



HAL
open science

Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Narbonnais : évaluer l'implication future des médecins généralistes dans un circuit de dépistage en lien avec l'Hôpital

Laura Rubira

► To cite this version:

Laura Rubira. Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Narbonnais : évaluer l'implication future des médecins généralistes dans un circuit de dépistage en lien avec l'Hôpital. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03338162

HAL Id: dumas-03338162

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338162v1>

Submitted on 8 Sep 2021

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 - NonCommercial - 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

Laura RUBIRA

Le 20 mai 2021

Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Narbonnais :
Evaluer l'implication future des médecins généralistes dans un circuit de
dépistage en lien avec l'Hôpital.

Directrice de thèse : Docteur CLAUDON Céline

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - Gériatrie
Dr CLAUDON Céline, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laura RUBIRA

Le 20 mai 2021

**Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Narbonnais :
Evaluer l'implication future des médecins généralistes dans un circuit de
dépistage en lien avec l'Hôpital.**

Directrice de thèse : Docteur CLAUDON Céline

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs : Pr BLAIN Hubert, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier - Gériatrie

Dr CLAUDON Céline, Docteur en Médecine Générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	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
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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 et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
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
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
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	Médecine d'urgence
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

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
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	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Aux membres du Jury

Au **Pr LAMBERT**, qui me fait l'honneur de présider ma thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide. Veuillez recevoir mes salutations les plus distinguées.

Au **Pr BLAIN**, que je remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai beaucoup apprécié participer à votre enseignement sur la iatrogénie chez la personne âgée, cours précieux pour ma pratique future. Recevez l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au **Dr CLAUDON**, ma chère « Cécé ». Merci de m'avoir donné goût à la gériatrie, merci pour ta bonne humeur et pour ton aide. En souvenir de ce jour, où, dans le bureau des internes de médecine polyvalente, tu as accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse.

A ma famille

A **Yann**, pour son soutien et son amour depuis bientôt 7 ans. Merci de rendre ma vie plus belle à tes côtés.

A mes **parents**, que je remercie pour tout ce qu'ils ont fait pour moi depuis 27 ans, pour leur soutien, leur amour et leur éducation épicurienne qui me permet de profiter de la vie à chaque instant.

A ma **sœur**, merci d'avoir ouvert le chemin des études devant moi, tu es un modèle à suivre pour moi. Merci pour ton soutien indéfectible.

A mon oncle et ma tante **Alain et Christiane**, pour leur présence et leur encouragement.

A **mes grands-parents** qui me manquent. A ma grand-mère Eugénie, qui nous a quitté brutalement il y a peu de temps. A mon grand-père José, pour sa philosophie de vie et la fierté dont il me témoignait.

A ma **belle-famille**, pour son accueil dans leur famille et leur soutien.

A mes amis

Aux **LAMAS** : Anaïs, Marine, Anne Lise et Sarah. Une amitié qui dure depuis notre rencontre à l'externat il y a 8 ans déjà, merci pour tous ces beaux moments partagés.

A mes **amies du PCDR** : Pauline, Cécilia, Marie, Manon. Merci pour ces merveilleux moments passés ensemble qui resteront à jamais dans ma mémoire.

Aux **BDB** : Charles, Caroline, Louis Marie, Florène, Benjamin, Morgane. En souvenir de ce premier semestre à Narbonne qui a tissé des liens pour la vie. Remerciement particulier au Dr Goallo qui m'a beaucoup aidé dans la relecture de ma thèse.

A **Garance**, merci pour ta joie de vivre et ta gentillesse. Merci aussi pour ton aide précieuse dans ce travail.

A **tous les autres** qui ont fait de ces études pas toujours faciles une expérience formidable et inoubliable : mes amis d'externat, mes rencontres de l'internat.

Aux médecins ayant participé à ma formation

A tous les médecins que j'ai rencontré durant ma formation d'externe mais surtout d'interne, pour avoir partagé avec moi leurs connaissances mais aussi leurs expériences et leurs singularités, ce qui m'a permis d'arriver là où je suis aujourd'hui.

Table des matières

Abréviations.....	19
Introduction.....	21
PARTIE I - Vieillessement de la population et fragilité	23
I – Contexte actuel.....	23
1) Epidémiologie	23
a) Au niveau mondial.....	23
b) Au niveau national.....	24
c) Dans l’Occitanie	25
d) Dans l’Aude.....	27
2) Politiques de santé	28
a) Au niveau mondial.....	28
b) Au niveau national.....	29
II – Concept de la fragilité.....	36
1) Définition de la fragilité et de ses différents composants	36
a) Prévalence de la fragilité	37
b) Les différents composants de la fragilité	40
2) Modèles de fragilité et tests de dépistage	47
a) Deux modèles prédominants	47
b) Dépistage.....	48
3) Prise en charge de la fragilité en Occitanie	51
a) A Montpellier/Nîmes.....	51
b) A Toulouse.....	52
c) A Narbonne	54
PARTIE II – Etude.....	56
I - Introduction.....	56
II – Objectif.....	56
III – Matériel et méthode.....	57
1) Type d’étude.....	57
2) Population étudiée	57
3) Elaboration du questionnaire	57

4) Méthode d'analyse des données.....	59
IV - Résultats.....	59
1) Première partie.....	59
2) Deuxième partie.....	60
3) Troisième partie.....	65
V - Discussion.....	67
1) Forces et limites de l'étude.....	68
2) Interprétation des résultats.....	69
3) Perspectives.....	72
VI - Conclusion.....	75
Bibliographie.....	77
Serment.....	80

Abréviations

ADL : Activities of Daily Living

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

CAMAC : Centre Ambulatoire des maladies chroniques avec comorbidité

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNO : Complément Nutritionnel Oral

CREPC : Centre Régional Equilibre et Prévention des Chutes

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gerontopôle Frailty Screening Tool

GIR : Groupe Iso-Ressource

HDJ : Hospitalisation De Jour

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

ICOPE : Integrated Care of Older People

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et de des Etudes Economiques

MMSE : Mini Mental State Examination

MONALISA : MObilisation NATionale de Lutte contre l'Isollement des Sujets Agés

MNA : Mini Nutritional Assessment

OMS : Organisme Mondial de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PPS : Plan Personnalisé de Soins

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie

SOF index : Study of Osteoporotic Fracture Index

Introduction

La personne âgée est définie par l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) comme une personne ayant un âge supérieur à 60 ans.

La proportion de personnes de plus de 60 ans est en augmentation constante dans le monde entier, avec une croissance rapide dans les pays en voie de développement.

L'enjeu de politique de santé mondial est de favoriser le bon vieillissement de la population afin de favoriser sa participation dans la vie sociétale et limiter, ou du moins retarder, la charge de santé qui en découle. La prise en charge des personnes âgées dépendantes demande des moyens colossaux, en 2014 cela représentait 30 milliards d'euros (soin de santé, prise en charge de la perte d'autonomie et hébergements) [1].

Le vieillissement est un phénomène complexe, inéluctable, et non linéaire. En effet, on fixe un seuil d'âge pour parler de personne âgée, mais le vieillissement n'a que peu de rapport avec l'âge en année. Nous ne sommes pas tous égaux en terme de vieillissement, cela dépend de bien des facteurs qui se rajoutent au vieillissement physiologique des cellules : la génétique, l'environnement dans lequel on a été élevé, nos comportements de vie (alimentation, activité physique, comportements à risque) [2]. Le vieillissement est donc un processus faisant partie des étapes de la vie mais dont l'évolution est propre à chaque individu.

La santé est définie par l'OMS comme « un état de santé complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [3].

Afin de vieillir en « bonne santé » ou dans le meilleur état de santé possible, il est donc primordial de prendre en compte ces différents composants. En effet, en plus des changements biologiques dus au vieillissement, l'avancée en âge est aussi associée à d'autres changements comme le départ à la retraite, l'installation dans un logement plus adapté, la perte de son entourage et l'isolement social qui en découle. Ces changements demandent à la personne âgée une force d'adaptation que la société se doit de faciliter, que ce soit par des aides médicales, sociales ou au niveau des infrastructures [2].

Les efforts de santé publique doivent être renforcés au moment de la vie où le sujet âgé bascule d'un vieillissement « réussi » à « pathologique ». Ce moment critique est caractérisé par des fragilités qui s'installent progressivement et qui, si elles ne sont pas prises en charge au bon

moment, évoluent en état de dépendance qui devient alors irréversible. Du fait de son caractère réversible, il est donc important de concentrer nos efforts de dépistage et de prise en charge sur la fragilité afin de stopper le déclin physique et mental qui mène à un vieillissement « raté » qui entrave l'état de bonne santé décrit par l'OMS, et qui conditionne notre place dans la société.

La société est face à un nouveau défi : s'adapter au changement démographique de la population en passant d'une société favorisant les personnes jeunes actives vers une société qui s'adapte à une population plus âgée mais dont le maintien en bonne santé est primordial afin de garantir la pérennité de leur participation à la vie sociale.

L'époque de l'âgisme, discriminant les personnes âgées, est obsolète et doit être abolie pour laisser place à une nouvelle ère : celle du vieillissement « réussi », moteur potentiel de nos sociétés modernes.

Pour ce faire, le dépistage des personnes fragiles est essentiel ainsi que leur prise en charge précoce afin d'optimiser les étapes du vieillissement de la population.

L'Aude est un département qui a une population composée pour un tiers de personnes de 60 ans ou plus. L'intérêt de ce dépistage prend alors tout son sens, c'est pourquoi des réseaux se mettent en place pour répondre à ce besoin et nécessitent la coopération des médecins généralistes.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer l'implication future des médecins généralistes du Narbonnais dans le dépistage de la fragilité des patients âgés dans le cadre d'un circuit de dépistage en lien avec le Centre Hospitalier de Narbonne.

PARTIE I - Vieillesse de la population et fragilité

I – Contexte actuel

1) Epidémiologie

a) Au niveau mondial

La population mondiale subit une modification démographique importante avec une accélération du vieillissement de la population ces dernières années. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la proportion des personnes de 60 ans et plus a augmenté de façon importante à l'échelle planétaire et les sociétés doivent s'adapter pour y faire face.

Sur un rapport de l'OMS de 2018, on estime qu'entre 2015 et 2050 cette population va presque doubler passant de 12 à 22%, soit de 900 millions de personnes à 2 milliards.

En 2017, 1 personne sur 8 avait 60 ans ou plus dans le monde, en 2030 on passera à 1 personne sur 6 et en 2050 à 1 personne sur 5 [4].

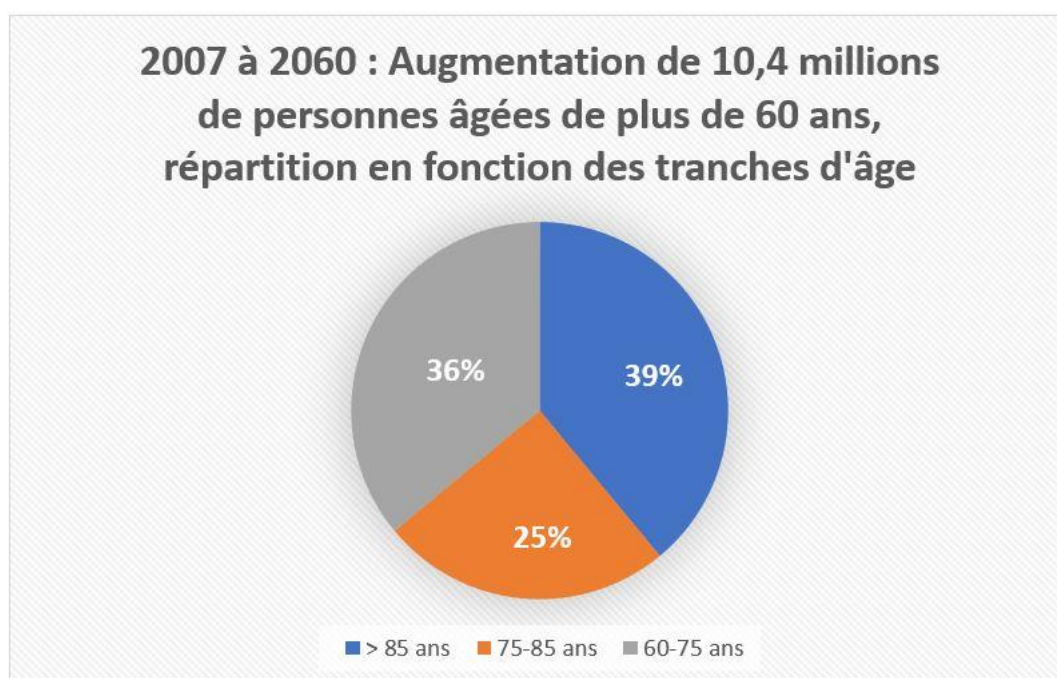
Si certains pays ont eu le temps de s'adapter à l'augmentation des 60 ans et plus, comme la France avec une augmentation de 10 à 20% en 150 ans, d'autres pays comme le Brésil, la Chine et l'Inde n'ont eu que 20 ans pour le faire. Même si ce vieillissement de la population a commencé dans les pays à revenu élevé (au Japon 30% de la population a déjà plus de 60 ans), cette tendance est maintenant planétaire et on estime qu'en 2050 80% des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [2].

b) Au niveau national

Au premier janvier 2019, 26,1% de la population française avait 60 ans ou plus [5].

Selon un rapport de l'INSEE (*Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*) de 2010, la France métropolitaine compterait 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060, soit une augmentation de 11,8 millions par rapport à 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmenterait de 10,4 millions. Parmi ces 10,4 millions, 6,7 millions auraient 75 ans ou plus et 4,1 millions auraient 85 ans ou plus. L'espérance de vie moyenne passerait de 78 ans à 86 ans pour les hommes et de 84 à 91 ans pour les femmes.

Figure 1 : Répartition de l'augmentation de la population par tranche d'âge



En 2060, une personne sur trois aura donc plus de 60 ans. Cette croissance de la population de 60 ans et plus sera très importante et indépendante de facteur extérieur jusqu'en 2035, elle est la conséquence du vieillissement du baby-boom. A partir de 2035, la population continuera à vieillir mais cette tendance sera plus sensible à des événements démographiques comme la fécondité, la migration, la mortalité [6].

c) Dans l'Occitanie

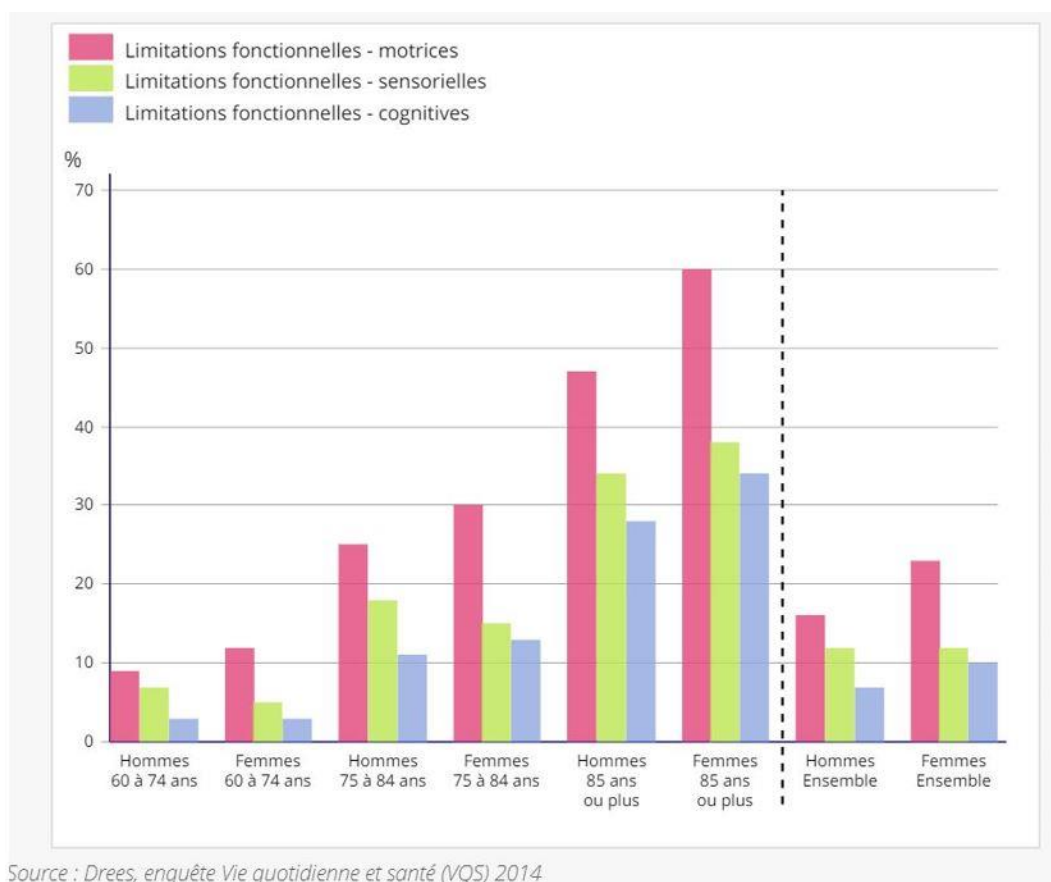
Selon un rapport de l'INSEE de 2014, une personne sur quatre avait 60 ans ou plus dans la région Occitanie, soit 1,6 millions de personnes. Cette région est la 5^e région française où cette population est la plus importante, elle est majoritairement féminine.

