



**HAL**  
open science

# L'utilisation du protocole de coopération de la fragilité des personnes âgées dans la pratique des médecins généralistes de la région Occitanie

Marion Breand

► **To cite this version:**

Marion Breand. L'utilisation du protocole de coopération de la fragilité des personnes âgées dans la pratique des médecins généralistes de la région Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03429576

**HAL Id: dumas-03429576**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429576>**

Submitted on 15 Nov 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 DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marion BREAND**

le 28 septembre 2021

L'UTILISATION DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION DE LA FRAGILITÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES DANS LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE  
LA RÉGION OCCITANIE

Directeur de thèse : Docteur Cyril JAUME

Co-directeur de thèse : Docteur Patrice CUKIER

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur Cyril JAUME

Docteur Patrice CUKIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marion BREAND**

Le 28 septembre 2021

L'UTILISATION DU PROTOCOLE DE COOPÉRATION DE LA FRAGILITÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES DANS LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE  
LA RÉGION OCCITANIE

Directeur de thèse : Docteur Cyril JAUME

Co-directeur de thèse : Docteur Patrice CUKIER

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Docteur Cyril JAUME

Docteur Patrice CUKIER

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

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

### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### **Docteurs Emérites**

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie 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
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
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
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
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
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
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
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

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
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
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
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
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

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
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
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
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
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
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
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
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
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
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
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<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

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 - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### 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

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
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<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

## **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## Maitres de Conférences des Universités

### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

### Maîtres de Conférences de classe normale

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

## Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury quelques semaines avant le grand jour. Merci pour votre dévouement et votre réactivité.

Au Docteur Cyril JAUME, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de m'avoir soutenue tout au long du processus. Merci de m'avoir guidé au fur et à mesure de ce projet.

Au Docteur Patrice CUKIER, merci d'avoir accepté de codiriger ma thèse. Je vous remercie pour vos conseils à chaque étape de ce travail.

Aux médecins qui ont accepté de me donner de leur temps pour participer à cette étude, merci d'avoir partagé votre point de vue.

A mon fils, Paul, mon rayon de soleil, tu me donnes le courage d'être une maman forte et épanouie. Tu es mon plus grand bonheur. Merci d'être resté bien au chaud afin que je finalise ce travail avant ton arrivée !

A mon futur mari, Alexandre, toi qui sais me donner le sourire. Je te remercie de m'avoir soutenue à chaque instant de ce travail fastidieux. Tu as su me motiver pour travailler sans relâche et ne pas baisser les bras. Merci d'être un merveilleux papa et un conjoint attentionné.

A ma famille, merci d'avoir cru en moi sans jamais en douter.

A ma mère, qui a toujours trouvé les mots pour m'encourager et me rassurer tout au long de mes études et de ce travail. Je te remercie aussi d'avoir pris le temps de corriger les fautes d'orthographe de ces 120 pages.

A mon père qui a toujours été là pour moi et qui a su me rassurer dans les grands moments de doute.

A mon beau-père, merci pour tes encouragements et d'avoir cru en moi tout au long de ces années d'étude.

A ma sœur, Mélanie merci d'être présente quoi qu'il arrive et de me soutenir à chaque étape de ma vie. Tu es une source de motivation pour moi.

A mon petit frère, Antoine et ma petite sœur, Clélia loin des yeux mais près du cœur.

A Clem, ma petite sœur de cœur, ne changes pas.

A mon oncle, Frédéric, qui m'a fait l'honneur de lire mon travail, ton avis compte beaucoup pour moi.

A ma cousine adorée, Claire, merci pour toutes ces années de bons souvenirs, qu'on puisse en partager tant d'autres.

A mes amies, Émilie et Clémence pour qui je n'ai plus de secret, je suis heureuse de vous avoir rencontrées. Merci pour votre soutien et ces moments inoubliables passés ensemble.

A mes copines globe trotteuses, Maud, Eva et Camille qui ont été présente dès le début de l'internat et avec qui j'ai partagé un magnifique voyage à Bali.

Au reste de la team de Bagnols, Marine, Justine, Simon et Hugo, merci pour ces soirées et vacances mémorables.

A mes maîtres de stages et mes autres collègues internes que j'ai pu rencontrer au cours de ces années d'internat.

A mes amies rémoises, Lison, Solène, Delphine, Émilie, Caroline, Pauline, Raphaëlle, Angèle, Kathleen, pour toutes ces années d'externat passées à vos côtés. Grâce à vous ces longues années de révision resteront un bon souvenir.

A Thibaut, sans qui je n'aurais pas réussi à obtenir une table des matières. Merci pour tes conseils et ta bienveillance.

Je tenais également à remercier, le Dr Entezam Farhad, médecin référent des protocoles de coopération de l'ARS Occitanie pour son aide au cours de ce projet.

Et merci à Mme Derreux, infirmière libérale, qui m'a permis d'avoir une vision en pratique du protocole de coopération de la fragilité.

# Sommaire

<b>Sommaire</b> .....	- 21 -
<b>Liste des abréviations</b> .....	- 23 -
<b>I Introduction</b> .....	- 26 -
<b>1) Contexte actuel</b> .....	- 26 -
<b>2) Le vieillissement</b> .....	- 27 -
2.1 Définition .....	- 27 -
2.2 Particularités physiologiques et physiopathologiques .....	- 27 -
<b>3) La fragilité</b> .....	- 28 -
3.1 Définition .....	- 28 -
3.2 Épidémiologie .....	- 29 -
3.3 Le processus de fragilité .....	- 29 -
3.4 L'indice de Fragilité.....	- 32 -
3.5 Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) .....	- 32 -
3.6 Dépistage en soins primaires .....	- 34 -
3.7 Prise en charge .....	- 36 -
3.8 Stratégie de prévention en ambulatoire.....	- 36 -
<b>4) Coopération interprofessionnelle</b> .....	- 37 -
<b>5) Protocole de coopération dans le repérage et la prise en charge de la fragilité ...</b>	- 38 -
<b>6) Objectif de l'étude</b> .....	- 40 -
<b>II Matériel et Méthode</b> .....	- 41 -
<b>1) Caractéristiques de l'étude</b> .....	- 41 -
<b>2) Population étudiée</b> .....	- 41 -
2.1 Population cible .....	- 41 -
2.2 Critères d'inclusion.....	- 41 -
<b>3) Échantillonnage</b> .....	- 41 -
3.1 Stratégie de recrutement .....	- 41 -
3.2 Taille de l'échantillon .....	- 42 -
<b>4) Recueil des données</b> .....	- 42 -
<b>5) Analyse des données</b> .....	- 42 -
<b>III Résultats</b> .....	- 44 -
<b>1) Description de l'échantillon</b> .....	- 44 -
1.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	- 44 -
<b>2) Émergence des catégories</b> .....	- 47 -
2.1 Représentations du travail pluri-professionnel selon les médecins généralistes .	- 47 -
2.2 Les différents objectifs du protocole de coopération de la fragilité.....	- 53 -
2.3 Les freins rencontrés au protocole .....	- 57 -
2.4 De l'inclusion des patients dans le protocole au plan de soin personnalisé.....	- 62 -
2.5 Le ressenti des médecins concernant le protocole .....	- 67 -
2.6 La délégation de tâches .....	- 74 -
2.7 Les améliorations à apporter au protocole .....	- 78 -
2.8 La fragilité du point de vue des médecins généralistes.....	- 81 -

<b>IV Discussion.....</b>	<b>- 83 -</b>
<b>1) Interprétation des résultats.....</b>	<b>- 83 -</b>
<b>2) Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>- 85 -</b>
2.1 Forces de l'étude.....	- 85 -
2.2 Limites de l'étude.....	- 86 -
<b>3) Perspectives.....</b>	<b>- 87 -</b>
3.1 Évolution de la délégation de tâches.....	- 87 -
3.2 Déployer le protocole de coopération de la fragilité au sein des MSP et/ou CPTS.....	- 88 -
-	
3.3 Revalorisation financière du dépistage de la fragilité.....	- 88 -
3.4 Élargir l'inclusion de patients dans le protocole.....	- 90 -
3.5 Simplifier la procédure d'adhésion au protocole pour les médecins.....	- 90 -
3.6 Promouvoir le protocole auprès des médecins et des IDE libérales.....	- 91 -
<b>V Conclusion.....</b>	<b>- 92 -</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>- 94 -</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>- 98 -</b>
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>- 118 -</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>- 119 -</b>

## Liste des abréviations

ADL : *Activities of Daily Living*

AIMADAF : Alliance d'Intervenants de santé œuvrant pour le Maintien à Domicile des Aînés Fragiles

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

CRP : C Réactive Protéine

ECG : ElectroCardiogramme

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

EHPA : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENMR : Expérimentations pour de Nouveaux Modes de Rémunération

GDS : *Geriatric Depression Scale*

GFS : *Gerontopole Frailty Scale*

GFST : *Gerontopole Frailty Screening Tool*

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IADL : *Instrumental Activities of Daily Living*

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IGF1 : *Insulin-Like Growth factor-1*

IL-6 : Interleukine 6

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques

MMSE : *Mini-Mental State Examination*

MNI : *Mini Nutritional Assessment*

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG)

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

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SPPB : *Short Physical Performance Battery*

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TIF : *Tilburg Frailty Indicator*

TUG : *Timed Up and Go*

USLD : Unité de Soins Longue Durée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

RCP : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

# I Introduction

## 1) Contexte actuel

En France, depuis quelques années nous sommes confrontés au vieillissement de la population sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge de la population du baby boom.

En effet selon l'INSEE, par rapport à 2013 la population augmenterait de 10,7 millions d'habitants en 2070, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). En particulier, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions).(1)

Le vieillissement de la population est devenu un enjeu primordial des années à venir.

Notamment avec l'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, selon l'INSEE en 2015 elles représentaient 2,5 millions (hors Mayotte), soit 15,3% des personnes de 60 ans ou plus. Si les tendances démographiques récentes et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France hors Mayotte compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. (2)

Ces projections démographiques françaises nous obligent à réfléchir à la question posée par la nécessité d'assurer un vieillissement indépendant et autonome.

Sur le plan économique, en 2018, les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent à 11,3 milliards d'euros.

Ces derniers comprenant les soins délivrés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou non (Ehpa), pour 76 % de la dépense ; à domicile, par des services de soins infirmiers (Ssiad), pour 15 % de la dépense ; dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD), pour 9 % de la dépense.

Les soins de longue durée aux personnes âgées représentent 4,1 % de la dépense courante de santé. Et l'essentiel de la dépense se concentre sur les personnes âgées hébergées en établissement soit 9,6 milliards d'euros. (3)

Ce vieillissement de la population s'associe à une pandémie de maladies chroniques et d'incapacités fonctionnelles. Les coûts de la dépendance liée à l'âge sont déjà fort élevés et le seront encore davantage. Des mesures urgentes s'imposent pour réduire les dépendances « évitables » au cours du vieillissement.

La réussite des efforts pour un vieillissement actif passera par une détection rapide de la fragilité, une guérison des maladies et une gestion des handicaps. (4)

## 2) Le vieillissement

### 2.1 Définition

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.

Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

Il s'agit d'un processus lent, progressif et inéluctable qui doit être distingué des manifestations des maladies.

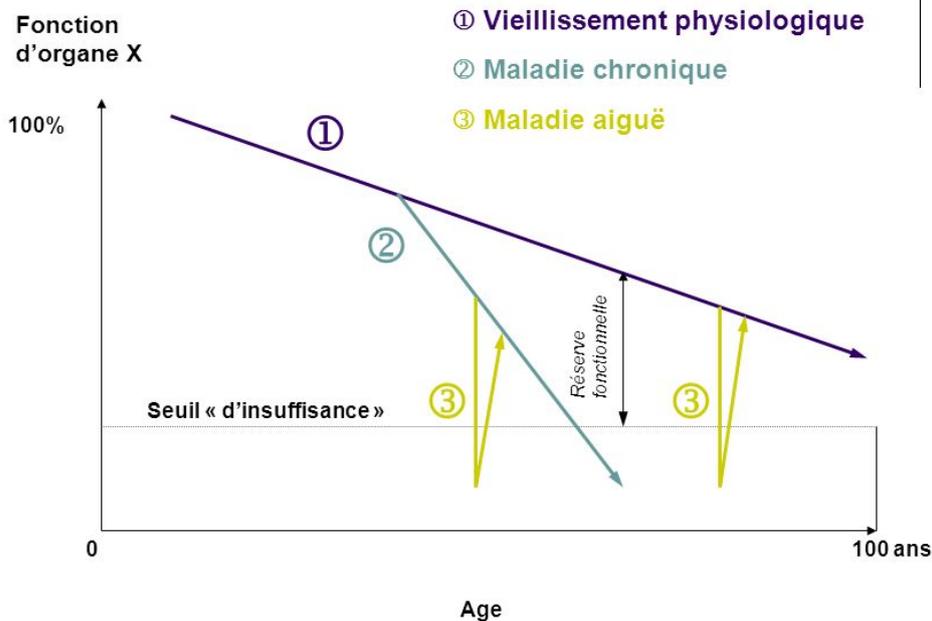
### 2.2 Particularités physiologiques et physiopathologiques

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme induisant une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.

Le concept de décompensation fonctionnelle du sujet prend en considération 3 éléments qui se cumulent : (schéma 1+2+3 de JP.Bouchon) (5)

- 1- Les effets du vieillissement physiologique qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- 2- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.
- 3- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

# 1+2+3 de JP. Bouchon



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888

## 3) La fragilité

### 3.1 Définition

Une première définition a été proposée dans les années 90 par L. Fried « La fragilité est une vulnérabilité liée à l'avancée en âge, due à une altération des réserves homéostatiques de l'organisme qui devient incapable de surmonter un quelconque stress ». (6)

Le processus de fragilité ou « fragilisation » se déroule sur plusieurs décennies de vie. Son ampleur et sa rapidité de développement dépendent de nombreux facteurs (avancée en âge, sexe, éducation, comportement en santé – tabac, alcool, malnutrition, sédentarité - conditions socio-économiques, dysfonctions affective, cognitive ou sensorielle) qui interviennent sur les différentes fonctions d'organe et en particulier sur le muscle squelettique.

La société française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) définit la fragilité comme un syndrome clinique qui « reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un

*déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011). (7)*

### 3.2 Épidémiologie

La prévalence de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans varie de 3,8% à 45,1%, en fonction de l'outil de dépistage utilisé.

La prévalence de la fragilité augmente avec l'âge et le sexe féminin (25,3 %, IC à 95 % chez les femmes vs 18,6 %, IC à 95 % chez les hommes).

La fragilité augmente significativement le risque de décès, avec un ratio de risque ajusté en fonction de l'âge et du sexe pour l'indice de fragilité de 1,57 (95 % IC = 1,41-1,74). (8)

A l'échelle européenne, en 2004 l'étude SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) avait pour objectif de quantifier la prévalence de la fragilité sur un échantillon de 18.227 participants de plus de 50 ans, vivant à domicile, dans 11 pays européens différents et a permis d'estimer qu'en France la prévalence de la fragilité était de 15% et celle de la pré-fragilité de 43,6%. (9)

### 3.3 Le processus de fragilité

La fragilité est un processus évolutif, comportant 3 phases : fragilisation (phase préclinique), fragilité (phase d'état, marquée par le retentissement clinique de la sarcopénie) et ses conséquences (phase de complications, dont la dépendance fonctionnelle et la mort).

#### **Pré-fragilité**

La première phase dite de « fragilisation » est silencieuse. Pendant cette période, les réserves physiologiques globales se réduisent avec l'avancée en âge.

Cette diminution des réserves est liée à des facteurs individuels (héritage génétique, vieillissement), mais aussi à de multiples autres facteurs interagissant entre eux: sédentarité, sous-nutrition protéino-énergétique, carence en vitamine D, dérégulations hormonales (particulièrement élévation du cortisol, diminution de l'IGF1 et des hormones sexuelles : œstrogène et testostérone), inflammation chronique (élévation sérique de l'interleukine 6 - IL6, du TNF $\alpha$  et de la CRP), activation de la cascade hémostatique (facteur VIII, fibrinogène et

D-dimer) et inhibition de l'érythropoïèse exacerbée par une fréquente préexistante carence en fer. Un élément-clé de ces processus est l'élévation de l'Il6. (10)

Ainsi le processus de fragilisation apparaît multi-systémique, complexe et dynamique. Il peut apparaître au cours du vieillissement mais aussi être provoqué/accéléré par l'apparition d'une maladie ou les conséquences d'un traumatisme.

Une manifestation clinique essentielle des changements biologiques susmentionnés est la « sarcopénie ».

### **État de fragilité**

Parallèlement à l'apparition de la sarcopénie, interviennent une diminution du métabolisme de base et une réduction des dépenses énergétiques globales qui entretiennent le processus de fragilisation.

L'accumulation de pathologies somatiques, cognitives ou mentales et de traumatismes accélèrent le processus menant à la fragilité. (11)

L'état de fragilité, lui-même, est révélé par un incident médical, traumatique, chirurgical ou psychologique qui précipite la personne d'un état d'apparente robustesse à celui de fragile. Il a été postulé que cet état survient quand les réserves physiologiques sont inférieures à 30%. L'état de fragilité doit être considéré comme un stade initial de dépendance fonctionnelle.

L'état de fragilité peut se présenter isolément, donc simplement lié à l'avancée en âge ou en association avec une ou des comorbidités et/ou déjà une ou plusieurs incapacités fonctionnelles.

La définition de la fragilité la plus utilisée est essentiellement « physique ».

Les 5 critères retenus dans la définition de la fragilité sont :

- l'anorexie,
- la perte de poids involontaire,
- la sensation de fatigue voire d'épuisement,
- la diminution de la force de préhension et
- le ralentissement de la marche.

Le phénotype de fragilité se définit par 3 des critères susmentionnés alors qu'un état de pré-fragilité correspond à 2 de ces critères. (6)

Les signes cliniques de la fragilité « physique » incluent : la sous-nutrition protéino-énergétique, la sarcopénie, l'ostéopénie, une marche lente ( $< 0,8$  m/s), des anomalies de l'équilibre et une désadaptation physique.

Depuis la description initiale, deux autres aspects de la fragilité émergent :

- la fragilité cognitive, définie comme une manifestation clinique hétérogène associant simultanément une fragilité physique et des troubles cognitifs ne correspondant à aucune pathologie démentielle (12) et

- la fragilité sociale.

L'implication de ces 2 dimensions est actuellement mal évaluée, même s'il semble incontestable qu'elles interviennent dans le processus de fragilisation.

Il apparaît de plus en plus évident que l'état de fragilité peut être aggravé et/ou entretenu par une alimentation insuffisante : mauvais état bucco-dentaire, aliments contenant peu d'antioxydants et apport limité en protéines, voire une mauvaise répartition de ces apports protéiques alimentaires.

### **Les conséquences de l'état de fragilité**

La dernière étape du processus correspond aux conséquences de la fragilité qui incluent : les troubles de la mobilité, les chutes, leurs répétitions et leurs conséquences fracturaires, l'accroissement de la consommation médicamenteuse, l'augmentation de la demande en soins, les admissions et séjours hospitaliers itératifs, l'entrée en dépendance qui correspond au besoin d'aide externe pour arriver à effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne, l'institutionnalisation et la mort. (13)

Il a été démontré que la sarcopénie et la fragilité sont potentiellement réversibles. (14)(15)(16)

Le parcours de vie est marqué par la trajectoire robustesse – fragilisation – fragilité – dépendance.

### 3.4 L'indice de Fragilité

Une mesure quantitative, l'indice de fragilité ou *Frailty Index* a été proposé par Mitnitski et al. en 2001 comme moyen d'évaluer le vieillissement individuel. (17)

Il représente une proportion des déficits présents chez les individus au moment de l'évaluation de leur santé. L'hypothèse a été émise que la valeur de l'indice peut refléter l'état de santé de l'individu, de manière à être la plus élevée pour les individus des groupes malades.

La probabilité de survie peut également être estimée à partir de la valeur de l'indice de fragilité sans référence à l'âge chronologique.(18)

En pratique clinique le comptage des déficits est peu pratique. C'est pourquoi en 2005, Rockwood et al. ont développé à partir des données de la cohorte de la *Canadian Study of Health and Aging* une échelle de fragilité clinique basée sur le jugement clinique.

L'échelle de fragilité clinique à 7 catégories a montré une bonne validité de critère, avec un effet dose-réponse en relation avec la prédiction à 5 ans du décès ou de l'entrée dans un établissement institutionnel.(19) (Annexe 1)

### 3.5 Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

L'Évaluation gériatrique standardisée (EGS) est l'outil de référence pour dépister et évaluer la fragilité. Elle utilise des outils de conception hospitalière et est donc difficilement utilisable en pratique ambulatoire.(20)

La définition donnée par l'HAS est : « procédure diagnostique multidisciplinaire qui n'est pas limitée à l'évaluation médicale. Elle comprend plusieurs dimensions : évaluation de la santé physique, du statut fonctionnel, de la santé psychologique et cognitive, de l'environnement et du soutien social ».

