

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sami BOUROUBI

Né le 05 mars 1987 à Bourges (18)

TITRE

Personnes âgées fragiles : représentations des médecins généralistes et gestion de la prise en charge en zone PAERPA

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : *Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'Adultes, Faculté de Médecine - Tours*

Membres du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, Professeur Emérite, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PU - Tours

Résumé

Contexte : Les projections démographiques montrent un accroissement du vieillissement de la population française dans les prochaines décennies. L'augmentation de la dépendance résultante engendrera des difficultés sur le système de santé. Une solution pour la retarder est de repérer les patients âgés fragiles grâce aux médecins généralistes.

Objectif : L'objectif principal était de connaître la représentation des médecins généralistes sur la fragilité de la personne âgée dans une zone PAERPA où ils ont été sensibilisés à ce concept. L'objectif secondaire était de déterminer leurs prises en charge des patients âgés fragiles.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés interrogeant des médecins généralistes installés en territoire PAERPA du département d'Indre-et-Loire. Neuf médecins ont participé aux entretiens ayant permis d'atteindre la suffisance des données.

Résultats : La population âgée fragile vivant à domicile était décrite comme hétérogène. C'était un continuum allant des premières difficultés à l'état de dépendance compensée par les aides mises en place. La fragilité était un équilibre précaire, un état dynamique, non linéaire et pouvait remettre en cause le maintien à domicile suite à un événement stressant. Certains facteurs cités soulignaient son caractère global, comme l'âge, les pathologies chroniques, la polymédication, les chutes, la perte de poids, l'isolement, les difficultés sociales et économiques. Le repérage était basé sur l'intuition du médecin généraliste grâce à la connaissance de ses patients. La prise en charge était personnalisée, négociée et anticipée avec le patient malgré les difficultés rencontrées. Ces dernières étaient principalement liées aux refus des interventions par les patients, lié à l'entourage et à la disponibilité du praticien. Le PAERPA favorisait le travail en réseau avec les professionnels de santé de proximité.

Conclusion : La représentation des médecins généralistes se rapprochait du modèle d'accumulation des déficits de Rockwood. Ils étaient engagés dans la prise en charge malgré les difficultés. Sensibiliser davantage les médecins ainsi que leurs patients âgés à ce concept pourrait permettre de réduire l'impact de la dépendance sur notre société.

Mots-clés : personne âgée fragile, dépendance, médecine générale, soins à domicile, gestion des soins aux patients

Abstract

The frail elderly : representation of general practitioners and care management in PAERPA area

Background : Population projections show an increase in the aging of the French population in the next few decades. The resulting growth in disability will create difficulties for the health system. One way to delay it is to identify frail elderly patients through general practitioners.

Aim : The main objective was to know the representation of general practitioners on the frail elderly in an area (PAERPA area) where they have been sensitized to the state of frailty. The secondary objective was to determine their care managements of frail elderly patients.

Method : A qualitative study conducted by semi-structured individual interviews asking general practitioners established on PAERPA area of the department of Indre-et-Loire. Nine physicians participated having allowed to reach the data saturation.

Results : The frail elderly living at home was described as heterogeneous. It was a continuum from the first difficulties to the state of dependence compensated by the help provided. Frailty was a precarious balance, a dynamic, nonlinear state and could call into question home care following a stressful event. Some factors mentioned highlighted its global nature such as age, chronic diseases, polypharmacy, falls, weight loss, isolation, social and economic difficulties. The identification of frailty was based on the physician's clinical sense thanks to the knowledge of his patients. The care management was personalised, negotiated and anticipated with the patient notwithstanding various difficulties. The latter were mainly related to refusal of care by the patients, related to the family and the availability of the physicians. The PAERPA device promoted networking with community health professionals.

Conclusion : The representation of general practitioners was close to the accumulation of deficits approach. They were committed in the care management despite difficulties. Raise physicians and their elderly patients awareness of this concept could help to reduce the impact of disability on our society.

Keywords : frail elderly, disability, general practice, home nursing, patient care management

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD –
P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T.
CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L.
GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....Médecine légale
 ROUMY JérômeBiophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET BénédicteNéphrologie
 TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
 BOREL Stéphanie.....Orthophonie
 DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
 MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
 PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
 RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
 SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
 ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
 GOUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
 GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
 MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
 PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
 SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
 GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
 PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
 MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur CAMUS, Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame la Professeure LEHR-DRYLEWICZ, Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur FOUGERE, Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury afin de juger mon travail et de bénéficier de votre expertise. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur ROBERT, Pour l'honneur de m'avoir encadré tout au long de cette thèse et d'être membre de mon jury. Merci de votre patience, de votre disponibilité, de votre réactivité et de vos précieux conseils pendant cette période. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A tous les médecins généralistes, ayant accepté de participer aux entretiens, sans qui ce travail n'aurait été possible.

A tous mes maîtres de stage, Dr BON-MENET, Dr DE BONNEVAL, Dr COURET, Dr CANAULT, Dr HANSEN, Dr LAZAREVITCH, à mon ancien tuteur, Dr RUIZ et aux nombreux médecins que j'ai croisé pendant ma formation. Merci de m'avoir apporté votre savoir-faire. Mention particulière pour Patrick qui m'a donné l'idée d'étudier ce thème et de m'avoir apporté son aide.

A tous mes anciens co-internes et camarades de promotion, ils se reconnaîtront.

Au Dr REGNIER, merci pour la relecture de ma thèse.

A Valérie, merci pour ta patience pendant ta relecture consciencieuse de ma thèse.

A Xavier, mon binôme depuis des lustres. Merci pour tous ces moments, de ta fidélité et de ta relecture de ma thèse.

A mon frère, Karim, pour tous les moments passés ensemble et pour ta relecture de la thèse bien sûr.

A mes parents, pour tout ce que vous avez réalisé jusqu'à maintenant. Un grand Merci !

A Asmae et Yanis, ma précieuse petite famille qui m'apporte de la joie à chaque instant. Mention spéciale à Asmae, mon épouse, pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années. Merci de m'accompagner à faire ce long périple !

Liste des abréviations

ADL : Activities of Daily Living = Activités de la vie quotidienne

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de SANTé Libéral En Equipe

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CES-D : Center for Epidemiologic Studies–Depression scale = échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques (de l'Institut National de Santé Mentale des Etats-Unis).

CHS : Cardiovascular Health Study

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSHA : Canadian Study Health of Ageing

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DU : Diplôme Universitaire

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

FAP : Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care = prévention de la Fragilité de la maladie d'Alzheimer en soins Primaires

FI : Frailty Index = indice de fragilité

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool = Outil de Repérage de la Fragilité du Gérontopôle

HAD : Hôpital à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière ou infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PAERPA : Parcours des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SPRINT-T : Sarcopenia and Physical fRailty IN older people : multi-component Treatment strategies = Sarcopénie et fragilité physique chez les personnes âgées : stratégies de traitement multi-domaines

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Table des matières

Introduction	13
Matériel et Méthodes	16
1. Type de l'étude	16
2. Population étudiée et recrutement	16
3. Recueil des données	16
4. Analyse des données	17
Résultats	18
1. Echantillon	18
2. Résultats	18
2.1. Définition de la fragilité	18
2.2. Repérage de la fragilité	19
2.3. Prise en charge de la fragilité	20
2.3.1. Personnalisée	20
2.3.2. Négociée	21
2.3.3. Anticipée	21
2.3.4. Les différents participants	21
2.4. Difficultés exprimées par les médecins généralistes	22
2.4.1. Le repérage de la fragilité	22
2.4.2. La disponibilité du médecin généraliste	23
2.4.3. Le refus des interventions par la personne âgée	23
2.4.4. Avec l'entourage	24
2.4.5. Avec le milieu hospitalier	26
2.4.6. Autres éléments évoqués par les médecins généralistes	26
2.5. Le PAERPA	26
2.6. Les attentes des médecins généralistes pour l'avenir	27
Discussion	29
1. La représentation des médecins généralistes de la fragilité des personnes âgées dans une zone sensibilisée à ce concept	29
1.1. Résumé des résultats	29
1.2. Deux modèles de fragilité prédominants utilisés par les sociétés savantes gériatriques	29
1.3. Comparaison de nos résultats avec les concepts définis par les sociétés de gériatrie	31
1.3.1. Concept	31

1.3.2. Les critères de la fragilité	32
1.3.3. Confusion entre dépendance et fragilité	33
1.3.4. Repérage de la fragilité	34
2. La gestion de la santé des patients fragiles par les médecins généralistes	36
2.1. Des médecins généralistes impliqués	36
2.2. Le réseau de proximité et l'entourage	36
2.3. Difficultés	38
2.3.1. Activité chronophage	38
2.3.2. Le patient et l'entourage	39
2.3.3. Relation avec l'hôpital	40
3. Forces et limites	41
Conclusion	42
Bibliographie	43
Annexe 1	51
Annexe 2	52
Annexe 3	53

Introduction

En 2013, selon l'INSEE, la France comptait 65,7 millions d'habitants. Selon les dernières projections, la population française comptera 76,5 millions d'habitants en 2070. Cette croissance concerne essentiellement les personnes de 75 ans ou plus (presque les trois quarts de la hausse totale soit 7,8 millions). Cette catégorie d'âge représentera 13,7 millions de personnes en 2070, soit 17,9% de la population totale. Ce phénomène est essentiellement dû à l'intégration des générations nombreuses issues du baby-boom parmi les 65 ans ou plus, soit jusqu'en 2039. A cette date, la France comptera alors 1 habitant sur 4 de 65 ans ou plus (18 % de la population en 2013) (1). En région Centre Val-de-Loire, 2 habitants sur 10 avaient 65ans ou plus en 2013 ; ils seront 3 sur 10 en 2050 (2).

Le vieillissement de la population est la résultante de la baisse durable de la mortalité infantile et de la baisse de la mortalité dans la population âgée. Cette dernière a été réelle dans la deuxième moitié du XXème siècle (3). Cependant, la durée de l'espérance de vie n'est pas équivalente à celle de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), c'est-à-dire du nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre en bonne santé. Cette différence est marquée en France, de plus de 10 ans chez les hommes et de plus de 15 ans chez les femmes (4). Il semble que ces 10 dernières années soient marquées par une poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie contre une stabilité de l'EVSI (5,6). En conséquence, les prévisions montrent une augmentation de l'incidence de la dépendance, passant de 1,2 millions de personnes âgées dépendantes en 2012 à 1,9 millions en 2040, puis à 2,3 millions en 2060 (7).

Cette évolution démographique pose des questions nouvelles sur la prise en charge de la dépendance, notamment au niveau de l'organisation des soins (8) et sur le financement des dépenses de santé qui sont attendues en hausse (9,10). Le vieillissement étant un processus irréversible, un des objectifs de santé publique serait d'allonger l'EVSI en retardant le déclin fonctionnel des individus et de ce fait l'entrée dans la dépendance (10,11).

La pratique quotidienne nous montre chaque jour que la population âgée est hétérogène. Trois groupes de populations sont classiquement décrits : les personnes âgées dites « robustes », en bonne santé et autonomes ; les personnes âgées « malades », dépendantes, en raison de comorbidités chroniques évoluées et une population intermédiaire dite « fragile ». Les personnes fragiles présentent des limitations fonctionnelles et sont à risque de devenir dépendantes (12). Le repérage de ces dernières, encore autonomes dans les activités de la vie quotidienne, est indispensable pour éviter le basculement vers la dépendance (13). C'est pourquoi la notion de fragilité est de plus en plus étudiée.

La Société Française de Gériatrie et de Gériatrie (SFGG) a proposé en 2011 la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible. » (14). Néanmoins, il n'y a pas, à ce jour, de consensus universel sur sa définition ni sur les critères permettant le diagnostic (15). De nombreux modèles ont été développés depuis les années 2000. Deux approches sont plus fréquemment citées dans la littérature médicale. Le premier modèle dit phénotype physique de Fried *et al* (16) analyse essentiellement les performances physiques. Il s'appuie sur le modèle physiopathologique du

cycle de la fragilité. Il est indépendant des comorbidités. Le deuxième modèle dit multidomaine, développé par Rockwood *et al* (17,18), repose sur une approche cumulative des pathologies et des dépendances. La fragilité est mesurée par le Frailty Index (FI), indice de fragilité, qui est déterminé par une liste d'items à thématique gériatrique (19).

Plusieurs arguments plaident en faveur de la détection de la fragilité chez le sujet âgé en pratique clinique. Premièrement, c'est une population répandue. Selon la définition retenue, elle représente 15% de la population âgée de plus de 65 ans en France et 17% en moyenne en Europe en 2005 (20). Plus récemment, une revue systématique de la littérature a montré qu'en moyenne 10,7% de la population âgée était fragile (21). Deuxièmement, elle constitue un facteur prédictif négatif sur la santé et expose à un risque plus élevé de chutes, d'incapacité fonctionnelle, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès (16,22,23). Troisièmement, l'état de fragilité est potentiellement réversible en cas d'interventions ciblées (24–26). En conséquence, l'intérêt de repérer de façon précoce la fragilité chez les personnes âgées est notable dans la population générale, d'où l'implication des professionnels de santé en ambulatoire (27). En effet, les soins de santé premiers ont pour caractéristiques d'être le premier niveau de contact avec le système de santé et d'être présents au plus proche des lieux de vie des patients (28). De plus, le médecin généraliste qui est un acteur structurant des soins premiers (29) possède de nombreuses compétences pour réaliser ce repérage (30).

Des outils de repérage ont donc été créés dont celui mis en place par le Gérotopôle de Toulouse : le Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) (31,32), un outil simple et rapide. Il a été conçu pour être utilisé par les médecins généralistes et il est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) (33). Les médecins généralistes peuvent réaliser une évaluation de leurs patients âgés en prenant en compte leur lieu de vie. Ils sont considérés comme un maillon essentiel pour le dépistage (34). Cependant, il semble que le repérage ne soit pas encore réalisé de façon systématique (27). Plusieurs thèses récentes ont souligné qu'une part non négligeable de médecins ignoraient le concept de fragilité, que peu d'entre eux connaissaient la grille de repérage du Gérotopôle et qu'encore moins de médecins l'utilisaient dans leur pratique. Les freins évoqués étaient le manque de temps, de formation, de pertinence et d'intérêt pour le sujet. Les médecins généralistes repéraient les patients âgés fragiles selon une méthode plus subjective, grâce à la relation qu'ils ont nouée au cours des années, grâce à leurs observations et à leurs ressentis lors des consultations (35,36). Dans la région de Nice, partant du constat que l'activité des soins de la fragilité de la personne âgée était faible au CHU à cause d'un faible recrutement, une thèse évoquait le fait que les patients comme les médecins généralistes étaient peu sensibilisés à la fragilité (37). Un travail de thèse original, s'intéressant à la représentation de la fragilité auprès de médecins généralistes du Rhône et de la Drôme en 2013, avait montré qu'ils confondaient la fragilité avec des situations cliniques de dépendance et demandaient une collaboration plus importante avec les acteurs médico-sociaux pour améliorer la prise en charge des sujets fragiles (35).