La majorité des personnes de 60 ans et plus réside à domicile dans cette région, seulement 5% sont dans des institutions (le taux augmentant avec l'âge : 4% à 75 ans, 20% à 85 ans).

Parmi cette population, 13% s'estimait en mauvaise santé (taux comparable au taux national).

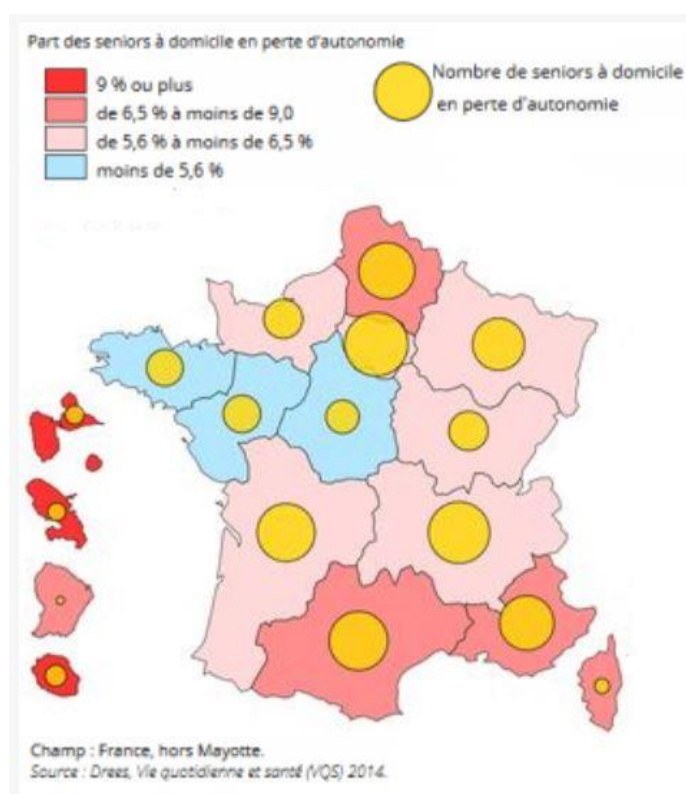
Plus l'âge avance et plus les patients souffrent de limitations fonctionnelles : dans l'Occitanie 20 % avaient des difficultés motrices, 12% des limitations sensorielles, 9% des limitations cognitives [7].

Figure 2 : Nature des limitations fonctionnelles des séniors vivant à domicile en 2014 en Occitanie selon le sexe et l'âge (en %) [7]



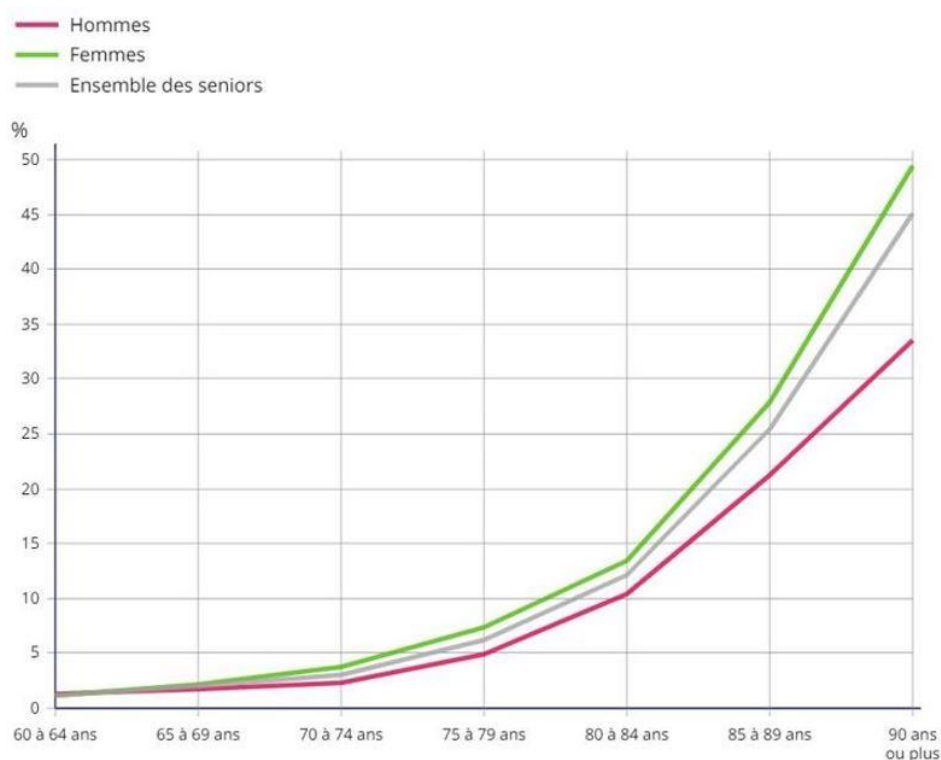
On voit sur la figure ci-dessous que la région Occitanie est l'une des régions les plus touchées par la perte d'autonomie des personnes vivant à domicile, avec les PACA, les Hauts de France et la Corse [8].

Figure 3 : Pourcentage de séniors en perte d'autonomie à domicile en fonction des régions en 2014 [8]



7% des personnes de 60 ans et plus, soit 106 000 personnes, vivant à domicile étaient en situation de perte d'autonomie : la moitié avait 85 ans et plus, et cela touchait deux fois plus les femmes que les hommes. On note également que l'entrée en dépendance s'accroît après 85 ans [7].

Figure 4 : Part des séniors en perte d'autonomie vivant à domicile en 2014 en Occitanie selon le sexe et l'âge en % [7]



Au premier janvier 2019, le recensement de la population montrait une proportion de personnes de 60 ans ou plus de 29% dans la région Occitanie, soit presque un tiers de la population [5].

d) Dans l'Aude

Au premier janvier 2019, l'INSEE a recensé 370 206 habitants dont 33,5% avait 60 ans ou plus, ce qui représente 124 037 personnes [5].

Avec un tiers de sa population ayant 60 ans ou plus, l'Aude est un département où le dépistage de la fragilité chez la personne âgée est primordial.

2) Politiques de santé

a) Au niveau mondial

Pour s'adapter à ce virage démographique, l'OMS a élaboré la « Stratégie mondiale sur le vieillissement et la santé » (2016-2030) qui a défini pour les 4 premières années (2016-2020) 5 domaines prioritaires : [2]

- Engagement en faveur du vieillissement en bonne santé, notamment en termes de politique de santé ;
- Alignement des systèmes de santé sur les besoins des personnes âgées ;
- Développement de systèmes pour les soins de longue durée ;
- Création d'environnements adaptés aux personnes âgées ;
- Amélioration de l'évaluation, du suivi et de la compréhension du vieillissement.

Des collaborations mondiales sous la direction de l'OMS comme la « Décennie du vieillissement en bonne santé 2020-2030 » sont organisées pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, de leurs familles et des communautés dans lesquelles elles vivent. Le but est que le vieillissement de la population ne soit plus une difficulté à surmonter mais une opportunité à saisir.

Cette « décennie » s'inspire du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002 qui avait pour objectif de construire une société pour tous les âges. De plus, elle renforce les approches multisectorielles du vieillissement en bonne santé avec notamment le projet d'une plateforme multipartite pour favoriser les échanges [4].

L'OMS a identifié 5 capacités intrinsèques essentielles pour la prévention de la perte d'autonomie : la mobilité, la mémoire, les capacités sensorielles, l'état nutritionnel et l'humeur. Pour prévenir l'altération de ces fonctions, elle a créé le programme ICOPE (*Integrated Care of Older People*) il y a un peu moins d'un an, programme encore en cours d'élaboration. Le concept de ce programme repose sur 5 étapes :

- 1) Le screening grâce à un outil d'évaluation : ICOPE screening (8 minutes) ;
- 2) Evaluation plus approfondie du déficit dépisté lors du screening par un médecin ou infirmière formée ;
- 3) Synthèse et élaboration d'un plan de soin avec les différents acteurs de soin ;
- 4) Suivi du plan de soin et réévaluation ;
- 5) Mise en place sur le territoire des ressources nécessaires pour la prévention de la dépendance.

Une application permettant de monitorer ces fonctions est en cours de développement au sein du Gérontopôle de Toulouse (nous y reviendrons plus tard) [9].

b) Au niveau national

Loi adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a été adoptée par le Parlement le 14 décembre 2015 et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Avec la création de la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA), le gouvernement a investi dans la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie, nouvel enjeu majeur dans notre société. Cet investissement passe par la revalorisation de l'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*) : augmentation du nombre d'heures, diminution de la participation financière ou exonération si bénéficiaire de l'ASPA (*Allocation de Solidarité aux Personnes Agées*). Il a permis aussi l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile (375 millions d'euros), le droit au répit des aidants (78 millions d'euros), la prévention de la perte d'autonomie (185 millions d'euros) et une aide pour l'adaptation (84 millions d'euros).

Cette politique globale, tournée vers l'autonomie, a pour but de permettre aux personnes âgées d'être actrices dans leur parcours de soin et dans la prévention de la perte d'autonomie. Cette loi est porteuse d'un nouveau regard sur la vieillesse, en privilégiant un vieillissement « réussi » afin d'optimiser l'avancée en âge de la population française.

Cette loi a aussi pour but de diminuer les inégalités de santé qui s'accroissent avec l'âge, en favorisant la mobilisation de la société autour du défi du vieillissement en prenant en compte sa double dimension du bien vieillir et de la protection des personnes vulnérables. Pour cela, elle compte :

- Dynamiser la prévention individuelle et collective : dispositif de repérage et prévention des fragilités, activité physique, atelier de prévention chute/mémoire/dénutrition, lutte contre l'isolement grâce à des équipes citoyennes bénévoles dans le cadre de la MONALISA (*ensemble d'organisations luttant ensemble contre isolement personnes âgées*) ;
- Aménagement du territoire : entrer dans la dynamique des « Villes amies des aînés » de l'OMS en créant des « quartiers amis des aînés » avec des commerces/transports/logements/services adaptés, tenir compte du vieillissement de la population dans la création des nouvelles lignes de transports ou habitations ;
- Favoriser l'engagement citoyen des personnes âgées et les échanges intergénérationnels : tutorat, recueil d'archives à l'occasion des commémorations des deux guerres mondiales ;
- Développer la « Silver économie » = économie des séniors : faire du vieillissement de la population une opportunité économique en développant les activités du tourisme, culture, services à la personnes, pharmacie, etc.

La participation des personnes âgées est sollicitée pour la politique locale de l'autonomie grâce à la création du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie où leurs représentants peuvent s'exprimer [10].

Initialement prévu pour fin 2019, le nouveau projet de loi « Grand Age et Autonomie » est finalement annoncé pour la fin de l'année 2020/début 2021, avant d'être une nouvelle fois reporté à cause de la crise sanitaire liée au Coronavirus. Cette loi prévoit un meilleur financement de l'autonomie mais également une optimisation de la gouvernance et de l'organisation des services à domicile, et la réorganisation des EHPADs. Suite au rapport de proposition de réformes remis par Dominique Libault à Mme Buzyn, trois leviers de changement majeurs ont été retenus :

- la qualité des prises en charge et le renforcement de la prévention en établissement comme dans les services à domicile ;
- baisse du reste à charge en établissement ;
- revalorisation des métiers du grand âge.

Leur stratégie visant à prévenir la perte d'autonomie reposerait sur 4 axes selon l'ancienne ministre de la Santé :

- Promouvoir la prévention tout au long de la vie pour repousser la perte d'autonomie ;
- Dès 70 ans, agir sur les facteurs accélérant la perte d'autonomie ;
- Mettre la préservation de l'autonomie de chaque personne au cœur des priorités des professionnels ;
- Mettre la France au niveau des pays européens les plus avancés en matière de prévention de la perte d'autonomie, par la recherche et l'innovation [11].

Dans un but de mieux financer la prise en charge des séniors dans un contexte d'augmentation continue de l'espérance de vie et des dépenses liées au grand âge, le Parlement a adopté définitivement le projet de loi de la dette sociale en juillet 2020. Cette loi intègre la création d'une 5^e branche « Autonomie » à la sécurité sociale, dédiée à la prise en charge de la perte d'autonomie qui vient s'ajouter aux 4 autres branches : maladie, retraite, famille, accidents de travail-maladies professionnelles. Cette 5^e branche sera confiée à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et a pour but de concentrer et d'augmenter les financements dédiés à l'Autonomie afin de répondre aux besoins croissants. En effet, de 30 milliards d'euros par an, les dépenses liées au grand âge pourraient augmenter de 9 milliards d'ici 2030 à cause du papy-boom, selon le rapport Libault remis l'an dernier. Cette étape est vue comme « la première pierre d'une grande réforme » du grand âge et de l'Autonomie. Cependant, la question cruciale du financement sera discutée par le Parlement en septembre 2020 [12] [13].

En parallèle des textes de loi, les recommandations nationales évoluent pour favoriser une prise en charge optimale des personnes vieillissantes.

Recommandation HAS : repérage et prise en charge fragilité en ambulatoire

D'après la recommandation de la HAS (*Haute Autorité de Santé*) de 2013 relative au repérage de la fragilité en ambulatoire, ce dépistage permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. Il se montre particulièrement intéressant pour les personnes de plus de 70 ans indemnes de toute maladie grave, sans dépendance.

Le questionnaire élaboré par le Gérotopôle de Toulouse (échelle GFST : *Gerontopôle Frailty Screening Tool*), outil dérivé du phénotype de Fried, a été retenu comme pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNP) pour le repérage de la fragilité en soin primaire.

Figure 5 : Echelle GFST [14]



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

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

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</i>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Le dépistage de la fragilité est une première étape qui, si elle se révèle positive, débouche sur une évaluation gériatrique standardisée complète. Cette dernière vise à évaluer les comorbidités, l'environnement social et économique qui modulent l'expression de la fragilité. Cette évaluation aboutit par la suite à l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) afin de corriger les facteurs de fragilité [15].

Selon la recommandation de la HAS de 2013 sur la prise en charge de la fragilité en ambulatoire, les bénéfices sont d'autant plus importants que la prise en charge est précoce (avant toute déficience pour les actes de la vie quotidienne, même partielle). Le succès de cette prise en charge est multidimensionnel et repose sur l'implication du médecin traitant en collaboration avec les gériatres, l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie et sur la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux et les services d'aide à la personne.

Le volet médical du PPS repose sur l'activité physique pour lutter contre la sédentarité, une alimentation adaptée aux besoins du patient, une réduction du risque iatrogène, et une adaptation de la prise en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance suite à l'hospitalisation. Cela nécessite également un recours rapide aux avis gériatriques (exemple : numéro de téléphone dédié) [16].

Ce modèle de prise en charge repose sur une démarche pluri disciplinaire entre professionnels de santé, intervenants sociaux et avec la participation du patient.

