

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1150

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par Aricie DAURE

Le 29 novembre 2016

EVALUATION DU DEGRE DE SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES AYANT PARTICIPE A UN PROJET D'EVALUATION GERIATRIQUE EN SOINS PRIMAIRES

Directeurs de thèse : Docteur Bertrand FOUGERE ; Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

M. le Professeur Oustric Stéphane	Président
M. le Professeur Vellas Bruno	Assesseur
M. le Docteur Chicoulaa Bruno	Assesseur
M. le Docteur Fougère Bertrand	Assesseur
M. le Docteur Blanco Jérémie	Assesseur



P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.
Merci pour votre implication dans la formation des internes de Médecine générale de Toulouse.
Recevez ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bruno VELLAS,

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury et de juger ce travail.
Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jérémie BLANCO,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de participer à ce jury.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Je vous remercie pour votre grande aide dans ce travail et vos conseils avisés.
Merci pour votre implication active dans notre formation et pour votre enseignement précieux.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Bertrand FOUGERE,

Je te remercie pour ton accompagnement tout au long de ce travail, pour ton écoute, tes conseils et ta disponibilité. Merci de ta confiance.

Aux médecins généralistes qui ont participé au projet et à ce travail,

Merci pour votre implication.

A tous mes Maîtres de stage,

Merci de me guider chaque jour dans ma pratique.

A ma famille,

A mes parents,

Pour leur soutien inconditionnel dans tous les domaines.
Merci pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez transmises.
Je vous aime.

A mon frère,

Evence, qui m'a toujours soutenu dans mes études. Loin des yeux mais pas loin du cœur.

A mon Papy « robuste » !

Merci pour ton optimisme et ta simplicité.

A Mamie,

Je ne t'oublie pas.

A Papou et Minouk,

Pour votre présence à mes côtés durant toutes ces années,
Merci pour tout.

A Chloé, Elia et Colin.

A mes amis,

A « ma famille » de l'internat, les Villefranchois !

Margot, notre amitié a vite été une évidence, tellement contente d'avoir croisé ta route !

Alexiane, merci pour ta joie de vivre communicative et ta générosité.

Mélody, Charles, Loic, tellement de bons moments passés à vos côtés, merci d'être là !

A Mathilde,

Que ferais-je sans nos discussions interminables à philosopher sur la vie ?

La véritable amitié c'est d'être séparées et que rien ne change !

A Benoit,

Pour toutes ces années passées.

A mes chers amis de l'externat,

Morgane, Amélie, Pauline, Clémence, Ariane, Bertrand, Emilie, Samuel, Marion, Lucile, Julie.

Pour tout ce que l'on a partagé et c'est loin d'être fini !

A Céline, mon acolyte du PUG, ma coloc du Comminges et bien d'autres encore !

A Guillaume N, pour ces 6 mois à Mirepoix !

A Camille, ma kiné préférée !

A Cécile, Momo, Sonia, tout simplement : « Girls power ! » ... Nos liens n'en sont que plus forts !

A Laura, pour nos années Lycée.

A Elise.

SOMMAIRE

Liste des abréviations

I)	Introduction	4
II)	Matériel et méthodes.....	8
	1) Type d'étude.....	8
	2) Population étudiée.....	8
	3) Questionnaire.....	8
	4) Méthodologie statistique utilisée.....	9
III)	Résultats.....	10
	A) Analyse descriptive.....	10
	1) Population étudiée : données démographiques.....	10
	2) Concernant les patients évalués.....	12
	3) Concernant l'évaluation gériatrique.....	14
	4) Concernant les interventions.....	17
	B) Analyse croisée : Comparaison évaluations par Infirmière Diplômée d'Etat versus Interne.....	19
IV)	Discussion.....	24
	1) Principaux résultats.....	24
	2) Confrontation à la littérature.....	26
	3) Forces et faiblesses.....	32
	4) Perspectives.....	33
V)	Conclusion.....	35
VI)	Bibliographie.....	37
VII)	Annexe: Questionnaire.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS :

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Protocole Action de Santé Libéral En Equipe

DGIP : Dutch Geriatric Intervention Program

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FAP : Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care

GFST : Gerontopole Frailty Scale Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IEG : Infirmière d'Evaluation Gériatrique

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé

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

PPS : Plan Personnalisé de Soins

TABLE DES FIGURES :

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques des médecins (n=26).....	11
<u>Tableau 2</u> : Evaluation gériatrique hospitalière versus Evaluation en cabinet (n=26)....	12
<u>Tableau 3</u> : Accessibilité aux gériatriques hospitaliers, pour les médecins généralistes, en dehors du projet« FAP »(n=25).....	14
<u>Figure 1</u> : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet (n=26).....	13
<u>Figure 2</u> : Impression des médecins sur le degré de satisfaction des patients suite au PPS (n=26).....	13
<u>Figure 3</u> : Avis général sur l'apport de l'Evaluation Gériatrique en soins primaires (n=26).....	14
<u>Figure 4</u> : Mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant (n=26).....	15
<u>Figure 5</u> : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé (n=26).....	15
<u>Figure 6</u> : Domaine d'évaluation le plus utile pour la prise en charge du patient (n=25)	16
<u>Figure 7</u> : Concept manquant le plus dans l'évaluation gériatrique (n=11).....	16
<u>Figure 8</u> : Rédaction du Plan Personnalisé de Soins (n=26).....	17
<u>Figure 9</u> : Eléments qui aideraient pour la rédaction du Plan Personnalisé de Soins (n=26).....	17
<u>Figure 10</u> : Actes prescrits suite à l'évaluation (n=14).....	18
<u>Figure 11</u> : Amélioration de la prise en charge des patients (n=26).....	18
<u>Figure 12</u> : Obstacles à la généralisation des Evaluations Gériatriques en soins primaires (n=25).....	19
<u>Figure 13</u> : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13).....	20
<u>Figure 14</u> : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13).....	20
<u>Figure 15</u> : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13).....	20
<u>Figure 16</u> : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé : Bras « évaluation par l'interne » (n=13).....	21
<u>Figure 17</u> : Rédaction du plan personnalisé de soins : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13).....	21
<u>Figure 18</u> : Rédaction du plan personnalisé de soins : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13).....	22
<u>Figure 19</u> : Amélioration de la prise de charge des patients : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13).....	22
<u>Figure 20</u> : Amélioration de la prise de charge des patients : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13).....	22

I) Introduction :

La notion de fragilité est un concept gériatrique qui a émergé dans la littérature médicale depuis 1968 (1) et qui s'est développé dans les années 80 en Amérique du Nord. La fragilité est un syndrome multidimensionnel caractérisé par la décroissance des réserves et la diminution de la résistance au stress (2). Une étape importante de la connaissance de la fragilité a été franchie aux débuts des années 2000, avec la première définition opérationnelle proposée par L. Fried (3). Cette dernière définissait le phénotype de fragilité (3) par cinq critères: sédentarité, perte de poids récente, épuisement ou fatigabilité, baisse de la force musculaire et vitesse de marche lente.

