



Année 2016/2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'État

par

Rosine LO

Né(e) le 18 Janvier 1988 à Paris 13^{ème} (75)

Faisabilité du Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2017

Jury

Président du jury :

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

Membres du Jury :

**Professeur Thierry CONSTANS, Médecine Interne Gériatrie et Biologie du Vieillissement,
Professeur Honoraire, Faculté de Médecine – Tours**

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'Adultes, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale – Saint-Georges-sur-Cher

RESUME

Faisabilité du Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale

Contexte :

Le nombre de personnes âgées va croître dans les prochaines années. La fragilité est l'état précurseur de la perte d'autonomie, mais elle est potentiellement réversible avec une prise en charge adaptée. L'enjeu est de la repérer précocement et d'agir pour le bien vieillir. Plusieurs outils de repérage existent mais leurs performances sont hétérogènes. En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé l'utilisation du Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer cette fragilité.

Objectif principal :

Evaluer la faisabilité du questionnaire GFST en médecine générale en Indre-et-Loire.

Méthodes :

Etude prospective et descriptive de septembre à décembre 2016. Un courrier a été envoyé aux médecins d'Indre-et-Loire. Etaient inclus des patients de plus de 65 ans autonomes avec ADL > 5/6 (Activity Daily Living) en dehors d'un épisode aigu. Les médecins indiquaient leur attitude suite au repérage de la fragilité. A l'issue de cette période, un entretien était effectué pour évaluer la faisabilité du questionnaire, les attentes des médecins et leurs connaissances sur les plateformes gériatriques existantes.

Résultats :

Sur 458 médecins, 20 ont participé. 348 questionnaires ont été recueillis. 40,2% ont été repérés fragiles. Le GFST était considéré faisable par 95% des médecins. Malgré cela, 70% des médecins émettaient des réserves sur le GFST. Seuls 35 % le réutiliseraient. Leurs attitudes suite au repérage étaient une surveillance de la fragilité à 73,6%, la réévaluation de l'ordonnance à 46,4%, des conseils alimentaires et d'activité physique à 36,9%, de la kinésithérapie à 21,4%, une aide sociale à 17,1% et une évaluation gériatrique standardisée à 17,1%. Les médecins aimeraient avoir une meilleure connaissance de la fragilité. Ils attendent une augmentation des moyens en ville pour une meilleure évaluation standardisée et une meilleure prise en charge en ambulatoire.

Conclusion :

La fragilité est réversible avec une prise en charge adaptée. Quel que soit l'outil de repérage utilisé, les médecins doivent être plus sensibilisés à la fragilité, à son repérage et à sa prise en charge. Amener le médecin généraliste à se demander si son patient âgé est robuste ou fragile est un premier pas dans l'évaluation globale du patient âgé et de sa prise en charge.

Mots-clés : fragilité, personne âgée fragile, prévention, GFST, outil de repérage

ABSTRACT

Feasibility of the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) to screen older people frailty in primary care

Background :

The number of elderly people will increase in the coming years. Frailty is a precursor to loss of autonomy but it is potentially reversible with appropriate support. The challenge is to screen it early and promote a healthy aging. Several tools of screening exist but their performances are heterogeneous. The French Health Authority (Haute Autorit  de Santé) recommended the use of a questionnaire, the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST), to identify this frailty.

Aim :

Assess the feasibility of the GFST questionnaire in primary care in Indre-et-Loire.

Methods :

Prospective and descriptive study from September to December 2016. A mail was sent to General Practitioners (GPs) of Indre-et-Loire. Autonomous patients of 65 years and older with ADL > 5/6 (Activity Daily Living) were included, apart from an acute episode. GPs indicated their condition after the frailty screening. At the end of this period, an interview was carried out to assess the feasibility of the questionnaire, the expectations of the GPs and their knowledge about geriatric platforms.

Results :

Among 458 doctors, 20 participated and 348 questionnaires were completed. 40,2% were identified as frail. The GFST was feasible for 95% of the GPs. Despite this, 70% of GPs had some reservations about the GFST. Only 35% would use it again. Their attitudes following the screening were to monitor frailty at 73,6%, reevaluate the prescription to 46,4%, food advice and physical activities to 36,9%, physiotherapy to 21,4%, social support to 17,1% and a comprehensive geriatric assessment to 17,1%. The GPs would like to have a better knowledge about frailty. They are expecting an increase in services in town for a better geriatric assessment and a better primary care support.

Conclusion :

Frailty is reversible with appropriate care. Whatever tools used, GPs need to be more aware of frailty, its screening and its care. Identification of frailty in elderly patients is the first step in global assessment of elderly people and their care.

Keywords : Frailty, frail elderly people, prevention, GFST, screening tool

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

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

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur HOMMET,

Avec qui j'ai débuté ce travail de thèse, j'ai eu l'honneur de vous connaître, même si cela a été bref, je garde le souvenir d'une femme passionnée par son métier, une femme aimant les gens.

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur CONSTANS,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur CAMUS,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur ROBERT,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Merci de votre patience, de votre bienveillance, de votre disponibilité et de votre réactivité tout au long de mon internat et de la préparation de ma thèse. Merci d'en avoir repris la direction au pied levé et de m'avoir accompagnée jusque-là. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect, de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Au Docteur LEGEAY,

Mon maître à penser, mon maître de stage, Yannick, je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury, discuter avec toi est toujours enrichissant.

A tous mes maîtres de stage, Dr BORDEAUX, Dr MOLINA, Dr MOREL, Dr NICOLAS, Dr PAYAN,

Merci de m'avoir accueillie dans l'intimité de vos consultations et de m'avoir appris les ficelles du métier.

Au cabinet de St-Georges-sur-Cher, Dr DUJARDIN, Dr EUVRARD, Dr GUILLON, Dr TRABUT, Bernadette, Delphine, Pamela, Vincent,

Merci de votre accueil, de votre sympathie, de votre aide. Débuter les remplacements dans le cabinet du bonheur, que demander de plus !

Au Docteur SENDRA et au Docteur SCHLEGEL-TRABUT,

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accueillie dans votre cabinet. Remplacer à Parçay est un vrai bonheur et les restos-plannings avec **Laëtitia** sont à poursuivre pour l'enchantement de nos papilles !

Au Docteur RENAUDIN,

Mon premier maître de stage, Frédéric, j'ai su à ton contact que je voulais devenir médecin généraliste, j'espère avoir évolué depuis ce premier jour d'externe dans ton cabinet.

A Monsieur KNECHT,

Mon professeur de sciences du lycée, je garde en mémoire votre conseil « développer son esprit critique ».

A tous les médecins qui ont participé à ma thèse,

Je vous remercie, vous m'avez été d'une grande aide.

A mes formidables co-internes, Cladie, Fanny, Sandrine, Thibault,

Les urgences de Trousseau ont été plus douces avec vous (et avec les pauses Nutella...)

A mon voisin Gabin,

Pour m'avoir accompagnée au son du piano ces après-midis de rédaction.

A Milos,

Copain de lycée à St-Denis, devenu Docteur en Complexité du Vivant, qui aurait cru qu'on en serait arrivé là ! Merci pour tes compétences en anglais.

A Elodie,

Merci pour la relecture du résumé en anglais ! Au plaisir de te revoir au Québec ou ailleurs !

A mes parents, Maman et Papa,

Merci d'être là pour moi. Toujours. Vous m'avez transmis ces valeurs qui sont si chères à mes yeux. Le travail, le respect, l'honnêteté, la persévérance. Je vous aime.

A mon frère,

Sacré frangin !

Aux copains, Angélique, Anthony, Davy, Edwige, Morgane, Walter,

Vous m'avez connue interne en médecine. Vous m'avez souvent demandé : « Et alors ta thèse ??? ». Et bien maintenant je peux enfin vous dire que ça y est ! Je suis Docteur !

A Odile,

Amie de fac, co-externe, Parisienne dans l'âme, mais un peu Tourangelle quand même. Merci pour tes encouragements et ta bonne humeur ! Tester les restos de Tours avec toi me manquera ! En espérant te revoir très vite à ta soutenance ou lors d'un prochain voyage !

A ma meilleure amie Vanessa,

La sœur de mon cœur. Des bancs de la fac aux capitales d'Europe, de la coloc à ta vie de maman, tu es la rencontre de ma vie. Ton amitié est un repère, une lumière. Merci pour ta présence, ta motivation, ton entrain, ta franchise, ton écoute. Merci d'être toi.

*« On ne peut s'empêcher de vieillir,
mais on peut s'empêcher de devenir vieux »*

Matisse

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODES	17
1. Type de l'étude	17
2. Outils	17
3. Critères de jugement	18
4. Méthode d'analyse des données	18
RESULTATS	19
1. Critère de jugement principal : faisabilité du questionnaire	19
1.1 Echantillon médecins	19
1.2 Faisabilité du GFST	20
1.3 Utilité	20
1.4 Difficulté	21
1.5 Au total	21
2. Critères de jugement secondaires	23
2.1 Echantillon patients	23
2.2 Critères de fragilité	24
2.3 Attitudes des médecins suite au repérage	24
2.4 Questions annexes	26
DISCUSSION	28
1. Forces et faiblesses de l'étude	28
1.1 Forces	28
1.2 Faiblesses	29
2. Objectif principal : faisabilité	31
2.1 Faisabilité du GFST	31
2.2 Critères d'un bon test de repérage ?	31
3. Objectifs secondaires	33
3.1 Utilité ou non-utilité	33
3.1.1 Réticences des médecins	33
3.1.2 Arguments des médecins	33
3.1.3 Comparaison avec d'autres outils de repérage	36
3.2 Attitudes et attentes des médecins généralistes suite au repérage	38
3.2.1 Attitudes des médecins	38
3.2.2 Attentes des médecins	39
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	45
Annexe 1 : Courrier envoyé aux médecins d'Indre-et-Loire	45
Annexe 2 : Echelle ADL	46
Annexe 3 : Questionnaire 1 : GFST	47
Annexe 4 : Questionnaire 2 : Que pensez-vous du GFST ?	48
Annexe 5 : Tilburg Frailty Indicator	50
Annexe 6 : Grille SEGA-m	53

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities Daily Living = Activités de la vie quotidienne

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CES : Centre d'Examens de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres locaux d'Information et de Coordination

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

DU : Diplôme Universitaire

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMGEH : Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

EV : Espérance de Vie

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

FMC : Formation Médicale Continue

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

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Md : Médiane

Moy : Moyenne

n : Nombre

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Professeur Associé

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

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PU : Professeur des Universités

SASPAS : Stage en Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SEGA m : Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission modifiée

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SHARE : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

STOPP and START V.2 : Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment V.2

TFI : Tilburg Frailty Indicator = Indicateur de Fragilité de Tilburg

UMSP : Unité Mobile de Soins Palliatifs

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

INTRODUCTION

En France, le nombre de personnes âgées ne va cesser de croître dans les prochaines années. D'après les estimations de l'INSEE, 23,5% de la population aura plus de 65 ans en 2030 ; 27,2% en 2050 et 28,7% en 2070, année où il y aura deux fois plus de personnes âgées de plus de 75 ans qu'en 2013.^[1]

En 2014, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans est de 10,4 ans chez les hommes et 10,7 ans chez les femmes, ce qui reste bien inférieur à l'espérance de vie (EV) globale de 19,7 ans chez les hommes et 24 ans chez les femmes.^[2,3] L'EVSI est un indicateur qui combine les données de mortalité et d'incapacité pour rendre compte de la "qualité" des années de vie. Il indique le nombre moyen d'années vécues en bonne santé au sein de l'espérance de vie totale. Le vieillissement est hétérogène. Certains vont rester longtemps autonomes, d'autres seront dépendants plus vite.