Figure 6 : Exemples des domaines à explorer avec tests diagnostiques [16]

Domaines à explorer	Démarche et tests diagnostiques	Compléments / commentaires
Optimisation diagnostique et thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un interrogatoire, un examen clinique, peser la personne, réévaluer les comorbidités. Rechercher des pathologies non diagnostiquées. PMSA : revue des médicaments et révision de leur bénéfice/risque et de leur posologie en l'adaptant à la fonction rénale. Rechercher une plainte autour du sommeil. 	Les plaintes autour du sommeil sont une source de prescription inappropriée de psychotropes. C'est aussi un signe d'appel de pathologie souvent sous diagnostiquée ou négligée (dépression, douleur, etc.)
Altération des fonctions supérieures	<ul style="list-style-type: none"> MIS ou test des 5 mots et test de l'horloge. Si ces tests sont anormaux, réaliser un MMSE. 	Si score MMSE \leq 25/30, demander une consultation mémoire. Une maladie d'Alzheimer débutante peut être diagnostiquée chez un patient fragile.
Souffrance psychique, dépression	<ul style="list-style-type: none"> Mini GDS (Geriatric Depression Scale) Si score total supérieur à 1, évaluation médicale avec GDS 15 items www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression Poser la question si le patient est aidant. 	Confirmer le diagnostic de dépression en prenant, si besoin, un avis spécialisé. Un sommeil perturbé, une perte de l'appétit peuvent être des signes d'une dépression. Les aidants ont un risque de dépression et de mortalité prématurée important.
Déficit sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> Vision : la lecture est-elle perturbée ? Échelle de Parinaud pour acuité visuelle : échelle AMSLER pour la DMLA, avis sur cataracte, etc. Audition : rechercher des questions répétées, la perception de sonnette/téléphone, bruits de la rue. 	Demander un examen ophtalmologue complet (acuité visuelle, champ visuel, pression oculaire, rétine). Demander un audiogramme et l'avis d'un ORL pour le diagnostic de presbycusie et les spécifications d'un appareillage.
État bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'état bucco-dentaire, l'hygiène. Rechercher une sécheresse, des difficultés de mastication. 	Adresser au chirurgien-dentiste (échelle de OHAT). Un bon état bucco-dentaire est nécessaire pour préserver la qualité de l'alimentation.
État nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> S'enquérir de l'appétit. Courbe de poids : dénutrition si perte de poids \geq 5 % en 1 mois, ou \geq 10 % en 6 mois. IMC : dénutrition si IMC $<$ 21 kg/m². Repérage de la consommation excessive d'alcool. 	MNA (Mini Nutritional Assessment) en deuxième ligne : dénutrition si $<$ 17. Rechercher la cause de la dénutrition.
Étude de la mobilité et de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher une chute spontanée. Rechercher une hypotension orthostatique. Mesurer la vitesse de marche sur 4 m. Time up and Go Test (TUGT). 	Ces tests dépistent une sarcopénie et un risque de chute. Rechercher une maladie neurologique ou rhumatologique nécessitant une prise en charge spécifique. Les troubles de la continence limitent la mobilité.
Évaluation de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> Test de Katz : évalue les activités de la vie quotidienne ou ADL. Mini IADL évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne en 4 points (gestion de l'argent, des traitements, du transport et du téléphone). 	Remplir un certificat médical pour grille AGGIR si le financement d'une aide est nécessaire.
Statut économique et social	<ul style="list-style-type: none"> S'enquérir des caractéristiques de l'habitat (chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque), de la situation financière (revenus, couverture sociale) et du réseau social (vie sociale et relationnelle). 	Si une vulnérabilité sociale est suspectée, une visite à domicile est conseillée. Un bilan social de la personne peut être demandé auprès des équipes des centres locaux d'information et de coordination (CLIC 2 et 3), du conseil communal de l'aide sociale (CCAS), d'une assistante sociale, du service social polyvalent des départements.

Problèmes	Exemples de causes possibles	Exemples d'actions à mettre en œuvre
Problèmes liés aux médicaments		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Effets secondaires. ■ Accident iatrogène. ■ Problème d'observance. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Automédication à risque. ■ Prise de traitement à risque élevé d'accident iatrogénique : psychotropes et/ou diurétiques et/ou anti-thrombotique et/ou hypoglycémiant. ■ Nombre de traitements > 4/jour. ■ Prises multiples dans la journée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer une prise sécurisée par un tiers. ■ Mettre en place un pilulier. ■ Éducation thérapeutique sur le repérage des situations à risque, les signes d'alerte, les stratégies pour diminuer les oublis, les modes de recours aux soins. ■ Réviser les objectifs thérapeutiques. ■ Arrêter certains médicaments. ■ Adapter les posologies ou la fréquence des prises. ■ Garder la même présentation dans le temps des médicaments (génériques).
Problèmes liés à l'organisation du suivi médical		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés au suivi des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de déplacement du médecin traitant. ■ Investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes. ■ Multiples intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sécuriser les rendez-vous (biologie, imagerie, consultations, etc.). ■ Programmer les transports sanitaires. ■ Utiliser un carnet de suivi, etc. ■ Programmer les hospitalisations, assurer la prise en charge à la sortie de l'hôpital.
Problèmes de mobilité et troubles de l'équilibre		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de mobilité à l'intérieur. ■ Problèmes de mobilité à l'extérieur. ■ Risque de chute, chute, phobie post-chute. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les troubles de la mobilité et de l'équilibre sont souvent multifactoriels. Il est essentiel de les caractériser au mieux. ■ Présence d'une pathologie neurologique ou de l'appareil locomoteur. ■ Syndrome algique. ■ Incontinence. ■ Dénutrition/sarcopénie ■ Déficit sensoriel ■ Souffrance psychique, dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prescrire un programme d'exercice physique adapté ou une rééducation en fonction du bilan de kinésithérapie. ■ Prendre en charge les problèmes de podologie. ■ Prévoir un accompagnement des sorties et des aides au transport ■ Fournir des aides techniques et adapter le logement. ■ Favoriser l'activité physique au quotidien. ■ Réaliser un bilan et une prise en charge nutritionnels. ■ Corriger des troubles sensoriels. ■ Prendre en charge une dépression (avis psychiatre SB).
Isolement		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Isolement géographique. ■ Isolement ressenti. ■ Isolement culturel. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faiblesse du réseau social. ■ Déficit sensoriel. ■ Troubles cognitifs. ■ Troubles thymiques. ■ Fonction d'aidant. ■ Refus de soins et d'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Socialiser : orienter vers des loisirs... ■ Corriger les troubles sensoriels. ■ Renforcer ou mettre en place des aides, dont un accompagnement à l'usage des moyens de communication. ■ Adapter la prise en charge aux troubles cognitifs. ■ Prendre en charge une dépression (avis psychiatre SB). ■ Repérer les situations de maltraitance.
Incapacité dans les activités instrumentales (IADL) ou de base (AVQ ou ADL) de la vie quotidienne		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). <ul style="list-style-type: none"> ▸ Gérer son budget. ▸ Utiliser le téléphone. ▸ S'occuper soi-même des médicaments. ▸ Utiliser les moyens de transport. ■ Activités de base de la vie quotidienne (AVQ ou ADL). <ul style="list-style-type: none"> ▸ Soins d'hygiène personnels. ▸ Toilette. ▸ Habillement. ▸ Continence. ▸ Aller aux toilettes. ▸ Se déplacer. ▸ Se nourrir. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nouvelle pathologie, nouveau traitement. ■ Aggravation des pathologies préexistantes. ■ Douleur. ■ Dépression. ■ Événement familial (hospitalisation du conjoint, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagner la personne par une aide technique adaptée ponctuelle (sortie d'hospitalisation, veuvage) ou pérenne ■ Repérer le refus de soins et aide et les situations de maltraitance. ■ Prévoir un système de téléalarme ou de veille ■ Désigner une personne de confiance. ■ Repérer les aidants naturels.
Précarité		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Financière. ■ Habitat. ■ Énergétique. 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier l'accès aux droits (ALD, CMU) et aux soins. ■ Obtenir des aides financières (grille AGGIR). ■ Vérifier l'accompagnement social, dont les mesures de protection juridique, et rechercher le soutien d'une association d'aide à la personne.

II – Concept de la fragilité

1) Définition de la fragilité et de ses différents composants

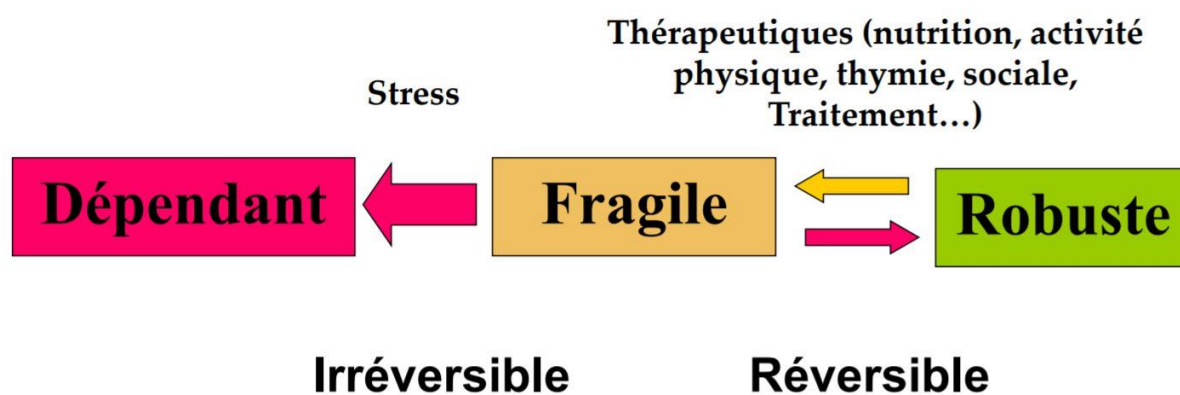
La fragilité peut se définir comme une diminution des capacités de réserves fonctionnelles et des capacités à faire face à un stress quelle qu'en soit la nature [17].

Selon la SFGG, la fragilité est « un syndrome clinique qui précède la dépendance et se manifeste par une perte de poids involontaire, baisse de force musculaire, fatigue, lenteur de marche, grande sédentarité. La fragilité est réversible, la dépendance ne l'est plus » [18].

En effet, la dépendance est définie par une incapacité partielle ou totale à réaliser les actes de la vie quotidienne sans aide, qu'ils soient physiques, psychiques ou sociaux et de s'adapter à son environnement. Cet état est par définition irréversible et nécessite une adaptation du mode de vie de la personne (aide à domicile, passage infirmier, etc.) [19].

On peut ainsi définir trois « types » de personne : la personne « robuste », la personne fragile et la personne dépendante. La fragilité est donc une étape intermédiaire entre l'état de santé et l'état de maladie, dont l'équilibre est précaire et dont l'évolution n'est pas fatalement destinée à arriver à l'état de maladie. Être fragile multiplie par deux le risque d'être dépendant à 10 ans [20].

Figure 7 : Réversibilité de la fragilité [20]



L'apparition d'un état fragile doit donc être reconnue, ses causes recherchées et une prise en charge adaptée doit être mise en place pour éviter le recours fréquent aux ressources collectives, hôpitaux et établissements de soins. Ainsi la réduction de la fragilité associée au vieillissement et la souffrance qui y est associée est une priorité essentielle pour notre société et nos systèmes de soins de santé [21].

Le Gérotopôle du CHU de Toulouse a créé un spot publicitaire afin de sensibiliser les personnes âgées à la notion de fragilité [18].

Cette sensibilisation est d'autant plus importante que la fragilité est souvent asymptomatique, elle peut s'exprimer par des signes peu spécifiques comme la fatigue, perte de poids inexplicée, infections à répétition, ou bien par des signes plus spécifiques comme les chutes à répétition ou les épisodes de confusion [22].

Prenons comme exemple, Mme R et Mme F qui sont deux femmes de 78 ans autonomes à domicile, traitées pour hypertension. Toutes deux tombent et se cassent le col du fémur. Après l'opération Mme R se remet rapidement et rentre à domicile. A l'inverse Mme F est confuse après l'opération sous l'effet des antalgiques, elle chute lors de la rééducation et fait une infection pulmonaire avant de sombrer dans la dépendance. Mme F était Fragile.

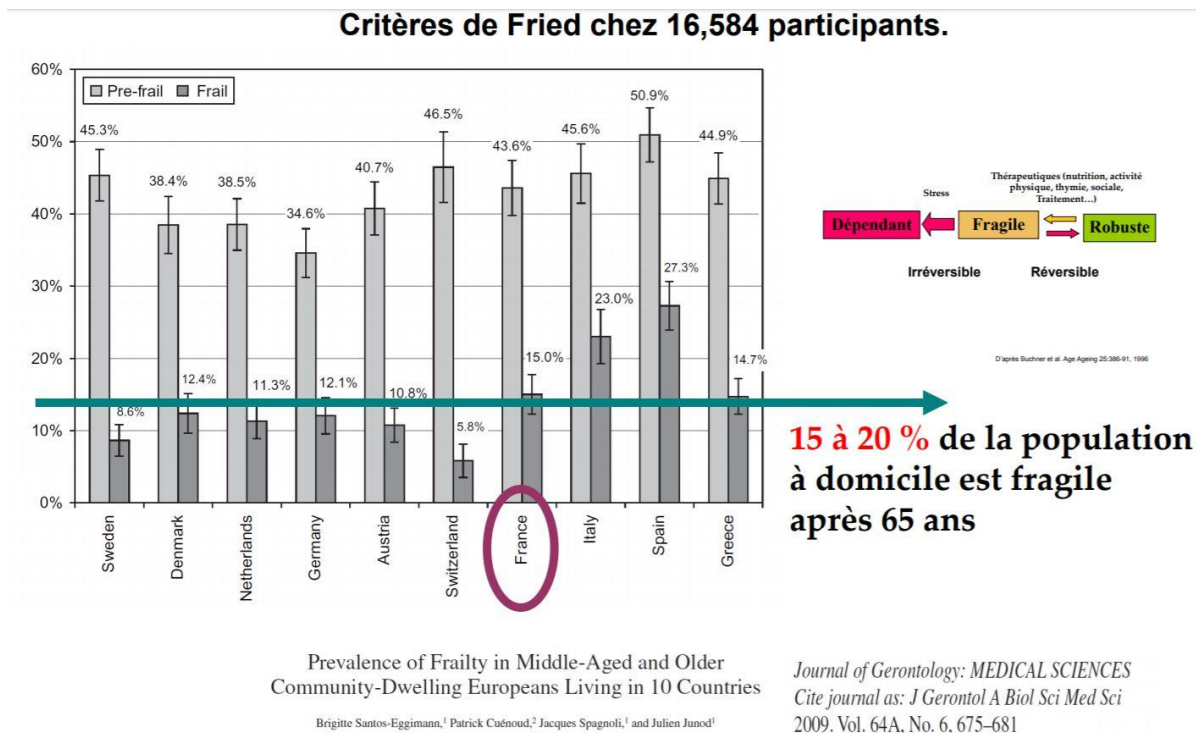
La fragilité représente en pratique clinique un facteur de risque d'altération de l'état de santé, son dépistage chez les personnes pourtant autonomes à domicile est donc primordial.

a) Prévalence de la fragilité

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée et varie de 5 à 58% [23].

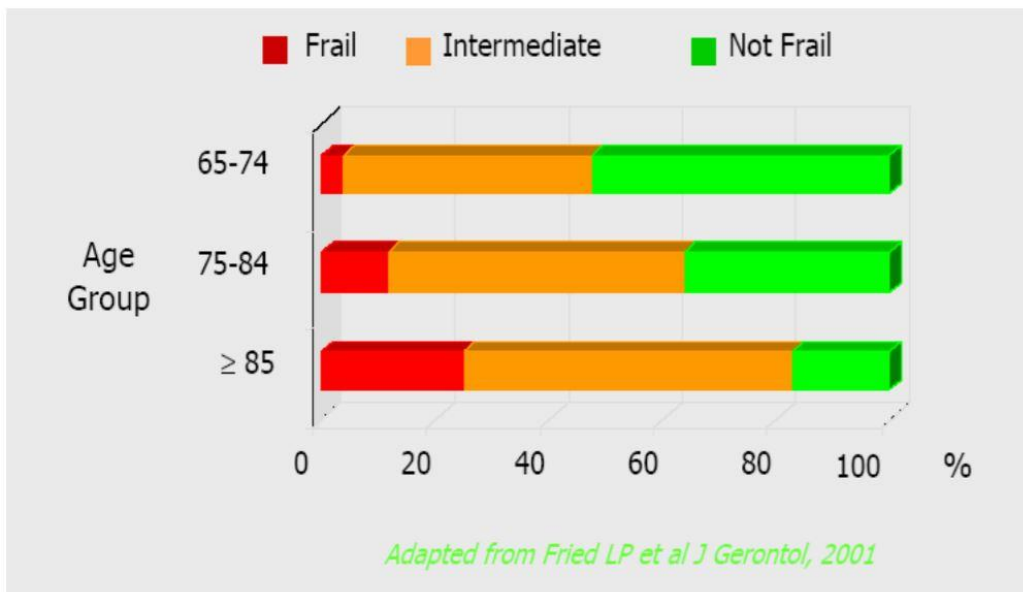
Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens, la prévalence de la fragilité selon les critères de Fried est de 17% parmi les sujets de plus de 65 ans vivant à domicile et elle est de 15,5% pour la France [22].

