

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2017

THÈSE N°

Evaluation des pratiques professionnelles : Dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale en Limousin.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 1^{er} Février 2017

par

Nadège COLLET

née le 20 Décembre 1987, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur DANTOINE Thierry.....Président
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie..... Juge
Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule..... Juge
Mr le Docteur TCHALLA Achille..... Juge
Mr le Docteur DOUZON Vincent..... Juge
Mr le Docteur FARGEAS Jean-Baptiste Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2017

THÈSE N°

Evaluation des pratiques professionnelles : Dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale en Limousin.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 1^{er} Février 2017

par

Nadège COLLET

née le 20 Décembre 1987, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur DANTOINE Thierry.....Président
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie Juge
Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule..... Juge
Mr le Docteur TCHALLA Achille Juge
Mr le Docteur DOUZON Vincent..... Juge
Mr le Docteur FARGEAS Jean-Baptiste Membre invité

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Philippe BERTIN
Madame le Professeur Marie-Cécile PLOY

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine (C.S.)	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (SUR du 12-11-2016 au 31-08-2018)	O.R.L.

BORDESSOULE Dominique (SUR du 21-11-2016 au 31-08-2018)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth VASCULAIRE (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry VIEILLISSEMENT (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe READAPTATION	MEDECINE PHYSIQUE et de
DESCAZEAUD Aurélien (C.S.)	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

(CS)

DUMAS Jean-Philippe **(SUR. 31.08.2018)** UROLOGIE

DURAND-FONTANIER Sylvaine ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

ESSIG Marie
(CS) NEPHROLOGIE

FAUCHAIS Anne-Laure
(CS) MEDECINE INTERNE

FAUCHER Jean-François MALADIES INFECTIEUSES

FEUILLARD Jean
(CS) HEMATOLOGIE

FOURCADE Laurent CHIRURGIE INFANTILE
(CS)

GAINANT Alain **(SUR. 31.08.2017)** CHIRURGIE DIGESTIVE

GUIGONIS Vincent PEDIATRIE

JACCARD Arnaud
(C.S.) HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François
PATHOLOGIQUES
(CS) ANATOMIE et CYTOLOGIE

LACROIX Philippe MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LIENHARDT-ROUSSIE Anne
(CS) PEDIATRIE

LOUSTAUD-RATTI Véronique HEPATOLOGIE

MABIT Christian
(C.S. CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)
MAGY Laurent

ANATOMIE

NEUROLOGIE

MARIN Benoît
et

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE

PREVENTION

MARQUET Pierre
(CS)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel

CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris
(CS)

PNEUMOLOGIE

MOHTY Dania

CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques
(CS)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

MOREAU Jean-Jacques
(C.S.)

NEUROCHIRURGIE

MOUNAYER Charbel
(C.S.)

RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

NATHAN-DENIZOT Nathalie
(CS)

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NUBUKPO Philippe

ADDICTOLOGIE

PARAF François
(CS)

MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE

PLOY Marie-Cécile
(CS)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PREUX Pierre-Marie
SANTE

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
ET PREVENTION

ROBERT Pierre-Yves

OPHTALMOLOGIE

(C.S.)

SALLE Jean-Yves
READAPTATION

MEDECINE PHYSIQUE ET DE

(C.S.)

SAUTEREAU Denis
(CS)

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

STURTZ Franck
(CS)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
MALADIES

ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET
METABOLIQUES

TREVES Richard **(SUR. 31.08.2018)**

RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole**(SUR. 31.08.2018)** CANCEROLOGIE

VALLEIX Denis
(CS)

ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain
(CS)
(faisant fonction de C.S. en CANCEROLOGIE)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE
DE LA SANTE et PREVENTION

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe

REANIMATION

VINCENT François
(CS)

PHYSIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
(C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

YARDIN Catherine
(C.S)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël
STOMATOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre
VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille
VIEILLISSEMENT

GERIATRIE et BIOLOGIE du

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2015 au 31.08.2017
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
MERLE Louis	du 01.09.2015 au 31.08.2017
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2017
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2017
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

Je dédie ce travail

A Guillaume, qui me soutient depuis toutes ces années et qui fait ma force au quotidien. Merci à toi mon cœur.

A Jules, qui est notre premier sourire du matin et qui fait notre bonheur depuis plus d'un an maintenant.

A mes parents, qui m'ont soutenu dans mes choix et qui ont toujours cru en moi. Merci à vous pour tout.

A mes sœurs, Annabelle et Angélique, qui sont toujours présentes pour moi et qui me soutiennent quotidiennement. La vie est drôle avec vous à mes côtés. Merci les sœurette.

A Julie qui, malgré la distance, est près de moi tous les jours.

A tous mes amies et amis.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thierry DANTOINE, je suis sensible de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider ce jury. Merci pour votre participation à notre formation médicale de qualité, soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Vincent DOUZON d'avoir accepté de diriger ce travail. Notre rencontre remonte maintenant à 2 ans, puisque j'ai été ta première interne dans le service de SSR. Merci à toi pour tout ce que tu m'as appris en gériatrie. Merci pour ta gentillesse et ton investissement à mes côtés.

A Monsieur le Docteur Achille TCHALLA d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour vos conseils et notamment pour votre vision éclairée de la gériatrie et de la fragilité. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie pour votre investissement dans notre formation de médecin généraliste. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME d'avoir accepté de juger ce travail. Merci à vous Marie-Paule pour ce stage vraiment instructif, j'ai beaucoup aimé travailler à vos côtés. Merci pour votre gentillesse, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste FARGEAS, d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci à toi pour tout ce que tu fais pour moi, ton soutien dans le monde libéral est précieux pour moi. A notre future collaboration, merci pour ton aide, ta disponibilité et ta gentillesse.

Table des matières

Table des figures.....	15
Liste des abréviations utilisées	16
Introduction	17
1. Généralités	18
1.1. Le vieillissement et ses conséquences	18
1.1.1. Epidémiologie	18
1.1.2. Le vieillissement normal.....	19
1.1.3. Le vieillissement pathologique	20
1.1.4. La polypathologie.....	20
1.1.5. La dépendance	21
1.2. L'état de fragilité	23
1.2.1. Définition.....	23
1.2.2. Epidémiologie	24
1.2.3. Fragilité et processus de fragilisation dans les modèles de l'incapacité	26
1.2.4. Les bases biologiques de la fragilité	27
1.2.4.1. Inflammation et fragilité	28
1.2.4.2. Dérégulation hormonale et fragilité.....	28
1.2.4.3. Autres facteurs biologiques	29
1.2.5. Repérage et évaluation de la fragilité : quels intérêts ?	31
1.2.5.1. Le repérage de la fragilité dans la pratique clinique.....	31
1.2.5.2. Prévention de la dépendance iatrogène survenant lors de l'hospitalisation de la personne âgée	32
1.2.6. Les outils d'évaluation disponibles	33
1.2.6.1. Caractéristiques générales des différents outils	33
1.2.6.2. Les outils dérivés du modèle phénotypique de Fried.....	33
1.2.6.3. Les outils dérivés du modèle multi-domaine.....	37
1.2.6.4. Synthèse.....	38
1.2.7. La recherche des causes de fragilité.....	39
1.2.7.1. Le domaine socio-culturel	40
1.2.7.2. Les comorbidités et le traitement médicamenteux.....	40
1.2.7.3. Le domaine nutritionnel.....	40
1.2.7.4. Le domaine fonctionnel et physique	41
1.2.7.5. Le domaine cognitif	41
1.2.7.6. Le domaine thymique.....	41
1.2.7.7. Le domaine sensoriel.....	42
1.2.8. Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français	42
2. Etude.....	47
2.1. Matériels et Méthode	47
2.1.1. Introduction	47
2.1.2. Schéma de l'étude	47
2.1.3. Cadre de l'étude	48
2.1.3.1. Objectifs et critère principal de jugement.....	48
2.1.3.2. Outil de repérage de la fragilité	48
2.1.4. Population étudiée	50
2.1.5. Recueil des données	51
2.1.5.1. Mode de diffusion des questionnaires	51
2.1.5.2. Période de diffusion	51
2.1.5.3. Modalités de réponse.....	52
2.1.6. Analyse statistique	52
2.2. Résultats	53
2.2.1. Résultats globaux	53
2.2.1.1. Diagramme de flux.....	53
2.2.1.2. Caractéristiques clinico-sociales de l'échantillon	54

2.2.1.3. Critère principal de jugement	56
2.2.2. Etude de la corrélation entre les items de Fried et le profil de fragilité ressenti par le médecin	57
2.2.2.1. La perte de poids	57
2.2.2.2. L'asthénie	59
2.2.2.3. Le ralentissement de la vitesse de marche.....	61
2.2.2.4. Les troubles locomoteurs	63
2.2.2.5. Synthèse.....	65
2.2.3. Etude de la corrélation entre les items de la grille SEGA et le profil de fragilité ressenti par le médecin.....	66
2.2.3.1. L'isolement social.....	66
2.2.3.2. Les troubles de la mémoire	68
2.2.3.3. Synthèse.....	69
2.2.4. Orientation du patient repéré fragile	70
2.3. Discussion	71
2.3.1. Principaux résultats.....	71
2.3.2. Validité interne	73
2.3.2.1. Les forces de l'étude	73
2.3.2.2. Les limites de l'étude.....	74
2.3.3. Cohérence externe	75
2.3.4. Perspectives à envisager	75
Conclusion	77
Références bibliographiques	78

Table des figures

Figure 1 : Pyramide des âges française en 2015 et 2060

Figure 2 : Evolution de la population entre 1975-1999 et 1999-2030

Figure 3 : Théorie des cascades de Bouchon

Figure 4 : Caractéristiques des deux modèles de fragilité.

Figure 5 : Evolution du nombre de publications sur la fragilité de 1950 à 2014.

Figure 6 : Hypothèses sur le chemin conduisant de l'atteinte moléculaire à l'expression clinique de la fragilité selon *Fried et al.*

Figure 7 : Dépenses par type de soins ambulatoires – France Métropolitaine, 2012

Figure 8 : Dépenses de santé – Coût des soins ambulatoires en euros (France, 2012)

Figure 9 : Diagramme de flux global

Figure 10 : Tableau des principaux résultats

Figure 11 : Repérage précoce de la fragilité

Figure 12 : Corrélation entre la perte de poids et le repérage de la fragilité

Figure 13 : Corrélation entre l'asthénie et le repérage de la fragilité

Figure 14 : Corrélation entre la vitesse de marche et le repérage de la fragilité

Figure 15 : Corrélation entre les troubles locomoteurs et le repérage de la fragilité

Figure 16 : Corrélation entre la situation sociale et le repérage de la fragilité

Figure 17 : Corrélation entre les troubles cognitifs et le repérage de la fragilité

Figure 18 : Orientation du patient repéré fragile vers une structure spécialisée

Liste des abréviations utilisées

- **APA** : Allocation personnalisée à l'autonomie
- **ADL** : Activities of daily living, activités de la vie quotidienne
- **IADL** : Instrumental activities of daily living, activités instrumentales de la vie quotidienne
- **GIR** : Groupes iso-ressources
- **SFGG** : Société française de gériatrie et gérontologie
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **ADN** : Acide désoxyribonucléique
- **EGS** : Echelle gériatrique standardisée
- **PPS** : Projet personnalisé de soins
- **PPSP** : Projet personnalisé de soins et de prévention
- **MG** : Médecin généraliste
- **EHPAD** : Etablissement d'hébergement de la personne âgée dépendante
- **SEGA** : Short Emergency Geriatric Assessment, Sommaire de l'Evaluation Gériatrique à l'Admission
- **MUPA** : Médecine d'Urgence des Personnes Agées
- **MNA** : Mini nutritional assessment
- **MMSE** : Mini mental state evaluation
- **GDS** : Gériatric depression scale
- **DMLA** : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
- **CNPG** : Conseil national professionnel de gériatrie
- **URPS** : Union régionale des professionnels de santé
- **MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

Introduction

Notre nouvelle région, « Nouvelle Aquitaine », compte à elle seule 5.9 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2014. Avec plus d'un habitant sur quatre de plus de soixante ans, elle est l'une des régions les plus vieilles d'Europe. A l'horizon 2040, cette tranche d'âge devrait atteindre le million d'habitants rien que dans le Limousin.

En parallèle, l'augmentation continue de l'espérance de vie, est l'une des réussites les plus significatives ces dernières années en Europe. L'enjeu est de s'assurer que les citoyens puissent vivre non seulement plus longtemps, mais également mener une vie en bonne santé, active et indépendante.

Les projections démographiques mondiales prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 350 millions en 2010, à 488 millions en 2030 et 614 millions en 2050. La médecine doit donc modifier et adapter sa pratique afin d'éviter un tel scénario dramatique.

Santé précaire, handicap et dépendance ne sont pas des conséquences inévitables du vieillissement. L'objectif commun du corps médical, dans les années à venir, sera de préserver l'indépendance des personnes âgées le plus longtemps possible ; de comprendre et de répondre aux besoins particuliers des patients ; de fournir l'information et les outils nécessaires afin de faire des choix adéquats en matière de soins. De ce postulat de « bien vieillir » découle le concept de fragilité : l'incapacité à répondre à un stress, notion dynamique dans le temps si des actions correctrices sont mises en place.

Ainsi, la réduction de la fragilité, et de la souffrance qui en découle, est un enjeu majeur de santé publique, et de notre système de soins, en évaluant les patients quel que soit leur milieu de vie : domicile, hôpital, urbain, rural...

Le but de cette thèse est donc d'évaluer le repérage de la personne âgée fragile, en soins primaires, en Limousin, d'en faire une photographie et de proposer une amélioration du parcours de soins.

1. Généralités

1.1. Le vieillissement et ses conséquences

1.1.1. Epidémiologie

Nous constatons actuellement une dynamique de vieillissement démographique de la population. Ceci est en parallèle à l'augmentation continue de l'espérance de vie depuis maintenant de nombreuses années, du fait de l'amélioration de la santé et des conditions de vie.

En effet, la génération « baby-boom » arrive dans la tranche d'âge « critique » des plus de 75 ans à partir de 2015. Or, l'avancée en âge s'accompagnant généralement de maladies chroniques, nous allons devoir faire face à une « vague » de personnes âgées dépendantes ou fragiles.

Comme nous pouvons le constater sur les graphiques ci-dessous, la tranche d'âge des plus de 70 ans va connaître la plus grande progression démographique d'ici 2060.

Pyramide des âges française en 2015 et 2060

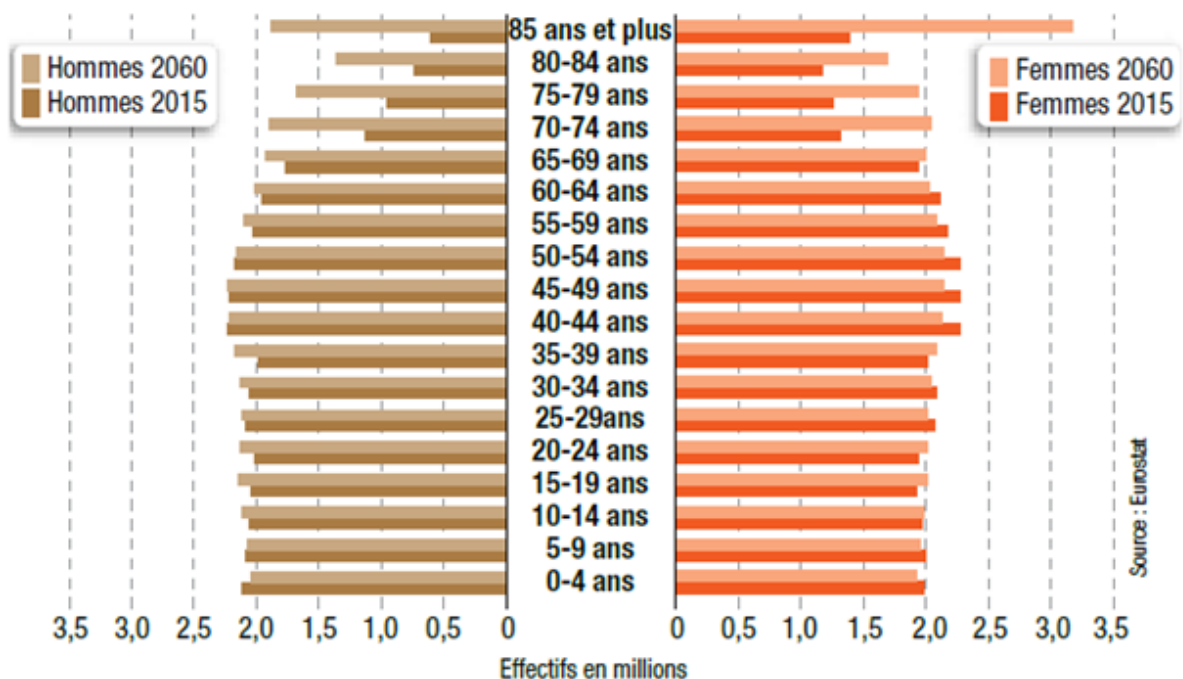


Figure 1 : Pyramide des âges française en 2015 et 2060

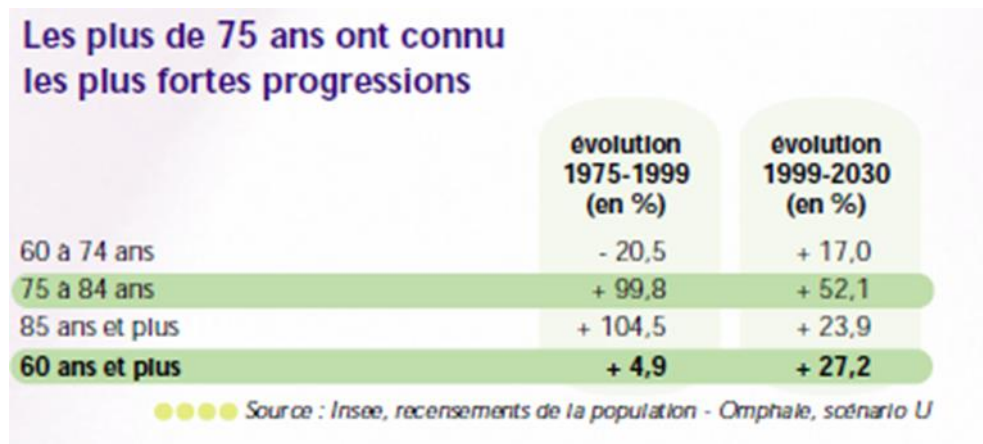


Figure 2 : Evolution de la population entre 1975-1999 et 1999-2030

1.1.2. Le vieillissement normal

Le vieillissement est un processus hétérogène et évolutif.

Il relève de mécanismes intrinsèques inéluctables (les radicaux libres, les facteurs génétiques, la glycation non enzymatique des protéines) et de facteurs extrinsèques relevant de l'environnement (vécu du patient, alimentation, tabagisme, antécédents...).

Le vieillissement se constate sur tous les organes et entraîne une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, sans atteindre le seuil pathologique.

On retrouve notamment une diminution de :

- La filtration glomérulaire,
- La masse musculaire (sarcopénie),
- La tolérance au glucose,
- La perception de la soif,
- La densité osseuse,
- L'accommodation visuelle et l'audition,
- La production des hormones sexuelles.

1.1.3. Le vieillissement pathologique

Le vieillissement pathologique est dû à l'effet d'une ou plusieurs maladies sur un ou plusieurs organes, dont il altère la fonctionnalité. Il s'ajoute au vieillissement normal.

Il peut être évité par une prévention ou un traitement adapté précoce de la maladie concernée.

La prévention du vieillissement pathologique réside dans :

- Le maintien des capacités physiques, psychiques, sociales et cognitives ;
- La limitation des facteurs de risques : tabac, obésité, sédentarité ;
- Le dépistage précoce des maladies asymptomatiques ;
- L'adaptation de l'environnement physique et social à la perte d'autonomie, lorsqu'elle est présente.

1.1.4. La polypathologie

La polypathologie est caractéristique des personnes âgées. En effet, une personne âgée hospitalisée a en moyenne cinq maladies associées, chacune interagissant sur l'autre et sur le traitement.

La prise en charge est systématiquement sur trois niveaux, médical, social et psychologique. Cela sous-entend une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

La personne âgée malade répond à la théorie des cascades, à savoir l'addition de plusieurs effets :

- Effets du vieillissement physiologique sur l'organe (1);
- Existence d'une ou plusieurs pathologies chroniques touchant cet organe (2) ;
- Survenue d'une ou plusieurs causes précipitantes, souvent extérieures à l'organe touché (3).

L'incapacité à répondre au stress d'un facteur déclenchant (3) entrainera une perte des réserves fonctionnelles traduisant la fragilité.