L'état de santé d'une personne résulte à la fois de son avancée en âge, de facteurs intrinsèques et de facteurs environnementaux. Ainsi, la population âgée est très hétérogène.

On distingue schématiquement 3 catégories de personnes âgées (4):

- les sujets âgés « robustes » qui ont 0 critère de Fried.
- les sujets âgés « fragiles » présentant au moins 3 critères de Fried (« pré-fragiles » si 1 ou 2 critères de Fried).
- les sujets âgés « dépendants » pour les activités de base de la vie quotidienne.

On peut considérer ce syndrome comme un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution (3)(5). La fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible. La prise en charge des déterminants de la fragilité permet de réduire ou retarder ses conséquences et donc de prévenir la dépendance.

L'ensemble de la communauté scientifique s'accorde sur la définition théorique de la fragilité mais il n'existe pas à ce jour de définition opérationnelle admise de tous (2). Ainsi, la prévalence de la fragilité varie en fonction de l'outil de repérage utilisé (6)(7).

Une étude menée sur une grande cohorte représentative de plusieurs pays européens, montrait que les sujets âgés pré-fragiles et fragiles sont très répandus dans nos sociétés (8): environ 40% et 10% respectivement après 65 ans; pourcentages confirmés également par une revue systématique réalisée par Collard et al. en 2012 (9). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes (8)(9).

Le changement démographique est une réalité incontestable qui touche le monde entier et notamment les pays européens. En avril 2011, La commission européenne a publié un rapport mettant en évidence une augmentation significative du pourcentage de personnes de plus de 65 ans dans la population européenne, de 13,7% en 1990 à 17,4% en 2010. Selon les prévisions, d'ici 2060, environ 30% de la population de l'Union Européenne aura plus de 65 ans (10). Ainsi, prévenir l'accroissement du nombre de personnes fragiles en favorisant « le bien vieillir » est devenu une nouvelle priorité en matière de santé publique.

Dans ce contexte, le Gérontopôle de Toulouse, en collaboration avec le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et l'Agence Régionale de Santé (ARS), a créé à l'automne 2011, le premier hôpital de jour en France d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Il permet d'évaluer la personne âgée fragile dans toutes ses dimensions (approche multidisciplinaire) et de prévenir les situations de dépendance par la prise en compte des processus évolutifs qui sous-tendent ces états (4). Après identification des facteurs de fragilité le patient reçoit une proposition d'intervention préventive personnalisée qui a été discutée et qui sera coordonnée par le médecin traitant.

Depuis, de nombreux établissements de santé en France se sont déjà positionnés dans le repérage, l'évaluation des fragilités et la prévention de la dépendance, en créant des hôpitaux de jours gériatriques ou avec des consultations fragilités (11) .

Devant le nombre potentiel de patients fragiles et préfragiles, le système hospitalier n'aura ni les moyens ni la vocation de prendre en charge l'ensemble de ces patients. De plus, certains patients peuvent être réticents au déplacement vers une structure hospitalière.

Face à ces enjeux démographiques, sanitaires et à leur impact financier, le monde médical et nos pouvoirs publics sont convaincus de la nécessité d'adaptation de nos modèles de soins.

Les soins primaires doivent donc s'approprier le concept de fragilité, dans le but d'une prise en charge précoce et adaptée afin de prévenir les incapacités et la dépendance liées à l'âge. De par la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST) (12), le médecin traitant a un rôle prépondérant en termes de dépistage, de planification des soins, d'accompagnement et de suivi.

La notion de fragilité et sa réversibilité, représentent donc un enjeu pour les médecins généralistes (5) et est au cœur de leur pratique quotidienne. Pour faciliter le dépistage des personnes âgées fragiles dans la pratique clinique, plusieurs outils ont été développés dont le « Gerontopole Frailty Scale Tool » (GFST) (13). Ce dernier permet au médecin généraliste le repérage simple et rapide des patients potentiellement fragiles.

Jusqu'à présent le médecin généraliste n'avait pas d'autre possibilité, et ce principalement par manque de temps, que d'adresser son patient repéré fragile vers une structure hospitalière en vue d'une évaluation complète.

Actuellement, plusieurs pistes d'évaluations gériatriques en soins primaires sont en cours, dont le projet « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care » (FAP) en Midi-Pyrénées (réalisé depuis mai 2015). Ce dernier visait à évaluer l'intérêt d'implémenter en soins primaires une Infirmière d'Evaluation Gérontologique (IEG) ou un Interne formé, pour évaluer les sujets avec une plainte cognitive et/ou une impression subjective de fragilité. Le médecin généraliste demandait l'évaluation qui était réalisée au sein de son cabinet. Au terme de l'évaluation, il synthétisait les résultats des tests réalisés et construisait le plan personnalisé de soins en accord avec le patient, ses aidants et l'équipe de soins primaires. Puis il le coordonnait et en assurait le suivi.

Après plus d'un an d'évaluation gériatrique dans le cadre de ce projet, il semblait donc pertinent d'évaluer le ressenti des médecins généralistes associés au projet sur l'apport de ce nouveau modèle de prise en charge dans leur pratique quotidienne.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes concernant la mise en place des évaluations gériatriques réalisées en soins primaires, au sein de leur cabinet, par un professionnel de santé formé.

L'objectif secondaire était de comparer le degré de satisfaction des médecins généralistes ayant reçu des évaluations réalisées par une infirmière diplômée d'état (IDE) versus celui des médecins généralistes ayant reçu des évaluations réalisées par un interne en Médecine Générale.

II) Matériel et méthodes

1) Type d'étude

Cette étude observationnelle descriptive transversale a été réalisée en région Midi-Pyrénées sur une population de médecins généralistes libéraux. Le recueil des informations a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.

2) Population étudiée

Le questionnaire a été envoyé aux 28 médecins généralistes référents de la région Midi-Pyrénées ayant participé au projet « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care ». L'ensemble de ces praticiens exerçaient en cabinet de groupe et étaient Maître de stage universitaire. Parmi les 28 médecins généralistes, 14 ont bénéficié des évaluations gériatriques réalisées par l'infirmière formée, 14 par les internes en médecine générale de 3^{ème} année formés.

3) Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur le dossier d'évaluation gériatrique du projet « FAP » et avec la supervision du Docteur Chicoulaa (coordonnateur du projet FAP pour le DUMG) et du Docteur Fougère (coordonnateur du projet FAP pour le Gérontopôle). Le questionnaire a été présenté à diverses personnes, du corps médical ou non, afin d'évaluer sa pertinence et sa compréhension avant envoi à la population de l'étude.

Ce questionnaire comportait 28 questions fermées obligatoires évaluant le ressenti des médecins généralistes ([annexe](#)). La plupart des questions étaient à choix unique et certaines à choix multiples. Le questionnaire se terminait par un texte libre si certains médecins souhaitaient faire des commentaires sur le sujet.

Le questionnaire comportait 4 parties :

- La première partie regroupait les informations sur le caractère sociodémographique du praticien : sexe, âge, milieu d'exercice etc...
- La deuxième partie concernait les patients évalués : leur sélection, et d'après leur médecin généraliste, leur acceptation et impression de satisfaction face au projet.
- La troisième partie portait sur l'évaluation gériatrique, son déroulement et la vision qu'en avaient les médecins généralistes.
- La quatrième et dernière partie concernait les interventions faisant suite à l'évaluation et les attentes des médecins généralistes.

Le questionnaire a été envoyé par mail le 13 mars 2016, via Google doc, ce qui permet de répondre en ligne et collecter les réponses. Une lettre explicative, permettant de présenter et d'introduire ce travail, a été envoyée conjointement au questionnaire. Pour certains participants, 3 relances successives ont été réalisées.

Le recueil des données a été réalisé entre le 13 mars 2016 et le 13 mai 2016.

4) Méthodologie statistique utilisée

L'ensemble des réponses au questionnaire a été retranscrit dans un tableau Excel permettant par la suite l'analyse statistique avec calcul des effectifs et pourcentages. Certaines variables qualitatives ont été comparées par un test de *Fischer exact* à l'aide du logiciel *BiostaTGV*.

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages et effectifs, exposés sous forme de tableaux, histogrammes et diagrammes circulaires.

III) Résultats

A) Analyse descriptive

1) Population étudiée : données démographiques (Tableau 1)

Nous avons inclus 26 questionnaires, soit 93% de répondants.

Parmi les réponses, 50% des praticiens (n=13) ont bénéficié de l'évaluation par l'IEG et 50% (n=13) par un Interne de médecine générale formé.

La population étudiée était constituée à 69% (n=18) par des hommes.

Concernant la proportion de personnes âgées (plus de 65 ans) dans la patientèle de notre population, 58% des praticiens (n=15), avaient entre 10 et 25% de patients âgés dans leur patientèle.

Parmi la population étudiée, 62% des praticiens (n=16), ont pensé qu'une formation supplémentaire concernant la fragilité et/ou les troubles cognitifs pourrait les aider dans leur pratique quotidienne.

Tableau 1: Caractéristiques des médecins (n=26) :

CARACTERISTIQUES des MEDECINS		% (n)
Sexe	Homme	69% (18)
	Femme	31% (8)
Tranche d'âge	Moins de 40 ans	8% (2)
	40 à 49 ans	23% (6)
	50 à 59 ans	31% (8)
	Plus de 60 ans	38% (10)
Milieu d'exercice	Rural	12% (3)
	Semi-Rural	42% (11)
	Urbain	46% (12)
Associés participants	Oui	58% (15)
	Non	38% (10)
	Manquant	4% (1)
Proportion personnes âgées (>65 ans) dans patientèle	Moins de 10 %	8% (2)
	Entre 10 et 25%	58% (15)
	Entre 25 et 50%	31% (8)
	Plus de 50%	4% (1)
	Ne sait pas	0% (0)
Niveau de difficulté dans la prise en charge du patient âgé	Difficile	4% (1)
	Plutôt difficile	35% (9)
	Plutôt facile	58% (15)
	Facile	4% (1)
Formation complémentaire en gériatrie	Oui	35% (9)
	Non	65% (17)
Si oui lesquelles	Formation universitaire	56% (5)
	Formation continue	22% (2)
	Les 2	22% (2)

2) Concernant les patients évalués (Tableau 2)

65% des médecins (n=17), ont affirmé ne pas avoir ressenti de difficultés dans la sélection des patients à évaluer.

Sur les 9 praticiens (35%) ayant ressenti des difficultés, l'ensemble des raisons proposées a été retenu :

- peu de patients gériatriques (7/9),
- oubli momentané du projet (7/9),
- manque de motivation (7/9),
- manque de temps lors des consultations pour faire l'inclusion (avec 9/9).

42% des médecins (n=11) ont estimé que parmi l'ensemble de leurs patients ayant bénéficié de l'Evaluation Gériatrique au cabinet, environ 25 à 50% auraient refusé une évaluation en milieu hospitalier.

35% des médecins (n=9) ont estimé que plus de 50% de leurs patients auraient refusé.

Tableau 2 : Evaluation gériatrique hospitalière versus Evaluation en cabinet (n=26)

	Moins de 10%	Entre 10 et 25%	Entre 25 et 50%	Plus de 50%
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Patients ayant évité une consultation gériatrique hospitalière	31% (8)	31% (8)	12% (3)	27% (7)
Patients ayant accepté l'EG mais qui auraient selon vous, refusé une évaluation en milieu hospitalier	12% (3)	12% (3)	42% (11)	35% (9)

L'acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet était plutôt positive ou positive pour 88% des médecins (n=23) (Figure 1).

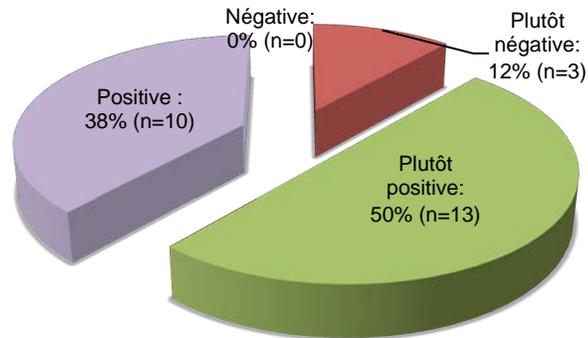


Figure 1 : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet (n=26)

92% des médecins (n=24) ont eu l'impression que les patients évalués étaient plutôt satisfaits ou satisfaits à l'issue du plan personnalisé de soins (PPS) (Figure 2).