Figure 8 : Prévalence de la fragilité chez les personnes >65 ans vivant à domicile dans 10 pays européens (étude SHARE) [20]



Avant l'état de dépendance, en se basant sur les critères de Fried (décrits plus bas) on peut définir 3 types de population en fonction du nombre de critères « positifs » parmi les cinq proposés dans le modèle de Fried : les non fragiles (0 critère), les « pré fragiles » (intermédiaire, 1 ou 2 critères) et les fragiles (trois critères ou plus). Comme on peut le voir sur le schéma ci-dessous, la proportion de personnes fragiles et intermédiaires augmente considérablement avec l'avancée en âge.

Figure 9 : Répartition de la fragilité en fonction des tranches d'âge [20]



Avec l'installation de la fragilité, le risque de dépendance et de perte d'autonomie augmente. Le niveau d'autonomie peut être mesuré grâce à différents indicateurs comme les échelles ADL (*Activities of Daily Living*), IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), ou encore grâce aux Groupes Iso-Ressources GIR qui permettent de définir les personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) [24]. La classification en GIR permet également de donner droit à l'APA, aide qui représentait en 2019 environ 1,2 milliard d'euros [25]. En 2015, l'INSEE a recensé en France 2,5 millions de personnes âgées dépendantes (définies par GIR 1 à 4), soit 15,3% des 60 ans ou plus (6,6% des 60 à 74 ans, 30,2% des 75 ans et plus) [26].

Du fait de sa prévalence élevée, de sa présentation parfois aspécifique, de son caractère prédictif sur l'altération de l'état de santé et de sa réversibilité, il est donc important d'être alerte et de proposer un dépistage systématique de la fragilité chez la personne âgée considérée comme à risque [22].

b) Les différents composants de la fragilité

Afin de retarder le handicap et la dépendance, le dépistage et la prise en charge précoce des différents composants de la fragilité sont primordiaux.

La fragilité est un phénomène multifactoriel, où l'association de plusieurs terrains de fragilité engendre le déclin de la personne âgée avec perte d'autonomie et in fine la dépendance.

Pour agir en amont de ce processus de perte d'autonomie, il faut définir les différents facteurs réversibles qui entrent dans le concept de fragilité :

- **L'état nutritionnel**

Avec l'âge, l'état nutritionnel de la personne âgée se dégrade et des carences apparaissent.

La manque de vitamine D et de calcium, fréquent dans cette population, favorise la déminéralisation osseuse et à long terme l'ostéoporose. Avec la majoration du risque de chute dû à l'âge et la fragilisation des os, le risque de fracture augmente. En France, l'incidence de fracture de hanche chez les femmes est de 50 000 et chez les hommes de 16 000 par an. Elle touche essentiellement les personnes âgées avec un âge moyen de 83 ans chez les femmes et de 80 ans chez les hommes. Elle est à l'origine d'une morbi-mortalité importante avec 20% de complications post opératoires, 30 à 50% de perte d'autonomie (10 à 30% deviennent dépendants, 25% entrent en institution) et 20 à 24% décèdent dans l'année [27].

Outre son rôle dans la minéralisation osseuse, la vitamine D joue un rôle dans la contraction musculaire efficace, la bonne transmission nerveuse, une coagulation adéquate, la régulation hormonale et le système immunitaire [28]. Le déficit en vitamine D est dû à la fois à une diminution des apports alimentaires mais aussi et surtout à une diminution de l'exposition au soleil, source majeure de production de vitamine D. Sa supplémentation est donc essentielle et doit être systématique chez toutes les personnes âgées. Des données récentes montrent un bénéfice à compléter avec de plus faibles doses qu'antérieurement mais de façon plus régulière afin de permettre une meilleure stabilité de la vitamine D (50 000 UI/mois). Si un dosage de la vitamine D est indiqué, voici les nouvelles pratiques de supplémentation préconisées :

Figure 10 : Conduite à tenir face à un déficit en vitamine D [29]

Chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose

Dans l'attente de la possibilité d'administration journalière, on continue une administration espacée en privilégiant les doses les moins fortes et un espacement plus court (l'avantage est probablement une meilleure observance/adhérence par rapport à une administration journalière)

- Dans un 1^{er} temps, prescrire une **dose de « recharge »** :
 - 50 000 UI de vitamine D3 par semaine pendant 8 semaines** chez les patient(e)s qui ont une **25OHD < 20 ng/mL**
 - 50 000 UI de vitamine D3 par semaine pendant 4 semaines** chez les patient(e)s qui ont une **25OHD entre 20 et 30 ng/mL**
- Après cette phase de **recharge**, prescrire un « **traitement d'entretien** » :
 - 50 000 UI par mois de vitamine D3**
- Après **3 à 6 mois** sous ce « **traitement d'entretien** », redoser la **25OHD** :
 - Si la **25OHD** est toujours **< 30 ng/mL**, on peut :
 - ou réduire l'intervalle entre les prises (par ex : **50 000 UI** toutes les **2 semaines**)
 - ou augmenter la posologie (par ex : **80 000** ou **100 000 UI** par **mois**)
 - Si la **25OHD** est **> 60 ng/mL** (situation exceptionnelle) :
 - la seule solution est contradictoire avec les recommandations précédentes
 - Il faut espacer davantage les prises (par ex : **50 000 UI** tous les **2 mois**) en attendant une éventuelle disponibilité de formes moins dosées.

Le risque de dénutrition est aussi un problème majeur chez la personne âgée. Avec les comorbidités associées, la polymédication, l'isolement, les problèmes bucco dentaires, l'altération du goût et de l'odorat, la perte d'appétit est fréquente et doit être repérée rapidement. En effet, la diminution progressive des apports alimentaires, notamment des protéines, ainsi que la diminution physiologique de la masse maigre au profit de la masse grasse, précipitent la personne âgée vers un état précaire qui engendre une sarcopénie avec perte de force musculaire favorisant le risque de chute, ainsi que des troubles trophiques (escarre) avec des retards de cicatrisation. Selon les critères HAS, le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou plusieurs des critères suivants : IMC (*Indice de Masse Corporelle*) <21, perte de poids récente de 5% ou plus en 1 mois, ou 10% ou plus en 6 mois, dosage de l'albumine <35g/L, score MNA (*Mini Nutritional Assessment*) <17/30. Sa recherche et son diagnostic permettent de mettre en place des solutions adaptées afin de corriger ces carences (Compléments Nutritionnels

Oraux (CNO), aide aux repas, enrichir les aliments, adapter les textures, etc.) [30] et doivent faire rechercher les causes de cette dénutrition telles qu'une hospitalisation récente, un trouble bucco-dentaire ou l'existence d'un régime restrictif. Ils doivent aussi mener à dépister les conséquences de cette dénutrition qui sont également des facteurs de fragilité, notamment la sarcopénie [21].

- **L'activité physique**

Les bienfaits de l'activité physique sont connus et reconnus depuis des années. En plus de lutter contre la sarcopénie, le sport permet de lutter contre l'ostéoporose, de diminuer la prévalence de nombreuses pathologies (cardiovasculaire, diabète, cancer du côlon et du sein), limite la détérioration cognitive et diminue le risque de dépression. C'est pourquoi l'OMS préconise chez les personnes âgées de 65 ans et plus une activité physique d'endurance de 150 à 300 minutes par semaine d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes par semaine d'intensité soutenue. Pour les personnes à mobilité réduite, une activité adaptée à son handicap est préconisée ainsi que des exercices de renforcement musculaire [31].

L'activité physique est tellement bénéfique que la prescription d'activité physique adaptée à l'état de santé a vu le jour en consultation de médecine générale, tant pour la prévention qu'en complément des traitements des maladies chroniques (exemple dans le diabète de type 2 : amélioration rapide de la glycémie et diminution de la mortalité cardiovasculaire) [32].

- **L'état cognitif et thymique**

Avec l'avancée en âge, le déclin cognitif augmente. Il faut alors différencier le vieillissement cognitif physiologique du vieillissement pathologique.

La démence est un syndrome défini par la présence simultanée des deux critères suivants :

- Altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives (mémoire, attention, langage, gnose, praxie, raisonnement, jugement, etc.) et/ou comportementales (personnalité, affect, régulation des conduites sociales, etc.) ;
- La sévérité des troubles ci-dessus entraîne une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne, indépendamment des autres atteintes (motrice par exemple) ;

Il existe une gradation de la sévérité de la démence en fonction de son retentissement dans la vie quotidienne (légère, modérée, sévère).

Les causes de démence sont dominées par les maladies neurodégénératives (70 à 90% des démences), et surtout par la maladie d'Alzheimer (>70% des démences neurodégénératives). La neurodégénérescence est un processus pathologique conduisant à la perte lente mais inexorable des cellules nerveuses, à différencier du vieillissement physiologique.

Les personnes âgées peuvent présenter des troubles cognitifs légers non pathologiques : altération des fonctions exécutives sans entraver l'autonomie de la personne (trouble de la flexibilité de la pensée, diminution de la vitesse de traitement des informations, diminution des capacités d'attention divisée).

Une évaluation cognitive doit être systématique à la recherche d'une fragilité cognitive, de troubles cognitifs légers ou même d'une démence débutante. Le MMSE (*Mini Mental State Examination*), test de dépistage ajusté à l'âge et au niveau d'éducation, permet de différencier le vieillissement physiologique du vieillissement pathologique (score inférieur ou égal à 25 ou 24 selon les sources). En cas de troubles avérés, il convient de rechercher les complications secondaires à ces troubles, tels que les troubles nutritionnels, comportementaux ou le risque de chute [33].

Figure 11 : MMSE [34]

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
 2. En quelle saison ?
 3. En quel mois ?
 4. Quel jour du mois ?
 5. Quel jour de la semaine ?
- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
 9. Dans quelle région est situé ce département ?
 10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
 12. Fleur
 13. Porte
- Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

"Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.
SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

L'altération de l'état cognitif de la personne âgée peut impacter sur son autonomie et sa qualité de vie. Des ateliers mémoires sont organisés pour favoriser l'entretien cognitif et ralentir le déclin physiologique des capacités cognitives [35].

Cependant, ces ateliers auraient un intérêt limité dans la prévention du déclin pathologique de la cognition. En effet, en 2006 une revue systématique de la littérature portant sur les effets

immédiats et différés des interventions cognitives chez la personne âgée en bonne santé ne montre aucune preuve que ces programmes d'interventions cognitives structurés retardent ou ralentissent la progression de la maladie d'Alzheimer [36].

Une autre revue de la littérature de 2012 portant sur la preuve d'efficacité de la stimulation cognitive chez des personnes démentes, incluant 718 sujets (407 recevant une stimulation cognitive et 311 dans le groupe témoin), montre un avantage significatif pour la fonction cognitive et jusqu'à trois mois après la fin du traitement. Dans des analyses secondaires avec des échantillons totaux plus petits, on retrouvait un avantage significatif sur la qualité de vie et le bien-être, ainsi que pour les évaluations de la communication et des interactions sociales par le personnel. En revanche, aucune différence n'a été rapportée sur l'humeur, les activités de la vie quotidienne ou les comportements difficiles [37].

La stimulation cognitive aurait donc un intérêt significatif en traitement complémentaire des démences sans en améliorer le pronostic pour autant.

D'autre part, l'état thymique est étroitement lié à tous les domaines de la fragilité : la perte de l'élan vital et l'anhédonie peuvent entraîner une perte d'appétit et donc des apports alimentaires, une diminution des interactions sociales, de l'activité physique, etc. La dépression pouvant être difficile à évaluer chez la personne âgée de par sa présentation souvent atypique, l'entretien avec le patient, son entourage et des tests de dépistage comme le GDS (*Geriatric Depression Scale*) peuvent aider le praticien dans son dépistage. La suspicion de dépression doit amener à une consultation spécialisée ou à la mise en place d'un traitement anti-dépresseur [21].

- **La vie sociale**

Le vieillissement expose à la précarité sociale avec la perte de son entourage (amis, conjoint) et l'isolement de la personne âgée. Au fur et à mesure que l'on vieillit on perd des proches, ce qui déstabilise l'entourage des personnes âgées et les fragilise. Elles sont alors plus vulnérables, et le risque d'isolement augmente. De nombreuses personnes âgées souffrent de leur solitude, un état dépressif peut alors s'installer avec les conséquences qui en découlent.

La vie sociale est une composante nécessaire à l'état de santé décrite par l'OMS. Il est donc important de favoriser les liens sociaux, surtout à un âge avancé où le sujet peut déjà être privé de plusieurs compétences dû aux limitations fonctionnelles (trouble de la locomotion, surdité, etc.).

De plus, les personnes ressources, que ce soient l'entourage du patient ou des professionnels (femme de ménage, IDE *Infirmière Diplômée d'Etat*), permettent d'apporter une aide aux personnes âgées qui peut être triple : aide pour les actes de la vie quotidienne, une aide financière ou matérielle ou bien un soutien moral. D'après l'enquête Handicap-Santé de 2008, on estimait que 3,6 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile étaient aidées (entourage et/ou professionnel) [38].

L'entourage aidant des personnes âgées peut ainsi permettre un maintien à domicile plus durable et plus solide, tant que cela est possible.

- **Comorbidités et polymédication**

Avec l'âge l'apparition de pathologies chroniques fragilise les sujets âgés. Le dépistage précoce et la bonne prise en charge permettent de limiter son impact sur l'autonomie du patient et sur sa vie quotidienne.

La multiplication des pathologies aiguës et chroniques aboutit à un risque de polymédication avec des interactions médicamenteuses potentiellement graves. La iatrogénie est responsable de 10 000 décès par an dont 7 500 chez les plus de 65 ans et de 130 000 hospitalisations par an [39]. La réévaluation régulière des ordonnances est donc essentielle pour en limiter ses conséquences. Les bilans de médication mis en place en pharmacie visent à compléter et soutenir l'action du médecin généraliste dans cette réévaluation.

Les déficits sensoriels visuels et auditifs sont également à dépister car ils engendrent un repli social (entraînant une diminution de l'activité physique et cognitive) et favorisent les chutes. La nécessité de répéter ses questions ou de monter le ton de sa voix lors des consultations doit alerter et un dépistage doit alors être proposé [21].

La fragilité est donc un phénomène multifactoriel complexe touchant plusieurs domaines qui sont étroitement liés entre eux et qui souvent s'enchainent avec un effet domino.

La réversibilité de la fragilité n'est souvent pas spontanée et nécessite des interventions extérieures. Il est donc important de dépister les fragilités pour pouvoir agir dessus activement et de façon hiérarchique, ciblée et adaptée afin d'enrayer le processus de fragilité.

2) Modèles de fragilité et tests de dépistage

a) Deux modèles prédominants

Deux modèles dominants de la fragilité ressortent de la littérature :

- **Le modèle de Fried**

Ce modèle, largement répandu, est considéré comme la référence en matière de fragilité. Il repose sur 5 critères :

- la perte de poids involontaire ;
- la lenteur de marche ;
- la sensation d'épuisement général ;
- la limitation de l'activité physique ;
- la baisse de la force musculaire.

Figure 12 : Critères de Fried [40]

Indicateurs	Mesures associées
Amaigrissement	Perte de poids de plus de 4,5 kg ou $\geq 5\%$ par an
Faiblesse/fatigue/symptomatologie dépressive	Sensation d'épuisement 3-4 jours par semaine ou plus selon l'échelle d'autoévaluation <i>US Center for Epidemiological Studies depression scale</i> (Radloff, 1977)
Sédentarité	Dépense d'énergie : < 383 Kcal/semaine (homme) < 270 Kcal/semaine (femme)
Vitesse de marche lente	Temps de parcours de 4,57 m sans arrêt, modulé selon le sexe et la taille
Faible force de préhension	Force de préhension, modulée selon la taille et l'indice de masse corporelle

La présence de 3 critères permet de définir la fragilité, celle de 1 ou 2 critères définit la pré fragilité.