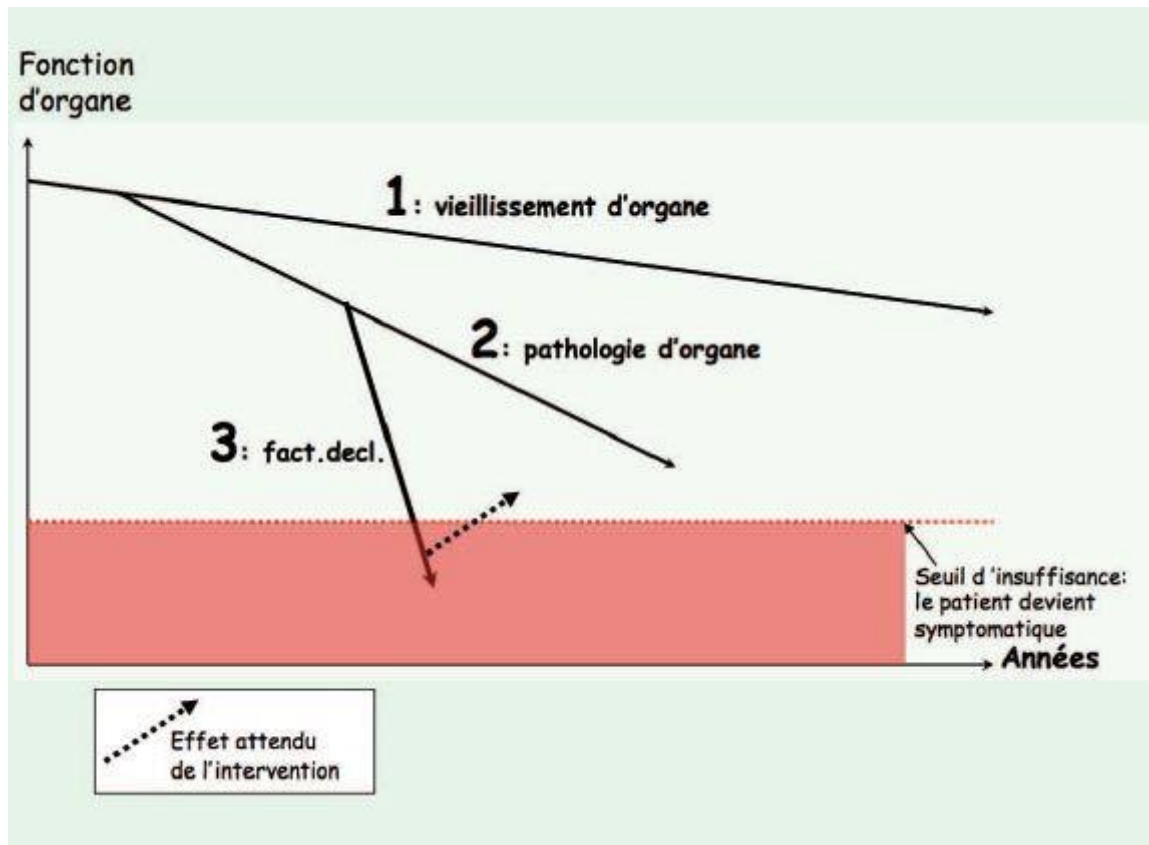


Figure 3 : Théorie des cascades de Bouchon

1.1.5. La dépendance

La dépendance représente une impossibilité totale ou partielle à réaliser sans aide les activités physiques, psychiques et sociales de la vie quotidienne. Le patient dépendant est incapable de s'adapter à son environnement.

Elle s'oppose donc à l'autonomie qui, elle, est la capacité à se gouverner soi-même et à effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne. L'adaptation à l'environnement est possible.

Les facteurs de risques sont multiples et souvent intriqués :

- L'environnement socio-économique : isolement affectif, isolement social, logement non adapté, ressources faibles.
- Les pathologies : toute maladie chronique ou aiguë peut entraîner ou aggraver la dépendance d'un individu.

Il existe des outils standardisés pour l'évaluation de l'autonomie :

- L'échelle des activités de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living, ADL*) [1] (**Annexe 2**), ou échelle de Katz, porte sur les soins corporels, l'habillement, les transferts, la continence, l'alimentation et évalue l'état fonctionnel.
- L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne [2] (*Instrumental Activities of Daily Living, IADL*) (**Annexe 3**), ou échelle de Lawton, évalue les capacités à utiliser les transports, le téléphone, gérer son traitement, son budget, faire ses courses, ses repas, son ménage.
- La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) mesure l'état fonctionnel et permet un classement en six groupes iso-ressources. Le GIR 1 correspond au niveau de dépendance le plus élevé, le GIR 6 à une autonomie totale. L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) est attribuée en fonction des GIR et à partir du GIR 4.

Cette évaluation permet une prise en charge adaptée avec la mise en place :

- D'aides techniques (téléalarme, déambulateur, chaise percée) ;
- D'aides financières (APA, caisses de retraite),
- D'aides humaines (infirmière, aide-ménagère, auxiliaire de vie).

Nous avons vu que le vieillissement normal est universel mais que le vieillissement pathologique et la dépendance sont propres à chaque individu.

L'enjeu de tous les médecins est de pouvoir appréhender l'ensemble des stades existants entre la personne âgée ayant bien vieilli et la personne âgée très dépendante : c'est ici qu'intervient la notion de fragilité.

1.2. L'état de fragilité

1.2.1. Définition

Afin de définir objectivement l'état de risque précédant l'état de dépendance et d'identifier la population cible qui peut bénéficier des interventions de prévention, la communauté scientifique a décrit le « syndrome de fragilité ».

Il s'agit du stade précoce de la cascade de dépendance, caractérisé par un début du déclin fonctionnel qui permet toujours à l'individu d'être indépendant dans les activités de base de la vie quotidienne (mais avec quelques difficultés), et peut être réversible en cas de mise en place d'interventions ciblées.

En 1994, Kenneth Rockwood propose un modèle de fragilité multi-domaine [3]. Il repose sur une approche cumulative des pathologies et des dépendances définissant ainsi « le syndrome de fragilité ». Il propose une échelle à quatre niveaux, allant de l'absence de tout problème de fonctionnement physique et cognitif à la dépendance totale d'un tiers pour les activités de la vie quotidienne.

En 2001, Linda Fried décrit le « phénotype de fragilité » [4]. La fragilité est évaluée en tenant compte de cinq signes ou symptômes :

- perte de poids involontaire,
- épuisement ressenti par le patient,
- vitesse de marche ralentie,
- baisse de la force musculaire,
- sédentarité.

L'individu est considéré comme « fragile » s'il présente trois ou plus de ces critères, « pré-fragile » en présence d'un ou deux critères, « robuste » en l'absence de ces critères.

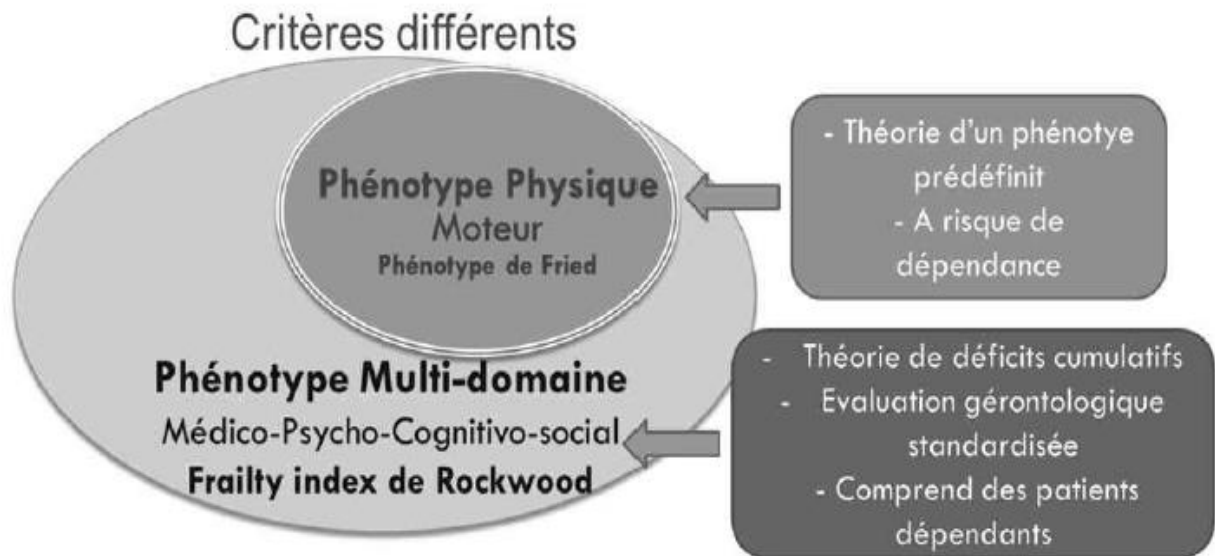


Figure 4 : Caractéristiques des deux modèles de fragilité.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie (SFGG) adopte un consensus et définit la fragilité de la façon 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'évènements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chute, 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* » [5].

1.2.2. Epidémiologie

L'utilisation du « phénotype de fragilité » est de plus en plus répandue. Une des meilleures illustrations de ce phénomène est le nombre de publications dans Pub Med relatives à ce sujet, qui augmente de façon exponentielle. Ce terme est progressivement entré dans le vocabulaire médical puisqu'on le cite 30 fois en 1989, 542 fois en 2009 et 5418 fois en 2015.

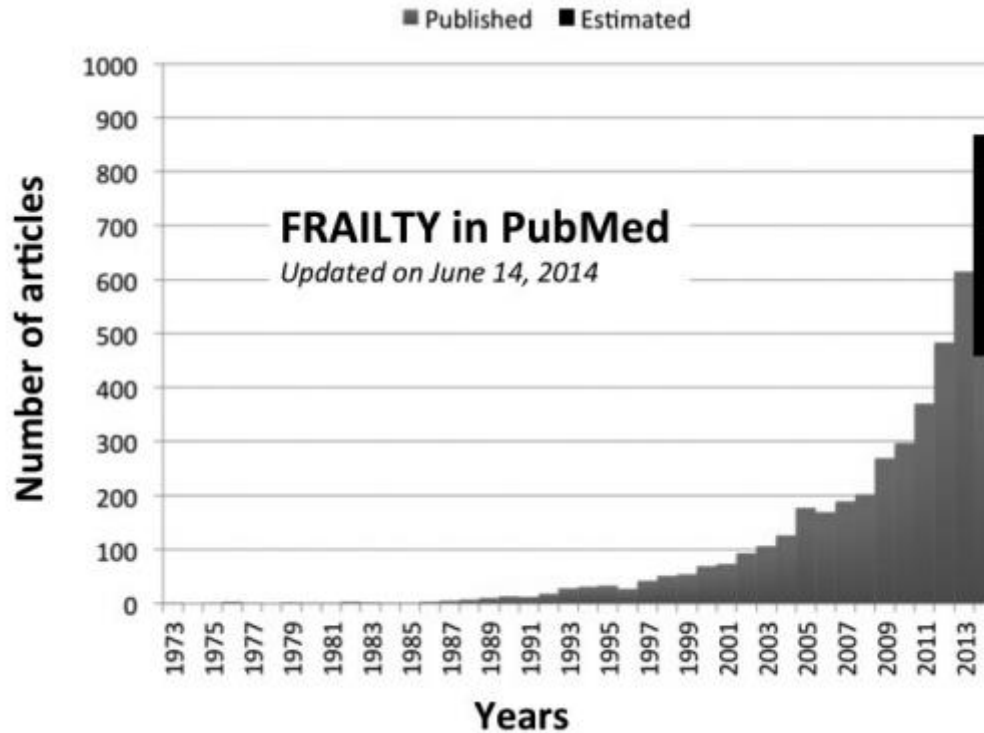


Figure 5 : Evolution du nombre de publications sur la fragilité de 1950 à 2014.

Ceci reflète l'attrait de ce nouveau concept de plus en plus connu, mais également la démarche active des professionnels de santé pour éviter au maximum les conséquences de la fragilité sur notre population vieillissante.

Une grande étude de cohorte, dont la population étudiée est représentative de plusieurs pays européens, montre que les sujets âgés pré-fragiles et fragiles sont très répandus dans nos sociétés, respectivement 40% et 10% [6].

Selon la même étude, la proportion de sujets fragiles est plus élevée en France, puisqu'elle s'élève à 15%. Ces résultats ont été confirmés par une revue systématique réalisée par Collard et al en 2012 [7].

Cette problématique va s'accroître dans le futur avec le vieillissement démographique de la population.

1.2.3. Fragilité et processus de fragilisation dans les modèles de l'incapacité

Les approches de la fragilité de Linda Fried (2001) et Kenneth Rockwood (1994) ont été citées de nombreuses fois ces dernières années, montrant ainsi la popularité du concept de fragilité dans la communauté médicale. L'article « *Frailty in older adults : Evidence for a phenotype* » de Fried [4] a été cité 3800 fois et « *Frailty in elderly people : an evolving concept* » de Rockwood [3] 350 fois, au cours de ces vingt dernières années.

Bien que très différentes, elles ont en commun de ne pas être inscrites dans les débats des années 90 concernant les modèles et les classifications des états de santé, telle la classification internationale des handicaps publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La conséquence de ces approches, indépendantes des débats sur les classifications internationales de l'incapacité, est qu'il y a une certaine ambiguïté dans ce que recouvre le concept de fragilité. Mesure-t-il la même chose ou se distingue-t-il du concept de l'incapacité ?

Dans le modèle de Rockwood, cette ambiguïté est marquée car il propose une échelle à quatre niveaux, allant de l'absence de tout problème de fonctionnement physique et cognitif à la dépendance totale d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne.

Par contre, dans l'approche de Fried, il y a en théorie une distinction entre la fragilité et l'incapacité. Ce modèle montre également une distinction avec l'accumulation de maladies, soit les comorbidités. La fragilité est présentée comme un facteur de risque majeur d'incapacité et de mortalité. L'état de fragilité concernerait alors des individus ne souffrant pas (ou pas encore) d'incapacité et de perte d'autonomie.

En fait, Fried et ses collègues suggèrent que la fragilité mesure, ou indique, un déclin des réserves physiologiques et de la résistance au stress indépendamment des pathologies présentes. Ce serait, en ce sens, une mesure de la sénescence biologique et du capital santé restant.

Or, si la classification internationale des handicaps (WHO, 1980), et les modèles apparentés appréhendent bien le processus de l'incapacité comme conséquence des maladies et/ou accidents, ils ignorent la possibilité d'un processus biologique conduisant à la diminution des réserves physiologiques. C'est en ce sens que le concept de fragilité est intéressant car il permet de proposer un second processus pouvant conduire à l'incapacité et à la perte d'autonomie.

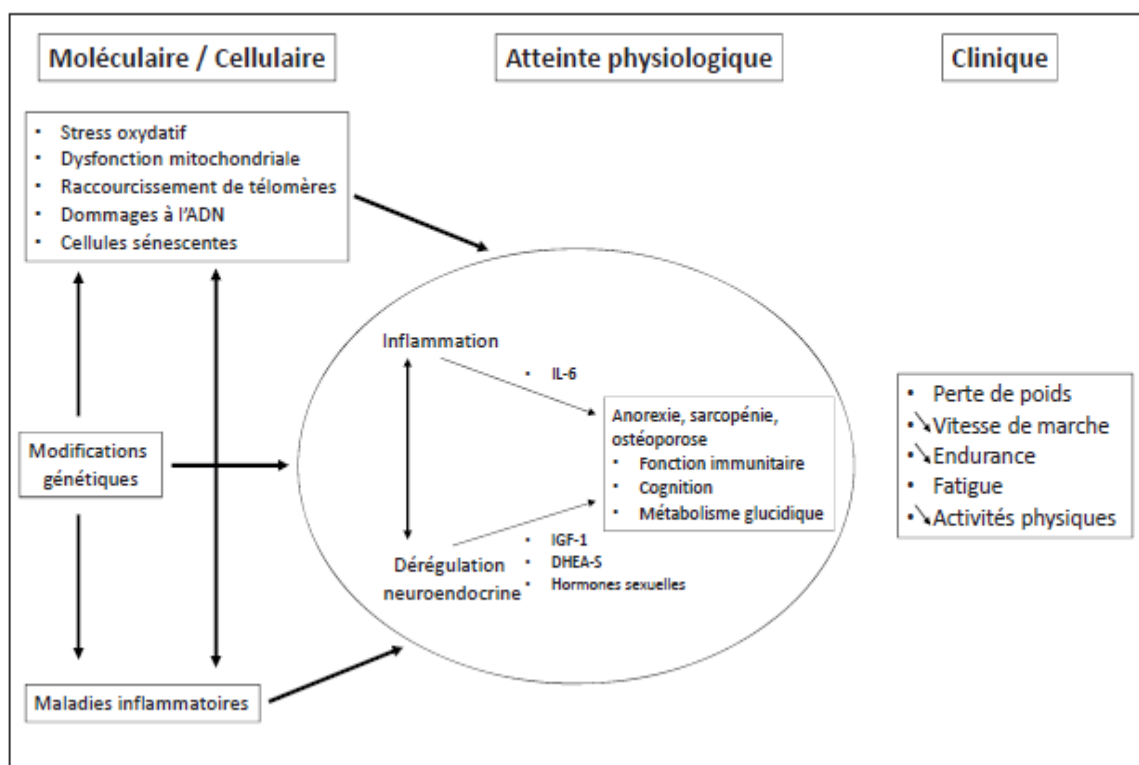
1.2.4. Les bases biologiques de la fragilité

Plusieurs facteurs sont impliqués dans l'apparition de la fragilité. La perte des capacités et des réserves fonctionnelles, caractéristique de la fragilité, est liée aux changements de plusieurs systèmes incluant l'inflammation et la dérégulation hormonale.

Ces changements ont un impact sur différents organes cibles (os, cerveau, vaisseaux, muscles). L'effet sur le muscle squelettique et ses mécanismes énergétiques a un rôle central dans l'apparition du phénotype de fragilité.

Figure 6

Hypothèses sur le chemin conduisant de l'atteinte moléculaire à l'expression clinique de la fragilité selon *Fried et al.*



1.2.4.1. Inflammation et fragilité

La fragilité est associée à plusieurs marqueurs habituels de l'inflammation (interleukine-6, CRP, Tumor Necrosis Factor, fibrinogène, D-dimères, leucocytes...).

Parmi les différentes explications on retrouve : l'augmentation des cellules sénescentes, la réponse diminuée au Toll-like récepteur ligan, la diminution de l'activité musculaire, la surexpression de quelques gènes responsables de la réponse inflammatoire au stress.

Toutefois, le tissu adipeux semble jouer un rôle prédominant. Plusieurs travaux ont mis en évidence une relation entre le tissu adipeux et la fibre musculaire, par l'intermédiaire d'adipokines et de myokines qui sont des protéines pro-inflammatoires [8].

Or, un des changements dans la composition corporelle pendant le vieillissement est une infiltration progressive du muscle squelettique par le tissu adipeux. Il a été démontré que la relation entre Indice de Masse Corporelle (IMC) et mortalité change en fonction de l'âge. Bien qu'un IMC haut chez les jeunes adultes augmente le risque de décès, cette relation chez les personnes plus âgées a une forme en « U ». Un IMC stable, et apparemment optimal, peut aussi cacher un changement de la proportion entre la masse musculaire et la masse grasse. Le surpoids et l'obésité à l'âge adulte sont associés au développement des états de pré-fragilité et fragilité chez les sujets âgés.

En plus de l'inflammation, la fragilité a aussi été associée aux marqueurs de stress oxydatif. Récemment, ces associations ont clairement été établies par l'équipe d'INGLES et Al [9].

1.2.4.2. Dérégulation hormonale et fragilité

La fragilité est liée à une diminution de différentes hormones anaboliques. Trois principaux groupes d'hormones sont impliqués : Hormone de croissance (GH) / facteur de croissance de l'insuline (IGF1) / insuline, les hormones sexuelles (œstradiol et testostérone) et enfin Cortisol / DHEA (déhydroépiandrostérone).

Il est bien établi que chez les sujets de plus de 65 ans, les niveaux plasmatiques de testostérone ont tendance à diminuer considérablement, phénomène appelé « andropause ». Cette diminution est directement associée à une longévité basse chez les hommes [10] et à la fragilité chez les hommes et femmes âgés [11].

Chez les femmes, bien que des niveaux de testostérone bas semblent être aussi associés à la fragilité [11], la vraie question est celle de la ménopause qui cause une baisse soudaine des hormones stéroïdes sexuelles menant à la perte de densité osseuse, mais aussi à la faiblesse musculaire.

Une étude récente [12] suggère que la relation entre les œstrogènes et la fragilité est opposée à celle attendue : la fragilité semble être associée à des niveaux d'œstrogènes plasmatiques hauts chez les femmes âgées. Ces niveaux élevés sont associés (au contraire de la testostérone) à une longévité accrue et à une fragilité, particulièrement s'ils sont associés à l'inflammation. L'effet bénéfique de l'œstradiol sur la survie est donc opposé à l'effet sur la fragilité.

Les niveaux d'hormones de croissance diminuent également avec l'âge. En comparaison des adultes « vieux non-fragiles », les adultes « vieux fragiles » ont des niveaux inférieurs d'IGF1, un peptide stimulé par l'hormone de croissance.

1.2.4.3. Autres facteurs biologiques

Des facteurs génétiques sont aussi impliqués dans le développement de la fragilité. Bien qu'il y ait peu d'études sur la formation génétique de la fragilité, des polymorphismes dans un certain groupe de gènes liés à l'apoptose et à la régulation de la transcription pourraient être impliqués [13].

1.2.4.3.1. Longueur des télomères et fragilité

En 2009, le prix Nobel de médecine a été attribué aux Dr Blackburn, Greider et Szostak pour leurs recherches sur les télomères et la sénescence cellulaire.

Ces travaux ont amené des nouvelles pistes de recherche sur la fragilité.

Ainsi le Dr Bénétos, du CHU de Nancy, a publié un article sur la longueur des télomères et le vieillissement artériel [14].

Les télomères sont des éléments essentiels qui protègent les terminaisons linéaires des chromosomes. Ces séquences répétitives non-codantes d'ADN (TTAGGG), placées aux extrémités des chromosomes, jouent un rôle capital dans la capacité répliquative cellulaire et la stabilité des chromosomes.