La dépendance entraîne chutes, institutionnalisation, diminution de la qualité de vie. Son coût est estimé à 21 milliards d'euros par an.^[4] L'un des défis de notre société est de prévenir la dépendance et les incapacités liées à l'âge.

Trois groupes de population sont classiquement décrits : les personnes âgées « robustes » en bonne santé et autonomes, les personnes âgées « dépendantes » avec des comorbidités chroniques évoluées et une population intermédiaire dite « fragile » présentant des limitations fonctionnelles, à risque de devenir dépendants.^[5] Ce concept de fragilité est relativement récent.

La fragilité est « un syndrome clinique défini par la diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère l'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Elle a été identifiée comme précurseur de la perte d'autonomie. L'âge est un déterminant majeur de la 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 ». ^[6,7] La fragilité permet de prédire le risque de dépendance, de chute, d'hospitalisation et de décès dans un délai de 1 à 3 ans.

Mais il n'y a pas de critères définis permettant un diagnostic. De nombreux modèles ont été développés depuis les années 2000. Deux approches sont plus fréquemment citées dans la littérature.

Le premier modèle dit physique développé par Fried et al analyse essentiellement les performances physiques. Il s'appuie sur le modèle physiopathologique du cycle de la fragilité. Il est indépendant des comorbidités. Selon les critères de Fried ^[8] définis en 2001, une personne âgée de plus de 65 ans est fragile si elle présente 3 des 5 critères suivants : perte de poids involontaire depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité.

Le deuxième modèle, dit multi-domaine développé par Rockwood et al ^[9], repose sur une approche cumulative des pathologies et des dépendances. La fragilité est mesurée par le Frailty Index qui est déterminé par une liste d'items à thématique gériatrique.

De multiples outils existent en soins primaires pour repérer la fragilité, mais leurs performances sont hétérogènes.

Une méta-analyse comparant 21 études ^[10] montrait une prévalence de la fragilité variant de 4 à 59,1% selon l'outil utilisé et la population étudiée.

L'étude Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ^[11] basée sur les critères de Fried trouvait une prévalence de la fragilité de 15 % en France. La thèse du Dr Duflot en 2014 ^[12] montrait une prévalence de 24,5% en utilisant le Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) comme moyen de repérage en soins primaires. L'étude sur les CES (Centre d'Examen de Santé) de l'Assurance Maladie ^[13] retrouvait une prévalence de 18,2% avec le même outil.

L'enjeu est de repérer ces personnes âgées en situation de fragilité.^[14,15] Ce qui pourrait réduire voire retarder l'entrée dans la dépendance. Le médecin généraliste est un acteur clé pour repérer cette fragilité. En effet, les soins de santé premiers ont pour caractéristique d'être le premier niveau de contact avec le système de santé et d'être présents au plus proche des lieux de vie des patients. De plus, le médecin généraliste qui est un acteur structurant des soins premiers possède de nombreuses compétences pour réaliser ce repérage.

En 2013, l'HAS a recommandé l'utilisation du questionnaire Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) élaboré par le Gérontopôle de Toulouse et inspiré du modèle de fragilité de Fried, pour le repérage de cette fragilité chez les patients de plus de 65 ans.^[16,17]

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la faisabilité du questionnaire GFST en médecine générale en Indre-et-Loire.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'attitude des médecins suite au repérage d'une fragilité, leurs attentes sur le repérage de la fragilité ainsi que leurs connaissances sur les plateformes gériatriques existantes.

MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive de faisabilité réalisée en médecine générale – déclaration CNIL n°1972722 v 0.

Un courrier a été envoyé aux médecins d'Indre-et-Loire hors territoire PAERPA (projet initial 2014) pour leur présenter l'étude et les inviter à participer (annexe 1). Il contenait le questionnaire GFST recommandé par l'HAS et une enveloppe timbrée pour la réponse.

Le PAERPA (Parcours de Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif mis en place en 2014 sur les territoires d'Amboise et de Loches pour favoriser la mise en place d'un parcours de santé fluide et coordonné entre les différents professionnels de santé et sociaux.

La liste des 458 médecins généralistes a été transmise par le conseil de l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire.

Les médecins incluait des patients se présentant en consultation de plus de 65 ans non dépendants (Activity Daily Living : ADL) (annexe 2) en dehors de tout épisode aigu. Ils remplissaient le questionnaire GFST et indiquaient leur attitude face au repérage d'une fragilité.

La période d'inclusion s'étendait du 15 septembre au 15 décembre 2016.

A l'issue de cette période, un entretien à leur cabinet ou par téléphone a été effectué pour évaluer la faisabilité du questionnaire et évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les plateformes gériatriques existantes.

2. Outils

Le questionnaire GFST (annexe 3) est recommandé par l'HAS ^[16] depuis 2013 pour repérer la fragilité du sujet âgé. Il est composé de 6 critères : le fait de vivre seul, une perte de poids dans les 3 derniers mois, une fatigue ressentie dans les 3 derniers mois, une difficulté à se déplacer dans les 3 derniers mois, une perte de mémoire, une vitesse de marche ralentie. Si un critère était présent, le médecin devait répondre à la question « votre patient vous paraît-il fragile ? »

C'est un outil laissant une large place au jugement clinique du médecin qui confirme la fragilité quand il existe 1 ou plusieurs des 6 critères précédents. ^[18]

Si le patient était fragile, on demandait au médecin son attitude suite à ce repérage : surveillance et réévaluation de la fragilité lors d'une prochaine consultation, conseils alimentaires et activité physique, réévaluation de l'ordonnance, aide sociale, kinésithérapie, orientation vers une évaluation gériatrique (annexe 3).

Suite à la période d'inclusion, la faisabilité du GFST était évaluée en entretien avec les médecins par un questionnaire (annexe 4) :

- Connaissez-vous le GFST ?
- Combien de tests avez-vous fait passer ?
- Combien de temps avez-vous mis pour remplir le test (<5 minutes, entre 5 et 10 minutes, > 10 minutes) ?
- Le temps de réalisation vous paraît-il adapté en consultation de médecine générale ?
- Ce repérage vous paraît-il utile ou non et pourquoi ?
- Avez-vous rencontré des difficultés à la réalisation du test ?
- Ce test vous paraît-il globalement faisable ?
- Le réutiliseriez-vous ?

D'autres questions leur étaient posées lors de cet entretien :

Quelles sont vos attentes sur le repérage de la fragilité ? Connaissez-vous l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) ? Connaissez-vous le PAERPA et qu'en pensez-vous ? Seriez-vous intéressé par la création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière et pourquoi ?

Les données récupérées sur la population de médecins étaient :

l'âge, le sexe, la durée d'installation, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), une formation en gériatrie.

3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la faisabilité du GFST en médecine générale.

Les critères de jugement secondaires étaient d'évaluer l'attitude des médecins suite au repérage d'une fragilité, leurs attentes face au repérage de la fragilité et leurs connaissances sur les plateformes gériatriques existantes.

4. Méthode d'analyse des données

Les données des questionnaires ont été analysées avec le logiciel Microsoft Excel 2016 pour Mac, version 15.19.1 (160212).

RESULTATS

1. Critère de jugement principal : faisabilité du questionnaire

1.1 Echantillon médecins

Sur les 458 médecins contactés par courrier :

20 ont participé à l'étude, soit 4,4%.

20 médecins ont expliqué leur refus : 5 étaient à la retraite depuis peu, 4 n'avaient pas le profil de patients correspondant à l'étude (médecin du sport, médecin acupuncteur ou homéopathe), 2 n'étaient pas intéressés, 7 n'avaient pas le temps, 1 médecin n'avait pas reçu le courrier (retour pour mauvaise adresse), 1 médecin trouvait le test inutile en le lisant « *nous faisons cela à chaque consultation, c'est le b.a.-ba du métier, aucun intérêt* ».

Le reste de l'échantillon, soit 418 médecins, n'a pas répondu.

Les médecins étaient âgés de 33 à 69 ans. L'âge moyen était de 46,4 ans.

La proportion était de 35% de femmes et 65% d'hommes.

La durée moyenne d'installation était de 14 ans.

15% exerçaient en milieu rural, 45% en semi-rural, et 40% en milieu urbain.

10% avaient une formation en gériatrie. Ils étaient médecin coordinateur d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et/ou avaient un diplôme universitaire de gériatrie (DU). 10% étaient maître de stage universitaire (MSU).

Tableau 1 : Echantillon médecins

Caractéristiques		20 médecins généralistes
Age moyen		46,4 ans
Sexe	Femmes	7 (35%)
	Hommes	13 (65%)
Milieu d'exercice	Rural	3 (15%)
	Semi-rural	9 (45%)
	Urbain	8 (40%)
Durée d'installation moyenne		14 ans
Formations	En gériatrie	2 (10%)
	MSU	2 (10%)

1.2 Faisabilité du GFST

Sur les 20 médecins généralistes, 19 médecins ont accepté l'entretien pour évaluer la faisabilité du GFST, 1 médecin a décliné l'entretien pour raisons personnelles.

10 % connaissaient l'existence de cet outil.

85 % ont mis moins de 5 minutes à le remplir, 10 % entre 5 et 10 minutes, 0 % plus de 10 minutes, 5% sans réponse.

Pour **95 %** des médecins, le temps de réalisation paraissait adapté à la consultation de médecine générale.

1.3 Utilité

4 médecins soit 20% trouvaient le questionnaire de repérage utile. 14 médecins soit 70% émettaient des réserves, 2 médecins soit 10% étaient sans réponse.