Dans l'étude américaine la CHS (*Cardiovascular Health Study*), menée sur une cohorte de 5 317 individus de 65 ans et plus suivis durant 4 à 7 ans, on retrouve un risque de décès augmenté de 1,63 fois chez les patients fragiles comparativement aux patients robustes (HR : 1,63, IC 95% [1,27-2,08]). On note également une augmentation du risque de chute, d'aggravation de la dépendance et d'hospitalisation [40].

Ce modèle ne prend pas en compte la complexité de la fragilité car il privilégie la composante « physique » de la fragilité et ne comporte aucun critère cognitif, psychologique ou social [21]. De plus, sa faisabilité en consultation de médecine générale n'est pas évidente car cela prend du temps, requiert un équipement particulier (dynamomètre) et la mesure de la vitesse de marche sur 4,57 mètres n'est pas facile à mettre en œuvre dans un bureau de consultation [41].

- **Modèle de Rockwood**

Ce modèle d'indices cumulés de fragilité repose sur un score calculé en comptant la présence ou non de 92 variables cliniques et biologiques couvrant les différents domaines de la fragilité. Ce modèle est également difficile à mettre en œuvre en pratique courante au vu du nombre important de variables [40].

b) Dépistage

Pour le dépistage de la fragilité, la HAS précise que l'utilisation d'outils en soins primaires doit répondre à 3 critères : [15]

- simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soin (y compris aide-ménagère, travailleur social) ;
- sensibilité et valeur prédictive négative (VPN) élevées ;
- validation en soins de premier recours.

Une revue de la littérature de 2012 a comparé 10 instruments de dépistage de la fragilité dans les soins de santé primaires en les comparant aux résultats de l'EGS (*Evaluation Gériatrique Standardisée*), et deux ont été retenus comme les plus performants : l'indicateur de fragilité de Tilburg, auto-questionnaire de 14 questions validé pour prédire l'hospitalisation et la perte d'autonomie à 1 an ; et l'indice de fragilité SHARE, questionnaire de 5 items validé pour prédire le risque de décès avec un recul de 2,4 ans [42]. Malheureusement le premier n'est pas validé en français et le second demande l'utilisation d'un dynamomètre et a été validé pour une population d'âge moyen de 63 ans.

Concernant l'importance d'une bonne VPN pour un test de dépistage, d'après une étude de la littérature de 2012, le Frailty index et le SOF index ont une VPN autour de 90% pour les risques de chutes et de mortalité (suivi respectif de 6 et 10 ans) [43].

Dans le cadre du dépistage de la fragilité en pratique clinique, certains petits tests indicateurs de fragilité peuvent être réalisés en consultation de médecine générale :

- pour la force musculaire : Timed Up And Go Test, test d'appui monopodal ;
- pour la cognition : test de l'horloge, 5 mots de Dubois.

Ces tests ne sont pourtant pas beaucoup faits en pratique courante. Cela peut s'expliquer par le manque de temps. En effet, le temps de consultation est de plus en plus court et les motifs de consultation sont souvent multiples, limitant ainsi le temps restant pour le dépistage. De plus, ces tests n'explorent qu'un champ de la fragilité et ne permettent pas une évaluation des différents domaines de la fragilité.

Le Gérontopôle de Toulouse a élaboré l'outil GFST pour le repérage de la fragilité chez les personnes de 65 ans et plus, autonome (ADL > ou = 5/6) et en dehors de toute pathologie aigue [15]. Elle se base sur les critères de Fried en incluant la notion d'isolement, une dimension cognitive et le sens clinique du médecin. Ce questionnaire très rapide à remplir, pourrait trouver sa place à la fin d'une consultation de renouvellement d'ordonnance chez le médecin généraliste sans lui amputer trop de temps. Il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le CNPG pour le repérage de la fragilité en soin primaire mais reste en attente d'une validation prospective.

Figure 5 : Echelle GFST [14]



Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

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

	OUI	NON	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :</i>			
Votre patient vous paraît-il fragile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	


Selon des données préliminaires portant sur 160 patients évalués en hôpital de jour gériatrique au Gérontopôle de Toulouse, 43 % des patients repérés ainsi ont un risque de dénutrition et 39% ont un faible score d'activité physique. L'autonomie pour les actes de la vie quotidienne est préservée (score = $5,6 \pm 0,8/6$). Par contre les activités instrumentales de la vie quotidienne sont déjà perturbées, IADL = $6,0 \pm 2,3$ pour un score usuel de 8/8) et un léger déclin cognitif est observé chez les 2/3 des patients [44].

3) Prise en charge de la fragilité en Occitanie

a) A Montpellier/Nîmes

Le CHU de Montpellier a créé dans le Département de Gériatrie (Centre Antonin Balmès) le CESAF : Centre régional d'Evaluation des Sujets Agés Fragiles. Après repérage des patients fragiles par les médecins traitants à l'aide d'un questionnaire (cf ci-dessous), une plateforme d'évaluation est mise à disposition pour réaliser un bilan spécialisé standardisé sur prescription médicale (sur rendez-vous, environ 3h) comprenant : un auto questionnaire, un bilan biologique, un examen somatique par un gériatre, une évaluation psycho cognitive par un neuropsychologue ainsi qu'une évaluation de la locomotion et de l'autonomie fonctionnelle par un kinésithérapeute. La prise de rendez-vous se fait soit par téléphone soit par mail, la plateforme accueille les patients les mardis, jeudis et vendredis matins. A l'issu de ce bilan, un courrier est adressé au médecin traitant précisant les actions du plan personnalisé de prévention (programme d'éducation thérapeutique, conseils nutrition/activité physique, intervention médicale et/ou sociale) [45].


Figure 13 : Questionnaire de dépistage pour les médecins traitants CHU Montpellier [45]



CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

Questionnaire pour identifier les patients à risque de perte d'autonomie de 65 ans et plus
(à réaliser à distance de toute pathologie aigue)

MACVIA*LR



GÉRONTOLOGIE

<i>Patients de 65 ans et plus, autonomes, à distance de toute pathologie</i>			
DEPISTAGE			
	OUI	NON	NE SAIT PAS
➤ Votre patient vit seul ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient joue-t-il le rôle d'aidant naturel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
➤ Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☛ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :			
☛ Votre patient vous paraît-il fragile ?	○ - OUI	○ - NON	

Le travail de thèse du Docteur Soulet (2017) a mis en évidence un avis favorable des médecins généralistes Montpelliérains au CESAF qui répond à leur besoin : aider à prendre en charge les patients fragiles. Cependant, on note un manque de participation initiale dû à un manque d'information des médecins et des patients [46].

Le CHU de Montpellier a également mis en place :

-le CAMAC (*Centre Ambulatoire des maladies chroniques avec comorbidités*) au CHU de Lapeyronie qui a pour but de dépister au cours d'une journée les comorbidités présentes chez les personnes atteintes de maladies chroniques ;

-le CREPC (*Centre Régional Equilibre et Prévention des Chutes*), situé au Centre Antonin Balmes, qui permet une évaluation par un médecin spécialisé dans les troubles de l'équilibre et un bilan pluriprofessionnel (neurologue, rééducateur, podologue, kiné, assistante sociale, ergothérapeute, dépistage trouble visuel/ORL, bilan bio et/ou imagerie), après adressage par le médecin traitant ;

-Projet MACVIA LR (*contre les maladies chroniques pour un vieillissement actif en Languedoc Roussillon*) : le CHU de Montpellier/Nîmes s'implique dans le projet mis en place par l'Union Européenne qui a pour but de mieux vieillir en Europe. L'objectif est d'augmenter de 2 ans les années de vie en bonne santé.

A Nîmes, le repérage des patients fragiles se fait grâce aux médecins traitants qui les adressent par la suite en Hôpital de jour pour évaluation pluridimensionnelle des patients et proposition d'un plan personnalisé de soin.

b) A Toulouse

En 2017, le Gérontopôle du CHU de Toulouse a été nommé Centre Collaborateur de l'OMS sur « Vieillir en Santé, Fragilité, Recherche Clinique et Formation en Gériatrie ».

Dans le but de sensibiliser sur le vieillissement, le Gérontopôle a élaboré des outils destinés aux professionnels de santé et au grand public :

-film sur la fragilité « Vous avez plus de 65 ans », élaboré avec le réseau de recherche LAGG GARN ;

-le Livre Blanc de Gériatrie « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles », élaboré avec le réseau de recherche LAGG GARN, traduit en plusieurs langues ;

-vidéo sur la prévention des troubles de la mémoire, traduite en plusieurs langues.

Il organise également des formations qui figurent au programme initial des personnels paramédicaux et autres professionnels de santé (école infirmière, facultés de pharmacie et d'odontologie), ainsi que, deux fois par an, des formations continues destinées aux personnels médicaux et soignants sur l'évaluation gériatrique standardisée (sur 2 jours).

Le Gérontopôle a également mis en place des actions de sensibilisation auprès de la population à travers des conférences-débats grand public dans les différentes communes en collaboration avec les mairies et les élus locaux, un site web « Ensemble, prévenons la dépendance », des cours de sensibilisation à l'EGS sous forme de films.

Prochainement, des visioconférences seront organisées pour la diffusion d'articles scientifiques et des présentations sur les grands thèmes de la fragilité. Mis en place en collaboration avec l'OMS, ces outils seront distribués auprès des gériatres, médecins en soin primaire et autres professionnels de santé à travers le monde [47].

Depuis 2011, le Gérontopôle de Toulouse a créé à l'Hôpital La Grave une Hospitalisation De Jour (HDJ) pour l'évaluation des fragilités et la prévention de la dépendance. Cela consiste en un processus en 4 étapes : repérage des patients à risque par le médecin généraliste via l'outil GFST, évaluation standardisée de la fragilité lors de l'hospitalisation de jour sur prescription médicale, mise en place d'un plan personnalisé de prévention de la dépendance puis d'un suivi à long terme des interventions (à 1, 3 et 12 mois). Pour cela l'adhésion du patient au projet de soin est primordiale. Une alternative à l'hospitalisation de jour (en cas de refus des patients par exemple) est la consultation de fragilité qui permet de faire un premier pas dans le repérage des fragilités et de faciliter, par la suite, l'adhésion du patient au dépistage complet des fragilités dans les différents domaines qui la composent [21].

En parallèle de cette prise en charge via l'Hôpital de Jour, l'EGS peut aussi être effectuée en libéral par une infirmière formée. En effet, étant responsable du « 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 », développé en partenariat avec l'ARS (*Agence Régionale de Santé*) avec avis favorable de la HAS, le Gérontopôle propose une formation de 40 heures destinée aux infirmières pour l'évaluation des personnes âgées de 75 ans ou plus repérées comme fragiles. Cette délégation intervient à la demande du médecin généraliste après information et consentement du patient. Après évaluation, l'infirmière initie ainsi un plan de prise en charge validé par le médecin traitant et détermine en accord avec le patient des objectifs et un plan de suivi [47].

c) A Narbonne

Depuis 2016, l'ARS Occitanie travaille avec le Gérontopôle de Toulouse pour étendre ses dispositifs de repérage et de prise en charge de la fragilité.

Dans l'Aude, le pourcentage de personnes de plus de 60 ans (33,5%) est plus élevé qu'à l'échelle régionale et nationale, respectivement 29% et 26,1% [5]. C'est donc un département idéal pour ce dépistage.

Le dépistage initial peut se faire de plusieurs manières :

- par le médecin généraliste grâce à l'outil GFST ;
- par auto-évaluation grâce à un dépliant clé en main donné aux patients (consultation de gériatrie, pôle sénior) pour sensibiliser le patient. S'il présente des signes de fragilité : orientation vers le médecin traitant ou IDE formée ;
- via les services sociaux de la mairie ou le CARSAT (*Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail*) : utilisent souvent leur propre grille, si le patient est dépisté fragile il sera adressé au médecin traitant ou au gériatre ;
- à la maison de la prévention de la ville de Narbonne : conférence d'information par gériatre (par exemple sur les troubles cognitifs), permanence par IDE de l'hôpital deux fois par mois, dépistage par le GFST.

Une fois le dépistage effectué, le patient est orienté vers son médecin traitant qui l'adressera au CH de Narbonne (Hôtel Dieu ou Pech Dalcy) pour une consultation avec un gériatre du Réseau Fragilité. Ces consultations spécialisées sont en place depuis janvier 2019, pour le moment quatre médecins gériatres et une IDE libérale sont formés (une deuxième est en cours de formation). En amont de la consultation avec le gériatre, un bilan médicamenteux par le pharmacien libéral est demandé ainsi qu'une évaluation par une IDE formée. Une HDJ pourra être proposée secondairement, dès son ouverture programmée pour 2021/2022 (mais frein financier).

Suite au dépistage des patients fragiles, le médecin traitant peut aussi confier l'évaluation du patient en libéral à une infirmière formée (comme à Toulouse) qui proposera par la suite un plan personnalisé de soin en accord avec le patient et le médecin traitant.

Le réseau ne dispose pas encore d'annuaire commun pour les différents intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc.), mais c'est un des projets à terme.

De même d'autres villes suivent ce modèle de dépistage et de prise en charge de la fragilité : Paris, Lyon, Nice...

PARTIE II – Etude

Dépistage de la fragilité en médecine générale à Narbonne

I - Introduction

Comme développé précédemment, le dépistage de la fragilité est important de nos jours afin d'optimiser le vieillissement de la population pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions possibles. Le rôle du médecin généraliste est alors primordial car il fait partie du personnel soignant de premier recours. La médecine préventive, notamment vis-à-vis des cancers, fait partie intégrante de la médecine moderne, mais des efforts doivent encore être faits pour le dépistage de la fragilité. De nombreuses structures ont vu le jour pour prendre en charge la fragilité, mais pour cela le dépistage est essentiel.

Les médecins traitants sont au plus près des patients et connaissent parfois leur mode de vie, notamment via les visites à domicile. Ils doivent donc être attentifs aux signes d'alerte. Pour cela, des questionnaires de dépistage sont élaborés pour aider le praticien dans ce dépistage.

Lors de mon stage d'internat en gériatrie dans le CH de Narbonne, j'ai pris connaissance de la mise en place d'un réseau fragilité, basé sur le modèle du Gérontopole de Toulouse. Me destinant à la médecine générale en ville, je comprends tout l'intérêt du dépistage et de notre rôle dans le bon fonctionnement de ce réseau. J'ai donc voulu questionner les médecins généralistes du Narbonnais sur leur pratique en matière de dépistage de la fragilité, sur leur connaissance de la création de ce nouveau réseau fragilité et sur leur potentielle implication future dans ce dépistage.

II – Objectif

L'objectif principal est d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes narbonnais pour le dépistage de la fragilité grâce à l'outil GFST et sa prise en charge en lien avec l'Hôpital de Narbonne.

III – Matériel et méthode

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, transversale, à l'aide d'un questionnaire au format électronique, anonyme, envoyé aux médecins généralistes libéraux de Narbonne, Narbonne Plage et Gruissan.

2) Population étudiée

Le questionnaire était destiné aux médecins généralistes libéraux de Narbonne/Narbonne Plage/Gruissan, contactés par mail grâce au Conseil de l'Ordre. Un lien vers le questionnaire au format électronique leur a été envoyé le 23 novembre 2019. Une relance par mail a été possible le 21 janvier 2020. Ils étaient au nombre de 72, nous avons eu 33 réponses soit un taux de réponse de 45,8 %.

La première partie du questionnaire permettait de récolter des informations sur le médecin répondant au questionnaire : sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice.

La population cible du dépistage de la fragilité par le questionnaire GFST était des patients de 75 ans et plus. Malgré le fait que l'échelle GFST ait été créée pour le dépistage des personnes de 65 ans et plus, nous avons choisi comme cut-off 75 ans car les consultations de gériatrie au CH de Narbonne commencent à partir de 75 ans.

3) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en trois parties.

La première partie s'intéresse aux caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés :

- Son sexe ;

- Son lieu d'exercice : rural, semi rural ou urbain en choisissant comme définitions rural = commune <2000 habitants, semi-rural = commune > 2000 habitants et >15km de Narbonne, urbain = commune > 2000 habitants et < 15km de Narbonne ;
- Son mode d'exercice : cabinet seul, cabinet de groupe (2 médecins généralistes ou plus dans le cabinet), maison de santé pluridisciplinaire (association de professionnels médicaux et paramédicaux unis par un projet de santé commun).

