 0.02) [23].

Les interventions basées sur l'EGS, incluant un contrôle médical de l'application des recommandations et un suivi ambulatoire sur du long terme sont associés de manière significative à une diminution de la mortalité, une amélioration des performances physiques et une réduction des admissions en EHPAD [24].

Par contre, d'autres types de prise en charge ne se sont pas révélés bénéfiques. Il s'agit de l'augmentation des apports caloriques non associée à une activité physique, et la supplémentation hormonale (testostérone, DHEA, hormone de croissance).

Des pistes pharmacologiques sont actuellement explorées, comme les statines pour leur action anti-inflammatoire, l'érythropoïétine, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou encore des inhibiteurs de la myostatine pour bloquer la régulation négative sur le muscle squelettique [25; 3].

viii. Dépistage

Pour être efficace, cette prise en charge préventive nécessite de cibler les patients les plus susceptibles de tirer un bénéfice d'une intervention. La population définie par la HAS pour le dépistage de fragilité est âgée de 70 ans et plus, indemne de maladie grave et sans dépendance avérée [26].

L'utilisation des critères de Fried ou d'un *Frailty Index* n'est possible que pour la recherche. Un test de dépistage utilisable en pratique courante doit être faisable pour le professionnel, adapté au contexte et acceptable pour le patient. Or l'utilisation d'un dynamomètre ou d'un questionnaire à plus de 20 items n'est pas jugé faisable pour le professionnel de premier recours. Un critère facile à évaluer parmi les critères de Fried est la vitesse de marche. Avec un seuil de 1m/s, il apparait comme un bon marqueur de mortalité [27].

De multiples outils de dépistage pour la pratique courante ont été créés. Certains sont utilisables par tout professionnel de santé non sensibilisé au dépistage de la fragilité (*Edmonton Frail Scale* [28]). D'autres sont des questionnaires auto-administrés ou ne nécessitant pas d'examen clinique (*FRAIL scale* [29], *FiND*

Questionnaire [30]). Un dépistage en deux temps, par un médecin généraliste complété par une infirmière formée est aussi proposé (*Easy-Care TOS* [31]).
D'autres études sont nécessaires pour valider la faisabilité et la pertinence de ces outils.

Aussi, une version adaptée pour l'usage ambulatoire de la grille SEGA-A [Annexe 2], développée en 2004 initialement pour évaluer les personnes âgées admises aux urgences, est évaluée et utilisée en France [32].

Un autre outil de dépistage mérite d'être cité : il s'agit du *Gérontopôle Frailty Screening Tool* [Annexe 3]. Il a été créé suite à l'ouverture d'une « plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance » en 2011 par le Gérontopôle de Toulouse [33]. La SFGG et le Conseil National Professionnel de Gériatrie l'ont retenu comme pertinent. La HAS recommande d'utiliser ce questionnaire comme outil de dépistage de la fragilité en médecine générale [26]. Ce questionnaire s'adresse aux patients n'ayant pas de limitation fonctionnelle (ADL > ou = 5/6). Il est composé de huit questions, dont l'une prend en compte la perception subjective du médecin généraliste, ce qui permet de mieux l'impliquer dans le processus décisionnel.

ix. Approche par le médecin traitant

Le rôle de prévention fait partie intégrante des missions du médecin généraliste. Il est l'un des premiers professionnels de santé au contact des personnes âgées à domicile. Il a donc une place centrale dans le dépistage de la fragilité.

Il semble exister une hétérogénéité de pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage de la fragilité auprès des personnes âgées.

Se baser sur l'expérience des médecins généralistes pourrait permettre de corriger ce qui les limite actuellement au plus proche de leurs besoins, pour aboutir à une harmonisation progressive des pratiques et les inciter à s'impliquer davantage.

De ces données et observations découlent les interrogations suivantes : Quelles représentations de la fragilité de la personne âgée ont les médecins généralistes ?

Quel rôle pensent-ils avoir dans le dépistage des personnes âgées fragiles ? Comment se déroule ce dépistage en pratique actuelle ? Quels sont leurs besoins pour mieux dépister les personnes âgées fragiles ?

c. Objectif de l'étude

Décrire les déterminants du dépistage du syndrome de fragilité chez la personne âgée par les médecins généralistes du Gard et villes limitrophes.

2. Matériel et méthode

Afin de garantir la validité interne de l'étude, nous avons suivi les lignes directrices de la grille COREQ [Annexe 4].

a. Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par analyse d'entretiens semi-directifs sous forme de *focus groups* pour répondre à notre question de recherche.

b. Population étudiée

i. Population cible

La population cible de cette étude correspondait aux médecins généralistes installés dans le Gard et les villes limitrophes.

ii. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Nos critères d'inclusion étaient les suivants : médecins généralistes installés, exerçant dans le Gard et les villes limitrophes, volontaires pour participer à l'étude, pratiquant des soins primaires.

Un critère de non-inclusion concernait les médecins généralistes ayant une orientation de pratique excluant les personnes âgées.

c. Echantillonnage

i. Stratégie de recrutement

Les médecins on été contactés par téléphone et par courriel, à partir des listes de Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes de l'année 2018/2019, sur un mode aléatoire à partir des pages jaunes, et par effet boule de neige.

ii. Taille de l'échantillon

Nous avons interrogé 17 médecins au total, répartis en 4 *focus groups* de 6, 3, 4 et 4 personnes.

d. Recueil des données

Les *focus groups* ont eu lieu dans un endroit neutre (salle de réunion d'EHPAD, salle de réunion de maison médicale de garde et de maison de santé pluri-professionnelle) à Nîmes, Beauvoisin, Vauvert et Alès, de décembre 2018 à mars 2019.

Ils ont été co-animés par le directeur de thèse (médecin généraliste et MSU) et l'enquêtrice selon un guide d'entretien établi par l'enquêtrice. Le guide a été légèrement modifié après le premier groupe devant l'apparition de données non prises en compte parmi les questions [Annexe 5]. Des notes de terrain ont été prises après chaque groupe pour prendre en compte les interruptions, digressions, et impressions des animateurs.

Une information brève sur la thématique du sujet a été donnée en fin d'entretien pour corriger les informations inexactes partagées ou pour délivrer les informations manquantes lors de l'échange entre les participants.

Les groupes ont duré entre 1h01 et 1h46. 1h était la durée moyenne annoncée lors du recrutement.

Les entretiens on été enregistrés sur support audio. Nous avons recueilli au préalable le consentement libre et éclairé à l'enregistrement et à l'analyse des données de chaque participant par la signature d'un formulaire [Annexe 6]. Les données recueillies ont été détruites à la fin de l'étude.

Le seuil de saturation des données a été discuté entre les deux animateurs. Au dernier *focus group*, la sensation de ne pas ajouter d'éléments nouveaux aux entretiens déjà menés était partagée.

La retranscription anonymisée des entretiens s'est faite sur le logiciel Microsoft Office Word 2017. Chaque retranscription a été retournée aux participants pour valider leur propos. Aucune correction n'a été apportée.

e. Analyse des données

Les retranscriptions ont été intégrées au logiciel NVivo pour en faciliter l'encodage.

Leur analyse a été réalisée en parallèle des *focus group* afin d'estimer le seuil de saturation des données.

Notre approche d'analyse était de type thématique continue [34]. Elle a abouti à la formation d'un arbre thématique.

3. Résultats

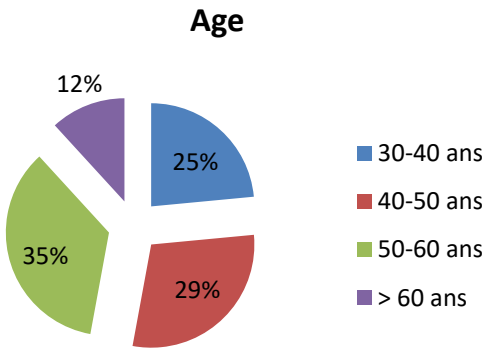
a. Description de l'échantillon

157 médecins éligibles ont été contactés. 136 médecins n'ont pas donné suite ou ont refusé de participer. Parmi les 22 médecins ayant accepté de participer à un *focus group* à une date leur convenant, 5 ne se sont pas présentés à l'entretien. 17 médecins constituaient l'échantillon final, soit 10.8% des médecins éligibles contactés. Nous avons pu constituer 4 groupes de 6, 3, 4 et 4 participants.

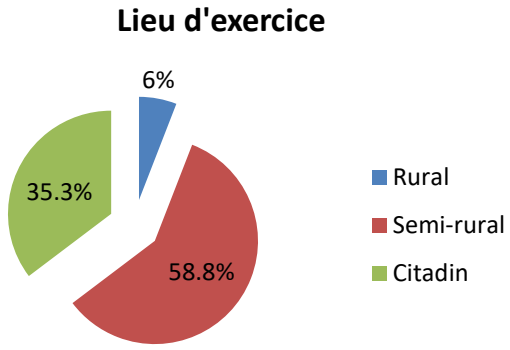
Les médecins ayant refusé de participer ont soulevé le manque de temps disponible pour participer à une réunion d'une heure, le manque d'intérêt pour le sujet de l'étude ou pour participer à un travail de thèse.

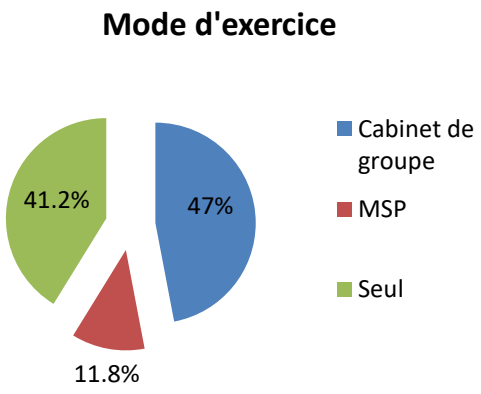
i. Caractéristiques de l'échantillon

La moyenne d'âge des participants était de 48 ans, la plus jeune ayant 31 ans et le plus âgé ayant 65 ans. La majorité (70.6%) des participants étaient des femmes.

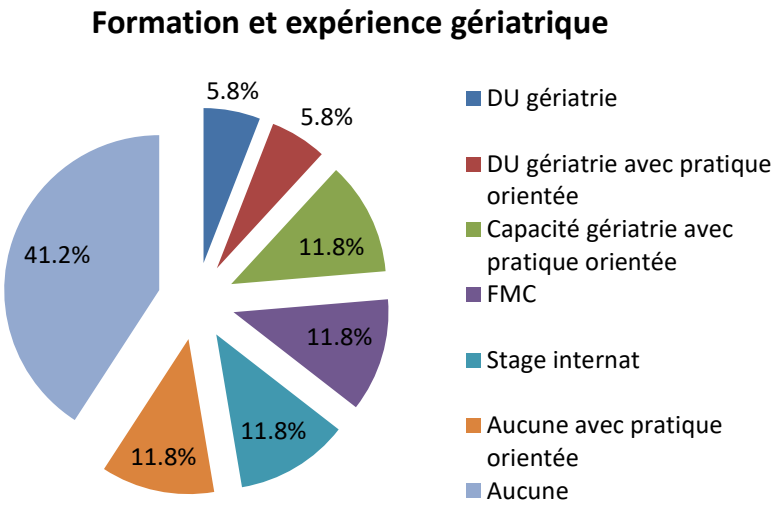


94.1% exerçaient en milieu semi-rural à citadin, et 58.9% en groupe.





23.5% avaient au moins un Diplôme Universitaire de gériatrie, et 37.4% des médecins ayant eu une formation avaient une pratique orientée vers la gériatrie. A l'inverse, 53% des participants n'avaient aucune formation gériatrique. Parmi eux, 11.8% avaient tout de même orienté leur pratique vers la gériatrie. Au total, 29.4% des médecins interrogés avaient une pratique orientée vers la gériatrie.



Ces caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous, groupe par groupe :

Participants	Age (ans)	Sexe	Type d'exercice	Formation et expérience gériatrique	Lien avec la faculté de médecine
Médecin 1	46	M	Semi-rural en groupe	-DU gériatrie -Médecin coordinateur d'EHPAD	MSU
Médecin 2	32	F	Semi-rural en MSP	Stage SSR gériatrique (internat)	MSU
Médecin 3	42	M	Semi-rural en groupe	Pas de formation ni d'expérience	MSU
Médecin 4	62	F	Semi-rural en MSP	-Capacité gériatrie -Interventions nombreuses en EHPAD	MSU
Médecin 5	31	F	Semi-rural en groupe	Stage gériatrie CHU (internat)	Aucun
Médecin 6	52	F	Semi-rural seul	FMC	-MSU -Tuteur GEPT

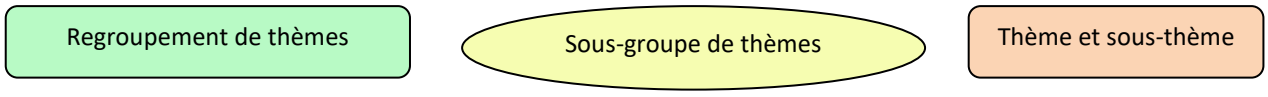
Médecin 7	58	M	Citadin en groupe	Pas de formation ni d'expérience	MSU
Médecin 8	48	F	Semi-rural en groupe	Pas de formation ni d'expérience	-MSU -Directeur de thèse
Médecin 9	40	F	Citadin seul	Médecin coordinateur d'EHPAD	MSU
Médecin 10	65	M	Citadin seul	Pas de formation ni d'expérience	Aucun
Médecin 11	59	F	Semi-rural seul	Pas de formation ni d'expérience	Aucun
Médecin 12	41	M	Citadin en groupe	-1ère année capacité gériatrie -Organisateur formation sur la fragilité de la personne âgée (FMC)	MSU
Médecin 13	58	F	Semi-rural seul	Pas de formation ni d'expérience	Aucun
Médecin 14	50	F	Citadin seul	Interventions nombreuses en EHPAD	MSU
Médecin 15	36	F	Semi-rural en groupe	Pas de formation ni d'expérience	-MSU -Tuteur GEPT
Médecin 16	59	F	Rural seul	DU gériatrie	Aucun
Médecin 17	35	F	Citadin en groupe	FMC	MSU