A la naissance, la longueur des télomères est génétiquement déterminée, puis elle diminue avec l'âge. La réduction de la taille des télomères est due au fait que, pendant la réplication cellulaire, l'ADN de la partie extrême des chromosomes n'est pas répliqué, ce qui conduit à une érosion (attrition) des télomères. Une reverse transcriptase, la télomérase, est capable de rajouter des séquences TTAGGG aux extrémités des chromosomes et ainsi de contrebalancer l'attrition des télomères.

Le raccourcissement des télomères a des conséquences sur l'intégrité des chromosomes, sur la stabilité de la chromatine et sur les capacités répliquatives cellulaires. Le résultat final est l'arrêt de la réplication cellulaire et la mort cellulaire. Cette sénescence répliquative est connue sous le nom de « Hayflick limit ».

Par conséquent, la longueur des télomères est à la fois un indicateur du « vécu » de la cellule et de son devenir. Chez l'homme, la longueur des télomères est considérée comme un indice de l'âge biologique, et bien que cet âge biologique soit en grande partie lié à l'âge chronologique, d'autres facteurs peuvent accélérer la réduction de la taille des télomères.

Le facteur le plus puissant de la perte des bases d'ADN par réplication est le niveau du stress oxydatif (facteur primordial dans la fragilité). En effet, l'une des hypothèses prédominantes dans le domaine du vieillissement est que celui-ci serait le résultat d'une accumulation de lésions au cours de la vie, et que ces lésions seraient essentiellement dues aux actions des radicaux libres d'oxygène sur la cellule.

Ainsi, plusieurs arguments *in vitro* et *in vivo* montrent que tout facteur augmentant le stress oxydant serait responsable d'une attrition plus marquée des télomères et un vieillissement biologique accéléré.

Deux questions sont alors légitimes :

- La taille des télomères serait-elle un marqueur de fragilité plus puissant que les critères cliniques ?
- Une stratégie thérapeutique ciblée sur la télomérase serait-elle une solution à la réduction de la fragilité ?

1.2.5. Repérage et évaluation de la fragilité : quels intérêts ?

Il est important de différencier repérage et évaluation de la fragilité. Même si les deux s'inscrivent dans la même démarche diagnostique, le repérage est précoce et peut se faire au plus près du patient, c'est à dire au cabinet, par le médecin généraliste. L'évaluation intervient quand le repérage est positif et se fait la plupart du temps par le gériatre (ou une personne formée à la fragilité).

L'intérêt de ce concept est qu'il s'agit d'un processus **dynamique** dont l'évaluation par une évaluation gériatrique standardisée (EGS) procure un profil global de fragilité. Ce dernier permet de mettre en œuvre des actions correctrices via un plan personnalisé de soins (PPS), suivi dans le temps, pour que les patients fragiles redeviennent robustes.

La fragilité est devenue aujourd'hui l'une des priorités pour les institutions internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé. Le « Journal Frailty & Aging » est diffusé de plus en plus largement et certains sites web (comme le site français « Ensemble prévenons la dépendance » [15]) aident à la diffusion des connaissances et à la sensibilisation sur ce thème.

En France, le congrès francophone de la fragilité du sujet âgé a été lancé en 2012 et un livre blanc de la fragilité a été publié en 2015 [16].

1.2.5.1. Le repérage de la fragilité dans la pratique clinique

Le gérontopôle de Toulouse a été missionné à deux reprises par le ministère de la santé. Leur travail s'est fait sur plusieurs axes : la mise en œuvre d'actions de repérage des personnes âgées fragiles, afin de cibler les stratégies de prévention de la dépendance, la conception et le développement de cliniques de la fragilité, la conception des modèles d'interventions à long terme contre la dépendance et enfin la promotion de la prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées fragiles hospitalisées.

Les personnes âgées fragiles, en ambulatoire, représentent une cible optimale pour les interventions contre la dépendance car elles n'ont pas encore atteint le stade de dépendance sévère et sont à un stade encore réversible [17] [18].

Pour faciliter le dépistage des personnes âgées fragiles dans la pratique clinique, plusieurs outils ont été développés dont notamment l'outil de repérage précoce de la fragilité développé par le gérontopôle de Toulouse [19]. Ceux-ci seront détaillés dans le chapitre suivant.

1.2.5.2. Prévention de la dépendance iatrogène survenant lors de l'hospitalisation de la personne âgée

Il est bien connu par les professionnels de santé, et le grand public, que les hospitalisations chez les personnes âgées sont souvent délétères et sont à l'origine d'une perte d'autonomie. Néanmoins, ce risque est généralement accepté comme une fatalité. Une partie de cette perte d'autonomie est liée à la pathologie ayant entraîné l'hospitalisation mais une grande partie est également liée à la non-adaptation de nos services de soin aux besoins de la population vieillissante. Ce phénomène est appelé « dépendance iatrogène ».

Une étude a été menée au gérontopôle de Toulouse, avec pour objectif de déterminer la prévalence, les causes et le potentiel de la prévention de dépendance iatrogène à l'hôpital [20].

Cinq cent patients de plus de 75 ans ont été inclus lors d'hospitalisation en unités médicales ou chirurgicales. La dépendance iatrogène a été définie comme la perte de 0.5 point ou plus sur l'échelle ADL entre l'admission à l'hôpital et la sortie. La prévalence de cette dépendance est de 11.9%. Parmi les 60 cas répertoriés, 49 auraient pu être évités (81.7%). Les principaux facteurs associés à la dépendance iatrogène sont l'utilisation non appropriée de protection (49%), le sondage urinaire (mauvaise indication, maintien) (30.6%), le repos au lit immérité (26.5%), et le manque de stimulation à la mobilité (55.1%).

L'hospitalisation entraîne une décompensation des personnes âgées fragiles liée à la dépendance iatrogène. Il est donc nécessaire de repérer celles-ci quelles que soient leurs localisations dans le parcours de soins (soins primaires, Urgences avec la MUPA, Médecine, Soins de suite et réadaptation).

Sachant que près de 30% des sujets âgés de plus de 75 ans sont hospitalisés chaque année, des actions visant à limiter la dépendance iatrogène représentent une stratégie efficiente à mettre en place.

1.2.6. Les outils d'évaluation disponibles

1.2.6.1. Caractéristiques générales des différents outils

De nombreux outils d'évaluation de la fragilité ont été, et continuent d'être, élaborés en fonction de leur mode de passation (auto-questionnaire ou hétéro-questionnaire), des évaluations disponibles dans les études et de la population étudiée. Il existe ainsi plus de 27 outils différents [21].

La prévalence de la fragilité en fonction de l'échelle utilisée varie fortement, allant de 6% avec l'échelle FRAIL, 12% avec les critères de Fried, 23% avec le Frailty Index et 44% avec le Groningen Frailty Indicator [22]. La prévalence moyenne est de 14% pour le modèle phénotypique et de 24% pour le modèle cumulatif [23]. Il convient donc de bien connaître les propriétés de l'outil utilisé, et le concept de fragilité qu'il sous-tend, pour pouvoir interpréter les résultats au sein de la population sélectionnée.

La comparaison des différentes échelles entre elles, dans une même population, à travers différentes études, montre qu'elles ont les mêmes performances à prédire les événements péjoratifs tels que le décès ou la perte d'autonomie [22]. Leur sensibilité est faible (environ 30%) mais leur spécificité est de 90%.

1.2.6.2. Les outils dérivés du modèle phénotypique de Fried

1.2.6.2.1. Le phénotype de Fried

Cet outil combine cinq critères opérationnels :

- perte involontaire de poids,
- diminution de la vitesse de marche,
- faiblesse musculaire,
- fatigue (asthénie),
- diminution de l'activité physique (sédentarité).

Il permet de définir trois populations : robuste (aucun critère), pré-fragile (1 ou 2 critères), fragile (3 critères ou plus).

Il s'agit du « gold standard » permettant le diagnostic de la fragilité selon le modèle de Fried [4].

Cependant certains critères sont difficiles à évaluer comme la vitesse de marche notamment. Il faut donc se tourner vers des outils plus simples à utiliser permettant un repérage de la fragilité en médecine ambulatoire.

1.2.6.2.2. Les autres outils de repérage

Ce sont des outils simples, ne regroupant que quelques questions, et qui ont été construits essentiellement à partir du phénotype de la fragilité. On peut citer brièvement :

- le GFST (Gerontopole Frailty Screening Tool),
- le SOF Frailty Index (perte de poids involontaire de 5 kg, incapacité à se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide des mains, sensation d'une réduction d'énergie),
- le FRAIL (Fatigue, Résistance (monter un étage), Ambulation (marcher 500 mètres), Illness (plus de 5 comorbidités), Loss (perte de poids supérieure ou égale à 5%).

L'objectif de ces tests est de repérer les sujets âgés fragiles avec la même sensibilité et spécificité que les critères de Fried mais avec des critères faciles de recueils, bien définis, ne variant pas d'une étude à l'autre. Ces outils évaluent souvent une dimension gériatrique supplémentaire : cognition, capacités fonctionnelles, données sociales.

➤ La grille de repérage précoce de la fragilité du gérontopôle de Toulouse (*Annexe 4*)

Je pense qu'il est important de revenir sur le GFST du gérontopôle de Toulouse [19]. Cette grille de repérage précoce de la fragilité a été élaborée pour la pratique courante des médecins généralistes.

Elle est utilisée en deux étapes, quatre questions sont dérivées des critères physiques de Fried :

- Les troubles locomoteurs ou la faiblesse musculaire : votre patient a-t-il plus de difficultés à se déplacer depuis ces trois derniers mois ?
- L'asthénie : votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces trois derniers mois ?
- La dénutrition : votre patient a-t-il perdu du poids au cours des trois derniers mois ?
- Le ralentissement de la vitesse de marche : votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?

En supplément, une question explore l'environnement social :

- Votre patient vit-il seul ?

Et une question explore la dimension cognitive :

- Votre patient se plaint-il de la mémoire ?

Si la réponse est positive à au moins une de ces questions, une dernière question prend en compte le sentiment subjectif du médecin sur la fragilité de son patient :

- Votre patient vous paraît-il fragile ?

Dans le cas où le MG juge le patient fragile, et à fort risque de dépendance, il peut l'adresser à un spécialiste de la fragilité.

Une telle conception de l'outil laisse une part importante à l'impression subjective du clinicien, mais elle implique directement le MG dans le Plan Personnalisé de Soins et de Prévention (PPSP) qui sera élaboré par les spécialistes.

Selon des données préliminaires, 43 % des patients repérés ont un risque de dénutrition et 39% ont un faible score d'activité physique. L'autonomie pour les ADL est préservée (score = $5,6 \pm 0,8/6$). Par contre les activités instrumentales de la vie quotidienne sont déjà perturbées, (IADL = $6,0 \pm 2,3$ pour un score usuel de 8/8) et un léger déclin cognitif est observé chez les 2/3 des patients [24].

A noter que sa sensibilité à repérer les patients Fried positifs est de 83% et sa spécificité de 90%. Enfin cette grille d'évaluation a été validée par l'HAS (Haute Autorité de Santé) [25] pour le repérage de la fragilité en pratique de ville chez les patients de plus de 65 ans.

➤ L'auto-questionnaire FiND

Un petit aparté sur un outil d'auto-évaluation pour repérer les personnes âgées fragiles vivant à domicile (l'auto questionnaire FiND) [26] (**Annexe 5**).

Il a été spécifiquement conçu pour des campagnes à grande échelle au sein de la population. Il permet à l'individu d'auto détecter son profil de santé et d'être sensibilisé sur la nécessité éventuelle d'une intervention médicale.

Il contient quatre questions :

- Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres ?
- Avez-vous des difficultés à monter un escalier ?
- Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4.5 kg involontairement ?
- La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti une fatigue inhabituelle ?
- Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?

En pratique si le patient retrouve un résultat positif, il doit consulter son MG qui prendra les décisions appropriées.

1.2.6.2.3. Les performances fonctionnelles

La sarcopénie, la force musculaire, et donc la mesure des performances fonctionnelles au sens large, sont au cœur du concept de fragilité de Fried. En effet, toutes les études concordent pour montrer que la mesure des performances fonctionnelles par des critères simples (vitesse de marche, force de préhension, force des membres inférieurs) ou combinés (get up and go test) prédit très bien les évènements tels que le risque d'hospitalisation, la perte d'autonomie, le décès.

La faiblesse musculaire, qui est donc le reflet de la sarcopénie, peut être repérée et mesurée par le dynamomètre. Les études montrent qu'il s'agit d'un outil très efficace et facile d'utilisation dans le repérage de la fragilité.

Il existe une gradation entre la diminution des performances fonctionnelles et le risque d'évènements péjoratifs.

Le Short Physical Performance Battery (SPPB) est une échelle de performance fonctionnelle combinant trois tests : un test d'équilibre, une vitesse de marche sur 4 mètres et une mesure de la force et de l'endurance des membres inférieurs, par une épreuve de lever de chaise chronométrée.

C'est le score de performance physique le mieux validé (34 études) avec une excellente fiabilité, validité interne et réponse au changement [27].

1.2.6.2.4. La vitesse de marche

De nombreux tests de marche ont été validés : Test de marche sur 6 minutes, sur 400 mètres (endurance), sur 10 mètres, sur 6 mètres, sur 4 mètres (performance). La réduction de la distance a permis une meilleure faisabilité en pratique clinique au point d'être réalisable dans le cabinet du médecin généraliste.

Ainsi Abellan Van Kan et al. ont montré, dans une revue de la littérature, que la diminution de la vitesse de marche était corrélée à des événements de plus en plus délétères et précoces dans le temps (dépendance, troubles cognitifs, institutionnalisation, chute et mortalité) [28].

1.2.6.3. Les outils dérivés du modèle multi-domaine

1.2.6.3.1. Les échelles avec des évaluations multi-domaines

La construction de ces outils (Frailty Index Comprehensive Geriatric Assessment, Clinical Global Impression of Change in Physical Frailty...) s'oppose au modèle de Fried qui veut s'affranchir des pathologies et de la dépendance pour n'évaluer que des domaines « physiologiques ».

Ces outils tiennent compte de domaines évalués dans l'évaluation gérontologique standardisée (EGS) comme la cognition, la dépression, la dépendance préexistante, l'isolement social. Ils ciblent donc une population plus large, et donc « plus malade », et prédisent avec plus de probabilité la survenue d'événements indésirables.

Ainsi Sourial et al ont montré que le meilleur outil pour prédire le risque de perte d'autonomie devait comprendre une combinaison de sept marqueurs de fragilité dont la

cognition et l'humeur (activité physique, force, énergie, mobilité, nutrition, humeur et cognition) [29].

La prise en compte des marqueurs de fragilité augmente la précision de la prédiction de la perte d'autonomie de 3% par rapport au modèle tenant compte du nombre de comorbidités, de l'âge et du sexe.

1.2.6.3.2. Le frailty Index (*Annexe 6*)

Il est très différent des autres outils. Pour Rockwood, la fragilité n'est pas un état dichotomique (robuste/fragile) mais le résultat d'une accumulation de déficiences, de pathologies et de handicaps. Le Frailty Index est une façon synthétique de représenter les résultats de la somme des déficiences relevées, à travers une évaluation gériatrique approfondie. Il intègre donc les comorbidités, l'évaluation socio-environnementale ainsi que la dépendance des sujets. Il peut rendre compte de la sévérité de la fragilité et ce dans toutes les populations gériatriques (ambulatoire, EHPAD, cancers, chirurgie...). Néanmoins, ses performances psychométriques ne sont pas meilleures que les critères de Fried [30].

1.2.6.4. Synthèse

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons constater que la palette d'outils d'évaluation est importante. Toutefois, il semblerait que le modèle de Fried soit le plus abouti puisqu'il se base sur une approche physiopathologique et permet de définir une population cible de patients à risque. Le Frailty Index pourrait être complémentaire puisqu'il n'intervient qu'après une évaluation gériatrique standardisée, il est alors plus compétent pour déterminer la sévérité de la fragilité.

C'est à chaque équipe de choisir l'outil le plus adapté à sa pratique quotidienne. L'essentiel est de repérer la fragilité et de mettre en place des interventions adaptées.

Par exemple dans les services d'urgences, c'est le score TRST (*Annexe 7*) (Triage Risk Screening Tool), qui est validé pour prédire le risque élevé de réhospitalisation et d'événements défavorables. La grille SEGA (*Annexe 8*) (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) est également très largement utilisée. Elle permet une meilleure prise en charge et orientation des patients âgés.

Aux urgences, nous pouvons aussi citer la MUPA, qui est une unité développée au sein du CHU de Limoges. Elle est consacrée aux personnes âgées dans le service des urgences, utilise la grille SEGA comme échelle d'évaluation et permet une prise en charge globale de ces patients.

Pour ce qui est de la médecine libérale, nous avons pu voir que la grille d'évaluation du gérontopôle de Toulouse est l'outil de référence, validé par l'HAS et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Elle associe des items du modèle de Fried, des items cognitif et social et le sentiment du médecin généraliste, permettant une combinaison totalement cohérente avec la revue de littérature précédente.

1.2.7. La recherche des causes de fragilité

La fragilité, comme nous avons pu le voir précédemment, est un état de vulnérabilité exposant le sujet âgé à de nombreuses complications. Mais cet état est dynamique et donc réversible. Tout ceci implique que lorsqu'un sujet est repéré « fragile », il est primordial de rechercher les causes de cette fragilité et d'agir en conséquence pour que le sujet redevienne « pré-fragile » voire « robuste ».

TZE PIN et AI ont montré qu'agir sur tous les domaines améliorerait de façon exponentielle le statut de fragilité [31].

Les causes sont complexes et multidimensionnelles. Elles reposent à la fois sur des facteurs génétiques, biologiques, physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux [32].

Certains facteurs sont malheureusement non modifiables, comme les facteurs génétiques.

La recherche de toutes ces causes consiste en une évaluation gériatrique standardisée, qui est le « gold standard ». Les éléments et les échelles qui la composent sont propres à chaque équipe, les éléments décrits ci-après ne sont donc pas exhaustifs.

1.2.7.1. Le domaine socio-culturel

L'isolement social, la précarité sociale, l'absence d'aide extérieure, et l'aménagement du domicile sont des causes indirectes à la fragilité. En effet, si le patient participe à des sorties et dispose d'aides au domicile, il agira de façon bénéfique sur sa marche, son état physique et nutritionnel. De la même façon, un domicile adapté et bien aménagé évitera les chutes.

1.2.7.2. Les comorbidités et le traitement médicamenteux

Les patients fragiles sont souvent polypathologiques et polymédiqués. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées dans l'état de fragilité sont le diabète, les insuffisances respiratoire, cardiaque et rénale et les pathologies rhumatismales.

Le retentissement est très variable d'un patient à un autre, il faut donc bien encadrer leurs prises en charge afin de diminuer le risque de complications et d'hospitalisations. Celles-ci sont fréquentes dans cette population et sont à l'origine d'évènements médicamenteux indésirables, parfois graves [33].

Quant à la polymédication, les nombreuses pathologies de ces patients impliquent souvent des ordonnances « à rallonge » [34]. Il est donc important de réévaluer le traitement régulièrement et de faire attention aux prescriptions inappropriées.

Des outils sont disponibles et validés pour optimiser la consommation médicamenteuse, comme les critères de Beers ou les critères STOPP and START [35].

1.2.7.3. Le domaine nutritionnel

La dénutrition protéino-énergétique est une cause majeure de fragilité, du fait de son implication majeure dans la sarcopénie, et est très fréquente dans la population âgée et notamment à la suite d'une hospitalisation. Elle est souvent sous-diagnostiquée.

Il convient donc de rechercher le poids, la taille (calcul de l'indice de masse corporelle), la perte de poids durant les derniers mois, de réaliser un dosage sanguin de l'albumine et d'effectuer une évaluation par le MNA (Mini Nutritional Assessment) (**Annexe 9**) [36].

Il faut être vigilant aux causes de dénutrition comme les troubles bucco-dentaires, les troubles de la déglutition, les régimes restrictifs et les sorties d'hospitalisation.

1.2.7.4. Le domaine fonctionnel et physique

L'identification d'un déclin fonctionnel et physique est un enjeu majeur car des interventions ciblées peuvent permettre d'améliorer les performances du patient.

Une perte d'autonomie fonctionnelle dans les activités instrumentales et non instrumentales de la vie quotidienne peut être mesurée grâce aux échelles ADL (Activities of Daily Living) de Katz [1] et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton [2].

L'examen clinique doit rechercher la notion de chute, de diminution de la motilité, de la marche et de l'équilibre.

1.2.7.5. Le domaine cognitif

Une évaluation cognitive doit être systématique afin de rechercher une fragilité cognitive, des troubles cognitifs légers voire une démence débutante.

Il faut bien entendu réaliser un interrogatoire minutieux du patient et de son entourage à la recherche d'une plainte cognitive, de troubles mnésiques, de difficultés de gestion du quotidien.

Une évaluation cognitive comprenant un MMSE (Mini Mental State Examination) (**Annexe 10**) [37], un test des cinq mots de Dubois, les fluences verbales et catégorielles et un test de l'horloge pourra être réalisée.

1.2.7.6. Le domaine thymique

La dépression est une cause majeure de fragilité mais elle reste difficile à évaluer chez les sujets âgés du fait d'une expression clinique atypique.

L'évaluation débute par l'interrogatoire et un dépistage peut être fait par l'échelle mini-GDS (Gériatric Depression Scale) (**Annexe 11**) [38] qui est très simple d'utilisation puisqu'elle ne comporte que quatre questions.

La suspicion d'une dépression doit faire envisager un avis spécialisé et/ou un traitement antidépresseur.