Les **20% trouvant le GFST utile** disaient que le questionnaire permettait de faire le point sur la situation des patients à un temps T, de prendre du recul :

« faire le point de temps en temps sur la situation »

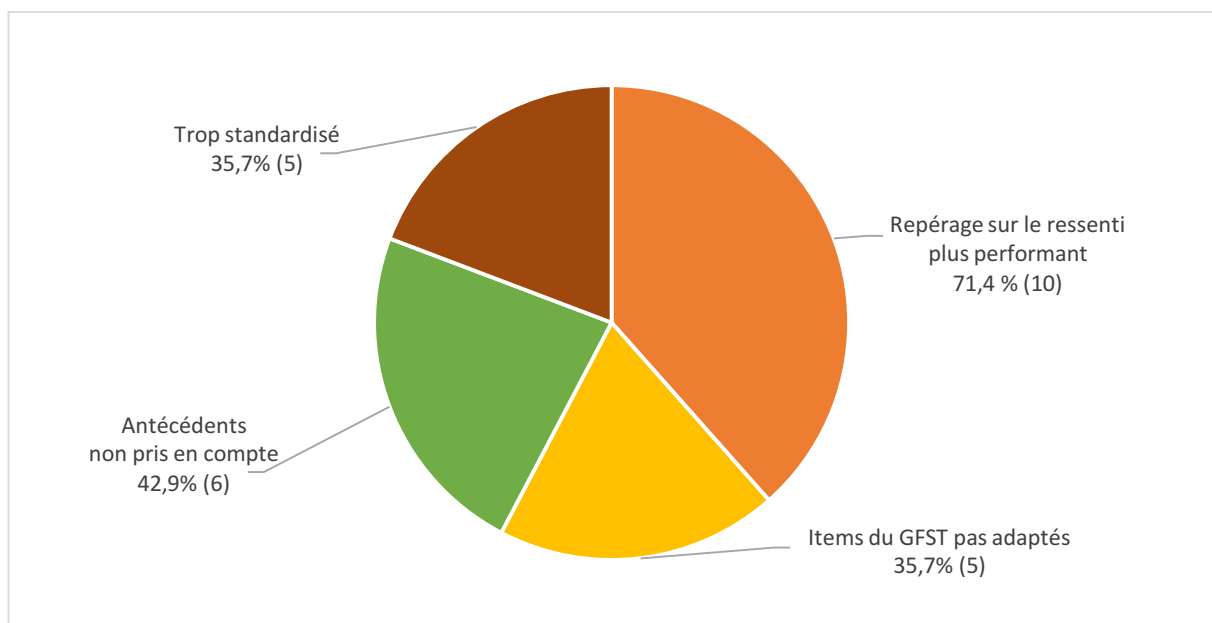
« prendre le temps de réévaluer, parce que parfois on est dans la routine, on ne fait plus attention »

« le GFST peut être utile en one shot pour une consultation gériatrique »

« à la rigueur, un médecin remplaçant qui ne connaît pas le patient pourrait utiliser cet outil »

Les **70 % de médecins émettant des réserves sur le GFST** pensaient que le repérage de la fragilité pouvait être utile, mais que le GFST en lui même ne l'était pas forcément (Figure 1).

Figure 1 : Réticences à utiliser le GFST pour repérer la fragilité



- Pour ces médecins, le repérage de la fragilité se basait sur leur ressenti :
 - « repérer la fragilité oui, on le fait déjà au quotidien, pas besoin d'un questionnaire »
 - « la fragilité, c'est parfois sur des critères non palpables, sur un ressenti »
 - « on connaît nos patients, on voit quand ils déclinent »
 - « évaluation par la répétition des contacts plus efficace qu'un formulaire »
 - « je me base plutôt sur la mamie qui ne peut plus aller dans son jardin ou qui ne va plus faire ses courses, des choses de la vie quotidienne, pas sur une vitesse de marche ralentie ! »
 - « l'appréciation clinique prévaut par rapport à un questionnaire »
 - « l'aide à domicile qui te tope et te dit que ça va moins bien pour Mme Machin... »
- Le GFST était trop standardisé :
 - « test trop standardisé, trop protocolisé »
 - « même si un patient n'a aucun critères de fragilité, on peut quand même le considérer comme fragile »
- Le GFST ne prenait pas en compte les antécédents du patient :
 - « un patient âgé polypathologique peut n'avoir aucun critère du GFST mais je le considérerai quand même fragile »
 - « ne prend pas en compte le côté psychologique / psychiatrique »
- Sur le questionnaire en lui-même, les médecins avaient quelques remarques : l'âge préconisé du repérage possiblement trop précoce, les troubles de mémoires plutôt signalés par le conjoint, l'existence de l'entourage plutôt que le fait de vivre seul, la subjectivité de certains items (asthénie, troubles de mémoire)
 - « pour les troubles de mémoire, c'est le conjoint le plus souvent qui le notifie »
 - « c'est pas tant le fait de vivre seul qui importe, c'est de savoir si le patient a un entourage même s'il vit seul... »
 - « le GFST peut être utile, mais plutôt pour des patients de plus de 75-80 ans », « 65 ans, trop jeune »
 - « la difficulté à se déplacer, en extérieur ou en intérieur ? »
 - « sensation de fatigue, c'est quand même très subjectif »

1.4 Difficultés

10 % ont eu des difficultés à la réalisation du test. Ces 2 médecins ont eu du mal à évaluer la vitesse de marche lors de la consultation et/ou à le faire.

« départ assis ? debout ? », « avoir 4 mètres dans un cabinet, c'est pas simple »

« je ne pense pas à le faire pendant une consultation », « c'est pas évident de le faire en consultation »

1.5 Au total

Globalement, le GFST était considéré faisable pour 95 % des médecins généralistes.

35 % le réutiliseraient. 60 % ne le réutiliseraient pas, 5% sans réponse.

Tableau 2 : Que pensez-vous du GFST ?

Questions fermées	Réponses n=20	
Connaissance du GFST	OUI NON Sans réponse	2 (10%) 17 (85%) 1 (5%)
Nombre de questionnaires effectués en moyenne Nombre de questionnaire effectués en médiane	17,4 9	
Durée	< 5 min Entre 5 et 10 min > 10 min Sans réponse	17 (85%) 2 (10%) 0 (0%) 1 (5%)
Temps adapté	OUI NON Sans réponse	19 (95%) 0 (0%) 1 (5%)
Utile ? Inutile ? Incomplet ? A discuter ? Sans réponse	20% 0% 70% 10%	
Difficultés	OUI NON Sans réponse	2 (10%) 17 (85%) 1 (5%)
FAISABILITE en médecine générale	OUI NON Sans réponse	19 (95%) 0 (0%) 1 (5%)
Réutilisation du GFST	OUI NON Sans réponse	7 (35%) 12 (60%) 1 (5%)

2. Critères de jugement secondaires

2.1 Echantillon patients

348 questionnaires ont été remplis. La médiane était de 9 patients par médecin. La moyenne était de 17 patients par médecin.

Sur les 348 patients inclus, 205 étaient des femmes (58,9%) et 143 des hommes (41,1%). Ils étaient âgés de 65 à 98 ans, avec une moyenne à 76,5 ans et une médiane à 76 ans.

Sur 348 patients, 140 patients ont été repérés fragiles (40,2%), 208 non fragiles (59,8%).

Sur ces 140 patients fragiles, 83 étaient des femmes (59,3%) et 57 étaient des hommes (40,7%).

L'âge moyen des personnes fragiles était de 80,1 ans.

Les critères de fragilité des 140 patients fragiles (figure 2), chaque patient pouvant avoir un ou plusieurs critères, étaient :

49,3% vivaient seuls, 10,7 % avaient perdu du poids, 49,3% se sentaient fatigués, 38,6% avaient des difficultés de déplacement, 31,4% avaient des troubles de la mémoire et 42,9% avaient une vitesse de marche ralentie.

Figure 2 : Critères de fragilité de la population repérée fragile

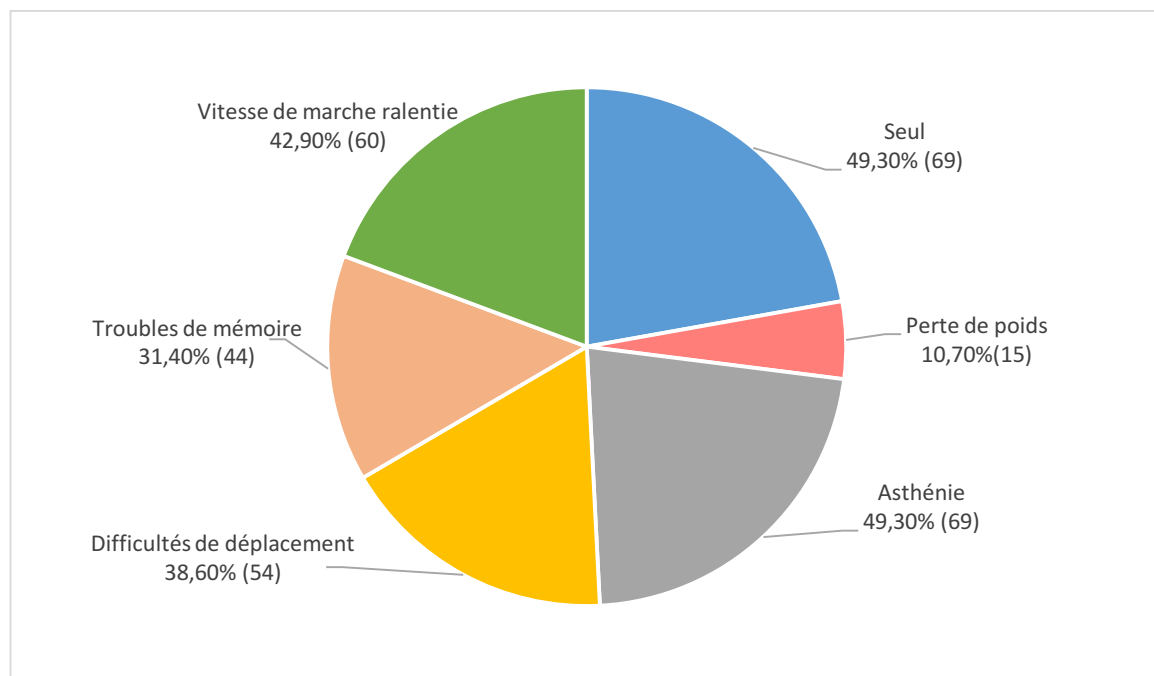


Tableau 3 : Echantillon patients

Caractéristiques de la population (n=346)			Fragiles n=140 (40,2%)	Non fragile n=208 (59,8%)
Age	Moyenne (Moy) Médiane (Md)	76,5 ans 76 ans	80,1 ans 80 ans	73,9 ans 72 ans
Sexe	Femmes Hommes	205 (58,9%) 143 (41,1%)	83 (59,3%) 57 (40,7%)	122 (58,7%) 86 (41,3%)
Vit seul		127 (36,5%)	69 (49,3%)	58 (27,9%)
Perte de poids		24 (6,9%)	15 (10,7%)	9 (4,3%)
Asthénie		91 (26,1%)	69 (49,3%)	22 (10,6%)
Difficulté de déplacement		63 (18,1%)	54 (38,6%)	10 (4,8%)
Troubles de mémoire		56 (16,1%)	44 (31,4%)	12 (5,8%)
Vitesse de marche ralentie		62 (17,8%)	60 (42,9%)	(1%)

2.2 Critères de fragilité

Sur l'échantillon de 348 patients : 225 patients, soit 64,7%, avaient au moins un critère de fragilité. Celle-ci était confirmée par le jugement clinique du médecin pour 136 patients, ce qui faisait descendre le taux de patients repérés fragiles à 39,1%.

4 patients n'avaient aucun critère de fragilité mais étaient quand même considérés fragiles par le médecin.

Les patients repérés fragiles avaient en moyenne 2,22 critères de fragilité au questionnaire. Les patients non repérés fragiles avaient en moyenne 0,54 critères de fragilité.