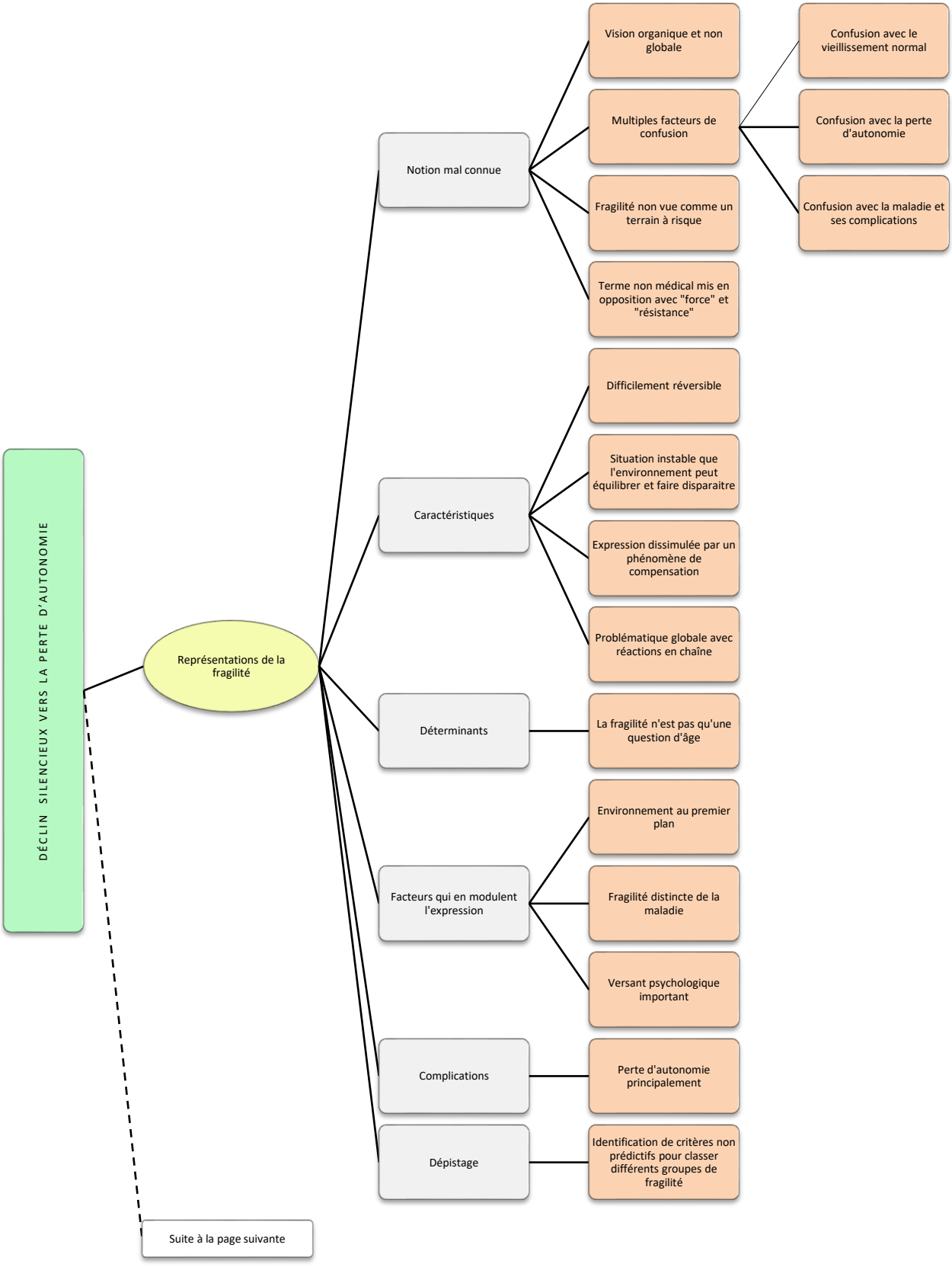
b. Analyse thématique

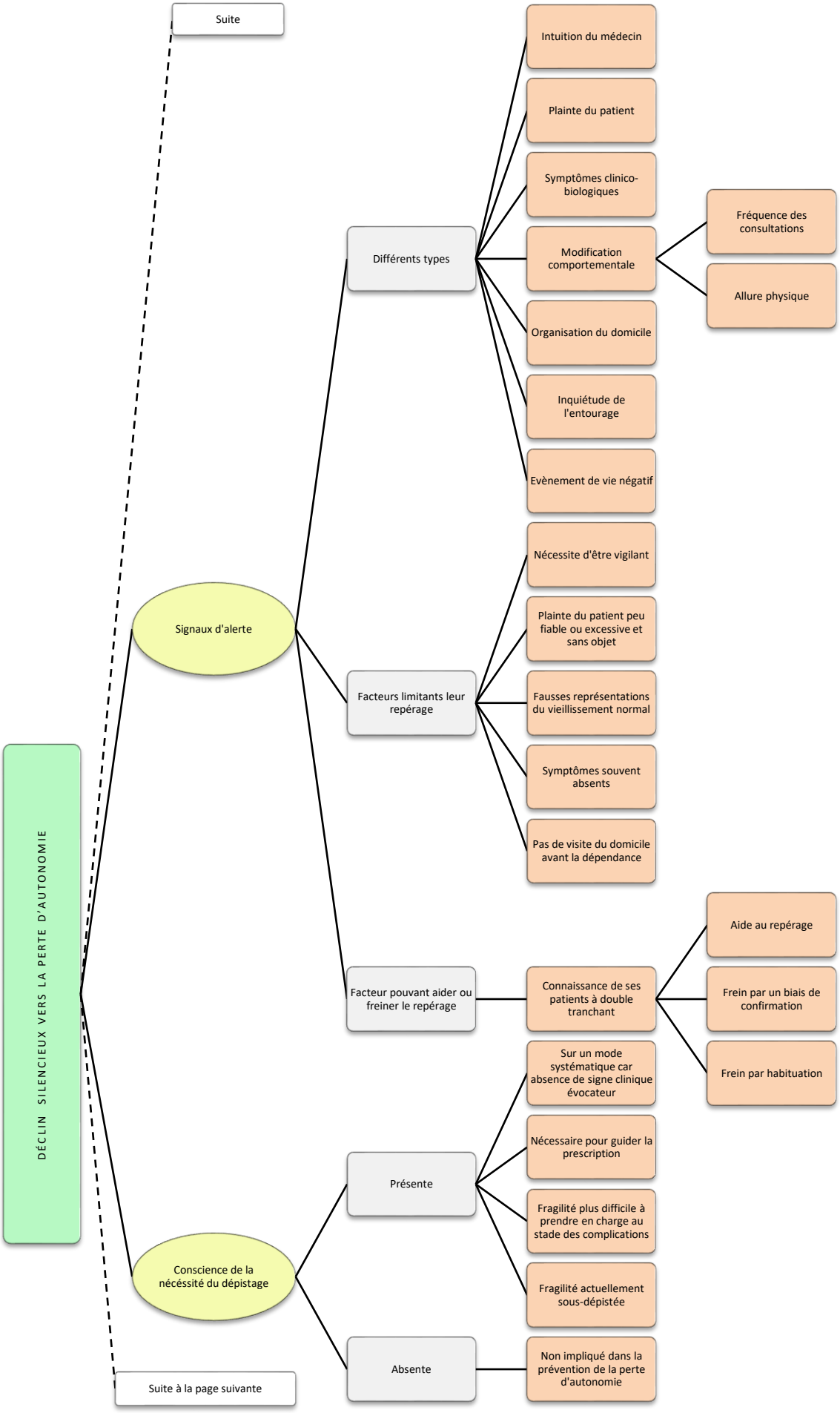
4 regroupements de thèmes ont été identifiés :

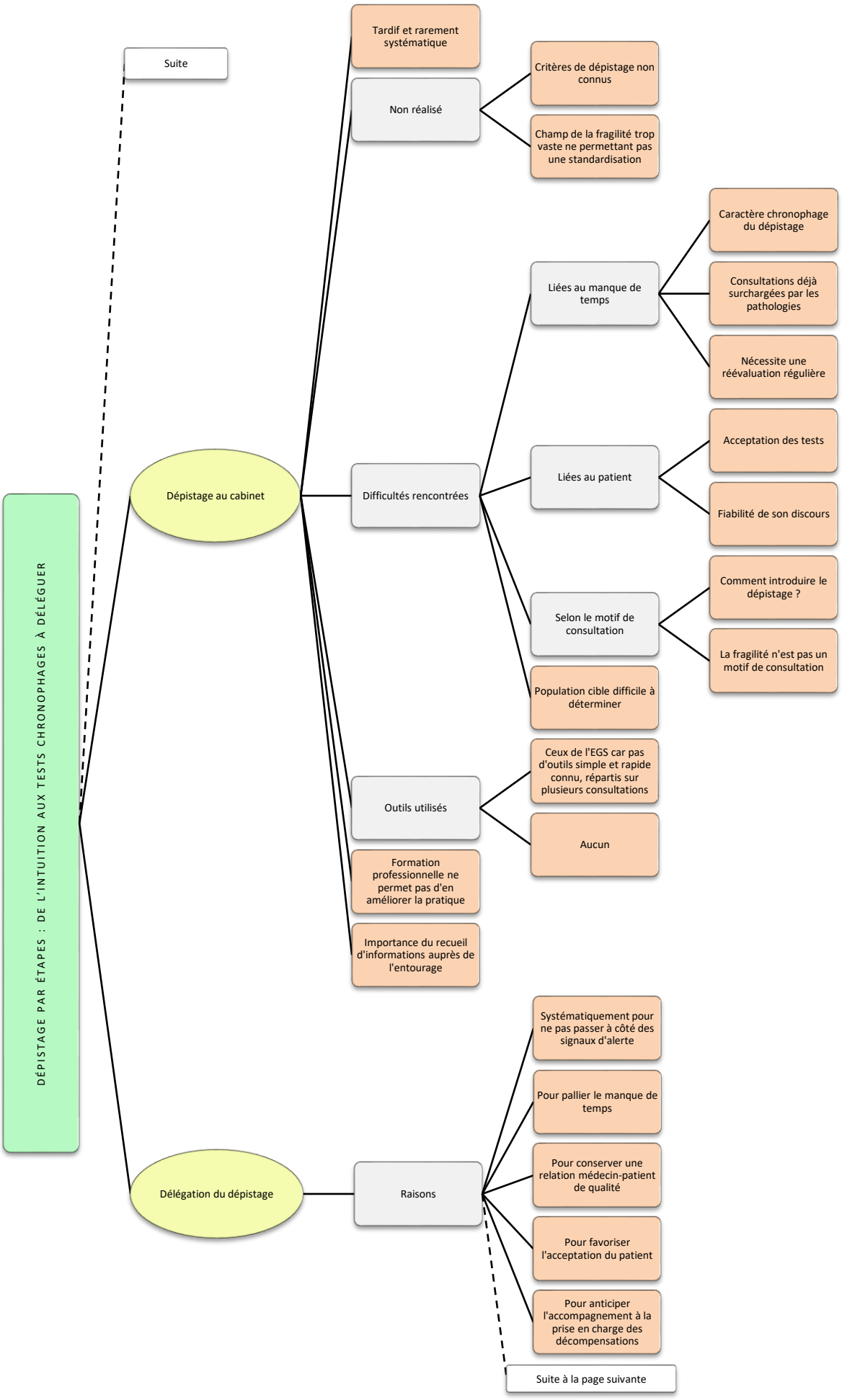
- Déclin silencieux vers la perte d'autonomie ;
- Dépistage par étapes : de l'intuition aux tests chronophages à déléguer ;
- Objectif : limitation du déclin fonctionnel, mais pas de moyens adaptés ;
- Renforcer la coordination autour du médecin traitant.

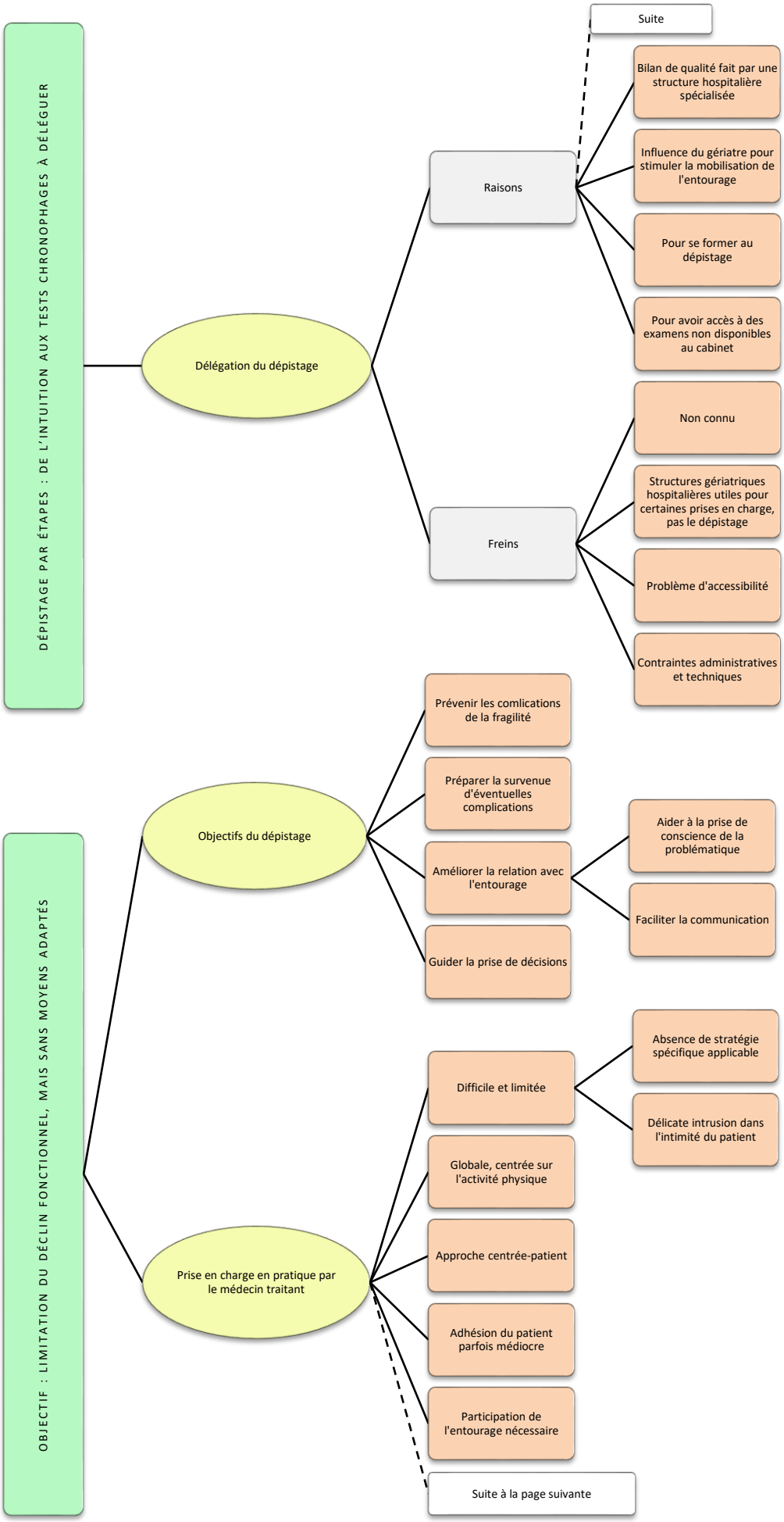
Ils sont détaillés dans l'arbre thématique ci-dessous avec la légende suivante :