1.2.7.7. Le domaine sensoriel

L'existence de troubles auditifs ou visuels contribue également à l'état de fragilité. Ceux-ci entraînent un repli social et favorisent les chutes.

Une évaluation ophtalmologique est donc nécessaire régulièrement, grâce à l'échelle de Parinaud (lecture) et celle de Monoyer (vision de loin). Il faut rechercher une éventuelle dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Les troubles auditifs peuvent être suspectés lors de l'entretien (lorsque l'on doit répéter les questions ou adapter son niveau de voix).

Enfin d'autres facteurs de fragilité peuvent être recherchés comme l'existence d'une incontinence urinaire, une hospitalisation récente, le statut vaccinal, l'existence de troubles du sommeil ou encore une anxiété.

Une fois ces causes identifiées, une intervention hiérarchisée, ciblée et adaptée doit être proposée et peut permettre d'enrayer le processus de fragilité.

1.2.8. Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français

Il nous paraissait important de consacrer un chapitre sur l'intérêt économique du dépistage précoce de la fragilité, à l'heure où les budgets de santé sont constamment revus afin d'effectuer des économies.

Le vieillissement marqué de la population française est à l'origine d'une demande sociale croissante d'outils d'aide à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées. L'enjeu est de détecter suffisamment en amont les personnes « à risque » de perte d'autonomie et de réduire les inégalités croissantes face aux risques et aux situations de dépendance. Ces problématiques sont situées au cœur de l'action sociale de trois organismes centraux de notre système de protection sociale : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Le vieillissement de la population exerce une forte pression sur les systèmes de soins et de santé et l'on considère qu'il contribue à gonfler ses coûts.

En effet, les dépenses de santé augmentent proportionnellement au vieillissement de la population, mais l'âge en tant que tel n'est qu'un prétexte [39] [40] qui détourne l'attention des vraies causes de dépenses.

La fragilité est un concept bien établi dans le domaine des sciences médicales (depuis la publication de Fried en 2001) mais qui, jusqu'à présent, a été largement ignoré dans les modèles de dépenses de santé.

Le phénotype de fragilité [4] s'avère associé à l'incidence et à l'aggravation du déclin fonctionnel. Il indique les futurs problèmes de santé, tels que l'incapacité fonctionnelle, les chutes, le besoin de soins de longue durée et le décès, mais permet également de les empêcher grâce à la détection précoce et à la prévention.

Le dépistage de la fragilité dans le cadre des soins primaires est d'une importance capitale car, en raison des changements démographiques, la majeure partie des consultations médicales en lien avec les soins de santé primaires concerne déjà les patients âgés.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées quant à la façon dont le phénotype de fragilité est associé à une augmentation des dépenses de santé concernant, notamment, les soins ambulatoires.

Selon la première hypothèse, la fragilité apparaît comme une conséquence du traitement médical d'une maladie chronique diagnostiquée, ou de procédures médicales lourdes, comme les chimiothérapies dans le cas de cancers. Renvoyées chez elles assez rapidement, les personnes atteintes de ces pathologies peuvent avoir un besoin de soins complémentaires dû à leur état de fragilité. Il peut s'agir de soins ambulatoires complémentaires au traitement hospitalier.

La deuxième hypothèse repose sur le fait que la mesure du phénotype de fragilité n'inclut pas de diagnostic médical (contrairement aux maladies chroniques par exemple). Les patients chez lesquels les médecins n'ont posé aucun diagnostic de maladie chronique ou de limitation fonctionnelle mais qui ressentent un besoin de santé lié à leur état de fragilité, pourraient demander des soins supplémentaires.

Il est prouvé qu'en Europe, les personnes âgées fragiles consomment de plus en plus de soins primaires lors de leurs visites chez les médecins généralistes [41] [42] [43] et spécialistes [44] [39], consomment davantage de médicaments [45] [46] et se rendent de manière plus fréquente aux urgences [47].

C'est dans ce contexte que Sirven et Rapp, de l'Université Paris Descartes, ont réalisé un travail sur les coûts marginaux de la fragilité associés aux dépenses en soins ambulatoires, parmi la population française vivant en ménage ordinaire, âgée de 65 ans ou plus, en 2012.

Les résultats sont parus en juin 2016 [48] et révèle tout d'abord que le montant moyen total des dépenses augmente avec le niveau de fragilité. Ensuite les écarts se concentrent dans les soins de personnels auxiliaires (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) et dans les prestations sanitaires (produits pharmaceutiques, appareillage sanitaire, matériel de traitement, optique, prothèse, transport). (**Annexe 12**)

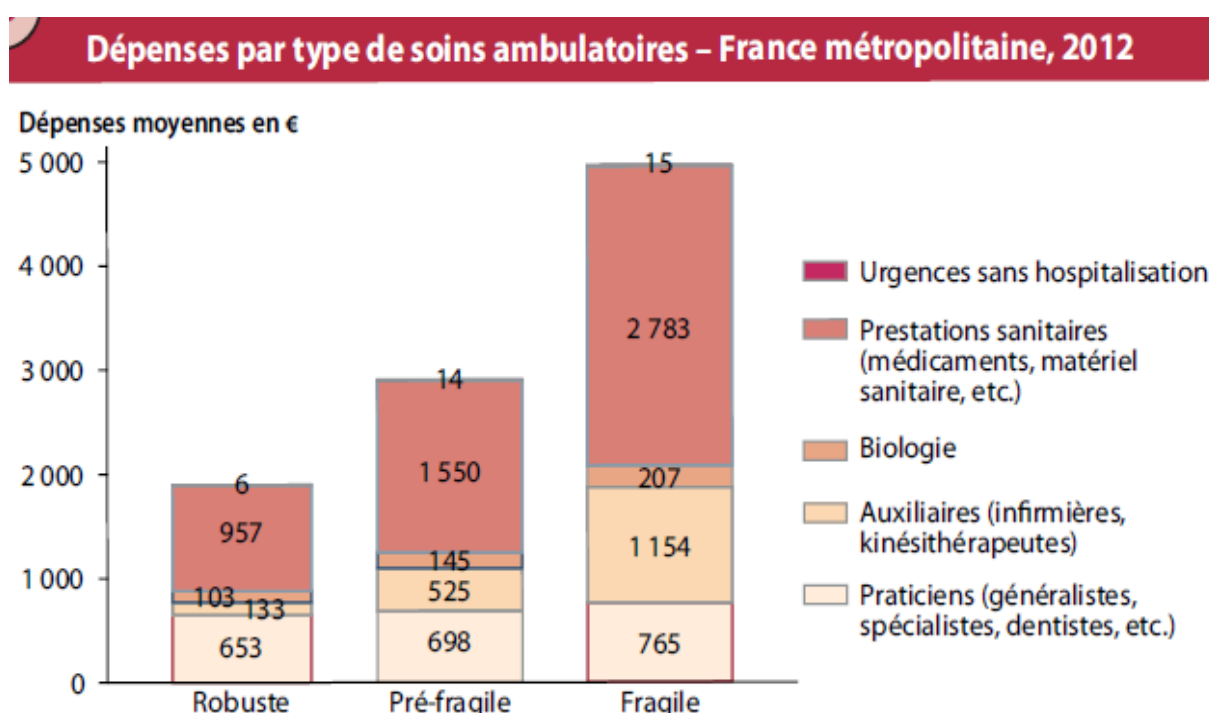


Figure 7 : Dépenses par type de soins ambulatoires – France Métropolitaine, 2012

Les individus fragiles voient environ deux fois plus souvent un généraliste (9.5 fois par an) que les robustes (5.3 fois par an).

Le montant moyen des dépenses ambulatoires des 65 ans et plus en 2012 était d'environ 2600 euros par personne. Plusieurs estimations donnent une fourchette du surcoût moyen de dépenses associé à la fragilité entre 1270 et 1770 euros par an et par personne. On constate également un surcoût de la pré-fragilité estimé entre 570 et 830 euros.

Si l'on conserve une idée générale du coût de la fragilité, on peut estimer qu'un individu pré-fragile dépense en soins ambulatoires environ 3200 euros par an, et un fragile près de 4000 euros.

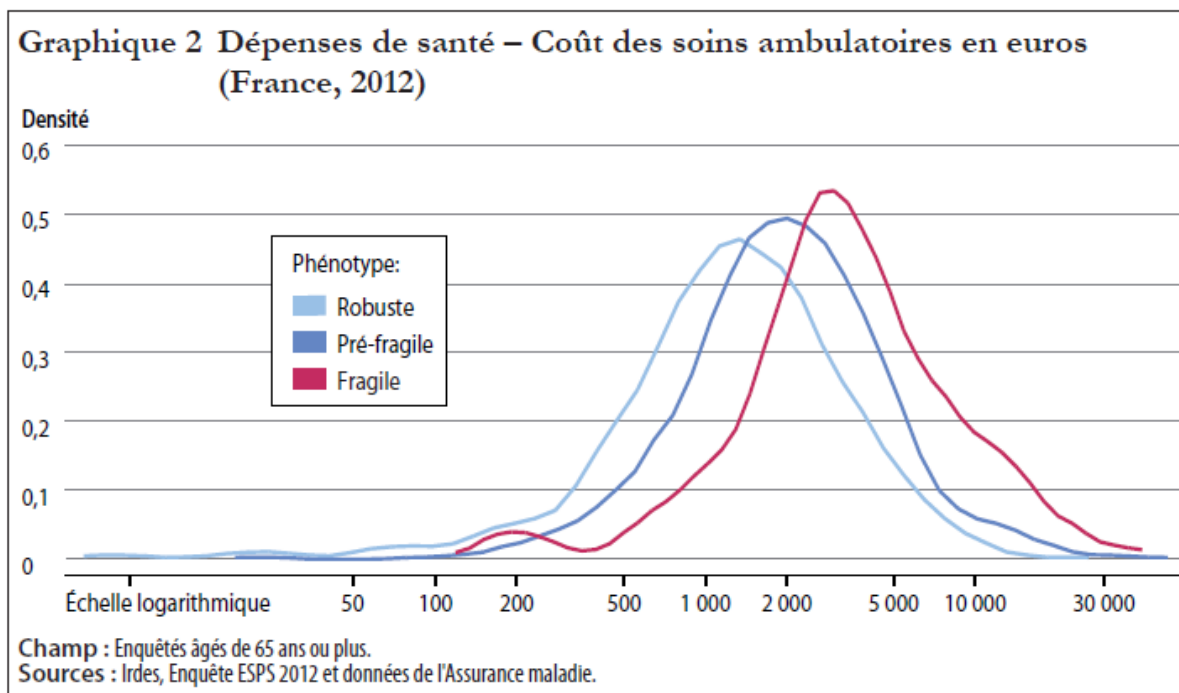


Figure 8 : Dépenses de santé – Coût des soins ambulatoires en euros (France, 2012)

Selon cette même étude il existe des facteurs socio-économiques de la fragilité. Ainsi en France, des inégalités économiques et sociales mesurées par des différences de niveau d'éducation, de revenu et par la présence de chocs économiques (chômage) ont un impact sur la dynamique de fragilisation. En effet l'isolement social, le faible niveau d'éducation, l'origine sociale (immigration) ou encore les difficultés financières sont associés à un stock limité de capital santé et les patients doivent faire face à une dynamique de fragilisation plus rapide.

Alors que l'âge explique une part résiduelle des dépenses de soins ambulatoires dans les modèles standards, l'ajout de la fragilité le rend non significatif. La croissance des dépenses de santé, avec l'âge généralement mis en évidence, s'explique donc principalement par la fragilité qui permet de mieux appréhender le besoin de soins.

En synthèse, le contexte actuel de vieillissement de la population associé à la notion de fragilité va soulever des défis économiques et sociétaux majeurs.

La situation de la France est préoccupante car nous avons une proportion de personnes âgées fragiles plus importante que nos voisins européens et notre système de protection sociale est mis à mal. En effet, les principes de solidarité intergénérationnelle, sociale et familiale sont éprouvés par la crise de notre système de retraite et par le financement de l'Assurance Maladie dans une période de chômage élevé.

Il est donc primordial de centrer l'action sociale sur la prévention et le dépistage précoce des fragilités des populations vieillissantes, afin de se préparer efficacement face aux risques de dépendance et à ses conséquences socio-économiques.

C'est ainsi que le repérage de la personne âgée fragile au plus près de son lieu de vie, c'est-à-dire en médecine de ville, est la pierre angulaire de la prévention puisqu'il en découlera une évaluation, un plan personnalisé de soins et un « mieux vieillir ».

2. Etude

2.1. Matériels et Méthode

2.1.1. Introduction

Comme nous avons pu l'expliquer dans les précédents chapitres, le concept de fragilité est un des enjeux principaux de santé publique. Sur le plan national, l'empire de la fragilité explose.

Les récentes études montrent, au niveau national chez les plus de 65 ans, une estimation de 13% de patients fragiles et environ 40% de patients pré-fragiles.

D'après ce constat, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel pour le repérage et dépistage de la fragilité en médecine générale, qui est la grille de repérage précoce du gérontopôle de Toulouse.

Notre ancienne région étant l'une des plus vieilles d'Europe, ce référentiel a toute sa place dans notre pratique.

Nous allons donc réaliser une évaluation des pratiques professionnelles afin :

- D'étudier le repérage de la fragilité et d'estimer la proportion de personnes âgées repérées fragiles par les médecins généralistes,
- De repérer les critères de fragilité les plus fréquents dans leurs jugements cliniques, et d'évaluer la corrélation entre ceux-ci et le sentiment subjectif du médecin,
- Et de comprendre l'orientation des patients si le repérage est positif.

2.1.2. Schéma de l'étude

Nous avons effectué sur trois mois, du 27 juin au 30 septembre 2016, une étude descriptive, quantitative, prospective, par questionnaire avec l'aide des médecins généralistes installés en Limousin (Haute-Vienne, Creuse, Corrèze).

2.1.3. Cadre de l'étude

Dans le cadre de ma future pratique de médecine générale, nous avons voulu évaluer le repérage de la fragilité en médecine générale en utilisant le référentiel validé par l'HAS.

Nous avons sollicité l'aide des médecins généralistes limousins par le biais de questionnaires reprenant la grille du gérontopôle de Toulouse.

2.1.3.1. Objectifs et critère principal de jugement

2.1.3.1.1. Critère principal de jugement

Le critère principal de jugement est le ressenti subjectif du médecin généraliste, à savoir son avis sur la fragilité du patient.

2.1.3.1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la proportion de personnes âgées repérées fragiles grâce au jugement clinique du médecin généraliste, en Limousin.

Les objectifs secondaires sont :

- de repérer les critères de fragilité les plus fréquemment retrouvés dans le jugement clinique du praticien ;
- d'évaluer la corrélation entre le critère principal de jugement et les grilles d'évaluation connues, comme les critères de Fried et la grille SEGA ;
- d'analyser l'orientation des patients lorsque le dépistage est positif.

2.1.3.2. Outil de repérage de la fragilité

Comme nous avons pu le voir précédemment, la fragilité, qui est un « état potentiellement réversible », doit être dépistée de façon précoce et efficace afin d'apporter les interventions nécessaires pour prévenir la survenue d'évènements indésirables.

Deux modèles de critères de fragilité sont validés : le modèle phénotypique de Fried et le modèle multi-domaine de Rockwood. Nous savons également que la prévalence de la fragilité est très variable selon le modèle utilisé.

La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Néanmoins, cette évaluation est impossible à réaliser à grande échelle. Nous ne pouvons soumettre toutes les personnes âgées vivant à leur domicile et autonomes à l'EGS. Il s'agit d'un processus long et qui requiert des compétences gériatriques auxquelles il n'est pas toujours facile d'accéder en ambulatoire.

Il s'est alors posé la question d'un outil de repérage simple à utiliser en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permettrait de sélectionner les personnes susceptibles d'en bénéficier.

Selon un consensus et après accord d'experts (validé par l'HAS), le repérage nécessite l'utilisation d'outils devant répondre à trois exigences :

- Simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, et accessibilité aux aides à domicile et travailleurs sociaux ;
- Sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables tels qu'incapacités dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), chutes et hospitalisations ;
- Validation en soins de premier recours.

Ainsi le gérontopôle de Toulouse a élaboré un questionnaire correspondant à ces critères et a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires.

Il est destiné aux médecins traitants et est composé de quatre critères dérivés du phénotype de Fried :

- La vitesse de marche ralentie,
- Les troubles locomoteurs,
- La sensation de fatigue,

- La dénutrition.

A ces quatre critères sont associées la dimension sociale (le fait de vivre seul ou pas) et la dimension cognitive (avec la perte de mémoire).

Si l'un des critères de fragilité est présent, l'impression subjective du médecin traitant est demandée.

Si le médecin traitant considère le patient « fragile », il est interrogé sur sa collaboration avec un médecin gériatre, à savoir son désir ou non d'adresser son patient vers une consultation spécialisée.

2.1.4. Population étudiée

La population étudiée est la population cible pouvant répondre aux critères de fragilité.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la définition de la personne âgée est une personne de 65 ans et plus, correspondant à l'âge moyen de départ à la retraite.

Le repérage de la fragilité ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie (démence, dépression sévère, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson, etc.) pour lesquels la réalisation directe d'une EGS (évaluation gériatrique standardisée) est préférable, compte tenu de la valeur prédictive négative insuffisante des outils de repérage dans ce cas.

Les patients évalués sont donc autonomes selon l'échelle de Katz (qui évalue la locomotion, la possibilité d'aller aux toilettes, l'habillement, l'hygiène corporelle, la continence et le repas).

Les patients évalués lors des visites à domicile, souvent dépendants, sont donc exclus.

L'évaluation doit se faire à distance de toute pathologie aiguë, afin de ne pas surestimer le critère principal de jugement. Il est facile de comprendre que certains critères de fragilité, comme la fatigue, peuvent être présents en sortie d'un épisode aigu.

Pour reprendre tous ces éléments, les critères d'inclusion sont :

- Sexe masculin ou féminin,
- Âge de 65 ans et plus,

- Patients vus en cabinet de ville, par leur médecin généraliste, quel que soit le motif de consultation,
- Patients autonomes dans les gestes de la vie quotidienne (ADL > 5/6),
- A distance de toute pathologie aiguë.

Les critères d'exclusion sont par déduction :

- Patients atteints de pathologies chroniques sévères causant une perte d'autonomie,
- Affection aiguë récente (infection urinaire, pneumopathie, chute, fracture, etc.).

Il a été demandé aux médecins généralistes installés en Limousin, de choisir des patients vus au cabinet et qui répondent à ces critères d'inclusion.

2.1.5. Recueil des données

2.1.5.1. Mode de diffusion des questionnaires

Les questionnaires ont été diffusés par voie électronique grâce au logiciel Google Forms. Nous avons utilisé les listes d'adresses électroniques de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins généralistes installés en Limousin.

- Pour le département de la Corrèze, sur 228 médecins installés et inscrits à l'URPS, nous disposons de 175 adresses.
- Pour le département de la Haute-Vienne, qui a la plus grosse proportion de médecins installés, sur 456 médecins nous avons 235 adresses.
- Enfin pour le département de la Creuse, sur 110 généralistes installés, nous avons 91 adresses.

2.1.5.2. Période de diffusion

Les questionnaires ont été envoyés une première fois le 30 Juin 2016, puis un rappel a été fait le 12 Septembre 2016. Les réponses ont été stoppées le 30 Septembre 2016, soit trois mois de saisie.

2.1.5.3. Modalités de réponse

Le questionnaire envoyé est décrit dans le paragraphe précédent, il comportait les quatre critères de Fried, ainsi qu'une évaluation sociale et cognitive. Chaque question offrait trois réponses possibles :

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Avant d'accéder aux questionnaires, les médecins avaient un petit rappel sur la définition de la fragilité de la personne âgée.

Après cette explication nous demandions aux médecins généralistes de remplir le questionnaire selon les critères d'inclusion cités précédemment, sur un maximum de dix patients par médecin.

2.1.6. Analyse statistique

Nous avons réalisé des statistiques descriptives simples pour les variables qualitatives, à l'aide du logiciel Excel avec présentation sous forme d'histogrammes ou de diagrammes.

Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en nombre de cas et en pourcentage.