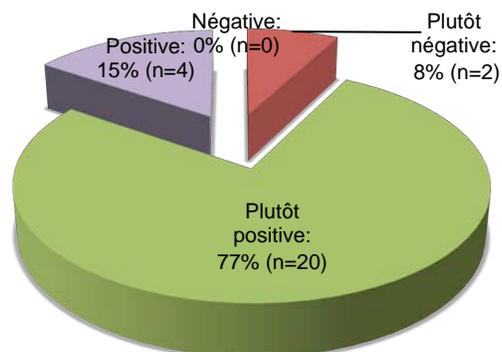


Figure 2 : Impression des médecins sur le degré de satisfaction des patients suite au PPS (n=26)

3) Concernant l'évaluation gériatrique

Tableau 3 : Accessibilité aux gériatriques hospitaliers, pour les médecins généralistes, en dehors du projet « FAP » (n=25)

	Facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Difficile	Ne sait pas
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
De façon générale	16% (4)	32% (8)	32% (8)	20% (5)	0% (0)
Par téléphone	12% (3)	32% (8)	28% (7)	28% (7)	0% (0)
Par mail	8% (2)	12% (3)	28% (7)	8% (2)	44% (11)

46% des médecins (n=12) ont pensé que leur participation au projet améliorerait leur accessibilité à la prise en charge gériatrique hospitalière (versus 23% (n=6) qui ne pensaient pas, et 31% (n=8) qui ne savaient pas).

88% de notre population étudiée (n=23) avaient un avis général plutôt positif ou positif concernant l'apport de l'Evaluation Gériatrique en soins primaires (Figure 3).

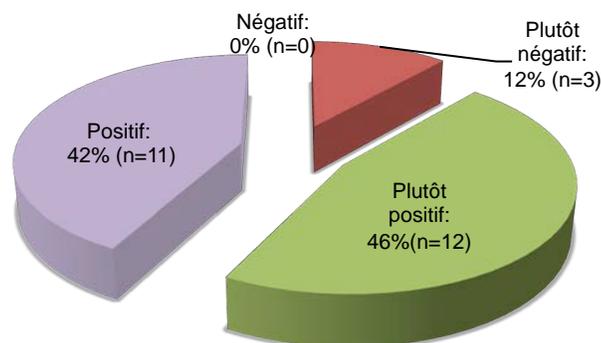


Figure 3 : Avis général sur l'apport de l'Evaluation Gériatrique en soins primaires (n=26)

Pour 92% des médecins (n=24), l'évaluation avait un apport plutôt positif ou positif dans la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant chez leurs patients (Figure 4).

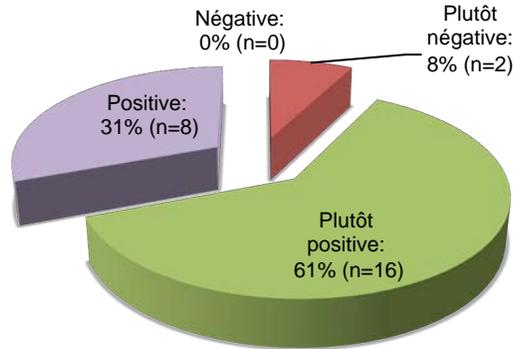


Figure 4 : Mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant (n=26)

81% des médecins (n=21) ont reconnu un gain de temps dans leur pratique concernant l'évaluation d'un patient âgé fragile et/ou avec une plainte cognitive (Figure 5).

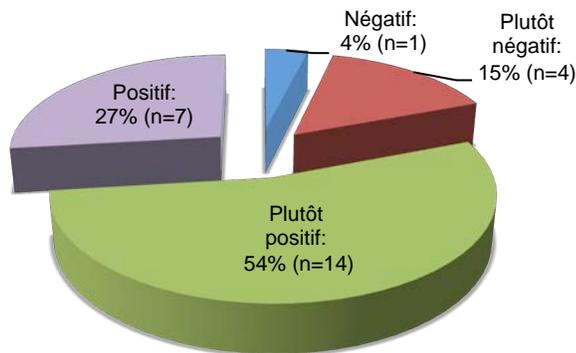


Figure 5 : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé (n=26)

Si l'ensemble des domaines évalués était pertinent selon les médecins, c'est l'évaluation du domaine cognitif qui est apparue être la plus utile pour 48% des médecins (n=12) (Figure 6).

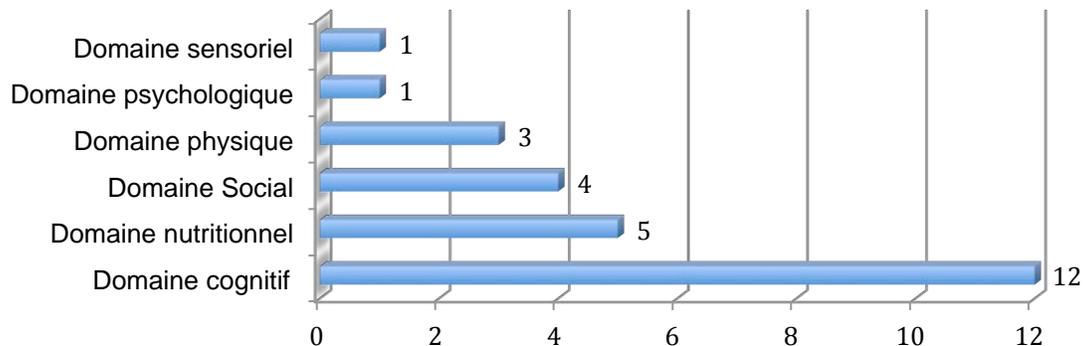


Figure 6 : Domaine d'évaluation le plus utile pour la prise en charge du patient (n=25)

** Les médecins avaient la possibilité de cocher plusieurs éléments comme plus utiles*

Par ailleurs, pour 42% des médecins (n=11), il y avait des concepts manquants dans cette Evaluation Gériatrique en soins primaires. Pour ces derniers, parmi l'ensemble des items sélectionnés, c'est l'évaluation de l'habitat de la personne âgée qui est apparue être la donnée la plus manquante (Figure 7).