Le dispositif PAERPA, pour parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie, est un projet qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus, autonomes ou non, dont l'état est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Centré sur les besoins et promouvant l'approche personnalisée, ce modèle doit concourir à faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût. Ce modèle a donc pour finalité d'accroître la pertinence, la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, grâce à la coordination des différents acteurs, et ainsi d'améliorer sur un plan individuel leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficacité de leur accompagnement. Certains territoires ont été désignés par le

Ministère de la Santé pour commencer l'expérimentation de ces nouveaux modes d'organisation des soins dès 2013. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Centre-Val de Loire assure le pilotage territorialisé dans le sud-est du département de l'Indre-et-Loire, avant une extension partielle au reste du département en 2016 puis totale en 2017 (38,39).

L'objectif de cette thèse est de connaître la représentation des médecins généralistes sur la fragilité des personnes âgées dans une zone sensibilisée à ce concept. L'objectif secondaire est de déterminer comment les médecins généralistes gèrent la santé de leurs patients fragiles.

Matériel et Méthodes

1. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Indre-et-Loire dans le territoire pilote PAERPA. L'enquête qualitative est particulièrement appropriée pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus. Elle permet de comprendre le point de vue des personnes étudiées, qui déterminent et orientent leurs conduites.

2. Population étudiée et recrutement

La population étudiée était composée de médecins généralistes en activité et installés dans le département de l'Indre-et-Loire, dans un territoire pilote PAERPA. L'originalité de ce travail était de recruter des médecins généralistes formés par l'ARS de la région Centre-Val de Loire dans le cadre du PAERPA donc sensibilisés a priori au concept de fragilité des personnes âgées.

L'enquêteur avait récupéré les coordonnées des 25 médecins généralistes ayant participé à au moins une de ces formations jusqu'en janvier 2017.

Nous avons réalisé un échantillon raisonné afin d'avoir la plus grande diversité d'opinions possible sur ce thème. Pour obtenir ce résultat, les caractéristiques suivantes ont été utilisées : l'âge, le sexe, la durée d'installation, le mode et lieu d'exercice, une éventuelle formation complémentaire des praticiens.

3. Recueil des données

Dans un premier temps, les médecins généralistes étaient contactés par téléphone. L'enquêteur se présentait en tant que médecin remplaçant et demandait leur accord pour participer à un entretien concernant une thèse autour du maintien des personnes âgées à domicile, d'une durée variant de 30 à 45 minutes. Une fois l'accord donné, l'ensemble des entretiens étaient réalisés aux cabinets médicaux des médecins par l'enquêteur.

Avant de les débiter, il était rappelé que les entretiens seraient enregistrés et les données anonymisées pour recueillir un discours le plus libre possible, sans aucun jugement porté par l'enquêteur.

Ces données anonymisées faisaient l'objet d'une déclaration à la CNIL n°2056280 v 0. Nous avons réalisé un engagement de conformité (déclaration normale).

Un guide d'entretien a été conçu avec le directeur de thèse à partir de la littérature portant sur la fragilité de la personne âgée en soins premiers. Il a été modifié après le premier entretien pour favoriser la richesse des réponses sur la thématique de la fragilité à partir d'une situation vécue. Il s'agissait d'aborder en début d'entretien les difficultés rencontrées par les médecins généralistes envers leurs patients âgés fragiles vivant à domicile.

Ce guide était constitué de 5 parties : une question « brise-glace » pour mettre en confiance le médecin généraliste par la description d'une situation qu'il avait vécue puis de 4 parties

axées sur la définition de la fragilité, son repérage, sa prise en charge et pour conclure sur les attentes des médecins afin d'améliorer la gestion de la santé des personnes âgées fragiles. La taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données. Les entretiens ont été menés entre le 02/03/2017 et le 17/07/2017.

4. Analyse des données

L'écoute des bandes sonores et la retranscription des propos ont été travaillées à l'aide des logiciels Express Scribe® v 6.01 et Microsoft Word 2016® après chaque entretien. Les retranscriptions et le journal de bord ont été analysés de manière inductive selon les différentes étapes de la théorisation ancrée. Le codage ouvert et axial ont été réalisés de manière parallèle par l'enquêteur à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016®. Chaque entretien a été codé séparément à la fois par le rédacteur et par son directeur de thèse, puis une mise en commun a été réalisée pour une triangulation des données.

Résultats

1. Echantillon

Neuf médecins ont accepté de participer à l'étude, 3 ont refusé, 2 médecins ont déménagé, 2 n'ont jamais donné de réponse après contact auprès de leur secrétariat, un médecin était parti à la retraite et un médecin a été contacté sans confirmation de rendez-vous.

Neuf entretiens ont été réalisés d'une durée moyenne de 42 minutes. La moyenne d'âge était de 44,5ans. Il y avait 5 femmes et 4 hommes (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes

	Âge	Sexe	Durée d'installation (au moment de l'entretien)	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Formation complémentaire
Médecin 1	38 ans	M	5 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Non
Médecin 2	39 ans	F	7 ans	MSP	Semi rural	Psychothérapie
Médecin 3	68 ans	F	34 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Non
Médecin 4	33 ans	F	2 ans 5 mois	MSP	Rural	Chef de clinique assistant
Médecin 5	35 ans	M	2 ans 4 mois	Cabinet de groupe	Semi urbain	Non
Médecin 6	51 ans	F	5 ans (20ans de remplacement)	Individuel	Urbain	DU nutrition, homéopathie, hypnose
Médecin 7	30 ans	M	1 an	MSP	Rural	Non
Médecin 8	45 ans	F	11 ans	Individuel	Rural	Urgence
Médecin 9	62 ans	M	33 ans	MSP	Rural	Capacité de gériatrie, (activité mixte libéral et salarié en SSR)

2. Résultats

2.1. Définition de la fragilité

Les médecins généralistes interrogés définissaient la fragilité d'une personne âgée comme un équilibre précaire du maintien à domicile. La fragilité pouvait remettre en cause la viabilité de ce maintien parce que la personne âgée fragile était plus sensible au changement, de quelque nature que ce soit. « On sent que s'il y a le moindre changement, et ben ça va plus du tout tenir [le maintien à domicile], enfin suivant dans quel sens on va faire le changement. Soit, ça va être le changement qui va venir par la dégradation du temps et ça [ne] va pas tenir d'autant plus dans tout ce qui est un peu démence tout ça, c'est souvent par palier et donc on sait que ça va devenir d'un coup pas bien. » (E4)

C'était le reflet de l'autonomie de la personne âgée et de son état de santé qui pouvait rapidement se détériorer à la suite d'un stress. *« S'il y a un épisode aigu, s'il y a quelque chose, ça peut dégénérer. » (E2) « C'est un château de carte et s'il y a le moindre coup de vent ça va partir en cacahouètes. » (E4) « C'est la perte d'autonomie. » (E3)*

L'apparition du changement, qui pouvait remettre en cause le maintien à domicile, était jugée imprévisible ce qui pouvait surprendre les médecins généralistes. *« On est surpris par le fait que les patients soient relativement résiliant dans le maintien à domicile. » (E5)*

Cela obligeait le médecin généraliste à être vigilant à chaque consultation pour repérer des signes d'une perte d'autonomie voire d'une évolution vers la dépendance. *« Sinon la plupart de mes patients qui ont 60, 70 ans ils sont en pleine forme donc euh... Eux pour l'instant, il commence à être dans la catégorie euh, on va dire voilà à surveiller. » (E6)*

La fragilité était un continuum. Elle formait un ensemble continu sans transition précise allant de deux extrêmes. Cela allait du repérage des premières difficultés au maintien à domicile jusqu'à l'état de dépendance compensé par des aides. *« Ça regroupe tellement de situations différentes. » (E5) « Ils avaient tous les critères de fragilité mais ils étaient, oui on peut dire autonomes si on veut parce qu'ils faisaient encore leur manger ou on leur amenait le repas ou ils avaient une aide de vie mais que deux fois par semaine... » (E8) « Il était très, très dépendant de sa femme en fait, donc il était fragile. » (E7)*

Plusieurs facteurs étaient cités pour pouvoir définir un patient âgé comme fragile, notamment un âge élevé : *« Moi je parle des vraies personnes âgées qui ont 90 ans, 95 ans. » (E1)*, les pathologies chroniques dont les troubles cognitifs : *« Je pense en particulier à une dame qui habite pas très loin d'ici qui a une DMLA (qui) s'aggrave, s'aggrave, s'aggrave. En fait, on s'aperçoit qu'elle fait des erreurs dans le traitement et des choses comme ça voilà parce que... ça devient difficile. » (E6)*, la polypathologie : *« Ce patient est fragile parce qu'il a pas mal de pathologies assez graves. » (E2)*, la polymédication : *« Ça fait partie des critères de fragilité aussi, c'est le traitement, la iatrogénie. » (E2)*, les chutes ou ses facteurs de risque : *« Il est fragile parce qu'il [...] faisait déjà des chutes, il marchait déjà très, très mal. » (E8)*, la perte de poids : *« Donc de voir que quelqu'un a perdu du poids et qu'il ne l'a pas fait exprès. » (E6)*

L'état médical ne représentait qu'une partie de la fragilité selon la définition des médecins généralistes. C'était une notion globale à laquelle il fallait intégrer une dimension sociale et économique. La fragilité était évoquée devant des difficultés sociales, en rapport avec l'isolement de la personne âgée : *« Une fois qu'ils sont tout seuls, déjà pour moi, voilà, c'est un point de fragilité potentiel parce [...] qu'il n'y a pas l'autre pour soutenir. » (E6)* et devant des difficultés pécuniaires. *« C'est-à-dire que si les gens te disent qu'ils ont du mal à boucler les fins de mois avec leurs retraites, que ça [ne] se passe pas bien à la maison enfin ainsi de suite. » (E5)*

2.2. Repérage de la fragilité

Cette définition ne rendait pas l'utilisation d'une grille de repérage de la fragilité pertinente. *« C'est pas suffisant, en tout cas pour moi, pour déterminer s'il y a une fragilité. » (E2)* Au contraire, celui-ci était basé sur l'intuition du médecin généraliste où l'expérience prévalait. *« C'est-à-dire qu'il y a des choses que je fais de façon assez intuitive. C'est le fameux « good feeling » ... Mais je n'utilise pas un outil de repérage, un questionnaire, un truc, je n'utilise pas un outil particulier en fait. » (E2) « Après c'est plus l'expérience enfin... un*

ensemble de choses que j'ai engrangé [...] où quand les gens te racontent l'histoire ça allait bien jusqu'au moment où ça allait plus. » (E2)

Connaître son patient âgé de longue date renforçait ce repérage intuitif grâce à la reconnaissance de faits inhabituels comme une augmentation de la fréquence des consultations : « *On a le recul de 10, 15 ans, 20 ans pour voir comment ils évoluent. » (E9)* « *Et puis on consulte pour x raisons plus fréquemment et ça c'est, pour moi, des signes d'alerte. » (E1)*, la difficulté à réaliser les tâches de la vie quotidienne : « *Des problèmes [...] où on sent que la maison... Ce n'est pas forcément facile que le ménage soit fait, que la toilette soit faite. » (E4)*, une impression globale du patient qui était modifiée : « *Quand vous voyez que les gens habillent dimanche avec lundi et qu'ils font plus attention, ils s'en fichent » (E6)*, les troubles cognitifs. « *Et puis on voit bien s'il y a un changement de comportement par rapport à ce qu'il y avait avant. » (E9)*

Le repérage était réalisé systématiquement pour surveiller l'évolution dans le temps de la personne âgée. « *C'est quelque chose que je fais à chaque fois que je les rencontre. A chaque fois, je réinterroge sur comment ça se passe à la maison [...] comment vous vous débrouillez. Qu'est-ce que vous faites ? » (E2)* Les visites à domicile pouvaient servir à confirmer l'intuition d'une fragilité chez une personne âgée. « *C'est plus quand je commence à me dire : « Ah, là, j'irais bien regarder à domicile pour voir ce qu'il se passe. » (E4)*

Le médecin généraliste n'était pas seul pour effectuer ce travail. Les autres professionnels de santé ainsi que l'entourage de la personne âgée y contribuaient. « *Il y a la famille aussi qui nous aide, qui nous dit : "Moi j'ai l'impression que ça dégringole, qu'est-ce que vous en pensez ? » (E6)* « *Les infirmiers qui nous disent [...] tu [ne] pourrais pas aller regarder parce que, il a ça et ça. » (E3)*

Ces acteurs permettaient d'anticiper le repérage de la fragilité notamment lorsque les professionnels de santé travaillaient de façon coordonnée. « *Le fait de pouvoir travailler facilement et de façon fluide avec les paramédicaux, ça permet de repérer des problèmes bien plus tôt que, enfin, bien plus tôt que si l'on voyait les gens en consultation. » (E5)*

2.3. Prise en charge de la fragilité

Dès le repérage de la fragilité, les médecins généralistes estimaient nécessaire une intervention. Il fallait d'abord l'évoquer avec la personne âgée et/ou sa famille puis instaurer les aides dont avait besoin le patient.

Ce qui était commun parmi la prise en charge des médecins généralistes interrogés, c'était qu'il fallait recueillir l'adhésion du patient âgé. La prise en charge était personnalisée, négociée et anticipée.