En effet l'EGS comprend une évaluation dans plusieurs domaines avec notamment :

- une évaluation médicale avec le recueil des traitements médicamenteux et leurs possibles effets secondaires associé à un examen clinique complet ;
- une évaluation cognitive via un entretien avec le patient et son entourage et à l'aide d'outils tels que le MMSE (Annexe 2), le test des 5 mots de Dubois (Annexe 3), le test de l'Horloge (Annexe 4). Une imagerie cérébrale pourra compléter le bilan neurologique ;

- une évaluation nutritionnelle à la recherche d'une dénutrition, avec estimation de l'apport calorique, examen bucco-dentaire et repérage des fausses routes. L'échelle recommandée est le Mini Nutritional Assessment (Annexe 5) et un bilan biologique pourra être demandé ;
- une évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'aide de l'échelle ADL (Annexe 6) évaluant le niveau de dépendance dans les actes élémentaires de la vie quotidienne et de l'échelle IADL (Annexe 7) évaluant le niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- une évaluation de la marche et du risque de chute à l'aide du test « Get up and Go » (Annexe 8) ou encore le test « Time up and Go » qui est chronométré.  
La recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique ainsi que l'évaluation du chaussage ;
- une évaluation thymique à l'aide de l'échelle gériatrique de dépression simplifiée (GDS) (Annexe 9);
- une évaluation neurosensorielle avec le repérage de troubles visuels à travers l'interrogatoire d'une altération du contraste et des couleurs, d'un rétrécissement du champ visuel et d'une baisse d'acuité visuelle par la mesure avec correction de loin et de près. Et le repérage d'une baisse de l'audition via le test de la voie chuchotée, même si le test de référence reste l'audiogramme.
- une évaluation de la douleur avec l'utilisation de l'échelle verbale simple ou l'échelle visuelle analogique ;
- une évaluation sociale qui doit être coordonnée avec l'assistante sociale avec réalisation d'un bilan des aides humaines et financières ;
- une évaluation des difficultés des aidants grâce à l'échelle du fardeau des aidants de Zarit (Annexe 10).

Cette évaluation serait inutile chez des patients ayant perdu une grande partie de leur autonomie. C'est pourquoi le champ du repérage de la fragilité est établi chez des personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave et sans dépendance avérée.

L'expertise gériatrique initie une prise en charge dans la durée avec des propositions thérapeutiques, sociales, humaines personnalisées à chaque patient. Une réévaluation est nécessaire pour vérifier l'efficacité des interventions mises en place.

L'HAS préconise la mise en place d'un plan de soins pluridisciplinaire personnalisé pour ces sujets, en étroite collaboration avec les médecins traitants.

### 3.6 Dépistage en soins primaires

Le médecin généraliste a besoin d'un outil simple et fiable pour dépister les sujets âgés fragiles. Or, la démarche de dépistage des sujets fragiles n'est pas encore instaurée en routine. (21)

L'analyse de la littérature met en évidence différents outils proposés pour repérer la fragilité et aucun d'entre eux n'a été réellement validé dans le contexte de soins primaires.

En effet, le syndrome de fragilité exige une évaluation complexe, qui n'est pas réalisable dans le contexte des soins primaires.

Ainsi l'éventuel instrument de dépistage choisi doit pouvoir s'intégrer dans le travail quotidien du médecin généraliste. (22)

L'HAS précise que le repérage de la fragilité nécessite l'utilisation d'outils en soins primaires devant répondre à 3 exigences: (7)

- Simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, accessibilité aux aide-ménagères et travailleurs sociaux ;
- Sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS (Évaluation Gériatrique Standardisée) et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables ;
- Validation en soins de premier recours

Les outils basés sur la mesure de la performance fonctionnelle tels que le Timed up and go test (TUG) et la Short Physical Performance battery (SPPB), les auto-questionnaires tels que le Tilburg Frailty Indicator (TFI) et le jugement clinique avec la Gerontopole Frailty Scale (GFS), peuvent être adéquats. (23)

- Le TUG (Timed Up and Go Test) mesure le temps dont un adulte a besoin pour se lever d'une chaise, marcher 3 m, se retourner, revenir à la chaise et s'asseoir à nouveau.  
Si > 12s : sujets fragiles (tests : fragiles ou robustes)

- Le SPPB (The Short Physical Performance Battery) (Annexe 11) comprend trois tests objectifs des fonctions du bas du corps. Un score sommaire a été créé avec un intervalle potentiel de 0-12, un score total < 10 est considéré comme indicatif de la fragilité.
- Le TFI (Tilburg Frailty Indicator) est un auto-questionnaire en 15 points portant sur trois domaines : physique, psychologique et social. Son score total varie de 0 à 15 points. Les scores  $\geq 5$  indiquent la fragilité.
- Le Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) (Annexe 12) qui à partir d'un questionnaire initial visant à attirer l'attention de l'omnipraticien sur des signes et/ou symptômes très généraux suggérant la présence d'un état de fragilité, permet selon son opinion clinique de détecter un état de fragilité.  
Ce questionnaire reprend les critères du phénotype de Fried en impliquant une dimension cognitive et sociale. Et est adapté pour le médecin traitant mais aussi pour les acteurs des soins de premiers recours : kinésithérapeute, pharmacien, infirmière, intervenant du service à la personne.  
Il doit être réalisé chez les patients ayant les critères suivants : âge supérieur ou égal à 65 ans, autonome (ADL  $\geq 5/6$ ) et en dehors de toute pathologie aiguë.

Ainsi le GFST a été retenu pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, et par le Conseil National Professionnel de Gériatrie pour le repérage en soins primaires de la fragilité.

Un autre outil de dépistage qui regroupe des indicateurs des principales fonctions d'une personne âgée est l'outil « ABCDEF ». Il associe six mesures dont la pertinence gériatrique est établie dans la littérature. Il s'agit de l'autonomie (A), l'état nutritionnel (B : Body Mass Index, BMI), les comorbidités (C), la polymédication (D : « Drugs »), l'équilibre postural (E) et les fonctions cognitives (F).

Un score strictement inférieur à 3 élimine une fragilité avec une probabilité de 91 % et permet de considérer le sujet indemne de toute fragilité.

Ce test est réalisable en 15 minutes sans formation spécifique.

D'après une étude réalisée auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault en 2015, dans le cadre d'un travail de thèse sur la faisabilité du test « ABCDE » dans le repérage de la fragilité en médecine générale, cet outil est faisable mais les conditions d'exercice en libéral limitent son application. (24)

### 3.7 Prise en charge

Plusieurs études ont montré qu'un programme de "préhabilitation" à domicile est efficace pour prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées physiquement fragiles qui vivent à domicile. (16)

Les avantages de l'intervention ont été observés en grande partie chez les personnes présentant une fragilité modérée (par opposition à une fragilité grave). Malgré l'intervention, les personnes souffrant d'une grande fragilité ont vu leur handicap s'aggraver avec le temps. Ce qui confirme l'intérêt de repérer la fragilité à un stade précoce.

L'exercice, en particulier l'entraînement musculaire, est l'intervention la plus efficace pour améliorer les composantes de la fragilité, notamment la force musculaire et le fonctionnement physique.

Une augmentation de l'apport en protéines au-delà de l'apport alimentaire actuellement recommandée, probablement en conjonction avec l'exercice, peut être nécessaire pour que les personnes âgées puissent maintenir et augmenter leur masse squelettique.

Il a été démontré que l'entraînement musculaire combiné à la supplémentation en protéines améliore la force et la masse musculaire chez les patients très âgés et sédentaires des établissements de soins pour personnes âgées. Mais seul l'exercice semble augmenter la force et la fonction ; c'est-à-dire que la supplémentation nutritionnelle sans exercice n'est pas efficace. (21)

L'exercice physique a des effets physiologiques sur le système nerveux, le système endocrinien, le système immunitaire et les muscles squelettiques.

### 3.8 Stratégie de prévention en ambulatoire

Dans ce contexte sociodémographique, le HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) a préconisé dans ses deux rapports de 2011 et 2012, de mettre en œuvre des projets pilotes sur quelques territoires afin d'expérimenter une nouvelle forme de parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de répondre aux problématiques posées par ces populations : le manque de coordination des intervenants et des structures et le recours abusif à l'hospitalisation. (25)

Dans cet objectif, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a initié fin 2013 un projet national pour les Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il est testé notamment dans l'est-héraultais depuis 2017. (26)

Le projet PAERPA a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et d'éviter le recours à l'hospitalisation. Il s'appuie sur un réseau de professionnels du territoire, au plus près des personnes âgées (médecin traitant, pharmacien, infirmière...) tout en coordonnant les prises en charge sanitaires et sociales.

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

Un travail de thèse de novembre 2019 axé sur « l'exploration de l'expérience vécue de médecins généralistes du territoire Est Héraultais autour du dispositif PAERPA » révèle une connaissance très variable de ce dispositif par les médecins généralistes. De part notamment un manque de communication et de formation des professionnels de santé à ce sujet. (27)

Une autre étude à travers un travail de thèse soutenu en novembre 2019 sur « les déterminants du syndrome de fragilité chez la personne âgée par les médecins généralistes du Gard et des villes limitrophes », a mis en évidence une connaissance approximative de ce concept de fragilité ainsi que l'expression de freins multiples au dépistage de la fragilité en soins primaires. (28)

#### 4) Coopération interprofessionnelle

Pour obtenir une meilleure coordination dans la prise en charge du patient, l'ARS a mis en place des protocoles de coopération qui selon la loi HPST de juillet 2009, permettent aux professionnels de santé « d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». (29)

Ces protocoles permettent des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières de santé publique, en charge de l'éducation thérapeutique, comprenant des dépistages et des suivis de diverses maladies chroniques.

Par ailleurs, un protocole intitulé : « Interventions d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » est autorisé en région Occitanie depuis février 2014.(30)

C'est un protocole innovant au plan national, la région Occitanie étant la première région de France autorisée à pratiquer ce protocole. En effet, le protocole fut élaboré sous l'égide de l'ARS ex Midi-Pyrénées par un groupe de travail associant le gérontopôle de Toulouse et l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux) des médecins libéraux et des infirmiers libéraux. Par ailleurs depuis mars 2021, il est autorisé comme protocole national par le Ministre de la santé.

## 5) Protocole de coopération dans le repérage et la prise en charge de la fragilité

Le protocole de coopération a été élaboré afin de permettre à une infirmière libérale de diagnostiquer précocement le syndrome de fragilité chez une personne âgée et d'initier sa prise en charge, le tout se pratiquant au domicile du patient. Le but de cette prise en charge est de préserver et maintenir l'autonomie de patient fragile, ainsi que de prévenir ou de retarder la survenue de la dépendance.

La population ciblée pour le repérage est un patient âgé de plus de 75 ans, vivant à domicile, indemne de maladie grave, sans dépendance avérée et chez qui est suspecté un syndrome de fragilité. Le patient doit également être en mesure de donner son consentement éclairé. Les critères d'exclusion au protocole sont une altération cognitive déjà diagnostiquée, une dépendance avérée, toutes mesures de protections juridiques.

Le protocole repose sur un déléguant, le médecin généraliste en libéral, ayant préalablement adhéré au protocole.

Lorsqu'un syndrome de fragilité est suspecté chez un patient, le médecin généraliste propose à ce patient le protocole, il l'informe sur le déroulement et recueille son consentement éclairé, avant de l'orienter vers une infirmière formée.

L'infirmière libérale est le délégué. Afin d'adhérer à ce protocole l'infirmière libérale doit avoir un minimum de 2 ans d'expérience en libéral et une formation indemnisée de 40 heures est nécessaire, pour acquérir des connaissances sur le diagnostic et la prise en charge des personnes âgées fragiles. La formation est organisée par le gérontopôle de Toulouse et depuis 2019 par le pôle gérontologique du CHU de Montpellier. La formation consiste en une session annuelle par site pour un maximum de 50 participants avec un module théorique en e-learning, un module théorique en présentiel et un module de pratique avec mise en situation.

L'infirmière réalise au domicile du patient et après avoir obtenu son consentement un bilan clinique global à travers l'interrogatoire et l'utilisation d'outils validés et standardisés.

A l'issue de cette évaluation, l'infirmière porte ou non le diagnostic de syndrome de fragilité du sujet âgé. (31)

Si le diagnostic est porté, elle cherche les déterminants de ce syndrome et initie la prise en charge avec formalisation d'un plan personnalisé de soins et de suivi qui sera validé par le médecin au cours d'une réunion de concertation pluri professionnelle (médecin, IDE et autres acteurs médico-sociaux). La RCP doit être réalisée dans le mois suivant le bilan puis au minimum tous les 2 mois, afin de faire le point sur l'évolution.

En cas de signes d'alerte ou de suspicion de maladie somatique sévère, l'infirmière en réfère au médecin traitant. (32)

A la suite de ce bilan, l'infirmière libérale suit régulièrement le patient pour évaluer l'évolution de la fragilité. Le médecin généraliste prévoit une évaluation ultérieure ou poursuit un suivi classique dans le cas de situation stabilisée.

Les bénéfices secondaires à cette prise en charge sont multiples pour la personne âgée.

En effet, cela peut favoriser son maintien à domicile, améliorer sa qualité de vie et rejoindre une trajectoire de vieillissement réussie.

Ainsi un diagnostic précoce de la fragilité peut aider à améliorer les soins aux personnes âgées, à minimiser le risque de développer des états pré-fragiles en états fragiles et à mettre en œuvre des mesures thérapeutiques pour atténuer ou retarder l'impact ou l'aggravation des conditions et symptômes sous-jacents.

Il permet également une implication et une coopération plus rapides des professionnels les plus appropriés dans une situation spécifique, en évitant l'escalade des coûts généralement impliqués dans les épisodes aigus de maladie chez les personnes âgées déjà fragiles. (33)

Sur le plan financier, actuellement le bilan et le plan de soin effectués par l'IDE sont rémunérés par l'ARS à hauteur de 40 Euros par bilan réalisé, les frais de déplacement et les indemnités kilométriques sont également pris en charge. Le paiement s'effectue sur une facture trimestrielle validée par le médecin déléguant.

Les temps de coordination et de concertation pluridisciplinaires sont financés sous forme d'ENMR (Expérimentations pour de Nouveaux Modes de Rémunération) si les professionnels de santé sont organisés en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) dans le cadre d'une Maison de Santé Pluridisciplinaires.

## 6) Objectif de l'étude

Évaluer le changement dans la pratique des médecins généralistes qui s'investissent dans un travail pluri-professionnel avec une infirmière formée dans le repérage et la prise en charge de la fragilité chez les personnes âgées à domicile en Occitanie.

Ce travail m'intéresse personnellement, avec ma famille nous avons vécu le déclin progressif de notre grand-mère maternelle, qui au fur et à mesure des mois perdait de l'autonomie.

Nous nous sommes sentis impuissants face à cette situation. Et malgré les aides à domicile qui ont été mises en place à un stade déjà tardif, nous n'avons pas eu d'autre choix que de la faire institutionnaliser dans un EHPAD.

Dans l'hypothèse où son médecin traitant aurait pu dépister précocement un état de fragilité, son déclin progressif vers la perte d'autonomie aurait-il pu être évité ?

## II Matériel et Méthode

### 1) Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par analyse d'entretiens individuels semi-directifs pour répondre à notre question de recherche.

### 2) Population étudiée

#### 2.1 Population cible

La population cible de cette étude correspondait aux médecins généralistes installés en Occitanie.

#### 2.2 Critères d'inclusion

Nos critères d'inclusion étaient les suivants : médecins généralistes installés exerçant en Occitanie, volontaires pour participer à l'étude, pratiquant des soins primaires et participant au protocole de coopération dans le repérage et la prise en charge de la fragilité.

### 3) Échantillonnage

#### 3.1 Stratégie de recrutement

Les médecins généralistes ont été contacté par téléphone ou par courriel, à partir d'une liste de médecins délégants autorisés à participer au protocole de coopération dans les départements de l'Hérault (34), du Gard (30), de la Haute-Garonne (31), des Pyrénées-Orientales (65) et de la Lozère (48). Cette liste nous a été transmise grâce à l'aide de l'ARS Occitanie.

Le recrutement des médecins s'est fait sur un mode aléatoire à partir de cette liste et par effet boule de neige.

Nous avons essayé de recruter des médecins généralistes avec la plus grande diversité possible, c'est -à-dire en essayant de recruter des médecins de chaque département sans rechercher une représentativité statistique de l'échantillon.

### 3.2 Taille de l'échantillon

Nous avons interrogé 12 médecins sur les 14 qui avaient répondu favorablement à la participation de l'étude. Deux médecins n'ont pas donné suite.

#### 4) Recueil des données

Pour le recueil des données nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Nous pensions que cette méthode était la plus adaptée pour permettre aux médecins de s'exprimer sur leur retour d'expérience avec une certaine liberté d'expression sans pour autant nous éloigner de la question de recherche principale.

Les entretiens étaient réalisés au cabinet médical ou bien au domicile des participants, lorsqu'ils ont été effectués en présentiel, soit pour trois d'entre eux. Les neuf autres entretiens ont été réalisés par téléphone, les médecins se trouvant à une trop grande distance de Montpellier.

Les entretiens débutaient par une présentation de l'étude avec une information claire et éclairée sur le devenir des données recueillies. Il a été demandé aux participants de renvoyer un formulaire de consentement signé.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas de 6 questions préalablement validé par les directeurs de l'étude (Dr Jaume et Dr Cukier) ainsi que par le Dr Oude-Engberink (membre du DMG de Montpellier), leur durée était de 15 à 20 minutes en moyenne.

De nouveaux entretiens et de nouvelles inclusions étaient effectués jusqu'à l'effet de « saturation des données », donc jusqu'à ce que les nouveaux entretiens n'apportent plus de nouvelles idées. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour s'en assurer.

L'échange était enregistré par un dictaphone puis retranscrit intégralement de façon anonyme sur le logiciel Microsoft Word 2020.

#### 5) Analyse des données

Les retranscriptions ont été intégrées au logiciel NVivo pour en faciliter l'encodage. Leur analyse a été réalisée dès la fin de chaque retranscription afin d'estimer le seuil de saturation des données.

Nous avons utilisé l'approche sémio-pragmatique pour analyser nos résultats.

Cette méthode d'analyse consiste à prendre en compte l'ensemble des contenus inscrits dans les *verbatim*, « elle utilise tout ce qui fait signe, tout ce qui fait sens dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur. » (34)

Elle se réalise en deux temps, à partir d'une première lecture flottante de type intuitive avec une saisie du texte tel qu'il apparaît afin de repérer les idées fortes puis une seconde lecture plus focalisée de type réflexive qui cherche à comprendre le texte.

Le texte est ensuite séparé en unité de sens pour lesquelles sera attribuer des thèmes qui seront mis en lien avec les différents indices contextuels et textuels (indices rhétoriques, grammaticaux, orthographiques et non-verbaux) recueillis préalablement. Pour ainsi faire émerger des catégories qui seront organisées selon un ordonnancement logique à l'aide des catégories de Peirce. (35)

La sémiotique de Peirce correspond à la théorie de catégorisation universelle au nombre de 3 : (34)

- La priméité qui correspond à la catégorie de la qualité (sentiments, ressentis, émotions)
- La secondéité, celle des faits (expériences, actions, constats)
- La tiercéité, celle de la loi (principes, concepts, théories)

Ces 3 catégories sont liées entre elles et chaque catégorie présuppose la précédente.

L'analyse sémio-pragmatique peut donc se résumer en une succession de huit étapes : (34)

1. Transcription des enregistrements mot à mot (verbatim) ;
2. Prise en compte des différents éléments de contextualisation ;
3. Lecture flottante de type intuitif ;
4. Lecture focalisée ;
5. Découpage des unités de sens et constitution de thèmes ;
6. Repérage des éléments signifiants textuels et contextuels et mise en lien pour une catégorie de premier niveau ;
7. Caractérisation des catégories obtenues à l'aide des catégories de Peirce ;
8. Restitution du sens à partir d'un ordonnancement logique dans un texte synthétique.

### III Résultats

#### 1) Description de l'échantillon

82 médecins éligibles ont été contactés, 68 médecins n'ont pas donné suite ou ont refusé de participer. Parmi les 14 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 2 n'ont pas répondu pour fixer une date d'entretien, malgré plusieurs relances.

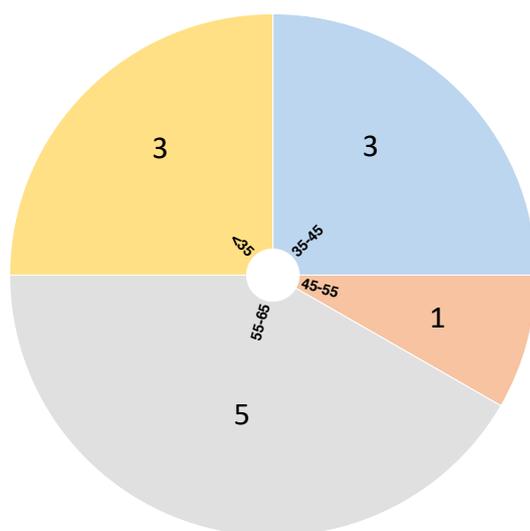
12 médecins constituaient l'échantillon final soit 14,6% des médecins éligibles contactés.

Les médecins ayant refusé de participer ont soulevé le manque de temps disponible pour participer à un entretien ou bien l'absence d'utilisation du protocole de coopération de la fragilité des personnes âgées à domicile soit par défaut d'IDE formée au protocole soit par manque de temps de l'équipe délégué-déléguant.

##### 1.1 Caractéristiques de l'échantillon

La moyenne d'âge des participants était de 48 ans, le plus jeune ayant 32 ans et le plus âgé ayant 64 ans. La majorité des participants (58,3%) étaient des femmes.