La deuxième partie s'intéresse au concept de fragilité et questionne les médecins sur :

- Leur connaissance du concept de fragilité ;
- Leur connaissance des critères de Fried : si oui, est ce qu'ils les utilisent en pratique courante (si non pour quelles raisons) ;
- Est-ce qu'ils utilisent d'autres outils de dépistage, si oui lesquels ;
- Est-ce qu'ils pensent manquer d'outils de dépistage et de prise en charge des fragilités accessibles par les médecins généralistes en consultation ;
- Le pourcentage estimé de personne de 75 ans et plus dans leur patientèle, et le pourcentage estimé de cette sous population présentant des critères de fragilité ;
- Leur avis sur la faisabilité d'un dépistage des patients de 75 ans et plus à l'aide du questionnaire GFST en pratique courante. Si avis défavorable pour quelles raisons.

La troisième partie concerne le réseau fragilité qui se met en place au CH de Narbonne. Elle interroge les médecins pour savoir :

- S'ils avaient connaissance de ce réseau avant ce questionnaire ;
- S'ils sont intéressés pour y participer en dépistant les patients éligibles à ce projet. Si non, pour quelles raisons ;
- S'ils sont d'accord pour participer au suivi du projet de soin établi lors de cette prise en charge ;
- S'ils pensent que le lien ville-hôpital est suffisamment fort actuellement pour un tel projet ;
- Commentaires éventuels.

Le questionnaire a été créé sur le site Google Forms et les résultats ont été extraits via Excel. Les données étaient anonymes.

4) Méthode d'analyse des données

Nous avons procédé à une analyse statistique descriptive avec détermination des effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, et détermination des moyennes, médianes et quartiles pour les variables quantitatives.

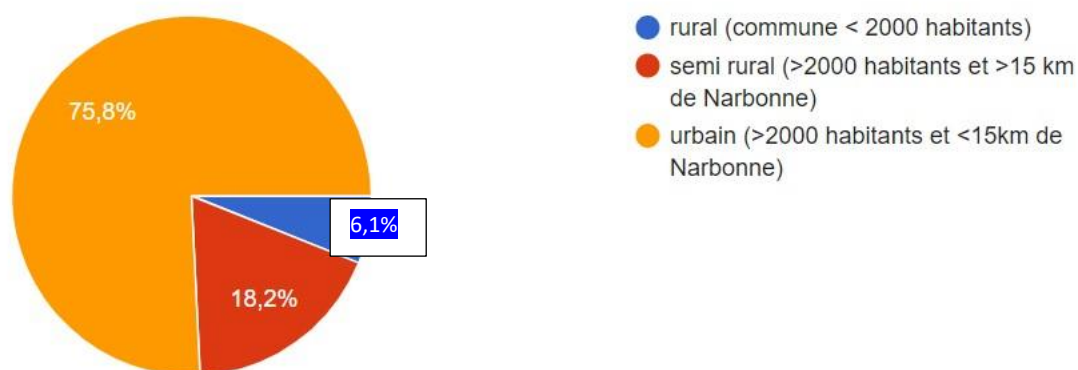
IV - Résultats

1) Première partie

Concernant les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 42,4% (14) étaient des femmes et 57,6% (19) étaient des hommes.

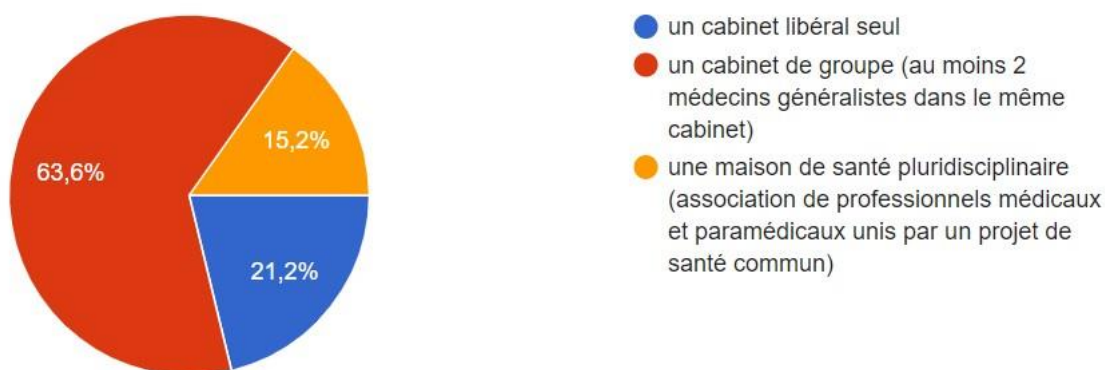
Leurs lieux d'exercice étaient majoritairement urbains avec 75,8% (25) des médecins. Pour le reste des médecins, 18% (6) exerçaient en semi rural et 6% (2) en rural.

Figure 14 : Lieux d'exercices des médecins interrogés



Concernant leur mode d'exercice, près de 2 tiers d'entre eux travaillaient en cabinet de groupe (21), 15% (5) en MSP et 21% (7) en cabinet seul.

Figure 15 : Modes d'exercices des médecins interrogés



2) Deuxième partie

La majorité des médecins (82% soit 27 médecins) était familier avec le concept de fragilité, mais seulement 27% (9) des médecins connaissaient les critères de Fried.

Parmi ces 27%, un peu plus des 3 quarts d'entre eux (77,8% soit 7 médecins) utilisent les critères de Fried en pratique courant contre 22,2% (2) qui ne les utilisent pas.

On a voulu savoir quels étaient les obstacles à leur utilisation parmi ces 2 médecins : le manque de temps était un motif constant et un seul d'entre eux trouvait ces critères trop complexes à effectuer en pratique. Le manque d'intérêt ou l'utilisation d'autres outils de dépistage n'étaient pas retenus comme motif.

9% (3) des médecins utilisent d'autres moyens de dépistage tels que (questions ouvertes) :

- Le MMS, MNA, GIR ;

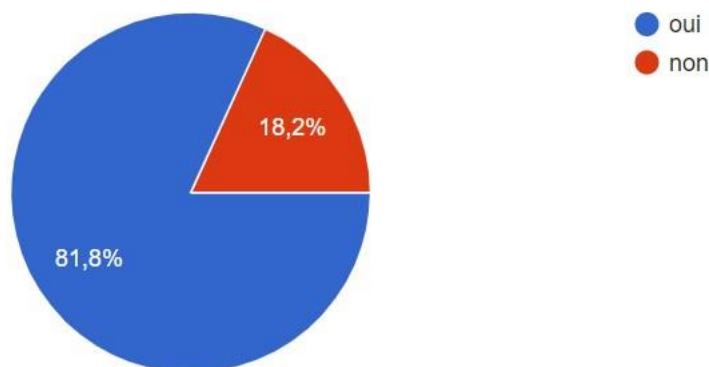
- IDE formée ;
- Outils GFST.

Les médecins utilisant d'autres moyens de dépistage avaient tous connaissance du concept de fragilité mais ne connaissaient pas les critères de Fried.

En recoupant les données des médecins qui ne connaissent pas les critères de Fried, de ceux qui ne les utilisent pas en pratique courante et de ceux qui n'utilisent pas d'autres moyens de dépistage, on constate que 23 médecins sur 33, soit 69%, ne dépistaient pas la fragilité parmi leurs patients.

Nous avons alors demandé aux médecins s'ils trouvaient qu'il y avait un manque d'outils de dépistage et de prise en charge des fragilités accessibles en consultation du généraliste : 81,8% (27) ont répondu oui.

Figure 16 : Trouvez-vous qu'il manque d'outils de dépistage/prise en charge des fragilités accessibles en médecine générale ?



Parmi les 6 médecins ayant répondu non (18,2%) :

- 2 d'entre eux connaissaient le concept de fragilité et les critères de Fried mais ne les utilisaient pas en pratique. Ils n'utilisaient pas non plus d'autres outils de dépistage ;
- 3 d'entre eux connaissaient le concept de fragilité, mais ne connaissant pas les critères de Fried et n'utilisaient pas d'autres outils de dépistage ;

- 1 médecin connaissait le concept de fragilité, les critères de Fried et les utilisait en pratique courante.

Au vu des ces réponses, 5 médecins ne dépistent pas la fragilité mais le manque d'outils adaptés pour une consultation (temps, ergonomie) n'en est pas la raison.

En recoupant les données entre elles, parmi les 23 médecins ne dépistant pas la fragilité, 78% (18) d'entre eux ne le font pas par manque d'outils de dépistage adaptés à une consultation de médecine générale.

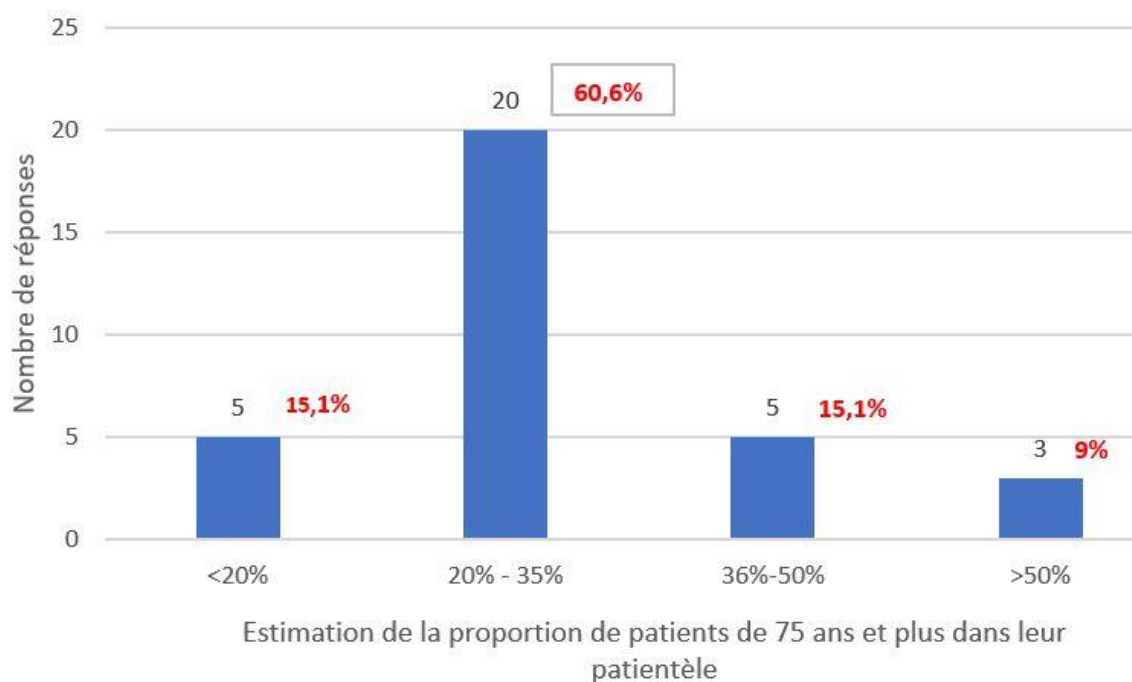
Nous nous sommes ensuite intéressées à la proportion estimée en pourcentage de patients de 75 ans et plus parmi leur patientèle (question ouverte).

Dans cette série de données ordonnées, nous avons calculé :

- La moyenne : 30,5
- La médiane Q2 : 30
- Le 1^{er} quartile Q1 : 20
- Le 3^e quartile Q3 : 35
- L'écart inter quartile : 15

50% des valeurs sont donc comprises entre 20 et 35%.

Figure 17 : Estimation de la proportion en pourcentage (abscisse) des patients de 75 ans et plus dans leurs patientèles

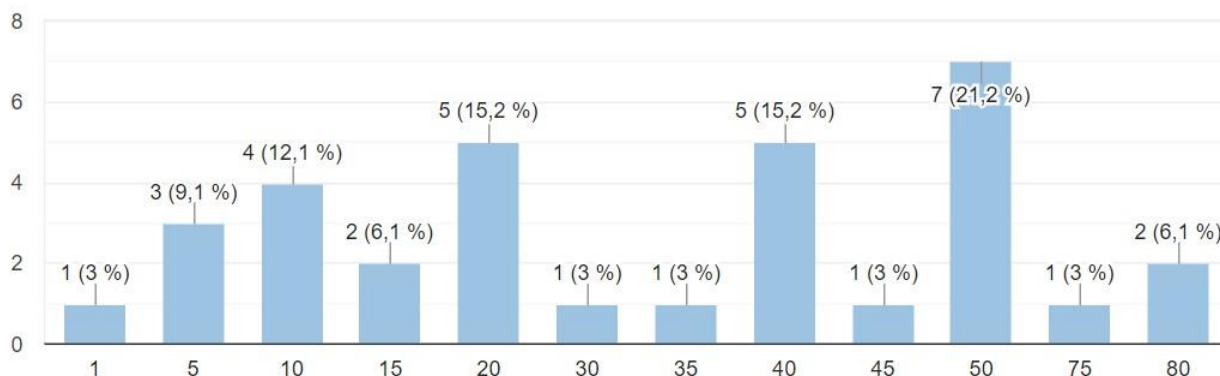


20 médecins (soit 60,6%) considèrent que 20 à 35% de leur patientèle ont 75 ans ou plus, 5 médecins (15,1%) considèrent que cette population correspond à moins de 20% de leur patientèle et 5 autres médecins pensent qu'elle correspond à une proportion de 36 à 50%. Seul 3 médecins (9%) estiment que plus de 50% de leur patientèle a 75 ans ou plus.

Nous avons ensuite voulu savoir leur estimation du pourcentage de patients fragiles parmi leurs patients de 75 ans et plus (question 8). Leurs réponses étaient plutôt variables :

- < ou égal à 10% : 8 médecins (24,2%)
- Entre 15 et 20% : 7 médecins (21,3%)
- Entre 30 et 35% : 2 médecins (6%)
- Entre 40 et 50% : 13 médecins (39,4%)
- > 50% : 3 médecins (9,1%)

Figure 18 : Pourcentage estimé de patients fragiles parmi leurs patientèles de 75 ans et plus
(nombre de réponses en ordonnée, pourcentage de patients en abscisse)



A partir de cette série de valeurs ordonnées nous avons calculé :

- La moyenne : 32,75
- La médiane Q2 : 32,5
- Le 1^{er} quartile Q1 : 15
- Le 3^e quartile Q3 : 50
- L'écart inter quartile : 35

50% des valeurs sont comprises entre 15 et 50. Ce résultat semble montrer que l'estimation de la prévalence de la fragilité n'est pas évidente avec un écart inter quartile de 35.

Après avoir mis à disposition sur le google form l'outil GFST, nous avons interrogé les médecins sur la faisabilité en pratique courante de ce test de dépistage : 97% (32) ont répondu oui.

Une question à choix multiples était destinée à connaître les obstacles à son utilisation pour les personnes ayant répondu non. Le médecin ayant répondu non trouvait qu'il n'y a pas assez de temps en consultation pour faire ce dépistage et qu'il y a trop de patients à dépister. Il a répondu ne pas savoir pour les items « questionnaire pas assez complet » et « peur de délai trop long pour la consultation avec le gériatre ».

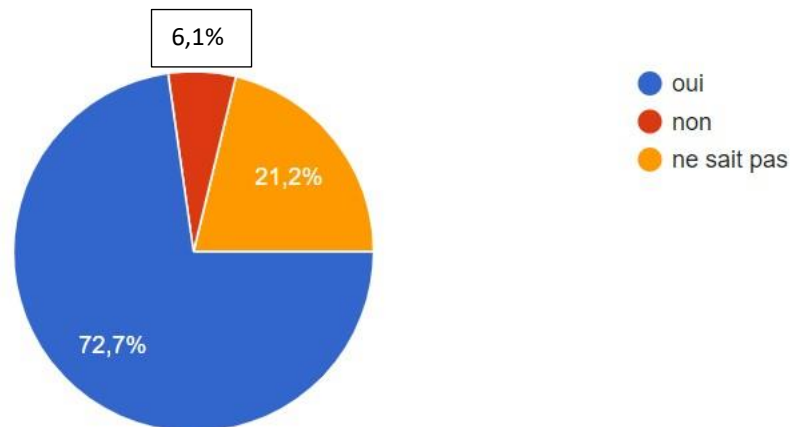
Au vu de ces résultats, on peut penser qu'il existerait une volonté de dépister du médecin généraliste mais à condition d'avoir un outil adapté pour la consultation ambulatoire.

3) Troisième partie

Avant le remplissage de ce questionnaire, 2 tiers des médecins (66% soit 22 médecins) n'avaient jamais entendu parler de ce réseau.