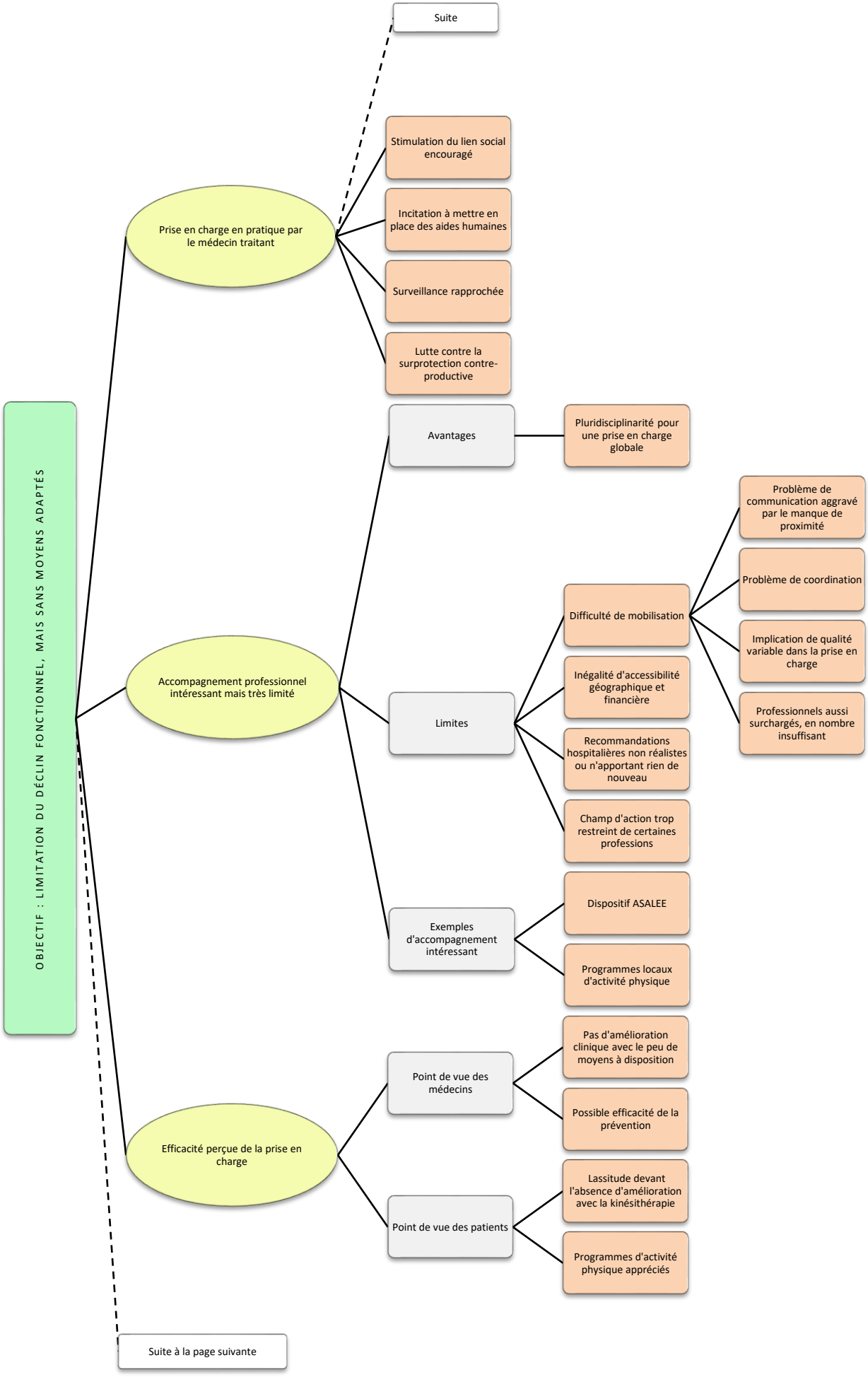


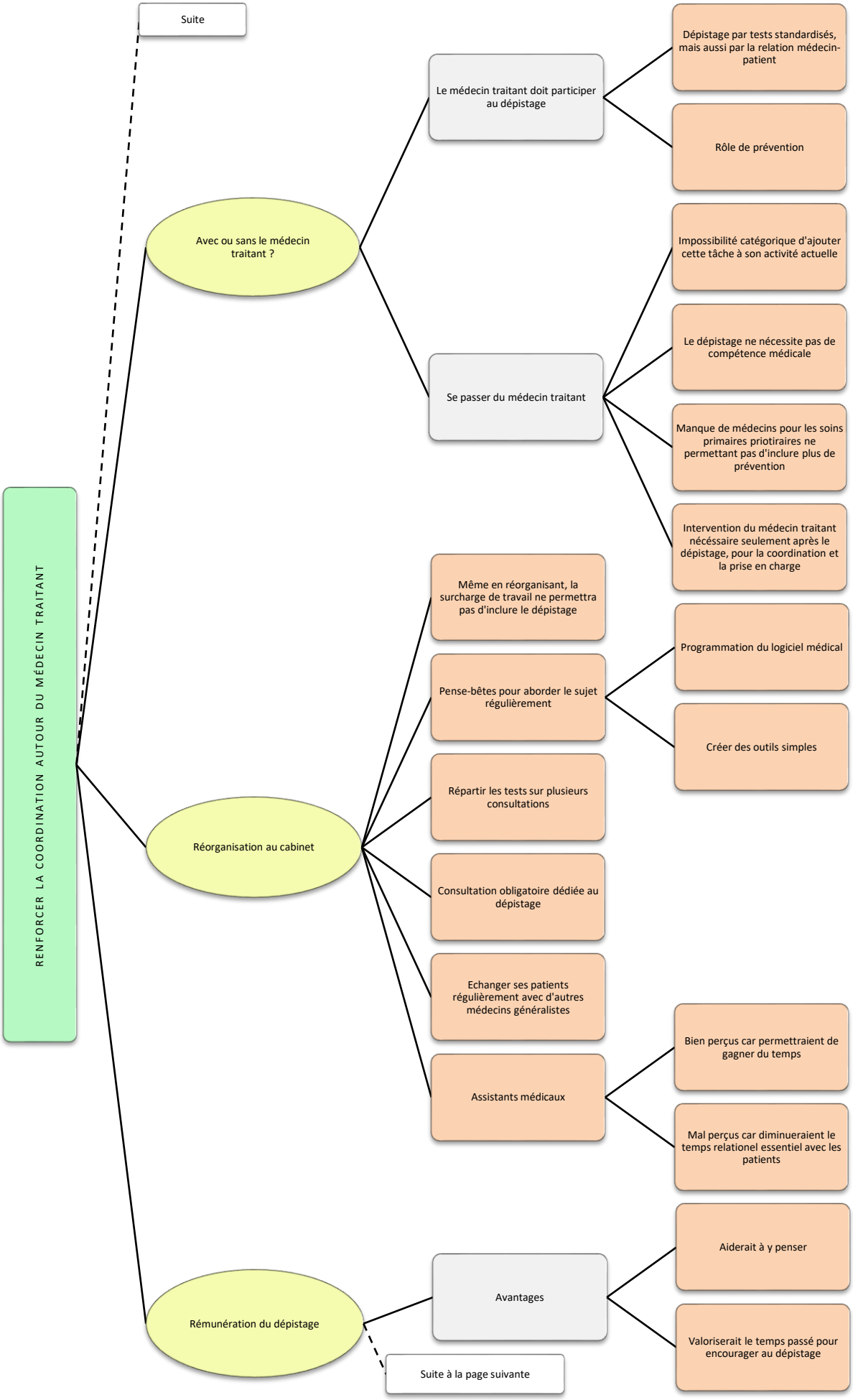

DÉCLIN SILENCIEUX VERS LA PERTE D'AUTONOMIE
Représentations de la fragilité
Notion mal connue
Vision organique et non globale
Multiples facteurs de confusion
Confusion avec le vieillissement normal
Confusion avec la perte d'autonomie
Confusion avec la maladie et ses complications
Fragilité non vue comme un terrain à risque
Terme non médical mis en opposition avec "force" et "résistance"
Caractéristiques
Difficilement réversible
Situation instable que l'environnement peut équilibrer et faire disparaitre
Expression dissimulée par un phénomène de compensation
Problématique globale avec réactions en chaîne
Déterminants
La fragilité n'est pas qu'une question d'âge
Facteurs qui en modulent l'expression
Environnement au premier plan
Fragilité distincte de la maladie
Versant psychologique important
Complications
Perte d'autonomie principalement
Dépistage
Identification de critères non prédictifs pour classer différents groupes de fragilité
Suite à la page suivante

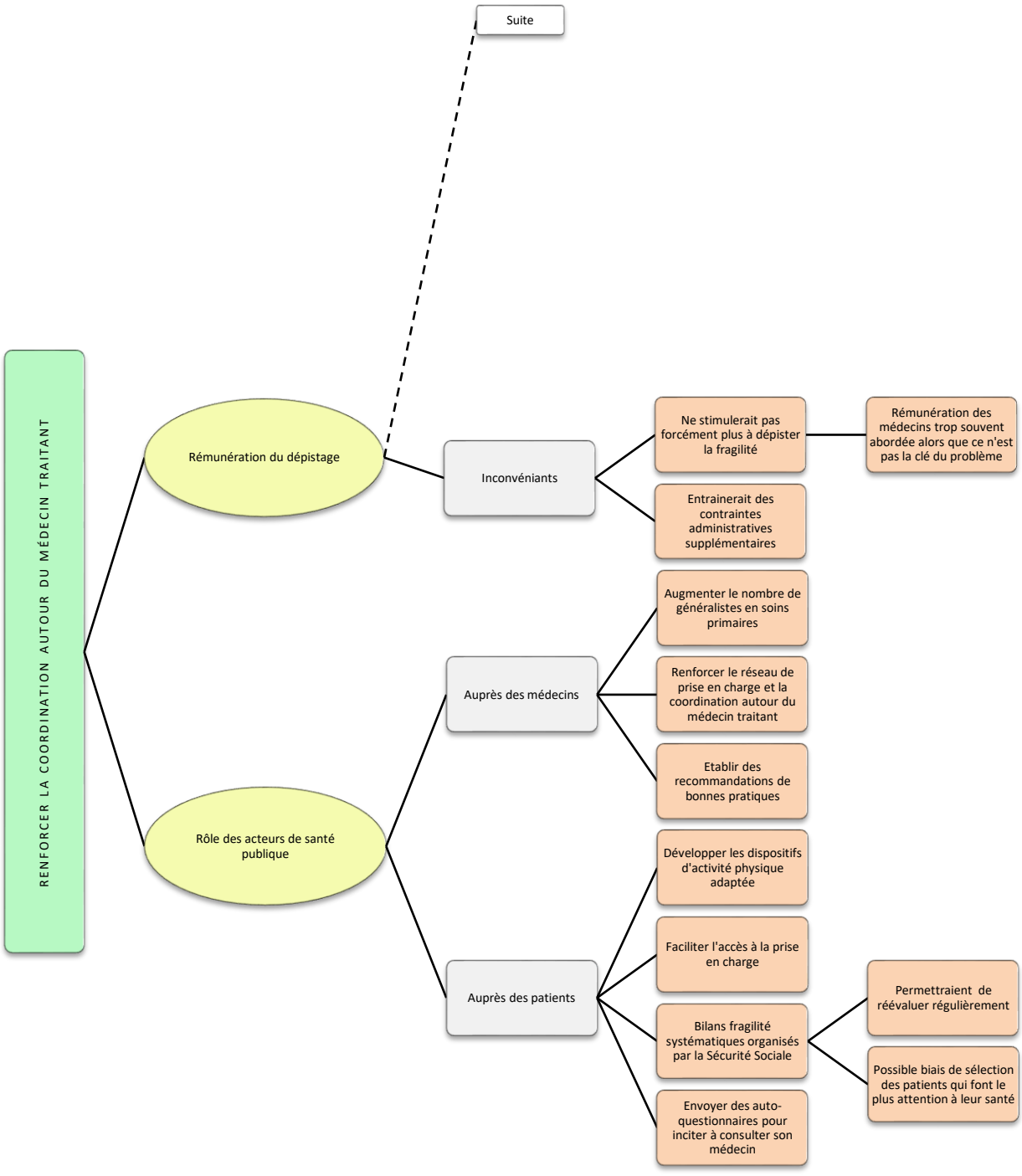

DÉCLIN SILENCIEUX VERS LA PERTE D'AUTONOMIE
Signaux d'alerte
Différents types
Intuition du médecin
Plainte du patient
Symptômes clinico-biologiques
Modification comportementale
Fréquence des consultations
Allure physique
Organisation du domicile
Inquiétude de l'entourage
Evènement de vie négatif
Facteurs limitants leur repérage
Nécessite d'être vigilant
Plainte du patient peu fiable ou excessive et sans objet
Fausses représentations du vieillissement normal
Symptômes souvent absents
Pas de visite du domicile avant la dépendance
Facteur pouvant aider ou freiner le repérage
Connaissance de ses patients à double tranchant
Aide au repérage
Frein par un biais de confirmation
Frein par habituation
Conscience de la nécéssité du dépistage
Présente
Sur un mode systématique car absence de signe clinique évocateur
Nécessaire pour guider la prescription
Fragilité plus difficile à prendre en charge au stade des complications
Fragilité actuellement sous-dépistée
Absente
Non impliqué dans la prévention de la perte d'autonomie
Suite
Suite à la page suivante


DÉPISTAGE PAR ÉTAPES : DE L'INTUITION AUX TESTS CHRONOPHAGES À DÉLÉGUER
Suite
Dépistage au cabinet
Tardif et rarement systématique
Non réalisé
Critères de dépistage non connus
Champ de la fragilité trop vaste ne permettant pas une standardisation
Difficultés rencontrées
Liées au manque de temps
Caractère chronophage du dépistage
Consultations déjà surchargées par les pathologies
Nécessite une réévaluation régulière
Liées au patient
Acceptation des tests
Fiabilité de son discours
Selon le motif de consultation
Comment introduire le dépistage ?
La fragilité n'est pas un motif de consultation
Population cible difficile à déterminer
Outils utilisés
Ceux de l'EGS car pas d'outils simple et rapide connu, répartis sur plusieurs consultations
Aucun
Formation professionnelle ne permet pas d'en améliorer la pratique
Importance du recueil d'informations auprès de l'entourage
Délégation du dépistage
Raisons
Systématiquement pour ne pas passer à côté des signaux d'alerte
Pour pallier le manque de temps
Pour conserver une relation médecin-patient de qualité
Pour favoriser l'acceptation du patient
Pour anticiper l'accompagnement à la prise en charge des décompensations
Suite à la page suivante


DÉPISTAGE PAR ÉTAPES : DE L'INTUITION AUX TESTS CHRONOPHAGES À DÉLÉGUER
Délégation du dépistage
Raisons
Suite
Bilan de qualité fait par une structure hospitalière spécialisée
Influence du gériatre pour stimuler la mobilisation de l'entourage
Pour se former au dépistage
Pour avoir accès à des examens non disponibles au cabinet
Freins
Non connu
Structures gériatriques hospitalières utiles pour certaines prises en charge, pas le dépistage
Problème d'accessibilité
Contraintes administratives et techniques
OBJECTIF : LIMITATION DU DÉCLIN FONCTIONNEL, MAIS SANS MOYENS ADAPTÉS
Objectifs du dépistage
Prévenir les comlications de la fragilité
Préparer la survenue d'éventuelles complications
Améliorer la relation avec l'entourage
Aider à la prise de conscience de la problématique
Faciliter la communication
Guider la prise de décisions
Prise en charge en pratique par le médecin traitant
Difficile et limitée
Absence de stratégie spécifique applicable
Délicate intrusion dans l'intimité du patient
Globale, centrée sur l'activité physique
Approche centrée-patient
Adhésion du patient parfois médiocre
Participation de l'entourage nécessaire
Suite à la page suivante


OBJECTIF : LIMITATION DU DÉCLIN FONCTIONNEL, MAIS SANS MOYENS ADAPTÉS
Prise en charge en pratique par le médecin traitant
Stimulation du lien social encouragé
Incitation à mettre en place des aides humaines
Surveillance rapprochée
Lutte contre la surprotection contre-productive
Suite
Accompagnement professionnel intéressant mais très limité
Avantages
Pluridisciplinarité pour une prise en charge globale
Limites
Difficulté de mobilisation
Problème de communication aggravé par le manque de proximité
Problème de coordination
Implication de qualité variable dans la prise en charge
Professionnels aussi surchargés, en nombre insuffisant
Inégalité d'accessibilité géographique et financière
Recommandations hospitalières non réalistes ou n'apportant rien de nouveau
Champ d'action trop restreint de certaines professions
Exemples d'accompagnement intéressant
Dispositif ASALEE
Programmes locaux d'activité physique
Efficacité perçue de la prise en charge
Point de vue des médecins
Pas d'amélioration clinique avec le peu de moyens à disposition
Possible efficacité de la prévention
Point de vue des patients
Lassitude devant l'absence d'amélioration avec la kinésithérapie
Programmes d'activité physique appréciés
Suite à la page suivante


RENFORCER LA COORDINATION AUTOUR DU MÉDECIN TRAITANT
Suite
Avec ou sans le médecin traitant ?
Le médecin traitant doit participer au dépistage
Dépistage par tests standardisés, mais aussi par la relation médecin-patient
Rôle de prévention
Se passer du médecin traitant
Impossibilité catégorique d'ajouter cette tâche à son activité actuelle
Le dépistage ne nécessite pas de compétence médicale
Manque de médecins pour les soins primaires priotiraires ne permettant pas d'inclure plus de prévention
Intervention du médecin traitant nécéssaire seulement après le dépistage, pour la coordination et la prise en charge
Réorganisation au cabinet
Même en réorganisant, la surcharge de travail ne permettra pas d'inclure le dépistage
Pense-bêtes pour aborder le sujet régulièrement
Programmation du logiciel médical
Créer des outils simples
Répartir les tests sur plusieurs consultations
Consultation obligatoire dédiée au dépistage
Echanger ses patients régulièrement avec d'autres médecins généralistes
Assistants médicaux
Bien perçus car permettraient de gagner du temps
Mal perçus car diminueraient le temps relationel essentiel avec les patients
Rémunération du dépistage
Avantages
Aiderait à y penser
Valoriserait le temps passé pour encourager au dépistage
Suite à la page suivante


RENFORCER LA COORDINATION AUTOUR DU MÉDECIN TRAITANT
Rémunération du dépistage
Suite
Inconvéniants
Ne stimulerait pas forcément plus à dépister la fragilité
Rémunération des médecins trop souvent abordée alors que ce n'est pas la clé du problème
Entrainerait des contraintes administratives supplémentaires
Rôle des acteurs de santé publique
Auprès des médecins
Augmenter le nombre de généralistes en soins primaires
Renforcer le réseau de prise en charge et la coordination autour du médecin traitant
Etablir des recommandations de bonnes pratiques
Auprès des patients
Développer les dispositifs d'activité physique adaptée
Faciliter l'accès à la prise en charge
Bilans fragilité systématiques organisés par la Sécurité Sociale
Permettraient de réévaluer régulièrement
Possible biais de sélection des patients qui font le plus attention à leur santé
Envoyer des auto-questionnaires pour inciter à consulter son médecin

i. Déclin silencieux vers la perte d'autonomie

1. Représentations de la fragilité

Les premiers mots des médecins interrogés sur leur représentation de la fragilité concernaient les facteurs qui en modulent l'expression, avec l'environnement au premier plan :

Médecin 11 : *« C'est l'environnement moi qui me parait le plus important. »*

La place de la construction psychologique de la personne et de ses croyances était aussi importante :

M17 : *« Ca joue énormément. Après il y a aussi les croyances, les gens qui ont une religion.* - M14 *: La construction psychique. »*

Les médecins interrogés parlaient aussi :

- De la iatrogénie :

  M7 *: « Il y a la fragilité par rapport à la iatrogénie des médicaments, l'observance des traitements »*
- Du niveau socio-culturel :

  M17 à propos d'une patiente *: « Elle était enseignante donc elle avait un niveau. Elle avait fait l'école normale, elle avait un niveau quand même d'instruction assez important. Donc elle me parlait, ça avait l'air cohérent tout ce qu'elle me disait.»*
- De la position d'aidant :