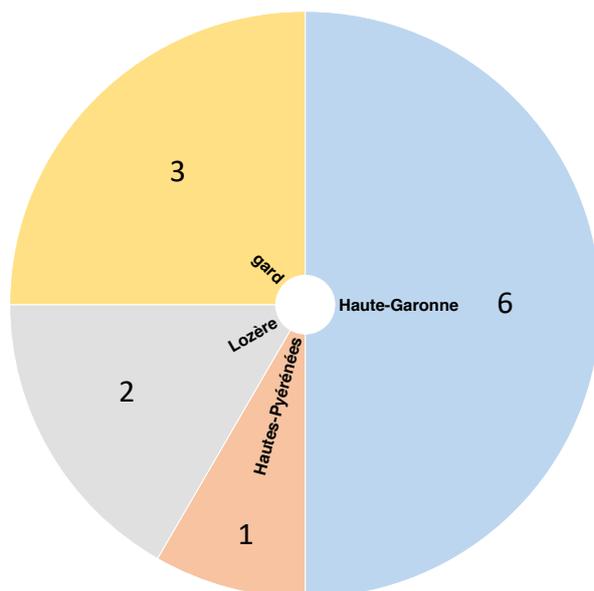
#### AGE



La moitié des participants exerçaient dans le département de la Haute-Garonne.

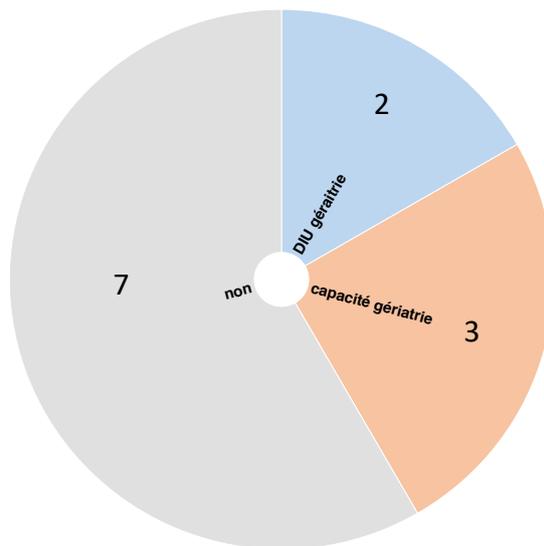
7 médecins exerçaient dans une MSP, 4 médecins en cabinet de groupe et un seul médecin exerçait seul.

### LIEU D'EXERCICE



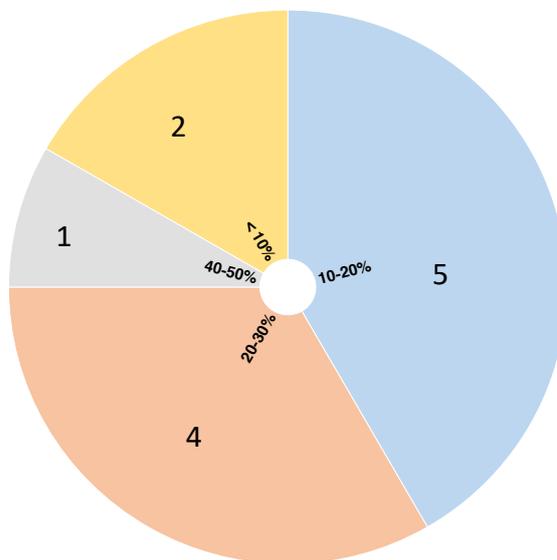
La majorité des participants n'avaient aucune formation spécifique en gériatrie.

## FORMATION EN GERIATRIE



5 médecins sur les 12 estimaient avoir 10 à 20% de personnes âgées de plus de 70 ans dans leur patientèle.

## POURCENTAGE DE PERSONNES AGEES DANS LA PATIENTELE

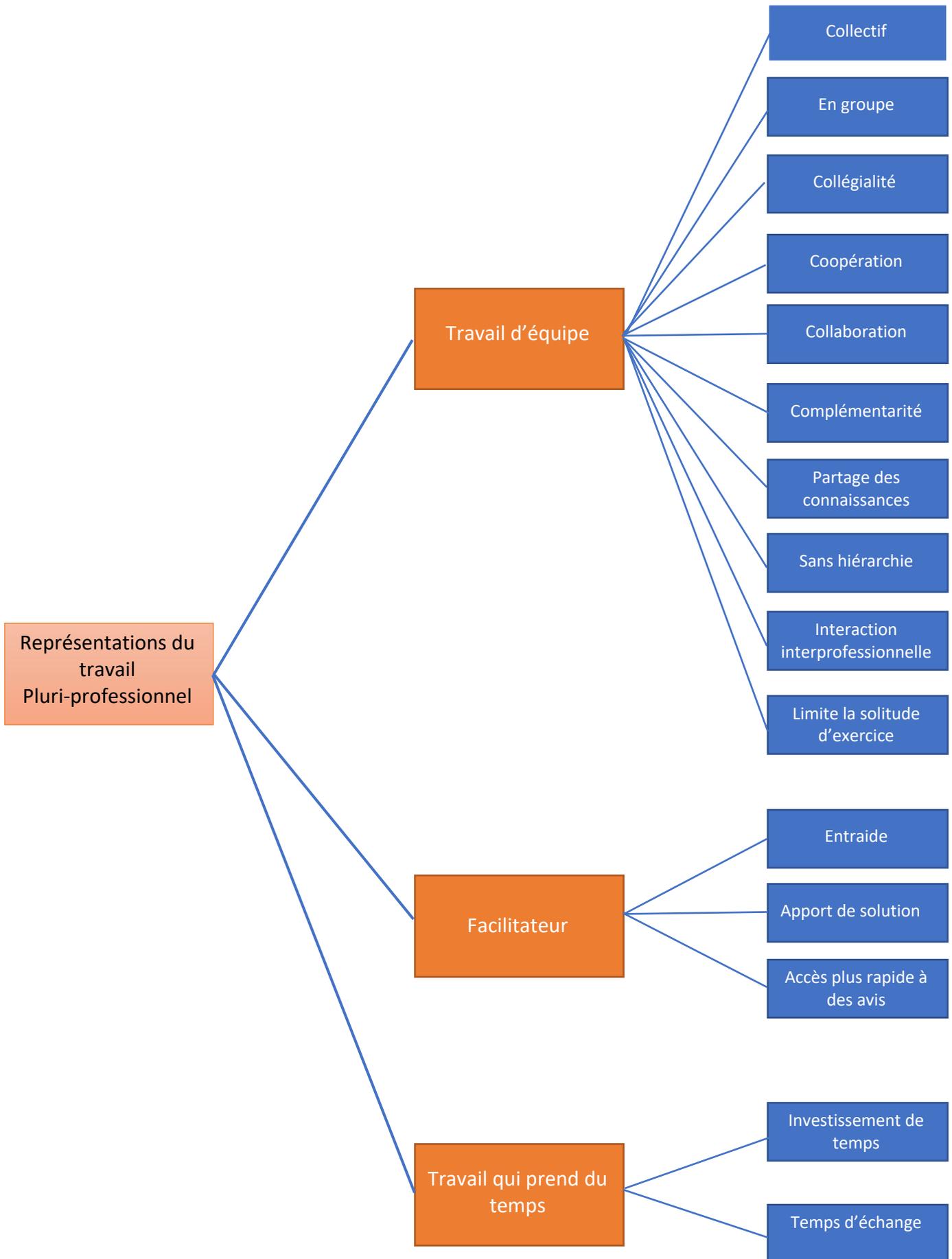


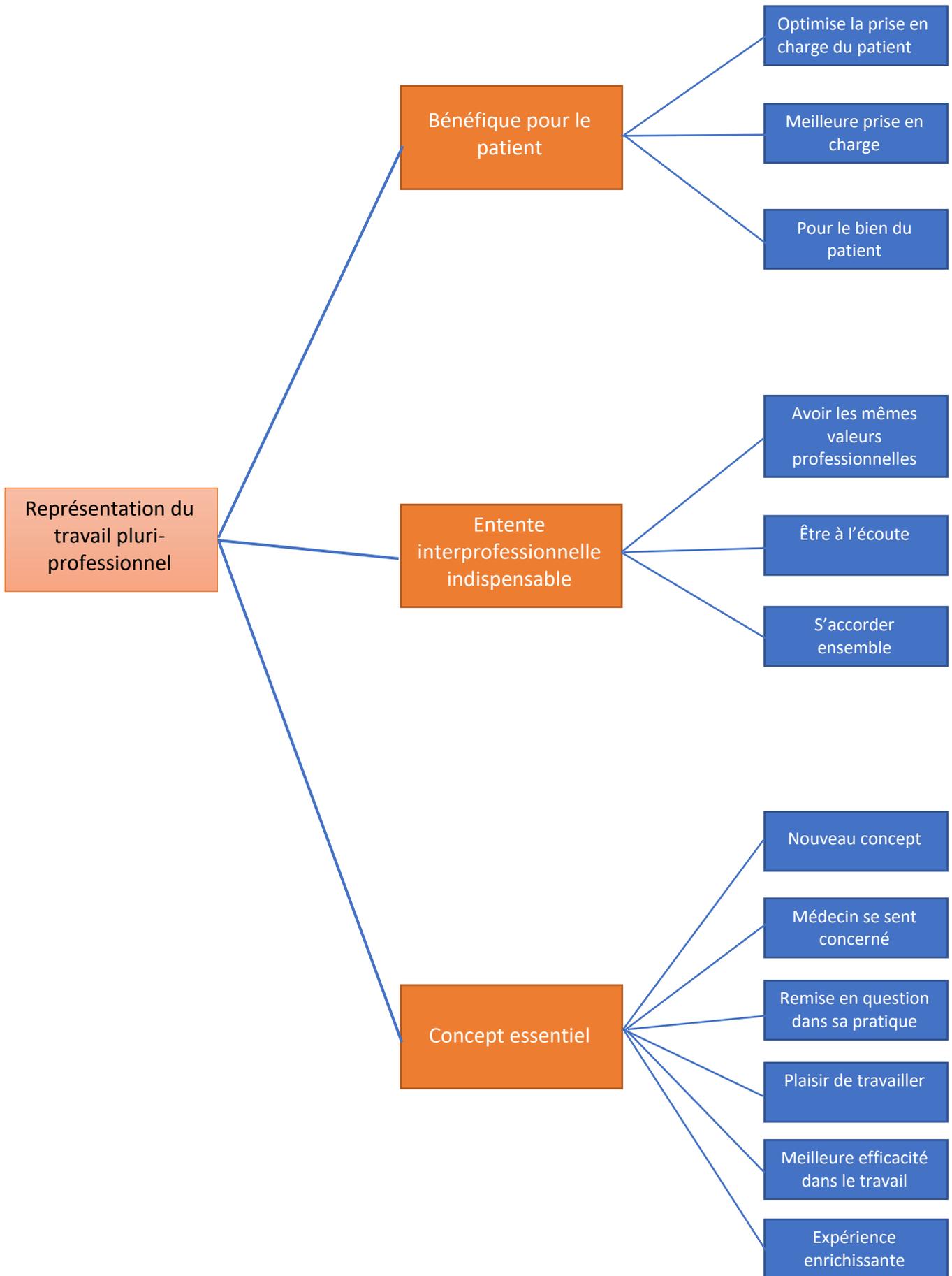
Ces caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Participants	Age (ans)	Genre	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formation en gériatrie	Activité en EHPAD	% de personnes âgées dans la patientèle	Lien avec la faculté
Médecin 1	63	M	Gard	MSP	DIU de gériatrie	Non	8-10%	MSU
Médecin 2	64	F	Gard	MSP	Capacité de gériatrie	Oui	30 %	MSU
Médecin 3	33	F	Lozère	MSP	Aucune	Non	50%	Non
Médecin 4	58	F	Lozère	MSP	Aucune	Oui	13%	MSU
Médecin 5	63	M	Haute-Garonne	Seul	Capacité de gériatrie	Non	20-25%	Non
Médecin 6	44	M	Gard	MSP	DIU de gériatrie	Non	20-25%	MSU
Médecin 7	36	M	Haute-Garonne	Cabinet de groupe	Aucune	Non	10%	Non
Médecin 8	33	F	Haute-Garonne	MSP	Aucune	Non	11,25%	Non
Médecin 9	32	F	Haute-Garonne	Cabinet de groupe	Aucune	Non	10-15%	Non
Médecin 10	43	F	Hautes-Pyrénées	Cabinet de groupe	Aucune	Non	10-15%	Non
Médecin 11	50	F	Haute-Garonne	Cabinet de groupe	Aucune	Non	20%	Non
Médecin 12	55	M	Haute-Garonne	MSP	Capacité de gériatrie	Oui	<10%	MSU DUMG Toulouse

## 2) Émergence des catégories

### 2.1 Représentations du travail pluri-professionnel selon les médecins généralistes





a. Un travail d'équipe

La majorité des médecins généralistes interrogés ont évoqué au premier plan un travail collectif, en groupe avec d'autres professionnels de santé.

M9 : « *Euh bah d'une part un travail d'équipe, ce qui est pour moi quelque chose de très positif* »

M5 : « *Pluri-professionnel, bah moi ça semblerait être un travail collectif ou une collaboration avec différents professionnels, c'est-à-dire ça pourrait être dans votre cadre, ça pourrait être le médecin, ça pourrait être l'infirmière, ça pourrait être euh un autre professionnel, le kiné éventuellement.* »

Ces différents professionnels de santé peuvent avoir des corps de métiers différents dans les domaines médicaux et paramédicaux.

M4 : « *Beh pluri-professionnel pour moi c'est un travail en commun avec plusieurs professionnels de santé qui sont différents dans leur façon de travailler, dans leur métier.* »

Pour certains médecins le travail pluri-professionnel permet une complémentarité à travers un partage des connaissances et des compétences avec d'autres professionnels de santé.

M11 : « *Bah c'est un travail d'équipe pour moi, un travail d'échange et de partage de connaissances et de compétences.* »

M9 : « *Après il y a pour moi une notion de mélange des compétences et on ne peut pas être tous bon partout et en tout, et on n'a pas tous le même métier.* »

M1 : « *C'est une complémentarité, enfin quand on a goûté à la pluri-disciplinarité c'est difficile de faire marche-arrière.* »

Les médecins évoquaient aussi un travail d'équipe sans hiérarchie, en comparaison avec l'hôpital.

M9 : « Euh et après en pluri-professionnel je trouve qu'il y a l'avantage de ne pas avoir la même hiérarchie que ce qu'il y a à l'hôpital, donc ça, ça me plaît bien. »

Et pouvant permettre de limiter la solitude d'exercice d'un médecin généraliste.

M6 : « Euh c'est le contraire du travail seul, où en fait on est uniquement à prendre des décisions alors avec les patients mais voilà il y a quand même une solitude dans l'exercice. »

b. Facilitateur

Le travail pluri-professionnel est perçu comme facilitateur avec notamment l'apport d'une aide extérieure dans la prise en charge des patients.

M6 : « Euh ça peut être, quelque chose de très facilitateur, parce que du coup ça permet d'avoir d'autres idées, accès à d'autres professionnels auxquels on n'aurait pas pensé, ça permet de dénouer les problèmes qu'on ne peut pas régler quand on est seul ».

Permettant dans certaines situations d'apporter une solution.

M8 : « c'est surprenant chaque jour tout ce qu'on peut débloquer en pluri-pro et je pense que je n'aurais jamais pu débloquer ou jamais aussi rapidement si j'avais été en cabinet uniquement avec des médecins généralistes, s'il n'y avait pas eu la structure de la maison de santé autour de nous. »

Et parfois d'accéder plus rapidement aux avis d'autres professionnels de santé, notamment spécialisés.

M10 : « Un accès plus vite aux avis éventuellement. »

c. Un concept essentiel

Certains médecins interrogés parlaient d'un nouveau concept devenu essentiel et dans lequel ils se sont investis avec notamment le développement d'une maison de santé pluri-professionnelle.

M1 : « *Alors c'est un tout nouveau concept, alors c'est sûr qui raisonne bien en moi, bah parce que je suis un petit peu à l'origine d'une maison de santé pluri-professionnelle donc évidemment c'est un concept qui est essentiel dans ce type de montage de maison de santé* ».

M12 : « *L'avenir de la médecine générale.* »

Ils parlaient aussi de la nécessité d'une remise en question perpétuelle de leur pratique afin d'être plus efficace dans leur travail quotidien.

M6 : « *et ensuite euh beh ça permet de se questionner à chaque fois sur nos pratiques, en changer quand il faut en changer et de rester toujours dynamique.* »

M1 : « *Et c'est à travers les réunions que l'on a nous au sein de la maison de santé, bah que l'on met en commun ces situations cliniques que l'on va partager et sur lesquelles on va avoir une réflexion pour essayer d'être plus efficace dans notre travail quotidien.* »

Pour un médecin, il s'agissait d'une expérience enrichissante avec la notion de plaisir à travailler en pluridisciplinarité.

M2 : « *Ah euh qu'est-ce que ça m'évoque, ça m'évoque, complémentarité, euh soupire, apport de nouveaux éléments, richesse, aussi plus agréable de travailler comme ça, le plaisir de travailler.* »

#### *d. Bénéfique pour le patient*

Le travail pluri-professionnel était également perçu comme bénéfique dans la prise en charge du patient.

M5 : « *Bah une collaboration pour le bien du patient. Voilà pour améliorer l'état de santé, l'état sanitaire des gens quoi.* »

M4 : « *Pour agir au mieux pour le patient.* »

Avec une notion d'efficacité dans la prise en charge des patients.

M10 : « *Alors pour moi c'est une meilleure prise en charge. »*

M8 : « *un vrai plus dans la prise en charge du patient, qu'elle soit diagnostique, aussi et surtout thérapeutique. »*

e. *Entente interprofessionnelle indispensable*

Certains médecins nous ont fait part de la nécessité d'avoir une bonne entente avec leurs confrères et les autres professionnels de santé afin de s'accorder ensemble sur la prise en charge du patient.

M10 : « *voilà si on a un groupe infirmiers ou d'autres médecins voilà avec qui on s'entend bien et avec lesquels on a les mêmes valeurs professionnelles ça peut être efficace. »*

En passant par l'écoute des autres professionnels de santé.

M6 : « *Essayer de se mettre d'accord sur par exemple des protocoles, euh c'est d'être à l'écoute des autres professionnels de santé. »*

f. *Un travail qui prend du temps*

M8 : « *Euh du temps, ça prend du temps d'exercer en pluri-pro, euh pour le côté professionnel. »*

M9 : « *Et après par contre ça demande quand même un investissement de temps de gérer le côté pluri-professionnel dans le sens où il faut quand même échanger avec les autres professionnels et voilà ça c'est quand même, ça demande quand même du temps. »*

## 2.2 Les différents objectifs du protocole de coopération de la fragilité

Les médecins interrogés nous ont fait part de leurs points de vue concernant les différents objectifs potentiels de ce protocole.

a. Aides dans la prise en charge des patients

Les médecins ont évoqué l'apport d'une aide supplémentaire grâce au protocole, notamment pour trouver des solutions dans des situations pour lesquelles les médecins se sentaient en difficulté ou bien pour obtenir la compliance aux soins de certains patients.

M4 : « *Donc moi j'ai fait évaluer ce patient, parce que je me suis dit que quand même ça allait beaucoup l'aider à trouver les solutions dans certains problèmes.* »

Certains d'entre eux, nous ont fait part d'une aide à objectiver une problématique ou au contraire à en prouver l'absence.

M9 : « *donc du coup ça a permis, bah dans les deux cas de mettre le doigt sur une problématique ou au contraire de la dédouaner.* »

Et dans certaines situations, l'évaluation via le protocole de coopération a permis une rassurance de l'entourage du patient concernant son état de santé.

M9 : « *Euh bah y en a un qui du coup pour le monsieur, ses enfants se demandaient s'il fallait le mettre sous curatelle et lui il disait qu'il était parfaitement en état de pouvoir gérer ses biens en fait, donc ça a permis de mettre fin, voilà de clarifier le problème.* »

M11 : « *Et aussi ça peut permettre aussi de s'intéresser aux proches des fois de ... que ce soit dans un sens ou dans un autre, où ils veulent peut-être mettre leurs parents en maison de retraite ou inversement leur montrer que bon finalement la situation pour l'instant est tout à fait gérable en aménageant certaines ... certains intervenants supplémentaires.* »

b. Avoir une approche globale du patient

Le protocole a également permis à plusieurs médecins d'avoir une vision globale de l'état de santé de leur patient, de repérer une fragilité qui n'avait pas été soupçonnée ou encore de dépister d'autres éléments pouvant influencer sur la fragilité.

M6 : « *Voilà donc c'était bien parce que ça a permis de faire vraiment le point, pour me rendre compte. Alors il y avait une fragilité que moi j'avais décelé mais euh y avait d'autres choses et qui pouvaient aussi influencer sur la fragilité que moi j'avais vu.* »

Certains médecins ont été surpris par les résultats de l'évaluation.

M10 : « *C'est ça qui m'avait choqué le plus dans ma pratique, voilà où j'étais passé complètement à côté.* »

M2 : « *bah ça m'apporte qu'après au bout du bilan, bah des fois je suis surprise soit par déjà l'avancée du risque de perte d'autonomie de la personne, que je n'avais pas forcément décelée soit au contraire une bonne surprise où finalement les personnes sont...* »

Un des médecins a notifié l'importance d'avoir la vision d'une personne extérieure pour évaluer la situation globale du patient.