2.2. Résultats

2.2.1. Résultats globaux

2.2.1.1. Diagramme de flux

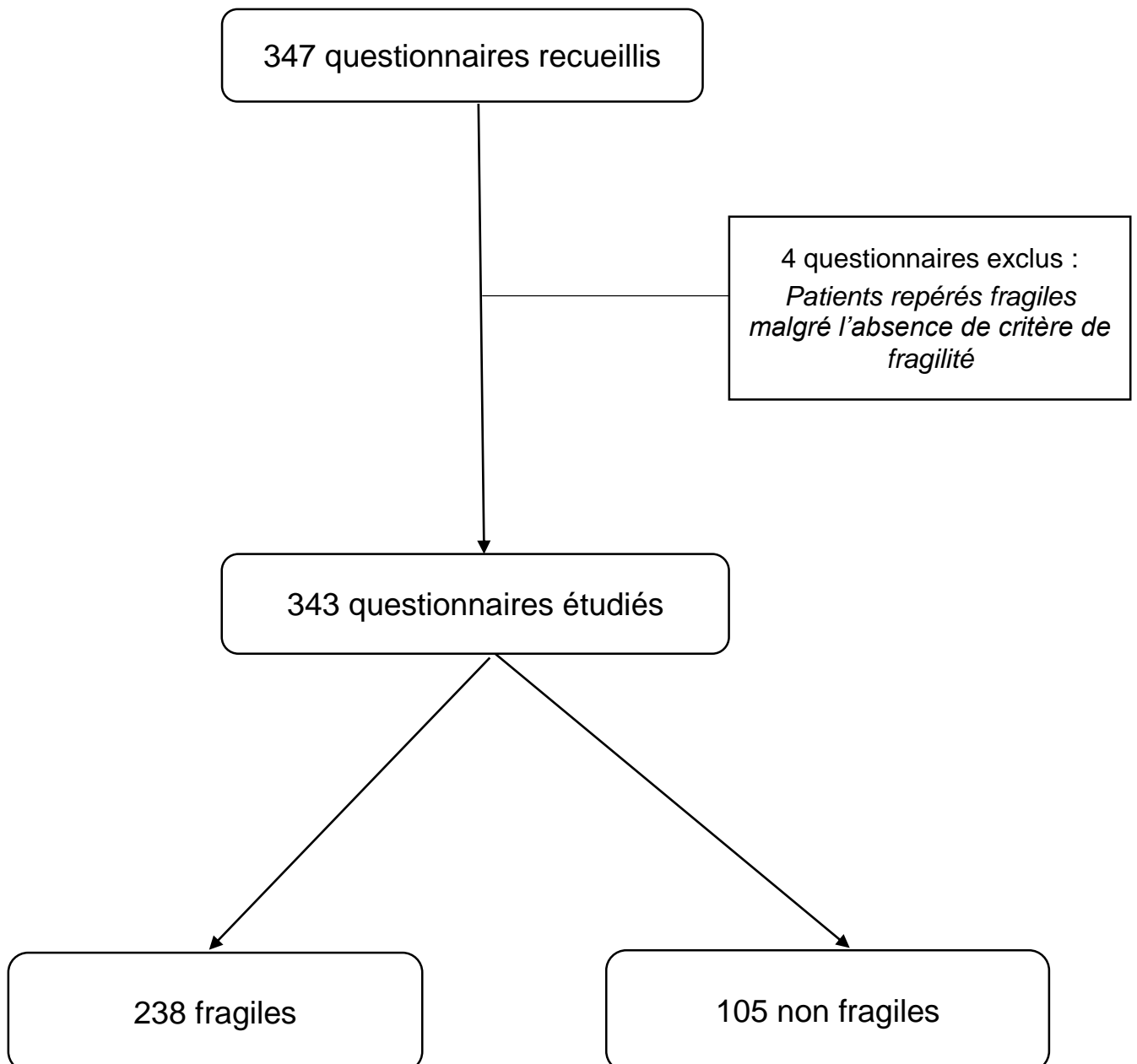


Figure 9 : Diagramme de flux global

2.2.1.2. Caractéristiques clinico-sociales de l'échantillon

	<i>n = (%) oui</i>	<i>n = (%) non</i>	<i>n = (%) ne sait pas</i>
<i>Votre patient vit-il seul?</i>	185 (53,9%)	157 (45,77%)	1 (0,3%)
<i>Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois?</i>	77 (22,44%)	255 (74,3%)	11 (3,2%)
<i>Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois?</i>	180 (52,5%)	154 (44,9%)	9 (2,6%)
<i>Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois?</i>	154 (44,9%)	187 (54,5%)	2 (0,58%)
<i>Votre patient se plaint-il de la mémoire?</i>	130 (37,9%)	209 (60,9%)	4 (1,16%)
<i>Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)?</i>	164 (47,8%)	175 (51,02%)	4 (1,16%)

Figure 10 : Tableau des principaux résultats

Nous avons étudié un échantillon de 343 patients en Limousin grâce à la grille de repérage précoce du gérontopôle de Toulouse.

Les résultats globaux montrent que 185 patients vivent seuls alors que 157 vivent accompagnés. Il y a un seul patient dont la situation sociale n'est pas connue.

La perte de poids au cours des trois derniers mois est peu répandue puisque seulement 22,44% des patients présentent un des signes de dénutrition alors que 74,3% n'en ont pas. Pour 11 patients le statut nutritionnel n'est pas connu.

La fatigue au cours des trois derniers mois est retrouvée chez 180 patients sur 343. Dans l'échantillon 154 patients sont en forme et chez 11 patients le médecin ne connaît pas l'état de fatigue du patient.

Les difficultés pour se déplacer au cours des trois derniers mois sont retrouvées chez 154 patients de l'échantillon. 187 patients se déplacent normalement alors qu'il nous manque les informations pour deux patients.

Les troubles de la mémoire sont retrouvés chez 37,9% des patients alors que 60,9% des patients ne se plaignent d'aucun trouble cognitif. Nous retrouvons 4 patients pour qui le statut cognitif n'est pas connu du médecin généraliste.

Enfin, 164 patients ont une vitesse de marche ralentie selon leur médecin, à savoir mettre plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres. Nous rapportons 175 patients avec une vitesse de marche normale. Cette fonction n'a pu être évaluée chez 4 patients.

Ces résultats globaux nous montre que la population de notre échantillon est assez homogène pour la plupart des caractéristiques clinico-sociales. L'isolement social, l'asthénie, le ralentissement de la vitesse de marche et les troubles locomoteurs sont présents en quantités équivalentes. Les troubles cognitifs et la perte de poids sont moins fréquents dans notre échantillon.

2.2.1.3. Critère principal de jugement

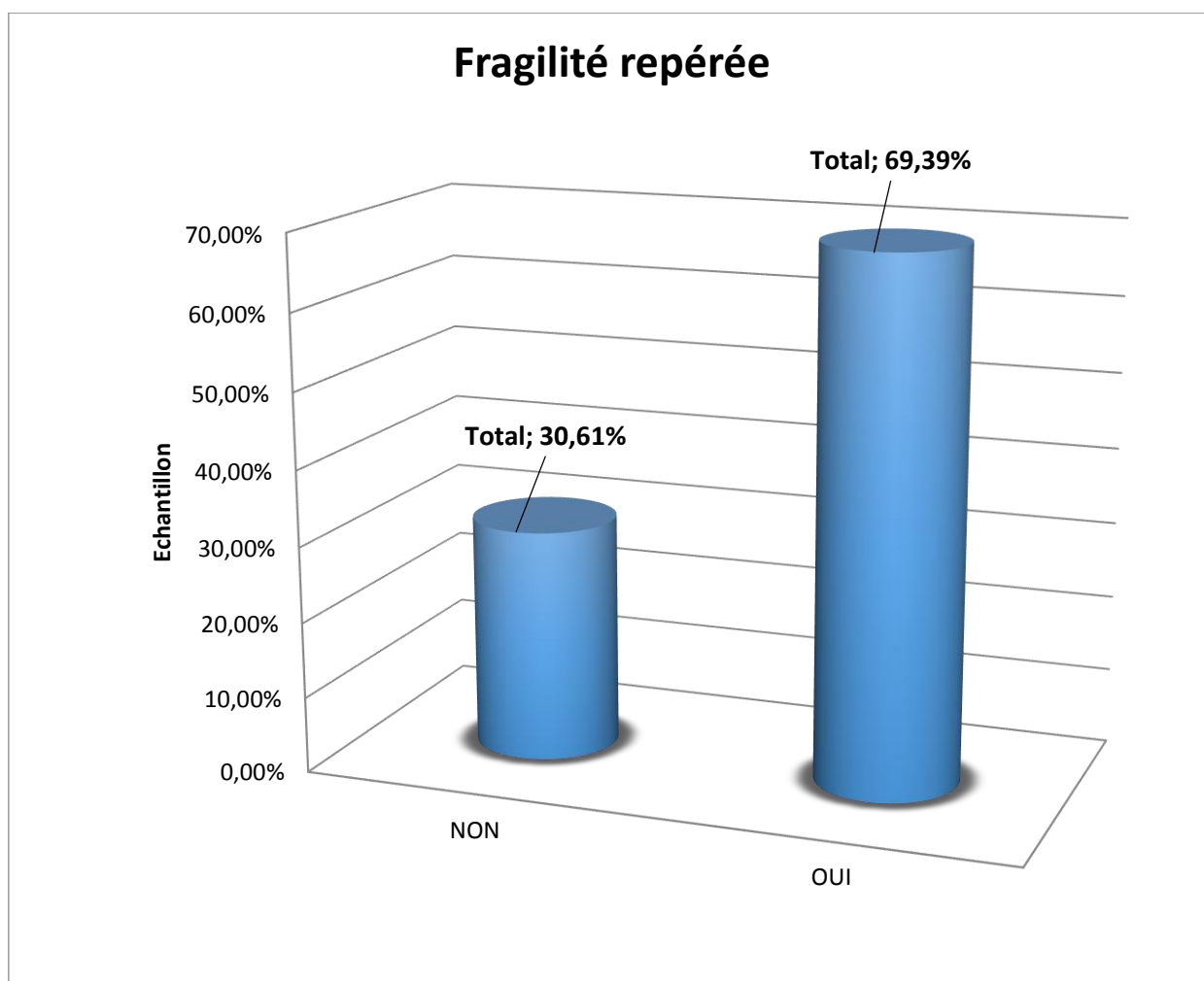


Figure 11 : Repérage précoce de la fragilité

Le critère principal de jugement de cette étude était le ressenti subjectif du médecin généraliste quant à la fragilité du patient.

Le médecin devait juger du profil de fragilité de son patient en fonction des critères de fragilité retrouvés tout au long de la grille.

Les résultats nous montrent que 69,39% des patients évalués ont été repérés fragiles par leur médecin généraliste.

Ce résultat est très élevé mais il ne s'agit là que d'un repérage.

2.2.2. Etude de la corrélation entre les items de Fried et le profil de fragilité ressenti par le médecin

2.2.2.1. La perte de poids

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient a-t-il perdu du poids au cours des trois derniers mois ?

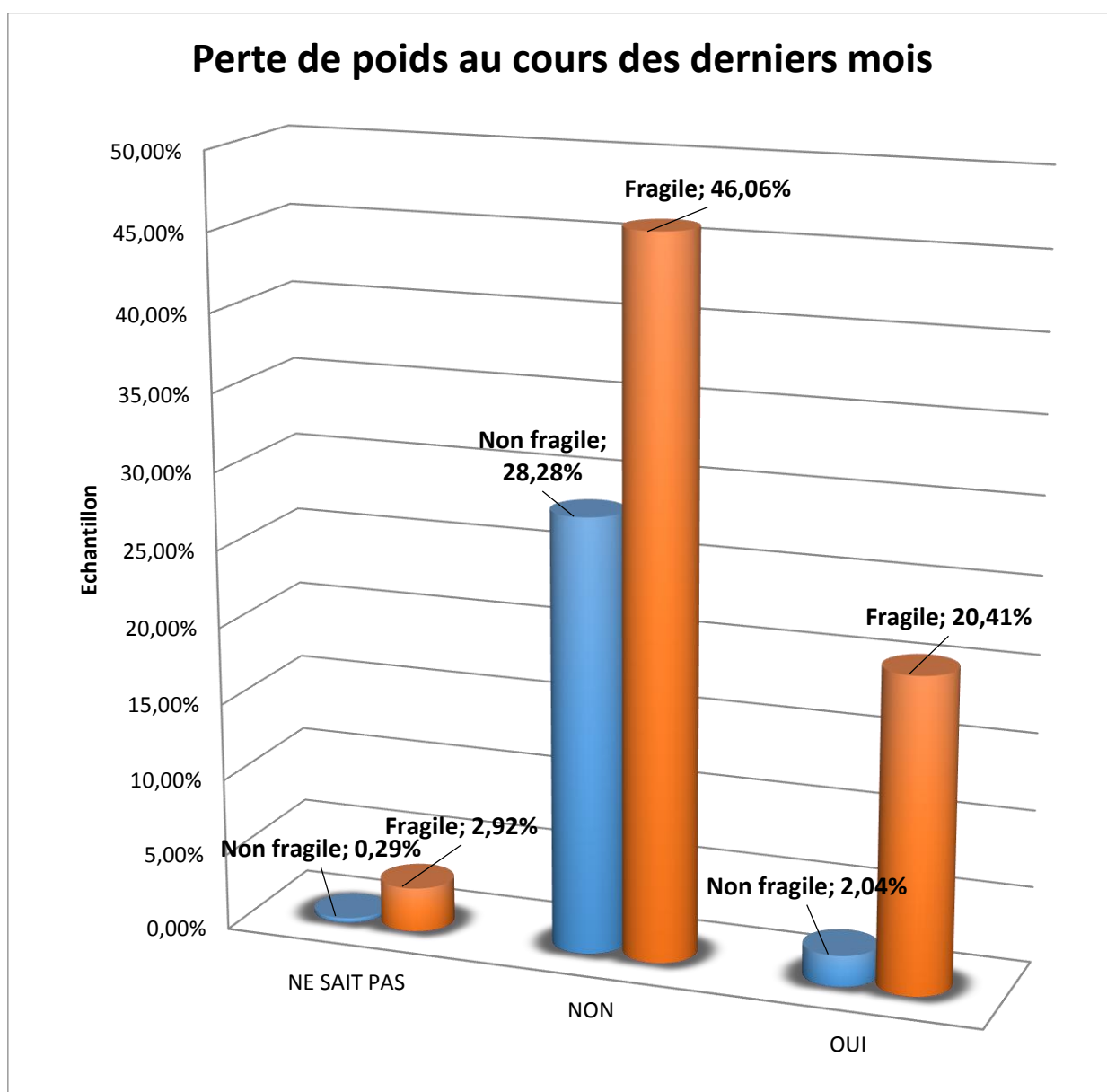


Figure 12 : Corrélation entre la perte de poids et le repérage de la fragilité

Dans le sous-groupe des patients ayant perdu du poids au cours des trois derniers mois (seulement 22,45% de l'échantillon total) les patients repérés fragiles représentent 20,41% et les non fragiles 2,04% de l'échantillon total.

Dans le sous-groupe des patients n'ayant pas perdu de poids (presque 75% de l'échantillon total), 46,06% d'entre eux sont jugés fragiles par leur médecin et 28,28% non fragiles.

Nous remarquons que 2,92% des patients sont repérés fragiles sans connaître leur statut nutritionnel.

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre le fait d'être repéré fragile par le médecin traitant et la perte de poids, qui est un des signes de la dénutrition.

Faudrait-il y ajouter un item supplémentaire comme l'albumine pour être plus discriminant ?

2.2.2.2. L'asthénie

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces trois derniers mois ?

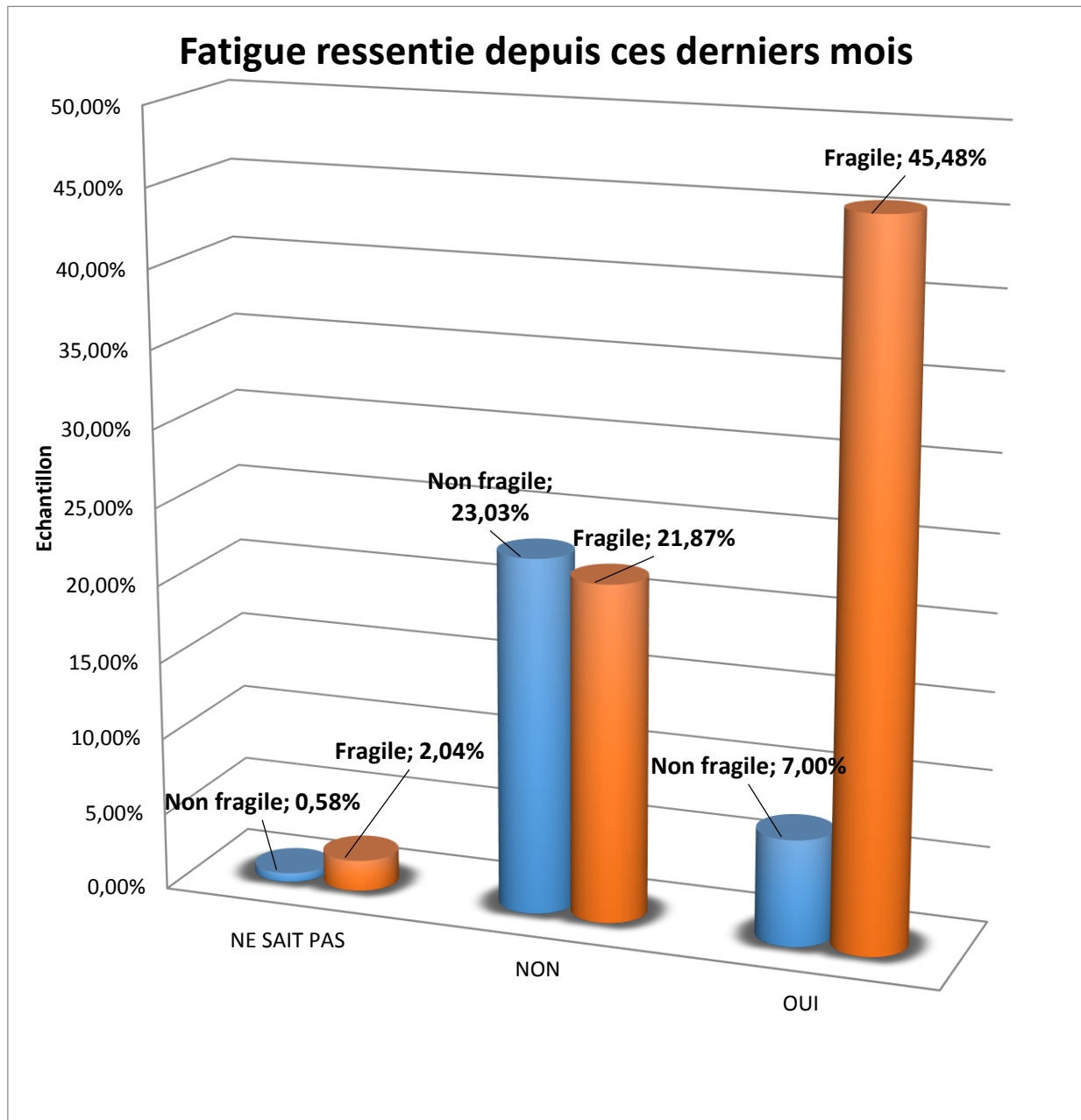


Figure 13 : Corrélation entre l'asthénie et le repérage de la fragilité

Dans le sous-groupe des patients n'ayant pas ressenti de fatigue au cours des trois derniers mois (représentant 45% environ de notre échantillon), la proportion de patients évalués fragiles et non fragiles est quasiment la même (respectivement 21,87% et 23,03%).

En revanche dans le sous-groupe des patients asthéniques (ou ayant ressenti une fatigue au cours des trois derniers mois), la proportion de patients ressentis fragiles est importante puisqu'elle représente la moitié de l'échantillon (45,48%).

Les patients asthéniques mais non fragiles ne représentent que 7% de l'échantillon.

Il existe 2,04% de patients fragiles mais dont le statut de fatigue n'est pas connu par le médecin généraliste.

Lorsque le patient ne ressent pas de fatigue, il n'y a pas de différence dans le jugement clinique du médecin sur le statut de fragilité, il y a autant de fragiles que de non-fragiles.

Par contre si le critère « asthénie » est présent, les patients sont fortement jugés fragiles par leur médecin.

Ce critère est donc très important dans le ressenti et le jugement du médecin.

2.2.2.3. Le ralentissement de la vitesse de marche

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)?

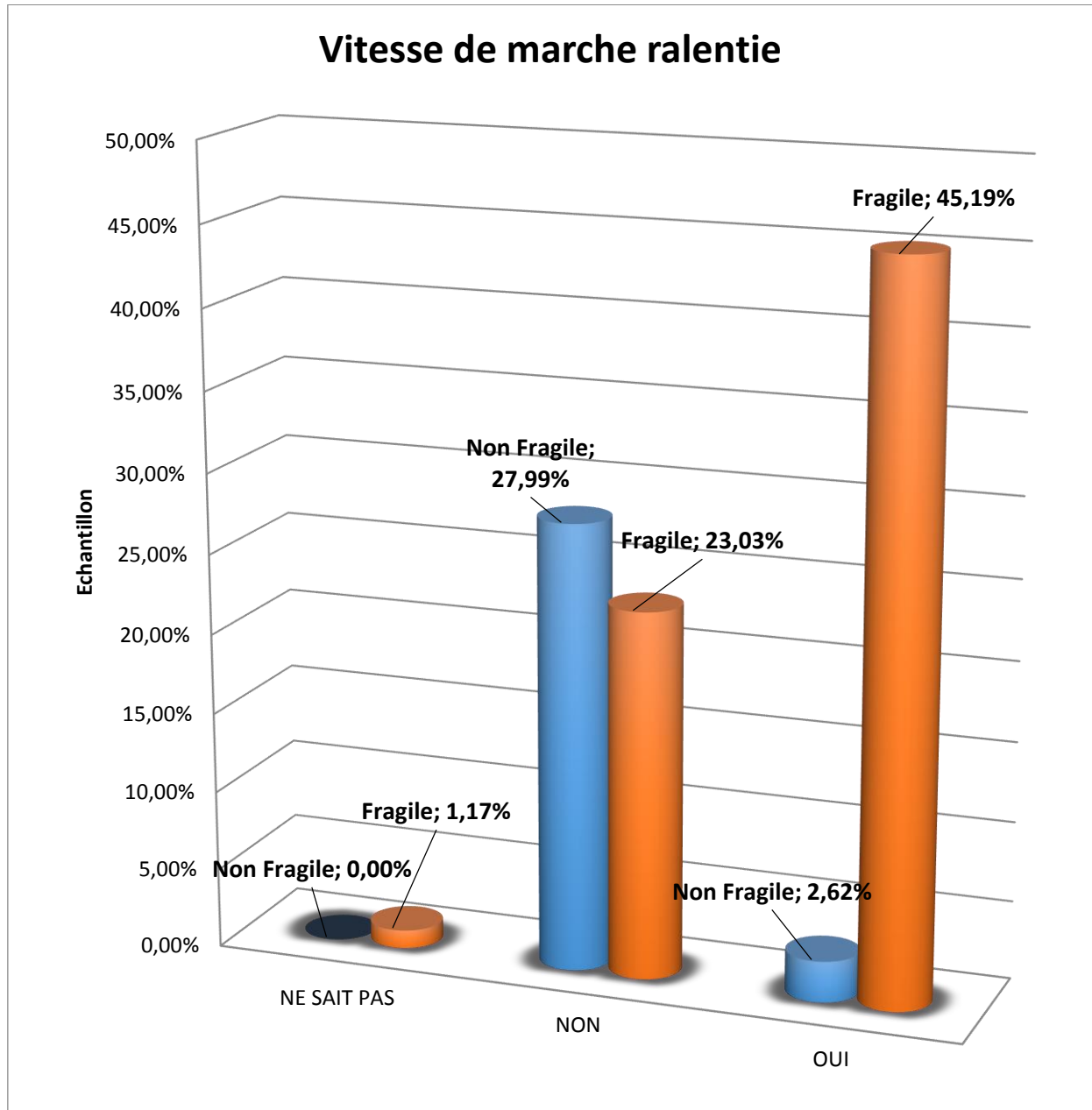


Figure 14 : Corrélation entre la vitesse de marche et le repérage de la fragilité

La moitié de notre échantillon (51.02%) n'a pas de vitesse de marche ralentie (à savoir plus de quatre secondes pour parcourir quatre mètres).