Nous avons demandé s'ils seraient intéressés pour participer à ce projet en dépistant leurs patients : 72,7 % (24) l'étaient, 6,1% (2) ne l'étaient pas et 21,2% (7) ne savaient pas.

Figure 19 : Médecins intéressés pour participer au dépistage



En recoupant avec les données sociodémographiques :

On remarque que parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, 12 médecins sur 14 (soit 85,7%) seraient intéressées pour participer au dépistage. Parmi les hommes, 12 médecins sur 19 (soit 63%) seraient intéressés.

En fonction du lieu d'exercice, on constate que parmi les 25 médecins exerçant dans un milieu urbain : 18 (soit 72%) seraient d'accord pour participer au dépistage, 6 ne savent pas, et 1 serait contre. Parmi les 6 médecins exerçant en semi rural : 4 (soit 66%) seraient d'accord, 1 ne sait pas, et 1 serait contre. Enfin, les 2 médecins exerçant en rural seraient d'accord.

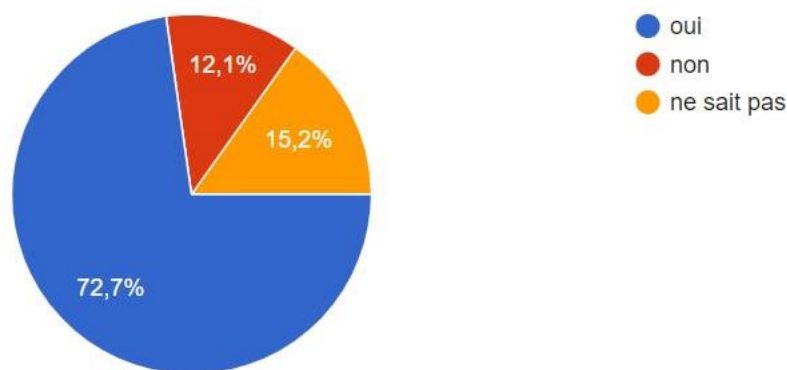
Concernant le mode d'exercice, on note qu'en cabinet de groupe 16 médecins sur 21 (soit 76%) seraient d'accord pour participer au dépistage, en MSP 4 médecins sur 5 (soit 80%) et en cabinet seul 4 médecins sur 7 (soit 57%) seraient intéressés.

D'autre part, il est intéressant de noter que parmi les 23 médecins ne dépistant pas jusque là la fragilité, 15 seraient d'accord pour participer au dépistage soit 65 %, 6 ne savent pas et 2 seraient contre.

Le manque d'intérêt ou le manque de temps pour faire une consultation dédiée à la fragilité n'étaient pas une des raisons de leur refus. Un des 2 médecins trouve qu'il faudrait une rémunération spéciale et les 2 ont cochés la case « autres raisons ».

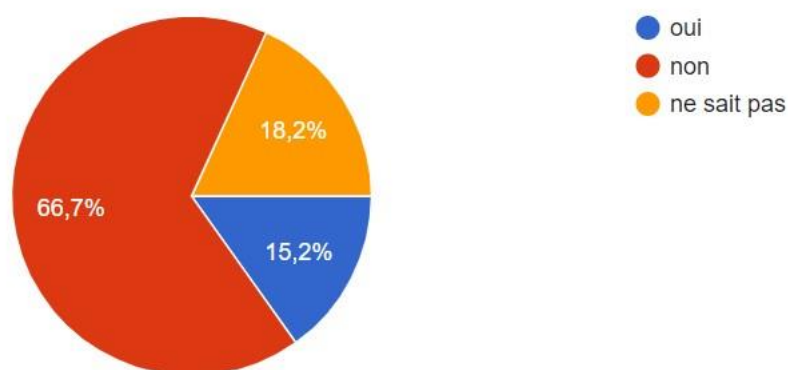
Concernant leurs participations au suivi du projet de soin établi lors de la prise en charge des patients, 72,7% (24) étaient d'accord, 12% (4) ne l'étaient pas et 15% (5) ne savaient pas.

Figure 20 : Médecins intéressés pour participer au suivi du projet de soin



Nous avons voulu savoir ce que les médecins pensaient du lien ville-hôpital, nécessaire pour le bon fonctionnement de ce projet. Deux tiers des médecins (22) considèrent que ce lien est insuffisant. Le dernier tiers est partagé entre ceux qui ne savent pas (18% soit 6) et ceux qui le considèrent adéquat (15% soit 5).

Figure 21 : Pensez-vous que le lien ville-Hôpital est suffisant ?



Nous avons eu comme commentaires libres à la fin du questionnaire :

« Intéressant, permettant de palier au manque de temps du médecin traitant ».

« Mettre en place un organisme de dépistage comme pour les cancers avec évaluation tous les 2 ans par IDE (rémunérée). Si le dépistage est positif, adresser le patient au médecin traitant. Cela serait faisable mais demande des moyens ++. Et non pas être une tâche de plus aux quotidiens chargés des IDE et médecins traitants ».

Sur ces deux commentaires, on peut voir que le facteur temps est important dans la réalité d'une consultation de médecine générale.

V - Discussion

Le vieillissement réussi rentre dans les objectifs de santé publique afin de garantir une meilleure qualité de vie à notre population sans cesse vieillissante. Pour se faire, le dépistage et la prise en charge à un stade encore réversible sont primordiaux. C'est dans cet objectif que des centres dédiés à la fragilité ont vu le jour un peu partout en France. D'abord dans les grandes villes comme Toulouse, Montpellier et Nîmes, et maintenant ils commencent à se développer dans les périphéries comme au CH de Narbonne. Le vieillissement est un phénomène complexe qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire. La communication entre les différents acteurs

est primordiale au bon fonctionnement de ces structures et l'adhésion des médecins traitants est indispensable pour une prise en charge optimisée.

La ville de Narbonne suit les tendances nationales et souhaite répondre aux besoins de sa population. Cette étude a donc eu pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la fragilité et de les questionner sur leur potentielle implication dans le dépistage et la prise en charge des fragilités chez leurs patients.

1) Forces et limites de l'étude

Notre étude interroge tous les médecins généralistes de Narbonne, Narbonne Plage et Gruissan, inscrits à l'Ordre des médecins. Cela permet de limiter le biais de sélection et donne un échantillon représentatif de la population de ces communes.

Les données recueillies sont anonymes, ce qui permet de limiter un biais d'information lors du remplissage du questionnaire par les médecins généralistes.

Concernant les limites de notre étude : le taux de réponse à notre questionnaire est bon avec presque 50% de réponses, cependant la taille de notre échantillon n'est pas assez grand pour pouvoir faire des statistiques quantitatives (p-value) ce qui est une limite à l'interprétation des nos résultats. Cependant, nous avons décidé de ne pas inclure d'autres communes à notre étude du fait de la création récente de ce réseau qui s'organise encore. De plus, avec la crise sanitaire du Coronavirus, les consultations de gériatrie ont été suspendues depuis mars 2020. Nous espérons qu'avec la formation de nouvelles infirmières au dépistage et la création de l'Hôpital de jour dans plusieurs années, l'activité de dépistage et de prise en charge de la fragilité va pouvoir s'élargir et prendre en charge plus de patients.

Notre étude ne permet donc pas de conclure mais donne des pistes de réflexion. Ce projet de dépistage et prise en charge de la fragilité en lien avec l'Hôpital avec la création prochaine d'une HDJ est novateur dans l'Aude. Cela prendra du temps à se mettre en place, comme on a pu le voir à Toulouse et Montpellier.

Concernant les biais de l'étude, on peut noter un biais de classement dans l'item où on interroge les médecins sur leurs connaissances des critères de Fried. En effet, la « connaissance » est un terme qui peut être compris différemment en fonction des individus : certains peuvent considérer qu'ils ne les connaissent pas car ils ne peuvent pas les réciter, d'autres en ont juste entendu parler et considèrent qu'ils les « connaissent ».

L'estimation du pourcentage de patients de 75 ans et plus, ou de patients fragiles dans leurs patientèles, peut être considérée comme un biais d'information car l'estimation est dure à réaliser et reste très variable d'une personne à l'autre. On peut le voir dans la question 8) sur le pourcentage estimé de personnes fragiles de 75 ans et plus car les réponses sont très diverses.

Le cut-off pour le dépistage, choisi à 75 ans, peut être critiquable car la fragilité n'a pas de seuil, d'autant plus que l'outil GFST a été validé pour des patients de 65 ans et plus. Nous avons fait volontairement ce choix, car les consultations de gériatrie ne commencent pas avant 75 ans au CH de Narbonne. Cependant, le dépistage en ville peut et doit se faire avant afin de ne pas avoir un retard dans la prise en charge des patients.

Une question supplémentaire sur l'expérience personnelle de chacun avec la fragilité aurait pu être intéressante, comme par exemple « avez-vous déjà été confronté à la fragilité d'un proche ? ». En effet, la pratique de la médecine est singulière et imprégnée par notre parcours de vie. On peut penser que des médecins ayant été confrontés personnellement à la fragilité d'un proche seraient plus sensibles à ce dépistage.

2) Interprétation des résultats

Le concept de fragilité est largement connu de la population médicale (dans notre étude 27 médecins soit 82%), cependant son dépistage n'est pas systématique.

Pourtant, la conscience de l'existence de cette population à dépister par les médecins de ville serait présente. En effet, dans notre étude, 60,6% des médecins estiment la proportion de patients de 75 ans et plus dans leur patientèle entre 20 et 35% (moyenne de toutes les valeurs à 30,5) et 67% des médecins pensent que 15 à 50% de ces patients seraient fragiles (moyenne de toutes les valeurs à 32,75).

Cependant, dans notre étude 23 médecins sur 33, soit 69%, ne dépistaient pas la fragilité parmi leurs patients. Ce résultat montre que le dépistage de la fragilité ne serait pas encore assez répandu en médecine de ville.

Parmi ces 23 médecins ne dépistant pas la fragilité, 78% (18) d'entre eux ne le font pas par manque d'outils de dépistage adaptés à une consultation de médecine générale. Au vu de ces résultats, on peut en conclure que le principal obstacle à ce dépistage serait l'absence d'un outil rapide et facile à utiliser en consultation du généraliste.

Les 5 autres médecins (22%) qui ne dépistent pas la fragilité ne trouvent pas qu'il manque d'outils de dépistage. Pourtant ils n'utilisent ni les critères de Fried (3 ne les connaissent pas, 2 les connaissent mais n'ont pas le temps de l'utiliser en pratique et parmi ces 2 derniers 1 les trouvent trop complexe à réaliser en pratique) ni d'autres moyens de dépistage. On peut supposer que ces 5 médecins ne trouvent peut-être pas d'intérêt au dépistage de la fragilité.

Pourtant, lorsque l'on demande à ces 5 médecins s'ils seraient d'accord pour participer au dépistage de la fragilité via l'outil GFST, 4 seraient d'accord pour participer et 1 ne sait pas. On peut donc penser que ce n'est pas le manque d'intérêt qui était en cause mais possiblement la prise en charge trop complexe qui en découle. Le fait que ce dépistage s'organise en lien avec le CH et des IDE formées peut donc être une des raisons de leur motivation.

La quasi-totalité des médecins interrogés (32 soit 97%) trouvent que l'outil GFST est faisable en pratique courante. Ce résultat est concordant avec d'autres études réalisées : en région Midi Pyrénées par le Docteur Subra (2011) avec 97,1% des médecins qui trouvaient ce questionnaire faisable en médecine générale, à Nice par le Docteur Clais (2015) avec 90,0% des médecins, ainsi qu'en Indre-Et-Loire par le Docteur Lo (2018) avec 95% des médecins [48].

Le médecin ayant répondu non à la faisabilité de l'outil GFST, trouve qu'il n'y a pas assez de temps en consultation pour faire ce dépistage et qu'il y aurait trop de patients à dépister. Cette notion de temps revient également dans la question qui interroge les médecins sur la raison de leur non-utilisation des critères de Fried en consultation ainsi que dans les commentaires libres. Cela montre bien la problématique du temps en consultation de médecine générale et de la nécessité d'un outil adapté non chronophage afin de faciliter le dépistage.

En recoupant avec les données sociodémographiques, on constate dans notre étude que les femmes seraient plus intéressées par le dépistage via le GFST par rapport aux hommes (85% des femmes vs 63% des hommes ayant répondu au questionnaire).

En fonction du lieu d'exercice, il semblerait qu'il y ait une volonté générale de participer au dépistage peu importe le lieu d'exercice et que la distance avec le CH ne soit pas une barrière.

Concernant le mode d'exercice, les résultats ont tendance à montrer que les médecins travaillant en groupe (cabinet de groupe ou MSP) seraient plus motivés à participer au dépistage que les médecins travaillant seuls. En effet, en cabinet de groupe 16 médecins sur 21 (soit 76%) seraient d'accord, en MSP 4 médecins sur 5 (soit 80%) alors qu'en cabinet seul 4 médecins sur 7 (soit 57%) seraient intéressés.

Parmi les 23 médecins ne dépistant pas initialement la fragilité, 15 seraient d'accord pour dépister via le GFST, 6 ne savent pas et 2 seraient contre. Les raisons de leurs refus seraient pour un des deux médecins le manque de rémunération spéciale et pour les deux « d'autres raisons ». Le manque de temps ou d'intérêt ne fait pas partie de la cause de leur refus.

Concernant le suivi du projet de soin, 24 étaient d'accord, 5 ne savaient pas et 4 étaient contre. Parmi ces 4 médecins, on retrouve les 2 médecins qui ne voulaient pas participer au dépistage, ce qui est concordant.

Il semblerait que le lien ville/Hôpital soit jugé insuffisant par la majorité des médecins interrogés, soit deux tiers des médecins, 15% le considère suffisant et 18% ne sait pas. Cela nous montre donc qu'un effort serait à faire pour renforcer les liens Ville/Hôpital, notamment en assurant plus de communication sur les nouveaux projets mis en place à l'Hôpital (en effet, 2 tiers des médecins

ayant répondu au questionnaire n'avait jamais entendu parler de ce réseau). Rappelons que le même problème s'est posé à Montpellier avec un manque de communication initiale sur le CESAF [46]. Une voie de communication privilégiée entre médecins hospitaliers et médecins de ville serait également intéressante afin de favoriser les échanges. Cette problématique du lien ville-Hôpital est omniprésente dans notre pratique, c'est pourquoi la Fédération Hospitalière de France travaille sur ce sujet et a présenté en 2018 son rapport pour renforcer ce lien afin de construire un parcours de soin coordonné entre professionnels de ville et hôpitaux [49].

3) Perspectives

Afin d'élargir notre échantillon, le questionnaire a été envoyé à la liste de diffusion de la maison médicale de garde de Narbonne (basée sur le volontariat donc non exhaustive, comprenant des médecins de 39 communes). Les données recueillies ne peuvent être interprétées en pourcentage car le nombre de réponse total est incomplet du fait qu'il se recoupe avec les médecins de Narbonne/Narbonne Plage/ Gruissan ayant déjà répondu au questionnaire via l'Ordre des médecins. Nous avons recueilli 9 réponses supplémentaires, que nous pouvons supposer venir d'autres communes que les 3 de notre étude. Parmi ces réponses, 7 médecins étaient d'accord pour participer au dépistage ainsi qu'au suivi des patients et 2 ne savaient pas. Cela confirme la tendance qui montre que les médecins généralistes s'impliqueraient dans ce réseau de dépistage, y compris dans les petites communes voisines.

Nous pouvons relever qu'un gros obstacle au bon fonctionnement de ce réseau perçu par les médecins est le lien ville-Hôpital, qui ne semble en effet pas suffisant pour près de deux tiers des médecins et 18% sont indécis. Un effort devra donc être fait pour rassurer les médecins et assurer une bonne communication avec la ville afin de ne pas décourager les médecins motivés à cause d'un problème d'accessibilité.

La mise en place de ce réseau de dépistage en lien avec l'Hôpital étant encore récente et peu étendue, il faudrait attendre quelques années pour mesurer son influence sur la prise en charge

des patients. En effet, une étude prospective afin d'évaluer l'apport sur la qualité de vie et l'espérance de vie des patients dépistés et pris en charge serait intéressante pour l'avenir.