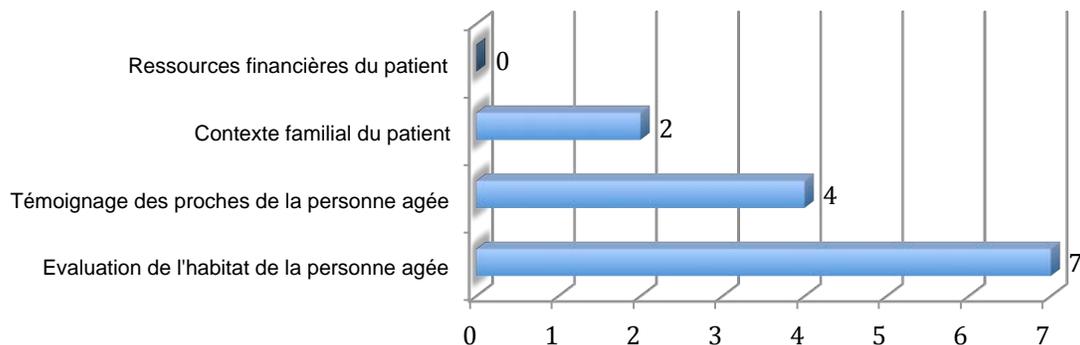


Figure 7 : Concept manquant le plus dans l'évaluation gériatrique (n=11)

** Les médecins avaient la possibilité de cocher plusieurs éléments qu'ils estimaient comparablement plus manquants*

73% des médecins (n=19) ont affirmé mieux appréhender la fragilité et ses outils diagnostiques à l'issue de ces Evaluations Gériatriques.

4) Concernant les interventions

La rédaction du Plan Personnalisé de Soins était plutôt facile ou facile pour 58% des médecins (n=15), mais elle restait plutôt difficile voire difficile pour 42% d'entre eux (n=11) (Figure 8).

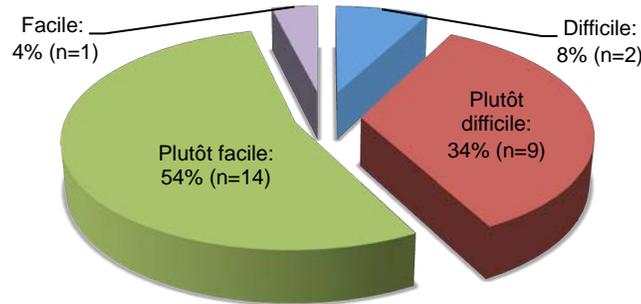


Figure 8 : Rédaction du Plan Personnalisé de Soins (n=26)

Parmi les éléments qui aideraient l'ensemble des médecins pour la rédaction du Plan Personnalisé de Soins, la circulation d'une fiche formative a été retenue à 54% (soit 14 praticiens) (Figure 9).

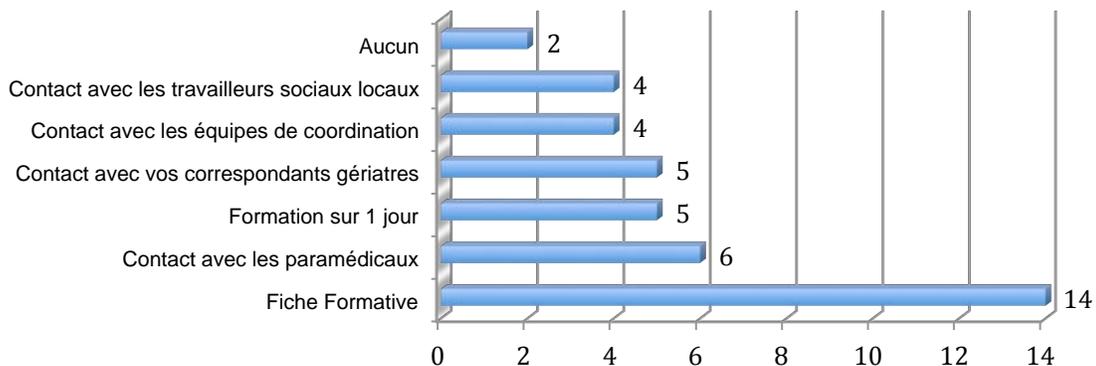


Figure 9 : Eléments qui aideraient pour la rédaction du Plan Personnalisé de Soins (n=26)

** Question à choix multiples*

54% des médecins (n=14) ont estimé que l'Evaluation Gériatrique les a conduits à prescrire des actes qu'ils n'auraient pas prescrits sans cette dernière.

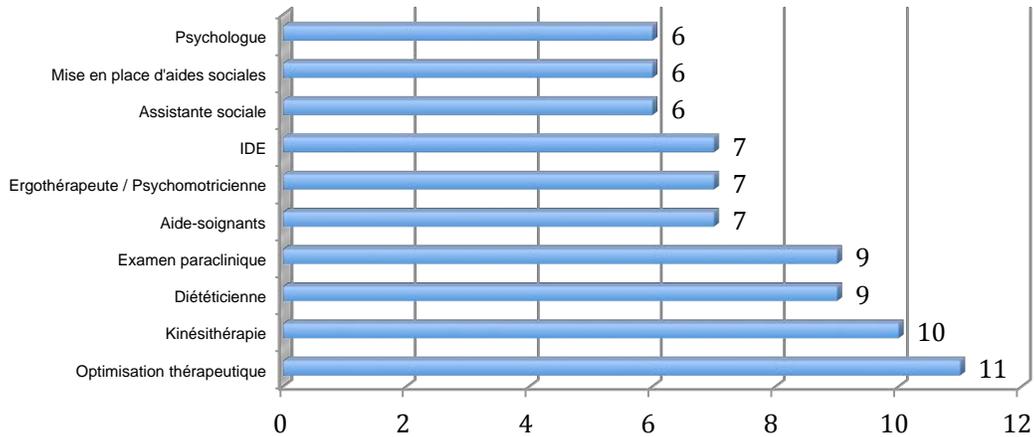


Figure 10 : Actes prescrits suite à l'évaluation (n=14)

** Question à choix multiples*

Pour 92% des médecins (n=24), l'Évaluation Gériatrique a amélioré la prise en charge des patients (Figure 11).

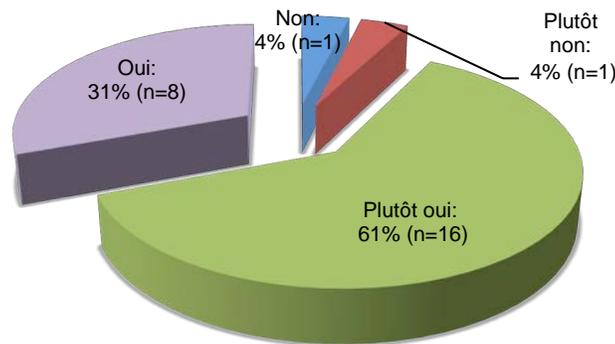


Figure 11 : Amélioration de la prise en charge des patients (n=26)

88% des praticiens (n=23), ont pensé que les évaluations gériatriques dans les cabinets de médecine générale, telles qu'elles se déroulaient dans le projet FAP, devraient être généralisées dans d'autres territoires. Selon 58% des médecins interrogés (n=15), le financement des évaluations pourrait être un obstacle à la généralisation de ces évaluations sur d'autres territoires (Figure 12).