Lorsque la marche est normale, nous observons 27.99% de patients non fragiles et 23,03% de patients fragiles.

En revanche lorsque la marche est ralentie, la proportion de patients fragiles est très élevée à savoir 45,19%. Il n'y a que 2.62% des patients qui sont jugés non fragiles avec des troubles de la marche.

Il y a 1.17% de l'échantillon considéré fragile par les médecins généralistes sans avoir de notion de la vitesse de marche.

Une vitesse de marche anormale pourrait être très prédictive de fragilité puisque presque tous les patients ayant une marche ralentie sont considérés comme fragiles.

Ce critère est donc important dans le ressenti du médecin.

2.2.2.4. Les troubles locomoteurs

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces trois derniers mois ?

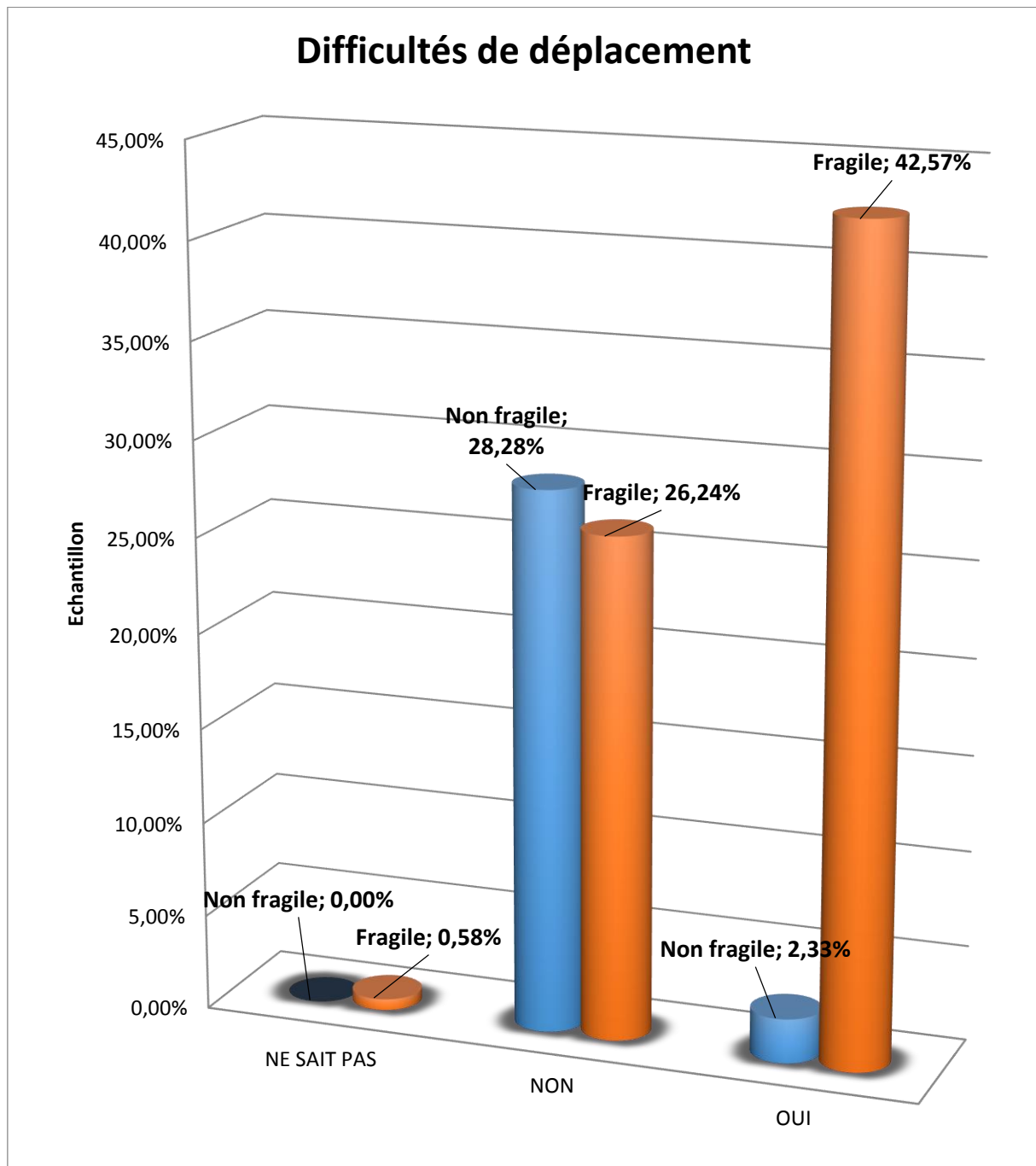


Figure 15 : Corrélation entre les troubles locomoteurs et le repérage de la fragilité

Les difficultés de déplacement lors des derniers mois (ou troubles locomoteurs) sont retrouvés chez près de 45% de l'échantillon. Dans ce sous-groupe les médecins ont repéré 42.07% de patients fragiles et 2.31% de patients non fragiles.

55% des patients dépistés n'ont pas de difficultés de déplacement. Dans ce sous-groupe nous observons 27.95% des patients repérés non fragiles et 27.09% des patients repérés fragiles.

Moins d'1% des patients jugés fragiles n'a pas été évalué pour les troubles locomoteurs.

Les résultats concernant les troubles locomoteurs sont superposables aux résultats de l'item « vitesse de marche ralentie ».

En effet, lorsque le déplacement est normal il y a peu de différence entre les patients fragiles et non fragiles. Par contre la présence de troubles locomoteurs prédit presque quasiment le ressenti de fragilité par le médecin.

2.2.2.5. Synthèse

Ces résultats nous montrent une corrélation importante entre les critères de Fried présents dans cette grille de dépistage et le ressenti du médecin généraliste quant au statut de fragilité de son patient.

En effet pour les critères « asthénie, vitesse de la marche ralentie et difficultés de déplacement au cours des trois derniers mois », les schémas de réponses sont similaires. Lorsque les critères sont retrouvés, les patients sont fortement jugés fragiles.

La constance du discernement de la fragilité lors de la présence de ces critères montre que les médecins généralistes limousins sont sensibles aux critères de fragilité validés par l'HAS.

Lorsque les critères de Fried sont absents, le jugement clinique du médecin généraliste est plus difficile, en effet les proportions de patients fragiles et non fragiles sont les mêmes.

Pour ce qui est de la perte de poids, le schéma n'est pas le même puisque notre échantillon retrouve plus de patients fragiles non dénutris que de patients fragiles dénutris. Ce critère de Fried ne semble donc pas être considéré prédictif de fragilité par les médecins généralistes limousins.

Les critères de fragilité selon le modèle de Fried les plus fréquents en Limousin sont l'asthénie (52.5%) et la vitesse de marche ralentie (47.8%).

2.2.3. Etude de la corrélation entre les items de la grille SEGA et le profil de fragilité ressenti par le médecin

2.2.3.1. L'isolement social

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient vit-il seul ?

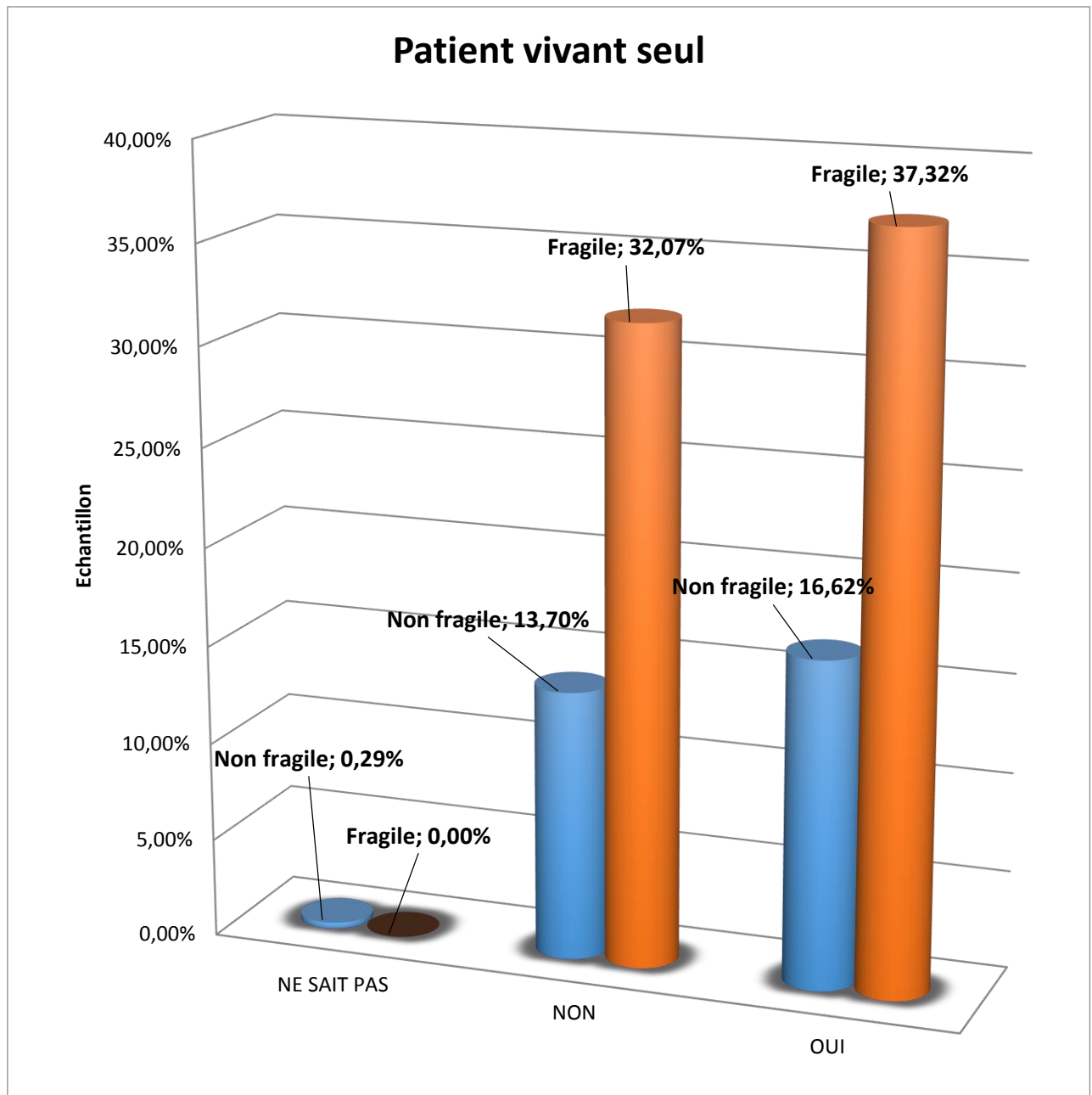


Figure 16 : Corrélation entre la situation sociale et le repérage de la fragilité

Dans notre échantillon, 53.94% des patients vivent seuls. Parmi eux, nous retrouvons 37,32% de patients fragiles et 16.62% de patients non fragiles.

Parmi les patients vivant accompagnés, 32,07% sont jugés fragiles et 13,70% sont jugés non fragiles.

Il n'y a pas de patient fragile pour qui la situation sociale n'est pas connue.

La proportion de patients âgés fragiles dans cet item est très importante (presque 70% de l'échantillon).

En effet, que le patient vive seul ou accompagné, il apparaît très fragile ; le statut social ne semble donc pas être un critère décisionnel dans le jugement clinique du médecin.

Il semble évident que la décision de considérer le patient fragile, ou pas, se prend en fonction de l'ensemble des critères (ou en tout cas pas seulement avec le critère social).

2.2.3.2. Les troubles de la mémoire

Le médecin était invité à répondre à la question suivante : votre patient se plaint-il de la mémoire ?

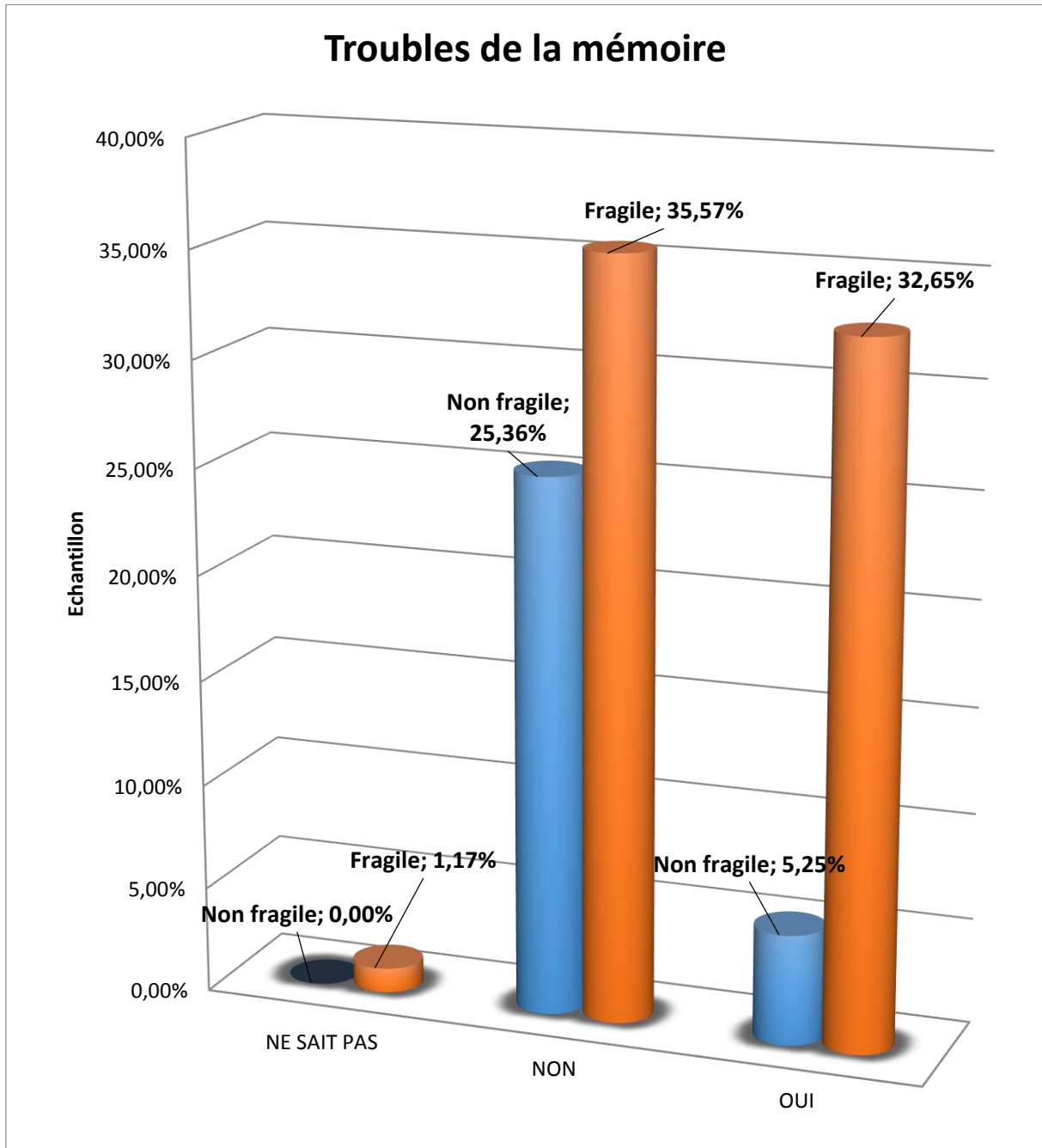


Figure 17 : Corrélation entre les troubles cognitifs et le repérage de la fragilité

Dans l'échantillon étudié, moins de quatre patients sur dix présentent des troubles de la mémoire au cours des trois derniers mois (37,9%). Parmi eux sont repérés 5,2% de patients non fragiles et 32,65% de patients fragiles.

A contrario, six patients sur dix n'ont pas de troubles de la mémoire connus (60,93%). Dans ce sous-groupe, 35,57% des patients sont jugés fragiles par leur médecin et 25,36% sont non fragiles.

Il y a 1,17% des patients qui sont fragiles mais dont on ne connaît pas le statut cognitif.

Dans cet item, comme dans l'isolement social, la proportion de patients repérés fragiles est quasiment la même, que les troubles cognitifs soient présents ou non.

Là encore, la présence de troubles de la mémoire ne semble pas avoir suffisamment de poids pour considérer le patient fragile.

2.2.3.3. Synthèse

Contrairement aux critères de Fried qui, par leur présence chez un patient, signaient fréquemment la conscience d'une fragilité, l'utilisation des critères de la grille SEGA semble plus controversée par les médecins généralistes.

En effet les deux critères utilisés dans la grille de repérage du gérontopôle de Toulouse, les troubles cognitifs et la situation sociale, sont moins pertinents pour les médecins généralistes pour le dépistage des personnes âgées fragiles.

Dans notre panel de patients les proportions de patients repérés fragiles sont presque équivalentes que l'item soit présent ou non.

Le jugement clinique du médecin est plus global en présence de ces critères.

Le critère de fragilité selon la grille SEGA le plus fréquent en Limousin est l'isolement social (53.9%).

2.2.4. Orientation du patient repéré fragile

Si le médecin traitant avait repéré son patient comme étant fragile, il était invité à répondre à la question suivante : pensez-vous adresser votre patient à une consultation spécialisée avec un gériatre ?

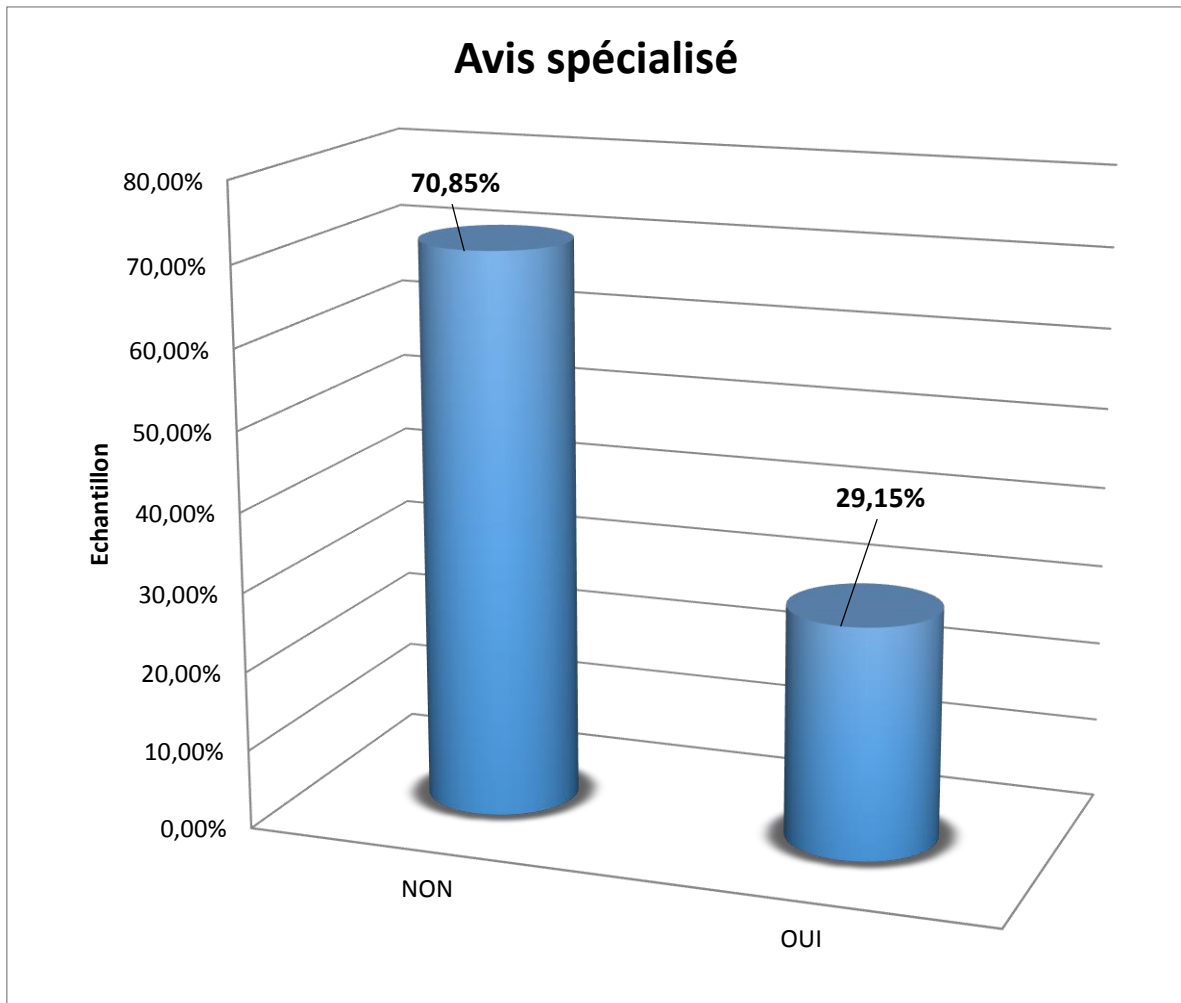


Figure 18 : Orientation du patient repéré fragile vers une structure spécialisée

Nous constatons que les médecins des $\frac{3}{4}$ des patients repérés fragiles ne souhaitent pas adresser leur patient à un spécialiste.