2.3.1. Personnalisée

Les médecins généralistes adaptaient les aides aux besoins exprimés par la personne âgée : « *D'essayer de discuter avec lui, est ce qu'il [ne] serait pas intéressé pour faire un peu de kiné [...] ou pour mettre en place ce qu'il a déjà entendu parler par exemple de présence verte. » (E7)*, pour identifier son projet de vie. « *Le projet que vous avez envisagé dans votre vie à vous c'est-à-dire rester chez vous mais par contre, cela se travaille en fait. » (E2)* La personne âgée doit être d'accord avec ce qu'on lui propose. « *Il faut que ce soit avec lui, qu'il adhère au projet. » (E6)*

Les principales mesures sont en rapport avec l'organisation des aides : *« J'avais essayé d'organiser en amont le retour à domicile avec sa femme [...] j'ai proposé en fait un certain nombre de choses pour l'aménagement du domicile, les aides ménagères etc. [...] j'ai géré toute la semaine de sortie par téléphone avec les infirmières... »* (E2), la réduction des facteurs de risque de chute comme l'aménagement du domicile : *« Il faut aménager parce que là, c'est un territoire dangereux la salle de bain pour la personne âgée. »* (E6) et les divers certificats médicaux notamment pour obtenir des aides financières. *« Première chose, c'est de faire le formulaire de demande d'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) pour que les aides soient financées. »* (E5)

2.3.2. Négociée

La prise en charge personnalisée résultait d'un compromis entre ce que souhaitait le patient et les propositions du médecin généraliste. *« Souvent il faut négocier quand on veut les envoyer à l'hôpital ou mettre des choses en place, souvent il faut négocier avec les patients. »* (E5)

Ce dernier essayait de le convaincre de prendre des décisions en l'aiguillant vers les plus appropriées pour le maintien à domicile sans le contraindre car celui-ci risquait alors de refuser toute aide. *« Enfin c'est une discussion entre ce qui me semble moi urgent et ce qui [...] pour le patient est acceptable... Pour ensuite venir sur la chose qui semble plus, plus importante. »* (E7) *« On [ne] peut rien faire contre lui. »* (E6)

Un élément important de la négociation était d'introduire les aides progressivement dans le temps selon l'acceptation du patient et de l'entourage. *« On va mettre un truc à la fois, alors c'est quoi vos nécessités, quelle est la priorité ? »* (E2) *« Enfin l'ensemble est de ne pas tout mettre en même temps. »* (E4)

2.3.3. Anticipée

La prise en charge était très précoce. Dès le repérage des premiers signes de fragilité, les médecins généralistes essayaient d'anticiper, en commençant par expliquer au patient et à son entourage la situation sur les facteurs de fragilité repérés, en ayant comme objectif de prolonger le maintien à domicile. *« Dès qu'on sent une difficulté... Apparaître, qui va apparaître, il faut tout de suite en parler. »* (E9) *« L'idée c'est d'aider [à] anticiper ça avec les familles et les patients en disant ok là c'est bien, ça se passe bien, tout va bien mais moi mon idée c'est que ça continue comme ça et ça les gens ils l'entendent complètement en plus. »* (E2) La formalisation par écrit de ce que l'on proposait au patient via le plan personnalisé de santé (PPS) du dispositif PAERPA pouvait aider cette démarche. *« Cela montrera qu'on a fait une synthèse, qu'on a essayé de faire des choses. »* (E8)

Convaincre le patient âgé d'agir obligeait le médecin généraliste à répéter son discours dans le temps. *« Il faut parler longtemps d'une aide-ménagère avant d'arriver à ce qu'il accepte l'aide-ménagère, hein. Il faut commencer à les prévenir longtemps avant... Qu'il va falloir, euh, envisager ça. »* (E9)

2.3.4. Les différents participants

La fragilité de la personne âgée était une notion globale qui nécessitait une intervention pluridisciplinaire apportée par le réseau de proximité du médecin généraliste. On

notait une place importante des infirmières ou infirmiers (IDE) qui étaient souvent sollicités par les médecins généralistes. La pluridisciplinarité était la règle. *« On avait mis en place tout un réseau de travail en équipe avec les kinés, les infirmières du secteur, on a pris un peu des relations avec les assistantes sociales... Et puis on est en lien avec les pharmaciens. » (E4) « Il y a les infirmières, hein, qui font beaucoup. » (E9)*

La communication entre professionnels de santé, sous forme de réunion ou de façon informelle était un élément essentiel pour organiser les soins à domicile. En effet, chaque intervenant pouvait apporter de nouveaux éléments pouvant aider à améliorer la prise en charge et ainsi assurer le suivi du patient âgé. Les prises de décisions étaient souvent collégiales. *« J'essaye souvent d'appeler, d'avoir une communication entre l'infirmière et le pharmacien donc cela se passe, c'est une décision entre guillemets collégiale. » (E1) « Nous, on a sur la structure ce qu'on appelle des réunions de coordination, où tous les mois on se réunit, donc tous les professionnels...de santé du bâtiment et on discute des cas qui posent problème. » (E7) « Le pharmacien, enfin l'autre professionnel de santé sait que moi j'aime bien quand il m'envoie des messages... Parce que ça me permet de mieux travailler. » (E2) « Les pharmaciens aussi [...]Parce que nous, on prescrit mais on [ne] sait pas forcément ce qui est délivré, ce qui est pris... De discuter ensemble, de se rencontrer c'est vraiment un plus dans le suivi. » (E2)*

Une assistante sociale était sollicitée dès que le médecin était face à une fragilité d'ordre sociale. *« Souvent je leur propose assez rapidement de voir l'assistante sociale. » (E4)*

En cas de situations urgentes ou complexes, l'hôpital pouvait être un recours. *« S'il n'y a pas d'urgence réelle, euh, je peux, mais [dès] qu'il y a un bilan médical à faire compliqué, qu'il y a un problème de maintien à domicile... Euh, je peux appeler les services de médecine pour prévoir une place quelques jours après mais pas engorger les services d'urgences. » (E8)*

La famille participait aussi au maintien à domicile, surtout lorsque le sujet était dépendant. Son rôle était d'assurer le suivi, de réaliser les démarches médico-sociales, de mettre en place les aides à domicile, de faire les aménagements du logement et de dialoguer avec le médecin généraliste pour adapter la prise en charge si nécessaire. *« Sa compagne gérait ses médicaments. » (E7) « Elle a un entourage familial qui est présent, qui vient la voir régulièrement. » (E5) « Le fils l'a fait rentrer à la maison en aménageant le domicile... Et en mettant des aides de vie à domicile. » (E8) « C'est souvent à eux de faire les démarches. » (E4) « On a discuté avec elle et sa famille de, d'aller au moins en foyer pour personnes âgées pour qu'elle [ne] soit pas toute seule. » (E6)*

Ces différents éléments permettaient une prise en charge globale de la fragilité de la personne âgée, avec son accord.

2.4. Difficultés exprimées par les médecins généralistes

2.4.1. Le repérage de la fragilité

Les patients pouvaient masquer cette fragilité. *« C'est intéressant comme, voilà, comment repérer la fragilité des gens... Parce qu'ils nous la masquent. Les gens sont fiers. » (E6)*

Ne pas réaliser de visites à domicile, ou les restreindre, avait comme conséquence de repérer plus tard la fragilité donc à un stade plus avancé. *« On limite de plus en plus les visites à*

domicile, bah on voit ceux qui sont déjà en perte d'autonomie, pas ceux qui potentiellement vont avoir une perte d'autonomie. » (E4)

2.4.2. La disponibilité du médecin généraliste

L'ensemble des actions de maintien à domicile de la personne âgée était chronophage. Réaliser une prise en charge personnalisée, négociée, anticipée donc convaincre son patient âgé d'accepter les aides comme décrit au chapitre précédent prenait du temps. *« C'est un vrai souci [...] de la médecine générale au quotidien, de la personne âgée... Parce que ça, en effet cela prend du temps, c'est chronophage tout ça. » (E1) « Il faut parler longtemps d'une aide-ménagère avant d'arriver à ce qu'il accepte l'aide-ménagère hein. Il faut commencer à les prévenir longtemps avant... Qu'il va falloir euh envisager ça. » (E9) « L'anticipation c'est un travail que je fais très régulièrement qui n'est jamais [...] rétribué à sa juste valeur (Rires)...C'est-à-dire [...] qu'on leur en parle, on leur fait des trucs, on reçoit la famille, on fait... Et à chaque fois, c'est toujours la même chose, euh on a beau, on a beau leur en avoir parlé, avoir appelé les EHPAD, avoir fait les trucs et euh, c'est toujours très, très, très compliqué. » (E5)*

C'était aussi une prise en charge chronophage au niveau médico-social, notamment en cas de difficulté rencontrée par le médecin généraliste et portant sur un problème social ou administratif, comme par exemple le cas de l'isolement d'une personne âgée. Ils jugeaient le système médico-social complexe car il entraînait des difficultés de communication. Trouver la bonne personne ressource pour faire avancer un dossier était difficile. *« Et puis il y avait une lourdeur administrative extrême. » (E4) « Quand la personne est assez isolée et que... Et qu'elle n'a pas un enfant pour l'aider dans ses démarches [...] par exemple pour monter un dossier de demande d'aide ou des choses de ce style là... C'est plus du domaine de l'assistante sociale. Si la personne ne sait pas [...] ça peut être un petit peu difficile. » (E7) « On a pris un peu des relations avec les assistantes sociales mais c'est compliqué parce que... Telle branche c'est pas la même assistante sociale tout ça, c'est très compliqué. » (E4) « Tous les trucs qu'on sait pas faire, qui prennent un temps fou. » (E5)*

Lorsque la prise en charge était complexe, chez des patients polypathologiques, cela demandait aussi beaucoup de temps médical. *« J'ai une dame qui a une maladie de Barlow au stade terminal, qui a passé l'heure de la chirurgie et qui fait des décompensations cardiaques, euh, très fréquentes, très difficiles à gérer parce qu'elle est en insuffisance rénale voilà. » (E3)*

2.4.3. Le refus des interventions par la personne âgée

Plusieurs explications à ce refus étaient évoquées par les médecins généralistes. Les personnes âgées fragiles pouvaient ressentir le passage d'une tierce personne à leur domicile comme une intrusion dans leur intimité, comme une ingérence dans leur vie. *« Ça peut arriver qu'ils acceptent et puis qu'au bout d'un certain temps cela soit insupportable pour eux d'avoir des gens qui rentrent et qui sortent de chez eux. Et c'est une ingérence dans leur vie et euh, ils mettent tout le monde à la porte. » (E6)*

Une personne âgée non impliquée, dans le déni, refusait les aides qu'elle estimait inutiles. Les médecins avaient des difficultés à faire un travail de prévention sur le sujet pour qu'elle puisse s'adapter à leur situation. *« Ça peut arriver que les gens n'acceptent pas l'aide qu'on veut leur proposer parce qu'ils se disent, je me débrouille très bien toute seule alors que c'est plus vrai*

objectivement. » (E6) « Les personnes âgées ont beaucoup d'idées préconçues comme ça. Elles sont incapables de s'adapter à un certain nombre de situations. » (E3)

La prise en charge proposée par l'hôpital sans accord véritable du patient était souvent refusée secondairement après le retour à domicile. Le médecin généraliste devait alors refaire le point avec le patient sur ce dont il avait besoin au niveau des aides à domicile après l'intervention de l'hôpital, ce qui était chronophage. « C'est pour ça que parfois quand les gens sortent [...] avec tout un tas de trucs, mettre en place ceci, mettre en place cela. Les gens nous disent : "Oh là là, moi j'en veux pas de ça, j'en veux pas de ça !" » (E6)

Le refus des aides pouvait également s'expliquer en cas de difficultés financières. « On [ne] peut pas... Il y a des gens qui ont de toutes petites retraites qui n'ont pas forcément les moyens de faire les travaux chez eux. » (E6)

Le médecin généraliste se trouvait dans une position délicate pour proposer des aides lorsqu'il ne connaissait pas le patient âgé. « Des fois c'est plus difficile [de mettre en place une prise en charge] parce que je suis, je suis extérieur [...] il n'y a pas la même relation ». (E9)

Dans certains cas, le refus des aides faisait perdurer, voire aggraver une situation de difficulté de maintien à domicile. Attendre, par défaut, la dégradation du maintien à domicile permettait de convaincre le patient et l'entourage d'accepter la prise en charge proposée, parfois via une hospitalisation. Cela constituait une prise de risque pour que le maintien à domicile puisse perdurer dans le temps. « On laisse un peu pourrir la situation jusqu'à ce qu'il y ait un épisode qui entraîne soit une hospitalisation, soit une prise de conscience par soit le patient soit par l'aidant, qui vraiment là, devient déconnant. » (E5) « En même temps j'espère qu'il va y avoir un petit coup de vent juste assez pour, euh, que ça [ne] le mette pas en danger ni lui ni sa femme mais que ça permette de débloquer la situation vis à vis des enfants. » (E4)

La personne âgée était en situation d'incertitude concernant son avenir à domicile. « On est surpris par le fait que les patients soient relativement résilients dans le maintien à domicile sans... Il y a toujours des surprises là-dessus donc après c'est, on décide un peu là-dessus en sachant qu'on n'a pas de boule de cristal pour déterminer l'avenir. » (E5)

2.4.4. Avec l'entourage

La famille était un maillon essentiel du maintien à domicile de la personne âgée (Cf. chapitre 2.3.4.). « Le premier c'est toujours la famille. » (E8) Son absence imposera une prise en charge sociale renforcée (Cf. chapitre 2.4.2.).

Dans certaines situations, elle rendait problématique la prise en charge donc difficile le maintien à domicile. Cela pouvait être le témoin de son inactivité : « Elle vit avec son fils, son fils ne s'en occupe absolument pas. Plutôt c'est son fils qui vit chez elle et il [ne] s'en occupe absolument pas. » (E3), donc de son manque d'implication dans la mise en place des aides : « C'est souvent à eux de faire les démarches donc on est dépendant d'eux pour les démarches [...] Et ce n'est pas moi qui vais ressortir les impôts, les... Tous les papiers administratifs des patients. Enfin, à un moment... C'est pas mon rôle... non plus. » (E4), voire du déni des proches vis-à-vis du membre de la famille en difficulté qui était souvent lui aussi dans le refus des aides : « Ses enfants, ils [ne] sont que dans l'écoute de cette volonté que rien ne change et pas du tout dans l'écoute du besoin que si on [ne] change rien ça va pas du tout aller mieux. » (E4) Elle pouvait aussi être absente par manque d'intérêt pour la personne âgée : « On a des familles qui sont absentes et qui en plus ne veulent même pas entendre parler des personnes âgées. » (E5), par un éloignement du domicile de la personne âgée. « Enfin il y a des choses, des conflits comme ça où les enfants sont très loin, ne s'occupent de rien. » (E6) Dans ce cas, la personne âgée était seule et il y avait nécessité d'avoir un volet social renforcé dans la prise en charge.