  M3 à propos d'une patiente : *« Elle est allée pleurer à la pharmacie, qu'elle en pouvait plus, que son mari avait certainement des troubles cognitifs, qu'il voulait voir personne, qu'elle ne savait pas comment faire, qu'elle était complètement paumée avec ça. Je pense qu'elle est fragile par rapport à ça. »*
- Des pathologies pré-existantes :

  M17 : *« Et après leurs pathologies* - M15 *: Qu'elles soient stables* - M17 *: Voilà, les diabétiques, les troubles cognitifs, ceux qui ont les Parkinson selon comment ils se déplacent ils sont plus fragiles que d'autres. »*

Pour certains médecins, les notions de fragilité et de maladie étaient très distinctes :

M12 *: « Non, moi la notion que j'en ai c'est quelqu'un de fragile c'est pas*

quelqu'un de malade, il n'y a pas forcément de pathologie avant. C'est avant la maladie. »

Alors que pour d'autres, la maladie et ses complications étaient à la base du développement de la fragilité :

- M14 *: « Sans complications, non, pas tout de suite. Ca risque d'arriver. Moi je ne le considère pas comme fragile tant qu'il n'y a pas de complications. C'est possiblement fragile dans le temps, mais pas de suite. »*

Les médecins ont parlé dans le même temps des déterminants de la fragilité :

- L'isolement :

  M11 : *« C'est une fragilité qui n'est plus physique, qui est due à la solitude, de l'isolement qu'on peut voir chez certaines personnes. »*

- La dénutrition :

  M7 : « *il y a la fragilité par rapport à l'alimentation »*

- Mais aussi les troubles cognitifs et la dépression :

  M9 : *« … dans les champs que l'on recherche, de la marche, de la thymie, de la mémoire »*

La fragilité n'était pas qu'une question d'âge :

M8 *: « je pense que la fragilité ce n'est pas forcément lié à l'âge. »*

M17 : *« C'est variable, parce qu'il y a des personnes très âgées qui sont pas fragiles, et des personnes moins âgées qui sont fragiles. »*

Mais l'âge restait l'un des déterminants principaux de la fragilité :

M1 : *« Ben le vieillissement c'est un facteur de fragilité* - M2 : *C'est un des déterminants* - M1 : *Mais qui seul n'est pas suffisant parce que il faut des co-facteurs pour devenir fragile. T'as des personnes de 90 ans que tu pourrais ne pas considérer comme fragile parce qu'ils sont absolument et bien entourés et bien orientés. Bon c'est rare quand même, à 90 ans ils sont à peu près tous fragiles »*

La fragilité était perçue comme une problématique clinique globale avec réactions en chaîne :

M4 *: « Il faut prendre tout l'ensemble parce que en fait … un truc en entraine un autre, en entraine un autre »*

M14 *: « Et puis elle est sociale, elle est psychologique, elle est physique. Et quand tout s'imbrique et tout arrive en même temps par exemple, c'est terrible. »*

Il était possible d'empêcher la fragilité d'évoluer, mais pour certains médecins elle était constitutive du patient et n'était donc pas réversible :

M13 *: « Après, qu'on apporte des choses pour limiter cette fragilité, c'est en effet ce dont tu parles. Bien sûr, on va la limiter. Mais ça n'empêche que, à la base, elle restera fragile. [...] Visuellement, il y a des choses qui vont m'alerter. Après je vais essayer de faire des choses pour limiter cette fragilité, mais elle sera là quand même. »*

Alors que pour d'autres, c'était avant tout une situation instable que l'on pouvait rééquilibrer en adaptant l'environnement et donc faire disparaître :

M1 *: « Donc quelque part, j'ai envie de dire, il n'y a presque plus de fragilité puisque le cadre est mis et que l'on met les choses en place. »*

L'expression de la fragilité était dissimulée par un mécanisme de compensation, jusqu'à un certain point :

M1 *: « La fragilité elle concerne surtout des personnes fragiles mais qui masquent. »*

M10 *: « A chaque fois qu'il y a des choses chroniques, les gens s'organisent autour de leur chronicité, et ils gardent toujours le même aspect sociabilisé etc … jusqu'au moment où ça casse, et ils décompensent. »*

La perte d'autonomie a été très rapidement abordée par les médecins. Elle était identifiée par la plupart des médecins comme une complication de la fragilité :

M1 *: « A mon avis si tu as une perte d'autonomie qui découle d'un évènement, c'est qu'il y avait déjà une fragilité. »*

Mais la personne âgée pouvait aussi être fragile du fait de sa perte d'autonomie :

M1 *: « Tu peux avoir des pathologies franches, voilà l'AVC hop tu deviens …tu perds de l'autonomie, bon tu rentres dans un cadre de fragilité parce que automatiquement avec la perte d'autonomie… »*

M14 *: « Ben la perte d'autonomie abouti à la fragilité. Enfin, c'est un facteur de fragilité, ça c'est sûr. »*

Globalement, la fragilité était synonyme de perte d'autonomie. D'ailleurs, en parlant de fragilité les médecins ont évoqué des situations de dépendance :

M10 *: « Alors si on me parle d'une personne âgée, et qu'on veut me parler de sa fragilité, c'est à l'autonomie que je pense. [...] Je suis en train de suivre depuis récemment un monsieur dont le médecin est parti en retraite. Il a toute sa tête, il a une maladie de Parkinson. Les hypertonies, etc. Il est immobile, il a sa femme qui est aussi âgée que lui, lui a toute sa tête, mais il est en perte d'autonomie évidente [...] Il a un très bon cœur, il a un très bon rein, mais ce bonhomme là ne peut plus marcher ni se lever. »*

Globalement, la notion de fragilité était assez peu connue et difficile à comprendre, comme le soulignait l'un des médecins :

M12 *: « Moi ça m'évoque une définition bien précise qui, je pense malheureusement, est très peu perçue par les médecins. En fait cette notion de fragilité je pense qu'elle n'est pas du tout définie ou comprise pas les médecins. »*

M12 *: « Moi ce qui m'embête, c'est que cette définition de fragilité elle n'est déjà pas claire du tout.* - M11 *: Si tu peux nous la donner ce serait bien !* - M12 *: Donc après en fait on parle de dépister quelque chose qui n'est pas clair pour personne. Donc rien que dans ce concept, en fait, c'est quelque chose qui me choque. »*

La fragilité a été confondue avec le vieillissement normal :

M10 *: « Cette fragilité, chez cette femme de 65 ans qui fait sa cystite, on la connait : c'est la ménopause, c'est l'atrophie de la muqueuse vulvaire. »*

Avec une vision organique et non globale :

M10 *: « Ca veut dire quoi la fragilité ? Une insuffisance hépatique ? Une insuffisance rénale ? »*

M10 : « Voilà, quand on parle de fragilité on met tout dans le même paquet, c'est ça que je n'arrive pas à attraper [...] J'ai du mal à englober la totalité du bonhomme dans cette boite où on a mis l'étiquette « fragile ». »

Quelques médecins ne la voyaient pas comme un terrain à risque. Son expression clinique était définie comme un type de réaction non pathologique et non prévisible à un problème :

> M15 *: « Face à la maladie on ne peut pas savoir. Face à une hospitalisation, chacun réagit différemment. »*

Et ses conséquences étaient confondues avec diverses pathologies :

> M14 *: « Mais on ne peut pas savoir si quelqu'un va développer une démence, une neuropathie, ou si quelqu'un va développer forcément une dépression. Je trouve qu'un diabétique on sait qu'il y a une épée de Damoclès quelque part, qui ne descendra peut-être pas, mais qui est quand même là. Quelqu'un qui va très bien, c'est plus difficile de dire ça. Enfin moi je pense. »*

Ce manque de compréhension du concept de fragilité était en partie expliqué par le fait que ce terme n'est pas médical :

> M10 *: « Mais le terme de fragilité ne me parait pas médical. »*
>
> M10 *: « A la limite pour un colis, avec une étiquette « fragile » je comprends, mais une personne vivante fragile ça n'a plus de sens pour moi. »*

Il était perçu comme une réponse émotionnelle, en opposition avec les notions de « force de caractère » et de « résistance » :

> M14 : *« Et moi j'ai des patients, pour aller à l'encontre presque, il y a des patients qui m'ont bluffés parfois. Moi j'en ai une comme ça. Alors je la surveille quand même bien sûr, mais incroyable.* - M17 *: Moi c'est pareil, j'ai le même cas.* - M14 *: Mais une force ! Insoupçonnable. Comme quoi ça peut être l'inverse. »*
>
> M17 *: « Moi par rapport au cancer, j'ai une patiente qui avait un cancer métastasé. Même à Val d'Aurel ils n'en revenaient pas, tous les traitements qu'elle a eu, elle a tenu bon, elle a tenu bon, parce que c'était une dame qui s'accrochait, qui croyait, qui était très entourée, qui avait une force de caractère. Et d'autres qui ont des pathologies, des cancers moins évolués au départ, qui se dégradent très très vite, et qui baissent les bras. »*

Il a tout de même été évoqué l'existence de critères pour classer différents niveaux de fragilité à un temps T :

M9 *: « Moi j'entendais les critères de fragilité comme étant des critères de surveillance pour savoir si on avait un patient qui était plutôt robuste, plutôt pré-fragile, plutôt fragile. »*

M14 *: « Je crois que ce n'est pas parce qu'on n'a pas les critères que la personne peut ne pas, enfin ne deviendra pas fragile. On n'est pas malade jusqu'à ce qu'on le devienne. »*

2. Signaux d'alerte

Différents types de signaux pouvaient alerter les médecins sur l'existence d'une potentielle fragilité chez leurs patients :

- L'intuition du médecin concernant des paramètres physiques :

  M1 *: « C'est-à-dire que c'est un dépistage intuitif [...] Franchement je pense qu'il y a quelque chose de ce côté-là où on a une expérience. »*

  M10 *: « C'est très intuitif.* - M13 *: C'est très intuitif, mais surtout notre travail de tous les jours, quand on reçoit quelqu'un ou quand on va chez quelqu'un, on va regarder comment il va se lever, comment il va parler, comment il va s'exprimer, les mouvements qu'il va faire, et déjà il y a une partie du diagnostic qui va être posé. Inconsciemment, mais on est orientés toujours. »*

  M13 *: « Et c'est vrai que du premier coup d'œil, enfin pour moi j'imagine une personne fragile parce que je vais voir qu'elle va avoir des petits troubles de la marche, qu'elle va avoir des mouvements un petit peu difficiles, qu'elle va avoir du mal à se stabiliser, qu'elle va avoir peut être du mal à m'entendre … Visuellement, il y a des choses qui vont m'alerter. »*

- Les symptômes clinico-biologiques :

  M7 *: « Petit à petit chez tel patient on va se rendre compte que effectivement la nutrition est pas top, que l'équilibre est pas top, que au fur et à mesure, des choses vont commencer à pointer, et c'est là qu'on va, enfin que moi je vais commencer à chercher à dépister. »*

  M9 *: « Après il y a des choses qui sont plus faciles que d'autres. Sur les biologies par exemple, quand on voit des albumines qui diminuent ou qui plongent, on se pose déjà plus de questions. »*

- Les plaintes du patient *:*

  M15 *: « Les gens aussi ils nous en parlent, ils nous le disent aussi : « Je ne suis plus comme avant, j'oublie plein de choses, je suis obligé de tout noter ». »*

- L'organisation du domicile :

  M10 *: « Mais est-ce que l'environnement ce n'est pas déjà un symptôme ? Quand on rentre chez quelqu'un d'âgé, le premier regard qu'on a : Comment c'est, c'est propre ? C'est sale ? C'est en ordre ou en désordre ? C'est fermé ? Les volets sont ouverts ? Est-ce que l'environnement n'est pas déjà un symptôme de la fameuse fragilité ? »*

- Les modifications comportementales, que ce soit dans la fréquence des consultations :

  M14 *: « La répétition des consultations aussi parfois.* - M17 *: Ou l'absence, quand ils doivent venir et qu'ils ne viennent pas. Et en fonction de ce qu'ils disent : « Bon bah j'ai oublié », alors qu'ils n'ont pas 150 choses à faire, en plus le rendez-vous est noté sur leur ordonnance. Enfin ils ne peuvent pas le rater quoi. Donc ça c'est un indice aussi. »*

  Ou un changement de leur allure physique :

  M14 *: « Il y a aussi ça, l'état de propreté. Moi ça m'a alertée chez une patiente, qui est une ancienne infirmière, qui était toujours clean. Et la dernière fois que je l'ai vue ça m'a vraiment choquée. Et là pour moi c'est un déclencheur quoi. »*

  M17 *: « Oui, quand ils sont habillés pas en rapport avec la saison. Moi j'avais une dame comme ça, elle était toujours bien habillée, elle était maquillée ...*

  - M14 *: Et il faisait 40 degrés, et elle avait mit la combinaison de ski !* - M17 *: Et la ceinture par-dessus la jupe, un autre truc par-dessus. J'ai dis : « Là il y a un problème ». »*

  - L'inquiétude de l'entourage :

  M15 *: « Il peut y avoir la famille aussi qui alerte. »*

  - Les évènements de vie négatifs :

  M14 *: « Un cambriolage, un décès… Je ne sais pas, tout ce qui peut bouleverser un petit rythme de vie. »*

Plusieurs facteurs rendant difficile le repérage de ces signaux d'alertes ont été

pointés du doigt, dont la baisse de vigilance :

> M10 *: « Et puis on a nos limites. On est des êtres humains. Il y a des moments où on est fatigués et on passe à côté … Parce que le cerveau, il n'est pas concentré. »*
> M14 *: « Et le garder à l'esprit déjà. Je pense que ne serait-ce que le garder à l'esprit, être vigilant. »*

Aussi, les plaintes du patient n'étaient pas toujours fiables. Elles pouvaient être excessives mais sans objet :

> M14 *: « Il y en a beaucoup plus qui s'inquiètent pour rien que … »*

Les fausses représentations du vieillissement dont étaient victimes les patients, leur entourage et les médecins eux-mêmes réduisaient la possibilité de détection des signaux d'alerte :

> M9 *: « Parce que c'est vrai qu'on a tous des représentations de la personne vieillissante, et que du coup dans la tête des familles ce n'est pas toujours très très clair. Ce n'est pas toujours très très clair dans la notre non plus d'ailleurs. »*

Les symptômes de fragilité étaient souvent absents :

> M10 *: « Alors parfois on a des petits signes cliniques qui nous interpellent. Mais parfois on n'en a pas, on est face à l'urgence et on ne comprend pas qu'on ne l'ait pas vu avant. Voilà, c'est parfois surprenant. »*

Et concernant l'organisation du domicile, les médecins ne pouvaient pas l'observer puisqu'ils ne faisaient plus de visites avant le stade de dépendance :

> M11 *: « Moi ce qui me parait compliqué, que je vois par rapport à la médecine de maintenant telle qu'on a pu la pratiquer, c'est qu'on ne va plus au domicile. On n'a plus cette vision globale. »*
> M11 *: « Ben je trouve que maintenant, quand le médecin va se déplacer en visite, parce que la personne est à un stade, cette fois-ci de ne pas pouvoir bouger, là tu ne peux plus, tu ne fais plus de préventif. »*

Quelques médecins mettaient en avant que la connaissance et le suivi au long cours de leurs patients représentait un avantage pour repérer les signaux d'alerte :

M13 *: « C'est un peu ce que tu disais sur l'intuitivité. Je pense que nous par rapport à notre clientèle on les connait bien. Parce qu'il y a beaucoup de détails qui peuvent nous interpeler parce qu'on connait bien la personne. »*

M14 *: « Ah mais carrément, c'est hyper facilitateur. Quelqu'un qu'on ne connaît pas, à mon avis, on peut passer à côté beaucoup plus facilement. Parce que bien sur, quelqu'un qu'on connait on va noter des petits signes. Elle ne va plus chez le coiffeur, ça lui ressemble pas, là y a quelque chose qui va pas. »*

Alors que pour la plupart, dont un n'ayant pas d'avis tranché, le fait de bien connaître ses patients pouvait constituer un frein au repérage des signaux d'alerte, par l'habituation qui était fonction de la fréquence de consultation des patients :

M13 *: « Je suis tellement habituée que je n'ai pas du tout réalisé que réellement en effet il y avait ce symptôme là, et que j'aurais du accrocher sur le symptôme. »*

M6 *: « Et là je me suis rendue compte que, effectivement, ça faisait un petit moment que je ne l'avais pas vue parce que des fois entre nous, voilà, on va voir l'un, l'autre, etc., il y a des patients qui bougent entre les médecins. Et je me suis rendue compte qu'effectivement entre le moment, la dernière fois où je l'avais vue c'était il y a peut être un an, et cette fois ci, il y avait vraiment une différence. »*

Et par un biais de confirmation :

M10 *: « Et puis on a des blocages. Il y a des choses dont on ne veut pas entendre parler. »*

3. Conscience de la nécessité du dépistage

La plupart des médecins avait conscience que la fragilité de la personne âgée était sous-dépistée, notamment par les médecins généralistes. Quelques médecins ont expliqué ce sous-dépistage entre autre par le fait que les patients fragiles mais équilibrés ne vont pas tous consulter un médecin régulièrement.