M11 : « *Voilà, hein donc évaluer la situation, surtout que c'était deux nouveaux patients, [...]* c'était vraiment avoir une vision voilà de quelqu'un d'extérieur, euh voilà avec des tests validés, hein. C'est un outil que je pourrais être amené à utiliser voilà vraiment pour une évaluation voilà de la situation. »

#### c. Maintenir un bon vieillissement

M1 : « *Donc ça veut dire enfin se dire que là on va probablement faire bénéficier les gens d'un bénéfice non négligeable sur peut-être leur espérance de vie, sur leur (hésitation) vieillissement, on va dire.* »

#### d. Agir en amont

La plupart des médecins interrogés nous ont fait part d'un objectif primordial du protocole qui est de prévenir autant que possible le déclin de la personne âgée.

M1 : « *Et ça je trouve qu'arriver petit à petit à intégrer le concept de prévention et en particulier chez les personnes âgées, la fragilité et bah c'est effectivement repérer avant que les choses soient irréversibles, et ça c'est quand même particulièrement intéressant.* »

M5 : « *Le but si vous voulez c'est d'éviter le glissement quoi, parce que vous savez bien comment c'est, enfin la fragilité c'est un état instable, c'est réversible mais euh si on ne fait rien du tout, on va passer en dessous du seuil et là on sera dans le seuil des défaillances et on ne pourra rien faire. [...] Donc le but c'est ça, c'est d'éviter qu'on bascule et qu'ensuite les états deviennent irréversibles avec une invalidité fonctionnelle etc. ...* »

M2 : « *Euh... bah si je crois que la chose la plus évidente, c'est que... bah que la fragilité, c'est en fait intervenir en amont quoi. C'est-à-dire, c'est donc euh intervenir avant que les choses soient évidentes.* »

En limitant la perte d'autonomie et le nombre de chutes.

M2 : « *et en même temps des fois elle nous donne des petites solutions pour aider la personne à ne pas perdre en autonomie ou moins vite quoi.* »

M10 : « *Et ça, ça nous avait bien aidé et ça avait amélioré, ça avait diminué le nombre de chutes.* »

e. Réduire le coût de la santé

Un des médecins a également évoqué un objectif financier dans le repérage de la fragilité.

M1 : « *On a une population de personnes âgées qui va accroître quasiment de façon exponentielle et plus on pourra intervenir dans ce repérage plus on peut espérer réduire le coût en terme de santé, le coût en terme économique, enfin je veux dire les gens qui deviennent très dépendants c'est un coût énorme pour la société donc je pense qu'il y a un enjeu majeur.* »

f. Limiter le recours aux structures de soins secondaires

Grâce au repérage de la fragilité en ambulatoire, les médecins généralistes limitent le recours aux structures hospitalières pour y adresser seulement les cas compliqués.

M9 : « *alors que justement on a essayé de faire avancer les choses par un autre biais et de squeezer un peu, de désengorger l'hôpital, en faisant quelque chose à domicile de plus pertinent [...]* »

M2 : « Bah euh, soupire, ce qui a changé c'est que j'envoie moins euh faire des bilans à l'hôpital, faire des bilans de fragilité à l'hôpital, voilà je pense. Du coup, puisqu'on va peut-être envoyer plus les cas compliqués et voilà, j'envoyais pas mal à l'hôpital pour faire tout un bilan de fragilité et là j'envoie moins. »

g. Sensibiliser le médecin généraliste au concept de fragilité

Enfin le protocole a aussi permis à certains médecins d'intégrer plus facilement le repérage de la fragilité dans leur pratique.

M3 : « Peut-être que ça m'a un peu sensibilisé à tout ça et à la fragilité. »

M4 : « Oui, peut être que le terme fragilité est plus ancré dans ma tête, dans ce que je fais quand je vois les patients. »

M9 : « du coup ça m'a montré quel était le concept de la fragilité, en fait qu'est-ce qu'on veut dire par là en fait, enfin pour qui ça s'applique et quel est le but. »

### 2.3 Les freins rencontrés au protocole

a. Freins à l'investissement des médecins

Certains médecins ont constaté un manque d'informations et d'explications données sur le protocole. La plupart d'entre eux, ont été sollicité par une infirmière qui s'est formée au repérage de la fragilité pour participer à ce protocole.

M3 : « Alors en fait, donc du coup moi j'ai été, on a été sollicité par l'infirmière qui avait envie de faire la formation de fragilité, donc elle nous a sollicité, pour sans, d'ailleurs sans trop d'explications. [...] Ensuite je n'ai jamais inclus aucun patient dans le protocole de fragilité, je n'ai jamais trop eu de... d'explications sur ce protocole. »

M9 : « donc je pense qu'il manque une information sur ça pour les médecins généralistes du secteur. »

Les médecins ont partagé leurs interrogations notamment sur l'aspect pratique de l'inclusion des patients et du retour d'informations de la part de l'infirmière.

M8 : « *On s'est dit ok, mais en quoi ça consiste, comment ça se passe. [...]* »

*Donc du coup elles nous ont présenté le protocole, c'est comme ça qu'on l'a découvert, et euh forcément on était partant, et même si on avait plein de questions sur la partie en fait comment nous côté médical on leur adresse des patients, et enfin voilà comment se fait le lien entre elles et nous. »*

Un des médecins a rapporté des difficultés à intégrer les comptes rendus de l'infirmière dans le dossier informatisé du patient.

M5 : « *Oui alors j'avoue qu'il y a une infirmière qui fait ça sur Tarbes, elle m'envoie les données et j'en fais rien du tout. J'en fais rien du tout parce qu'elle m'envoie sous d'une ... ça arrive dans un mail, je ne peux pas l'intégrer dans le dossier du patient. »*

#### *b. Difficultés relationnelles délégué-déleguant*

Quelques médecins nous ont fait part de difficultés relationnelles et de communication avec l'infirmière déléguée, ce qui ne les a pas incité à poursuivre le protocole de coopération.

M3 : « *Moi je pense que dans notre cas, le problème est peut-être un problème de personne, un problème de ... comment dire de... oui des difficultés de communication. »*

M4 : « *Ah bah alors c'est pas une amélioration de protocole, mais c'est une question de personne comme à dû vous dire « ... ». C'est une histoire de manque de discussion à propos de tout ça, voilà. Ce qui ne m'a pas incité à poursuivre aussi. Ça fait partie de la problématique. »*

Un des médecins a évoqué l'importance d'avoir confiance en l'infirmière pour obtenir une coopération déléguant-délégué.

M3 : « *Voilà et du coup bah moi, la seule expérience que j'en ai tiré c'est que je me méfie un peu de l'infirmière pour être honnête, voilà, je crois que c'est ça. Après je pense que c'est très intéressant ce protocole de fragilité, mais il faut pouvoir travailler en binôme, il faut pouvoir avoir confiance euh et là ce n'est pas le cas. Voilà. »*

Il a été rapporté deux situations où l'infirmière formée au protocole a elle-même pris l'initiative d'effectuer une évaluation de la fragilité chez un patient, sans en informer et sans obtenir l'accord du médecin traitant du patient concerné.

M5 : « *Bah en fait, je ne fais rien du tout, c'est-à-dire que c'est l'infirmière qui de son propre chef là. Je ne sais pas comment ça se passe d'ailleurs, euh voit les types et puis euh, puis je reçois des comptes rendus comme ça. [...] Je n'ai jamais téléphoné à une infirmière pour lui dire de faire ça, jamais, ça c'est sûr.* »

M3 : « *Par contre l'infirmière en question de notre secteur a elle-même un jour été voir une de mes patientes sans me demander mon avis, sans m'en informer et elle l'a fait participer au protocole fragilité.* »

c. Manque d'infirmières formées au protocole sur certains territoires

Deux des médecins interrogés ont évoqué le faible nombre d'infirmières participants au protocole dans certains secteurs, soit à cause d'une limite du nombre de médecin par infirmière formée avec un numérus clausus imposé par l'ARS soit à cause d'une limite du financement de l'ARS.

M2 : « *La seule chose, c'est qu'en fait on a qu'une infirmière qui est formée, euh, par ici pour répondre à cette demande.* »

*Après je crois qu'elle est limitée à un certain nombre de médecin, il me semble, parce que en tout cas elle n'a pas pu prendre notre collègue.*

M1 : « *Je crois qu'il y a encore, je ne sais pas si c'est un numérus clausus ou au niveau de l'ARS qui fait qu'au niveau du financement peut-être c'est compliqué.* »

d. Absence d'intégration de patients dans le protocole

Certains médecins ont exprimé ne pas intégrer davantage de patients dans le protocole soit par manque de temps dans leur pratique quotidienne notamment en période de pandémie au Coronavirus soit car leur patientèle était peu vieillissante.

M8 : « Bah du coup honnêtement pas grand-chose, pas grande chose et l'année 2020 est encore plus particulière donc c'est pas vraiment le moment de dépister la fragilité, on a pas le temps de s'en occuper de manière plus complète. [...] Il y aurait eu plein de choses à faire et hélas les journées ne durent que 24h et les semaines 7 jours. »

M10 : « comme je n'ai pas une population très vieillissante, enfin je n'ai pas beaucoup de personnes âgées, je n'ai pas été soumis souvent à ... donc non là comme ça, pfff. Je me souviens de trois cas... »

Par ailleurs un défaut d'intégration de patients dans le protocole du fait d'un manque de temps des infirmières libérales qui ont déjà une lourde charge de travail, a également été rapporté.

M8 : « euh qui du coup avait du mal à s'en occuper, parce qu'en étant toute seule et ça prenait un certain temps quand même de faire tout le protocole qui était préétabli. Bah du coup c'était compliqué de se mobiliser pour elle en plus du travail libéral. »

Un médecin a présenté des difficultés au recrutement de patient dans le protocole, étant donné qu'il participait déjà à une étude de faisabilité sur le dépistage de la fragilité. Il nous a également fait part d'une limitation d'intégration de patients au protocole du fait que les patients devaient faire partis de la patientèle du médecin et de l'infirmière déléguée.

M8 : « Parce qu'en plus on avait le biais, qu'on avait énormément de patients qui avaient du coup été dépisté pour la fragilité avec l'ancien protocole, avec l'autre infirmière. Donc nous on en a toujours qui arrive, mais pas non plus... »

M8 : « ça pouvait être que des patients de la patientèle de mon associé et du mien et pas d'autres médecins. [...] Jeuh voilà, et la difficulté qu'en plus certains de nos patients pouvaient être fragiles mais n'étaient pas forcément suivis par notre cabinet infirmier. »

#### e. Non compliance du patient

Parfois les équipes ont été confronté à des patients qui n'étaient pas compliants et qui refusaient de coopérer pour participer à l'évaluation.

M4 : « *Le patient est resté comme il été et a pas du tout valorisé ce qui avait été proposé.[...] Oui c'est le patient qui a refusé, qui n'a pas adhéré. »*

Un des médecins interrogés nous a rapporté que sa seule expérience dans le protocole s'était soldée par un échec, en effet la patiente qui avait été évalué avait mal vécu la situation car elle n'avait pas compris la démarche (le médecin n'avait pas été informé de la réalisation de ce bilan chez sa patiente).

M3 : « *Donc ça n'a pas été très bien vécu par la patiente parce qu'elle a pas ... enfin elle a pas, oui elle a pas bien compris la démarche, quoi voilà. Du coup, je crois qu'elle n'a pas adhéree ensuite, par la suite. Voilà et c'est la seule expérience que j'en ai »*

#### *f. Freins administratifs*

Un des freins majeurs qui a été évoqué par la plupart des médecins interrogés était la lourdeur administrative du protocole.

En effet, les médecins ont parlé de contraintes d'assurance avec l'obligation de modifier son contrat de RCP ou encore des conventions à signer, une inscription à effectuer auprès de l'ARS, la pénibilité de consigner toutes les démarches par écrit.

M6 : « *Ensuite moi je trouve qu'il y a une procédure de recrutement qui est vraiment un peu, pfff rébarbative et qui fait qu'à un moment donné ça se rajoute aux difficultés administratives qu'on a déjà. Je pense qu'il y a une difficulté administrative vraiment importante, qui fait que du coup ça freine. »*

M7 : « *Oui, parce qu'il faut s'inscrire à l'ARS, il faut remplir des papiers comme quoi je la missionne pour aller voir le patient à domicile, enfin il y a un tout un tas de papiers. C'est elle qui s'en charge, mais je trouve que c'est assez lourd administrativement. Tout ça pour qu'elle soit payée pour que ce soit réglementé etc... »*

M1 : « *C'est vrai qu'on est quand même avec une lourdeur administrative où il faut faire appel à notre RCP qui nous délivre un document particulier enfin bon je pense que quand même là on pourrait rendre les choses plus simples. »*

M10 : « *Alors que je l'ai dit oralement à l'infirmière ou à d'autres voilà, à d'autres intervenants, il faut que je l'écrive, voilà que ce soit consigné donc ça c'est un peu pénible.* »

## 2.4 De l'inclusion des patients dans le protocole au plan de soin personnalisé

### a. L'inclusion

Les médecins ont intégré des patients pour lesquels ils pressentaient un état de fragilité ou bien pour lesquels ils avaient ressenti des difficultés diverses. Pour certains médecins le diagnostic de fragilité ne faisait pas de doute.

M9 : « *En fait quand j'envoie cette dame là-bas, je me dis c'est pour ça, c'est pour ces gens qui sont un peu borderline, qui ne sont pas encore dans la dépendance, euh mais pour qui on se dit mmmm ça pourrait mal tourner c'est le moment de voir si on peut mettre des trucs en place...* »

M6 : « *Alors moi je sentais déjà qu'ils étaient fragiles mais je ne me rendais pas compte de toute la fragilité qu'il y avait.* »

Parfois l'intégration du patient dans le protocole se faisait après sollicitation de la famille qui alertait le médecin traitant sur une éventuelle dégradation de l'état de santé de son proche.

M9 : « *Euh bah y en a un qui du coup pour le monsieur, ses enfants se demandaient s'il fallait le mettre sous curatelle et lui il disait qu'il était parfaitement en état de pouvoir gérer ses biens en fait [...] Et pour la dame, c'est sa fille qui d'habitude n'est pas là et habite Paris et qui là est venue dans la région pour une semaine de vacances, qui m'a appelé en me disant, oh là je trouve qu'il y a une dégradation depuis ces derniers temps là.* »

Le profil des patients inclus dans le protocole était très varié, il s'agissait généralement de personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile seules ou en couple et qui présentaient ou non des comorbidités.

Plusieurs médecins interrogés utilisaient le protocole chez des patients qu'ils suivaient depuis peu, c'est-à-dire des nouveaux patients qui ont changé de médecin traitant ou encore des nouveaux habitants du village qui ont déménagé à la suite du décès de leur conjoint(e), pour par exemple un rapprochement familial.

M11 : « *c'était deux nouveaux patients, à chaque fois c'était deux nouveaux patients, que je suivais depuis peu, euh voilà je n'avais pas l'antériorité du suivi.* »

M1 : « *Et puis en même temps pour cette 1ère patiente, c'était donc une personne, nouvelle arrivante à Vauvert que je ne connaissais pas bien qui euh, 80 ans quand même, sans pathologie particulière, sans aucun traitement, tout à fait autonome, qui vit seule, alors entourée quand même parce que son fils est voisin, donc habite pas très loin. Qui donc déménageait sur Vauvert, parce que son époux était décédé et donc je l'ai rencontré une première fois.* »

Certains signes d'alerte ont permis au médecin traitant d'inclure des patients auxquels ils n'auraient pas pensé, notamment l'apparition de chutes à répétition inexplicables, de troubles de l'équilibre ou de la marche, ou encore de troubles cognitifs débutants ou cachés, une dénutrition récente.

M6 : « *Euh et puis pour la dame dont je m'occupais il y avait des chutes assez fréquentes sans pouvoir objectiver de raisons particulières. Et donc du coup à un moment donné, il s'est posé la question si on allait pouvoir les maintenir à domicile et dans ce cadre-là j'ai appelé l'infirmière pour faire effectivement un bilan.* »

M10 : « *Curieusement une dame avait chuté mais les troubles de l'équilibre au cabinet n'étaient pas prépondérants...* »

M6 : « *Et euh c'était un petit peu juste sur le plan cognitif notamment chez la dame, et en fait moi je ne m'en étais pas forcément rendu compte et du coup ça a permis d'adapter un peu mon discours, euh parce que moi j'avais l'impression qu'elle comprenait bien, or ce n'était pas forcément le cas.* »

M12 : « *Euh le patient qui d'habitude venait à mon cabinet et qui n'y vient plus, le je marche moins seul, ça ça peut être un critère, euh y avait pas de plaintes mnésiques pour cette patiente, elle avait perdu 2 kilos, elle a une fille mais elle est un peu isolée. Euh voilà y avait plusieurs facteurs de fragilité.* »

Surtout quand les patients étaient dans le déni et qu'ils n'exprimaient pas les difficultés auxquelles ils étaient confrontés.

M4 : « *Voilà mais pas, enfin quelqu'un qui ne se rend pas compte de la nécessité des choses, qui a l'impression que tout va bien.* »

Un des médecins évoquait la difficulté à sélectionner des patients pré-fragiles et non des patients pré-dépendants.

M12 : « *Et ce n'est pas facile parce que les premiers auxquels on pense c'est ceux qui ne sont pas loin de la dépendance, c'est les plus cognés. Euh donc je pense que la difficulté pour le médecin c'est de penser à des gens auxquels il ne penserait pas spontanément et la difficulté pour l'évaluateur et pour le médecin c'est que s'ils prennent des gens trop complexes des fois.* »

#### b. L'évaluation

L'évaluation permet un état des lieux global, elle est réalisée par des infirmières formées et qualifiées, à la demande du médecin traitant du patient et avec le consentement du patient. Certains médecins l'ont comparés à une évaluation gériatrique standardisée de part la réalisation de tests validés notamment avec un bilan cognitif, une évaluation nutritionnelle, une évaluation de la marche par le test de vitesse de marche et aussi ce qui la rend complète une évaluation du maintien à domicile de la personne âgée ainsi qu'une évaluation des aides à domicile déjà mises en place.

M7 : « *Là on a une évaluation globale, donc la personne sait comment ça se passe à la maison, avec une infirmière qui est aussi qualifiée qu'une infirmière qui est en service d'évaluation gériatrique.[...] Alors comme une évaluation gériatrique standardisée avec des tests cliniques qui font sur les vitesses de marche etc, l'évaluation du risque de chute, le MMS, le bilan cognitif et puis donc voilà le listing de tout ce qui va, tout ce qui va pas, de l'aménagement au domicile, euh des aides mises en place etc ... [...] Évaluation nutritionnelle, parce qu'il était un peu dénutri donc apport par régime...»*

M11 : « *c'était pour évaluer le ... Pour que la personne reste à domicile ou pas en fait.* »

Ce qui était considéré comme chronophage et fastidieux pour le médecin et qui grâce à l'évaluation de l'infirmière permettait d'avoir un compte-rendu détaillé du bilan avec les résultats des différents tests effectués, une synthèse sur l'état de fragilité du patient ainsi qu'une proposition d'un plan personnalisé de soins.

M10 : « *alors c'est moi qui les avais sollicité déjà qui avais demandé un avis parce que je n'avais pas forcément le temps au cabinet de poser toutes les questions.* »

M1 : « *Alors, c'est vrai que j'ai passé la main complètement, au lieu de continuer à essayer de dépister la fragilité sur plusieurs consultations. Ce qui me paraissait fastidieux avant d'avoir un regard d'ensemble. C'est vrai que là je me suis dit c'est fantastique, l'infirmière passe la voir, elle fait son évaluation et euh j'ai un compte rendu détaillé de tous les items qui permettent d'avoir un regard précis sur une éventuelle fragilité existante ou absente.*

*[...] en même temps j'avais un compte rendu qui était, bah qui était limpide où tout avait été testé et où même des tests que je ne pratiquais pas forcément ou systématiquement avaient été utilisés.* »

### *c. Le plan personnalisé de soin*

A la fin de leur bilan, la plupart des infirmières proposent au médecin une prise en charge adaptée pour le patient dans le but de maintenir une certaine autonomie au domicile.

M1 : « *Parce qu'enfin l'idée ce n'est pas seulement de repérer bien sûr c'est aussi de mettre en place les stratégies derrière hein.* »

Les médecins ont notamment parlé de stratégies pour optimiser l'espace au domicile du patient afin de leur faciliter la mobilisation, d'augmenter les aides à domicile par l'augmentation des passages infirmiers, des aides-soignantes ou des aide-ménagères au domicile qui sont un réel soutien pour les personnes âgées.

M6 : « *et ensuite elle m'a fait des recommandations, par exemple augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile, euh demander dans le cadre de l'aide personnalisée d'autonomie, on a mis en place certaines choses dans la maison pour pouvoir faciliter la mobilisation, voilà on a redéfini un peu les espaces.* »

Ou encore de mettre en place un portage des repas au domicile des patients, de mettre en place une téléalarme, des soins de kinésithérapie, des séances d'orthophonie ou une aide diététique avec une supplémentation nutritionnelle quand cela semble nécessaire.

M7 : « Bah c'était orthophonie, séances d'orthophonie parce qu'il avait des troubles du langage, c'était réaménagement de la salle de bain, euh aide, alors la téléalarme, mise en place de la téléalarme, réévaluation de l'aide-ménagère, euh grosso modo. Évaluation nutritionnelle, parce qu'il était un peu dénutri donc apport par régime euh, oh euh supplémentation... »

M9 : « Après ça appuyait sur le fait que ça serait bien qu'elle ait un kiné à domicile. »

La majorité des médecins interrogés ont également parlé de l'importance de poursuivre une activité physique chez la personne âgée avec notamment le développement de plus en plus d'associations avec des coach sportifs spécialisés qui proposent des cours de sport adapté aux personnes âgées et parfois même au domicile des patients. Certains médecins évoquaient favoriser ce type de pratique au détriment des traitements médicamenteux et pour permettre de garder un lien social chez ces sujets âgés souvent isolés.