Les patients fragiles avaient comme principaux critères de fragilité : « vit seul », « asthénie », « marche ralentie ».

A noter, 6 des 20 médecins ont renvoyé des questionnaires avec 100% de patients fragiles.

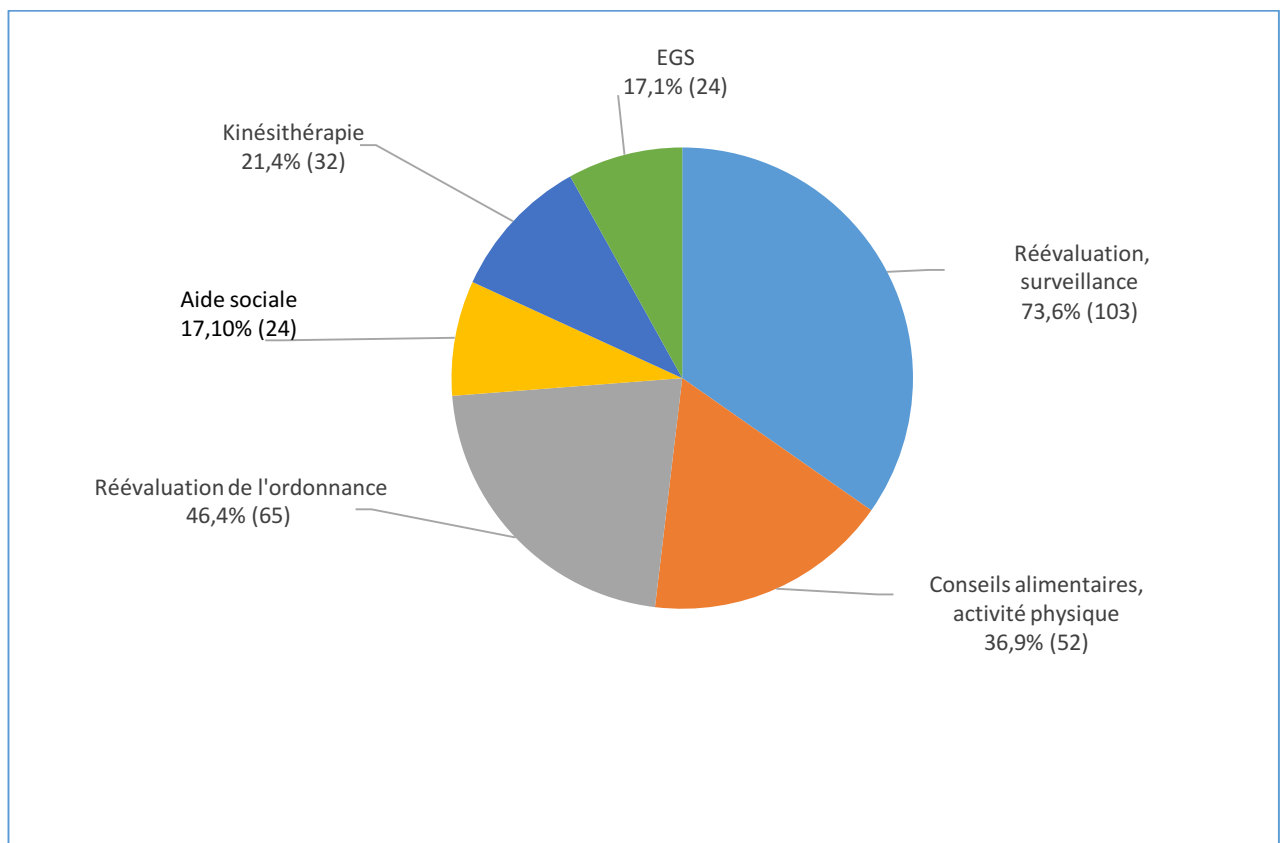
2.3 Attitudes des médecins suite au repérage

Pour 140 patients repérés fragiles, les médecins proposaient (plusieurs propositions pour chaque patient étaient possibles) (Figure 3) :

- La surveillance et la réévaluation de la fragilité lors d'une prochaine consultation à 73,6%.
« Il manquerait la proposition "avis spécialisé", comme une visite chez l'orthopédiste s'il y a des difficultés mécaniques à la marche par exemple »
- Des conseils alimentaires ou d'activité physique à 36,4%.
- La réévaluation de l'ordonnance et du risque iatrogène à 46,4%.
« c'est compliqué aussi quand la prescription est en princeps et la délivrance en générique, qui ne sont pas toujours les mêmes d'un mois à l'autre (différente présentation, différente galénique), ce qui peut déstabiliser les patients, surtout s'ils commencent à avoir des troubles de mémoire »
« l'éternel problème des somnifères chez les patients âgés et du risque de chute »
« attention chez les vieux à adapter la posologie des traitements à la fonction rénale »

- L'orientation vers une aide sociale à 17,1%.
« A l'aide du CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination), avec l'assistante sociale locale, avec des dossiers APA, etc. »
- Une prescription de kinésithérapie à 21,4%.
« il aurait fallu ajouter "appareillages" comme aides (cane, déambulateur, lit médicalisé, montauban, etc.) »
« Et il faut trouver le kiné qui veut bien venir à domicile »
- Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans 17,1%.
« mais les délais sont très longs »
- Autre remarque sur le refus de prise en charge par les patients eux-mêmes :
« Et dans tout ça, les solutions sont proposées mais parfois refusées par le patient car pas de mutuelle, peu de ressources financières, ou pas nécessaire selon le patient qui ne se trouve pas si mal ! ».

Figure 3 : Attitude des médecins suite au repérage de fragilité



2.4 Questions annexes

➤ Les attentes sur le repérage de la fragilité

Les médecins aimeraient se former pour mieux repérer les patients fragiles, plutôt sur des signes d'alertes que sur un questionnaire standardisé « trop protocolisé ».

Ils aimeraient une meilleure prise en charge suite au repérage de la fragilité :

- Sur le plan médical : un accès plus rapide aux spécialistes, à la consultation mémoire, à la consultation gériatrique.
- Sur le plan paramédical : plus de moyens en ville avec des kinésithérapeutes, infirmières, aides à domicile, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.
- Sur le plan social : une meilleure coordination des aides, une mise en place plus simple et plus rapide.

➤ Connaissez-vous l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) et y avez-vous souvent recours ? Si oui, pourquoi ?

12 médecins connaissaient l'EGS. 7 ne la connaissaient pas. 1 n'a pas répondu.

10 médecins sur 12 avaient recours à l'EGS :

« ça permet de faire le point, d'évaluer la situation d'un point de vue extérieur »

« peut être utile pour faire une synthèse médicale et sociale »

« C'est long pour avoir un rendez-vous de consultation gériatrique ! Les consultations mémoires sont remplies ! »

2 médecins sur 12 ne l'utilisaient pas :

« EGS : trop complet, pas adapté aux patients, refusé »

« parfois la consultation est refusée par le patient, si on lui dit qu'il est vieux et fragile, il ne l'accepte pas toujours ! »

➤ Connaissez-vous le projet PAERPA mis en place initialement dans le territoire d'Amboise et de Loches ? Et qu'en pensez-vous ?

Sur les 20 médecins, 10 en avaient connaissance (soit 50%), 9 ignoraient son existence (45%) et 1 n'a pas répondu (5%).

Sur ces 10 médecins, les avis étaient partagés.

4 médecins (soit 40%) se posaient la question de son utilité :

« est-ce pertinent ? cohérent ? »

« pas assez de recul pour le moment »

« ça pourrait être utile si les choses se mettaient en place rapidement »

6 médecins (soit 60%) n'étaient pas intéressés :

« C'est mettre un nom sur ce qu'on fait déjà au quotidien, on a tous un réseau avec l'infirmière, l'aide à domicile, le kiné... »

« on a notre réseau informel, transmissions orales »

« PAERPA = usine à gaz, n'apporte rien de plus »

« faire des réunions pour faire des réunions »

« vivement le CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), stop à l'hôpital dans les territoires. Ce système paraît plus adapté aux besoins de la population. La démarche débute vraiment des professionnels de santé et nous laisse libre ».

➤ **Seriez-vous intéressés par une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMGEH) ?**

11 médecins étaient intéressés par une EMGEH (soit 55%).

« peut être utile car les patients seraient vus dans leur environnement »

« pour les patients qui ne se déplacent pas »

« peut jouer le rôle de coordination »

« pourrait aider dans la prescription des anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs... des patients âgés agités par exemple »

3 n'étaient pas intéressés (15%).

5 étaient indécis et se demandaient ce que ça pouvait apporter (25%).

Ils mettaient en parallèle l'unité mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile Alzheimer.

« il faudrait prédéfinir les missions de cette EMGEH et la coordonner avec ce qui existe déjà : Equipe Mobile Alzheimer (ESA), Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMSP) »

« avis consultatif mais aussi formatif »

« parfois je prends avis auprès du médecin gériatre du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) par un avis téléphonique et ça peut suffire ».

« est-ce que c'est vraiment faisable ? rentable ? »

1 médecin n'a pas répondu (5%).

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1 Forces

Les questionnaires ont été envoyés à tous les médecins d'Indre-et-Loire sauf ceux concernés par le projet PAERPA ^[19] pour éviter un biais de recrutement.

En effet, ce projet a pour objectif de repérer la fragilité du sujet âgé et de mettre en place un programme personnalisé de soins pour prévenir l'entrée dans la dépendance.

Les réponses reçues venaient d'une population variée de médecins installés (rural, semi-rural, urbain ; d'âges différents de 33 ans à 69 ans ; certains avec un DU de gériatrie ; certains MSU).

348 patients ont été recrutés. Mais 126 patients étaient issus de la patientèle d'un seul et même médecin. Soit 36,2% de l'échantillon patients.

Cette thèse étudie un outil retenu comme pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG). ^[16] Dans sa fiche « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? », l'HAS préconise l'utilisation d'outils dérivés du phénotype de Fried, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitives et sociales. Le phénotype de Fried a été beaucoup étudié par rapport au risque d'entrée dans la dépendance (Fried 2001 ^[8], Vermeulen 2011 ^[20], Daniels 2012 ^[21]). Le GFST correspond à ces critères. Il reste néanmoins nécessaire de le valider de façon prospective.

Le but de ce travail était d'évaluer la faisabilité du GFST. La fragilité est un concept de définition récente avec le consensus de la SFGG de 2011.

Si le médecin généraliste se pose la question lors de sa consultation : « mon patient est-il fragile ? robuste ? pré-fragile ? », ce travail aura permis une sensibilisation des médecins au concept de la fragilité.

1.2 Faiblesses

- **Un très faible taux de participation** (20 médecins sur 458, soit 4,4%). Cela compromet la validité des données recueillies. Ces résultats sont difficilement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes, ils ne peuvent donner qu'une tendance.