En effet, 70,85% des patients ne seront pas adressés vers un gériatre pour bénéficier d'une évaluation globale et être diagnostiqués par des examens plus précis.

2.3. Discussion

2.3.1. Principaux résultats

Notre étude nous a permis d'évaluer la pratique des médecins généralistes dans le dépistage précoce de la fragilité de la personne âgée, grâce au référentiel validé par l'HAS, à savoir la grille d'évaluation précoce du gérontopôle de Toulouse.

Notre échantillon était composé de 343 patients. Nous avons évalué quatre critères physiques de Fried :

- l'asthénie est présente chez 52,5% des patients,
- le ralentissement de la vitesse de marche chez 47,8% des patients,
- les troubles locomoteurs chez 44,9% des patients,
- la perte de poids chez 22,44% des patients.

La situation sociale était également évaluée par l'isolement social : il a été retrouvé chez 53,9% des patients.

Enfin l'évaluation de la dimension cognitive retrouve des troubles de la mémoire chez 37,9% des patients.

⇒ Les résultats globaux retrouvent une population de l'échantillon assez homogène.

Le critère principal de jugement concernait le ressenti subjectif du médecin généraliste sur le statut de fragilité de son patient ; celui-ci est retrouvé pour 69,39% de notre échantillon total.

Les objectifs secondaires étaient de repérer les critères de fragilité les plus représentatifs pour les médecins, d'évaluer la corrélation entre les critères de fragilité et le ressenti du praticien et d'analyser l'orientation des patients lorsque le dépistage était positif.

Parmi les patients repérés fragiles, les critères de fragilité les plus fréquemment présents étaient :

- l'asthénie (45,48%),
- la vitesse de marche ralentie (45,19%),
- les difficultés de déplacement (42,57%),
- l'isolement social (37,32%),
- les troubles mnésiques (32,65%),

- la perte de poids (20,41%).

La photographie du patient ressenti fragile en Limousin serait donc un patient fatigué, présentant une vitesse de marche ralentie et des difficultés de déplacement.

L'étude des corrélations entre les critères de Fried, ceux de la grille SEGA et le ressenti du médecin, sur le profil de fragilité de son patient, nous a paru intéressante à analyser.

Pour les items de Fried « asthénie, vitesse de la marche ralentie et difficultés de déplacement au cours des trois derniers mois », les schémas de réponses sont similaires. Lorsque les critères sont présents chez les patients, ceux-ci sont fortement jugés fragiles.

Pour les deux items dérivés de la grille SEGA, à savoir les troubles cognitifs et la situation sociale, la corrélation avec la fragilité est moins évidente.

A quoi cette différence est-elle due ? Pourquoi les trois critères de Fried ont-ils été plus ciblés par le médecin que les troubles cognitifs ou la dénutrition ?

Les trois critères mis en avant sont des critères cliniques et sont donc plus accessibles au jugement du médecin. En effet, lors d'une consultation de médecine générale, la plainte « fatigue » est tout de suite exprimée par le patient. Quant aux deux critères de marche et de déplacement, ils sont facilement dépistés lorsque le patient se déplace jusqu'à la table d'examen. Le médecin est habitué à cibler ces troubles.

A contrario, les troubles cognitifs sont difficilement évalués en consultation classique et souvent sous-estimés par le conjoint, biaisés par le vernis social.

Quant à la perte de poids, le patient est-il pesé à chaque consultation ?

Enfin nous avons étudié la proportion de patients dépistés qui sera ensuite adressée à un gériatre pour un avis spécialisé. Seulement 29,15% des patients seront orientés vers une structure adaptée lorsque le dépistage est positif.

2.3.2. Validité interne

2.3.2.1. Les forces de l'étude

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles sur le dépistage des personnes âgées fragiles, par le biais d'un référentiel existant et validé par l'HAS.

Notre étude paraît être, à l'heure actuelle, un sujet pertinent car elle tente d'évaluer la pratique des médecins généralistes limousins au moment où la problématique de la fragilité prend de l'ampleur aux vues des projections démographiques et du vieillissement de la population.

Notre échantillon a été assez important et permet d'avoir une idée de la pratique globale des médecins généralistes limousins. La population étudiée, comme nous l'avons déjà vu, était assez homogène.

Les médecins qui ont utilisé cette grille d'évaluation ont été sensibilisés à cet outil de soins primaires et à la fragilité de façon plus globale. Notre étude a permis de promouvoir ce référentiel auprès des médecins généralistes et de leur en montrer l'utilité dans la pratique courante, afin de dépister les personnes âgées fragiles, et de les adresser à un spécialiste.

Nous avons pu constater que les critères validés par les autorités de santé semblent être connus des médecins généralistes et que certains sont très pertinents. Le jugement clinique du médecin traitant est très important et nous le mettons en avant dans les résultats de l'étude, puisque le taux de fragilité dépisté est très élevé en comparaison des différentes études évaluant la prévalence de la fragilité. L'impression subjective du médecin est un outil décisionnel majeur dans notre pratique quotidienne, le médecin généraliste est le pivot de la coordination médicale du patient.

Bien sûr, ce chiffre élevé est à nuancer puisque les diverses études existantes ont évalué des prévalences c'est-à-dire des patients ayant été diagnostiqués par des évaluations plus précises (comme l'EGS). Notre étude a donc un intérêt clinique puisqu'il y a actuellement très peu de travaux évaluant le dépistage précoce, le référentiel de l'HAS étant récent.

Nous avons également pointé du doigt un problème majeur dans notre système de soins, à savoir un défaut de communication entre les médecins généralistes et les spécialistes. En effet, nous constatons que les patients « repérés fragiles » seront très peu aiguillés vers des structures spécialisées afin d'être « diagnostiqués fragiles ».

Le message est clair : le repérage de la fragilité ne doit être que la première étape d'un ensemble comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions visant à prévenir la perte d'autonomie et les complications qui en découlent. Cette évaluation doit donc être mise à profit pour trouver des solutions et favoriser la filière hôpital-libéral.

2.3.2.2. Les limites de l'étude

Plusieurs points faibles apparaissent dans notre étude. Tout d'abord apparaît un biais de sélection concernant les médecins généralistes participants. En effet, nous avons utilisé la voie électronique pour la diffusion du questionnaire, grâce aux listes d'adresses mail de l'URPS. Cette liste n'est malheureusement pas exhaustive donc tous les médecins généralistes limousins n'ont pas été sollicités (501 médecins questionnés sur 794 inscrits à l'URPS). De plus les questionnaires étant anonymes, nous n'avons aucun moyen de connaître le taux de participation des médecins (les questionnaires correspondant à des patients et non à des médecins).

Il aurait également été intéressant de connaître les caractéristiques des médecins généralistes participants à l'évaluation, notamment leur pratique quotidienne, leurs formations complémentaires, leur type de patientèle (rurale, semi-rurale, urbaine). Ceci peut bien sûr influencer leurs choix des patients à évaluer.

Un autre biais de sélection réside dans l'échantillon à savoir dans les patients choisis par les médecins généralistes. En effet, le libre choix était laissé au médecin dans la sélection des patients. Ceci peut nous laisser penser que certains patients ont été sélectionnés par leur médecin parce qu'il les soupçonnait d'être fragiles.

De plus, les données sociodémographiques des patients dépistés n'étaient pas précisées, comme l'âge, le statut marital ou le sexe. Or de nombreuses études montrent une corrélation entre l'âge des patients et le risque de fragilité. Ceci pourrait expliquer notre fort taux de fragilité, le Limousin étant une région avec une population âgée.

Enfin, même si notre échantillon de 343 patients est honorable, il reste faible en comparaison de la population limousine des personnes de plus de 65 ans. Les tendances auraient-elles été les mêmes si l'ensemble de la population avait été étudiée ?

2.3.3. Cohérence externe

Notre critère principal de jugement, qui était l'avis subjectif des médecins généralistes, nous montre un repérage élevé de la fragilité en Limousin. En effet près de 70% des patients de l'échantillon sont repérés positivement donc à risque d'être fragiles.

L'étude SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe), menée dans 10 pays européens avec une évaluation basée sur les critères de Fried, retrouvait 59.3% de sujets à risque de fragilité [6].

Dans l'étude du Gérontopôle de Toulouse, 61,9% des patients étaient repérés subjectivement à risque de fragilité par le sentiment subjectif des médecins [49].

La littérature retrouve également deux travaux de thèse réalisés à Paris en 2015, par le Dr Maclouf et le Dr Genet, utilisant les mêmes items que notre étude. Ceux-ci retrouvaient respectivement 84,2% et 45,3% de patients repérés à risque de fragilité.

Nos données concernant le repérage du risque de fragilité, par le sentiment subjectif du médecin généraliste, sont donc assez concordantes avec les données de la littérature.

Néanmoins, nos résultats sont élevés et peuvent s'expliquer par les biais décrits ci-dessus.

Par contre, pour le critère de jugement secondaire, qui était la demande d'avis spécialisé lorsque que le patient est repéré fragile, peu d'études sont retrouvées.

Notre étude semble pertinente mais peu d'études similaires ont été faites. Elle engendre de nombreuses questions auxquelles il serait intéressant de répondre.

2.3.4. Perspectives à envisager

Ce travail a permis de soulever plusieurs questions.

La première question à laquelle il serait intéressant de répondre, est l'étude de la prévalence des patients repérés fragiles dans notre échantillon. Le taux de fragilité dépisté étant élevé, il serait judicieux que les patients repérés soient évalués par un spécialiste afin de déterminer précisément la prévalence de notre échantillon. En effet la prévalence de la fragilité en Limousin est-elle plus élevée qu'au niveau national ?

Un autre axe, qui a été mis en avant dans notre étude et qui est intimement corrélé à la première question soulevée, est le mode d'exercice des médecins généralistes. En effet devant ce taux de dépistage élevé, un second travail pourrait être mis en œuvre sur l'étude des caractéristiques du médecin, à savoir son exercice, sa formation initiale et secondaire, et sa patientèle. Les médecins limousins sont-ils plus sensibles aux syndromes gériatriques du fait du vieillissement de la population régionale ? Ceux-ci ont-ils une formation supplémentaire qui expliquerait ce fort taux de dépistage ?

Enfin, dernier point soulevé par ce travail, le manque de collaboration entre médecine de ville et médecine hospitalière est fortement exprimé par nos résultats. En effet, un outil de dépistage n'a d'intérêt que s'il permet de mettre en œuvre des interventions de prévention ou des actions visant à combattre le problème dépisté.

Quelles pourraient être les solutions pour promouvoir cette entente « médecin de ville-spécialiste » et améliorer l'accessibilité aux spécialistes ?

Afin de prévenir la dépendance, le repérage de la fragilité doit jouer un rôle important dans les soins de premier recours. Aussi une évaluation coordonnée et multidisciplinaire est-elle nécessaire pour identifier les causes de la fragilité, tout au long du parcours de soins du patient, en ville comme à l'hôpital ?

La clé n'est-elle pas un travail plus collégial au sein de plateformes réunissant les acteurs libéraux (médecins, associations d'aides à domicile, MAIA, travailleurs sociaux...) et acteurs hospitaliers ?

Conclusion

La fragilité est un concept en plein essor, reconnu par la totalité de la communauté scientifique, que ce soient des spécialistes ou des médecins libéraux.

Malheureusement, elle est insuffisamment dépistée en médecine libérale alors que nous sommes la première ligne de professionnels de santé que le patient et sa famille rencontrent.

Ce travail nous a permis d'analyser le ressenti des médecins généralistes, concernant la fragilité des personnes âgées, grâce à la grille du gérontopôle de Toulouse. La corrélation entre les trois critères cliniques du phénotype de Fried, sédentarité, vitesse de marche, asthénie et la fragilité ressentie semble cohérente.

Les autres critères, sociaux et cognitifs, semblent nécessiter un travail plus transversal avec les acteurs de terrain. Enfin, la perte de poids seule devra s'enrichir d'autres variables pour être discriminante.

Le médecin généraliste ne peut pas à lui seul évaluer toutes les personnes âgées complexes mais son rôle pivot dans le pré-dépistage est essentiel.

Les personnes âgées fragiles ont donc besoin d'une adaptation des soins, d'une personnalisation des interventions et d'une modification des protocoles standards qui ne peuvent être réalisées qu'au travers de la mise en place d'une évaluation gériatrique complète.

Pour ma part, en tant que futur médecin généraliste installée en secteur rural, ce travail m'a sensibilisé sur ce concept récent et précurseur qu'est la fragilité de la personne âgée. La prévention en soins primaires, en particulier en gériatrie, constituera un axe fondamental de mon activité.

Le défi des années futures sera de réunir, au sein de plateformes multi-acteurs, l'ensemble des intervenants libéraux et hospitaliers gravitant autour du dépistage et de la prise en charge de la fragilité ; ceci afin de favoriser le vieillissement actif et en bonne santé à travers le développement et le déploiement de solutions innovantes.

Références bibliographiques

- [1] KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. « Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function ». *JAMA* [En ligne]. 21 septembre 1963. Vol. 185, n°12, p. 914-919. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016> >
- [2] LAWTON M. P., BRODY E. M. « Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living ». *The Gerontologist*. 1969. Vol. 9, n°3, p. 179-186.
- [3] ROCKWOOD K., FOX R. A., STOLEE P., ROBERTSON D., BEATTIE B. L. « Frailty in elderly people: an evolving concept. » *CMAJ Can. Med. Assoc. J.* 15 février 1994. Vol. 150, n°4, p. 489-495.
- [4] FRIED L. P., TANGEN C. M., WALSTON J., NEWMAN A. B., HIRSCH C., GOTTDIENER J., SEEMAN T., TRACY R., KOP W. J., BURKE G., MCBURNIE M. A., CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. « Frailty in older adults: evidence for a phenotype ». *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* mars 2001. Vol. 56, n°3, p. M146-156.
- [5] ROLLAND Y., BENETOS A., GENTRIC A., ANKRI J., BLANCHARD F., BONNEFOY M., DE DECKER L., FERRY M., GONTHIER R., HANON O., JEANDEL C., NOURHASHEMI F., PERRET-GUILLAUME C., RETORNAZ F., BOUVIER H., RUAULT G., BERRUT G. « [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology] ». *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* [En ligne]. décembre 2011. Vol. 9, n°4, p. 387-390. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311> >
- [6] 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.* [En ligne]. juin 2009. Vol. 64, n°6, p. 675-681. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012> >
- [7] COLLARD R. M., BOTER H., SCHOEVERS R. A., OUDE VOSHAAR R. C. « Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. août 2012. Vol. 60, n°8, p. 1487-1492. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x> >
- [8] PEDERSEN B. K., FEBBRAIO M. A. « Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ ». *Nat. Rev. Endocrinol.* [En ligne]. août 2012. Vol. 8, n°8, p. 457-465. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.49> >
- [9] INGLÉS M., GAMBINI J., CARNICERO J. A., GARCÍA-GARCÍA F. J., RODRÍGUEZ-MAÑAS L., OLASO-GONZÁLEZ G., DROMANT M., BORRÁS C., VIÑA J. « Oxidative stress is related to frailty, not to age or sex, in a geriatric population: lipid and protein oxidation as biomarkers of frailty ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. juillet 2014. Vol. 62, n°7, p. 1324-1328. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/jgs.12876> >
- [10] BUVAT J., MAGGI M., GUAY A., TORRES L. O. « Testosterone deficiency in men: systematic review and standard operating procedures for diagnosis and treatment ». *J. Sex. Med.* [En ligne]. janvier 2013. Vol. 10, n°1, p. 245-284. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02783.x> >
- [11] CARCAILLON L., BLANCO C., ALONSO-BOUZÓN C., ALFARO-ACHA A., GARCIA-GARCÍA F.-J., RODRIGUEZ-MAÑAS L. « Sex differences in the association between

serum levels of testosterone and frailty in an elderly population: the Toledo Study for Healthy Aging ». *PLoS One* [En ligne]. 2012. Vol. 7, n°3, p. e32401. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032401> >

- [12] CARCAILLON L., GARCÍA-GARCÍA F. J., TRESGUERRES J. A. F., GUTIÉRREZ AVILA G., KIREEV R., RODRÍGUEZ-MAÑAS L. « Higher levels of endogenous estradiol are associated with frailty in postmenopausal women from the toledo study for healthy aging ». *J. Clin. Endocrinol. Metab.* [En ligne]. août 2012. Vol. 97, n°8, p. 2898-2906. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1271> >
- [13] HO Y.-Y., MATTEINI A. M., BEAMER B., FRIED L., XUE Q., ARKING D. E., CHAKRAVARTI A., FALLIN M. D., WALSTON J. « Exploring biologically relevant pathways in frailty ». *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* [En ligne]. septembre 2011. Vol. 66, n°9, p. 975-979. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/gerona/qlr061> >
- [14] BÉNÉTOS A. « Longueur des télomères et vieillissement artériel. Une nouvelle voie dans la biologie du vieillissement ? ». *Médecine Thérapeutique Cardiol.* 1 juillet 2003. Vol. 1, n°3, p. 164-171.
- [15] « Prévenir la dépendance | “Ensemble, prévenons la dépendance” ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/prevenir-la-dependance/> > (consulté le 20 mai 2016)
- [16] ADMINISTRATEUR. *Livre Blanc de la Fragilité « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles »* | « Ensemble, prévenons la dépendance » [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/prevenir-la-dependance/livre-blanc-de-la-fragilite-reperage-et-maintien-de-lautonomie-des-personnes-agees-fragiles/> > (consulté le 31 août 2016)
- [17] MORLEY J. E., VELLAS B., VAN KAN G. A., ANKER S. D., BAUER J. M., BERNABEI R., CESARI M., CHUMLEA W. C., DOEHNER W., EVANS J., FRIED L. P., GURALNIK J. M., KATZ P. R., MALMSTROM T. K., MCCARTER R. J., GUTIERREZ ROBLEDOS L. M., ROCKWOOD K., VON HAEHLING S., VANDEWOUDE M. F., WALSTON J. « Frailty consensus: a call to action ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [En ligne]. juin 2013. Vol. 14, n°6, p. 392-397. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022> >
- [18] CLEGG A., YOUNG J., ILIFFE S., RIKKERT M. O., ROCKWOOD K. « Frailty in elderly people ». *Lancet Lond. Engl.* [En ligne]. 2 mars 2013. Vol. 381, n°9868, p. 752-762. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9) >
- [19] VELLAS B., BALARDY L., GILLETTE-GUYONNET S., ABELLAN VAN KAN G., GHISOLFI-MARQUE A., SUBRA J., BISMUTH S., OUSTRIC S., CESARI M. « Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) ». *J. Nutr. Health Aging* [En ligne]. juillet 2013. Vol. 17, n°7, p. 629-631. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0363-6> >
- [20] SOURDET S., LAFONT C., ROLLAND Y., NOURHASHEMI F., ANDRIEU S., VELLAS B. « Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [En ligne]. 1 août 2015. Vol. 16, n°8, p. 674-681. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.011> >
- [21] BOUILLON K., KIVIMAKI M., HAMER M., SABIA S., FRANSSON E. I., SINGH-MANOUX A., GALE C. R., BATTY G. D. « Measures of frailty in population-based studies: an

overview ». *BMC Geriatr.* [En ligne]. 2013. Vol. 13, p. 64. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-64> >

- [22] THEOU O., BROTHERS T. D., MITNITSKI A., ROCKWOOD K. « Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. septembre 2013. Vol. 61, n°9, p. 1537-1551. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/jgs.12420> >
- [23] SHAMLIYAN T., TALLEY K. M. C., RAMAKRISHNAN R., KANE R. L. « Association of frailty with survival: a systematic literature review ». *Ageing Res. Rev.* [En ligne]. mars 2013. Vol. 12, n°2, p. 719-736. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.001> >
- [24] 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* [En ligne]. août 2012. Vol. 16, n°8, p. 714-720. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0391-7> >
- [25] HAS. « comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? ». In : *Has-Santéfr.* [s.l.] : [s.n.], [s.d.].
- [26] CESARI M., DEMOUGEOT L., BOCCALON H., GUYONNET S., ABELLAN VAN KAN G., VELLAS B., ANDRIEU S. « A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: the FiND questionnaire ». *PloS One* [En ligne]. 2014. Vol. 9, n°7, p. e101745. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101745> >
- [27] FREIBERGER E., DE VREEDE P., SCHOENE D., RYDWIK E., MUELLER V., FRÄNDIN K., HOPMAN-ROCK M. « Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments ». *Age Ageing* [En ligne]. novembre 2012. Vol. 41, n°6, p. 712-721. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/ageing/afs099> >
- [28] ABELLAN VAN KAN G., ROLLAND Y., ANDRIEU S., BAUER J., BEAUCHET O., BONNEFOY M., CESARI M., DONINI L. M., GILLETTE GUYONNET S., INZITARI M., NOURHASHEMI F., ONDER G., RITZ P., SALVA A., VISSER M., VELLAS B. « Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force ». *J. Nutr. Health Aging*. décembre 2009. Vol. 13, n°10, p. 881-889.
- [29] SOURIAL N., BERGMAN H., KARUNANANTHAN S., WOLFSON C., PAYETTE H., GUTIERREZ-ROBLEDO L. M., BÉLAND F., FLETCHER J. D., GURALNIK J. « Implementing frailty into clinical practice: a cautionary tale ». *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* [En ligne]. décembre 2013. Vol. 68, n°12, p. 1505-1511. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/gerona/glt053> >
- [30] WOO J., LEUNG J., MORLEY J. E. « Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. août 2012. Vol. 60, n°8, p. 1478-1486. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04074.x> >
- [31] NG T. P., FENG L., NYUNT M. S. Z., FENG L., NITI M., TAN B. Y., CHAN G., KHOO S. A., CHAN S. M., YAP P., YAP K. B. « Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial ».