La famille pouvait avoir un comportement perturbateur dans la prise en charge c'est-à-dire qu'elle pouvait être en désaccord avec la personne âgée ou le médecin généraliste et gêner le bon déroulement du suivi. *« Je comprends leur démarche ils veulent euh gérer, intervenir, s'occuper de leur famille mais en fait c'est plutôt un rôle qui est, je trouve, néfaste en fait. » (E1)* *« Et puis, il y a les rapports avec les enfants, la famille... Des fois ça peut être un peu conflictuel parce que les enfants ont envie de quelque chose, les parents d'autre chose et voilà on se retrouve un peu pris entre deux feux parce qu'on n'a pas forcément... C'est pas toujours facile de voilà, de rester bien au milieu du gué et puis de, de s'occuper que de son patient et pas des désirs de la belle-fille ou du gendre. » (E6)*

De ce désaccord, la famille pouvait s'ingérer dans la prise en charge et semblait découvrir une situation qui ne répondait pas à ses attentes. Cela aboutissait à une requête pressante de mise en place des aides. *« Bah parfois ils arrivent un peu au dernier moment. On dirait des gens qu'on [ne] connaît pas ou qu'ils viennent de la part d'autres patients et puis il faut une solution tout de suite. » (E7)* *« On n'arrive pas à trouver des choses à adapter et donc on est sommé de faire quelque chose des fois contre notre...euh... notre volonté souvent. » (E1)*

Cette situation pouvait être mal vécue par la personne âgée et aboutir à précipiter le départ du domicile. *« Le fils a acheté un appartement près de chez lui sans rien demander à personne et il nous a fait partir les parents et le problème c'est que le père... Bah lui il [ne] voulait pas déménager, il était pas prêt... Il a fait des coups de fusils. » (E8)* *« Quand on est sommé comme ça, cela ne fait qu'accélérer le déclin de la patiente. Parce qu'elle prend conscience qu'elle ne peut plus rester à la maison et que là...euh c'est là qu'on voit que ... son état de santé décline. Quand le médical arrive quoi. » (E1).*

Le refus des aides constituait aussi un élément perturbateur et pouvait nuire au patient. *« Quand on leur dit d'un point de vue paramédical, social, de mettre des aides en place et qu'ils [ne] veulent pas. » (E8)*

Il était parfois difficile pour le médecin généraliste de convaincre la famille de sa prise en charge. *« Essayer de leur expliquer effectivement qu'elle pèse 35 kg, elle a 97 ans, qu'on [ne] va pas lui mettre une sonde nasogastrique, que si c'était ça qu'ils entendaient par, par « remplumer la, remplumer la vieille », c'était, c'était une sonde nasogastrique, c'était non. » (E5)* De ce constat, les médecins généralistes faisaient la distinction entre les familles présentes auprès de la personne âgée (étant un élément important dans le repérage et la prise en charge à domicile) et les familles peu ou pas concernées par la prise en charge, en général éloignées du domicile de la personne âgée. *« Il y a aidant et aidant...il y a deux types d'aidants. Il y a l'aidant proche qui vit avec et l'aidant éloigné et c'est souvent l'aidant éloigné qui est plus enquiquinant. Le proche qui vit avec, cela se passe souvent très bien. » (E1)*

L'aidant principal (conjoint(e), enfant(s)) tenait une place particulière dans la prise en charge. Il était souvent évoqué le refus des aides malgré leurs difficultés, perçues par le médecin généraliste ou déclarées par ces derniers. *« Même parfois l'aidant, il appelle à l'aide mais il refuse les aides. » (E7)* *« Elle dit qu'elle est fatiguée, qu'il faut qu'elle prenne soin, du temps pour elle mais quand je lui propose ça, elle dit : « Ah, bah mon mari [ne] va pas être d'accord, mon mari patate, mon mari patate. » (E7)*

Lorsque l'aidant était défaillant de façon brutale, le maintien à domicile de la personne âgée était remis en cause en cas de dépendance compensée par l'environnement du patient aidé. *« Bah, lui était fragile mais si sa femme présentait le moindre, le moindre souci, il était incapable de se, de faire quoique ce soit. » (E7)* Certaines situations révélaient une fragilité – dépendance. *« Quand il y a quelqu'un qui est un petit peu fragile mais le conjoint n'est pas fragile et puis, on s'en n'aperçoit pas forcément parce que le conjoint fait tout... Et le conjoint, il se casse une jambe ou je [ne] sais pas quoi, il fait une pneumopathie, il est hospitalisé quelques jours et là tout d'un coup on se retrouve avec quelqu'un qui ne sait plus rien faire. »*

(E6) Il était important pour le médecin généraliste, quand il repérait une situation à risque d'épuisement chez l'aidant, de proposer une aide pour le soulager au quotidien de façon personnalisée et négociée. *« Mais voilà c'est travailler avec eux et notamment avec la femme souvent. Qu'est-ce qu'elle accepte de... Sur quoi elle accepte de se faire aider. » (E4)*

2.4.5. Avec le milieu hospitalier

Il existait un manque de communication avec le médecin généraliste ou avec la personne âgée et donc de coordination des soins, ce qui nuisait à la prise en charge. Cela pouvait se traduire par un refus des aides pourtant instaurées à l'hôpital et/ou par une incompréhension entre médecins. *« C'est tous ces interlocuteurs finalement qui travaillent loin autour du patient mais loin de moi... Loin parce qu'on a pas de contact et qu'en essayant et pourtant moi j'essaye... J'essaye d'interagir, j'essaye de ... (Le médecin soupire) mais il ne se passe rien et ça c'est très frustrant parce que du coup tu te retrouves dans des situations difficiles parce que ce matin j'avais du mal à prendre une décision. » (E2) « Je ne sais pas ce qui a été dit parce que j'ai toujours pas de compte rendu de l'hôpital évidemment. » (E2) « Ce qui est compliqué des fois, c'est de rattraper les situations de l'hôpital où on leur a dit d'un bloc : « Non mais là, on va mettre ça, ça, ça en place. » Sans vraiment leur demander leur avis et où en fait, il se retrouve à avoir plein de gens qui arrivent d'un coup chez eux et ils mettent tout le monde à la porte parce qu'ils ont l'impression de ne plus être chez eux. » (E4) « Le spécialiste ou l'hospitalier qui met en place un truc et on sait que, au quotidien, nous, ça [ne] sera pas possible donc euh on [ne] le fait pas. Et après quand ils revoient le spécialiste : "Mais comment ça ! Elle n'a pas fait ce que j'avais dit ! » (E6)*

2.4.6. Autres éléments évoqués par les médecins généralistes

Le risque de iatrogénie pouvait être accru à cause des erreurs de prises médicamenteuses du patient âgé. *« Elle a fait 2 ou 3 malaises sur des hypotensions orthostatiques parce qu'elle a pris deux fois de suite des calciques dans la même journée. » (E5)*

L'aménagement de l'habitat, souvent souhaitable dans la prise en charge, pouvait être limité pour des raisons structurelles. *« Alors, on essaye de sécuriser ce qui peut l'être mais du coup il y a des maisons qui ne peuvent être sécurisées spécialement. Quand vous avez un sous-sol, des combles et des escaliers partout, voilà c'est pas facile. » (E6)*

Un logement non adapté pouvait constituer un facteur de risque de fragilité. *« J'ai voulu lui mettre des aides et tout, il n'a pas voulu. Il a plusieurs marches pour monter dans sa chambre. La salle de bain, la chambre et les toilettes sont à l'étage, du moins il y a 6, 7 marches... Et donc finalement, il se déplace de plus en plus mal... Et en fait il a fait des chutes. » (E8)*

2.5. Le PAERPA

Les médecins généralistes étaient soutenus par le dispositif PAERPA grâce à une délégation des tâches administratives. Cela permettait de réduire le temps administratif mais aussi une meilleure coordination entre professionnels de santé dans un territoire donné et d'améliorer la prise en charge d'une personne âgée à domicile. *« Ce n'est pas moi qui vais appeler l'assistante sociale, grâce au PAERPA en fait, ce n'est pas moi qui vais faire intervenir, éventuellement l'équipe mobile ou le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) voilà. Il y a*

quelqu'un qui va faire la prise en charge administrative pour gérer tout ça. Il y a quelqu'un qui va un peu chapeauter le tout du médico-social... C'est ça... Qui m'enlève un problème administratif qui est essentiel pour gérer le temps au quotidien. » (E1) « De pouvoir appeler... La coordonnatrice de la CTA (Coordination territoriale d'appui) et lui dire que j'ai besoin de tel truc, de tel professionnel de santé. Est-ce que vous avez un numéro de téléphone à me donner ? » (E2)

Cependant, le repérage via la grille dédiée et le PPS posaient quelques difficultés car les critères d'inclusion n'étaient pas adaptés. Les médecins généralistes découvraient souvent un état de fragilité dépassé ou de dépendance donc ce qu'ils pouvaient mettre en place n'était pas adapté ou avait déjà été mis en place. *« Là y a PAERPA qui est mis en place... C'était en gros ceux qui arrivent sur le début du fil du rasoir mais on n'est pas encore trop dans le ça va basculer d'un moment à l'autre quoi. Et que finalement tous mes patients je [ne] voyais pas... Comment les inclure parce que, pour moi, ils avaient déjà dépassé ce stade-là. » (E4)*

Participer au PAERPA représentait une tâche administrative chronophage également car il fallait remplir le questionnaire de repérage, établir un PPS et il existait une difficulté d'accès aux professionnels gérant la plateforme d'appui. *« On y passe beaucoup de temps donc sur les dossiers quand même. » (E8) « La plateforme qu'il nous proposait c'était en gros un numéro d'appel avec des horaires d'appels très limités et finalement il te donnait d'autres numéros en fonction de ton problème. » (E4)*

Il était aussi envisageable de faire de l'éducation thérapeutique via ce dispositif, même si les patients n'étaient pas encore très adhérent à participer aux ateliers. *« Là, par exemple avec le PAERPA on a une éducation diététique si besoin, on a aussi dépression et tout mais ils n'adhèrent pas. » (E8)*

Peu de dossiers étaient réalisés et encore moins aboutissaient à une aide. *« Je [ne] sais pas combien de dossiers, on a fait peut-être 50 je [ne] sais pas mais très peu de dossiers ont abouti... Soit la personne a refusé... Soit la famille s'est fâchée... Soit finalement ils n'avaient pas droit à l'aide donc finalement au niveau financier il avait droit à rien. » (E8)*

Faire un dossier permettait de formaliser cette démarche par écrit pour montrer qu'il y avait eu une proposition d'aide, quelle que soit la réponse de la personne âgée. *« Donc je pense que voilà, on prend mieux en compte... Ou en tout cas comme dit Mme B., c'est que l'intérêt, c'est qu'il y en a, ça n'a pas abouti à tout mais au moins, on les a repérés, on a marqué, on a fait un dossier. » (E8)*

2.6. Les attentes des médecins généralistes pour l'avenir

Les médecins généralistes proposaient les pistes suivantes pour prolonger dans de bonnes conditions le maintien à domicile des personnes âgées.

Adapter le système de santé pour qu'il soit plus efficace dans les soins prodigués :

- Améliorer la communication pour favoriser la coordination des soins et la coopération entre tous les professionnels de santé concernés (par exemple via des réunions physiques ou une plateforme informatique) grâce à une meilleure connaissance du réseau de son territoire. *« C'est juste amener les gens à discuter ensemble et à réfléchir ensemble et à mieux se connaître. » (E2) « Ce qu'il faudrait c'est qu'on travaille tous ensemble, c'est que, quand on va chez un malade, il n'y a pas que les médicaments, c'est l'approche globale. » (E8)*

- Simplifier les démarches administratives pour les médecins généralistes et les familles. *« Avoir un interlocuteur vraiment unique, enfin, que ce soit plus simple dans la gestion des caisses, dans la gestion des dossiers. » (E7)*
- Création d'une filière ambulatoire autour de la personne âgée car certains estimaient qu'une prise en charge spécialisée serait plus efficace pour répondre aux besoins spécifiques de cette population. *« En fait des médecins salariés qui puissent prendre une heure, deux heures à domicile s'il y a besoin pour gérer tout, pour qu'il puisse avoir le temps de résoudre tout ça... Presque comme en HAD, le plus de personnes âgées... Ça serait plus simple. » (E4)*

Faire de la prévention sur les facteurs de risque de chute en sensibilisant le public, notamment sur l'aménagement du logement pour diminuer les chutes. *« L'habitat...Oui l'aménagement, par rapport au risque de chute, que les gens soient formés plus jeunes. A partir du moment où on se fait des entorses à répétition on ne met plus de tapis quoi, mais ça c'est un changement de mentalité. » (E3)*

Augmenter les moyens alloués à la santé, cela passe aussi par plus de professionnels de santé et par une revalorisation salariale. *« Je crois que tout fonctionnerait bien s'il y avait suffisamment de monde. » (E1) « La première piste à explorer, c'est de voir sur le long terme au niveau financier... si on [ne] paye pas les soignants à faire leur boulot, je pense que ça avancera pas. » (E1)*

Discussion

1. La représentation des médecins généralistes de la fragilité des personnes âgées dans une zone sensibilisée à ce concept

1.1. Résumé des résultats

Pour les médecins généralistes interrogés, les personnes âgées fragiles représentaient une population hétérogène, classées selon un continuum allant des patients complètement autonomes présentant les premières difficultés de vie à domicile aux patients dépendants, nécessitant l'aide d'une tierce personne. Les médecins généralistes appréhendaient ce concept par le maintien à domicile, motivation première de ces patients âgés fragiles. La fragilité était un équilibre précaire du maintien à domicile. La rupture de cet équilibre pouvait survenir à n'importe quel moment, de façon brutale ou progressive, souvent à la suite d'un stress altérant l'état de santé de l'individu. Plusieurs critères permettaient de définir une personne âgée comme fragile : des critères invariables (l'âge, les pathologies chroniques dont les troubles cognitifs, l'état de polypathologie, les chutes) et d'autres modifiables (la polymédication, un chaussage inadapté, l'aménagement du logement, l'isolement, une perte de poids, les difficultés économiques). Les médecins généralistes prenaient en compte la globalité de la situation d'une personne âgée fragile : biomédicale, psychosociale et socio-économique. La fragilité de la personne âgée se rencontrait dans un nombre de situations cliniques très variées, souvent reconnaissables intuitivement, ce qui engendrait des difficultés à la définir précisément.

Repérer une personne fragile était empirique. Cela reposait sur l'intuition du médecin généraliste c'est-à-dire sur sa perception ressentie envers son patient. Il tenait compte de son expérience clinique, de sa connaissance de la personne âgée (histoire de vie, antécédents) et de l'environnement dans laquelle elle vivait. Le repérage ne s'appuyait sur aucun outil mais l'évaluation des situations restait pertinente car les médecins généralistes mettaient en place une prise en charge adaptée. Les autres professionnels de santé ainsi que l'entourage aidaient au repérage.