En outre, un biais de recrutement des médecins existait :

- Je connaissais 3 médecins sur les 20 qui ont participé, 2 que je remplace régulièrement et un qui a été un de mes co-internes ;
- 2 étaient médecins coordinateurs d'EHPAD et avaient un DU de gériatrie, donc plus sensibilisés à la question gériatrique ;
- 2 étaient MSU donc plus enclins à répondre aux thèses des étudiants dans le cadre de la formation ;
- Répondaient ceux qui étaient intéressés par le sujet.

Comparativement à ce travail, dans l'étude effectuée par le Dr Duflot pour sa thèse « Repérage de la fragilité avec le GFST : prévalence et faisabilité » (Grenoble, 2014)^[12], 16 médecins ont été choisis par l'intermédiaire du Collège des Médecins Généralistes Enseignants de sa région. 522 patients ont été recrutés sur 2 semaines. La prévalence de la fragilité était étudiée donc tous les patients éligibles étaient recrutés.

Dans sa thèse « Evaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité à l'aide du GFST », le Dr Clais (Nice, 2015)^[22] avait réuni 33 médecins sur 173 (19,1%), incluant des médecins remplaçants, la population de médecins était variée. Seuls 109 patients ont été recrutés sur 4 mois.

Ce très faible taux de participation à ma thèse peut s'expliquer par :

- Le format de l'étude : ce travail nécessite un investissement important en temps, plusieurs questionnaires à remplir sur une période de recrutement de 3 mois, il faut y penser pendant la consultation. La période de recrutement était peut-être trop longue.
- Une méconnaissance du concept de fragilité de la part des médecins généralistes ;
- Un manque de temps pour beaucoup de médecins, très sollicités par d'autres thésards. La réponse à un questionnaire d'opinion est plus facile ;
- Les difficultés à la réalisation du test pour certains : vitesse de marche (nécessité d'un espace suffisant, départ assis ou debout non précisé) ;
- Une réticence des médecins à utiliser des questionnaires.

- **Un biais de sélection des patients par les médecins :**
 - Nous n'avons pas demandé l'inclusion systématique de tous les patients de plus de 65 ans pour éviter d'alourdir le recueil. Les médecins ont choisi les patients à inclure. Les données recueillies n'ont pas de valeur épidémiologique. Les médecins faisaient passer le GFST à des patients qu'ils considéraient probablement déjà fragiles. Ils pensaient l'utiliser au moins dans ces situations. En effet, 6 des 20 médecins ont renvoyé des questionnaires avec 100% de fragilité retrouvée. Il était pourtant précisé dans le courrier de présentation qu'il fallait inclure des patients de plus de 65 ans autonomes et venant consulter au cabinet.
 - Un médecin a rempli à lui seul 36,2 % des questionnaires reçus.

2. OBJECTIF PRINCIPAL : FAISABILITE

2.1 Faisabilité du GFST

Le questionnaire GFST était faisable pour 95% des médecins. Ce qui est concordant avec les résultats des thèses du Dr Subra (Toulouse, 2011) ^[23] et du Dr Clais (Nice, 2015) ^[22] qui retrouvaient respectivement 97,1% et 90,9%.

Le Dr Subra retrouvait une faisabilité de 97,1%. ^[23] Sur 50 médecins en région Midi-Pyrénées, 33 médecins, soit 65,4% ont participé. Ce fort taux de réponses peut s'expliquer par la participation de médecins membres de FMC (formation médicale continue) ou de groupes de pairs, donc des médecins se connaissant, des médecins plus enclins à la formation et à la recherche. De plus, dans cette région, le Gérotopôle de Toulouse créé en 2007 avait déjà commencé un travail de sensibilisation auprès des médecins généralistes. 218 patients ont été recrutés, avec 6,4 tests par médecin, dont 58,7% repérés fragiles.

Le Dr Clais retrouvait une faisabilité de 90,9%. ^[22] Dans sa région de Nice, 33 médecins sur 173, soit 19,1%, ont participé en remplissant le GFST. 48,5% étaient en environnement urbain. Seuls 109 questionnaires ont été recueillis, avec une moyenne de 3,3 questionnaires par médecin. 56,7% étaient considérés fragiles par le médecin.

2.2 Critères d'un bon test de repérage ?

En plus d'être faisable, un test de repérage doit être, selon la SFGG, fiable, validé, acceptable, sensible (pas nécessairement spécifique), peu coûteux, sûr, rapide et simple d'utilisation. ^[6]

Le GFST avait une bonne faisabilité comme décrit dans le paragraphe précédent.

Qui plus est, sur cette étude, 85% des médecins mettaient moins de 5 minutes à effectuer ce test. Ce qui est rapide et donc acceptable pour le médecin.

La cohérence interne du GFST est bonne.

Dans l'étude « Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérotopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance », la sensibilité du GFST à repérer les patients Fried positifs était de 83% (Subra, 2012). ^[24]

Dans une autre étude réalisée dans 14 cabinets de médecine générale (Fougère, 2015), ^[25] celle-ci comparait l'évaluation objective de la fragilité par les critères de Fried et l'appréciation clinique des médecins généralistes avec le GFST. 268 patients ont été recrutés. L'âge moyen était de 80,1 ans. La sensibilité de l'appréciation clinique des MG était bonne (80,4%), la spécificité était modérée (54,1%), la Valeur Prédictive Positive (VPP) était bonne (87,7%), la Valeur Prédictive Négative (VPN) était moyenne (50,5%). Un test de repérage se doit d'avoir une bonne sensibilité, ce qui est le cas ici.

Le GFST a une bonne capacité discriminante (versus items de l'EGS).

Près de 93,3% des patients référés à l'hôpital de jour de fragilité du Gérotopôle de Toulouse étaient fragiles ou pré-fragiles et à risque de dépendance suite à l'EGS complète. 54,5% étaient fragiles, 39,1% pré-fragiles. (Subra, 2012), ^[24] (Tavassoli, 2014). ^[26]

Concernant la capacité prédictive sur la perte d'indépendance à 12 mois, une étude a évalué les capacités prédictives de deux échelles de fragilité en terme d'hospitalisation et de perte d'indépendance à un an : le phénotype de Fried dont est dérivé le GFST et la grille SEGA-m (Sommaire Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission Modifiée, annexe 6) (Jaidi, 2017).^[27] La grille SEGA-m est dérivée de la grille belge SEGA utilisée pour repérer la fragilité aux urgences.

Le risque d'hospitalisation à un an n'était pas lié au statut de fragilité évalué par ces deux outils. Concernant la perte d'indépendance, la grille SEGA-m retrouvait plus de patients fragiles et à risque de perte d'indépendance que le phénotype de Fried. Une explication possible serait que même si des outils de repérage tendent à mesurer des concepts identiques, chaque outil utilise des items et des tests différents.

3. OBJECTIFS SECONDAIRES

3.1 Utilité ou non-utilité

3.1.1 Réticences des médecins

Malgré la faisabilité du GFST, 70% des médecins émettaient des réserves sur le GFST et déclaraient qu'il avait une utilité à discuter. Seuls 35% le réutiliseraient en consultation. Ce qui paraît étonnant étant donné le fort taux de faisabilité.

Dans la thèse du Dr Clais (Nice) ^[22], 60,6% réutiliseraient le GFST. Un taux bien plus élevé que dans mon étude. Dans les travaux de Toulouse ^[18, 22, 24] de multiples études utilisent le GFST créé par le Gérotopôle.

Cela peut s'expliquer par la création de consultations de la fragilité dans leurs régions. Les médecins avaient été informés, sensibilisés et formés à la fragilité, ce qui les incitait à la repérer.

A Toulouse ^[28], le Gérotopôle a été créé en 2007 et un hôpital de jour d'évaluation des fragilités et des dépendances est ouvert depuis 2011. Une consultation mémoire existe. L'hôpital propose des ateliers multi-domaines adaptés aux seniors et des projets culturels. Tout cela favorise le repérage de la fragilité et sa prise en charge.

La réticence des médecins peut aussi venir de la complexité des outils proposés.

3.1.2 Arguments des médecins

Chez les médecins de mon étude, les réticences à l'utilisation du GFST étaient :

- « Un questionnaire ne remplace pas le ressenti du médecin » :

Le GFST comprend 6 items bien définis, mais il laisse une part importante à la subjectivité puisque le médecin décide si son patient est fragile lorsqu'il existe un ou plusieurs critères. C'est la dernière question du GFST : « selon-vous, le patient paraît-il fragile ? »

En 2011, l'article « L'intuition en médecine générale : validation du "gut feelings" » paru dans la revue Exercer ^[29] met en avant que l'intuition des médecins est une notion pertinente et qu'elle fait partie intégrante du raisonnement et de la décision médicale en médecine générale.

Le sens clinique du médecin a montré sa sensibilité pour le repérage de la fragilité dans l'étude « Global Impression of Change in Physical Frailty : Development of a Measure Based on Clinical Judgement » (Studenski, 2004). ^[30]

Se pose la pertinence de réaliser un questionnaire si ce dernier ne fait que refléter le ressenti du médecin. Mais le GFST s'appuie malgré tout sur des items objectifs tels que l'isolement social ou la vitesse de marche.

- « **Les critères du GFST ne seraient pas adaptés** »

➤ *Non prise en compte des antécédents des patients (physiques et psychiques)*

Certains médecins trouvaient que le GFST ne prenait pas en compte les antécédents des patients alors qu'il leur paraissait intéressant de les intégrer à la perception de la fragilité. Mais ceux-ci peuvent entrer dans l'évaluation subjective du médecin. Le GFST prend en compte des critères physiques (poids, asthénie, difficulté de déplacement, vitesse de marche), sociaux (vivre seul) et cognitifs (trouble de la mémoire).

A noter que dans un article de l'Année gériatrique 2016, « Repérage du risque de fragilité en médecine générale en Ile-de-France », ^[31] les patients à risque de fragilité ont plus de comorbidités cardio-vasculaires. Des antécédents de dépression sont davantage retrouvés chez les sujets à risque de fragilité.

Il serait donc important de prendre en compte les antécédents, ce que le médecin généraliste fait avec l'évaluation globale du patient.

➤ *Critère « vitesse de marche » difficile à évaluer en consultation :*

Les médecins généralistes l'évaluent plutôt de façon subjective en observant le temps que le patient met pour passer de la salle d'attente au cabinet, à se déshabiller, à aller vers la table d'examen, s'il a une canne. Il n'utilise pas de chronomètre.

D'après une revue de la littérature, au seuil de 1 m par seconde, la vitesse de marche était significativement et indépendamment associée à la dépendance, aux chutes, aux hospitalisations et au décès prématuré. Elle a une grande valeur pronostique. (Pamoukdjian, 2017). ^[32]

Une méta-analyse sur des études de cohorte en soins primaires nous informe que le ralentissement de la vitesse de marche et la sédentarité étaient les meilleurs critères indépendants prédictifs de la dépendance. (Bonnefoy, 2016), ^[33] (Vermeulen, 2011). ^[34]

Dans mon étude, lorsqu'une vitesse de marche ralentie était retrouvée, le ressenti du médecin confirmait le repérage de la fragilité dans 98,4% des cas.