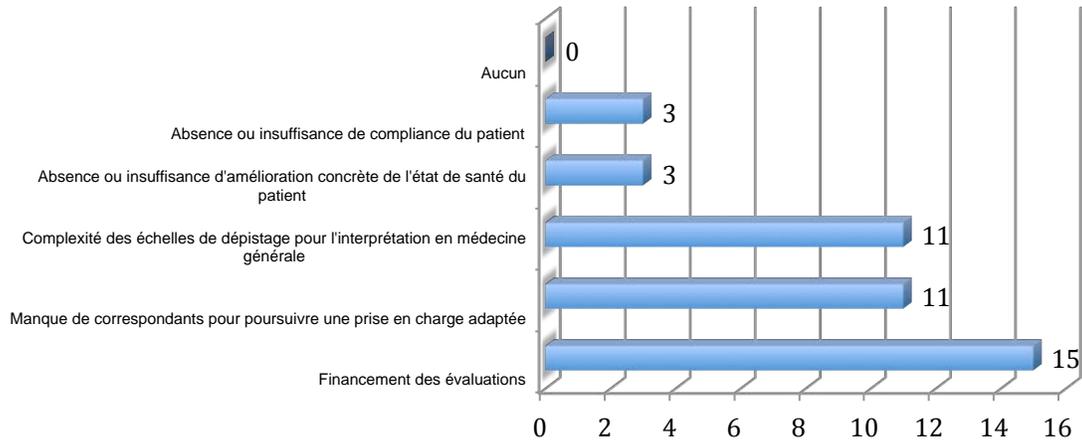


Figure 12 : Obstacles à la généralisation des Evaluations Gériatriques en soins primaires (n=25)

** Question à choix multiples*

La libre expression des médecins (par un texte libre) à ce sujet a permis de retrouver que le manque de temps était aussi un obstacle à sa généralisation pour 12% des praticiens (n=3).

B) Analyse croisée : Comparaison évaluations par Infirmière Diplômée d'Etat versus Interne

Concernant l'avis général sur l'apport de l'Evaluation Gériatrique en soins primaires, dans le bras « évaluation par l'IDE », 62% des médecins avaient un avis positif (n=8) et 31% plutôt positif (n=4), versus 23% des médecins avec un avis positif (n=3) et 62% plutôt positif (n=8) dans le bras « évaluation par l'interne » (Fischer exact, p-value = 0,17).

On remarque que les patients acceptaient plus facilement l'évaluation quand celle-ci était réalisée par l'Infirmière plutôt que par l'Interne (Fischer exact, p-value = 0,03) (Figure 13 et 14).

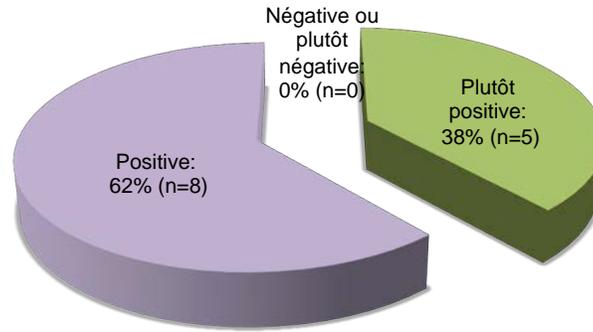


Figure 13 : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13)

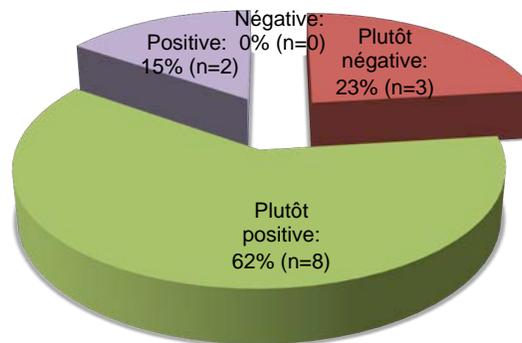


Figure 14 : Acceptation des patients à l'évaluation gériatrique en cabinet : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13)

Dans le bras « évaluation par l'IDE », les médecins avaient tendance à être plus satisfaits par le gain de temps dans leur pratique par rapport au bras « évaluation par l'interne » (Fisher exact, p-value = 0,07) (Figure 15 et 16).

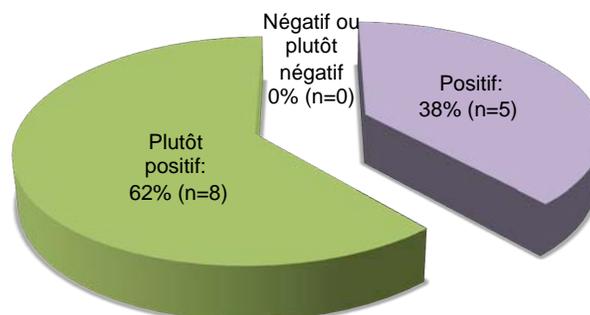


Figure 15 : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13)

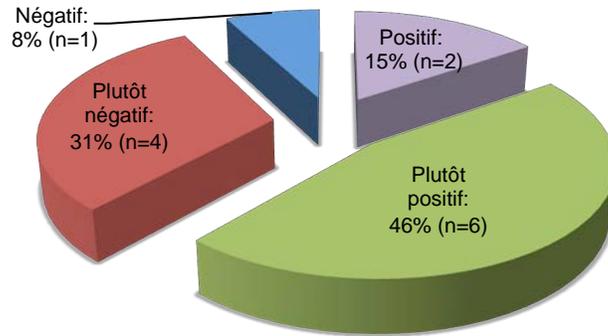


Figure 16 : Gain de temps dans la pratique de l'évaluation du patient âgé: Bras « évaluation par l'interne » (n=13)

Les médecins ayant bénéficié de l'évaluation par l'Infirmière appréhendaient mieux la fragilité à l'issue de ces Evaluations Gériatriques : 92% des médecins (n=12) ont affirmé avoir de meilleures connaissances versus 54% (n=7) dans le groupe Interne (Fischer exact, p-value = 0,07).

A partir de la synthèse de l'Evaluation Gériatrique, la rédaction du PPS était plus facile pour les médecins du bras Interne que pour ceux du bras Infirmière (Fisher exact, p-value < 0,05) (Figure 17 et 18).