1.2. Deux modèles de fragilité prédominants utilisés par les sociétés savantes gériatriques

Dans la littérature, le concept de fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. C'est un état qui précède la dépendance. La fragilité est multidimensionnelle incluant une composante physique, psychologique, cognitive, nutritionnelle, sociale et économique. Ces facteurs ainsi que les comorbidités modulent son expression clinique. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul cet état. Pour la différencier de la dépendance, on considère le sujet fragile n'ayant aucune altération des capacités fonctionnelles de base de la vie quotidienne d'après l'échelle Activity Daily Living (ADL) de Katz. Il s'agit d'un processus dynamique, non linéaire et réversible contrairement à la dépendance. C'est ce qui constitue son intérêt car on peut la retrouver chez le sujet asymptomatique (14,34,40).

C'est un consensus reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique dont la SFGG, la HAS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (14,33,41).

En revanche, il n'est pas clairement établi que la fragilité soit un syndrome clinique c'est-à-dire un ensemble de symptômes et de signes, qui associés à un processus, constituent ensemble l'image de la fragilité. Le syndrome de Cushing est un exemple de syndrome clinique. C'est ainsi qu'il est défini par Fried *et al.*

Quant à Rockwood *et al.*, la fragilité de la personne âgée est considérée par la mesure du nombre de déficits liés à l'âge. C'est donc un syndrome gériatrique c'est-à-dire que l'effet accumulé des déficiences dans plusieurs domaines aboutissent ensemble à un résultat défavorable sur l'état de santé. (34,40,42).

Par ailleurs, le lien entre fragilité et comorbidités est aussi discuté en fonction du modèle choisi (Fried ou Rockwood) (40,42).

L'intérêt de la fragilité est sa réversibilité. Elle est donc accessible à des mesures pouvant retarder ou prévenir la dépendance puisqu'elle la précède. Cela explique l'accroissement du nombre d'études publiées sur ce sujet (13,25,43).

Deux modèles de fragilité se sont imposés en recherche clinique. Le plus cité est celui du phénotype physique de fragilité de Fried qui repose sur le modèle physiopathologique hypothétique du cycle de la fragilité (16). Cinq critères, essentiellement physiques, sont retenus :

- Perte de poids involontaire (de plus de 4,5kg ou plus de 5% du poids sur un an),
- Faiblesse musculaire (mesurée par la force de préhension au dynamomètre sur la main dominante ajustée selon l'IMC et le sexe),
- Fatigue (selon les réponses du patient à 2 questions de l'échelle CES-D, Center for Epidemiological Studies–Depression scale),
- Diminution de la vitesse de marche (mesurée par le temps réalisé pour marcher 4,5 mètres ajusté selon le sexe et la taille),
- Sédentarité (selon les réponses du patient au Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire, estimant les dépenses énergétiques en kcal par semaine ajusté selon le sexe).

Le patient est considéré fragile à partir de 3 critères. Une population intermédiaire, appelée pré-fragile, entre les patients fragiles et robustes, présente 1 ou 2 critères.

Ce modèle a montré qu'une personne fragile ou pré-fragile est plus à risque de chutes, d'hospitalisation, de dépendance et de décès. Il est indépendant des comorbidités et peu sensible au changement. Ce modèle définit la fragilité comme un syndrome clinique (42).

La principale critique de ce modèle est qu'il est fondé sur des données obtenues d'une analyse secondaire de la « Cardiovascular Health Study » (CHS), une étude prospective qui a été conçue initialement pour étudier les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde et l'AVC chez les personnes de plus de 65ans (44). De plus, il n'est pas présenté comment les critères retenus pourraient être obtenus en pratique clinique. Enfin, il n'y a pas d'évaluation cognitive pourtant reconnue comme étant associée au déclin fonctionnel (34).

Le deuxième modèle dit d'accumulation des déficits de Rockwood est souvent opposé au phénotype de fragilité physique. Ce modèle prend en compte le cumul des pathologies liées à l'âge ; il définit la fragilité comme une notion globale et multidomaine. On peut la représenter par une balance qui risque de basculer à cause d'un événement stressant même mineur. C'est donc un état dynamique reflétant un équilibre précaire entre ce qui favorise ou menace l'autonomie d'une personne fragile. Elle peut être corrélée au niveau d'endurance, d'homéostasie d'un individu (17,18).

Elle est quantifiée par l'indice de fragilité (Frailty Index - FI), reflétant la proportion de déficits présents chez un individu sur un nombre total de 70 critères (18,45). Le FI est corrélé à la sévérité de la fragilité, au risque de dépendance et de décès. Ce modèle a été développé d'après l'étude « Canadian Study Health of Ageing » (CSHA), menée sur une cohorte canadienne conçue initialement pour étudier l'épidémiologie des troubles cognitifs chez les personnes âgées canadiennes. Ce modèle est sensible au changement et permet un suivi. La fragilité est considérée comme un syndrome gériatrique (18,34,42). Son principal grief est de calculer le FI d'après certains critères de comorbidités et d'incapacité. Ce mode de calcul entretient une limite floue entre fragilité, incapacité, comorbidités qui sont 3 notions distinctes pour les gériatres (40). De plus, il n'est pas basé sur un modèle physiopathologique qui pourrait expliquer le processus de fragilité (46). Enfin, il faut réaliser une évaluation gérontologique standardisée (EGS) pour déterminer le FI, ce qui demande du temps.

Bien que ces deux modèles distinguent des patients âgés fragiles différents (47), ils ont une valeur prédictive convergente pour déterminer des événements défavorables de santé liés à la fragilité, ce qui pourrait conduire à un modèle unifié (34). Ces deux modèles ne sont pas adaptés pour une utilisation en pratique quotidienne. Les médecins généralistes ne disposent pas de dynamomètre pour mesurer la force musculaire, n'ont souvent ni l'espace, ni le temps nécessaire pour mesurer la vitesse de marche ou réaliser une EGS (34,46,48).

1.3. Comparaison de nos résultats avec les concepts définis par les sociétés de gériatrie

1.3.1. Concept

Les médecins généralistes interrogés avaient saisi le concept de fragilité. C'était pour eux une situation à risque. Il est démontré que sa présence augmente le risque de déclin fonctionnel, de chute, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès (16,18). Cependant les médecins généralistes appréhendaient ce risque par le maintien à domicile, vu comme la motivation première de ces patients âgés fragiles.

Ils considéraient que le maintien à domicile constituait un équilibre précaire, entre une capacité instable (définie par Campbell et Buchner par le fait qu'un déclin fonctionnel peut survenir chez le sujet fragile pour un événement stressant mineur) (49) et les mesures pour compenser les déficiences. Cela explique que pour les médecins généralistes interrogés, la fragilité pouvait couvrir le champ d'une dépendance bien compensée.

Par ailleurs, cette définition du concept par les médecins généralistes soulignait l'absence de définition opérationnelle validée. Ils utilisaient ce concept de manière concrète et pragmatique par rapport aux définitions des sociétés savantes, reflétant leurs pratiques quotidiennes.

Les médecins généralistes évoquaient la rupture de cet équilibre comme une conséquence de l'insuffisance de la personne âgée à lutter contre un événement stressant. Il est admis que l'apparition d'un stress même mineur chez une personne âgée fragile peut conduire aux chutes, au syndrome confusionnel et à un déclin fonctionnel potentiellement réversible (34).

C'était une notion globale, impliquant des critères physiques mais aussi cognitifs, économiques et sociaux qu'ils recherchaient le plus souvent. Elle est maintenant admise par les gériatres (14,40).

C'était aussi un processus dynamique et non linéaire, ce qui sous-entendait une évolution peu prévisible, d'où la surveillance régulière et rapprochée de ces patients par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes décrivaient la population âgée fragile comme un continuum. C'était un ensemble hétérogène de personnes âgées vivant à domicile. C'était un spectre allant des patients en bonne santé présentant les premières difficultés, à celles dépendantes dont les déficiences sont compensées par des aides dans leur environnement. Les gériatres définissent la population âgée fragile à partir d'un seuil de 3 critères selon Fried ou à partir d'une variable continue donnant un niveau de fragilité selon le modèle d'accumulation des déficits (50). Ce dernier exprime ce continuum à l'intérieur de la population fragile décrit par les médecins généralistes. Fried a évoqué l'hypothèse selon laquelle il n'existerait pas une seule mais plusieurs manifestations de la fragilité (51).

Selon le modèle d'accumulation des déficits, la valeur du FI, qui est une variable continue, était corrélée au risque de décès (50,52–54). Ce modèle va dans le sens d'un spectre au sein de la fragilité selon le sens donné par les médecins généralistes.

La notion de réversibilité n'est pas évoquée par les médecins généralistes. Cependant, ils comptaient sur la prise en charge pour stabiliser cet équilibre précaire.

1.3.2. Les critères de la fragilité

Pour reconnaître une personne âgée fragile, certains éléments étaient utilisés par les médecins généralistes sans pour autant utiliser un outil s'intégrant dans un modèle de fragilité. Ils ont cité l'âge, les comorbidités, la polymédication, les critères socio-économiques et les chutes pouvant caractériser la fragilité.

Ils ont cité le plus souvent l'âge pour définir une personne comme fragile, ce qui est reconnu par la SFGG (14). Prendre en considération l'âge chronologique est logique, mais pris de façon isolé il n'explique pas à lui seul l'augmentation de la mortalité associée à l'âge (14,50). La fragilité est plus étroitement associée à l'aggravation de l'état de santé, à la fonction physique et à l'autonomie qu'à l'âge chronologique. Elle est également un meilleur prédicteur de survie et de rétablissement après une intervention chirurgicale (47).

Les comorbidités, dont les troubles cognitifs, étaient recherchées même si les gériatres les dissocient de la fragilité. Cette fragilité est pourtant un facteur aggravant des comorbidités (14,40,51).

La perte de poids est un critère du phénotype de la fragilité de Fried que les médecins généralistes utilisaient en pratique.

La polymédication semble associée à la fragilité. Plus il y a de critères de fragilité (selon le phénotype de Fried), plus la prévalence de la polymédication est forte (55). Une étude menée sur 4402 personnes âgées semble suggérer que la polymédication accroît le risque de devenir fragile, ce qui reste à confirmer (56). De plus, c'est un facteur de risque de chute et pourvoyeur de complications médicales (57). La polymédication est donc aussi un critère conduisant aux comorbidités.

Concernant les critères socio-économiques, certaines études sous-entendent que l'isolement social, les difficultés financières et le niveau d'études sont associés à la fragilité (58,59). Une étude tirée en partie d'une analyse secondaire de la CSHA évoque un lien entre un indice de vulnérabilité sociale, comprenant les critères d'isolement ainsi que le statut socio-économique, et le FI de Rockwood (60). Cependant, le recueil des données a été effectué par un questionnaire. Ce lien nécessite d'être confirmé.

Les chutes étaient considérées comme un élément définissant la fragilité. Au contraire, les gériatres les situent comme une conséquence d'un état de fragilité installé (34). Concernant les facteurs de risque de chute, ce sont en majorité des pathologies médicales pouvant entrer dans le cadre des comorbidités détaillées ci-dessus (57).

La fragilité de la personne âgée peut exister à l'état asymptomatique, ce qui rend sa reconnaissance difficile. L'objectif des sociétés de gériatrie est de la repérer à ce stade pour réduire ses effets potentiellement négatifs (40), d'où l'intérêt des symptômes et des signes cliniques retenus via les 2 modèles de fragilité décrits plus haut. La recherche sur les biomarqueurs pourrait aider à un repérage précoce. Par exemple, le projet FRAILomic est une initiative européenne regroupant chercheurs, cliniciens et laboratoires. Il a pour principal objectif d'identifier ces biomarqueurs sanguins et urinaires chez 75000 personnes âgées (61). Le projet SPRINT-T, qui est un consortium européen réunissant des universitaires, des laboratoires et des entreprises afin de faire progresser les connaissances sur la fragilité et la sarcopénie, s'intéresse à la recherche de biomarqueurs pertinents (62). En réalité, l'état de fragilité est souvent révélé à posteriori lors d'une décompensation, à l'occasion d'une chute par exemple, comme décrit par les médecins généralistes (34,63).

Des résultats similaires sur le concept et les critères de la fragilité ont été retrouvés d'après une étude qualitative qui a interrogé 18 médecins généralistes canadiens. La notion de continuum et de processus dynamique caractérisaient la fragilité. Trois thèmes se dégagent pour conclure à l'état de fragilité : des caractéristiques physiques (l'âge, le poids, les pathologies, le traitement), des caractéristiques fonctionnelles (fonction physique, fonction cognitive) et les conditions de vie (entourage médical et familial, habitat) (64).

1.3.3. Confusion entre dépendance et fragilité

Dans l'histoire gériatrique, le mot fragilité a pu désigner des personnes âgées affaiblies, impotentes et dépendantes. Ce terme était aussi associé à l'incapacité, à la présence d'une maladie chronique (65). A ce jour, le concept de fragilité étant mieux étayé, le consensus actuel veut qu'elle précède la dépendance définie par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (57,66).

Pour certains médecins généralistes interrogés, une personne âgée fragile pouvait être une personne dépendante bénéficiant de mesures compensant les déficiences au domicile. Les arguments suivants pourraient expliquer cette confusion :

L'absence de consensus sur une définition opérationnelle de la fragilité. A ce jour, il n'y a pas de critère suffisamment fiable et facilement mesurable en pratique clinique pour faire le diagnostic de fragilité. Il n'y a pas non plus de consensus sur l'utilisation d'un outil de repérage (34,67). Pour la dépendance, il existe plusieurs échelles dont une des plus connues et validée est l'échelle ADL de Katz. Elle évalue les gestes courants concernant le corps. Partant de ce constat, il serait plus facile d'évaluer la dépendance que la fragilité.

Bien que le concept de fragilité soit établi, la fragilité a un sens intuitif qui peut favoriser la confusion avec la dépendance. On évoque une vulnérabilité, un risque vers une dégradation de l'état de santé. Selon le Larousse, elle désigne ce qui a un « caractère précaire, vulnérable, faible et instable ou de manque de robustesse ». Ce qui laisse suggérer que l'on peut évoquer une fragilité chez une personne âgée mais peu de soignants peuvent en donner une définition claire et exhaustive (52,68,69), comme constaté dans les entretiens. Cela pose

question sur les formations diverses, les connaissances et la compréhension de ce concept par les praticiens.