M1 : « Finalement les choses qui n'allaient pas c'est qu'elle ne faisait pas assez d'activité physique et qu'il fallait la stimuler à faire de l'activité physique. Sinon tout le reste c'était... ça ne montrait pas de fragilité particulière. »

M10 : « On avait pu par l'intermédiaire d'une association mettre en place des séances de sport au domicile, euh voilà, avec notamment, en plus d'un kiné hein, euh voilà et ça avait bien fonctionné et la personne avait fait de beaux progrès là-dessus et ça avait permis de limiter les chutes. »

M6 : « Et après c'est vrai qu'il y a ici, un travail qui se fait dans le cadre du sport, de la marche active etc... et donc c'est vrai que j'ai tendance du coup maintenant en fait à mettre plus l'activité physique en premier lieu comme thérapeutique plus que les médicaments et puis pour le lien social. »

Un des médecins décrivait la complexité à mettre en œuvre un plan de soin pour des équipes nouvellement formées.

M12 : « L'autre difficulté c'est que faire un plan de soin ce n'est pas inné enfin c'est pas que ce soit très compliqué mais si on en a jamais fait c'est pas si facile que ça et donc ça met plusieurs, ça peut mettre en difficulté des équipes nouvelles qui se lancent. »

D'autre part, les médecins notifiaient certaines conditions à réunir pour mettre en œuvre un plan de soin notamment une discussion médecin-équipe de soins à travers une réunion de concertation pluri-professionnelle et une discussion avec le patient sur la prise en charge proposée.

M11 : « *et de pouvoir après discuter avec la personne, si elle est évidemment en capacité de comprendre et surtout la famille et les enfants, euh voilà de faire au mieux voilà sur le lieu de vie, de s'adapter à la personne âgée en situation de fragilité.* »

M5 : « *et puis le plan de soin, il faudrait peut-être qu'on discute, vous voyez vous parlez de collégialité mais qu'elle dise voilà le truc, puis je ne sais pas que ce soit décidé ensemble, parce que si je fais ça mais est ce qu'il y a quelque chose qui est fait.* »

Dans certaines situations, le plan de soin proposé n'a pas abouti soit du fait d'un frein financier soit de part la non adhésion du patient aux soins proposés.

M8 : « *et après on avait un frein financier sur certains points notamment sur l'aspect nutritionnel, c'était un peu compliqué.* »

M4 : « *Le patient est resté comme il était et a pas du tout valorisé ce qui avait été proposé.* »

## 2.5 Le ressenti des médecins concernant le protocole

### a. L'avis des médecins

Le ressenti des médecins interrogés concernant le protocole de coopération de la fragilité semble mitigé.

En effet certains médecins étaient plutôt satisfaits de ce protocole et considéraient qu'il s'agissait d'un outil d'évaluation intéressant et performant avec une mise en application des données gérontologiques connues.

M1 : « *Alors je pense que pour le médecin, c'est pleinement satisfaisant. A la fois parce que cette délégation, elle nous soulage d'une tâche qui n'est quand même pas négligeable.* »

M5 : « *Je me réjouis qu'il y ait un travail là-dessus, parce qu'on en a beaucoup parlé ces dernières années et maintenant qu'on mette en application toutes ces données gérontologiques qui sont connues, qui sont même avérées et qui ont fait leur preuve au niveau du dépistage... »*

M9 : « *Je trouve que c'est plus performant et je trouve ça aussi plus performant que euh les consultations de fragilité de la plateforme de fragilité à Toulouse parce que euh en fait on a quand même cette vision sur le domicile, qu'est-ce qu'il y a dans les placards, qu'est-ce qu'il y a dans le frigo qui... »*

Ils ont notamment mis en avant un gain de temps non négligeable devant l'aspect chronophage de ce type de dépistage dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

M12 : « *Le côté pratique c'est que, euh les infirmières ou les infirmiers font le bilan qu'on n'a pas le temps de faire en ville. »*

M1 : « *Euh et c'est vrai que lorsque la première fois j'ai eu le compte rendu de l'infirmière avec laquelle on a passé une convention, bah je me suis aperçu que c'était extrêmement simple d'avoir quelqu'un qui faisait tout ce travail en une seule fois. Et qui permettait d'avoir un retour sur une seule intervention de tous les items que moi j'essayais de recueillir au terme de 5 ou 6 consultations différentes. »*

Ils nous ont fait part de plusieurs avantages à l'utilisation de ce protocole avec notamment un retour rapide des résultats du bilan du fait d'avoir un seul interlocuteur, qui est l'infirmière.

M7 : « *euh ça m'a pas changé grand-chose, si ce n'est que c'est beaucoup plus facile, que je le redis, mais que j'ai qu'un seul interlocuteur, j'ai pas besoin de faire un courrier et que le patient aille à l'hôpital, que j'ai un retour du courrier six mois après, trois mois après. »*

De plus pour une partie des médecins, le recours au protocole leur permettait de se rendre compte de l'état de santé de leur patient et par la même occasion d'avoir des suggestions de prise en charge auxquelles ils n'auraient peut-être pas pensé.

M6 : « *Voilà donc c'était bien parce que ça a permis de faire vraiment le point, pour me rendre compte. »*

M11 : « au niveau de la fragilité, bah y a des choses qu'on peut mettre en fonction des situations, voilà et un certain degré de fragilité on peut mettre des choses en place euh à domicile. Voilà des fois auxquelles on n'avait pas pensé. »

Le protocole leur permettrait aussi d'envisager d'autres investigations pour approfondir certaines problématiques notifiées dans le bilan.

M11 : « C'est un outil que je pourrais être amené à utiliser voilà vraiment pour une évaluation voilà de la situation et après qui peut permettre après de déboucher à d'autres évaluations si cette évaluation pointe du doigt voilà des problématiques. »

Les médecins ont remarqué être surpris par les résultats des bilans.

M2 : « bah des fois je suis surprise soit par déjà l'avancée du risque de perte d'autonomie de la personne, que je n'avais pas forcément décelée soit au contraire une bonne surprise où finalement les personnes sont... »

Un des médecins évoquait avoir de la chance d'avoir accès à ce type de protocole.

M7 : « Donc c'est comme ça que j'ai contacté une infirmière référente qui se déplace à domicile pour faire des évaluations à domicile parce qu'on a la chance d'avoir ça. »

Par ailleurs, certains médecins ont exprimé un manque de considération du protocole pour des raisons diverses.

M4 : « Et donc je ne suis plus parti sur ce bilan, parce que voilà je tombe sur des gens plus compliant peut-être et que je suis arrivée à... j'ai pas eu, enfin je ne me suis pas senti en peine par rapport à d'autres patients, voilà. [...] Ce qui ne m'a pas incité à poursuivre aussi. »

M8 : « Donc finalement j'ai l'impression que ça a presque été un poussin avorté dans l'œuf, en tout cas dans notre structure quoi. »

Un médecin évoquait méconnaître le fonctionnement du protocole et de ce fait ne pas utiliser les données des évaluations qu'il recevait.

M5 : « *Je pense que c'est quelqu'un qui en fait la demande, j'imagine que c'est un service hospitalier ou un service gériatrique ou je ne sais pas qui enfin en tout cas ça ne passe pas, ce n'est pas à l'initiative du médecin généraliste qui est soi-disant le médecin du patient quoi. [...]* Mais comme là je ne sais pas, je fais rien parce que je ne vais pas perdre du temps à téléphoner à l'un ou à l'autre, et dites-vous avez fait ça et ceux-ci, ceux-là. Bon bah voilà, je reçois le papier et j'en fais strictement rien et ça continue. [...] Ouais ouais (rigole) j'avoue que je n'y comprends rien à cette histoire-là. C'est assez étonnant. »

b. Avantages d'un protocole ambulatoire

Les médecins nous ont fait part de plusieurs avantages concernant l'aspect ambulatoire du protocole.

Dans un premier temps il a été évoqué le côté pratique de ce protocole, du fait qu'il se déroule au domicile des patients, ce qui est plus confortable pour les patients puisque cela leur évitent de se déplacer au cabinet ou à l'hôpital, ce qui peut être une situation anxieuse pour un sujet âgé. De plus le patient accepte parfois plus facilement une évaluation à domicile et il se sent plus à l'aise ce qui peut limiter les tests faussés par la perte de moyen des patients lorsqu'ils sont réalisés à l'hôpital.

M7 : « *Bah c'est beaucoup plus facile, parce que déjà on a une évaluation de la situation à domicile au lieu que ce soit le patient qui vienne, qui vienne euh consulter.* »

M9 : « *parce qu'il y a quand même des patients pour qui aller en consultations dans les cliniques, les hôpitaux etc, c'est terriblement anxieux, surtout quand ils sont déjà âgés et fragiles avec un bon syndrome anxieux, donc finalement d'avoir déjà quelqu'un qui vient à la maison, c'est déjà pour eux un grand soulagement et en plus ils perdent moins leur moyen je trouve, parce que des fois ils sont tellement anxieux qu'ils répondent n'importe quoi à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas au domicile où elle les met à l'aise et où elle prend le temps.* »

M11 : « *C'est vrai que c'est vraiment cette évaluation que ce soit à domicile, voilà vraiment à domicile ça c'est voilà quelque chose qu'on peut facilement faire accepter aux personnes.* »

Puis ils ont évoqué l'avantage que ce type de bilan soit réalisé par une infirmière libérale formée et qualifiée au repérage de la fragilité.

M9 : « Là par contre je sais qu'elle fait un bilan qui est nettement meilleur que ce que je ferai moi... »

M11 : « Et peut-être le fait qu'elles sont plus dans l'évaluation et non pas dans le soin quand elles viennent, voilà peut-être que les personnes se livrent peut-être un peu plus finalement voilà et il y a peut-être des choses qui ressortent que nous on n'a pas vu. »

A travers ce protocole les infirmières permettent au médecin d'avoir une vision globale du patient et de son environnement.

M7 : « Là on a une évaluation globale, donc la personne sait comment ça se passe à la maison, avec une infirmière qui est aussi qualifiée qu'une infirmière qui est en service d'évaluation gériatrique. »

M9 : « parce que euh en fait on a quand même cette vision sur le domicile, qu'est-ce qu'il y a dans les placards, qu'est-ce qu'il y a dans le frigo qui... [...] Ouais, ça c'est vraiment, c'est vraiment un plus qu'on ne peut pas avoir en fait en consultation quand les gens se déplacent, impossible. »

M8 : « Et ça je trouve que c'est un vrai plus dans ce que peut apporter une infirmière qui déjà connaît le domicile ou si elle ne le connaît pas va le découvrir avec son regard en plus de professionnel intervenant au domicile, qui est vraiment une plus-value énorme à mon sens. »

Ces infirmières formées ont aussi un rôle dans le repérage d'effets indésirables des médicaments et dans l'évaluation de l'observance des traitements.

M6 : « Et ensuite bah déjà ils peuvent nous dire aussi, voilà ils peuvent nous dire beh tel médicament j'ai l'impression qu'il ne le supporte pas trop, est ce qu'on peut le modifier. Ça c'est quand même intéressant en termes d'effets indésirables aussi, leur demander comment les gens, ils supportent bien le traitement, est-ce qu'ils les prennent ou pas. »

c. Problématiques de l'aval

Il a été évoqué à plusieurs reprises au cours des entretiens un défaut dans le suivi des patients à postériori.

M12 : « *c'est très codifié pour l'évaluation, le repérage, à la rigueur le plan de soin, c'est dans le suivi où on n'est pas très bon. [...] C'est à quoi ça sert, or ça sert que, ça sert que si euh si y a un après et si l'après il est structuré.* »

M8 : « *Et ensuite euh toute la problématique de l'aval, c'est -à-dire on fait l'évaluation c'est bien mais qu'est-ce qu'on propose concrètement derrière.* »

M2 : « *et puis d'autre part c'est dommage, c'est qu'après ça s'arrête là, il n'y a pas de suivi quoi.* »

En effet, selon certains médecins il persiste des difficultés dans la mise en place de certaines prises en charge en ambulatoires, notamment sur le plan financier et pratique.

M8 : « *Donc ça fait partie de toutes les difficultés, je trouve de l'après évaluation. [...] mais c'est après concrètement dans le libéral que proposer de bien quoi et accessible sur le plan financier et sur le plan pratique quoi.* »

D'autre part, un médecin nous a fait part de la persistance d'une absence de coordination ville-hôpital en post-évaluation, malgré l'utilisation de ce protocole, ce qui peut impliquer dans certains cas une perte de temps dans la prise en charge des patients avec des délais importants pour accéder à des consultations spécialisées.

M9 : « *Euh et bien ce qui serait intéressant c'est qu'ensuite ça ouvre la porte à des consultations dédiées, parce que finalement pour ma patiente qui a eu son bilan mémoire effondré, et bien quand j'ai appelé le centre hospitalier local, on m'a dit « écoutez il faudra appeler en décembre, les consultations ne sont pas avant le mois d'avril » donc en fait du coup directement on se prend 6 mois dans la vue de délai de consultation, alors que justement on a essayé de faire avancer les choses par un autre biais... »*

Une des autres problématiques qui a été notifiée est le problème d'accessibilité aux activités ou aux soins proposés pour les personnes âgées qui ne sont plus en mesure de se déplacer par leur propre moyen.

M8 : *« on commence à avoir de plus en plus d'associations qui proposent un peu des activités pour les personnes âgées mais on aura une difficulté c'est surtout le transport, en fait ceux qui ne conduisent pas ou qui sont trop loin, qui ne peuvent pas se déplacer et donc du coup bah ils sont de fait de plus en plus isolés quoi. »*

Ces problématiques pouvant être source de démotivation pour les équipes déléguant-délégués.

M12 : *« certaines équipes se sont démotivées en disant toutes cette énergie pour ça à quoi ça sert. »*

#### *d. Changements dans la pratique des médecins généralistes*

Pour une partie des médecins, l'utilisation du protocole a modifié leur pratique quotidienne. Les médecins se sentaient plus sensibilisés dans le dépistage d'autres défaillances en lien avec le vieillissement des patients, notamment dans le dépistage des troubles visuels ou encore en étant plus vigilant sur la perte de poids des sujets âgés, sur leur environnement ou sur une éventuelle iatrogénie. Certains ont également plus tendance à prescrire des bilans d'orthophonie et à consacrer plus de temps en consultation avec les personnes âgées.

M6 : *« Et après euh c'est vrai que j'ai plus tendance par exemple à demander à l'orthophoniste pour des bilans, euh par exemple des jeunes qui ont des difficultés pour écrire, et ensuite les choses auxquelles je ne faisais pas forcément autant attention et auxquelles maintenant je pense vraiment beaucoup c'est vraiment la question des troubles visuels... »*

M10 : *« déjà essayer de passer plus de temps avec les personnes âgées, même si c'est très chronophage, [...] Euh ... certaines questions, voilà, poser plus certaines questions, faire attention à l'environnement aussi parce que des fois il m'arrive de faire des visites et donc du coup je vérifie tout ce qui ... euh les tapis, l'accès à la salle de bain, voilà, ce genre de chose, voilà concrètement c'est ça.[...]L'environnement, la iatrogénicité et puis le poids, que je vérifie très régulièrement pour être sûre qu'il n'y ait pas de dénutrition.»*

Pour certaines équipes, le protocole leur a permis de renforcer leurs relations professionnelles, d'avoir une meilleure communication et d'obtenir une relation de confiance avec les infirmières, tout cela dans l'intérêt du patient.

M12 : « *Le fait de se poser et comment dire de s'obliger à se poser et analyser [...] Donc ce que ça a changé, peut-être une meilleure communication avec l'infirmière. [...] alors avoir un plan de soin organisé avec le patient, ce qui n'est pas toujours si évident que ça dans nos consultations et se poser avec l'infirmière ou le reste de la, de la euh ... pour améliorer un peu la communication.* »

M6 : « *je les appelle peut-être plus souvent. Euh je leur pose des questions du coup, sur, quand je prescris un traitement, est-ce que c'est possible de le donner ou pas, et puis quand je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas, j'ai plus tendance à les appeler. En tout cas pour les infirmiers.* »

M1 : *Alors, c'est vrai que j'ai passé la main complètement.*

Au contraire, certains médecins n'ont pas observé de changement dans leur pratique quotidienne depuis qu'ils ont utilisé le protocole.

M3 : « *Oh rien du tout. Euh pff oui, je dirais rien du tout. Bah si ce n'est que bon j'ai quand même été refroidis...* »

M11 : « *Donc voilà, en fait voilà, moi je vois sur mon quotidien avec mes autres personnes âgées, je ne vais pas dire, ça n'a pas trop changé euh ma pratique...* »

M9 : *Alors euh, qu'est-ce que ça a changé dans ma pratique quotidienne ? Je dirais que, je ne sais pas si ça change tant pour moi ... »*

## 2.6 La délégation de tâches

Les médecins interrogés nous ont rapporté des avis divergents concernant la délégation de tâche aux autres professionnels de santé.

Certains médecins ont exprimé une volonté de déléguer davantage de tâches aux professions paramédicales notamment des tâches administratives ou la prise de constantes facilement vérifiables. Ils ont même évoqué avoir du plaisir à déléguer.

M10 : *« tout ce qui est la pesée, la mesure, alors la pesée de tout le monde mais euh voilà des données facilement vérifiables, euh voilà l'éducation alimentaire c'est sûr, parce que on en a..., ça nous prend ... c'est chronophage et voilà et les examens poids, mesure, taille et puis voilà. Ça nous aiderait. Et puis certains papiers à remplir, euh par exemple pour l'évaluation des grilles GIR, je pense que d'autres personnes peuvent le faire aussi bien que nous, même mieux que nous des fois. »*

M9 : *« du coup s'il y avait d'autres gens qui pouvaient me proposer la qualité de leur service, je pense que ça serait avec plaisir aussi. »*

Pour d'autres, il faut remplir certaines conditions pour pouvoir déléguer notamment avoir une communication interprofessionnelle afin de ne pas perdre d'informations ou de ne pas perdre de temps dans la prise en charge d'un patient.

M8 : *« en tout cas je suis sûr que mes conditions pour que je puisse mieux déléguer, il faut qu'il y ait un temps de communication en direct formalisé mais aussi par écrit. [...] Et donc du coup déléguer sans qu'il y ait de communication derrière pour moi c'est perdre de l'info et perdre du coup des délais dans la prise en charge. »*

Les médecins ont évoqué déléguer des tâches aux infirmières libérales : l'éducation thérapeutique, le suivi des patients à domicile, le suivi des plaies notamment chez les patients diabétiques, l'aide à la toilette, la vaccination et actuellement la réalisation de tests PCR covid. Les médecins comptent également sur les IDE libérales pour les interpellier en cas d'apparition de signaux d'alerte chez un de leur patient.

M7 : *« La toilette, la surveillance de la prise de médicaments, surveillance de l'état cutané, des plaies etc..., notamment pour le diabétique. »*

M11 : *« Euh bah le vaccin de la grippe, les infirmières et les pharmaciens le font. Les tests PCR (rire), du Covid, on a justement un infirmier qui fait du domicile donc pour ça et aux pharmacies, on a une pharmacie qui fait les tests antigéniques dans le secteur. »*

*Euh voilà, bah après on va dire de l'éducation thérapeutique notamment sur le diabète, d'accord, aux infirmières. »*

*M10 : « c'est surtout les premiers signes d'alarme, voilà quoi. Euh m'interpeller sur les premiers signes d'alarme. »*

Ensuite ils ont évoqué déléguer dans une moindre mesure des tâches aux kinésithérapeutes pour par exemple l'aide à l'autonomie, aux pharmaciens pour éduquer les patients à la prise de certains traitements notamment les AVK, aux orthophonistes pour réaliser des bilans et une prise en charge de certaines pathologies chez les sujets âgés ou encore aux sages-femmes pour la prise en charge de la femme en général.

*M4 : « Euh après le kiné, parce que le kiné c'est important pour l'autonomie, pour la marche. »*

*M11 : « Ah si après les kinés, parce que je travaille avec des kinés-pédiatres, bon ça on va dire, bon ça c'est plus de pratico-pratique mais euh voilà c'est ... dans les suivis de bronchiolites. »*

*M2 : « Si la pharmacienne aussi qui en fait, aussi s'occupe beaucoup et travaille avec nous à la MSP donc du coup des interactions médicamenteuses, du problème de l'éducation des gens pour les AVK et les AOD. »*

*M6 : « Et après oui c'est plus avec l'orthophoniste avec les séniors, les personnes fragiles euh, voir du coup, peut-être j'ai plus tendance à avoir recours à des bilans, des bilans on va dire plus faciles pour l'orthophoniste. »*

*M3 : « On travaille pas mal avec les sages-femmes, euh moi je ne fais aucun suivi de grossesse donc les sages-femmes font pas mal de choses, même en plus sur le plan gynéco. »*

Par ailleurs, de nombreux médecins ont parlé de l'intérêt de déléguer des tâches aux infirmières formées au protocole Asalée, avec parfois des missions qui se chevauchent avec le protocole de la fragilité. Ces infirmières Asalée ont l'avantage d'avoir un temps dédié pour cette activité contrairement aux IDE libérales formées au protocole de la fragilité.