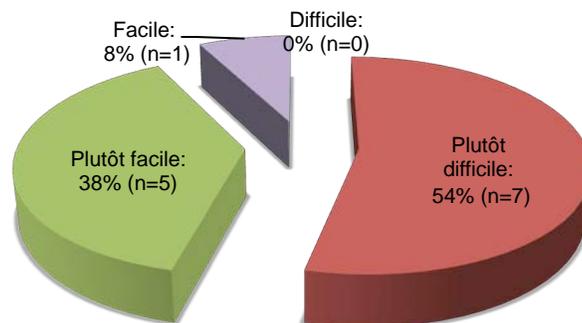


Figure 17 : Rédaction du plan personnalisé de soins : Bras « évaluation par l'IDE » (n=13)

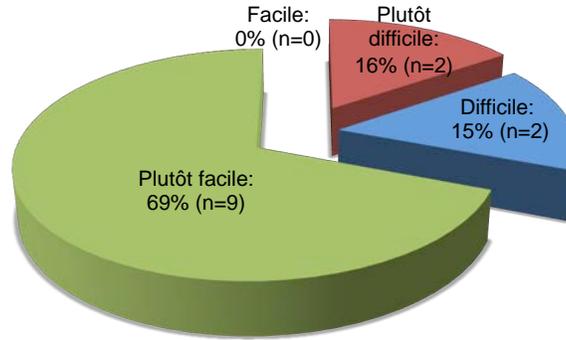


Figure 18 : Rédaction du plan personnalisé de soins : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13)

Le « bras IDE » avait une meilleure impression de l'évaluation en matière d'amélioration de prise en charge de leur patient (Fisher exact, p-value = 0,20) (Figure 19 et 20).

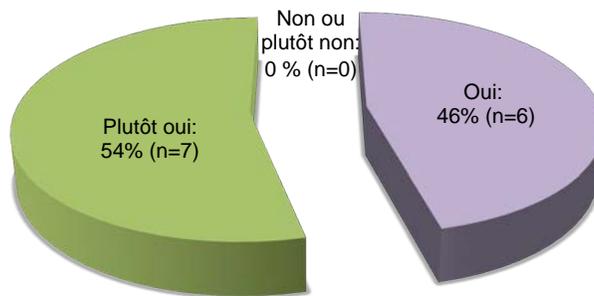


Figure 19 : Amélioration de la prise de charge des patients: Bras « évaluation par l'IDE » (n=13)

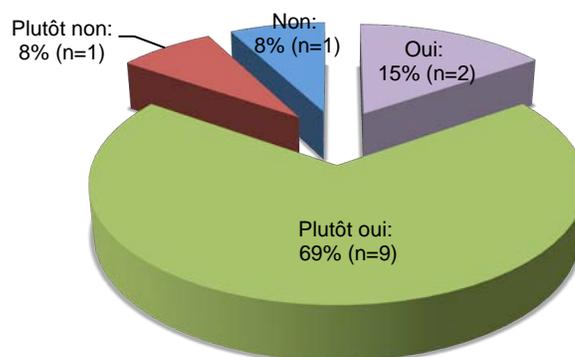


Figure 20 : Amélioration de la prise de charge des patients : Bras « évaluation par l'Interne » (n=13)

100% des médecins du bras IDE (n=13) estimaient que les évaluations gériatriques dans les cabinets de médecine générale, telles qu'elles se déroulaient dans le projet FAP, devraient être généralisées sur d'autres territoires. 77% des médecins du bras Interne (n=10) étaient de cet avis (Fisher exact, p-value = 0,22).

IV) Discussion

1) Principaux résultats

Notre travail avait pour but d'évaluer le ressenti des médecins généralistes au terme d'une évaluation gériatrique en soins primaires.

Le retour de ces derniers est très satisfaisant et encourageant pour le futur.

En effet, les patients ont coopéré facilement pour 88% (n=23) des médecins et se sont avérés satisfaits à l'issue de la mise en place du Plan Personnalisé de Soins selon 92% (n=24) des médecins.

Néanmoins, on remarque surtout que les médecins ont estimé qu'une grande partie de leur patientèle ayant bénéficié de l'évaluation gériatrique en cabinet aurait refusé une évaluation en milieu hospitalier : 42% des médecins (n=11) ont estimé qu'environ 25 à 50% auraient refusé et 35% des médecins (n=9) ont estimé que plus de 50% de leurs patients auraient refusé.

Cela révèle bien la réticence de certaines personnes âgées à se déplacer dans une structure hospitalière. Cette évaluation au sein même du cabinet du médecin traitant pourrait permettre un dépistage plus élargi des personnes fragiles.

L'avis général des médecins sur l'évaluation était positif ou plutôt positif pour 88% d'entre eux (n=23).

L'évaluation a permis la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant, ce qui peut permettre une prise en charge beaucoup plus précoce des déclin fonctionnels. D'autant plus que 92% des médecins interrogés (n=24) ont eu un avis positif ou plutôt positif concernant l'amélioration de la prise en charge de leur patient à l'issue de cette évaluation.

A noter que c'est l'évaluation du domaine cognitif qui est apparue la plus pertinente aux yeux des médecins généralistes.

Cependant, pour 42% des médecins (n=11), la rédaction du Plan Personnalisé de Soins (PPS) s'est avérée être plutôt difficile, voire difficile, ce qui pourrait être l'origine d'une sous exploitation des données de l'évaluation.

Il apparaît donc primordial d'aider les médecins traitants dans la réalisation du Plan Personnalisé de Soins. La diffusion d'une fiche formative concernant l'interprétation des différents bilans réalisés et la rédaction du PPS pourrait être une aide à développer. De même qu'un contact avec les paramédicaux environnants qui auraient été au préalable sensibilisés et formés à la prise en charge de la fragilité. En effet, les relais paramédicaux sont parfois difficiles à obtenir par les médecins à l'issue de la rédaction du PPS.

Cette évaluation gériatrique en cabinet apparaît aussi avoir un rôle formateur, puisque 73% des médecins généralistes (n=19) ont estimé mieux appréhender la fragilité à l'issue de cette dernière. Ainsi, cela pourrait permettre une diffusion de connaissances sur la fragilité et sa prise en charge, ce qui rendrait les médecins traitants plus actifs dans cette prévention.

Pour 88% de notre population (n=23), les évaluations gériatriques, telles qu'elles se déroulent dans le projet FAP, devraient être généralisées sur d'autres territoires.

Mais tous sont d'avis qu'il existe encore des obstacles à cette extension dont la principale serait le financement de ces évaluations.

Par ailleurs, les commentaires des médecins, à travers un texte libre dans notre questionnaire, ont permis de ressortir d'autres points importants à développer.