Les conséquences défavorables de la fragilité de la personne âgée sur la santé sont similaires à celle de la dépendance (16,40,51,68).

D'après la figure 1, extraite de l'étude conduite par Fried *et al* sur la cohorte CHS en 2001, il avait été retrouvé un chevauchement entre ces 2 notions. En effet, 27,2% des personnes fragiles étaient aussi dépendantes pour au moins un critère de l'échelle ADL(16,51). La fragilité et la dépendance pouvaient coexister chez le même individu. D'ailleurs, certains auteurs avaient effectué des études de mesure de fragilité chez des personnes dépendantes en EHPAD (70,71).

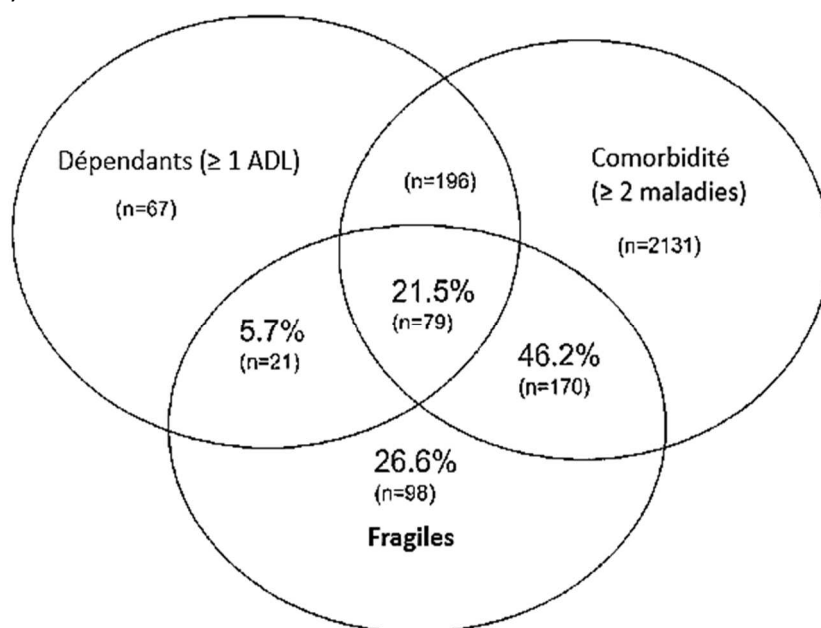


Figure 1 : Diagramme de Venn montrant le chevauchement entre fragilité et dépendance selon l'échelle ADL de Katz (16)

Cependant, Fried *et al* avaient permis d'étayer la distinction entre la fragilité et la dépendance puisque le chevauchement n'est pas complet (51). A ce jour, les gériatres sont en majorité en accord avec le fait que la fragilité est une notion à part entière (40).

Une personne âgée dépendante peut vivre à domicile si cette dépendance est compensée. Une grande majorité de patients âgés souhaitent rester à domicile et les médecins généralistes suivent ce projet de vie dans la mesure du possible. L'objectif est de maintenir un état de santé compatible avec un maintien à domicile sur le long terme et de préserver l'autonomie. On entend par autonomie la capacité à se gouverner soi-même ; cette définition n'exclut pas la dépendance, ce qui peut faire passer celle-ci au second plan aux yeux des médecins généralistes.

1.3.4. Repérage de la fragilité

L'utilisation d'une grille de repérage n'était pas considérée comme suffisante et efficace du fait du caractère global et évolutif de la fragilité. Le repérage de la fragilité était empirique, basé sur l'intuition du médecin généraliste, notion également abordée par plusieurs auteurs (64,68). Deux études ont évalué que le jugement clinique du médecin

généraliste pour repérer un patient fragile pouvait constituer un bon élément dans le repérage. Cependant, il ne rejoignait pas la précision du phénotype de Fried, si on le considère comme test de référence (72,73). Améliorer la formation sur la fragilité pourrait permettre d'améliorer son repérage par cette méthode (74). L'utilité des nouvelles technologies est également une piste en cours d'exploration en recherche clinique pour le repérage et le suivi (75).

L'application des critères du phénotype de fragilité de Fried et du calcul du FI n'est pas réalisable en ambulatoire dans les conditions actuelles d'exercice de la médecine générale, en raison de son caractère chronophage (76–78). Pour résoudre ce problème, le Gérotopôle de Toulouse a développé un questionnaire rapide, le GFST, recommandé par la HAS et conçu pour être utilisé par les médecins généralistes. Il permet le repérage des principaux critères de fragilité selon le phénotype physique, d'aborder les troubles mnésiques ainsi que l'isolement de la personne âgée. Sa particularité réside par le fait qu'il laisse le médecin généraliste juger de la fragilité d'un patient âgé dès qu'une réponse est positive. Si c'est le cas, une évaluation gériatrique standardisée est recommandée. Le jugement clinique du médecin généraliste prend donc une place importante dans le repérage de la fragilité. Il inclut une part d'intuition, rendant ce jugement subjectif (13,32), comme décrit dans les résultats de notre travail. Le projet FAP sur la fragilité et la prévention de la maladie d'Alzheimer en soins premiers, avait comparé le jugement clinique subjectif des médecins généralistes pour le repérage de sujets fragiles et/ou se plaignant d'une plainte cognitive, à travers le GFST, à des tests objectifs dont la recherche des 5 critères du phénotype de Fried par l'IDE. Il s'avérait que le jugement des médecins généralistes avait une bonne sensibilité (80,4%) ce qui correspond à un bon dépistage de la fragilité de la personne âgée. La bonne valeur prédictive positive (87,7%) permet de minimiser le risque de porter à tort une fragilité qui n'existe pas. En revanche, le nombre élevé de faux négatifs fait que la valeur prédictive négative (50,5%) est médiocre et ne permet pas de se reposer uniquement sur le jugement clinique subjectif. Le jugement du médecin généraliste est nécessaire mais ne semble pas suffisant pour repérer toutes les personnes âgées fragiles (73). Ce test gagne à être connu car il n'avait été cité par aucun médecin généraliste interrogé, malgré le fait qu'ils étaient installés dans une zone PAERPA, et sensibilisés au concept de fragilité.

L'apport des autres professionnels de santé et de l'entourage dans le repérage d'un sujet fragile était reconnu par les médecins généralistes. Cela permettait de poser précocement le diagnostic de fragilité et de mettre en place une prise en charge. Dans le sud-ouest de la France, une équipe pluriprofessionnelle composée de gériatres, d'IDE, de personnels du médico-social mène des actions en faveur du repérage (79). Le plan PAERPA est un atout dans le repérage de la personne en perte d'autonomie et donc fragile. Il est réalisé à l'aide d'outils à destination des professionnels de santé (80) ou d'un auto-questionnaire de dépistage (13). Ces professionnels de santé peuvent utiliser ces outils, voire leurs intuitions, tout comme l'entourage de la personne âgée. Le médecin généraliste doit alors confirmer le résultat de ce repérage.

Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important dans le repérage de la fragilité de la personne âgée (81,82). L'accroissement des connaissances sur la fragilité, notamment dans le domaine des soins premiers, est nécessaire pour améliorer le repérage de la fragilité par les professionnels de santé.

Qu'en est-il de la prise en charge et du suivi de la fragilité de la personne âgée ?

2. La gestion de la santé des patients fragiles par les médecins généralistes

2.1. Des médecins généralistes impliqués

La prise en charge et le suivi avaient pour objectif de respecter le souhait du patient de rester chez lui, lorsque cela était possible, en minimisant le risque de difficultés pouvant remettre en cause le maintien à domicile.

Les médecins généralistes réalisaient une prise en charge précoce, évolutive et adaptée à chaque situation. Elle s'articulait autour de 3 axes : la personnalisation, la négociation et l'anticipation des soins. Elle demandait du temps car d'une part, les médecins généralistes en discutaient avec les patients dès les premières difficultés, et d'autre part il fallait répéter ce message à chaque consultation. Cette méthode permettait au long cours de convaincre le patient sur son « état de fragilité » puis d'aboutir à un compromis sur les aides à mettre en place. C'était le résultat d'une décision partagée entre le patient âgé fragile et le médecin généraliste. Imposer au patient des aides sans consentement entraînait souvent un refus ultérieur de ces aides voire un rejet global de la prise en charge. Cependant avoir son accord et celui de l'entourage n'était pas suffisant, il fallait aussi instaurer progressivement les aides dans le temps. Cela nécessitait de bien connaître son patient, d'identifier son projet de vie, son environnement familial et les potentiels problèmes en rapport avec son habitat. Ces étapes sont cruciales car l'appropriation de son état de santé par un individu est nécessaire avant d'entreprendre le début d'une prise en charge médicale (83,84).

Par ailleurs, les médecins généralistes réévaluaient intuitivement le niveau de fragilité, donc la viabilité du maintien à domicile à chaque consultation ou visite à domicile. On pourrait alors faire une analogie avec le modèle d'accumulation de déficits de Rockwood dans lequel un suivi est possible grâce au FI, équivalent d'un indicateur global de santé (69). Cependant son calcul demande du temps, a fortiori si la répétition des évaluations par ce moyen est nécessaire. Cette mesure intuitive par les médecins généralistes peut se justifier par sa rapidité, l'absence de critères opérationnels consensuels, le manque de connaissance d'un outil validé et de traitement spécifique de la fragilité. Seuls quatre traitements à ce jour sont reconnus comme pouvant apporter une efficacité chez les personnes âgées fragiles : les programmes d'exercices physiques, les compléments nutritionnels, la réduction de la polymédication et l'apport en vitamine D (43).

2.2. Le réseau de proximité et l'entourage

La fragilité étant multidimensionnelle, elle impose une prise en charge pluridisciplinaire (40,85). Les médecins généralistes interrogés confirmaient cette démarche. Ils s'appuyaient sur leurs réseaux de proximité composés de professionnels de santé (IDE, pharmacien, kinésithérapeute notamment) et des personnels d'aide à la personne dans un territoire donné pour une prise en charge efficace. Ils prenaient leurs décisions souvent en concertation avec les autres professionnels de santé, avant de les mettre en œuvre.

Un passage récurrent à domicile d'un professionnel de santé permettait une prise en charge et un suivi de la personne âgée fragile à domicile. Les IDE avaient un rôle dans la surveillance et pouvaient alerter sur une altération de l'état de santé compromettant le maintien à domicile. La communication entre les différents professionnels de santé était un élément important

dans le suivi de la personne âgée fragile. En effet, le défaut de communication est une source d'altération de la qualité des soins (86). Sans l'action des différents acteurs mais aussi de la famille, les médecins généralistes jugeaient la prise en charge beaucoup plus complexe. Lors de la constatation d'une fragilité d'ordre médico-sociale, une assistante sociale voire une institution pouvait entrer en jeu.

Il était également possible pour ces médecins généralistes de réaliser un PPS qui est un plan d'action formalisé pour la personne âgée fragile. Il s'agit d'un dispositif du PAERPA. Il est rédigé par la coordination clinique de proximité (CCP) constituée des différents professionnels de santé du réseau de proximité. Le PPS reflétait ces décisions prises et permettait de constituer un dossier écrit (87,88). Malgré cette organisation, les médecins généralistes constataient un manque d'efficacité. La majorité des patients fragiles ne finalisaient pas le dossier, souvent par refus, ou si celui-ci aboutissait, la probabilité d'obtenir une aide notamment financière était mince. Cependant, cela favorisait le travail de coordination et les médecins généralistes pouvaient potentiellement consacrer moins de temps aux tâches administratives, grâce à la coordination territoriale d'appui (CTA). Cette dernière est une plate-forme d'information et d'orientation pour organiser au mieux la prise en charge médico-sociale. On peut nuancer ce gain de temps car il était en partie consacré aux tâches liées au repérage spécifique du PAERPA, aux réunions liées à la CCP et parfois à la difficulté de joindre la CTA.

Les médecins généralistes évaluaient les situations de façon globale en tenant compte des pathologies mais aussi de la connaissance du patient et de son environnement pour éventuellement réaliser un PPS mais sans effectuer d'EGS. Plusieurs études dont une méta-analyse ont pourtant montré qu'une intervention complexe basée sur une évaluation globale du sujet âgé, notamment chez des sujets fragiles à domicile, réduisait le taux d'hospitalisation, les chutes et l'institutionnalisation (89,90). À l'échelle des soins primaires, une détermination précoce de la fragilité chez les personnes âgées permettrait la mise en place d'interventions ciblées susceptibles de retarder l'apparition de ces conséquences négatives. L'EGS est peu réalisée en ambulatoire par les médecins généralistes parce que peu compatible avec l'exercice habituel en médecine générale (91,92). Pour contourner ces obstacles en soins premiers, confier cette tâche à d'autres professionnels de santé est une solution possible. Dans certaines maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), un protocole de coopération permet à des IDE, formés à la réalisation d'EGS, d'évaluer une personne âgée si le jugement du médecin généraliste est en faveur d'une fragilité (93). Une équipe mobile gériatrique est aussi un autre exemple déjà mis en place (cf. chapitre 2.3.1.). Le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) pourrait aussi être un moyen de déléguer cette tâche. Il s'agit d'une coopération entre médecins généralistes et IDE avec comme objectif initial d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques dans les soins premiers. Les médecins généralistes peuvent leur adresser des patients en consultation pour partager le suivi et aussi assurer le dépistage des troubles cognitifs par exemple (94).

Les médecins généralistes s'appuyaient également sur la famille du patient fragile, surtout lorsque ce dernier était en situation de dépendance compensée. Elle pouvait être jugée indispensable pour assurer les tâches nécessaires au maintien à domicile. Elle pouvait être présente au quotidien, assurer la surveillance, mettre en place les aides et alerter le médecin généraliste en cas de dégradation de l'état de santé. C'est ce que recommande la HAS (85).

2.3. Difficultés

Malgré l'investissement des médecins généralistes, il demeure de nombreuses difficultés dans la gestion de la santé des patients fragiles.

2.3.1. Activité chronophage

La gestion de la santé d'un patient fragile posait des difficultés. Les médecins généralistes estimaient que cette activité était chronophage d'autant plus en cas de polypathologie, d'isolement et en termes de formalités médico-sociales. Une étude explorant l'expérience des médecins généralistes dans les soins donnés aux personnes âgées fragiles aux Pays-Bas confirmait ce constat (95). Simplifier davantage les démarches administratives permettrait de gagner du temps en faveur des soins.