*M3 : « Mais on est en train avec une autre infirmière de rentrer dans le protocole Asalée, euh voilà donc avec toutes les indications, tâches qu'il y a avec ce protocole-là.*

*Et il me semble il y a aussi, enfin ce n'est pas aussi poussé que le protocole fragilité mais il y a aussi des tests mnésiques et un accompagnement euh envers les sujets âgés et les problèmes de trouble de mémoire. »*

*M8 : « Elle est formée à faire les... les tests cognitifs, donc du coup mine de rien en fait on a ces deux trucs qui se chevauchent un peu. [...] n'empêche qu'elle a cette possibilité de recevoir les gens sur un ... comment dire, elle a un temps de travail elle dédiée puisque du coup elle a 60% de son temps qui est Asalée et 25 qui est libéral. »*

Au contraire, une partie des médecins avaient une certaine réticence à déléguer des tâches médicales aux autres professionnels de santé.

Certains considéraient que chacun des professionnels de santé devait faire son propre travail et non pas le travail du médecin qui est de diagnostiquer et de prescrire.

*M9 : « Euh et après, euh en dehors de... non je ne délègue rien de particulier, après c'est vrai que je travaille beaucoup avec les infirmières du secteur mais je ne leur délègue pas un travail qui est le mien. Enfin pas off... enfin non il n'y a rien d'officiel dans ce truc-là, je fais des ordonnances pour des pansements, des suivis de pansements et tout ça mais ça fait partie de leur taf habituel, c'est pas un truc de transfert de responsabilité. »*

*M5 : « Bah moi écoutez, déléguer une tâche médicale, aucune. Après je pense que les infirmières il faut qu'elle fasse leur travail d'infirmière, s'il y a des injections à faire, il faut le faire, des pansements à faire, il faut le faire, mais quand l'infirmière se met à vouloir faire le rôle de médecin, ça commence à merdouiller quoi. »*

D'autre part, les jeunes médecins évoquaient ne pas se sentir prêt à déléguer.

*M8 : « En fait je suis un jeune médecin, mais je t'avoue que j'aime bien encore être au centre de la prise en charge de base et du coup je suis pour la délégation mais je suis pour un moment de communication en fait. »*

Un des médecins a abordé la nécessité de trouver un équilibre avec chaque professionnel de santé dans la délégation de tâches.

M12 : « *Que tout le monde trouve sa place et je pense que tout le monde doit trouver sa place, il faut juste trouver un équilibre pour que le manque de médecins actuel et la solution est d'aider, ne soit pas un problème le jour où, euh comment dire, ne soit pas un problème le jour où, où les médecins seront plus nombreux et je pense que ce jour viendra. »*

## 2.7 Les améliorations à apporter au protocole

Les différents médecins interrogés nous ont fait part de plusieurs points à améliorer dans le protocole de coopération de la fragilité.

D'une part, ils parlaient de généraliser le protocole en le faisant connaître davantage auprès de leur confrère, afin de développer le protocole dans les départements insuffisamment couverts.

M2 : « *Donc en fait ça serait de généraliser un peu, de multiplier ces possibilités. »*

M7 : « *Bah que ce soit possible par d'autres confrères, parce que moi j'ai de la chance, parce que ça a été mis en place cette année, mais j'ai remplacé à d'autres endroits où on n'avait pas accès à ce genre de chose. »*

M8 : « *Au départ on s'était même dit, oh on va faire des réunions avec les autres médecins du secteur on va les informer, on va les former et tout ça, mais en fait je pense qu'il faudrait le faire. »*

Et d'autre part en développant le nombre d'infirmières formées à ce protocole.

M1 : « *Je pense qu'il y a vraiment quelque chose qui est une lacune majeure, or il faut tout faire pour développer le nombre d'infirmières de prévention de ce type là parce que véritablement je pense qu'elle joue un rôle majeur. »*

Certains médecins aimeraient améliorer la formation des médecins généralistes au protocole et notamment avoir une meilleure formation à l'initiation d'un plan de soin.

M12 : « *Former les médecins, je pense que les infirmières sont pas mal formées même si les premières évaluations ... Euh les améliorations c'est former le médecin au plan de soin ce qui n'est pas si évident... »*

La plupart des médecins estimaient un manque de reconnaissance des infirmières, et considéraient que leur forfait était à valoriser.

M1 : *« au regard du travail qui est fourni par l'infirmière, je pense que oui que ce n'est pas suffisamment valorisé, je pense du point de vue de l'infirmière. [...] Donc là je pense qu'il y a vraiment une reconnaissance à obtenir. »*

M2 : *« 40 euros, voilà, le forfait, c'est une honte. Parce qu'elle passe 2 heures à faire un bilan, enfin c'est très complet ce qu'elle fait et vraiment elle passe au moins 2 heures à évaluer la personne. »*

Ils parlaient aussi d'améliorer le suivi à postériori des patients qui avaient participé au protocole soit en proposant une nouvelle évaluation à distance par l'infirmière, soit en proposant la supervision du protocole par un gériatre afin qu'il donne un avis spécialisé ou encore qu'il y ait un suivi médical par le médecin traitant.

M2 : *« qu'après, je ne sais pas, au bout de 6 mois elle fasse une évaluation ou une nouvelle évaluation enfin qu'il y ait un suivi quoi. »*

M8 : *« Peut-être ce qui serait bien, c'est qu'on ait après, alors après même si elles ont été formées déjà par le pôle de fragilité mais peut-être qui ait euh on va dire après une sorte de supervision par un gériatre de la fragilité, enfin voilà qui je ne sais pas peut-être qu'il relise un peu l'évaluation, enfin qu'il fasse une synthèse...[...] Et que nous aussi peut-être en tant que médecin traitant peut-être qu'on fasse aussi une évaluation plus médicale enfin voilà des pathologies, du suivi médical, je pense que ça pourrait être intéressant. »*

Une des propositions faites serait d'avoir une coopération ville-hôpital au décours de l'évaluation afin que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge spécialisée si nécessaire.

M9 : *« Euh et bien ce qui serait intéressant c'est qu'ensuite ça ouvre la porte à des consultations dédiées. [...] Euh donc pour moi il faudrait qu'il y ait une coopération entre ces infirmières là et le système hospitalier ou les cliniques de secteur, enfin voilà, pour qu'ensuite les patients puissent bénéficier d'un cheminement via ce biais-là. »*

Ils nous ont aussi fait part d'une volonté d'élargir l'intégration de patients au protocole, en intégrant par exemple toutes les personnes âgées à partir d'un certain âge et en simplifiant l'inclusion des patients pour ainsi pouvoir intégrer des patients dont le médecin traitant ne participe pas nécessairement au protocole.

M2 : « *De toute façon théoriquement on devrait intégrer toutes les personnes à partir d'un certain âge même sans forcément signe d'appel.* »

M8 : « *Alors simplifier l'aspect d'inclusion, c'est-à-dire alors que plusieurs médecins puissent inclure [...] Que le double mode d'entrée qui est médecin généraliste et infirmier libéral puisse être hyper libre quoi.* »

Les médecins souhaiteraient que les démarches administratives pour adhérer au protocole soient simplifiées.

M8 : « *Euh la partie, euh le fait qu'on doive signer, enfin informer nos assurances et qu'il y ait un dossier de paperasse qui était quand même monstrueux mais je pense que ça avec le temps ça s'améliorera parce que bah plus ça va aller plus il y aura des protocoles de coopération, j'espère que ça va se simplifier.* »

M7 : « *qu'il soit plus simple administrativement parlant.* »

Concernant le transfert des données de l'évaluation, des médecins évoquaient vouloir faciliter l'intégration des bilans dans le dossier informatisé en ayant un format compatible des données de l'évaluation avec le logiciel de chaque médecin ou bien en intégrant directement les données du protocole sur un site internet dédié.

M5 : « *il faudrait un programme pour qu'on puisse l'intégrer dans les logiciels médicaux pour que nous on puisse s'y référer [...] Ensuite qu'il y ait un format qui soit exploitable pour nos logiciels, qu'on puisse intégrer ça facilement* »

M11 : « *c'est vrai que si tout était sur internet, enfin voilà le remplissage se fasse sur un site web. [...] Elle ça serait un gagne temps en fait qu'elle remplisse voilà en ligne, voilà gagne temps pour elle aussi, voilà hein de remplissage et d'autant plus si vraiment il y a un vrai travail*

*avec nous trois, entre le médecin ou nous, peut-être aussi on peut déjà remplir des choses, que de remplir des papiers et de les scanner. Voilà qu'il y a une espèce d'interface internet. »*

## 2.8 La fragilité du point de vue des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont chacun une vision différente de la fragilité.

M11 : *« Euh bah c'est sûr que chacun du fait de ses compétences et de sa formation, euh ont une approche qui peut être différente en fait. »*

M6 : *« en fait on a tous une vision un peu de la fragilité... »*

L'utilisation du protocole de coopération dans leur pratique a permis à certains médecins interrogés d'avoir une meilleure vision de la fragilité et d'être plus sensibilisé à ce concept qu'ils considèrent comme intéressant et valorisant pour la médecine générale. D'autant plus lorsqu'ils avaient eu une mauvaise expérience avec la plateforme de fragilité de Toulouse.

M9 : *« Euh qu'est-ce que ça a changé ? Bah en fait je pense que ça l'a, honnêtement ça l'a amélioré mais parce que j'ai une vision pas très positive en fait de la plateforme de la fragilité à Toulouse. »*

M4 : *« Oui, peut être que le terme fragilité est plus ancré dans ma tête, dans ce que je fais quand je vois les patients. »*

M1 : *« C'est un concept très intéressant et je pense valorisant pour le médecin de découvrir que de nouveau, on peut percevoir les personnes âgées sous un autre angle qui n'est plus celui de la personne dépendante... »*

Les médecins évoquaient que le concept de fragilité n'était pas seulement une question de gériatre mais que c'était également une question de soins de santé primaire.

M6 : *« Moi il me semble que c'est des soins de santé primaire et euh c'est la globalité, c'est la personne dans sa globalité et du coup c'est vrai que pour des médecins généralistes, il me semble que quand même ça devrait vraiment être abordé, ça ne devrait pas rester une question uniquement de gériatre à l'hôpital. »*

Or, d'autres médecins interrogés parlaient d'un concept connu de part notamment la participation à des conférences sur la fragilité ou à une étude clinique sur la fragilité ou encore de part l'écriture d'une thèse sur la fragilité. Et donc d'une vision inchangée sur le concept de la fragilité depuis l'utilisation du protocole.

M7 : « *Alors sur le concept même de la fragilité, ça ne m'a pas changé grand-chose... »*

M8 : « *Moi mon biais c'est que j'ai fait mon travail de thèse dessus.[...]*

*Blanc, mon expérience est un peu particulière, ça n'a pas grandement modifié ma vision de la fragilité, parce que je la connaissais bien. »*

M5 : « *Oh bah la fragilité c'est un concept que je connais bien, avec les critères de Fried etc ... Bon voilà, je connais avec le Pr Rolland à Toulouse j'avais assisté à une conférence là-dessus, euh moi ça n'a rien changé. »*

Par ailleurs, les médecins parlaient d'une formation médicale tournée principalement vers le soin et pas assez axée sur la prévention. Ils évoquaient donc, à leur sens, un manque de formation sur la fragilité en général dans le cursus médical.

M6 : « *Je crois que, en fait on est pas du tout formé au concept de fragilité et euh enfin moi en tout cas je ne l'ai pas appris dans ma formation initiale. Et en fait je trouve que ça devrait faire partie de la formation initiale de parler de la fragilité parce que c'est une façon plus globale. »*

M1 : « *Et c'est vrai que dans notre formation, on est essentiellement impliqué dans le soin mais beaucoup moins formé à la prévention. [...] Et moi j'ai été formé à repérer la dégringolade successive et c'est vrai que je me dis qu'après coup, c'est quand même très dommage quoi. Alors bon je n'en fais pas grief aux gens qui m'ont formé mais je pense que peut-être dans la formation continue on devrait peut-être un peu plus insister sur cet item là... »*

## IV Discussion

### 1) Interprétation des résultats

Cette étude nous a permis de montrer que le protocole de coopération de la fragilité est inégalement déployé sur le territoire de la région Occitanie.

En effet d'après l'ARS Occitanie, au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et sans possibilité de vérification, 56 équipes ce qui correspond à 249 professionnels de santé soit 168 médecins et 81 IDE sont autorisées à utiliser le protocole en région Occitanie, 49 de ces 56 équipes sont concentrées dans la région ex Midi-Pyrénées.

En revanche, certains départements restent insuffisamment couverts par le protocole comme en Lozère, où seulement 2 IDE et 3 médecins avaient adhéré au protocole au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et dans le Gard où ils étaient 2 IDE et 5 médecins.

Cette différence peut être expliquée par une sensibilité accrue des médecins généralistes de l'ex région Midi-Pyrénées à la fragilité, grâce à une dynamique particulière dans ce territoire sous l'influence directe du Gérontopôle de Toulouse. (36)

Nos résultats mettent en évidence un défaut de communication du protocole aux médecins généralistes dans certains territoires pouvant aussi expliquer cette inégalité territoriale.

De plus, les médecins ne reçoivent pas de formation spécifique concernant l'utilisation de ce protocole, dans la plupart des cas ils ont reçu des informations provenant de l'infirmière qui leur a proposé de participer au protocole. Ce qui peut être un frein au bon fonctionnement du protocole.

Les délégants ont besoin d'être informés voire accompagnés dans ce nouveau mode d'exercice. En effet, à la suite d'une campagne de communication menée en 2015 par l'ARS à l'aide d'un médecin référent de l'ARS, en ex Midi-Pyrénées qui consistait à présenter le protocole à des médecins généralistes, il a été observé une augmentation d'inclusion dans le protocole. Ces rencontres médecins délégants et médecin référent de l'ARS ont permis également de dynamiser le processus d'inclusion de patients dans le protocole, grâce à une information ciblée. (32)

De façon plus générale, l'étude a aussi montré un manque de formation des médecins généralistes dans leur cursus médical sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, leur formation médicale étant principalement axée sur la prise en charge des déficits liés au vieillissement et donc de la dépendance.

Cette connaissance approximative du concept de fragilité et une prise en charge souvent trop tardive de l'état de fragilité par les médecins généralistes a également été mise en évidence dans la thèse d'exercice de Sara Fargeas soutenue en novembre 2019 sur les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin généraliste. (28)

Par ailleurs, la relation de confiance du médecin déléguant envers l'infirmière déléguée est un des facteurs majeurs nécessaire au bon fonctionnement du protocole.

Cette confiance naît par le travail en équipe et s'établit avec le temps. Une fois instaurée, elle persiste et semble faciliter les échanges ultérieurs. Cette collaboration paraît d'autant plus facile depuis le développement des maisons de santé pluri-professionnelles.

La communication constitue le principal moteur de la collaboration. Médecin et IDE libérales communiquent afin d'échanger des informations sur l'état de santé du patient, sur la nécessité de réaliser ou non des modifications thérapeutiques, dans le but de prendre une décision commune. D'après une étude menée par Lepretre Bastien dans le cadre de sa thèse d'exercice, sur la collaboration entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires, la clarification des rôles de chaque professionnel de santé dans la prise en charge du patient est indispensable dans la collaboration. De plus l'existence d'un leader qui structure la prise en charge et l'organisation des soins est nécessaire pour obtenir cette coordination interprofessionnelle. Ce rôle de leader est en général attribué au médecin de part un rapport hiérarchique consenti. (37)

D'autre part, dans notre étude la délégation de tâches dans la pratique quotidienne des médecins généralistes reste encore très limitée. Quand certains médecins trouvent une certaine satisfaction à déléguer d'autres ne se sentent pas encore prêts.

Selon une étude menée en Allemagne en 2017, il a été montré que les médecins généralistes délèguent principalement des tâches qui sont des procédures standardisées, comme par exemple la réalisation d'ECG ou la prise de tension artérielle et que le principal avantage à déléguer est un gain de temps non négligeable dans la pratique quotidienne du médecin. (38)

Des comparaisons internationales montrent que dans de nombreux pays (États-Unis, Canada, Australie, Angleterre et Pays-Bas), les soins primaires sont depuis longtemps dispensés par des équipes de médecins et d'autres professionnels de santé. Dans ces pays, il semble parfaitement normal que des tâches complexes soient exécutées par différentes catégories de professionnels de santé, en fonction de leurs qualifications. (39)

Notre étude a également mis en avant de nombreux intérêts au développement d'un protocole de coopération ambulatoire réalisé au domicile du patient. Ainsi il permet une évaluation plus fiable par un professionnel de santé ayant une vision extérieure dans un environnement et des repères habituels pour le sujet âgé.

Il est à souligner que l'ARS Occitanie s'est avérée innovante et pionnière au plan national pour la mise en œuvre du protocole de fragilité. (40)

De plus ce protocole est actuellement le seul à être réalisé au domicile du patient parmi les 436 protocoles de coopération ambulatoire autorisés en janvier 2021 sur le plan national. (41)

Ce protocole de repérage et de prise en charge de la fragilité s'est avéré dans la majorité des cas utile et bénéfique dans la prise en charge des personnes âgées fragiles. De part une collaboration interprofessionnelle, le patient bénéficie d'une prise en charge optimale et adaptée à sa situation.

## 2) Forces et limites de l'étude

### 2.1 Forces de l'étude

Nous avons eu l'occasion de rencontrer une des infirmières formées au protocole de la fragilité dans le Gard, ce qui nous a permis d'appréhender une autre vision du protocole.

En effet nous avons pu interroger l'infirmière sur la procédure pour initier un bilan de fragilité en pratique, sur sa formation, sur le déroulé d'un bilan ainsi que sur son ressenti global du protocole. Elle nous a également fait part de ses suggestions pour améliorer le protocole.

(Annexe 13)

Nous avons pu assister avec elle à un bilan de fragilité au domicile d'une patiente. Ce qui nous a permis de nous rendre compte de la complexité de l'évaluation et du temps à y consacrer. Puis l'infirmière nous a fait part de la synthèse du bilan chez cette patiente ainsi que le plan de soins adapté à sa situation.

Nous avons également eu la chance de nous entretenir avec le médecin inspecteur de santé publique, référent des protocoles de coopération de l'ARS Occitanie, le Dr Entezam, qui nous a fait part de son intérêt pour cette étude.

Au cours de cet entretien nous avons pu assister à une présentation du protocole de coopération de la fragilité et avoir accès aux coordonnées des médecins généralistes adhérents au protocole dans la région Occitanie, ce qui nous a permis de mener à bien notre étude.

Ainsi, ces deux expériences enrichissantes nous ont permis de maîtriser davantage notre sujet d'étude.

Par ailleurs, dans cette étude, la plupart des participants interrogés exerçaient dans un cadre pluri-professionnel soit au sein d'une MSP soit dans un cabinet de groupe, un seul des médecins interrogés exerçait seul dans un cabinet.

Ce qui a pu renforcer la validité de cette étude portée sur le travail pluri-professionnel.

## 2.2 Limites de l'étude

L'étude a été réalisée selon les critères de validité de la grille COREQ (Annexe 14). Grâce à cette grille nous pouvons établir les limites de l'étude. En effet elle satisfait 27 des 32 items : la chercheuse était inexpérimentée dans le domaine de la recherche, elle connaissait deux des personnes interrogées, les entretiens étaient uniques, les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour corrections et le codage des données qualitatives était réalisé par une seule personne : la chercheuse.

### *a. Biais de sélection*

Nous avons essayé de diversifier au maximum les participants interrogés, cependant la moitié des médecins interrogés exerçaient dans la région toulousaine. Ceci pouvant être expliqué par une sensibilité accrue à la fragilité des médecins exerçant en Haute-Garonne de part sa proximité avec le Gérontopôle de Toulouse.

De plus par effet boule de neige, nous avons interrogé des médecins qui exerçaient dans le même département voir dans le même cabinet.

### *b. Biais d'investigation*

Nous avons choisi de recueillir les données à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Cette méthode nécessite une certaine technique, or le manque d'expérience de l'investigatrice dans ce domaine a pu influencer la réponse de certains participants. Bien que le guide d'entretien ait été validé et testé au préalable, il est possible que les relances aient orienté certaines réponses.

De plus les entretiens ont majoritairement été réalisés par téléphone, certaines informations ont pu être difficilement retranscrites et l'aspect non verbal n'a pas pu être analysé.

c. Biais d'interprétation

Dans notre étude, seule l'investigatrice a réalisé l'analyse des données, nous n'avons pas réalisé de triangulation des données, qui aurait permis une meilleure validité des résultats.

De plus le manque d'expérimentation de la chercheuse en matière d'analyse est aussi à l'origine d'un biais d'interprétation.

### 3) Perspectives

#### 3.1 Évolution de la délégation de tâches

Une des grandes réformes inscrites dans la loi « Ma santé 2022 » adoptée le 24 juillet 2019 est le développement de métier d'assistant médical en France. (42)

« Ces assistants médicaux doivent permettre de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention. »

Les assistants médicaux ont pour objectif d'assurer des missions d'assistance des médecins et d'aide au parcours des patients. Ils pourront ainsi se voir attribuer des missions : d'accueil des patients, de recueil de certaines données et constantes, ainsi que de certaines informations relatives à l'état de santé, de vérification de l'état vaccinal et des dépistages, de mise à jour des dossiers et de gestion de l'aval de la consultation (pré remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissements hospitaliers...).