Am. J. Med. [En ligne]. novembre 2015. Vol. 128, n°11, p. 1225-1236.e1. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.017> >

- [32] WALSTON J., HADLEY E. C., FERRUCCI L., GURALNIK J. M., NEWMAN A. B., STUDENSKI S. A., ERSHLER W. B., HARRIS T., FRIED L. P. « Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. juin 2006. Vol. 54, n°6, p. 991-1001. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x> >
- [33] NARDI R., SCANELLI G., CORRAO S., IORI I., MATHIEU G., CATALDI AMATRIAN R. « Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients ». *Eur. J. Intern. Med.* [En ligne]. septembre 2007. Vol. 18, n°5, p. 359-368. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.05.002> >
- [34] MCMILLAN G. J., HUBBARD R. E. « Frailty in older inpatients: what physicians need to know ». *QJM Mon. J. Assoc. Physicians* [En ligne]. novembre 2012. Vol. 105, n°11, p. 1059-1065. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcs125> >
- [35] GALLAGHER P., RYAN C., BYRNE S., KENNEDY J., O'MAHONY D. « STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation ». *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* février 2008. Vol. 46, n°2, p. 72-83.
- [36] VELLAS B., GUIGOZ Y., GARRY P. J., NOURHASHEMI F., BENNAHUM D., LAUQUE S., ALBAREDE J. L. « The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients ». *Nutr. Burbank Los Angel. Cty. Calif.* février 1999. Vol. 15, n°2, p. 116-122.
- [37] FOLSTEIN M. F., ROBINS L. N., HELZER J. E. « The Mini-Mental State Examination ». *Arch. Gen. Psychiatry.* juillet 1983. Vol. 40, n°7, p. 812.
- [38] YESAVAGE J. A., BRINK T. L., ROSE T. L., LUM O., HUANG V., ADEY M., LEIRER V. O. « Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report ». *J. Psychiatr. Res.* 1983 1982. Vol. 17, n°1, p. 37-49.
- [39] ZWEIFEL P., FELDER S., MEIERS M. « Ageing of population and health care expenditure: a red herring? ». *Health Econ.* septembre 1999. Vol. 8, n°6, p. 485-496.
- [40] WERBLOW A., FELDER S., ZWEIFEL P. « Population ageing and health care expenditure: a school of "red herrings"? » *Health Econ.* [En ligne]. octobre 2007. Vol. 16, n°10, p. 1109-1126. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1002/hec.1213> >
- [41] ROCHAT S., CUMMING R. G., BLYTH F., CREASEY H., HANDELSMAN D., LE COUTEUR D. G., NAGANATHAN V., SAMBROOK P. N., SEIBEL M. J., WAITE L. « Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in Men Project ». *Age Ageing* [En ligne]. mars 2010. Vol. 39, n°2, p. 228-233. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/ageing/afp257> >
- [42] LAHOUSSE L., MAES B., ZIERE G., LOTH D. W., VERLINDEN V. J. A., ZILLIKENS M. C., UITTERLINDEN A. G., RIVADENEIRA F., TIEMEIER H., FRANCO O. H., IKRAM M. A., HOFMAN A., BRUSSELLE G. G., STRICKER B. H. « Adverse outcomes of frailty in the elderly: the Rotterdam Study ». *Eur. J. Epidemiol.* [En ligne]. juin 2014. Vol. 29, n°6, p. 419-427. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s10654-014-9924-1> >

- [43] IILINCA S., CALCIOLARI S. « The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems ». *Health Serv. Res.* [En ligne]. février 2015. Vol. 50, n°1, p. 305-320. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12211> >
- [44] HOECK S., FRANÇOIS G., GEERTS J., VAN DER HEYDEN J., VANDEWOUDE M., VAN HAL G. « Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium ». *Eur. J. Public Health* [En ligne]. octobre 2012. Vol. 22, n°5, p. 671-677. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr133> >
- [45] GNJIDIC D., HILMER S. N., BLYTH F. M., NAGANATHAN V., CUMMING R. G., HANDELSMAN D. J., MCLACHLAN A. J., ABERNETHY D. R., BANKS E., LE COUTEUR D. G. « High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men ». *Clin. Pharmacol. Ther.* [En ligne]. mars 2012. Vol. 91, n°3, p. 521-528. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.258> >
- [46] PEKLAR J., O'HALLORAN A. M., MAIDMENT I. D., HENMAN M. C., KENNY R. A., KOS M. « Sedative load and frailty among community-dwelling population aged ≥65 years ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [En ligne]. avril 2015. Vol. 16, n°4, p. 282-289. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.010> >
- [47] KIELY D. K., CUPPLES L. A., LIPSITZ L. A. « Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. septembre 2009. Vol. 57, n°9, p. 1532-1539. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02394.x> >
- [48] SIRVEN N., RAPP T. « The cost of frailty in France ». *Eur. J. Health Econ. HEPAC Health Econ. Prev. Care* [En ligne]. 25 février 2016. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0772-7> >
- [49] SUBRA J., BALARDY L., BISMUTH S., UNIVERSITÉ PAUL SABATIER (TOULOUSE), UNIVERSITÉ PAUL SABATIER (TOULOUSE), FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES PURPAN. *Dépister le sujet âgé fragile en consultation de médecine générale étude de faisabilité en région Midi-Pyrénées*. S.l. : [s.n.], 2011.

Table des annexes

Annexe 1. Questionnaire diffusé aux médecins généralistes	84
Annexe 2. Echelle des ADL de KATZ	87
Annexe 3. Echelle des IADL de Lawton (version courte)	88
Annexe 4. Grille de repérage du gérontopôle de Toulouse	89
Annexe 5. Auto-questionnaire FiND	90
Annexe 6. Frailty Index.....	91
Annexe 7. Score TRST.....	92
Annexe 8. Grille SEGA.....	93
Annexe 9. Score MNA	94
Annexe 10. Score MMSE	95
Annexe 11. Score Mini-GDS.....	96
Annexe 12. Dépenses de soins ambulatoires.....	97

Annexe 1. Questionnaire diffusé aux médecins généralistes

Outil de repérage des personnes âgées fragiles en Limousin.

Bonjour à tous.

Je réalise, en collaboration avec le Dr Douzon, un travail de thèse sur la fragilité de la personne âgée en médecine libérale.

La fragilité est un syndrome gériatrique correspondant à une personne âgée incapable de faire face à un événement stressant. Il y a donc des personnes fragiles et des personnes robustes. Le but de ce dépistage (validé par l'HAS) est de faire une photographie des patients âgés fragiles en Limousin.

Afin de réaliser ce "screening", pourriez-vous remplir le questionnaire ci-joint (questionnaire du Gérontopôle de Toulouse) sur quelques-uns de vos patients de plus de 65 ans. L'idéal pour mon étude serait 10 questionnaires par médecin mais chaque réponse est une aide précieuse.

Le questionnaire est très simple et rapide, il comporte six questions, pour lesquelles vous pouvez répondre par OUI, NON, NE SAIT PAS.

Les patients doivent être autonomes dans les gestes de la vie quotidienne (ADL >5/6), et à distance de toute pathologie aiguë.

En vous remerciant d'avance pour votre aide.

Je reste à votre disposition par téléphone au 06 09 89 22 73, ou par mail à l'adresse suivante : colletnadege87@gmail.com

Nadège COLLET

...

Votre patient vit-il seul?

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois? *

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois? *

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Votre patient a t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois?

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Votre patient se plaint-il de la mémoire? *

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Votre patient a t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)?

- OUI
- NON
- NE SAIT PAS

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, votre patient vous paraît-il fragile?

OUI

NON

Si oui, pensez-vous adresser votre patient à une consultation spécialisée avec un gériatre?

OUI

NON

Annexe 2. Echelle des ADL de KATZ

<u>ECHELLE A.D.L</u> (Aide-soignante Infirmière)	<u>1ère évaluation</u>	<u>2ème évaluation</u>	<u>3ème évaluation</u>
	Date :	Date :	Date :
	Score:	Score:	Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chausser	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0

Annexe 3. Echelle des IADL de Lawton (version courte)

IADL-4 - Echelle d'activités instrumentales de la vie quotidienne : version courte à 4 items (d'après Lawton & Brody)

MODE D'EMPLOI

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'informations suivantes : le malade, sa famille, ses amis. Choisir la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet. On peut s'aider du questionnaire situé au verso.

Les 4 activités font l'objet d'une cotation en 3, 4 ou 5 points selon les items. Dans un deuxième temps, la cotation de chacun des items est transformée en codage binaire 0 ou 1.

Codez 0 tout item pour lequel le sujet est autonome (la cotation ne dépasse pas 1).

Codez 1 tout item pour lequel le sujet est dépendant (la cotation est supérieure ou égale à 2)

Nom :

Prénom :

Date :

CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE

1. *Utilise le téléphone de sa propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.*
2. *Compose un petit nombre de numéros bien connus.*
3. *Répond au téléphone, mais n'appelle pas.*
4. *Incapable d'utiliser le téléphone.*

MOYEN DE TRANSPORT

1. *Peut voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun ou avec sa propre voiture).*
2. *Peut se déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus.*
3. *Peut prendre les transports en commun si accompagné(e).*
4. *Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).*
5. *Ne se déplace pas du tout.*

RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS

1. *S'occupe lui (elle)-même de la prise : dosage et horaire.*
2. *Peut les prendre lui (elle)-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.*
3. *Incapable de les prendre lui (elle)-même.*

CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET

1. *Totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures, ...).*
 2. *Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer son budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).*
 3. *Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour*
-

Annexe 4. Grille de repérage du gérontopôle de Toulouse

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

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

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u>	
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

Annexe 5. Auto-questionnaire FiND

Figure 3: Outil d'auto-évaluation pour repérer les personnes âgées fragiles vivant à domicile (l'auto-questionnaire FiND) – Version française

Domaine	Questions	Réponses	Score
Dépendance	A. Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments) ?	a. Peu ou pas de difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
	B. Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches) ?	a. Peu ou pas de difficultés	0
		b. Beaucoup de difficultés ou incapacité	1
Fragilité	C. Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement ?	a. Non	0
		b. Oui	1
	D. La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants : « Tout ce que je faisais me demandait un effort » ou « Je ne pouvais pas aller de l'avant » ?	a. Rarement ou parfois (2 fois ou moins par semaine)	0
		b. Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)	1
	E. Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?	a. Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine)	0
		b. Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)	1

Si $A+B \geq 1$, le sujet est considéré "dépendant".

Si $A+B=0$ et $C+D+E \geq 1$, le sujet est considéré "fragile".

Si $A+B+C+D+E=0$, le sujet est considéré "robuste".

Annexe 6. Frailty Index

Frailty Index (Rockwood K et al. 2005) :

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index

- Changes in everyday activities
- Head and neck problems
- Poor muscle tone in neck
- Bradykinesia, facial
- Problems getting dressed
- Problems with bathing
- Problems carrying out personal grooming
- Urinary incontinence
- Toileting problems
- Bulk difficulties
- Rectal problems
- Gastrointestinal problems
- Problems cooking
- Sucking problems
- Problems going out alone
- Impaired mobility
- Musculoskeletal problems
- Bradykinesia of the limbs
- Poor muscle tone in limbs
- Poor limb coordination
- Poor coordination, trunk
- Poor standing posture
- Irregular gait pattern
- Falls
- Mood problems
- Feeling sad, blue, depressed
- History of depressed mood
- Tiredness all the time
- Depression (clinical impression)
- Sleep changes
- Restlessness
- Memory changes
- Short-term memory impairment
- Long-term memory impairment
- Changes in general mental functioning
- Onset of cognitive symptoms
- Clouding or delirium
- Paranoid features
- History relevant to cognitive impairment or loss
- Family history relevant to cognitive impairment or loss
- Impaired vibration
- Tremor at rest
- Postural tremor
- Intention tremor
- History of Parkinson's disease
- Family history of degenerative disease
- Seizures, partial complex
- Seizures, generalized
- Syncope or blackouts
- Headache
- Cerebrovascular problems
- History of stroke
- History of diabetes mellitus
- Arterial hypertension
- Peripheral pulses
- Cardiac problems
- Myocardial infarction
- Arrhythmia
- Congestive heart failure
- Lung problems
- Respiratory problems
- History of thyroid disease
- Thyroid problems
- Skin problems
- Malignant disease
- Breast problems
- Abdominal problems
- Presence of snout reflex
- Presence of the palmomental reflex
- Other medical history

Annexe 7. Score TRST

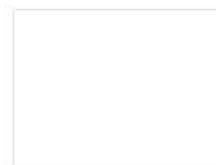
- 1) Troubles cognitifs (troubles mnésiques ou désorientation)
- 2) Difficulté à la marche, à se déplacer ou chute
- 3) Cinq médicament ou plus
- 4) Consultation aux urgences dans les 30 jours ou hospitalisation dans les 90 jours précédents
- 5) Recommandation professionnelle : crainte de la part du professionnel faisant le test concernant le sujet âgé :
 - o Abus ou négligence
 - o Abus de substance
 - o Mauvaise observance médicamenteuse
 - o Difficulté dans les IADL
 - o Ou autre

Présence de 2 critères ou plus sur 5 = risque de consultations ultérieures aux urgences, d'être hospitalisé ou institutionnalisé

Annexe 8. Grille SEGA



Grille SEGA modifiée



Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité : cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gériatrique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et / ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Dans le cadre du groupe « réseaux » de la SFGG, cet outil fait l'objet d'une étude dans le but de valider un outil de repérage de la fragilité au domicile.

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

Fonction de l'évaluateur : _____

PROFILS GERIATRIQUES ET FACTEURS DE RISQUES				
	0	1	2	Score :
Age	74 ans	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION :

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

Annexe 9. Score MNA



MNA

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Age: _____ Poids, kg: _____ Taille en cm: _____ Hauteur du genou, cm: _____

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

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 points ou plus	normal pas besoin de continuer l'évaluation
11 points ou moins	possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K Consomme-t-il? • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 < 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Evaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Appréciation de l'état nutritionnel		
de 17 à 23,5 points	risque de malnutrition	<input type="checkbox"/>
moins de 17 points	mauvais état nutritionnel	<input type="checkbox"/>

Annexe 10. Score MMSE

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

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

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

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

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

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | | |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

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

- | | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | | |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

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

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

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

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

28. « Faites ce qui est écrit ».

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

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

Praxies constructives

/ 1

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

Annexe 11. Score Mini-GDS



Mini-GDS

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ? Qui Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Qui Non
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Qui Non

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression
- Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression

Annexe 12. Dépenses de soins ambulatoires

Tableau A1 Décomposition des dépenses de soins de santé ambulatoires par types de soins et catégorie de fragilité- France 2012

	Tous				Robuste				Pré-fragile				Fragile			
	Médiane	Moyenne	S.D.	N	Médiane	Moyenne	S.D.	N	Médiane	Moyenne	S.D.	N	Médiane	Moyenne	S.D.	N
Médecin généraliste	158	198	150,3	1 206	115	149	112,0	488	171	211	142,5	555	231	300	206,2	163
Spécialistes	236	354	531,6	1 080	214	308	340,7	449	246	388	563,7	494	252	384	834,1	137
Dentistes	115	467	827,3	514	107	481	924,9	247	111	444	725,6	233	137	523	743,1	34
Total praticiens	446	693	808,6	1 246	372	636	785,3	518	489	731	795,5	564	507	739	913,5	164
Infirmières	24	414	1 533,3	735	14	92	494,8	265	28	430	1 566,4	353	85	1 093	2 484,0	117
Kinésithérapeutes	245	467	632,2	308	214	339	327,8	106	242	392	457,8	153	487	979	1 156,1	49
Autres Auxiliaires	30	180	705,6	69	27	71	112,2	30	26	305	1 065,6	29	43	140	310,3	10
Total auxiliaires	101	545	1 628,7	844	34	198	516,5	316	122	553	1 715,9	399	225	1 374	2 582,0	129
Total actes de biologie	108	160	162,1	1 060	89	130	144,9	420	112	164	149,8	500	168	238	217,8	140
Pharmacie	668	1 000	1 599,9	1 236	464	691	1 010,7	509	747	1 099	1 844,1	563	1 204	1 623	1 939,6	164
Matériel de santé	92	439	1 068,4	491	39	219	538,9	147	98	375	813,5	242	240	911	1 798,2	102
Matériel optique	467	467	265,1	293	483	483	264,1	126	469	472	272,2	141	320	364	211,4	26
Prothèses	81	370	825,9	366	73	401	869,5	132	84	323	748,3	167	98	426	923,4	67
Transports	197	581	1 213,4	248	138	412	888,3	50	184	504	930,2	122	249	816	1 689,0	76
Total ressources de santé	916	1 500	2 241,0	1 246	678	1 008	1 390,0	514	1 043	1 573	2 348,5	567	1 759	2 782	3 258,0	165
Total soins d'urgence par rapport à l'hospitalisation	112	132	87,1	100	110	123	67,1	26	124	145	103,7	52	90	110	57,2	22
Total des dépenses en soins ambulatoires	1 790	2 679	3 264,8	1 260	1 305	1 841	1 889,0	526	2 006	2 837	3 319,6	569	3 225	4 808	5 033,2	165

Lecture : Les personnes n'ayant pas encouru de dépenses en soins ambulatoires sont exclues. Médiane, moyenne et écart type en euros. Statistiques non pondérées. Personnes âgées de 65 ans et plus. Les dépenses de sage femme non déclarées par les catégories de personnes fragiles, mais incluses dans le total des praticiens.

Source : ESPS 2012. Calculs des auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins, sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers mes patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Evaluation des pratiques professionnelles : Dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale en Limousin.

Résumé :

Introduction : Le repérage de la fragilité est essentiel à l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et de prévention. L'objectif était d'évaluer le repérage de la fragilité, chez des sujets de 65 ans et plus, non dépendants, en médecine générale, selon le questionnaire de repérage du gérontopôle de Toulouse, recommandé par la Haute Autorité de Santé.

Matériels et Méthode : Etude descriptive, quantitative, prospective, chez des sujets de 65 ans et plus, ambulatoires et non dépendants, consultant en cabinet de médecine générale en Limousin, du juin 2016 à septembre 2016. Le repérage de la fragilité était évalué par six questions (vivre seul, plainte mnésique, fatigue, difficultés de déplacement, marche ralentie et perte de poids) et par le sentiment subjectif du médecin.

Résultats : 343 patients ont été évalués. 69.39% des patients ont été repérés fragiles selon l'avis subjectif du médecin. Parmi les patients repérés fragiles, les critères de fragilité les plus fréquemment présents étaient : l'asthénie (45,48%), la vitesse de marche ralentie (45,19%), les difficultés de déplacement (42,57%), l'isolement social (37,32%), les troubles mnésiques (32,65%), la dénutrition (20,41%). Seulement 29,15% des patients repérés fragiles seront adressés à un spécialiste.

Conclusion : Le repérage de la fragilité apparaît élevé en médecine générale en Limousin. La grille du gérontopôle de Toulouse apparaît comme pertinente pour ce repérage et semble être utilisée correctement par les médecins généralistes limousins.

Mots-clés : Fragilité, Médecine générale, Personnes âgées, Grille de repérage précoce du gérontopôle de Toulouse.

Abstract:

The identification of frailty is essential to the development of a personalized care and prevention plan. The aim of this study was to evaluate the screening of frail older adults aged 65 years and over, living independently in community-dwelling and followed in primary care by General Practitioners (GP's), according to the of the Toulouse "Gérontopôle" frailty screening tool recommended by the France High Authority of Health.

We conducted a descriptive, quantitative and prospective study including independent older adults aged 65 years and more in ambulatory care in primary care by GP's in Limousin, from June to September 2016. The frailty screening was evaluated by six items questions: Memory complaint, fatigue, travel difficulties, slow walking and weight loss and by the subjective feeling of the GP.

343 patients were evaluated. 69.39% of the patients were found frail according to the subjective opinion of the GP. Among the frail patients, the most frequent frailty criteria were asthenia (45.48%), slowed walking speed (45.19%), displacement difficulties (42.57%), social isolation (37.32%), memory disorders (32.65%), and undernutrition (20.41%). Only 29.15% of frail patients will be referred to a specialist for management.

The rate of frail patients identification appears higher in primary care by GP's in Limousin. The grid of the gerontopole of Toulouse appears relevant for this identification and seems to be used correctly by the Limousin GP's.

Keywords: Frailty, Primary care, Older adults, Grid of early identification of the gerontopole of Toulouse.