Une filière ambulatoire gériatrique pourrait aussi répondre de manière ponctuelle ou prolongée aux besoins des patients et aider les médecins généralistes à assurer leurs missions. Elle pourrait réaliser une EGS d'un patient âgé fragile à domicile. Dans l'Indre, une équipe mobile gériatrique intervient au domicile des personnes âgées. Elle effectue une évaluation gériatrique globale sur demande du médecin généraliste et/ou de la famille des personnes âgées fragiles et propose des interventions. Elle peut assurer un suivi pendant 6 mois et aide à la coordination autour de la personne âgée durant cette période (96).

L'aide des IDE dans le cadre d'un protocole de coopération en MSP voire dans le dispositif Asalée peuvent constituer d'autres solutions (cf. chapitre 2.2).

Notre étude indique qu'un certain nombre de médecins généralistes limitaient le nombre de visites à domicile. En France, selon une étude de la DRESS, les médecins généralistes réalisent de moins en moins de visites à domicile (97). Pourtant ils considéraient que l'habitat pouvait constituer un facteur de risque de fragilité. Réduire les visites à domicile serait une perte de chance pour détecter précocement une fragilité.

Les tâches du PAERPA étaient jugées chronophages : repérage via une grille spécifique, réalisation du PPS, trouver le professionnel adéquat à propos d'une demande d'aide médico-sociale. Les critères de repérage ne semblaient pas adaptés en raison d'un dépistage de la fragilité à un stade tardif voire dépassé, où souvent des interventions avaient déjà été mises en place. Le PAERPA cible 4 principaux facteurs majeurs d'hospitalisation : la polymédication, la dépression, la dénutrition et les chutes. Mises à part les chutes qui sont une conséquence de la fragilité, des études complémentaires sont nécessaires pour préciser les liens de causalité entre la fragilité et les 3 autres facteurs d'hospitalisation (34,55,56,98). Ces incertitudes peuvent expliquer en partie des critères de repérage dans le cadre du PAERPA inadaptés à un repérage précoce, et constituent sans doute un frein à une utilisation plus large de ce dispositif.

Enfin, certains médecins généralistes avaient avancé le manque de professionnels de santé devant faire face à la charge de travail élevée que requiert cette population, d'où l'idée d'en augmenter le nombre. La région Centre Val-de-Loire présente une densité de 128 médecins généralistes pour 100000 habitants soit la plus faible de France, territoire d'Outre-Mer compris en 2016. La moyenne nationale se situe à 155 médecins pour 100000 habitants (99). En 2015, 16,5% de la population de notre région réside dans une commune sous dotée, soit le taux le plus élevé de France métropolitaine. Cela représente 8% de la population

nationale vivant dans ces zones. La dotation en médecins généralistes est calculée par l'accessibilité potentielle localisée. Il s'agit d'un indicateur d'accessibilité aux soins qui permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, mais aussi de l'âge de la population et de l'activité des médecins (100).

2.3.2. Le patient et l'entourage

Le refus des interventions par les patients constituait un des obstacles à la prise en charge. Ils évoquaient une intrusion dans leur intimité, un désintérêt pour les solutions proposées et donc une difficulté pour les médecins généralistes à sensibiliser la population âgée fragile à la prévention.

Les médecins généralistes interrogés étaient aussi en difficulté avec l'entourage. C'était le cas si elle était absente ou si elle était en désaccord sur la prise en charge. Cela pouvait conduire à une ingérence dans les soins. Ils déploraient les cas de refus d'aide de la part des patients fragiles ou d'aidants en difficulté. Dans ces situations, seule une détérioration de la situation à domicile pouvait pousser ces derniers à les accepter. Le risque d'être exposé à un événement aigu aboutissant à une hospitalisation non programmée était majoré. Une étude menée en 2010 sur les difficultés de 111 médecins généralistes des territoires de santé grenoblois, annéciens et roannais auprès de patients âgés en situation médicale et psychosociale complexe affichait des conclusions similaires sur l'entourage (101). Ces situations pouvaient remettre en cause le maintien à domicile. Les patients âgés ou leur entourage justifiaient le refus des aides par un manque d'utilité des interventions et le non-respect de l'intimité du patient. Ce refus n'est-il pas l'expression de la peur de la perte d'autonomie voire de l'institutionnalisation ? N'y a-t-il pas, de la part des médecins dans l'intention de prévenir la dépendance, un manque d'écoute de la volonté exprimée par le patient âgé fragile ? Des travaux supplémentaires méritent de répondre à ces questions.

Les médecins généralistes devaient assurer une prise en charge médico-sociale croissante des personnes âgées fragiles et ainsi se substituer aux familles pour les maintenir à domicile. L'augmentation de la population âgée et les difficultés liées à l'entourage peuvent expliquer cette situation. Le temps consacré à la partie médico-sociale empiète sur la part du soin. Ce rôle devrait être assuré par la famille, éventuellement aidée par les professionnels du médico-social. L'idée populaire selon laquelle les enfants s'occupent de leurs parents semble en régression. Est-ce réellement le cas ? Les rapports entre les aidants et les ascendants se sont modifiés au cours du XX^{ème} siècle à cause de l'évolution sociétale et démographique sans que l'on puisse dire que la solidarité familiale ait réellement disparu. En effet, les familles dans lesquelles vivaient plusieurs générations ont toujours cohabité avec les familles nucléaires (parents et enfants), en réalité plus nombreuses. Par le passé, ceux que l'on appelait les indigents étaient constitués d'une part importante de personnes âgées. L'apparition des systèmes de protection sociale et de retraite, l'émergence de l'entraide entre voisins ou amis ont contribué à autonomiser les personnes âgées de leurs familles (102,103).

Ce constat sur les difficultés déclarées semble suggérer qu'il est encore difficile d'agir sur le plan de la prévention. Les messages délivrés aux patients notamment sur l'aménagement de l'habitat pour réduire le risque de chute n'étaient pas toujours appliqués. Sensibiliser la population âgée à la prévention pourrait être un axe majeur de progrès pour l'avenir. Le Gérontopôle de Toulouse organise des conférences-débat dans les différentes communes du sud-ouest en collaboration avec les mairies et les élus locaux. 70 000 plaquettes informatives sur les signes de fragilité à destination du grand public ont été diffusées dans

l'ancienne région Midi-Pyrénées. Un site web « Ensemble, prévenons la dépendance » résume les données scientifiques robustes et permet de les faire connaître du plus grand nombre (13,104). Le dispositif PAERPA comporte un volet prévention. Des réunions d'éducation thérapeutique ont été consacrées sur la nutrition ou l'équilibre. Le PPS peut proposer des interventions en faveur de la prévention des chutes à domicile par exemple (105). Cependant, il n'était pas utilisé systématiquement par les médecins généralistes.

2.3.3. Relation avec l'hôpital

Le manque de communication entre le milieu hospitalier et ambulatoire pouvait être un handicap à l'apport des soins nécessaires en situation aiguë et à la pérennisation des aides au long cours. Améliorer la communication avec les professionnels de santé, dont les praticiens hospitaliers, était une des principales attentes des médecins généralistes. L'organisation des futurs pôles de santé en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait être une solution supplémentaire au PAERPA, afin d'améliorer la coopération et la coordination des soins entre professionnels de santé pour les personnes âgées fragiles d'un territoire donné (106).

3. Forces et limites

La recherche qualitative était adaptée pour explorer les représentations des médecins généralistes sur la fragilité des personnes âgées. Cette méthode a permis d'explorer les définitions de ce concept selon les participants, ainsi que leurs pratiques et leurs expériences personnelles. Il n'y a pas, à ce jour, de consensus universel sur sa définition ni sur les critères permettant son diagnostic. Une part non négligeable de médecins ignore ce concept de fragilité.

Les critères de qualité d'une étude qualitative ont été respectés. La trame d'entretien a été modifiée suite à un premier entretien test pour explorer tous les aspects du thème de la recherche. La triangulation des données a été réalisée par un codage séparé de chaque entretien par le rédacteur et son directeur de thèse. La saturation des données a été obtenue au 9^{ème} entretien.

Les hypothèses préalables du rédacteur et de son directeur de thèse ont pu transparaître dans la formulation des questions et influencer l'analyse des entretiens par un biais de suggestion. De même, une part de subjectivité dans la thématisation et le choix des critères de catégorisation a pu entraîner un biais d'interprétation. Cependant, la triangulation des données avec une stratégie de lecture croisée avec le directeur de thèse a limité ce biais.

La sélection d'un échantillon raisonné de médecins est destinée à garantir la validité externe des résultats pour permettre de les généraliser. C'est pourquoi nous avons choisi des médecins ayant des caractéristiques variées. Il existe cependant un biais de sélection, le recrutement s'est fait dans la zone du PAERPA parce que ces médecins ont été sensibilisés au concept de fragilité.

Conclusion

La représentation de la fragilité de la personne âgée vivant à domicile par des médecins généralistes sensibilisés à ce concept se rapprochait du modèle d'accumulation des déficits de Rockwood. C'était une population hétérogène, définie selon un continuum. Elle pouvait concerner aussi bien des patients autonomes que dépendants, bénéficiant de mesures compensatoires. La fragilité était aussi décrite comme un équilibre précaire au maintien à domicile. Ces critères ne faisaient pas partie du consensus sur le concept de fragilité. Ils étaient une conséquence de la prise en compte biopsychosociale de ces patients par les médecins généralistes. Néanmoins, les médecins généralistes reprenaient certaines caractéristiques décrites par les gériatres : un état global, dynamique et non linéaire. D'autres critères tels que l'âge, les comorbidités, la polymédication, les conditions socio-économiques et les chutes étaient cités par les gériatres et les médecins généralistes.

Le repérage de la fragilité devait prendre en compte les paramètres précédemment cités ainsi que la qualité de vie au domicile, et cela dès les premières difficultés. Les conditions actuelles d'exercice de la profession ne favorisaient pas l'utilisation d'un outil standardisé pour le repérage. L'utilisation de l'intuition du médecin généraliste était la méthode prédominante.

La prise en charge de la personne âgée fragile était personnalisée, négociée et précoce avec le patient voire avec l'entourage. Les médecins généralistes travaillaient en réseau avec les professionnels de santé de proximité pour réaliser la prise en charge nécessaire et le suivi. Le PAERPA favorisait ce travail en réseau et formalisait par écrit la prise en charge. Lorsque l'entourage était présent, c'était aussi un élément important pour le maintien à domicile. Cependant la prise en charge était chronophage. Les médecins généralistes faisaient face à d'autres difficultés : les formalités médico-sociales, l'isolement de la personne âgée, la sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage aux bénéfices des interventions en rapport avec la fragilité. Quelques pistes sont évoquées pour améliorer la prise en charge comme le renforcement du travail de coordination entre les professionnels de santé, y compris hospitaliers, la sensibilisation du grand public au concept de fragilité afin d'obtenir une participation plus active du patient et de son entourage.

L'idée de détecter la fragilité avant le stade de dépendance est séduisante, car son caractère potentiellement réversible permettrait de réduire la durée de la dépendance. La fragilité devient un enjeu majeur pour la santé des personnes âgées au même titre que la dépendance. Son dépistage et sa prise en charge font donc partie du domaine de compétence du médecin généraliste.

Sensibiliser les médecins généralistes sur la fragilité est essentielle. Ils peuvent contribuer à enrichir le concept et la définition opérationnelle de la fragilité au bénéfice des patients et ainsi participer à la réduction du fardeau de la dépendance.

Bibliographie

1. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première. nov 2016;(1619):1-4.
2. Chalot C. La génération des baby-boomers pèse sur la croissance démographique à l'horizon 2050. Insee Analyses Centre-Val de Loire. juin 2017;(34):1-4.
3. Sardon JP. Les composantes du vieillissement de la population de la France depuis 1946. In: La population de la France Évolutions démographiques depuis 1946 Tome 1 et 2. Pessac: Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV; 2005. p. 77-102.
4. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. Lancet Lond Engl. 20 déc 2008;372(9656):2124-31.
5. Sieurin A, Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé. Paris, France: INED; 2011. 28 p.
6. Robine J-M. Espérance de santé en France [Internet]. EHLEIS Rapports nationaux; 2015 oct [page consultée le 6 déc 2016] p. 1-4. Report No.: 9. Disponible sur: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/France.pdf
7. Lecroart A, Marbot C, Froment O, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation. Dossier solidarité et santé. sept 2013;(43):27p.
8. Coquillion M. L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins [Internet]. Paris: Conseil économique et social; 2007 [page consultée le 21 nov 2016] p. 86. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000615/0000.pdf>
9. Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. Arch Intern Med. 26 nov 2001;161(21):2602-7.
10. Michel JP. Importance du concept de fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. Paris: Académie nationale de médecine; 2014 mai p. 20
11. Gomez MI. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc. Suresne: SFGG; 2015. p. 4-5.
12. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc. août 1991;39(8):778-84.

13. Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc. Suresne: SFGG; 2015. p. 9-24.
14. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
15. Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. jan 2008;12(1):29-37.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mar 2001;56(3):M146-157.
17. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ Can Med Assoc J*. 15 fév 1994;150(4):489-95.
18. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J*. 30 août 2005;173(5):489-95.
19. Gerard S. Les outils d'évaluation de la fragilité. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc. Suresne: SFGG; 2015. p. 37-47.
20. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juin 2009;64(6):675-81.
21. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. août 2012;60(8):1487-92.
22. Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. août 2005;53(8):1321-30.
23. Ensrud KE, Ewing SK, Cawthon PM, Fink HA, Taylor BC, Cauley JA, et al. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures and mortality in older men. *J Am Geriatr Soc*. mar 2009;57(3):492-8.
24. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 3 oct 2002;347(14):1068-74.
25. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*. 27 fév 2006;166(4):418-23.
26. 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*. déc 2002;50(12):1921-8.