L'avenant 7 de la loi « Ma santé 2022 » prévoit qu'une aide financière puisse être versée par l'Assurance Maladie pour faciliter l'embauche de ces assistants par les médecins. En contrepartie, ces médecins s'engagent à recevoir davantage de patients. (42)

À l'horizon 2022, ce sont plus de 4000 structures de groupe qui seront dotés d'un assistant médical.

D'après une étude qualitative portant sur les représentations des médecins généralistes et des patients sur le nouveau métier d'assistant médical, son déploiement dans les cabinets de médecins généralistes français ne fait pas l'unanimité.

En effet, si les médecins se réjouissent à l'idée d'avoir une aide pour gérer la lourde charge administrative inhérente à leur activité, ils se disent en revanche peu enclins à déléguer des actes faisant partie du soin en tant que tel. (43)

En revanche pour les médecins Allemands la délégation des visites à domicile à des professionnels paramédicaux dénommés les VERAH est ressentie comme un grand soulagement pour ces médecins. Les VERAH sont spécifiquement formés pour effectuer des visites à domicile.(39)

Ainsi si le travail en équipe présente de nombreux atouts dans le soin, sa mise en place nécessite de trouver un juste milieu dans la délégation de tâches pour que chaque professionnel concerné puisse travailler en symbiose dans l'intérêt du patient.

### 3.2 Déployer le protocole de coopération de la fragilité au sein des MSP et/ou CPTS

Notre étude a montré que le protocole de coopération de la fragilité est trop peu utilisé en pratique courante soit par oubli des médecins délégants soit par manque de temps des infirmières déléguées.

Une des solutions qui pourrait être envisagée pour pallier ce manque d'utilisation serait d'intégrer ce protocole aux missions de santé publique des MSP.

En effet, dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, le calcul de la rémunération des MSP se base sur un système de points dans lequel 1 point = 7 euros, en sachant qu'un protocole interprofessionnel permet de gagner 100 points fixes. (44)

Cette mesure pourrait être élargie au sein des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), qui associent des professionnels de santé de toutes spécialités, du premier et du second recours pour répondre à deux objectifs : améliorer l'organisation des soins de ville pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire (croissance des maladies chroniques, tension démographique pour certaines catégories de professionnels de santé) et développer l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital. (45)

### 3.3 Revalorisation financière du dépistage de la fragilité

D'autre part, les médecins généralistes qui participent au protocole de coopération ne perçoivent aucune rémunération pour inclure des patients.

Actuellement les temps de coordination et les réunions de concertation pluri professionnelle sont financés par l'ARS sur ses Fonds d'Intervention Régionaux, dans les seuls cas où les plans de soin sont réalisés dans le cadre d'une SISA (Société Interprofessionnelle des Soins Ambulatoires) au sein d'une MSP.

Un financement du protocole par l'Assurance Maladie est actuellement en cours de validation ministérielle sous forme de code d'acte dérogatoire ou pérenne.

Les médecins interrogés dans cette étude ne nous ont pas fait part de la nécessité d'une participation financière, mais dans l'hypothèse de la mise en place d'une rémunération forfaitaire dans le cadre de ce protocole, nous pouvons nous poser la question si les médecins seraient plus enclins à inclure des patients ou encore s'ils seraient davantage favorables à participer au protocole.

Dans le travail de thèse de Laurent Buchwalter qui a mené une enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes sur la fragilité du sujet âgé en médecine général, il a été soulevé un souhait non négligeable de revalorisation financière du dépistage de la fragilité. Il proposait une rémunération de l' « acte » de dépistage ou plutôt un forfait annuel s'orientant au nombre de patients dépistés comme étant fragiles et pris en charge de façon multidisciplinaire.(46)

Par ailleurs nous pouvons par exemple envisager d'inclure le dépistage de la fragilité dans les indicateurs de prévention de la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) des médecins traitants afin de motiver davantage les médecins à atteindre des objectifs en incluant des patients dans le protocole.

Des médecins interrogés sur la ROSP dans le cadre d'une étude qualitative menée par Charline Godefroy en 2018 exprimait un ressenti globalement positif de la ROSP. Les médecins exprimaient par ailleurs leur souhait de changement dans les objectifs fixés et soulignaient un mode de calcul parfois inapproprié et injuste.

Il a également été mis en avant un impact modéré de ce système de rémunération sur la modification des pratiques quotidiennes.

Et même si la rémunération engendrée par ce système était perçue de façon satisfaisante et parfois motivante, cette dernière ne permettait pas toujours d'accroître le sentiment de reconnaissance professionnelle des médecins. (47)

D'autre part, il a été abordé à plusieurs reprises dans notre étude le manque de reconnaissance et de valorisation financière des infirmières participants au protocole. Considérant ainsi une sous-estimation de la rémunération forfaitaire de 40 euros par bilan effectué, étant donné le temps et le dévouement qu'elles y consacrent.

Une valorisation de ce forfait pourrait leur permettre de consacrer un temps spécifiquement dédié au protocole dans leur emploi du temps d'infirmière libérale sur le même schéma que les infirmières du protocole Asalée.

### 3.4 Élargir l'inclusion de patients dans le protocole

Afin de repérer un plus grand nombre de patients fragiles sur le plan national et dans le but de retarder au maximum la perte d'autonomie. Il pourrait être envisagé de proposer un dépistage systématique de la fragilité chez les personnes âgées en adaptant le critère d'âge à l'appréciation du médecin.

### 3.5 Simplifier la procédure d'adhésion au protocole pour les médecins

Un des freins majeurs à l'adhésion des médecins au protocole repéré dans cette étude est la charge administrative demandée au préalable pour adhérer au protocole.

En effet, les médecins doivent fournir de nombreuses pièces justificatives avec notamment une attestation de leur responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole. Par ailleurs, il a récemment été créé par l'ARS un modèle d'attestation d'assurance, afin d'éviter une augmentation des cotisations par les assureurs.

Le binôme délégrant-délégué doit également faire une demande d'adhésion au protocole par courrier auprès de l'ARS et une fois acceptée, finaliser leur demande sur le logiciel COOP-PS en y intégrant les pièces justificatives à fournir. (48)

La mise en place de la simplification des démarches d'adhésion en équipe au protocole sera effective prochainement à travers la plateforme « démarches simplifiées ». Ainsi le référent désigné par chaque équipe pourra faire une déclaration sur cette plateforme dématérialisée en déposant les pièces requises. Cette déclaration permettra à l'équipe de mettre en œuvre le protocole.

### 3.6 Promouvoir le protocole auprès des médecins et des IDE libérales

Il paraît important de faire connaître ce protocole aux professionnels de santé libéraux à travers des opérations de promotion de terrain.

En 2020, trois opérations de promotions de terrain menées par l'ARS Occitanie auprès des médecins généralistes et IDE libéraux ont pu être effectuées notamment à Mende (48), Prades (66) et Tarbes (65). Ces opérations ont été jugées par les participants comme étant intéressantes, utiles, facilement transposables dans leur activité quotidienne.

Pour l'année 2021, quatre opérations sont prévues et seront réalisées par visioconférence pour faciliter la participation des médecins et IDE libéraux.

## V Conclusion

La prise en charge de la personne âgée dans sa globalité nécessite de repérer au plus tôt les déterminants de la fragilité afin de réduire ou retarder ses conséquences : dépendance fonctionnelle, complications (chutes, hospitalisations, institutionnalisations...), décès.

Le médecin généraliste dispose d'une place prépondérante dans ce dépistage, étant le premier professionnel de santé à être au contact des personnes âgées et de leur famille.

Par ailleurs le dépistage de la fragilité demande une évaluation complexe qu'il est nécessaire de maîtriser. Les différentes échelles d'évaluation mises à disposition pour repérer la fragilité sont peu connues par les médecins généralistes et s'avèrent difficilement utilisables en soins de santé primaire. En effet cette évaluation gériatrique est reconnue comme chronophage par les médecins généralistes dans les conditions actuelles de l'exercice libéral.

Le protocole de coopération de la fragilité en ambulatoire tient compte des besoins de santé publique et permet de répondre aux différentes problématiques d'accès aux soins, de pénurie médicale, de manque de coordination des intervenants et des structures, de recours abusif à l'hospitalisation.

Dans la dynamique nationale actuelle de coopération interprofessionnelle avec notamment la création des MSP et des CPTS, ce protocole innovant est la porte d'entrée vers une délégation de tâches aux professions paramédicales.

Par ailleurs des limites doivent être fixées et l'élaboration de rôles précis pour chaque participant d'une équipe déléguant-délégué est nécessaire afin que chacun de ces acteurs de soins y trouvent sa place. De plus une bonne entente inter-équipe est indispensable au bon fonctionnement d'une coopération interdisciplinaire.

Cette étude a montré qu'à travers ce protocole, les médecins généralistes étaient au centre de la prise en charge de la fragilité des personnes âgées et qu'ils se sentaient davantage sensibilisés dans la prévention de la perte d'autonomie de leur patients âgés.

L'utilisation de ce protocole leur permet également d'obtenir une vision de l'état de santé global de leur patient et un gain de temps non négligeable dans leur pratique quotidienne.

L'élaboration d'un plan de soins personnalisé en coordination avec les autres professionnels de santé concernés par le patient, leur permet d'optimiser au mieux la prise en charge du patient avec l'aide et l'avis des différents intervenants. De plus ce PPS donne tout son sens au dépistage de la fragilité et permet aux soignants de mieux percevoir son objectif : être enfin efficace face au vieillissement en repoussant l'arrivée de la perte d'autonomie de la personne âgée.

Malgré les avantages retrouvés à l'utilisation de ce protocole, ce dernier est encore trop peu utilisé par les médecins de premiers recours. En effet, cette étude a également mis en avant les limites de ce type de protocole avec notamment une lourdeur administrative à l'inscription, un manque d'accompagnement des médecins concernant l'aspect pratique du protocole, un défaut de suivi des patients à postériori ou encore un effectif d'infirmières formées trop faible pour couvrir l'ensemble du territoire.

Ce protocole centré sur l'obtention d'un « bon vieillissement du sujet âgé » semblerait bénéfique dans la prise en charge des patients âgés. Il serait intéressant de réaliser une étude sur le ressenti des patients qui ont participé à cette évaluation de la fragilité.

D'autre part, dans cette étude, nous nous sommes principalement intéressés à l'expérience des médecins généralistes, d'autres recherches s'intéressant aux attentes des infirmières formées concernant le protocole pourrait permettre d'obtenir un protocole de coopération en adéquation avec chaque professionnel de santé.

Le protocole de coopération de la fragilité est un défi de Santé Publique à relever par les médecins traitants et les infirmières au niveau local et territorial.

## Bibliographie

1. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
2. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
3. Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
4. Michel J-P, Bontoux D, Chouard C-H, Dubousset J, Dufier J-L, Hauw J-J, et al. Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. *Bull Académie Natl Médecine*. avr 2014 [cité 9 janv 2020];198(4-5):825-46.
5. Boddaert J, Gavazzi G, Bonin-Guillaume S, De Wazières B. Collège National des Enseignants de Gériatrie. 4e ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. [cité 1 mai 2020].
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A*. 1 mars 2001 [cité 9 janv 2020];56(3):M146-57.
7. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Haute Autorité de Santé. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
8. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010 [cité 1 mai 2020];58(4):681-7.
9. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 juin 2009 [cité 9 avr 2020];64A(6):675-81.
10. Leng S, Chaves P, Koenig K, Walston J. Serum Interleukin-6 and Hemoglobin as Physiological Correlates in the Geriatric Syndrome of Frailty: A Pilot Study. *J Am Geriatr Soc*. 2002 [cité 9 avr 2020];50(7):1268-71.
11. Fried LP, Xue Q-L, Cappola AR, Ferrucci L, Chaves P, Varadhan R, et al. Nonlinear Multisystem Physiological Dysregulation Associated With Frailty in Older Women: Implications for Etiology and Treatment. *J Gerontol Ser A*. 1 oct 2009 [cité 1 mai 2020];64A(10):1049-57.
12. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan van Kan G, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *J Nutr Health Aging*. 1 nov 2013 [cité 9 avr 2020];17(9):726-34.
13. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2 mars 2013 [cité 9 avr 2020];381(9868):752-62.

14. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zúñiga C, Arai H, Boirie Y, et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age Ageing*. 1 nov 2014 [cité 9 avr 2020];43(6):748-59.
15. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of Exercise Training on Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Results of a Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2002 [cité 9 avr 2020];50(12):1921-8.
16. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. *N Engl J Med*. 3 oct 2002 [cité 9 avr 2020];347(14):1068-74.
17. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *J Gerontol Ser A*. 1 juill 2007 [cité 14 janv 2020];62(7):722-7.
18. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. Vol. 1, *TheScientificWorldJOURNAL*. Hindawi; 1 [cité 2 mai 2020].
19. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 30 août 2005 [cité 18 avr 2020];173(5):489-95.
20. Lequeux. Repérage et Evaluation de la fragilité du patient âgé, document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. [cité 5 mai 2020].
21. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006 [cité 11 janv 2020];54(6):991-1001.
22. Rougé Bugat M-E, Subra J, Oustric S, Nourhashémi F. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. *Cah Année Gérontologique*. 1 sept 2012 [cité 11 janv 2020];4(3):279-88.
23. Vergara I, Mateo-Abad M, Saucedo-Figuero MC, Machón M, Montiel-Luque A, Vrotsou K, et al. Description of frail older people profiles according to four screening tools applied in primary care settings: a cross sectional analysis. *BMC Geriatr*. déc 2019 [cité 11 janv 2020];19(1):1-8.
24. Marcelis.Z,Le Guillou.C. Faisabilité du test « ABCDEF »par les médecins généralistes pour le dépistage de la fragilité des personnes âgées. France; 2016. [cité 8 mai 2020].
25. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.Paris: HCAAM; juin 2011 p186p. [cité 9 mai 2020].
26. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. janv, 2013. [cité 9 mai 2020].

27. Yves A, Robert A, Bernard A, Jacques A, Charles A, Michel A, et al. Vannière.C, Boubakri.C. Exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes du territoire Est-héraultais autour du dispositif PAERPA. France; 2019. :124.
28. Fargeas S, Cukier P. Les déterminants du dépistage de la fragilité de la personne âgée par le médecin généraliste. France; 2019.
29. Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
30. PAPS Occitanie. Travailler dans le cadre d'un protocole de coopération [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.occitanie.paps.sante.fr>
31. AIMADAF – Le maintien à domicile des personnes âgées [Internet]. AIMADAF. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://aimadaf.org/>
32. Raynal M. Innovation dans le champ de la santé : Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. 2015;184.
33. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *Jbi Database Syst Rev Implement Rep* [Internet]. avr 2017 [cité 9 janv 2020];15(4):1154-208.
34. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. *Exercer*.2013;n°105:4-11. Vo L U M E. :8.
35. Oude-Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel G. Intérêt d'une approche sémiopragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. *Recherches qualitatives-les actes 2012*;14. :20.
36. Entezam, F. Formation IDE fragilité session 2020 protocole de coopération de la fragilité. CHU Montpellier; 2020. [cité 25 janv 2021].
37. Lepretre B, Thomas J-M. Communiquer pour mieux soigner : étude de la collaboration entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. France; 2020. [cité 17 janv 2021].
38. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. *BMC Fam Pract*. 19 déc 2017 [cité 18 janv 2021];18(1):102.
39. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. 9 juin 2016 [cité 18 janv 2021];11(6).
40. ARS Occitanie. Organisation des soins primaires. Travaux préparatoires au PRS Occitanie. Bilan et Perspectives. Avril 2017 [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr>

41. COOP-PS. Coopération entre professionnels de santé. Protocoles de coopérations autorisés. Janvier 2021. [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://coopps.ars.sante.fr>
42. Buzyn et Vidal - aux besoins du système de santé de demain.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr>
43. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale: représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. 2019;134.
44. Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé en île-de France. L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel>
45. Assurance maladie. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
46. Buchwalter L. La fragilité du sujet âgé en médecine générale: enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes. :99.
47. Godefroy C, Papa M. Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique. France; 2018. :53.
48. ARS Normandie. Procédure d'adhésion à un protocole de coopération entre professionnels de santé. Mars 2017. [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr>

## Annexes

### Annexe 1 : The CSHA Clinical Frailty Scale

#### **Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale**

- 1 *Very fit*—robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 *Well*—without active disease, but less fit than people in category 1
- 3 *Well, with treated comorbid disease*—disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 *Apparently vulnerable*—although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms
- 5 *Mildly frail*—with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 *Moderately frail*—help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 *Severely frail*—completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

## Annexe 2 : Mini Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

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.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

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 trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

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

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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 pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :  
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

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

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

#### Langage

/ 8

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Montrer un crayon.  | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  |
| Montrer votre montre.   | 23. Quel est le nom de cet objet ?** |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :  
28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

#### Praxies constructives

/ 1

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

## Annexe 3 : Test des 5 mots de Dubois

### LE TEST DE 5 MOTS Dubois B. L'épreuve des cinq mots.

On lui présente une liste de 5 mots et on lui demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

Objet	Catégories/Indice (à masquer)
Rose	Fleur
Eléphant	Animal
Chemise	Vêtement
Abricot	Fruit
Violon	Instrument de musique

#### ETAPE D'APPRENTISSAGE (rappel immédiat)

Présentation de la liste

- Montrer la liste de 5 mots et dire :

**"Lisez cette liste de mots à haute voix et essayer de les retenir.  
je vous les redemanderai tout à l'heure"**

- Une fois la liste lue et toujours présentée au patient (les catégories sont masquées), lui dire :

**"pouvez vous me dire, tout en regardant la feuilles, le nom du fruit, du  
vêtement , etc.. "**

Contrôle de l'encodage = score d'apprentissage

- Cacher la feuille et dire au patient

**"pouvez vous me dire la liste des mots que vous venez d'apprendre ?"**

- En cas d'oubli et seulement pour les mots oubliés, poser la question en donnant la catégorie (indice) **" Quel est le nom du fruit, du vêtement , etc..."**

- Compter les bonnes réponses ( avec ou sans indice) = score d'apprentissage

Si le score est inférieur à 5, montrer à nouveau la liste de 5 mots et rappeler les catégories et les mots oubliés

SI le score est égal à 5, l'enregistrement des mots a été effectif, on peut passer à l'épreuve de mémoire

## **ETAPE DE MEMOIRE (rappel différé)**

Activité d'attention intercurrente

Son but est seulement de détourner l'attention du sujet pendant 3 à 5 minutes

Etude de la mémorisation (rappel différé)

- Demander au patient

**"Pouvez vous me redonner les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure ?"**

- Pour les mots oubliés, poser la question en donnant la catégorie (indice)

**"Quel est le nom du fruit, du vêtement , etc..."**

- Compter le nombre de bons mots rapportés : c'est le score de mémoire

## **RESULTATS**

C'est le total : score d'apprentissage + score de mémoire qui doit être égal à 10

Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

L'indicage permet de différencier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, etc...

Dans une population, générale âgée, les valeurs totales < 10 ont une sensibilité de 63% et une spécificité de 91% avec une valeur prédictive de 11,4

## Annexe 4 : Test de l'horloge

### Test de l'horloge – version spontanée

Consigne: « Dessinez le cadran d'une montre, avec tous les chiffres et les aiguilles qui indiquent 11h10. »

Ne pas aider le patient durant l'épreuve, répéter au besoin la consigne (depuis le début) s'il se retrouve bloqué ; le patient est autorisé à refaire l'horloge si spontanément il n'est pas satisfait.