Le GFST utilise le test de marche de 4 mètres en 4 secondes mais le Timed Up and Go est peut-être plus facile à réaliser (le patient est assis dans un fauteuil à accoudoirs, se lève, marche 3 mètres, fait demi-tour puis revient s'asseoir, le test est positif s'il met plus de 20 secondes).

Il faudrait porter plus d'attention à la vitesse de marche des patients.

- *Critère d'inclusion de l'âge : « entre 65 et 70 ans, ils sont trop jeunes » :*

L'OMS définit une personne âgée à partir de 65 ans. Le Gérotopôle de Toulouse a choisi cet âge pour débiter le repérage.

L'HAS a préféré évaluer des personnes âgées de plus de 70 ans ^[16] pour le repérage en considérant le ratio entre la prévalence de la fragilité et les bénéfices potentiels des interventions. Cela paraît plus cohérent pour la prise en charge mais fait méconnaître un petit nombre de patients fragiles qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge.

Dans cette étude, parmi les 133 patients fragiles dont l'âge était connu, 14 patients avaient entre 65 et 70 ans, soit 10,5%.

- *Plus que le critère "vivre seul", plutôt chercher l'isolement social :*

Selon l'étude du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie) de 2015 « La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations », ^[35] le premier facteur de fragilité est l'isolement. C'est-à-dire les personnes qui n'ont pas d'aidants naturels, pas d'entourage familial, pas de relations sociales.

Il serait donc plus pertinent de modifier l'intitulé de ce critère et de se demander plutôt si le patient a un entourage et/ou s'il a des aides au domicile.

- *Et les patients vus en visite ?*

Certains médecins ont soulevé le fait que cet outil n'est utilisé qu'en cabinet, peut-on le transposer au domicile ?

Le fait de ne pas pouvoir se déplacer au cabinet est déjà un critère de fragilité. Les patients vus en visite ont donc d'emblée un critère positif, sont-ils nécessairement plus fragiles ?

Dans mon étude, lorsqu'une difficulté de déplacement était retrouvée, le patient était repéré fragile par le médecin dans 85,7% des cas.

- *Le critère « trouble de mémoire »*

Le plus souvent, les troubles de mémoire sont signalés par l'entourage du patient, et non par le patient lui-même. Il conviendrait donc d'inclure l'entourage à la consultation pour avoir une meilleure connaissance de ce critère.

- *Le critère « asthénie »*

Certains médecins trouvaient cet item trop subjectif et variant d'un patient à l'autre.

- « Les patients n'acceptent pas toujours d'être considérés comme fragiles par leur médecin, puisqu'eux-mêmes ne se sentent pas fragiles ».

La thèse des Docteurs Gdoura et Herault de 2015 sur les représentations des patients sur leur fragilité ^[36] montrait que les patients confondaient fragilité et dépendance ainsi que fragilité et vieillissement.

Peut-être que le refus de prise en charge trouve ici son origine. Ne pas se sentir fragile ou dépendant, c'est ne pas s'impliquer dans une prise en charge de la fragilité.

Toutefois, le médecin généraliste peut toujours promouvoir le bien vieillir avec des actes de prévention, des conseils alimentaires, des recommandations sur une activité physique régulière et bien sûr la réévaluation de l'ordonnance à chaque consultation. En effet, rappelons que la fragilité est réversible après des actions bien menées.

- « Les médecins généralistes n'aiment pas les questionnaires »

Une étude sur les freins des médecins généralistes à l'utilisation de tests et échelles ^[37] confirmait que les médecins généralistes utilisent peu les tests et échelles d'évaluation en pratique.

Les arguments évoqués étaient soit l'utilisation d'une méthode d'évaluation plus subjective avec des questions parsemées au cours de l'entretien, soit le manque de temps, mais aussi la mauvaise connaissance des tests ou bien le fait de ne pas penser à les réaliser.

Pourtant, le GFST serait une aide pour le médecin dans le repérage de la fragilité.

3.1.3 Comparaison avec d'autres outils de repérage

De multiples outils existent pour repérer la fragilité en soins primaires.

Une revue systématique a comparé les performances de 10 outils testés en soins primaires en les comparant aux résultats de l'EGS. Les plus performants étaient *l'Indicateur de Fragilité de Tilburg* ^[38] (TFI : auto-questionnaire validé pour prédire l'hospitalisation et la perte d'autonomie à 1 an, annexe 5) et *le SHARE Frailty Instrument* (questionnaire de 5 items validé pour prédire le risque de décès avec un recul de 2,4 ans). ^[39] (Pialoux, 2012) ^[40]

Mais si le TFI est validé aux Pays-Bas, il ne l'est pas en France. Sa durée moyenne de 15 minutes ne favorise pas l'acceptabilité des patients. Le SHARE Frailty Index demande l'utilisation d'un dynamomètre qui n'est pas forcément disponible dans un cabinet de médecine générale. D'autre part, il a été validé pour une population d'âge moyen de 63 ans, ce qui peut paraître jeune.

Une comparaison de différentes échelles (*critères de Fried, Frailty Index, TFI*) a retrouvé les mêmes performances à prédire les événements péjoratifs (décès ou perte d'autonomie). Avec une sensibilité faible à 30% et une spécificité forte à 90%. Ces échelles pourraient donc plutôt être utilisées pour confirmer ou infirmer une fragilité mais pas comme outil de repérage (Livre blanc de la fragilité 2015, Theou 2013, Pjipers 2012). ^[41, 42, 43]

En France et en Belgique, la *grille SEGA-m* (Annexe 6) est utilisée par plusieurs équipes.

Une étude multicentrique effectuée en Champagne-Ardenne et en Lorraine a étudié la grille SEGA modifiée dans le repérage de la fragilité des patients âgés au domicile (Oubaya, 2013).^[44] Elle est dérivée de la grille belge SEGA utilisée pour repérer la fragilité aux urgences. Elle comprend plus d'items que le GFST mais reste rapide à faire (environ 5 minutes). Elle avait une bonne cohérence interne, une reproductibilité intéressante, une très bonne capacité discriminante versus items de l'EGS et une capacité prédictive satisfaisante sur la perte d'indépendance à 12 mois. Cet outil apparaît comme adapté au repérage en soins primaires de la fragilité du sujet âgé. Reste à le valider en médecine générale.

Dans l'étude comparant les capacités prédictives des deux échelles de fragilité (le phénotype de Fried dont est dérivé le GFST et la grille SEGAm) sur la perte d'indépendance, la grille SEGAm repérait plus de patients fragiles et à risque de perte d'indépendance que le phénotype de Fried. (Jaidi et Al, 2017).^[27]

Dans son mémoire « La fragilité du sujet âgé : quelles solutions pour une détection précoce et un maintien à domicile privilégié ? » (Belgique, 2014),^[45] M. Bar a conclu que les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, aides au domicile...) étaient favorables à l'adoption de la grille SEGA m et pensaient son intégration possible dans la pratique quotidienne.

- Au final :

Quel que soit l'outil qu'il utilisera, le médecin généraliste, par sa connaissance et par son approche globale du patient, pourra repérer une fragilité chez son patient âgé afin de l'orienter vers une meilleure prise en charge.

Que le médecin se pose la question de la fragilité chez son patient âgé constituerait déjà un progrès dans la prise en charge de celui-ci.

3.2 Attitudes et attentes des médecins généralistes suite au repérage

3.2.1 Attitudes des médecins

Suite au repérage de la fragilité, les médecins réévaluaient cette dernière lors d'une prochaine consultation à 73,6%.

L'utilisation d'une grille pourrait les aider dans le suivi, en notant dans le dossier si une fragilité a été repérée.

L'ordonnance était réévaluée à 46,4%.

Est-il possible que les médecins réévaluent plus systématiquement l'ordonnance ?

L'outil STOPP and START V.2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment V.2) ^[46] pourrait leur être utile pour prescrire / déprescrire. C'est un outil pour éviter le risque de iatrogénie, sans sous-médicaliser les patients âgés. Ces sous-prescriptions pourraient avoir de lourdes conséquences sur l'état de santé des patients (Higashi, 2004). ^[47]

Cet outil irlandais adapté en français est un outil de détection de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Il est logique, fiable et facile à utiliser.

Les médecins généralistes donnaient des conseils alimentaires ou d'activité physique à 36,4%.

Davantage de conseils de prévention portant sur ces 2 champs peuvent être donnés, notamment via l'orientation vers un nutritionniste ou vers des associations locales promouvant l'activité physique. Cela reste néanmoins difficile à mettre en œuvre car il n'y a pas de réseau identifié par le médecin, pas de remboursement de ces actions de prévention.

La consultation de gériatrie pour une EGS était proposée à 17,1%.

Les médecins géraient dans un premier temps en ville avec leurs moyens (réévaluation de la fragilité, conseils de prévention, réévaluation de l'ordonnance, aide sociale, kinésithérapie). Dans un deuxième temps ils pouvaient envoyer les patients à l'EGS mais les délais de rendez-vous ou la méconnaissance de la consultation gériatrique constituent un autre obstacle.

Une aide sociale était proposée à 17,1% au patient repéré fragile. C'est un faible taux probablement parce que les aides au maintien à domicile sont plus utilisées par les patients déjà au stade de la dépendance.

Des séances de kinésithérapie ont été proposées à 21,4%. Etonnamment, les médecins en ont prescrit à seulement la moitié des patients ayant une vitesse de marche ralentie mais le taux grimpait à 70% des patients lorsqu'ils détectaient des difficultés de déplacement. Peut être parce-que les délais sont souvent longs pour avoir un kinésithérapeute, en particulier à domicile dans les régions rurales.

Que peut-on proposer aux médecins généralistes pour les motiver au repérage de la fragilité ?

3.2.2 Attentes des médecins

- **Sensibilisation au concept de fragilité :**

Le concept de fragilité reste encore trop méconnu. Pour le repérage, les médecins se baseraient plutôt sur des signes d'alertes à rechercher pendant la consultation, dont certains font partie du questionnaire GFST.

Les critères du GFST sont simples et utilisables, hormis la vitesse de marche de 1m/sec qui a soulevé quelques remarques. Une meilleure formation des médecins généralistes semble utile pour les sensibiliser à rechercher la fragilité.

- **La prise en charge des personnes repérées fragiles :**

Les médecins aimeraient qu'il y ait plus de moyens pour la prise en charge des patients fragiles. Proposer un plan personnalisé de soins (PPS) est une bonne idée mais le mettre en œuvre peut être plus compliqué. Il faudrait augmenter les moyens disponibles pour permettre une meilleure prise en charge.

Sur le plan social, les praticiens peuvent s'appuyer sur le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou l'assistante sociale qui peuvent aider à mettre en place des aides humaines, matérielles et techniques.

Concernant les soins paramédicaux, les médecins généralistes ont souvent leur réseau avec des infirmières, des kinésithérapeutes et d'autres professionnels de santé mais leur disponibilité n'est pas toujours évidente. La coordination se fait mais elle peut être difficile entre tous les professionnels de santé. Cette coordination devrait être améliorée.