M12 *: « Et moi je vois, ma femme elle est médecin en centre d'examen de santé de la CPAM. Je ne sais pas si vous voyez ce que c'est, les bilans gratuits tous les 5 ans. Et en fait ils ont une filière où ils envoient vachement en consultation de*

fragilité. Du coup ils ont un peu un accord avec la gériatrie. Et elle en envoie un nombre de patients, à chaque fois je me dis : « Mais c'est pas possible quoi, d'où est-ce qu'elle les sort tous ces fragiles quoi ? ». »

M17 *: « Oui parce que tu as des gens qui sont fragiles, qui sont en couple, et l'un par l'autre ils se tiennent, et …* - M15 *: Après il y a des gens, nous on en voit une partie, comme on parlait des précaires tout à l'heure, personne ne les voit. »*

De plus, les médecins s'étaient rendu compte que les patients au stade de complications de la fragilité étaient plus difficiles à prendre en charge :

M12 *: « En sachant que les patients, si tu le fais une fois qu'ils ont chuté, une fois qu'ils ont basculé, tu prends du retard. »*

Il faudrait donc dépister sur un mode systématique pour ne passer à côté de rien :

M2 *: « Tant qu'on ne cherche pas et qu'on ne creuse pas, on ne verra pas ce qui ne va pas. Ils donnent le change. »*

M4 *: « Il faut aller à la pêche, systématiquement rechercher. »*

Un médecin a soulevé que la connaissance de l'état de fragilité des patients était nécessaire pour guider les prescriptions :

M12 *: « Par exemple jusqu'à présent, pour prescrire un antibiotique à une femme âgée, on est censé connaître cette définition de la fragilité. »*

A l'inverse, un autre médecin ne voyait pas l'intérêt de s'impliquer dans le dépistage de la fragilité pour la prévention de la perte d'autonomie :

M10 *: « Moi je ne m'impliquerai pas dans la mesure où il est autonome. C'est à lui de faire sa vie. Moi je suis médecin, je soigne quelqu'un qui est malade. C'est un principe comme ça qu'on m'a enseigné depuis le départ. Donc moi je ne me sens pas impliqué. C'est quand il va y avoir un symptôme pathologique que je considère que moi j'ai à intervenir. Quand je rentre chez quelqu'un et que je vois un bonhomme assis sur son fauteuil et qui n'est pas capable de venir m'ouvrir, il faut que sa femme l'aide à se lever de son fauteuil, celui-là il est pour moi. »*

ii. Dépistage par étapes : de l'intuition aux tests chronophages à déléguer

1. Le dépistage au cabinet

En pratique, quand le dépistage de la fragilité était réalisé au cabinet, il était tardif et rarement systématique :

M3 *: « Non, moi je n'anticipe pas assez.* - M2 *: Ah oui c'est toujours un peu tard.* - M1 *: On arrive facilement tard. »*

M4 *: « Enfin moi je ne le fais pas systématiquement.* - M6 *: Moi je ne le fais pas systématiquement. »*

Sinon il n'était pas réalisé du tout, à cause de la méconnaissance de l'existence de critères de dépistage :

M11 *: « Si tu sais ce que tu cherche. Tu dépistes quoi ? »*

M17 *: « Qu'est-ce qui peut dire aujourd'hui que je suis fragile ? Rien. »*

D'après certains médecins, le champ de la fragilité était trop vaste pour permettre la standardisation d'un dépistage :

M14 *: « C'est compliqué. Je ne suis pas sûre qu'on puisse tout anticiper. Même s'il faut anticiper, je suis bien d'accord. Mais à tout vouloir anticiper, et à tout rentrer dans des grilles comme un diabète, on ne peut pas.* - M17 *: C'est trop complexe là. Parce que c'est multifactoriel. Donc rentrer dans une grille … »*

Les principales difficultés rencontrées étaient liées au manque de temps. Le dépistage en lui-même était chronophage, mais aussi du fait de la nécessité de le répéter régulièrement :

M4 *: « C'est Jeandel qui avait fait un petit carnet, il avait fait un petit carnet qui est génial, où il y avait justement tous les facteurs de fragilité et puis qu'on devait remplir [...] oui, mais alors il était trop complet. Ca, nous, on n'aurait jamais le temps de le remplir. »*

M9 *: « C'est quand même très long à faire, c'est quand même très très long. Quand on vient pour faire une visite et qu'il faut qu'on regarde la vitesse de marche, qu'il faut refaire ne serait-ce qu'un MMS rapide, une horloge rapide, enfin c'est franchement super long. »*

M9 *: « Après c'est vrai que ça peut aller vite, on peut passer vite d'une case à une autre, et notre évaluation elle ne suit pas forcément. »*

Il était difficile d'inclure le dépistage de la fragilité dans des consultations déjà surchargées par les pathologies :

M12 *: « Mais ça, où je pense que c'est dur dans notre exercice de tous les jours, c'est que soit on est dans le suivi des pathologies chroniques qui sont déjà en place, qui bouffe quand même de l'énergie parce que les consultations, enfin moi je ne sais pas, je fais les consultations en un quart d'heure, je suis quand même super organisé, mais le temps de checker le dossier, les trucs, les bilans, les dernières consultations spé et tout, la fragilité et les trucs comme ça, ça passe derrière. »*

Le patient pouvait aussi rendre difficile le dépistage. Il pouvait tout simplement refuser les tests :

M14 *: « C'est variable. Il y en a qui refusent parce qu'ils ont peur. Il y en a d'autres qui ont envie d'être rassurés donc ils veulent bien. Quand même globalement ils les font je trouve. »*

Ou tenir un discours variable. Le médecin pouvait s'interroger sur la fiabilité de ses propos :

M14 *: « Et les réponses qui sont variables d'un jour à l'autre, alors qu'une hémoglobine glyquée finalement elle tombe quoi. Elle n'est pas discutable.*

- M15 *: On ne peut pas nous mentir quoi.* - M14 *: Que selon s'ils vont bien ou pas ils vont peut-être majorer ou minorer leurs réponses.* - M17 *: Bien sûr. »*

Selon le motif de consultation, le dépistage n'était pas facile à introduire, notamment dans la pathologie aigüe qui n'était pas propice à faire de la prévention. De plus, c'est une notion que les patients connaissaient peu, donc ce n'était pas un motif de consultation :

M12 *: « Ou alors sinon on est dans la pathologie aigüe, et la pathologie aigüe on ne va pas se dire : « Hop hop hop, on va se retourner deux petites secondes et on va faire un peu de préventif, on va regarder comment vous marchez, un petit aller-retour ». »*

M15 *: « On ne fait pas de consultation spéciale anticipation de la fragilité. Enfin je veux dire que les gens ils viennent pour des motifs, le renouvellement de l'hypertension depuis qu'ils ont 50 ans. »*

Les médecins avaient du mal à cibler la population concernée par le dépistage de la fragilité. Le questionnement se portait surtout sur l'âge des patients :

M3 *: « A partir de quel âge ? »*

M6 *: « Pour qui il faut y penser ? »*

La plupart des médecins interrogés utilisaient des outils. Ils employaient des tests de l'EGS car ils ne connaissaient pas d'outil simple, global et rapide. Ils répartissaient les tests sur plusieurs consultations. Leur intuition restait tout de même à la base du dépistage et ils gardaient un regard critique sur certains tests :

M4 *: « Le MNA, moi je fais le MNA, mais bon c'est un peu fastidieux. »*

M9 *: « La thymie, après je fais des mini-GDS parce que des GDS complets ce n'est pas possible, ou je vais faire le GDS quand j'ai un doute. »*

M9 *: « Quand on voit les questionnaires, alors c'est validé donc il faut qu'on s'appuie dessus mais des fois on dit … alors là pour le coup moi je l'écoute un peu mon intuition. »*

M9 *: « Après les outils il y en a. Le problème c'est la multiplicité des champs quoi. Parce que quoi qu'il arrive, il n'y aura pas un outil générique sur tout. »*

M9 *: « Je ne fais pas tout en même temps parce que ce n'est pas gérable. Quand je vais pour un renouvellement je me dis : « Tiens, aujourd'hui je vais regarder comment il marche ». »*

M17 *: « On faits les tests, le MMS, l'horloge. »*

Certains médecins avaient bénéficié d'une formation sur la fragilité. Elle ne leur a pas permis d'améliorer leur pratique du dépistage :

M4 *: « Il faut le faire, je pense que normalement il faut étaler dans l'année, un test à chaque fois ou deux tests à chaque fois pour arriver à … enfin je dis ça mais je ne le fais pas … j'ai fais mon mémoire là-dessus mais … »*

M12 *: « Alors moi j'avais organisé une formation sur la fragilité par un organisme de FMC. Moi quand j'organise des formations je regarde le sujet, je*

trouve un expert, et après, enfin je ne suis pas du tout expert dans le sujet. [...] C'est très bien dans le principe. Moi je trouve que c'est formidable cette histoire de fragilité. C'est vachement bien, mais dans la pratique, je trouve ça très très compliqué à mettre en place. »

Dans tous les cas, les médecins soulignaient l'importance du recueil d'informations auprès de l'entourage :

M10 *: « Et là, la famille quand elle est présente ça aide beaucoup. Pour nous dire comment ça se passe quand on n'est pas là. On a une source de renseignements énorme par l'entourage ou la famille. »*

2. Délégation du dépistage

Les médecins interrogés ont évoqué plusieurs partenaires qui pouvaient intervenir dans le dépistage de la fragilité. Il s'agissait d'organismes de sécurité sociale, de plateformes d'évaluation gériatrique, d'IDE libérales formées, ou de confrères médecins généralistes.

Beaucoup de points positifs à la délégation ont été exprimés. Systématique, elle permettait avant tout de parer au phénomène d'habituation en apportant un regard nouveau sur les patients :

M7 *: « Une personne qui vient dépister n'a pas forcément d'a priori et peut voir des choses quelques fois qu'on met au second plan ou qu'on a tellement l'habitude de voir qu'on n'y fait plus tellement attention. »*

La délégation permettait de pallier le manque de temps :

M4 *: « Simplement, c'est que ça permet de dégager du temps si toi tu trouves que tu n'as pas le temps de faire les tests. »*

Elle favorisait la conservation d'une relation médecin-patient de qualité :

M12 *: « Et puis nous, pour notre relation médecin-patient, c'est pas toujours facile. Autant un bon dément, on sait que les « canard, fleur, machin truc », il aura du mal, autant celui qui n'est pas du tout dément : « Alors, c'est quoi ça ? » il va se dire : « Mais vous vous foutez de ma gueule docteur ! ». Donc ça peut être*

pas mal que ce soit quelqu'un d'autre que nous, au niveau de la relation médecin-patient, de se décharger dans ce type de situation. »

Mais aussi l'acceptation des tests et de la prise en charge par le patient :

M17 *: « Alors je lui dis : « Mais vous ne trouvez pas que vous marchez plus difficilement qu'avant, que vous ne levez pas bien vos pieds là ? ». « Non, j'ai toujours été lent » il me dit. Et en fait c'est quand je suis partie en congé maternité, il a vu mon remplaçant qui a dû être un peu plus brut de décoffrage. Il me disait tout le temps : « Non, je ne veux pas y aller ». Je pense qu'il a dû être un peu plus cassant. Il y est allé. »*

La prise de contact professionnelle pour la délégation était aussi utile pour anticiper l'accompagnement à la prise en charge des décompensations :

M9 *: « Je le fais quand je sens qu'il y a quelque chose qui va déraper rapidement, et que je risque de ne pas pouvoir m'en sortir toute seule. »*

Les médecins avaient confiance dans les structures hospitalières spécialisées pour effectuer un bilan de qualité :

M1 *: « Je prends rendez-vous en gériatrie où ils font un bilan de fragilité assez complet, et on a des rendez-vous assez facilement, et on sait que tout est fait. Alors c'est une façon de se décharger … »*

Les médecins en profitaient pour utiliser l'influence du gériatre. Elle aidait à stimuler la mobilisation de l'entourage :

M14 *: « Ne serait-ce que pour l'entourage et pour mettre en place des choses, et mobiliser un peu plus la famille. Donc je fais d'abord les tests au cabinet, et après je demande un avis spécialisé.* - M15 *: Oui, c'est l'entourage qui en a besoin. »*

La délégation du dépistage était aussi perçue comme une opportunité de se former sur la fragilité :

M9 *: « Mais du coup de le voir faire et de lire tous ces comptes-rendus systématiquement finalement ça nous donne des réflexes. C'est vrai que moi je ne les regardais pas marcher et puis du coup je me suis dis ben quand ils se lèvent dans la salle d'attente, déjà je regarde un peu comment ça se passe, et*

puis en fin de consultation, si je ne suis pas trop à la bourre, hop je fais vraiment le test. »

Dans certains cas, elle facilitait l'accès à des examens non disponibles au cabinet :

M11 *: « Moi je sais que j'aimais bien les bilans de la CPAM. […] On fait … des petites choses, ne serait-ce que l'audition, tu ne le fais pas toi l'audition. Et ben dans le truc CPAM ils le font. »*

Quelques freins à la délégation ont tout de même été soulevés, notamment par méconnaissance des plateformes d'évaluation de la fragilité :

M7 *: « Non, je connais […] mais par des hospitalisations, par… mais je ne savais pas qu'il faisait ça. »*

L'accès à ces différents partenaires était aussi limité et inégal selon le territoire :

M17 *: « Donc toutes ces consultations là, qui sont en milieu hospitalier, alors déjà c'est loin donc il faut y aller.»*

Et pouvait rajouter des contraintes administratives et techniques aux médecins :

M6 *: « Je n'ai pas encore travaillé avec elle, mais il y a une infirmière qui s'est formée sur la fragilité des personnes âgées. Mais ça prend un tel temps ! Il faut toujours envoyer un papier de machin … il fallait lui envoyer un truc de son assurance, de sa RCP précisant qu'on était dans le programme « fragilité du sujet âgé ». Maintenant il faut que je lui envoie un papier de déclaration sur l'honneur, c'est un truc … on ne s'en sort plus. »*

M16 *: « Oui, c'était une infirmière libérale. Et ça marchait très bien cette éducation thérapeutique.* - M15 *: Mais moi je ne me suis jamais inscrite parce qu'il fallait télécharger ce logiciel, intégrer des trucs dans le logiciel. »*

iii. Objectif : limitation du déclin fonctionnel, mais pas de moyens adaptés

1. Objectifs du dépistage

Il s'agissait avant tout de prévenir la survenue de complications de la fragilité, notamment de la perte d'autonomie, que ce soit au cours de son évolution naturelle... :

M13 *: « Mais on va quand même leur faciliter la vie et éviter, en effet, qu'ils ne se fassent mal, et que pour le coup ils deviennent vraiment en effet dépendants. »*

ou lors d'évènements intercurrents :

M11 *: « Et très vite, parce que tu connais la fragilité ou tu la suspecte, tu te dis : « Non, lui on ne va pas le laisser au fond de son lit une semaine ou 10 jours, il ne va jamais remarcher ou il va repartir à quatre pattes ». Et donc moi je me suis vue faire venir les kinés, on le mobilise, on le fait marcher, on ne perd pas tout … tout ce qui va derrière quoi. Donc là oui, là le malade fragile où tu vas anticiper pour un accident de parcours, pour une petite problématique. Et là t'as la notion de fragilité où très vite tu mets en place des structures pour ne pas qu'il s'abime plus quoi. Il est ébréché, il ne faut pas qu'il casse. »*

Dans le même temps, les médecins préparaient la survenue éventuelle de ses complications :

M12 *: « Plus on va préparer une dépendance, mieux c'est à tous points de vue. Tant pour le maintien à domicile, que pour une éventuelle institutionnalisation, que pour la mort parce qu'après, pour qu'il meure à domicile il faut quand même qu'on en ait parlé un peu avant avec la famille. Et plus on va anticiper ce genre de truc, plus ce sera facile à mettre en place. »*

Les médecins recherchaient aussi une amélioration de leur relation avec l'entourage pour les encourager à participer à la prise en charge. Ils pensaient que dépister la fragilité pouvait aider l'entourage à prendre conscience de la problématique :