#### 1) Cotation quantitative :

- **Intégrité de l'horloge (max. 2 points)**
  - 2 : horloge présente, sans grosse distorsion
  - 1 : incomplète ou avec distorsion
  - 0 : absente ou totalement inappropriée

→ laisser le patient dessiner seul le cadran, ne pas l'aider ni faire de commentaires ; en cas d'impossibilité pour le patient de dessiner le cadran, le faire à sa place et coter 0 pt.
- **Présence et succession des chiffres (max. 4 points)**
  - 4 : Tous présents dans le bon ordre avec le minimum d'erreurs dans la disposition spatiale
  - 3 : Tous présents mais erreurs dans la disposition spatiale
  - 2 :
    - Chiffres manquants ou surajoutés mais pas de grosse distorsion dans les chiffres restants
    - Chiffres placés dans le sens inverse
    - Chiffres tous présents mais grosse distorsion dans la disposition spatiale (ex.: héminégligence, chiffres à l'extérieur de l'horloge)
  - 1 : Chiffres manquants ou surajoutés et grosse distorsion
  - 0 : Absence ou faible représentation des chiffres
- **Présence et disposition des aiguilles (max. 4 points)**
  - 4 : Les aiguilles sont dans la position correcte et la différence de taille est respectée
  - 3 : Légères erreurs dans le placement des aiguilles ou pas de représentation de la différence de taille entre les deux
  - 2 : Erreurs importantes dans le placement des aiguilles
  - 1 : Seulement une aiguille ou pauvre représentation des deux aiguilles
  - 0 : Pas d'aiguille ou persévérations sur les aiguilles

#### 2) Cotation qualitative :

- Taille de l'horloge
  - Difficultés graphiques (ex. chiffres difficiles à lire)
  - Erreur de type « réponse forcée par le stimulus » (aiguilles placées sur le 11 et le 10 → problème d'inhibition)
  - Déficit conceptuel (horloge sans les chiffres, utilisation inappropriée des chiffres, aiguilles absentes, temps écrit sur l'horloge)
  - Déficit spatial et/ou de planification (disposition des chiffres sur l'horloge)
  - Persévérations (sur les aiguilles ou sur les chiffres)
-

## Annexe 5 : Mini Nutritional Assessment

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
<p><b>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</b>            0 = baisse sévère des prises alimentaires            1 = légère baisse des prises alimentaires            2 = pas de baisse des prises alimentaires</p> <p><b>B Perte récente de poids (&lt;3 mois)</b>            0 = perte de poids &gt; 3 kg            1 = ne sait pas            2 = perte de poids entre 1 et 3 kg            3 = pas de perte de poids</p> <p><b>C Motricité</b>            0 = au lit ou au fauteuil            1 = autonome à l'intérieur            2 = sort du domicile</p> <p><b>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?</b>            0 = oui 2 = non</p> <p><b>E Problèmes neuropsychologiques</b>            0 = démence ou dépression sévère            1 = démence leve            2 = pas de problème psychologique</p> <p><b>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup></b>            0 = IMC &lt;19            1 = 19 ≤ IMC &lt; 21            2 = 21 ≤ IMC &lt; 23            3 = IMC ≥ 23</p> <p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points)</p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal            8-11 points: à risque de dénutrition            0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>	<p><b>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?</b>            0 = 1 repas            1 = 2 repas            2 = 3 repas</p> <p><b>K Consomme-t-il ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li> <li>• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li> <li>• Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui            0,5 = si 2 oui            1,0 = si 3 oui</p> <p><b>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?</b>            0 = non 1 = oui</p> <p><b>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)</b>            0,0 = moins de 3 verres            0,5 = de 3 à 5 verres            1,0 = plus de 5 verres</p> <p><b>N Manière de se nourrir</b>            0 = nécessite une assistance            1 = se nourrit seul avec difficulté            2 = se nourrit seul sans difficulté</p> <p><b>O Le patient se considère-t-il bien nourri ?</b>            0 = se considère comme dénutri            1 = n'est pas certain de son état nutritionnel            2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition</p> <p><b>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?</b>            0,0 = moins bonne            0,5 = ne sait pas            1,0 = aussi bonne            2,0 = meilleure</p> <p><b>Q Circonférence brachiale (CB en cm)</b>            0,0 = CB &lt; 21            0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22            1,0 = CB &gt; 22</p> <p><b>R Circonférence du mollet (CM en cm)</b>            0 = CM &lt; 31            1 = CM ≥ 31</p> <p>Évaluation globale (max. 16 points)</p> <p>Score de dépistage</p> <p>Score total (max. 30 points)</p> <p><b>Appréciation de l'état nutritionnel</b></p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal            de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition            moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p>
<p><b>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?</b>            1 = oui 0 = non</p> <p><b>H Prend plus de 3 médicaments par jour ?</b>            0 = oui 1 = non</p> <p><b>I Escarres ou plaies cutanées ?</b>            0 = oui 1 = non</p>	<p><b>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?</b>            1 = oui 0 = non</p> <p><b>H Prend plus de 3 médicaments par jour ?</b>            0 = oui 1 = non</p> <p><b>I Escarres ou plaies cutanées ?</b>            0 = oui 1 = non</p>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001;56A: M366-377.  
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners  
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
 Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Annexe 6 : Échelle ADL

**Echelle d'autonomie (ADL)**

<b>ECHELLE A.D.L</b>		Nom .....
		Prénom .....
		Date .....
		Score .....
<b>Hygiène Corporelle</b>	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
<b>Habillage</b>	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chauffer. Dépendant	1 ½ 0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
<b>Locomotion</b>	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
<b>Continence</b>	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
<b>Repas</b>	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total =        /6

## Annexe 7 : Échelle IADL



### IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

*Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne*

#### 1. Aptitude à utiliser le téléphone

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

#### 2. Courses

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

#### 3. Préparation des aliments

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

#### 4. Entretien ménager

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

#### 5. Blanchisserie

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

#### 6. Moyens de transport

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

#### 7. Responsabilité à l'égard de son traitement

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

#### 8. Aptitude à manipuler l'argent

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

<b>Total score IADL</b>	...../ 8
<b>Nombre items non applicables</b>	...../ 8

## Annexe 8 : Up and Go Test

<b>Up &amp; Go test</b>			
	Fait : 1	Ne fait pas : 0	Non réalisable
Inviter la personne à :	↓	↓	↓
• Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Traverser la pièce - distance de 3 mètres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire demi-tour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Revenir s'asseoir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temps nécessaire : _____ secondes.			
• Score : _____ / 4			
<i>Interprétation : risque de chute si score <math>\leq 1</math> et temps de réalisation <math>&gt; 20</math> secondes. On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.</i>			
Commentaires : _____ _____			

## Annexe 9 : Échelle gériatrique de dépression simplifiée

### ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (Version courte)

**NOM :**

*(étiquette patient)*

**Prénom :**

**Date :**

<b>1</b> - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
<b>2</b> - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
<b>3</b> - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
<b>4</b> - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
<b>5</b> - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
<b>6</b> - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
<b>7</b> - Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
<b>8</b> - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
<b>9</b> - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
<b>10</b> - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
<b>11</b> - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
<b>12</b> - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
<b>13</b> - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
<b>14</b> - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
<b>15</b> - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

**Score 0 à 5 : normal**  
**Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression**  
**Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression**

## Annexe 10 : Échelle du fardeau des aidants de Zarit

### Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

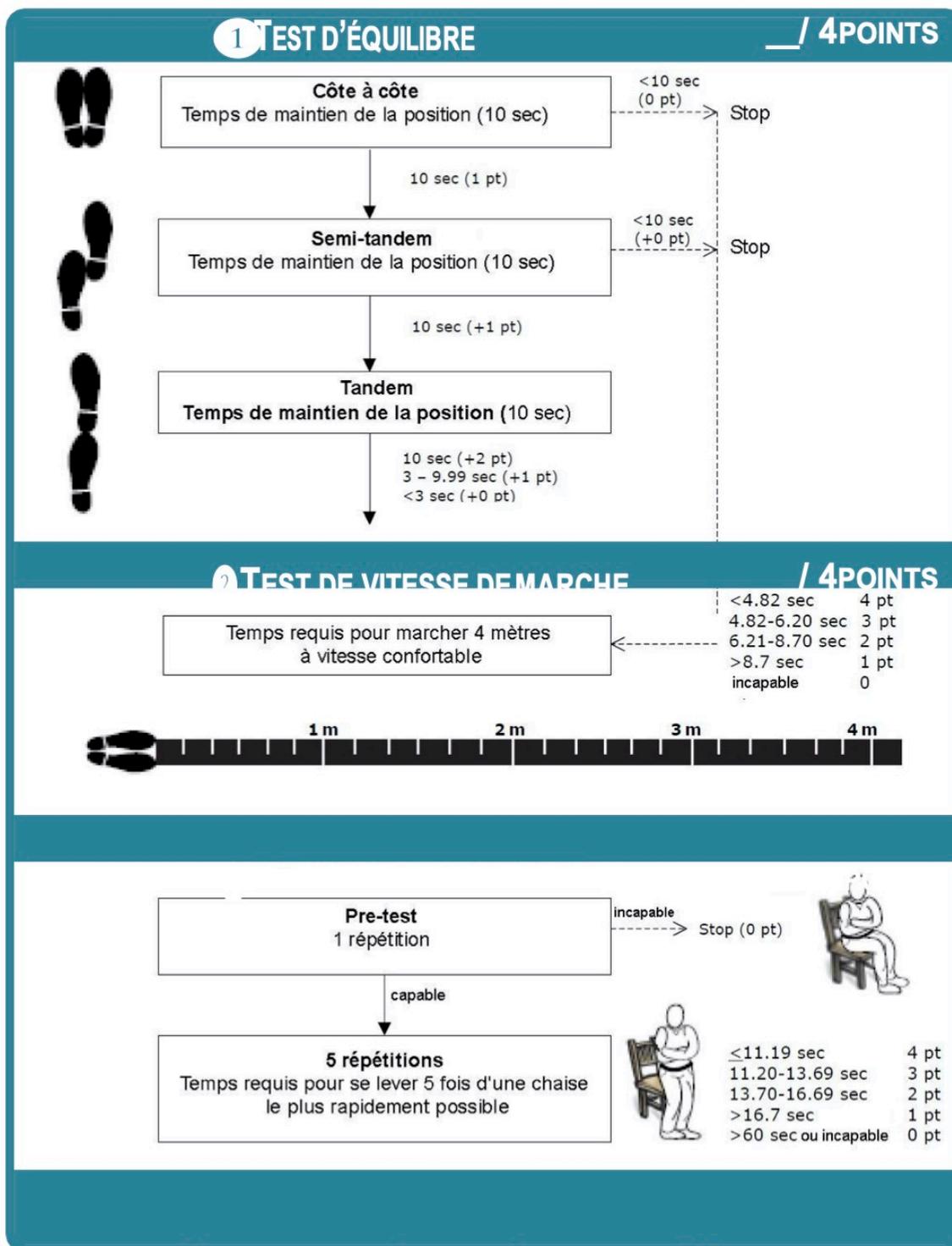
#### Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

#### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tirillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

# Annexe 11 : The Short Physical Performance Battery



## Annexe 12 : The Gérontopôle Frailty Screening Tool



### Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

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

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Ne sait pas</b>
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"/>

*Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :*

Votre patient vous paraît-il fragile ?	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>

## **Annexe 13 : Entretien avec une IDE formée au protocole de coopération diagnostic et prise en charge de la fragilité dans le Gard. (Le 19 décembre 2019)**

### **Procédure**

1) Quelle est la procédure pour réaliser un bilan de fragilité ? Comment-est-il initié ?

IDE : *L'infirmière remplit un document avec le nom des patients qui sont susceptibles de bénéficier d'un bilan de fragilité. Ce document est à faire signer par le médecin généraliste qui a délégué les différents patients puis il est ensuite envoyé à l'ARS.*

2) Le médecin traitant doit-il faire une ordonnance ?

Si oui, que doit-elle contenir ?

IDE : *Non il n'y pas de nécessité de réaliser une ordonnance, car il n'y pas de remboursement par la sécurité sociale. Le médecin qui souhaite faire réaliser un bilan de santé chez un de ses patients doit contacter par téléphone ou e-mail une infirmière agréée.*

3) Quelles sont les démarches administratives requises pour débiter ce protocole ?

Faut-il effectuer une demande particulière à l'ARS ?

Le médecin doit-il réaliser des démarches ? Si oui, quelles sont-elles ?

IDE : *Ce sont des démarches administratives « lourdes », qui sont souvent un frein à la mise en place du protocole. En effet le médecin doit fournir une photocopie de sa pièce d'identité, une assurance responsabilité civile professionnelle attestant de la mise en place d'un bilan de fragilité, une attestation sur l'honneur pour prouver que le médecin délègue sa responsabilité pour réaliser un bilan de fragilité. Ainsi qu'un formulaire d'engagement entre le médecin et l'IDE dans le cadre du protocole de dépistage de la fragilité : attestant que le médecin devient délégant d'un protocole de coopération d'un délégué. Ces documents seront transmis à l'ARS. Puis le médecin doit s'inscrire sur le portail Coop-PS (portail où sont référencés les protocoles de coopération). Ce qui permettra aux infirmières déléguées d'être rémunérées.*

4) Dans la majorité des cas, qui demande ce bilan ?

IDE : *Les médecins délégants du protocole, pas forcément le médecin traitant du patient. La limite retrouvée à ce protocole est qu'il faut que ce soit des patients d'un médecin adhérent au protocole.*

### **Formation des IDE**

5) En quoi consiste la formation des IDE en charge de ces bilans de fragilité ?

IDE : *La formation est réalisée au gérotonpôle de Toulouse, sur 2 sessions de 3 jours puis une journée de stage au gérontopôle.*

*L'infirmière doit faire une demande auprès de l'ARS pour avoir accès à la formation. Elle a pour condition d'avoir une équipe déléguant-délégué.*

Quel organisme réalise ses formations ?

IDE : *l'ARS Occitanie*

Qui sont les formateurs ?

IDE : *des Médecins, diététiciennes et infirmiers*

La formation est-elle rémunérée ?

IDE : *Oui*

La formation réalisée au gérotonpôle n'est pas suffisante selon l'infirmière.

Elle a réalisé d'autres formations pour acquérir des compétences afin de réaliser ces bilans de fragilité : consultation infirmière, certification infirmière clinicienne.

### **Réalisation du bilan de fragilité auprès du patient**

6) Existe-t-il un protocole préformé ?

IDE : *oui, il a été créé à pas l'association l'AIMADAF (Alliance d'Intervenants de santé œuvrant pour le maintien à domicile des aînés fragiles).*

7) Combien de temps dur ce bilan en moyenne ?

IDE : *En général je réalise un bilan en 1h30 à 2h.*

8) Est-il réalisé obligatoirement au domicile du patient ?

IDE : *Oui.*

9) La présence d'un proche du patient est-elle nécessaire ?

IDE : *Non pas obligatoirement, mais c'est souhaitable.*

10) Qui informe le patient ? Le patient doit-il signé un consentement au préalable ?

IDE : *C'est le médecin traitant qui propose le bilan au patient, puis l'IDE contact le patient pour lui présenter à quoi correspond le bilan. Et le patient doit donner son consentement au préalable.*

### **Résultats du bilan de fragilité**

11) Comment informez-vous le médecin traitant du résultat du bilan ?

IDE : *Je fais une synthèse à partir des différents résultats du bilan puis je l'envoie par mail au médecin délégué.*

12) Organisez-vous des réunions de concertation pluri-professionnelle avec les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient ?

IDE : *Non, dans l'idéal des RCP devraient s'organiser mais en pratique c'est compliqué. Je dois recontacter le patient 3 mois après le 1er bilan.*

13) Comment se déroule la formation d'un plan personnalisé de santé ?

IDE : *Pour réaliser le plan personnalisé de soin, j'utilise les résultats des questionnaires et des tests effectués et j'en fait une synthèse.*

### **Prise en charge financière du protocole**

14) Qui prend en charge financièrement ce bilan de fragilité ?

IDE : *C'est l'ARS qui finance les bilans réalisés.*

15) Le patient doit-il faire l'avance des frais ?

IDE : *Non.*

16) Comment l'IDEL est-elle rémunérée pour ce bilan et par quel organisme ?

IDE : *On gagne 40€ par bilan réalisé et nous sommes payés directement par l'ARS.*

17) Le médecin traitant reçoit-il une rémunération ? Existe-il une cotation spécifique en médecine générale pour ce bilan ?

IDE : *Non le médecin ne reçoit pas de rémunération et il n'y a pas de cotation spécifique car le bilan n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.*

### **Questions personnalisées**

18) En moyenne combien de bilan effectuez-vous par an ?

IDE : *J'ai en ai fait environ 7 ce mois-ci.*

19) Depuis combien de temps avez-vous commencé à effectuer ce bilan ?

IDE : *J'ai commencé à faire des bilans depuis 2018.*

20) Savez-vous combien d'IDEL sont agréées pour réaliser ce protocole dans le Gard ?

IDE : *Il y en avait 3 en 2018 et 2 de mes collègues devraient faire la formation prochainement. Et il devrait y avoir une formation à Montpellier dès cette année.*

21) Quelles ont été vos motivations pour réaliser ce type de bilan ?

IDE : *Je voulais faire un bilan complet de la personne âgée avec des outils d'évaluation de la personne âgée et pour pouvoir répondre aux attentes des patients âgés. Je voulais aussi être plus compétente auprès des patients. Et donner des renseignements aux patients concernant les réseaux disponibles autour de la personne âgée.*

22) Qui est-ce qui vous en a informé au départ ?

IDE : *Le président de l'association Alba qui est une association des infirmiers Libéraux du bassin Alésien.*

23) Avez-vous eu des bons retours sur les prises en charge initiées grâce à ce bilan ?

IDE : *C'est frustrant car je n'ai pas de retour des médecins dans la plupart des cas. Mais ça leur permet d'avoir une « Photographie de leur patient à l'instant T ».*

24) Avez-vous des suggestions pour améliorer ce protocole de coopération ?

IDE : *Il faudrait informer davantage les médecins sur l'existence de ce protocole et l'introduire dans une MSP. J'aimerais mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique à la suite de ces bilans notamment sur la nutrition et l'activité physique au sein d'une MSP. Et développer l'éducation à la santé autour de la fragilité.*

## Annexe 14 : Grille COREQ

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

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

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

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

## Annexe 15 : Guide d'entretien

Je suis Marion BREAND, interne en médecine générale.

Je m'intéresse à travers mon travail de thèse aux changements dans la pratique des médecins généralistes en Occitanie qui s'investissent dans un travail pluri-professionnel avec une infirmière formée dans le dépistage et la prise en charge de la fragilité chez des personnes âgées à domicile.

J'entreprends une étude qualitative avec un recueil des données par enregistrement d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes exerçant en Occitanie.

Je vais vous poser 6 questions dans le respect et la bienveillance.

Ce qui m'importe c'est l'authenticité de vos réponses et votre retour d'expérience.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment.

D'abord je vais vous vous demander de vous décrire.

- Genre
- âge
- Lieu d'exercice
- Formation
- Pourcentage de personnes âgées dans votre patientèle

1) Que vous évoque le travail pluri-professionnel ?

2) A propos de votre expérience dans le cadre du protocole de coopération avec une infirmière formée dans le repérage de la fragilité, que pouvez-vous me dire ?

Souvenez-vous d'un patient précis : quelle situation a fait qu'il a intégré le protocole ? comment cela s'est-il passé ? qu'avez-vous fait ? dit ? ressenti ? ...

3) A partir de cette expérience, qu'est-ce que ce protocole a changé dans votre pratique quotidienne ?

4) Selon vous, quelles seraient les améliorations à apporter à ce protocole de coopération ?

5) Quelles autres tâches déléguez-vous aux infirmières ou à d'autres professionnels de santé ?

6) Qu'est-ce que le travail coopératif avec l'infirmière a modifié dans le regard que vous portez sur le concept même de fragilité ?

Je vous remercie pour votre participation et pour le temps que vous m'avez accordé.

## Annexe 16 : Formulaire de consentement

Cette étude a pour objectif d'évaluer les changements dans la pratique des médecins généralistes qui s'investissent dans un travail pluri-professionnel avec une infirmière formée dans le repérage de la fragilité chez les personnes âgées en Occitanie.

Dans ce contexte socio-démographique de vieillissement de la population et d'accroissement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, le dépistage précoce de la fragilité est devenu un axe majeur pour un vieillissement réussi.

Pour obtenir une meilleure coordination des professionnels de santé, l'ARS a mis en place un protocole de coopération permettant à une infirmière libérale de diagnostiquer précocement le syndrome de fragilité de la personne âgée et d'initier rapidement sa prise en charge afin de maintenir l'autonomie de la personne âgée.

Nous allons aborder ensemble vos représentations sur le travail pluri-professionnel dans le cadre du repérage de la fragilité en soins primaires.

Les questions sont centrées sur votre expérience.

Les entretiens seront enregistrés par un dictaphone.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront retranscrites de façon confidentielle et anonymisée.

Les enregistrements seront détruits dès la transcription terminée.

Votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment.

Vous conservez le droit de rétractation, de modification ou de suppression de toutes données vous concernant.

Je vous enverrai si vous le souhaitez la transcription de cet entretien. Je vous propose également le retour des résultats de mon étude.

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

- Vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement
- Vous consentez à participer à cette étude
- Vous consentez à ce que les entretiens soient enregistrés
- Vous consentez à ce que les données recueillies par cette étude soient analysées de façon anonyme et publiées.

Fait à .....

Le

.....

Signature du/de la participant(e) :

## Serment d'Hippocrate

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'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 :** La réussite d'un bon vieillissement passe par la détection rapide de la fragilité qui est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs. Les médecins généralistes étant au cœur de la prise en charge de la personne âgée, le dépistage de la fragilité a tout son sens en médecine générale. Pourtant aucun des outils disponibles pour repérer la fragilité n'est validé pour s'intégrer dans leur travail quotidien. L'ARS Occitanie a autorisé la délégation de ce dépistage à des infirmières formées à travers un protocole de coopération. Nous avons donc réalisé cette étude pour évaluer les changements dans la pratique des médecins généralistes qui se sont investis dans un travail pluri-professionnel avec une infirmière formée dans le repérage de la fragilité chez les personnes âgées.

**Méthode :** Étude qualitative avec recueil des données par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes en Occitanie. Analyse des données par méthode phénoméno-pragmatique.

**Résultat :** L'utilisation du protocole de la fragilité permettait aux médecins généralistes d'obtenir une vision globale de l'état de santé de leurs patients âgés et d'optimiser leur prise en charge en élaborant un PPS en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Il présentait l'avantage d'être réalisé en ambulatoire et d'obtenir un gain de temps dans leur pratique. Les freins rencontrés étaient principalement administratifs et organisationnels. La délégation de tâches restait limitée et la relation de confiance envers les délégués était indispensable.

**Conclusion :** Ce protocole est facilement utilisable dans la pratique des médecins généralistes. Il permet une évaluation fiable de la fragilité par une infirmière qualifiée et une prise en charge personnalisée. Il doit être davantage connu pour couvrir le territoire et montrer son efficacité dans la prévention de la dépendance. La délégation de tâches reste à définir dans le contexte actuel de pénurie médicale.

**Mots-clés :** Personnes âgées, fragilité, perte d'autonomie, dépistage, protocole de coopération, médecine générale, travail pluri-professionnel, soins de santé primaire.