Lorsqu'une évaluation gériatrique standardisée est nécessaire, les délais sont généralement longs à l'hôpital. Une étude en cours à Toulouse travaille sur la réalisation de l'EGS en ambulatoire par un interne en SASPAS (Stage en Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ou par une infirmière libérale formée. L'équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière pourrait apporter un appui pour réaliser cette évaluation.

CONCLUSION

Le GFST est donc faisable en médecine générale.

Avec 3 critères de fragilité ou plus au GFST, le patient était repéré fragile à 94,3% par le médecin.

Peu de médecins généralistes ont déclaré vouloir réutiliser ce test. Ce questionnaire est trop protocolisé et ne remplace pas le ressenti et l'approche globale du médecin généraliste.

S'ils ne sont pas enclins à utiliser un questionnaire, les médecins peuvent s'inspirer du GFST en utilisant ses items, en y ajoutant la vision globale qu'ils ont de leur patient (avec les comorbidités, l'état général, les antécédents de chutes, le mode de consultation au cabinet ou en visite...) et leur ressenti qui fait partie intégrante du GFST. Des études avec d'autres grilles comme la SEGA-m seraient utiles pour évaluer leurs pertinences en médecine générale.

Une meilleure connaissance de ce concept global de fragilité est nécessaire. Des études ont démontré que cet état est réversible si des mesures adaptées sont mises en place. Les patients ne se sentent pas fragiles. Les moyens manquent pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée et définir un plan personnalisé de soins en ambulatoire.

Les médecins souhaiteraient éviter la dépendance de leurs patients âgés. Ils sont les médecins de premier recours avec une approche globale centrée patient. Ils sont des acteurs de l'éducation à la santé, soucieux des risques de la iatrogénie, prodiguant des conseils diététiques et promouvant l'activité physique.

Ce travail a pu contribuer à sensibiliser les médecins généralistes au concept de la fragilité. Quel que soit l'outil qu'ils utiliseront, j'espère avoir amené les médecins de mon étude à se poser la question chez leurs patients âgés : mon patient est-il fragile ? robuste ? pré-fragile ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. INSEE, division Enquêtes et études démographiques. [En ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
- [2] Healthy life years. Eurostat. 2014
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_\(years\)_YB16-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_(years)_YB16-fr.png)
- [3] Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet Lond Engl*. 2008;372(9656):2124-31.
- [4] Suhard V. Le financement des personnes âgées en France, mise à jour janvier 2016. Pôle documentation de l'IRDES (Institut de Recherche en Documentation en Economie de la Santé). [En ligne]
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf>
- [5] Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique [abstract]. Livre blanc sur la fragilité. 2015;9-24. [En ligne]
<http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>
- [6] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie, Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2011;9(4):387-90. [En ligne]
<http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/la-fragilite-de-la-personne-agee-un-consensus-bref-de-la-societe-francaise-de-g-eriatrie-et-gerontologie-290654/article.phtml?tab=texte>
- [7] Michel JP. Importance du concept de Fragilité pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement. Académie nationale de médecine. 2014. [En ligne]
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/Rapport-Fragilité-Commission-XIII-Handicap-12-Mai-14.pdf>
- [8] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–156. [En ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>
- [9] Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL, Frailty in elderly people : an evolving concept. *Can Med Assoc J*. 1994 ;150:489-495
- [10] Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Vosjaer RC. Prevalence of frailty in community-dwelling persons : a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1487-92. [En ligne]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22881367>
- [11] Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64(6):675-81

- [12] Duflot A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérotopôle Frailty Screening Tool : étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. Thèse de Médecine. Université de Grenoble;2014,42p. [En ligne]
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072773/document>
- [13] Bongue B, Colvez A, Dupré C, Sass C, Deville N. Prévalence et facteurs associés à la fragilité chez les personnes âgées autonomes vivant à domicile. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 2017;17:279-284. [En ligne]
- [14] Oustric S. Cibler et dépister la fragilité en médecine générale : c'est maintenant... Cah. Année Gérontol. 2012;4:266-267 [En ligne]
[https://www.researchgate.net/publication/257791198 Cibler et depister la fragilite en medicine generale c'est maintenant](https://www.researchgate.net/publication/257791198_Cibler_et_depister_la_fragilite_en_medicine_generale_c'est_maintenant)
- [15] Tavassoli N, Lafont C, Soto M, Nourhashemi F, Vellas B. Repérer la fragilité et retarder l'entrée dans la dépendance. Soins Gérontologie. 2015;111:14-18.
- [16] HAS, Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Paris:HAS;2016. [En ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
- [17] HAS, Haute Autorité de Santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Paris:HAS;2014. [En ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
- [18] 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 Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging 2013;17:629-631.
- [19] Teixeira A. Le repérage de la fragilité, un élément central du projet PAERPA : forces et faiblesses. NPG, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 2015;15:134-137.
- [20] Vermeulen J, Neyens JC, van RE, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators : a systematic review. BMC Geriatr. 2011;11:33.
- [21] Daniels R, van RE, Beurskens A, van den HW, de WL. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health. 2012;12:69.
- [22] Clais E. Evaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gérotopôle Frailty Screening Tool. Thèse de Médecine. Université de Nice;2015,52p. [En ligne]
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01267728/document>
- [23] Subra J. Dépister le sujet âgé fragile en consultation de médecine générale : étude de faisabilité en région Midi-Pyrénées. Thèse de Médecine. Université de Toulouse;2011,62p.
- [24] Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B ; Plateform Team. The integration of frailty into clinical practice : preliminary results from the Gérotopôle. J Nutr Health Aging. 2012;16:714-720

- [25] Fougère B, Sirois MJ, Carmichael PH, Batomen-Kuimi BL, Chicoulaa B, Escourrou E, Nourhashémi F, Oustric S, Vellas B, the FAP Group. General Practitioners' Clinical Impression in the screening for Frailty : data from the FAP Study Pilot. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Feb 1;18(2):193.e1- 193.e5. [En ligne]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28126138>
- [26] Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdret S, Krams T, Soto ME, Subra J, and al. Description of 1108 older patients referred by their physician to the « Geriatric Frailty Clinic for Assessment of Frailty and prevention of disability » at the Gerontopôle. *J Nutr Health Aging*. 2014;18:457-464
- [27] Jaïdi Y, Jolly D, Duchene J, Collart M, Bera D, Dramé M, Novella J-L, Mahmoudi R. Capacités prédictives de deux outils d'identification de la fragilité du sujet âgé : phénotype de Fried et grille SEGAm. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2017;65:82-91.
- [28] Site internet CHU Toulouse [En ligne]
<http://www.chu-toulouse.fr/-gerontopole-891->
- [29] Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E, Le Reste JY. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exercer*. 2011;95:16-20.
- [30] Studenski S, Hayes RP, Leibowitz RQ, Bode R, Lavery L, Walston J, Duncan P, Perera S. Clinical global impression of change in physical frailty: development of a measure based on clinical judgment. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Sep;52(9):1560-6.
- [31] Caillard L, Bouilly C, Maclouf A, Genet A, Piccoli M, Hernandorena I, Duron L, Hanon O. Repérage du risque de fragilité en Médecine Générale en Ile-de-France. *L'Année Gériatologique*. 2016;O2-3,p.9 [En ligne]
<http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2016/12/Abstracts-SFGG-2016.pdf>
- [32] Pamoukdjian F, Zelek L, Laurent M, Lévy V, Landré T, Sebbane G, Paillaud E. La mesure de la vitesse de marche chez la personne âgée pour identifier les complications associées à la fragilité : Revue systématique de la littérature. *L'Année Gériatologique*. 2017;O2-1,p.8 [En ligne]
<http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2016/12/Abstracts-SFGG-2016.pdf>
- [33] Bonnefoy M, Berrut G, Gilbert T. Prévention de la perte de mobilité des personnes âgées en soins primaires : synthèse. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016;14(1):16-22. [En ligne]
<http://www.jle.com/download/gpn-306725-prevention-de-la-perde-de-mobilite-des-personnes-agees-en-soins-primaires-synthese-WcLrRH8AAQEAAAbvrlaoAAAAH-a.pdf>
- [34] Vermeulen J, Neyens JCL, Van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators : a systematic review. *BMC Geriatr*. 2011;11:33.
- [35] Alberola E, Lautié S, Pons J. CREDOC. La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations. Synthèse de l'étude qualitative pour le Médiatrive de Paris. Août 2010. [En ligne]
<http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=Sou2010-3745>
- [36] Gdoura S, Herault M. Représentation de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse : étude qualitative auprès de 15 sujets. Thèse de Médecine. Université de Toulouse;2015,96p.

- [37] Cario C et al. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. *La Revue du Praticien*, 2010(60)24-28.
- [38] Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator : psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010 Jun;11(5):344-55. [En ligne].
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511102>
- [39] Romero-Ortuno R. The Frailty instrument of the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE-FI) predicts mortality beyond age, comorbidities, disability, self-rated health, education and depression. 2011;2:323-326. [En ligne]
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764911001926>
- [40] Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2012 Apr;12(2):189–97
- [41] Gérard S. Les outils d'évaluation de la fragilité. Livre blanc de la fragilité. 2015;37-47. [En ligne]
<http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>
- [42] Theou O, Brothers TD, 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*. 2013;61(9):1537-51
- [43] Pijpers E, Ferreira I, Stehouwer CD, Nieuwenhuijzen Kruseman AC. The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores. *Eur J Intern Med*. 2012;23(2):118-23
- [44] Oubaya N. Dépistage de la fragilité du sujet âgé au domicile : validation de l'outil SEGA modifié. Thèse de Médecine. Université de Champagne Ardenne. Reims;2013,33p.
- [45] Bar O. La fragilité du sujet âgé : quelles solutions pour une détection précoce et un maintien à domicile privilégié ? Mémoire, Master science en gestion, université de Louvain, Belgique;2014,145p. [En ligne]
<http://www.cosedi.net/frailty/frailty.pdf>
- [46] Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. Lang P.O, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, Schmitt E, Pepersacki T et al. *NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 2015;15:323-336
- [47] Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, Knight EL, Roth C, Chang JT, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med*. 4 mai 2004;140(9):714-20.

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier envoyé aux médecins

Melle Rosine LO
2 rue Louise Michel, Appt 430
37100 Tours
lorosine@yahoo.fr

Tours, le 1^{er} septembre 2016

Objet : Thèse de médecine générale sur le repérage de la fragilité du sujet âgé

Chère Consœur, Cher Confrère,

Médecin généraliste remplaçant dans les environs de Tours, je réalise actuellement ma thèse de médecine sous la direction du Pr Caroline Hommet avec la participation du Pr Jean Robert.

L'objectif de ce travail est de repérer les personnes âgées en situation de fragilité afin de mettre en place un programme personnalisé de soins qui pourrait retarder l'entrée dans la dépendance. En effet, cette fragilité, dont la prévalence a été estimée à 15,5% des plus de 65 ans, est précurseur de la perte d'autonomie. Et le médecin généraliste est un acteur clé dans le repérage de cette fragilité. C'est pourquoi je sollicite votre participation à ce travail.