M12 *: « Et ce que tu dis, même au contraire, ça permet peut être de faire prendre conscience à l'entourage quand on commence à s'intéresser à ce genre de patients, que tout n'est pas rose. Parce que l'entourage, pareil, il s'y habitue. Et c'est vrai que si on commence à s'intéresser à ce genre de choses, l'entourage va dire : « Ah bah oui c'est vrai quand même que … ». »*

La fragilité concernant la vie quotidienne, s'y intéresser permettait de parler de choses concrètes avec la famille, et facilitait la communication :

M9 *: « Et pour revenir sur les familles, moi ce que j'aime bien par rapport à ça, c'est que c'est concret pour eux. Il marchait sans canne, il y avait des chutes et*

puis du coup il y a des cannes. Je trouve que ça permet de bien discuter avec eux aussi. »

La connaissance de l'état de fragilité de leurs patients guidait la prise des décisions médicales en général :

M9 *: « Ca va guider ma prise en soin, c'est-à-dire quel examen je vais pouvoir demander ? Est-ce que je vais le faire ou est-ce que je ne vais pas le faire et pourquoi je vais décider de le faire ? J'utilise ces critères là pour ça en fait. »*

2. Prise en charge en pratique par le médecin traitant

Les médecins interrogés étaient unanimes quant à la difficulté de prise en charge. A leur connaissance, il n'y avait pas de prise en charge spécifique à proposer aux patients âgés fragiles et les moyens à leur disposition étaient limités :

M15 *: « Peut-être qu'après on ne dépiste pas suffisamment parce qu'on sait qu'on va être bloqué par les moyens. Inconsciemment je pense qu'on se bloque avec ça. »*

M17 *: « Et donc on dépiste, on voit bien qu'il y a un problème, mais en même temps on ne peut rien faire derrière. »*

La prise en charge de la fragilité était aussi délicate car elle impliquait de s'introduire dans l'intimité du patient :

Relance à la 1ère question *: « Parce que finalement c'est des patients complexes, les diabétiques.* - M17 : *Nan mais ça c'est des choses qui sont carrées, enfin ce n'est pas comme dans d'autres troubles où on rentre dans leur intimité, dans leur vie de tous les jours. C'est pas pareil. »*

Une autre difficulté soulevée résidait dans l'adhésion parfois médiocre du patient à la prise en charge, entre autre à cause d'un manque de motivation à fournir un effort en ce sens :

M15 *: « Après il y a des gens qui sont têtus aussi. Des gens qui ont un sacré caractère. Sans parler de troubles cognitifs, du style les risques de chutes, qui sont tombés et qui ne veulent pas suivre la rééducation, qui ne veulent pas qu'on les aide. »*

M17 *: « Il faut marcher, il faut faire ci … ». « Oh mais vous savez, toute ma vie j'ai travaillé, alors maintenant… ». Qu'est-ce que vous voulez faire avec ça ?*

Les médecins essayaient d'avoir une prise en charge globale, basée sur l'activité physique :

M3 *: « Ca existe, l'activité physique adaptée.* - M6 *: Nous on a ça dans le village. Je les envoie, c'est une dame qui fait de la gymnastique adaptée pour les séniors. »*

M15 *: « Après la base de tout ça c'est quand même le sport, l'activité physique. »*

Ils avaient une approche centrée-patient :

M10 *: « Il va être acteur de sa maladie avant de nous voir. Ou alors, il va être l'acteur d'un excellent vieillissement. On n'a pas les médicaments anti-vieillissement. Mais lui il a entre ses mains la possibilité de vieillir moins ou de vieillir mieux. »*

M12 *: « Alors ça va être vraiment adapté point par point en fonction de chaque personne âgée. »*

La participation de l'entourage paraissait nécessaire :

M17 *: « Et d'un autre côté quelques fois il y a des situations complexes où c'est fragile et on est démunis. On ne peut rien faire, parce que la famille n'aide pas. »*

Les médecins encourageaient à conserver et à stimuler le lien social :

M9 *: « Je leur parle aussi des activités parce que je m'aperçois que souvent ils n'ont plus du tout d'activité à la maison. »*

Leur implication dans la prise en charge dépassait souvent le cadre strictement médical pour aller sur le terrain de l'aide sociale :

M11 *: « Mais moi j'avais toujours l'impression d'être les assistantes sociales du truc. Tu vois les défaillances, les manques, de quoi elle aurait besoin, mais ça peut être d'ordre médical et plus. »*

Ils incitaient notamment à mettre en place des aides humaines pour anticiper les besoins des patients en cas d'évolution vers la perte d'autonomie :

M12 *: « Moi je sais, par exemple les aides ménagères, souvent j'incite les personnes âgées à en avoir parce que le jour où il les faut en urgence, et ben*

pour en trouver c'est la pagaille, ils ne connaissent pas, ils n'ont pas confiance, c'est des voleurs machin truc. Alors qu'au moins, s'ils ont leur aide ménagère une heure par semaine, ça ne leur coûte pas très cher, et le jour où ils sont vraiment dépendants ben la personne elle est déjà là, elle peut augmenter et tout. Donc c'est intéressant pour ça. »

Tous resserraient leur surveillance clinique :

M11 *: « Un suivi qui va être d'ordre médical plus rapproché. »*

Mais un médecin mettait en garde contre la surprotection contre-productive, notamment par l'entourage :

M11 *: « Mais par contre parfois t'as l'inverse. T'as la famille qui est hyperprotectrice : « Ah la la, elle est âgée, elle est fragile, on va lui faire porter les repas, une aide ménagère ». Alors que la mamie tout ce qu'elle veut c'est continuer à préparer sa soupe et à passer son balai. Et t'es obligé de dire à la famille : « Non mais fichez lui la paix ! Elle le fait, elle le fait. Ayez en tête que peut-être un jour on aura besoin d'une structure, mais s'il vous plait, ne lui retirez pas ses micro-tâches quotidiennes qui sont elles-mêmes porteuses. ».*

3. Accompagnement professionnel intéressant mais très limité

La pluridisciplinarité était intéressante pour avoir une vision globale de l'état du patient, et donc une prise en charge la plus complète possible :

M9 *: « En fait ça permet d'avoir un esprit plus global, une prise en charge plus globale. [...] Et quand on passe par une structure comme l'hôpital de jour, ça c'est bien parce qu'ils ont un peu toutes les casquettes. Ils ont la casquette du spécialiste aussi mais du gériatre avant tout. Donc on va peut-être être un peu moins sur la spécialité, le symptôme mais au moins on va essayer de voir les choses dans leur ensemble. »*

Mais les médecins mettaient en avant beaucoup de limites à cet accompagnement. Ils étaient confrontés à la difficulté de mobiliser les professionnels autour de la fragilité. Ils percevaient une variabilité dans la qualité de l'implication dans la prise en charge :

M1 *: « La difficulté c'est d'arriver à mettre en … de mobiliser toutes les ressources qui ne sont pas toujours évidentes à mobiliser moi je trouve. »*

M9 *: « J'ai des infirmières qui les pèsent systématiquement, et puis il y en a je vais courir chercher la balance parce que je n'arrive pas à faire peser les patients quoi. Donc après c'est très très dépendant des professionnels que vous avez en face. »*

M12 *: « Mais bon, moi je vois des kinés, quand je demande l'apprentissage du relever au sol, il n'y en a pas un qui le fait quoi. Ca me rend fou. »*

Ils décrivaient des problèmes de communication et de coordination, aggravés par le manque de proximité :

M1 *: « Ce qui nous manque dans notre pratique c'est la coordination, les temps de coordination, et que chacun soit à l'aise avec le côté pluridisciplinaire. »*

R5 *: « Est-ce que vous pensez que justement ce lien entre les services de gériatrie et la ville, ce lien est …* - M4 *: Ah il est ténu !* - M2 *: C'est inexistant !* - M6 *: Moi je n'en ai pas. »*

M4 *: « Nous c'est pareil on avait les assistantes sociales à côté, on les connaissait quasiment. Maintenant c'est à « l'UTASI », où c'est un grand service etc. et tu ne connais plus les gens, ils ne te répondent pas, enfin… »*

Ils expliquaient ces difficultés par le fait que les professionnels qu'ils sollicitaient étaient aussi surchargés :

M8 *: « Et toujours pareil, quand les gens sont bien ben ils sont surbookés, donc ils refusent les patients, quand ils ont des patients très lourds, ils ne peuvent pas en prendre beaucoup plus donc, c'est vrai que sur un village, c'est pas forcément toujours évident. »*

M14 *: « On a vu passer pas mal de choses, en ce moment on parle beaucoup de tout ce que peuvent faire les infirmières. Mais en pratique elles sont un peu comme nous, elles gèrent l'urgence. »*

Ils regrettaient que le champ d'action de certaines professions, notamment des auxiliaires de vie, soit trop restreint :

M1 *: « J'en ai déjà parlé de ce problème là avec les auxiliaires de vie. Parce que je trouve que vraiment ce serait de leur ressort de prendre le temps d'aller faire un petit tour etc. Et elles me disent qu'elles ne peuvent pas, que ce n'est pas dans leurs prérogatives, qu'il y a un problème d'assurance, machin etc. »*

Au-delà de la difficulté de mobilisation des professionnels, les médecins ont remarqué que l'accès aux structures et aux professionnels était inégal, que ce soit pour des raisons financières ou géographiques :

M4 *: « Des fois ils faisaient venir les gens une fois par semaine à l'hôpital pour voilà. Sauf que les gens au bout de 3 ou 4 fois ils en ont ras le bol parce que ça fait loin … »*

M13 *: « Alors ils ont été ravis, et ils avaient la possibilité de continuer, sauf qu'il fallait payer après. Et personne n'a continué, évidemment, comme d'habitude. »*

M17 *: « Et surtout il faut pouvoir y accéder, financièrement et physiquement y aller. Et ça c'est des freins. »*

Ils critiquaient aussi les recommandations hospitalières, qu'ils jugeaient non réalistes, ou n'apportant rien de nouveau. Les médecins ne se sentaient pas assez soutenus pour l'organisation de la prise en charge après le bilan hospitalier :

M4 *: « Parce que à l'hôpital moi au début j'envoyais beaucoup de gens, en gériatrie pour les évaluations. Et en fait d'abord moi je trouve qu'ils surmédicalisent, et en fait ils te disent ça, ça, ça et ça puis débrouille toi ! »*

M17*: « Ils sont complètement détachés. Ils proposent des choses des fois qui sont complètement irréalisables. »*

M17 *: « Mais c'est déjà ce qu'on avait dit, c'est déjà ce qu'on faisait, donc ça n'a abouti à rien. »*

Les médecins ont tout de même cité deux exemples d'accompagnement dont ils se saisissaient ou qu'ils développaient avec satisfaction :

- Le dispositif ASALEE :

  M15 *: « Là elle arrive, on lui dit juste d'appeler tel patient, et elle rentre tout, elle fait tout. »*

  M17 *: « Et on a de bons retours, les gens en sont contents. »*

- Les programmes locaux d'activité physique adaptée :

  M6 *: « Et nous on a développé un programme qui s'appelle « Actimarche ». C'est un programme sur 3 mois où ils sont en groupe. Mais c'est pareil, c'est nous qui les adressons directement. Et du coup c'est pour leur permettre de reprendre une activité physique. »*

  M14 *: « Nous c'est un projet qu'on a un peu […] donc ça me touche un peu parce que je suis assez partie prenante de ça, de faire, de proposer du sport, enfin des prises en charge physiques, par des STAPSiens. »*

4. Efficacité perçue de la prise en charge

Globalement, avec le peu de moyens à disposition, les médecins ne voyaient pas d'amélioration clinique :

M6 *: « Moi j'ai l'impression qu'à un moment donné, les séances de kinésithérapie en libéral, certes tu peux en attendre un petit peu, mais sincèrement ça n'apporte pas grand-chose. »*

M15 *: « La marchothérapie ce n'est pas la peine. A la maison je n'en fais presque plus. »*

Quelques médecins pensaient tout de même que la prise en charge actuelle à but préventif pouvait avoir une certaine efficacité :

M9 *: « Je trouve que c'est un bon retour sur investissement parce qu'on arrive à dépister des choses et à éviter certaines choses. »*

Les patients quant à eux manifestaient une lassitude devant l'absence d'amélioration de leur état malgré la kinésithérapie :

M17 *: « Après parfois, au bout d'un certain temps ça ne sert à rien, ils se lassent : « Ca ne sert à rien, vous voyez, je ne marche pas mieux ». »*

Par contre, ils appréciaient les programmes d'activité physique adaptée :

M3 *: « Moi ils ont suivi et ils ont râlé que ça s'arrête au bout de 3 mois.* - M1 *: Oui moi aussi, ils aimaient bien. C'étaient plutôt de bonnes expériences. »*

iv. Renforcer la coordination autour du médecin traitant

1. Avec ou sans le médecin traitant ?

Les avis des médecins interrogés sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la fragilité divergeaient. Pour certains, leur relation avec les patient les mettait dans une position privilégiée pour réaliser le dépistage eux-mêmes :

> M15 *: « Ca c'est pas des choses je trouve qu'il faut déléguer. Ca fait partie de notre relation avec le patient et c'est au fur et à mesure qu'on l'a connu sur plusieurs années qu'on arrivera à détecter à un moment donné quelque chose qui ne va pas. »*

Aussi, la prévention faisait partie des rôles du médecin généraliste :

> M3 *: « Je pense que notre rôle c'est de chercher, enfin de dépister la fragilité pour éviter la perte d'autonomie. »*

Alors que pour d'autres, il ne fallait pas compter sur le médecin généraliste pour dépister la fragilité car ils ne voyaient tout simplement pas comment ils pouvaient inclure cette tâche à leur activité actuelle :

> M7 *: « Après, pour un dépistage systématique, c'est sur que déléguer les tests ce serait plus rentable que nous demander à nous de le faire. On ne le fera pas, on ne peut pas. Ou même si on veut et qu'on cherche à le faire, on va le faire un peu, et puis on n'y arrivera pas. »*

Ils considéraient que le dépistage ne nécessitait pas de compétences médicales :

> M12 *: « Non mais surtout moi ce que je disais tout à l'heure, c'est des trucs ça ne demande pas des compétences très compliquées je pense, et presque on perd du temps médical à faire ce genre de chose. »*

Leur intervention était nécessaire seulement après le dépistage, pour la coordination de la prise en charge :

> M9 *: « La conclusion et ce qu'on en fait, c'est quand même à nous de nous en occuper je pense. Parce que quand même, le but c'est après de transmettre les informations à tous les intervenants pour qu'on puisse s'occuper dans la globalité des patients. »*

Déjà surchargés, ils priorisaient les soins primaires à la prévention :

> M12 *: « Mais le problème c'est qu'en fait, des médecins qui font du soin primaire et ben je trouve qu'il y en a de moins en moins. Alors c'est bien beau de faire des tas de structures, de prévention, de trucs et tout, mais après qui va faire du soin primaire quoi ? »*

2. Réorganisation au cabinet

Bien que les médecins aient émis plusieurs idées pour améliorer leur pratique du dépistage, si leur activité restait aussi soutenue il serait toujours difficile à inclure :

> M12 *: « C'est là où moi, le concept de fragilité, je me dis : « Oui mais on a tellement de trucs à faire à côté ». C'est ça le problème, c'est que après il va falloir hiérarchiser à un moment dans notre façon de travailler parce que faire énormément de prévention c'est très très compliqué en pratique moi je trouve. »*

Les médecins ont pensé à créer des pense-bêtes pour aborder le sujet régulièrement, en programmant leur logiciel informatique :

> M4 *: « Il faudrait que ce soit intégré à notre logiciel.* - M3 *: Se mettre une alerte, moi je vais me mettre une alerte ! »*

Ou en se créant des outils simples :

> M3 *: « Je vais me faire une fiche moi : 65 ans, 70 ans, 75 ans, 80 ans… un interrogatoire. »*

Pour les médecins interrogés, l'idéal serait de pouvoir dédier une consultation qui soit obligatoire au dépistage de la fragilité :

> M15 *: « Mais c'est vrai que les consultations obligatoires à partir d'un certain âge, ce serait une bonne idée. »*
>
> M17*: « Après sinon il faudrait faire comme les consultations obligatoires chez les enfants. Consultations obligatoires chez les adultes tous les 5 ans, obligatoire d'aller chez votre médecin faire un point fragilité. Une consultation qui durerait trois quart d'heure ou une heure. »*

Certains médecins parlaient d'échanger régulièrement leurs patients avec un confrère :

M11 *: « On était trois, et on s'amusait à ça. C'est-à-dire qu'on s'amusait à échanger nos patients. Ca a été porteur dans le dépistage, ou même le diagnostic de certaines pathologies quoi. C'est vrai : « Tu l'as vu ? Moi j'ai failli passer à côté ». On avait ce brassage. Et tu as raison, c'est incroyable le recul que tu peux prendre … »*