Un autre problème doit également être soulevé : le manque de temps. En effet, comme on a pu le constater dans les commentaires libres et dans certaines réponses, la problématique du temps est omniprésente. De plus en plus de choses sont demandées aux médecins traitants : en plus des prises en charge et suivis des pathologies aiguës et chroniques, on leur demande de faire de la prévention sur le poids, le sport, le sevrage tabagique, le dépistage des cancers, la prévention cardiologique. Dans un créneau de consultation de 15 à 20 minutes il faut : interroger, examiner, regarder la biologie, renouveler et adapter les traitements, s'assurer que le patient soit à jour dans le dépistage des cancers (certes organisés mais souvent peu faits : Hémocult, mammographie et frottis pour les femmes), s'assurer qu'il a bien repris rendez-vous chez le cardiologue pour son suivi, s'il est diabétique il faut voir si le fond d'œil, les doppler, le cardiologue, la protéinurie, l'examen des pieds sont à jour. Il faut aussi régler le problème du jour, qui est souvent multiple, sans oublier les démarches administratives (dossier MDPH, APA, etc.). Et il faudrait aussi que le médecin ait le temps de dépister la fragilité. D'un point de vu organisationnel, cela semble compliqué et en décourage plus d'un.

Pour pallier le manque de temps sans sacrifier pour autant le dépistage, des consultations dédiées, avec rémunérations spéciales pour le dépistage systématique de la fragilité à partir d'un certain âge, pourraient être intéressantes afin de sensibiliser patients et médecins. De plus, des travaux ont montré que des consultations plus longues sont significativement associées à une plus grande action de prévention et d'éducation [50]. La mise en place de consultations dédiées au dépistage, dont le remboursement serait à discuter pour inciter les patients à venir, nous paraît être une piste intéressante afin d'améliorer le dépistage de la population. Cela éviterait de laisser le dépistage de côté lors des consultations de routine par manque de temps. Beaucoup de patients mettent sur le compte de l'âge (« je vieillis ») certains dysfonctionnements qui sont en fait attribuables au syndrome de fragilité. Ces consultations éviteraient donc un retard diagnostique et de prise en charge, qui sont souvent responsables des états de dépendance irréversibles qui nécessitent des soins lourds de santé.

Un changement récent dans le mode de dépistage de la fragilité se prépare à Narbonne. En effet, un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) lancé par le ministère des Solidarités et de la Santé et de la Caisse nationale d'Assurance Maladie a été diffusé en juillet 2020 pour une « expérimentation nationale d'un dépistage multidirectionnel du déclin fonctionnel dû à l'âge » [51].

Cela concerne le projet ICOPE de l'OMS adapté à l'échelle nationale. Suite à cet AMI, des candidats seront sélectionnés pour expérimenter ce programme dans les différents territoires. Le Gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur de l'OMS, a contribué au développement du programme ICOPE et participera à cette expérimentation dans la région Occitanie.

Le projet ICOPE est prometteur et vise un dépistage précoce à partir de 60 ans par les patients eux-mêmes. Grâce à une application numérique « ICOPE Monitor », les patients seront capables de s'auto tester (seul ou avec l'aide d'un aidant) grâce à des questions centrées sur 5 grandes fonctions : la locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition et capacité sensorielle. Le programme prévoit une évaluation complémentaire de l'entourage physique et social du patient (logement, aidant, etc.). Le patient devient ainsi acteur de sa santé. En fonction des résultats, des algorithmes de prise en charge et des messages d'information sont diffusés. Le support numérique permet de collecter les données en temps réel et facilite le partage d'information et le suivi.

Ce programme cherche à mobiliser des professionnels de santé de première ligne en coopération avec le médecin généraliste pour un dépistage au plus près des personnes. Il permettra d'outiller les professionnels, en première ligne les médecins généralistes, pour une approche préventive structurée et de leur apporter l'appui d'autres professionnels.

Malgré les efforts réalisés en matière de dépistage, la fragilité reste un concept aux limites incertaines, mal appréhendée en soins primaires et ciblant une population restreinte avec un profil de risque particulier.

Ce projet est très prometteur car il permettra de faciliter le dépistage en proposant un outil standardisé aux professionnels, accessible à tous sur le téléphone portable avec collecte des données en temps réel et partage des informations, le patient sera au centre de la démarche de prévention car il participera de lui-même. Enfin, le dépistage pourra se faire de façon très précoce

dès 60 ans afin de garantir une action en amont de la fragilité pour éviter son installation dans le temps.

Le lancement effectif de cette expérimentation serait envisagé pour le deuxième semestre 2021. Il reste donc encore du chemin à parcourir avant la mise en place de ce projet, mais ce dernier semble être une bonne alternative au manque de temps du médecin généraliste avec un travail de dépistage fait en amont par le patient et avec une action de dépistage toujours plus précoce.

VI - Conclusion

Avec le vieillissement de la population, un français sur trois aura bientôt plus de 60 ans. La prise en charge précoce des sources de fragilité est primordiale afin d'éviter l'état de dépendance. Cela permettra à la fois d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, de préserver leur autonomie, mais aussi de gagner du temps médical et de faire des économies de santé au long terme avec des prises en charge moins lourdes basées sur la prévention et la correction des facteurs de fragilité. La prévention doit faire partie intégrante de notre pratique courante. Elle en fait déjà partie notamment pour le dépistage organisé des cancers, mais en termes de dépistage de la fragilité, des efforts restent encore à faire.

C'est pour cela que la région Narbonnaise, à l'image de ses grandes villes voisines, s'organise afin de développer ce dépistage. Comme on peut le voir dans notre étude, le concept de fragilité est largement connu des médecins (82%) mais son dépistage n'est pourtant pas répandu (69% ne dépistent pas). Le manque d'outils de dépistage compatibles avec une consultation de médecine générale apparaît comme un véritable problème (82%), c'est pourquoi de nouveaux outils se développent comme par exemple le GFST. Un circuit de dépistage et de prise en charge en lien avec des structures de santé telles que l'Hôpital intéresse la majorité des médecins interrogés (73%), mais 67% ont peur que le lien ville/hôpital ne soit pas suffisant. Il est donc important de le renforcer et des communications doivent être organisées afin de régler les problèmes existants et de rassurer les médecins quant à leurs craintes. L'extension, le perfectionnement et la communication de ce circuit de dépistage en lien avec l'Hôpital doivent donc se poursuivre afin de développer, généraliser et « démocratiser » ce dépistage au plus grand nombre.

Le projet ICOPE, qui en est encore à ses prémices, est très prometteur et permettrait d'harmoniser le dépistage de la fragilité. Il donne espoir dans un dépistage précoce et standardisé de la fragilité avec prise en charge dans un parcours de soin intégré. Être dans l'air du temps est essentiel, l'alliance avec le numérique va peut-être permettre de démocratiser ce dépistage et de donner le rôle central au patient qui se sentira plus impliqué dans sa santé.

Bibliographie

- [1] « Dépense dépendance DREES ». Consulté le: juill. 01, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>.
- [2] « Vieillissement et santé ». <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [3] « Constitution ». <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- [4] « decade-ageing-proposal-fr.pdf ». Consulté le: juill. 30, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf?sfvrsn=b0a7b5b1_12.
- [5] « Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques ». https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=pop_legales.popmun&i2=tcrd021.estim_pop_part_des_60ans_ou_plus&s=2017&s2=2019&view=map2
- [6] « Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- [7] « Perte d'autonomie des personnes âgées : les limitations motrices au premier plan - Insee Flash Occitanie - 78 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3561746>
- [8] « La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre - Insee Focus - 115 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3554333>
- [9] « LE PROGRAMME ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): une opportunité pour la prévention de la dépendance – Année gérontologique ». <http://annee-gerontologique.com/le-programme-icope-soins-integres-pour-les-personnes-agees-de-lorganisation-mondiale-de-la-sante-oms-une-opportunite-pour-la-prevention-de-la-dependance/>
- [10] M. des S. et de la Santé, « Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, oct. 15, 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/>
- [11] M. des S. et de la Santé, « Concertation Grand âge et autonomie », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, mars 22, 2020. <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/>
- [12] « À quoi va servir la cinquième branche de la Sécurité sociale? », *L'Express.fr*, juill. 24, 2020. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/a-quoi-va-servir-la-cinquieme-branche-de-la-securite-sociale_2131629.html
- [13] « C'est quoi, la future loi « Grand âge et autonomie » ? », *Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*, juill. 24, 2020. <https://www.actusoins.com/334187/cest-quoi-la-future-loi-grand-age-et-autonomie.html>
- [14] « Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf ». https://www.frailty.net/wp-content/uploads/Gerontopole_Frailty_Screening_Tool_French.pdf
- [15] « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
- [16] « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
- [17] « Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf ». https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf
- [18] « Attention, fragile ! – SFGG », *Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)*, sept. 04, 2015. <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/attention-fragile/>

- [19] « Cours ». <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/1.html#1>
- [20] « ONCO_GERIATRIE_Octobre_2013.pdf ». http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/2/ONCO_GERIATRIE_Octobre_2013.pdf
- [21] « Le livre blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » témoigne du virage de la médecine gériatrique vers l'ambulatoire », p. 2.
- [22] « annexe_methodologique__fragilite__vf.pdf ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodologique__fragilite__vf.pdf
- [23] S. A. Sternberg, A. Wershof Schwartz, S. Karunanathan, H. Bergman, et A. Mark Clarfield, « The identification of frailty: a systematic literature review », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 59, n° 11, p. 2129-2138, nov. 2011, doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x.
- [24] « Seniors – France, portrait social | Insee ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#>
- [25] « Financement APA : tout savoir sur le concours APA | CNSA ». <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/concours-aux-departements/concours-allocation-personnalisee-dautonomie>
- [26] « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- [27] « Orthogériatrie et fracture de la hanche », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801173/fr/orthogeriatrie-et-fracture-de-la-hanche
- [28] « Vitamine D | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ». <https://www.anses.fr/fr/content/vitamine-d>
- [29] J.-C. Souberbielle *et al.*, « La supplémentation en vitamine D en France chez les patients ostéoporotiques ou à risque d'ostéoporose : données récentes et nouvelles pratiques », *Rev. Rhum.*, vol. 86, n° 5, p. 448-452, oct. 2019, doi: 10.1016/j.rhum.2019.02.014.
- [30] L. B. C. Vale, « POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE », p. 109.
- [31] « OMS | L'activité physique des personnes âgées », *WHO*. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
- [32] « Activités physiques et sportives : un guide pour faciliter la prescription médicale », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale
- [33] « Troubles cognitifs du sujet âgé », *Collège des Enseignants de Neurologie*, nov. 25, 2016. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/troubles-cognitifs-du-sujet-age>
- [34] « mmse.pdf ». <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>
- [35] « Exercices d'entraînement de la mémoire », *Activités gérontologie*. <http://www.atelieranimationsenior.fr/fiches-d-activites/ateliers-memoire/exercices-de-memoire/>
- [36] K. V. Papp, S. J. Walsh, et P. J. Snyder, « Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions », *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc.*, vol. 5, n° 1, p. 50-60, janv. 2009, doi: 10.1016/j.jalz.2008.10.008.
- [37] E. Aguirre, R. T. Woods, A. Spector, et M. Orrell, « Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials », *Ageing Res. Rev.*, vol. 12, n° 1, p. 253-262, janv. 2013, doi: 10.1016/j.arr.2012.07.001.
- [38] weber soulier, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », p. 8.
- [39] « Du bon usage du médicament, lutter contre la iatrogénie. » <https://www.maform.fr/formation-du-bon-usage-medicament-lutter-contre-la-iatrogenie->
- [40] « Syndrome de fragilité pdf ». <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>

- [41] L. Lagarde, « Evaluation d'un questionnaire de dépistage ambulatoire de la fragilité de la personne âgée par les médecins généralistes du Gard », Thèse d'exercice, Université de Montpellier I. Faculté de médecine, France, 2014.
- [42] T. Pialoux, J. Goyard, et B. Lesourd, « Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review », *Geriatr. Gerontol. Int.*, vol. 12, n° 2, p. 189-197, avr. 2012, doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00797.x.
- [43] E. Pijpers, I. Ferreira, C. D. A. Stehouwer, et A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, « The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores », *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 23, n° 2, p. 118-123, mars 2012, doi: 10.1016/j.ejim.2011.09.003.
- [44] J. Subra, S. Gillette-Guyonnet, M. Cesari, S. Oustric, B. Vellas, et Platform Team, « The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle », *J. Nutr. Health Aging*, vol. 16, n° 8, p. 714-720, août 2012, doi: 10.1007/s12603-012-0391-7.
- [45] « CESAF - CHU de Montpellier ». <http://www1.chu-montpellier.fr/fr/cesaf/>
- [46] *Prise en charge de la fragilité des sujets âgés en médecine générale sur Montpellier : attentes des médecins généralistes et appréciation du CESAF*. 2017.
- [47] « Formations et sensibilisations à la fragilité en gériatrie - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse ». <https://www.chu-toulouse.fr/-formations-et-sensibilisations-a-la-fragilite-en->
- [48] *Faisabilité du Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale*. 2017.
- [49] C. Legros, « Renforcer le lien ville-hôpital : la FHF présente ses propositions », *Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France*, mars 28, 2018. <https://www.femas-hdf.fr/renforcer-le-lien-ville-hopital/>
- [50] S. Chaabane, « Le médecin généraliste en retard sur ses consultations: vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge », p. 101.
- [51] DGOS, « Appels à manifestation d'intérêt », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, juill. 30, 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/appels-a-manifestation-d-interet>

Serment

SERMENT

- *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'Être 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.*
- *Admis (e) 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.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction

Avec le vieillissement de la population, un français sur trois aura bientôt plus de 60 ans. La prise en charge précoce des sources de fragilité est primordiale afin d'éviter l'état de dépendance. C'est pourquoi les recommandations et les directives des instances de santé évoluent pour promouvoir ce dépistage, à l'échelle mondiale, nationale et régionale.

L'Aude est un département qui a une population composée pour un tiers de personnes de 60 ans ou plus. L'intérêt de ce dépistage prend alors tout son sens, c'est pourquoi le Centre Hospitalier de Narbonne a créé en 2019 des consultations « Fragilité » pour la prise en charge des patients dépistés fragiles, par leurs médecins généralistes ou par des IDE formées, via l'outil GFST créé par le Gérontopôle de Toulouse.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer l'implication future des médecins généralistes du Narbonnais dans le dépistage de la fragilité des patients âgés, en lien avec le Centre Hospitalier de Narbonne.

Méthode

Nous avons réalisé une étude quantitative, transversale, à l'aide d'un questionnaire au format électronique, anonyme, envoyé aux médecins généralistes libéraux de Narbonne, Narbonne Plage et Gruissan. Le questionnaire est composé de 3 parties : la première partie s'intéresse aux données sociodémographiques des médecins interrogés, la deuxième partie au concept de fragilité et la troisième partie à la faisabilité du questionnaire GFST en médecine générale et à l'implication future des médecins généralistes dans ce dépistage en lien avec le CH de Narbonne.

Résultats

Parmi les 72 médecins généralistes interrogés, nous avons eu 33 réponses soit un taux de réponse de 45,8 %. Le concept de fragilité est largement connu des médecins (27 médecins soit 82%) mais son dépistage n'est pourtant pas répandu (23 répondants soit 69% ne la dépiste pas). Le manque d'outils de dépistage compatibles avec une consultation de médecine générale apparaît comme un véritable problème (27 médecins soit 82%). La quasi-totalité des médecins (32 sujets soit 97%) trouvent que l'outil GFST est faisable en pratique courante. Un circuit de dépistage et de prise en charge en lien avec l'Hôpital de Narbonne intéresse la majorité des médecins interrogés (24 répondants soit 73%), mais 67% (22) ont peur que le lien ville/hôpital ne soit pas suffisant.

Conclusion

Avec le vieillissement de la population, le risque de dépendance augmente. Afin de prévenir cet état et les dépenses de santé qui en découlent, le dépistage des fragilités doit être encouragé et les liens Ville/Hôpital renforcés. La majorité des médecins généralistes seraient d'accord pour participer à ce dépistage mais il manque des outils adaptés à la consultation de médecine générale. Pour rendre ce dépistage plus systématique et standardisé, le Gérontopôle de Toulouse a créé l'outil GFST dans le but de faciliter ce dépistage. C'est dans cette même dynamique que le projet ICOPE a vu le jour récemment. Ce dernier, qui en est encore à ses prémices, est très prometteur et permettrait d'harmoniser le dépistage de la fragilité. Il donne espoir dans un dépistage précoce et standardisé de la fragilité, tout en donnant un rôle central au patient, devenant ainsi acteur de sa santé.

Mots clés : *Fragilité, personnes âgées, dépistage, outil GFST, médecine générale.*