Une grille simple d'évaluation de cette fragilité (GFST = Gérontopôle Frailty Screening Test) a été publiée en 2012 par le Gérontopôle de Toulouse, recommandée par l'HAS en 2013. L'objet principal de ma thèse est d'évaluer la faisabilité de cette grille en cabinet de médecine générale.

Les items de cette grille sont : l'isolement, la perte de poids, la fatigue ressentie, les difficultés à se déplacer, les troubles de la mémoire et la vitesse de marche ralentie.

L'étude se déroulera en deux phases.

Dans un premier temps : durant la période du 15 septembre au 15 décembre 2016, je souhaiterais vous solliciter pour remplir la grille GFST au décours de votre consultation lorsque vous recevrez des patients de > 65 ans autonomes (ADL > 5) à distance de toute pathologie aiguë. Cette grille pourra être rapidement intégrée à votre consultation car courte. Sur la fiche comprenant la grille, je vous demanderai de me dire ce que vous avez fait suite à l'évaluation (ajout d'aides au domicile, réévaluation à distance, envoi vers une consultation gériatrique...). C'est à vous de déterminer le nombre de patients que vous pouvez inclure.

Dans un deuxième temps : à l'issue de la période du 15/09 au 15/12, je reviendrai vers vous par téléphone, par mail ou en rendez-vous pour évaluer avec vous la faisabilité de ce questionnaire.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire et espère que vous accepterez de participer à cette évaluation qui constitue mon travail de thèse.

Avec mes remerciements pour votre participation, bien confraternellement,

Melle Rosine LO

Annexe 2 : Echelle ADL = Activities Daily Living (collège de Gériatrie)

Echelle des activités de la vie quotidienne - Indice de KATZ

Chaque item vaut 1 point. Un score à 6 signe une autonomie complète.

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide, ou uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide, à l'exception de lacer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, les utilise, arrange ses vêtements et revient sans aide		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou beurrer du pain)		

Annexe 3 : Questionnaire 1 : questionnaire GFST

Thèse Repérage fragilité sujet âgé, 2016
Melle Rosine LO

Médecin :

**Patient N° (ordre
d'inclusion) :**

Age :

Sexe : F / H

QUESTIONNAIRE n°1 : GERONTOPOLE FRAILTY SCREENING TOOL (GFST) *(Les données seront anonymisées)*

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL > 5), à distance de toute pathologie aiguë
(Rappel ADL : Hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence, prise des repas)

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

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

- ☐ OUI
- ☐ NON

***S'il vous paraît fragile, quelle attitude adoptez-vous suite à cette évaluation ?
(plusieurs réponses possibles)***

- ☐ Surveillance et réévaluation de la fragilité lors d'une prochaine consultation
- ☐ Conseils alimentaires et activité physique
- ☐ Réévaluation de l'ordonnance, risque iatrogène
- ☐ Orientation vers une aide sociale
- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Orientation vers une consultation gériatrique standardisée en hôpital de jour ou consultation

Annexe 4 : Questionnaire 2 : Que pensez-vous du GFST ?

QUESTIONNAIRE n°2 : Que pensez-vous du questionnaire GFST (Gerontopôle Frailty Screening Tool) ?

1. Connaissiez-vous l'existence de cet outil ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

2. Combien de tests avez-vous fait passer ?

3. Combien de temps avez-vous mis pour remplir le test ?

- ☐ < 5 minutes
- ☐ Entre 5 et 10 minutes
- ☐ > 10 minutes

4. Le temps de réalisation vous paraît-il adapté en consultation de médecine générale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Ce repérage vous paraît-il utile pour prendre en charge les patients ? Inutile ? Incomplet ? Et pour quelles raisons ?

- ☐ Utile
- ☐ Incomplet, pour les raisons suivantes :

- ☐ Inutile, pour les raisons suivantes :

6. Avez-vous rencontré des difficultés à la réalisation du test ? Si oui lesquelles ?

- ☐ Oui, mes difficultés :

- ☐ Non

7. Globalement ce test vous paraît-il faisable en médecine générale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Réutiliserez-vous le GFST pour repérer la fragilité de vos patients ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Questions annexes :

a. Quelles sont vos attentes sur le repérage de la fragilité ?

b. Connaissez-vous l'évaluation gériatrique standardisée en consultation ou hôpital de jour ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

c. Connaissez-vous le PAERPA qui a été mis en place initialement dans les secteurs d'Amboise et de Loches ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

d. Seriez-vous intéressé par la création d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) extrahospitalière ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe 5 : Tilburg Frailty Indicator

Tilburg Frailty Indicator (TFI)*

Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc 2010; 11(5):344-355.

Part A Determinants of frailty

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| 1. Which sex are you? | ☐ male | ☐ female |
| 2. What is your age? | years | |
| 3. What is your marital status? | ☐ married/living with partner
☐ unmarried
☐ separated/divorced
☐ widow/widower | |
| 4. In which country were you born? | ☐ The Netherlands
☐ Former Dutch East Indies
☐ Suriname
☐ Netherlands Antilles
☐ Turkey
☐ Morocco
☐ Other, namely..... | |
| 5. What is the highest level of education you have completed? | ☐ none or primary education
☐ secondary education
☐ higher professional or university education | |
| 6. Which category indicates your net monthly household income? | ☐ €600 or less
☐ €601 - €900
☐ €901 - €1200
☐ €1201 - €1500
☐ €1501 - €1800
☐ €1801 - €2100
☐ €2101 or more | |
| 7. Overall, how healthy would you say your lifestyle is? | ☐ healthy
☐ not healthy, not unhealthy
☐ unhealthy | |
| 8. Do you have two or more diseases and/or chronic disorders? | ☐ yes | ☐ no |
| 9. Have you experienced one or more of the following events during the past year? | | |
| - the death of a loved one | ☐ yes | ☐ no |
| - a serious illness yourself | ☐ yes | ☐ no |
| - a serious illness in a loved one | ☐ yes | ☐ no |
| - a divorce or ending of an important intimate relationship | ☐ yes | ☐ no |
| - a traffic accident | ☐ yes | ☐ no |
| - a crime | ☐ yes | ☐ no |
| 10. Are you satisfied with your home living environment? | ☐ yes | ☐ no |

Part B Components of frailty

B1 Physical components

- | | | | |
|-----|---|-------|------|
| 11. | Do you feel physically healthy? | 0 yes | 0 no |
| 12. | Have you lost a lot of weight recently without wishing to do so?
(<i>'a lot' is: 6 kg or more during the last six months, or 3 kg or more during the last month</i>) | 0 yes | 0 no |

Do you experience problems in your daily life due to:

- | | | | |
|-----|---|-------|------|
| 13. |difficulty in walking? | 0 yes | 0 no |
| 14. |difficulty maintaining your balance? | 0 yes | 0 no |
| 15. |poor hearing? | 0 yes | 0 no |
| 16. |poor vision? | 0 yes | 0 no |
| 17. |lack of strength in your hands? | 0 yes | 0 no |
| 18. |physical tiredness? | 0 yes | 0 no |

B2 Psychological components

- | | | | | |
|-----|---|-------|-------------|------|
| 19. | Do you have problems with your memory? | 0 yes | 0 sometimes | 0 no |
| 20. | Have you felt down during the last month? | 0 yes | 0 sometimes | 0 no |
| 21. | Have you felt nervous or anxious during the last month? | 0 yes | 0 sometimes | 0 no |
| 22. | Are you able to cope with problems well? | 0 yes | | 0 no |

B3 Social components

- | | | | | |
|-----|--|-------|-------------|------|
| 23. | Do you live alone? | 0 yes | | 0 no |
| 24. | Do you sometimes miss having people around you? | 0 yes | 0 sometimes | 0 no |
| 25. | Do you receive enough support from other people? | 0 yes | | 0 no |

* The TFI was translated into English using the method of back-translation.

Scoring Part B Components of frailty (range: 0 – 15)

Question 11: yes = 0, no = 1

Question 12 – 18: no = 0, yes = 1

Question 19: no and sometimes = 0, yes = 1

Question 20 and 21: no = 0, yes and sometimes = 1

Question 22: yes = 0, no = 1

Question 23: no = 0, yes = 1

Question 24: no = 0, yes and sometimes = 1

Question 25: yes = 0, no = 1

Cutpoint: 5

Annexe 6 : Grille SEGA m (Sommaire Évaluation du profil Gériatrique à l'Admission Modifiée)

(http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf)

Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

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

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	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	
AIVQ (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

A QUI TRANSMETTRE ?
Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié. Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?*

(FL : Foyer Logement)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;

Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;

Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC < 21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

LO Rosine

57 pages – 3 tableaux – 3 figures

Résumé :

Contexte : Le nombre de personnes âgées va croître dans les prochaines années. La fragilité est l'état précurseur de la perte d'autonomie, mais elle est potentiellement réversible avec une prise en charge adaptée. L'enjeu est de la repérer précocement et d'agir pour le bien vieillir. Plusieurs outils de repérage existent mais leurs performances sont hétérogènes. En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé l'utilisation du Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer cette fragilité.

Objectif principal : Evaluer la faisabilité du questionnaire GFST en médecine générale en Indre-et-Loire.

Méthodes : Etude prospective et descriptive de septembre à décembre 2016. Un courrier a été envoyé aux médecins d'Indre-et-Loire. Etaient inclus des patients de plus de 65 ans autonomes avec ADL > 5/6 (Activity Daily Living), en dehors d'un épisode aigu. Les médecins indiquaient leur attitude suite au repérage de la fragilité. A l'issue de cette période, un entretien était effectué pour évaluer la faisabilité du questionnaire, les attentes des médecins et leurs connaissances sur les plateformes gériatriques existantes.

Résultats : Sur 458 médecins, 20 ont participé. 348 questionnaires ont été recueillis. 40,2% ont été repérés fragiles. Le GFST était considéré faisable par 95% des médecins. Malgré cela, 70% des médecins émettaient des réserves sur le GFST. Seuls 35 % le réutiliseraient. Leurs attitudes suite au repérage étaient une surveillance de la fragilité à 73,6%, la réévaluation de l'ordonnance à 46,4%, des conseils alimentaires et d'activité physique à 36,9%, de la kinésithérapie à 21,4%, une aide sociale à 17,1% et une évaluation gériatrique standardisée à 17,1%. Les médecins aimeraient avoir une meilleure connaissance de la fragilité. Ils attendent une augmentation des moyens en ville pour une meilleure évaluation standardisée et une meilleure prise en charge en ambulatoire.

Conclusion : La fragilité est réversible avec une prise en charge adaptée. Quel que soit l'outil de repérage utilisé, les médecins doivent être plus sensibilisés à la fragilité, à son repérage et à sa prise en charge. Amener le médecin généraliste à se demander si son patient âgé est robuste ou fragile est un premier pas dans l'évaluation globale du patient âgé et de sa prise en charge.

Mots-clés : fragilité, personne âgée fragile, prévention, GFST, outil de repérage

Jury :

Président du Jury :	Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du Jury :	Professeur Thierry CONSTANS
	Professeur Vincent CAMUS
	<u>Professeur Jean ROBERT</u>
	Docteur Yannick LEGEAY

Date de soutenance : le 6 décembre 2017