Le sujet des assistants médicaux a été abordé spontanément par les médecins. Par rapport au dépistage de la fragilité, leurs avis étaient divisés entre ceux qui pensaient avant tout au temps libéré :

M12 *: « Après il faudrait, comme en Angleterre, des sortes de Medical Center où on voit les patients qui ont été pesés, mesurés, la tension prise, déjà ça nous fait gagner du temps presque et ça permet de…* - M11 *: Oui, où le dossier médical qui est déjà pré-rempli, la secrétaire qui va faire l'encaissement ou truc … C'est quand même bien ça. Tu gagnes un temps fou.* - M12 *: Surtout ça permet d'utiliser nos compétences à bon escient, et pas pour faire des trucs que quelqu'un d'autre, enfin qu'on peut déléguer. »*

Et ceux qui considéraient que la qualité de leur relation avec le patient en pâtirait, alors qu'elle était essentielle au dépistage :

M14 *: « C'est du ressentit aussi.* - M17 *: C'est du relationnel.* - M15 *: C'est pour ça, quand on nous dit que bientôt on va nous donner des assistants de je ne sais pas quoi pour qu'on puisse voir plus de monde, minimum six personnes par heure, c'est parfait, on va bien dépister la fragilité ! »*

3. Rémunération du dépistage

Les opinions des médecins étaient aussi mitigées concernant l'intérêt d'une rémunération du dépistage. La plupart se prononçait favorablement à une valorisation du temps passé au dépistage :

M9 *: « Je ne sais pas si on le fait vraiment pour ça mais c'est vrai que ce serait pas mal que ce soit valorisé pour le coup. »*

M16 *: « Si c'était payé un peu plus que 25 euros, on pourrait prendre un peu plus de temps. »*

Une cotation spéciale aiderait certains à penser à dépister la fragilité :

> M6 *: « Non mais je me disais : « Tiens on n'a pas fait… » et du coup je faisais « C.A », je faisais un truc un petit peu plus global etc. Tu passais de 23 à 26, il n'y a pas de quoi pavoiser. Mais du coup ça me permettait effectivement d'y penser. »*

Mais pas d'autres :

> M3 *: « Dans le temps il y avait une consultation annuelle, que je n'ai jamais faite, qui s'appelait « consultation ALD », qui était rémunérée un peu plus que la consultation. »*

Un médecin pensait que le sujet de la rémunération était trop souvent abordé de manière générale :

> M6 *: « Moi je ne voulais pas le dire parce que, c'est comme si on était tout le temps… »*

Un autre craignait qu'une cotation n'entraine des contraintes administratives supplémentaires :

> M9 *: « Après la difficulté avec les cotations ce sont les justifications de quoi qu'est-ce comment. »*

4. Rôle des acteurs de santé publique

Les médecins attendaient des acteurs de santé publique qu'ils augmentent le nombre de généralistes en soins primaires :

> M14 *: « Et avoir plus de médecins parce que moi je ne me vois pas passer des consultations, vu que je suis toute seule, à une heure par patient.* - M17 *: Ah mais c'est sûr on ne peut pas faire que ça.* - M15 *: Si on voit six patients dans la journée, où va le reste aussi ? »*

Le réseau de prise en charge et la coordination devait être renforcé autour d'eux :

> M17 *: « Il faudrait un système unique qui regroupe … Du coup le médecin traitant il est au cœur de l'action. Mais il faut l'aider. »*

Ils avaient aussi besoin de recommandations de bonnes pratiques :

Question n°6 *: « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à anticiper ces situations à haut risque ?* - M6 *: Oui, une espèce de … des recommandations de bonne pratique. »*

La prise en charge actuelle n'étant pas suffisamment spécifique, les médecins estimaient nécessaire de développer les dispositifs d'activité physique adaptée de proximité :

M14 *: « Dans certains hôpitaux tu sais maintenant ils développent des prises en charge comme ça par des STAPSiens. Ce ne sont pas des kinés, ce sont des STAPSiens, et je pense que ça va se développer. Il faut absolument le faire pour tous ces gens là. »*

M17 *: « Quand ils vont en EHPAD en accueil de jour, et ben pareil. Accueil deux heures, pour faire de la gymnastique, de la vraie gymnastique.* - M15 *: Oui, comme les ateliers mémoire, les ateliers gym, je ne sais pas. »*

Et d'en faciliter l'accès financier :

M14 *: « Et aussi pour les prises en charge, souvent quand il y a une chute et malheureusement avec une fracture ou autre, on peut demander une ALD non exonérante pour les transports. Alors qu'avant une chute c'est difficile d'avoir une ALD non exonérante pour un transport s'il n'y a rien eu, on ne peut pas. »*

Au sujet d'une généralisation des bilans systématiques proposés par les organismes de sécurité sociale, les médecins étaient divisés. Pour certains, il y aurait un possible biais de sélection des patients. Ceux qui faisaient le plus attention à leur santé répondraient plus à ces sollicitations. Ces patients étaient souvent déjà bien suivis donc ils auraient déjà la possibilité d'être dépistés, alors que beaucoup d'autres fragiles passeraient entre les mailles du filet :

M1 *: « Je ne sais pas si vous avez remarqué mais les patients qui répondent à ces sollicitations, ils sont déjà très bien suivis chez nous, et ça ne fait que double emploi. Enfin, non ? [...] Parce que moi je crois qu'il y a un biais de sélection parce que les patients qui sont vraiment … »*

M17 *: « Moi dans mes patients ce ne sont pas des précaires qui y vont. »*

Pour d'autres médecins, ces bilans permettraient d'assurer une réévaluation complète régulière :

> M13 *: « Et ça ce serait intéressant peut être justement, comme ce truc de la CPAM qu'on fait tous les 5 ans à des gens qui ont 16 ans, où la vraiment je n'en vois absolument pas l'utilité, mais par contre tous ces gens là on pourrait les enlever, et par contre tous les 2 ans, tous les 3 ans, enfin je ne sais pas, quelque chose d'assez rapide finalement, à partir d'un certain âge, leur faire faire un … »*

L'idée de faire envoyer aux patients un auto-questionnaire de pré-dépistage de la fragilité pour les inciter à consulter leur médecin traitant sur ce sujet a été émise :

> M2 *: « Parce que tu sais pour les 16 ans la MSA elle leur envoie un truc à faire remplir. Donc ils viennent pour ça, et ça c'est génial, t'as du temps. »*

4. Discussion

a. Interprétation des résultats

Cette étude nous a permis de montrer que les médecins généralistes sont confrontés à beaucoup de freins au dépistage de la fragilité de la personne âgée.

Nos résultats mettent en évidence une connaissance approximative du concept de fragilité par les médecins généralistes. Elle est le plus souvent confondue avec la perte d'autonomie et les comorbidités. Mais comme le mettent en évidence Fried et al., la perte d'autonomie, indépendamment de ses causes, a les mêmes conséquences que la fragilité. Aussi, les comorbidités sont un facteur de risque indépendant de perte d'autonomie [35]. Ces trois notions sont donc intriquées, ce qui peut rendre difficile la compréhension de la fragilité comme syndrome gériatrique.

Les médecins perçoivent tout de même le mécanisme de baisse progressive des réserves fonctionnelles à l'origine de la fragilité, avec une phase précoce asymptomatique de la fragilité, où l'utilisation d'outils de dépistage peut être utile pour la débusquer. Pourtant, ils attendent d'être alertés par des signes cliniques, perçus de manière intuitive, ou par des complications de la fragilité comme par exemple les chutes pour penser à la fragilité. Ceci peut expliquer le caractère tardif du dépistage dont ont conscience les médecins. Les outils sont donc complémentaires de leur intuition, afin de confirmer et d'approfondir le dépistage intuitif. Cette intuition est le résultat de leur expérience clinique et de la connaissance de leurs patients acquise grâce au suivi au long cours. Ils sont surtout sensibles aux troubles des fonctions cognitives, ainsi qu'à la mobilité de leurs patients. Les médecins ont cité quelques critères décrits dans la littérature, mais aucun n'a mentionné d'outil de dépistage comme le GFST. Lorsqu'ils utilisent des outils, ils s'appuient surtout sur ceux utilisés pour l'EGS. Or, l'EGS n'est pas adaptée pour le dépistage mais pour le diagnostic et le suivi des patients fragiles [18]. De cette confusion est née dans l'esprit des médecins l'idée que le dépistage de la fragilité est chronophage, et de ce fait très difficile à insérer dans leur exercice actuel.

D'où l'intérêt de déléguer les tests, mais aussi pour avoir un regard neutre sur les patients auxquels le médecin est habitué et qu'il peut ne plus voir évoluer. Les médecins interrogés ont abordé avec enthousiasme l'idée d'un travail en collaboration avec une infirmière formée au repérage de la fragilité, notamment dans le cadre du dispositif ASALEE. Il s'agit d'un ensemble de protocoles de coopération validés par la HAS en mars 2012, qui permettent des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières de santé publique, en charge de l'éducation thérapeutique, comprenant des dépistages et des suivis de diverses maladies chroniques. Un protocole intitulé : « Interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » est autorisé en région Occitanie. Les médecins peuvent lui adresser régulièrement leurs patients pour un balisage régulier, en complément de leur repérage intuitif. Les médecins généralistes veulent renforcer leur rôle de coordinateurs qui est actuellement mis à mal du fait d'une méconnaissance des acteurs de terrain.

De plus, les formations dont certains médecins ont bénéficiés (formation initiale et FMC) ne les ont pas aidés à améliorer leur pratique du dépistage de la fragilité. Ceux-ci sont plus à l'aise pour parler de la fragilité mais ils n'effectuent qu'un dépistage partiel, non standardisé. Les médecins interrogés demandent des recommandations de bonne pratique, ne sachant pas que l'HAS en a publié en 2013 [26]. Les formations suivies ne donnent donc probablement pas suffisamment d'informations pratiques, et la communication en général auprès des médecins sur la fragilité de la personne âgée semble être insuffisante.

Au-delà du contenu des formations, le manque de moyens spécifiques à leur disposition pour une prise en charge efficace ne les encourage pas à dépister, et ce quel que soit leur mode et leur lieu d'exercice.

Une autre limite au dépistage de la fragilité est le refus des patients du dépistage en lui-même, et de la prise en charge proposée. C'est un phénomène observé par tous les médecins généralistes, mais qui reste peu fréquent. Dans les exemples exposés, les médecins étaient souvent dans la confrontation. Peut-être qu'en utilisant plus

largement des techniques de l'entretien motivationnel, le comportement des patients changerait favorablement.

Par rapport aux recommandations de l'HAS d'effectuer un « repérage opportuniste » auprès des « personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladies graves, sans dépendance avérée », nous pouvons constater que les médecins généralistes ont une grande marge d'amélioration.

b. Forces et limites de l'étude

i. Méthode

D'après Kitzinger, les *focus groups* sont des « discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinentes pour une recherche ». Cette méthode est intéressante car elle permet, par l'interaction entre les participants, de stimuler différents points de vue, et de favoriser l'expression et la discussion d'opinions controversées. Elle est utilisée, entre autres, pour évaluer les expériences et les représentations des participants sur des sujets touchant peu à l'intimité [38]. Il s'agissait donc de la méthode la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche.

Notre échantillon était diversifié, avec des âges allant de 31 ans à 65 ans. Les femmes étaient en nombre plus important que les hommes.

Les modes d'exercice des médecins généralistes, seul ou en groupe, étaient représentés équitablement. Un seul médecin exerçant en milieu rural a participé. Il aurait été intéressant d'en interroger plus car leur mode d'exercice soulève d'autres problématiques. Mais ceci s'explique par l'éloignement géographique et la surcharge de travail qui demandait aux médecins ruraux un effort supplémentaire pour venir participer aux focus groups. De manière générale, les médecins généralistes étaient très difficiles à mobiliser. Du fait de cette difficulté de recrutement, les caractéristiques des participants n'ont pas pu être homogénéisées dans chaque groupe. La composition des groupes a été fixée dès qu'un accord sur le lieu et la date de la réunion a pu être trouvé pour 4 à 7 participants. Malgré l'envoi d'un rappel par

courriel ou SMS 48h avant la date du groupe, des médecins ne se sont pas présentés. D'où la petite taille des groupes, notamment celui de 3 médecins où la dynamique de groupe était quasi absente, ce qui représente une limite à notre travail. En effet, d'après la littérature les focus groups doivent être composés de 4 participants minimum pour assurer la dynamique de groupe, avec un seuil de 8 à 10 au-delà duquel les échanges sont difficiles à suivre [38, 39].

Nous avons choisi de nous limiter au Gard et aux villes limitrophes pour des raisons pratiques. Moi-même étant novice pour mener les focus group, un animateur expérimenté, en l'occurrence le directeur de ce travail qui exerce dans le Gard, devait être présent.

Les médecins, sauf ceux du 1er groupe, ne se connaissaient pas avant les focus groups. Les participants n'avaient donc pas d'affinités de valeurs ou de pratiques de travail. Tous avaient un vécu professionnel de ce qu'ils percevaient comme la fragilité de la personne âgée. Par contre, le recrutement s'étant effectué sur la base du volontariat, les participants étaient tous intéressés par le sujet. Aussi, le recrutement par la liste des MSU a certainement sélectionné des médecins ayant une formation plus complète et actualisée. Ceci a pu constituer un biais de sélection.

Malgré une attitude bienveillante des animateurs, un accueil convivial pour créer une atmosphère détendue dans un endroit neutre afin d'encourager le dialogue et la spontanéité, le fait de parler en groupe fait souvent apparaître un biais de désirabilité sociale. Il s'agit d'une tendance des participants à donner des réponses socialement attendues.

L'animation d'un focus group nécessite d'adapter le déroulé des questions aux échanges des participants. Même si tous les thèmes du guide d'entretien pré-établi ont été abordés, il peut y avoir un biais d'investigation.

Malgré le recul constant à la question de recherche lors de l'analyse et la prise de conscience des représentations personnelles de l'enquêteur sur le sujet étudié, il peut aussi y avoir un biais d'interprétation. En effet, j'ai été la seule à intervenir dans l'analyse des données. Les participants ont tout de même eu la possibilité de commenter et corriger les retranscriptions.

Peu d'études décrivent les limites et les attentes des médecins généralistes concernant leur pratique du dépistage de la fragilité de la personne âgée [40]. La plupart des travaux sur le dépistage en médecine générale se focalisent sur les représentations ou la passation du dépistage en pratique. Notre étude est intéressante car elle permet d'analyser le dépistage dans sa globalité.

La généralisation des résultats d'une étude qualitative est toujours débattue [41]. Concernant notre étude, les particularités d'exercice dans chaque territoire et le biais de sélection peuvent remettre en cause sa généralisation.

ii. Entretiens

Le guide d'entretien a été conçu pour explorer chronologiquement les déterminants du dépistage de la fragilité : avant, pendant et après le dépistage [Annexe 5]. La question générale d'ouverture permettait de faire émerger beaucoup d'idées et d'enchaîner spontanément vers les autres thèmes.

Dans un groupe, l'un des médecins avait une part importante de pratique gériatrique dans son activité. Il s'était formé seul sur la fragilité de la personne âgée et faisait figure d'expert, ce qui a parfois bloqué l'échange entre les participants.

Le rôle de chacun des chercheurs était défini avant chaque groupe. Pour le premier groupe, l'enquêteur tenait le rôle d'observateur et concluait l'entretien. Les groupes suivants ont été co-animés. Forte de l'expérience des précédents groupes, l'enquêtrice a animé seule le 3ème groupe. Les animateurs ne se contentaient pas de poser les questions du guide d'entretien et de modérer le groupe, mais pouvaient intervenir pour encourager la discussion par rapport à des incohérences révélées par les participants entre eux pour poursuivre le débat plus loin.

La durée d'au moins 1h de chaque groupe est conforme à ce qui se retrouve dans la littérature [38, 40], et était nécessaire pour aborder tous les thèmes. Après la conclusion de l'entretien, des échanges informels ont eu lieu et ont ramené des remarques intéressantes.

c. Perspectives

L'HAS cite le parcours de prévention organisé dans les centres de prévention bien vieillir par les retraites complémentaires AGIRC-ARRCO [42]. Ce parcours commence par une invitation à participer à un bilan, envoyé à tous les allocataires, qui débouche sur une proposition à participer à des ateliers adaptés. Généraliser ce type de parcours par la sécurité sociale pourrait aider les médecins généralistes à dépister une partie des patients âgés fragiles.