27. Rougé Bugat M-E, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. *J Am Med Dir Assoc.* oct 2012;13(8):669-72.
28. Cartier T, Mercier A, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer.* 2012;(101):65-71.
29. CNGE. Contribution du CNGE à la Grande conférence de santé [Internet]. 2015 [page consultée le 22 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/contribution_du_cnge_la_grande_conference_de_sante/
30. Compagnon L, Ball P, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;(108):148-55.
31. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging.* juil 2013;17(7):629-31.
32. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. *J Nutr Health Aging.* août 2012;16(8):714-20.
33. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [page consultée le 15 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
34. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet Lond Engl.* 2 mars 2013;381(9868):752-62.
35. Saleh P-Y. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de médecine; 2014.
36. Tavares A-L. Evaluation gériatrique: pratiques des médecins généralistes pour le repérage du sujet âgé fragile [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. Faculté de médecine; 2015.
37. Clais E. Evaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gérontopôle Frailty Screening Tool [Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de médecine; 2015.
38. Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. 2017 [page consultée le 17 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/paerpa-1>
39. Jeandel C. Le parcours de santé de la personne âgée fragile ou en risque de perte d'autonomie. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc. Suresne: SFGG; 2015. p. 9-24.
40. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus

- statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* jan 2013;68(1):62-7.
41. OMS. Vieillissement et santé [Internet]. 2018 [page consultée le 16 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 42. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* juil 2007;62(7):731-7.
 43. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* juin 2013;14(6):392-7.
 44. Fried LP, Borhani NO, Enright P, Furberg CD, Gardin JM, Kronmal RA, et al. The Cardiovascular Health Study: design and rationale. *Ann Epidemiol.* fév 1991;1(3):263-76.
 45. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal.* 8 août 2001;1:323-36.
 46. Cesari M, Gambassi G, Abellan van Kan G, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing.* 1 jan 2014;43(1):10-2.
 47. Theou O, Rockwood K. Points de repères sur les deux principaux modèles de fragilité : syndrome ou risque, phénotype ou index de fragilité ? In: *La fragilité des personnes âgées : définitions, controverses et perspectives d'action.* Rennes: Presses de l'Ehesp; 2013. p. 31-50.
 48. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunananthan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc.* nov 2011;59(11):2129-38.
 49. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing.* 1 juil 1997;26(4):315-8.
 50. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med.* fév 2011;27(1):17-26.
 51. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2004;59(3):M255-63.
 52. Bergman H, Béland F, Karunananthan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gerontol Soc.* 2004;(109):15-29.
 53. Kulminski AM, Ukraintseva SV, Culminskaya IV, Arbeev KG, Land KC, Akushevich L, et al. Cumulative deficits and physiological indices as predictors of mortality and long life. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 2008;63(10):1053-9.

54. García-González JJ, García-Peña C, Franco-Marina F, Gutiérrez-Robledo LM. A frailty index to predict the mortality risk in a population of senior Mexican adults. *BMC Geriatr*. 3 nov 2009;9:47.
55. Herr M, Sirven N, Grondin H, Pichetti S, Sermet C. Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments: polymédication et prescriptions inappropriées. *Questions d'économie de la santé*. fév 2018;(230):1-6.
56. Veronese N, Stubbs B, Noale M, Solmi M, Pilotto A, Vaona A, et al. Polypharmacy is associated with higher frailty risk in older people: an 8-year longitudinal cohort study. *J Am Med Dir Assoc*. 1 juil 2017;18(7):624-8.
57. Collège national des enseignants de gériatrie. *Corpus de gériatrie. Tome 1*. Montmorency: 2M2; 2000. 185 p.
58. Rapp T, Sirven N. L'approche économique de la fragilité. In: *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc*. Suresne: SFGG; 2015. p. 27-9.
59. Yang Y, Lee LC. Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: evidence from the U.S. older adult population. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. mar 2010;65B(2):246-55.
60. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social Vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *Plos One*. 21 mai 2008;3(5):e2232.
61. Rodríguez-Mañas L. Use of Biomarkers. *J Frailty Aging*. 2015;4(3):125-8.
62. Marzetti E, Calvani R, Landi F, Hoogendijk EO, Fougère B, Vellas B, et al. Innovative medicines initiative: The SPRINTT Project. *J Frailty Aging*. 1 déc 2015;4(4):207-8.
63. Abellan Van Kan G. Fragilité de la personne âgée : consultation et prévention de la dépendance. In: *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc*. Suresne: SFGG; 2015. p. 86-8.
64. Korenvain C, Famiyeh I-M, Dunn S, Whitehead CR, Rochon PA, McCarthy LM. Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adult patients. *BMC Fam Pract*. 14 mai 2018;19(1):61.
65. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H, Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. juin 2003;15(3 Suppl):1-29.
66. Collège national des enseignants de gériatrie. *Corpus de gériatrie. Tome 2*. Montmorency: 2M2; 2004. 192 p.
67. Sirven N, Bourgueil Y. La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé par le Liraes (EA4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes. Paris: IRDES; 2016. p. 113.
68. Santos-Eggimann B, David S. Evaluer la fragilité en pratique clinique: est-ce recommandable? *Forum Méd Suisse - Swiss Med Forum*. 20 mar 2013;13(12):248-52.

69. Retornaz F, Karunanathan S, Sourial N, Vedel I, Bergman H. Fragilité et traitement des maladies chroniques. In: La fragilité des personnes âgées : définitions, controverses et perspectives d'action. Rennes: Presses de l'Ehesp; 2013. p. 123-38.
70. Rockwood K, Abeysondera MJ, Mitnitski A. How should we grade frailty in nursing home patients? J Am Med Dir Assoc. nov 2007;8(9):595-603.
71. Tabue-Teguo M, Kelaiditi E, Demougeot L, Dartigues J-F, Vellas B, Cesari M. Frailty Index and Mortality in Nursing Home Residents in France: Results From the INCUR Study. J Am Med Dir Assoc. 1 juil 2015;16(7):603-6.
72. Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, Prins BAH, Jansen APD et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. Age Ageing. mar 2013;42(2):262-5.
73. Fougère B, Sirois M-J, Carmichael P-H, Batomen-Kuimi B-L, Chicoulaa B, Escourrou E, et al. General practitioners' clinical impression in the screening for frailty: data from the FAP study pilot. J Am Med Dir Assoc. 1 fév 2017;18(2):193.e1-193.e5.
74. Chodosh J, Petitti DB, Elliott M, Hays RD, Crooks VC, Reuben DB, et al. Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. J Am Geriatr Soc. juill 2004;52(7):1051-9.
75. Piau A. Fragilité et nouvelles technologies. In: Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles Livre blanc. Suresne: SFGG; 2015. p. 75-6.
76. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. Geriatr Gerontol Int. avr 2012;12(2):189-97.
77. De Lepeleire J, Degryse J, Illiffe S, Mann E, Buntinx F. Family physicians need easy instruments for frailty. Age Ageing. 1 juil 2008;37(4):484; author reply 484-485.
78. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mar 2013;(1):21-31.
79. Equipe Régionale Vieillissement et Prévention de la Dépendance, ARS Midi-Pyrénées. Déployer les projets innovants dans la filière gériatrique [Internet]. 2016 [page consultée le 22 juill 2018]. Disponible sur: https://www.ensembleprevenonsladelapdependance.fr/wp-content/uploads/2016/02/GERONTOPOLE_equipe_fevrier_2016.pdf
80. ARS Centre-Val de Loire. Le parcours santé des aînés : une démarche collaborative et intégrée [Internet]. 2018 [page consultée le 16 sept 2018]. Disponible sur: <http://paerpa-centre.fr/professionnel/etapes-du-parcours/>
81. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. BMC Med. 11 jan 2012;10:4.
82. Vellas B, Cestac P, Moley JE. Implementing frailty into clinical practice: we cannot wait. J Nutr Health Aging. juil 2012;16(7):599-600.

83. Baghdadli A, Gely-Nargeot M-C. Maladie chronique : L'appropriation d'une maladie chronique [Internet]. 2011 [page consultée le 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.lab-epsilon.fr/conduites-sante/maladie-chronique-appropriation-une-maladie-chronique-94-83.html>
84. Haute Autorité de Santé - Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014 [page consultée le 7 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique
85. Haute Autorité de Santé - Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? [Internet]. 2014 [page consultée le 16 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
86. Haute Autorité de Santé - Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé [Internet]. 2014 [page consultée le 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
87. ARS Centre-Val de Loire. Programme territorial de santé de l'Indre-et-Loire 2013-2016. 2013. p. 87.
88. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. 2014 [page consultée le 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
89. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
90. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 1 mars 2008;371(9614):725-35.
91. Grelier H. Évaluation médicale des plus de 75 ans en soin primaire: proposition d'un outil élaboré selon la méthode des recommandations de pratique clinique [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2011.
92. Le Bihan C. Evaluation gériatrique standardisée au cabinet de médecine générale: présentation d'un outil simplifié de dépistage des grands syndromes gériatriques, la grille gérontoquick [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard; 2014.
93. Fougère B, Oustric S, Delrieu J, Chicoulas B, Escourrou E, Rolland Y, et al. Implementing assessment of cognitive function and frailty into primary care: data from Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) study pilot. *J Am Med Dir Assoc*. jan 2017;18(1):47-52.
94. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*. avr 2018;(232):1-8.

95. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenberg B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *J Adv Nurs*. oct 2013;69(10):2262-73.
96. Centre départemental gériatrique de l'Indre. Equipe Mobile Gériatrique Eure-Indre [Internet]. 2015 [page consultée le 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.cdgi36.fr/images/pdf/emg.pdf>
97. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. 2012;(797):1-8.
98. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1947-58.
99. INSEE. Professionnels de santé au 1er janvier 2016. Comparaisons régionales et départementales [Internet]. 2017 [page consultée le 27 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#titre-bloc-3>
100. Vergier N, Lefebvre-Hoang I. Désert médicaux? Comment les définir? Comment les mesurer? Dossier solidarité et santé. mai 2017;(17):1-63.
101. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe : place des équipes mobiles. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2016;14(1):23-30.
102. Pin S. Les solidarités familiales face au défi du vieillissement. *Les tribunes de la santé*. 2005;7(2):43-7.
103. Cardin C, Deduit S, D'escrivan M, Duchamp C, Marques E, Moutou C, et al. L'entourage familial des personnes âgées : vers et pour une place « suffisamment bonne » ? Analyse comparée du soutien à domicile et de l'institution gériatrique. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.; 2015.
104. Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Gérontopôle. Formations et sensibilisations à la fragilité en gériatrie [Internet]. 2018 [page consultée le 27 juil 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-toulouse.fr/-formations-et-sensibilisations-a-la-fragilite-en->
105. Agence Nationale d'Appui à la Performance. Projet PAERPA en région Centre diagnostic territorial sur le sud-est de l'Indre-et-Loire (Amboise/Loches) [Internet]. 2014 [page consultée le 27 juil 2018]. Disponible sur: <http://paerpa-centre.fr/usager/wp-content/uploads/2016/07/Diagnostic-territorial-PAERPA-Centre.pdf>
106. France, Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. 2017 [page consultée le 16 sept 2018] *Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité* p. 207-13. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste_20170001_0000_0076.pdf

Annexe 1

Trame d'entretien initiale

- 1) En tant que médecin généraliste, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez avec les patients âgés vivant à domicile ? Donnez-moi des exemples illustrant vos propos.
- 2) Comment définissez-vous la fragilité du patient âgé ? Où avez-vous entendu parler de ce concept ? Est-ce une notion importante pour votre pratique ?
- 3) Quelle est votre méthode de repérage de la fragilité et quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans votre pratique quotidienne ? Utilisez-vous des outils ? Où avez-vous découvert ces outils ? Qui vous aident dans ce repérage ? Acceptation des patients ?
- 4) Comment réalisez-vous la prise en charge de ces patients fragiles ? Quelles sont les décisions prises ? Avec quels partenaires ? Quelle place prend le patient et sa famille dans les décisions prises ? Quelles difficultés rencontrez-vous ? Y a-t-il des changements avec le dispositif PAERPA ?
- 5) Au final, qu'est-ce que vous attendiez du dispositif PAERPA ? Répond-il à vos attentes ?

Annexe 2

Trame d'entretien modifiée :

- 1) Pouvez-vous me raconter une situation récente où vous avez rencontré des difficultés avec une personne âgée à domicile ?
- 2) Dans votre exemple, pensez-vous que ce patient est fragile ? Où avez-vous entendu parler de fragilité ? Est-ce important dans votre pratique ?
- 3) Comment repérez-vous la personne âgée fragile ? Qui vous aide dans ce repérage ? Utilisez-vous des outils ? Où les avez-vous découverts ?
- 4) Quelles sont les décisions prises et quand sont-elles prises ? Pourquoi ? Avec quels partenaires ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelle place prend le patient et sa famille dans ces décisions ?
Y a-t-il des changements avec le dispositif PAERPA ?
- 5) Concrètement, que faut-il améliorer dans la gestion des patients fragiles au quotidien ?

Annexe 3

Grille de caractérisation des médecins généralistes :

- Age
- Sexe
- Durée d'installation
- Mode d'exercice (individuel, cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé)
- Lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain)
- Statut d'activité
- Secteur d'activité
- Spécialisation ou Mode d'exercice particulier

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Bouroubi Sami

56 pages – un tableau – une figure

Résumé :

Contexte : Les projections démographiques montrent un accroissement du vieillissement de la population française dans les prochaines décennies. L'augmentation de la dépendance résultante engendrera des difficultés sur le système de santé. Une solution pour la retarder est de repérer les patients âgés fragiles grâce aux médecins généralistes.

Objectif : L'objectif principal était de connaître la représentation des médecins généralistes sur la fragilité de la personne âgée dans une zone PAERPA où ils ont été sensibilisés à ce concept. L'objectif secondaire était de déterminer leurs prises en charge des patients âgés fragiles.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés interrogeant des médecins généralistes installés en territoire PAERPA du département d'Indre-et-Loire. Neuf médecins ont participé aux entretiens ayant permis d'atteindre la suffisance des données.

Résultats : La population âgée fragile vivant à domicile était décrite comme hétérogène. C'était un continuum allant des premières difficultés à l'état de dépendance compensée par les aides mises en place. La fragilité était un équilibre précaire, un état dynamique, non linéaire et pouvait remettre en cause le maintien à domicile suite à un événement stressant. Certains facteurs cités soulignaient son caractère global comme l'âge, les pathologies chroniques, la polymédication, les chutes, la perte de poids, l'isolement, les difficultés sociales et économiques. Le repérage était basé sur l'intuition du médecin généraliste grâce à la connaissance de ses patients. La prise en charge était personnalisée, négociée et anticipée avec le patient malgré les difficultés rencontrées. Ces dernières étaient principalement liées aux refus des interventions par les patients, lié à l'entourage et à la disponibilité du praticien. Le PAERPA favorisait le travail en réseau avec les professionnels de santé de proximité.

Conclusion : La représentation des médecins généralistes se rapprochait du modèle d'accumulation des déficits de Rockwood. Ils étaient engagés dans la prise en charge malgré les difficultés. Sensibiliser davantage les médecins ainsi que leurs patients âgés à ce concept pourrait permettre de réduire l'impact de la dépendance sur notre société.

Mots clés : personne âgée fragile, dépendance, médecine générale, soins à domicile, gestion des soins aux patients

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Professeur Jean ROBERT

Membres du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Professeur Bertrand FOUGERE

Date de soutenance : 24 octobre 2018