Pour améliorer le travail en équipe avec les professionnels paramédicaux, il serait utile de connaître leur point de vue sur la fragilité, son dépistage et sa prise en charge. Aussi, une étude plus ciblée sur les attentes des médecins généralistes par rapport aux plateformes d'évaluation gériatriques permettrait d'améliorer la relation médecin généraliste – gériatre.

Considérant l'opposition de certains patients au dépistage et/ou à la prise en charge, il serait intéressant de connaître les représentations qu'ont les personnes âgées de la fragilité pour que le médecin puisse comprendre et s'adapter à leur réaction lorsqu'il aborde le sujet. Ainsi, une étude qualitative sur ce sujet a mis en valeur le concept d'auto-identification comme fragile ou non comme déterminant des réactions des patients [43]. D'autres études sont nécessaires pour approfondir cette compréhension.

L'échec des formations professionnelles à favoriser la pratique du dépistage par les médecins généralistes interrogés ici peut être un signe qu'il serait nécessaire de les modifier pour les ajuster au plus proche des besoins du terrain. Une thèse réalisée dans le territoire de Lourdes pour faire un état des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité un an après le déploiement du dispositif PAERPA, montre que les médecins disent connaître le concept de fragilité et dépister sans utiliser d'outils, mais que les critères de dépistages restent mal connus [44]. Ces données tendent à confirmer le caractère inadapté des formations médicales sur la fragilité.

5. Conclusion

La fragilité de la personne âgée est une notion complexe que beaucoup de médecins ont du mal à saisir. Ils se retrouvent seuls face à un concept sans définition consensuelle, mais qui nécessite un dépistage systématique. Pourtant la place du médecin généraliste paraît idéale pour dépister la fragilité. C'est le premier professionnel de santé à être au contact des personnes âgées. Cette étude a montré que les médecins généralistes sont rarement systématiques dans ce dépistage pour lequel ils fonctionnent le plus souvent à l'instinct. Ils se sentent concernés par le risque de perte d'autonomie qui en découle. C'est pourquoi ils se sentent démunis devant les faibles moyens à leur disposition pour permettre une prise en charge ciblée efficace. Ils sont demandeurs du renforcement de leur rôle de coordinateur au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, au plus proche du patient.

Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage mérite d'être défini plus clairement. Si le médecin généraliste doit être impliqué dans le dépistage de la fragilité, il est nécessaire de l'aider en l'accompagnant sur le terrain. Pour cela, il est nécessaire de lui faire connaître les structures dont il pourrait avoir besoin notamment les plateformes d'évaluation gériatrique, et de mettre en place des moyens de prises en charge de proximité efficaces pour qu'il perçoive une utilité au dépistage. Le dépistage ne peut pas non plus entièrement reposer sur lui. Il serait donc utile de développer d'autres stratégies de dépistage en parallèle.

Avec le vieillissement de la population, l'enjeu de ces prochaines années est de construire un système de soin qui aide nos ainés à bien vieillir, rapprochant la ville et l'hôpital autour des patients. La prise en charge de la fragilité est au cœur du vieillissement sans incapacités. En tant que médecins généralistes, notre implication dans ce tournant est déterminante.

6. Bibliographie

1. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première [Internet]. novembre 2016. 1619 [consulté le 3 février 2019]. Disponible sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228

2. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes [Internet]. septembre 2013. 28 [consulté le 3 février 2019]. Disponible sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf

3. Michel JP. Importance du concept de FRAGILITÉ pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. Base documentaire BDSP [Internet]. mai 2014. 20 [consulté le 7 décembre 2018]. Disponible sur http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/481651/#

4. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2011;9(4):387-90.

5. Lang P-O, Dramé M, Mahmoudi R, Jolly D, Lanièce I, Saint-Jean O, et al. La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2011;9(2):135-49.

6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-56.

7. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. ScientificWorldJournal. 8 août 2001;1:323-36.

8. 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 Can Med Assoc J. 30 août 2005;173(5):489-95.

9. Fried LP, Xue Q-L, Cappola AR, Ferrucci L, Chaves P, Varadhan R, et al. Nonlinear Multisystem Physiological Dysregulation Associated With Frailty in Older Women: Implications for Etiology and Treatment. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. oct 2009;64A(10):1049-57.

10. Kulminski AM, Ukraintseva SV, Kulminskaya IV, Arbeev KG, Land KC, Yashin AI. Cumulative Deficits Better Characterize Susceptibility to Death in the Elderly than Phenotypic Frailty: Lessons from the Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc. mai 2008;56(5):898-903.

11. Hoover M, Rotermann M, Sanmartin C, Bernier J. Validation of an index to estimate the prevalence of frailty among community-dwelling seniors. Health Rep. sept 2013;24(9):10-7.

12. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. Biogerontology. 1 oct 2010;11(5):547-63.

13. Tabue-Teguo M, Simo N, Harmand MG-C, Cesari M, Avila-Funes J-A, Féart C, et al. Frailty in elderly: a brief review. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. juin 2017; 2:127–137.

14. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. J Am Geriatr Soc. 1 avr 2010;58(4):681-7.

15. 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;64(6):675-81.

16. Dépendance : les départements apportent leur contribution au débat. Banque des Territoires [Internet]. mai 2011. 6 [consulté le 3 février 2019]. Disponible sur https://www.banquedesterritoires.fr/dependance-les-departements-apportent-leur-contribution-au-debat

17. Teixeira A. Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 juin 2015;15(87):134-7.

18. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine Thérapeutique. 1 juill 2004;10(4):229-36.

19. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. The Lancet. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.

20. 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.

21. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San José A, Santaeugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. Fam Pract. juin 2010;27(3):239-45.

22. Hautier C, Bonnefoy M. Réentraînement à l'effort des patients âgés. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 juill 2007;50(6):469-74.

23. Cesari M, Vellas B, Hsu F-C, Newman AB, Doss H, King AC, et al. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. févr 2015;70(2):216-22.

24. 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.

25. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. J Am Geriatr Soc. juin 2006;54(6):991-1001.

26. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. Recommandations de la Haute Autorité de Santé [Internet]. juin 2013. 7 [consulté le 5 janvier 2018]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

27. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 5 janv 2011;305(1):50-8.

28. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing. sept 2006;35(5):526-9.

29. 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.

30. 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.

31. van Kempen JAL, Schers HJ, Philp I, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. BMC Med. 3 déc 2015;13:287.

32. Feck E, Zulfiqar AA. Screening of frailty in family practice by the modified SEGA grid. Rev Med Liege. oct 2018;73(10):513-8.

33. 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.

34. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin. 2016 ;285p.

35. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2004;59(3):255-63.

36. FOURNIER C., BOURGEOIS I., NAIDITCH M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Quest Econ SANTE IRDES. avr 2018;(232):1-8.

37. COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE. Modèle type de protocole de coopération : Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé – Région Midi-Pyrénées [Internet]. février 2013 ;54p [consulté le 11 septembre 2019]. Disponible sur http://www.occitanie.paps.sante.fr/Protocoles-autorises-en-region.40995.0.html

38. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ?. Bulletin de psychologie. mai-juin 2004;57(3):237-43.

39. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. 2009;28(1):133-48.

40. C Ambagtsheer R, M Archibald M, Lawless M, Mills D, Yu S, Beilby JJ. General practitioners' perceptions, attitudes and experiences of frailty and frailty screening. Aust J Gen Pract. 2019;48(7):426-33.

41. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 ;3(2):81-90.

42. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire. Recommandations de la Haute Autorité de Santé [Internet]. décembre 2013. 8p [consulté le 5 janvier 2018]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire

43. Warmoth K, Lang IA, Phoenix C, Abraham C, Andrew MK, Hubbard RE, et al. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. Ageing Soc. août 2016;36(7):1483-500.

44. 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. Thèse d'exercice de la faculté de médecine de Toulouse [Internet]. 2015 ;34p [consulté le 11 septembre 2019]. Disponible sur http://thesesante.ups-tlse.fr/782/

Annexes

Annexe 1. Plan Personnalisé de Soins

La personne			Date d'initiation du PPS …../……./……	*Nom :*	
				Prénom :	
				Date de naissance :	
Numéro du PPS		**Préférences de la personne**			
Référent du PPS		**Priorité actuelle de la personne**			

Plan de soins					
Problèmes *classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)*	**Objectifs partagés**	**Libellé des actions dont ETP**	**Intervenants**	**Critères d'atteinte des résultats**	**Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires**

Plan d'aides					
Problèmes *classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)*	**Objectifs partagés**	**Libellé des actions dont ETP**	**Intervenants**	**Critères d'atteinte des résultats**	**Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires**

Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non ?) Date : / / .							
Problèmes	**Suivi**			**Problèmes** (fréquents, transversaux et modifiables)	**Suivi**		
	Initiation	**Point d'étape 1**	**Point d'étape 2**		**Initiation**	**Point d'étape 1**	**Point d'étape 2**
Problèmes liés aux médicaments				**Difficultés à prendre soin de soi**			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone			
- automédicati				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise			

on à risque				des médicaments			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
- problème d'observance				- refus de soins et d'aides			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
				Aidant en difficulté (épuisé, fragile…)			
				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
Organisation du suivi				- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			
- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité				**Isolement**			
- risque de chute				- faiblesse du réseau familial ou social			
- chute(s)				- isolement géographique			
- phobie post-chute				- isolement ressenti			
- problèmes de mobilité à domicile				- isolement culturel			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				**Précarité**			
				- financière			
Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée				- habitat			
Troubles de l'humeur				- énergétique			

Annexe 2 : Grille SEGA-A

	Profil gériatrique et facteurs de risques			
	0	**1**	**2**	**Score**
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
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 compliquées	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ	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	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total …. / 26	**< ou = 8 : Personne peu fragile**	**9-11 : Personne fragile**	**> ou = 12 : Personne très fragile**	

Annexe 3. Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST)



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

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*** ☐

Annexe 4 : Grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 5 : Guide d'entretien

1. Quand je vous parle de « fragilité de la personne âgée », qu'est-ce que cela vous évoque ?
    a. Quelle en serait votre définition ?
    b. Quel est, selon vous, la relation entre la fragilité, le vieillissement et la perte d'autonomie ?
    c. Que pensez-vous de la nécessité d'un dépistage de la fragilité du sujet âgé ?
    d. Quel rôle, direct ou indirect, pensez-vous devoir tenir dans son dépistage ?

Nous allons maintenant nous baser sur une ou plusieurs expériences de dépistage de la fragilité de la personne âgée que vous avez vécue.

2. Dans quel contexte a eu lieu ce dépistage ? (consultation de suivi, sortie d'hospitalisation, inquiétude de l'entourage, des professionnels intervenant auprès du patient, plainte du patient, …) ?
    a. Qu'est ce qui vous a fait / pourrait vous faire penser à dépister la fragilité ?
    b. Si vous n'avez pas dépisté de sujet âgé fragile dans votre patientèle, pouvez-vous détailler pourquoi ?
    c. Comment ce dépistage a-t'il été accueilli par vos patients ?

3. Combien de temps vous a pris le dépistage d'un sujet âgé fragile ?
    a. Comment jugez-vous ce temps passé au dépistage ?
    b. Que pensez-vous de déléguer le dépistage ?
    c. D'autres solutions pour alléger ce temps de dépistage vous viennent-elles à l'esprit ?

4. Quels critères avez-vous éventuellement recherchés pour dépister la fragilité ?
    a. Sur quel(s) outil(s) vous êtes-vous appuyé ?
    b. Comment les avez-vous inclus dans votre consultation ?
    c. Si vous n'en avez pas utilisé, pouvez-vous nous dire pourquoi, et en quoi cela aurait changé votre pratique de dépistage ?

d. Que pensez-vous d'inclure le jugement clinique subjectif du praticien dans un outil de dépistage de la fragilité ?

5. Quelle suite avez-vous donné à ce dépistage de la fragilité ?
    a. Qu'est-ce que le dépistage de la fragilité chez vos patients à permis de changer dans leur prise en charge ?
    b. Quel a été l'accompagnement dont vous avez bénéficié ?
    c. En êtes vous satisfait et pourquoi ?
    d. Quels retours avez-vous eu de cette prise en charge par vos patients ?

6. Quel seraient vos besoins pour mieux dépister la fragilité chez vos patients âgés ?
    a. Quel est votre niveau d'aisance par rapport à ce dépistage ?
    b. Que pensez-vous d'une rémunération spécifique pour le dépistage de la fragilité de la personne âgée ?

Annexe 6 : Formulaire de consentement

LES DÉTERMINANTS DU DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Cette étude est réalisée par Sara FARGEAS sous la direction du Dr Patrice CUKIER, médecin généraliste.

Description de l'étude

Cette étude a pour objectif de décrire les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin généraliste. Ce sujet s'inscrit dans un contexte d'augmentation importante de la population âgée, qui vit de plus en plus longtemps. Les médecins généralistes, acteurs de santé de premier recours, vont être de plus en plus confrontés à des problématiques gériatriques. Leurs complications, telle que la perte d'autonomie et les hospitalisations répétées pourraient être retardées voire évitées si une prise en charge préventive était plus systématiquement mise en œuvre. Les grands syndromes gériatriques tels que les chutes, la iatrogénie sont bien connus des professionnels de santé. Pour autant, les pratiques vis-à-vis de la fragilité sont hétérogènes. Ceci peut s'expliquer par le fait que ce concept est assez récent et encore mal défini. Le dépistage de celui-ci est la première étape pour une prise en charge adaptée de ces patients âgés fragiles. De plus, l'organisation d'un dépistage efficace est l'un des piliers du projet national PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) auquel l'est-héraultais participe comme territoire pilote.

Déroulement de la participation

Nous allons aborder ensemble vos représentations de la fragilité, l'aspect pratique du dépistage en cabinet libéral, votre ressentit et vos besoins pour améliorer la qualité et la faisabilité du dépistage de la fragilité en médecine générale. Les questions sont centrées sur votre expérience. Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'échanger différents points de vue et différentes pratiques.

Dans le cadre de cette enquête, nous vous demandons de participer à une entrevue d'une durée approximative de 1h visant à recueillir votre point de vue sur le sujet du dépistage de la fragilité de la personne âgée.

Vous pourrez refuser en tout temps de répondre à certaines questions, refuser d'aborder certains thèmes ou même mettre fin à l'entrevue, et ce, sans qu'aucun préjudice ne vous soit causé.

Respect des principes éthiques

La séance est enregistrée sur un support audio.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de façon confidentielle et seront utilisées aux seules fins définies par cette étude. Les enregistrements seront détruits dès que la transcription aura été réalisée.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

CONSENTEMENT

Votre participation à cette enquête est strictement volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment sans aucune conséquence.

Le fait d'apposer votre signature ci-dessous indique que :

- vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement;
- vous consentez à participer à cette étude;
- vous consentez à ce que les entrevues soient enregistrées;
- **vous consentez à ce que les données recueillies dans le cadre de cette étude soient analysées de manière confidentielle**;
- **vous consentez à ce que le résultat de cette étude fasse l'objet d'une éventuelle publication scientifique ultérieure**.

Fait à . . . . . Le . . . . . .

Signature du/de la participant(e) : Signature du chercheur principal :

Serment d'Hippocrate

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction : La fragilité comme précurseur de la perte d'autonomie est au cœur de la prévention du vieillissement avec incapacité. Avec le vieillissement de la population, c'est devenu un enjeu de santé publique, au sein duquel les médecins généralistes ont a priori une place privilégiée. Pourtant, les pratiques du dépistage en médecine générale semblent hétérogènes. Nous avons donc réalisé cette étude pour décrire les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale.

Méthode : Etude qualitative avec recueil des données par *focus groups* et analyse thématique continue. 17 médecins du Gard et des villes limitrophes ont été interrogés. Il s'agissait de médecins installés volontaires pour participer et ayant une expérience gériatrique dans leur pratique.

Résultats : Les médecins généralistes connaissaient peu la fragilité en tant que syndrome gériatrique. Ils dépistaient tout de même avec une grande part d'intuition. Pour eux, le dépistage était chronophage et ne pouvait pas être réalisé correctement par le médecin dans le contexte actuel de surcharge de travail. Ils manquaient de moyens adaptés pour prendre en charge les patients dépistés fragiles. Ils demandaient à être mieux accompagnés sur le terrain en les replaçant au centre de la prise en charge, avec plus de temps de coordination.

Conclusion : Il est nécessaire de donner aux médecins généralistes les moyens d'avoir un réel impact sur l'évolution de la fragilité pour les impliquer dans le dépistage. Les sensibiliser et les guider pour dépister et prendre en charge ce syndrome gériatrique est primordial. Pour améliorer le travail en équipe avec les professionnels paramédicaux, il serait utile de connaître leur point de vue sur la fragilité, son dépistage et sa prise en charge.

Mots clés : personne âgée, fragilité, dépistage, médecine générale, prévention