En effet, pour certains praticiens, l'évaluation était perçue comme chronophage car elle demandait un certain investissement du médecin, que le patient n'aurait pas forcément demandé spontanément (14). Le manque de temps des médecins généralistes, déjà très sollicités, est un obstacle à l'optimisation de l'analyse des données de l'évaluation.

Par ailleurs, un médecin a signalé que l'intérêt de l'évaluation dépendait du degré d'implication du médecin. Ainsi le succès de cette dernière est médecin dépendant.

Toutes les mesures permettant de faciliter le travail du médecin sont pertinentes et sont à étudier. Cela commence par un encadrement important des praticiens avec une aide tout au long de l'évaluation, y compris dans la rédaction du Plan Personnalisé de Soins.

En ce qui concerne le déroulement de l'évaluation, les médecins ayant bénéficié de l'évaluation par l'Infirmière sont plus satisfaits ; que ce soit en matière d'acceptation des patients, de gain de temps, d'amélioration de prise en charge des patients ou encore progression des connaissances dans le domaine de la fragilité. A noter que ces résultats comparatifs sont, pour la plupart, non significatifs (Fisher exact, p-value >0,05) ; il s'agit donc d'une tendance à confirmer.

En revanche, la rédaction du Plan Personnalisé de Soins était plus facile quand l'évaluation était réalisée par un Interne (Fisher exact, p-value < 0,05).

2) Confrontation à la littérature

Les premiers signes de la fragilité sont le plus souvent vus dans la population suivie en milieu ambulatoire, ce qui implique un dépistage et une intervention préférentiellement en soins primaires.

Le médecin généraliste étant la référence primaire pour la santé de l'individu, il a un rôle clé pour la mise en œuvre de toute action préventive.

Ainsi, diffuser la connaissance de la fragilité dans les soins primaires et sa détection dans la pratique clinique ont le potentiel d'améliorer les décisions médicales et de fournir de meilleurs soins de santé aux personnes âgées (5).

Un domaine particulier de la fragilité nécessite toutefois une attention particulière : la cognition. En effet, de nombreuses études mettent en évidence le manque de reconnaissance des troubles cognitifs légers par les médecins généralistes (15). La détection de ces troubles augmente avec la sévérité de la démence : 73% démences sévères sont détectées en soins primaires versus 33% démences légères (16).

Les principaux obstacles sont le manque de connaissances dans ce domaine, de temps et de ressources. Mais il existe aussi une peur de stigmatiser les patients et une attitude sceptique sur les avantages d'un traitement médical (17).

Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires non seulement pour aider les médecins de soins primaires à optimiser les données évoquant des troubles cognitifs (18) mais aussi pour améliorer la coopération entre les services spécialisés et les équipes de soins primaires (17).

Actuellement, le diagnostic de fragilité est insuffisamment objectivé en partie pour 2 raisons : médecins insuffisamment sensibilisés et démarche chronophage non compatible avec un temps de consultation classique.

Par ailleurs, le syndrome de fragilité relevant d'arguments médico-psycho-sociaux sans consensus établi, ceci complique son repérage en soins primaires. C'est pourquoi le Gérontopôle de Toulouse a créé le GFST afin de repérer simplement et rapidement les principaux critères de fragilité (19)(13).

L'évaluation gériatrique standardisée est la référence pour l'évaluation et le diagnostic de la fragilité. Cependant c'est un processus long et requérant des compétences gériatriques auxquelles il n'est pas toujours facile d'accéder en ambulatoire (7). Il faut donc définir de nouvelles stratégies et revoir nos modèles d'organisation au sein de notre système de santé (20).

C'est dans ce contexte que le projet « Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA), a été introduit au niveau national par l'article 48 du projet de loi de financement de la sécurité sociale en septembre 2013. Ce projet a pour objectif la mise en œuvre d'un parcours de santé fluide et coordonné des personnes âgées en renforçant l'intégration des acteurs de proximité et la diffusion de la culture gériatrique dans le monde soignant libéral et les services hospitaliers (21)(22).

L'amélioration durable de la coordination entre tous les acteurs du système de santé (coordination territoriale d'appui) devrait ainsi permettre d'optimiser le partage d'informations et la prise en charge des personnes à risque de perte d'autonomie par une approche personnalisée (4) .

Beaucoup de pays cherchent les moyens d'améliorer l'efficacité de la délivrance des soins en examinant les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé, notamment des infirmières. Les débats concernant le champ d'exercice des infirmières visent à réorganiser différents domaines des systèmes de soins et en particulier la réorganisation des soins primaires.

Les pays sont à différents stades de la mise en œuvre de rôles plus avancés pour les infirmières. Une étude décrivant et évaluant les expériences dans 12 pays développés a été publiée en 2010 par M. Delamaire et G. Lafortune (23).

Certains pays (États-Unis, Canada, Royaume-Uni) emploient depuis longtemps des infirmières en pratique avancée (délégation de tâches aux infirmières). Dans d'autres pays, comme la France, le développement des rôles avancés n'est encore qu'à ses débuts, et les études pilotes pour expérimenter de nouveaux rôles avancés commencent à se développer (24).

On a pu remarquer que leurs développements sont plus marqués dans les pays où les soins primaires sont principalement fournis dans les cabinets de groupe.

Cette délégation aux infirmières, est arrivée dans un contexte d'offre de médecins limitée, de répartition inégale des médecins, de vieillissement de population, de demande de reconnaissance des professions paramédicales et d'augmentation des coûts de la santé (25). Son objectif étant d'améliorer l'accès et la qualité des soins ainsi que soulager l'emploi du temps des médecins. La délégation d'activité permet de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est standardisable (26). Au vu du contexte actuel, son développement est particulièrement intéressant dans le domaine de la gériatrie (24).

Sibbald a conduit deux revues de littérature sur les évaluations des pratiques infirmières avancées sur les soins, dont une traitant sur les rôles avancés infirmiers dans les soins primaires.

Cette dernière démontrait que les infirmières en pratique avancée ayant les qualifications nécessaires peuvent fournir des soins au moins de qualité équivalente à ceux des médecins pour les activités qui leur sont déléguées (27). La prise en charge des affections gériatriques serait même de meilleure qualité lors d'une coopération

médecin-infirmière (28). Cependant, il faut être prudent avant de tirer des conclusions générales en raison des limites méthodologiques de nombreuses études et notamment des différences contextuelles dans lesquels ces nouveaux rôles sont mis en œuvre (14)(26)(29).

Par ailleurs, on remarque que les infirmières tendent à fournir plus d'informations et conseils aux patients à l'origine d'une plus grande satisfaction de ces derniers (30). En effet, les infirmières ayant tendance à passer plus de temps avec le patient, elles ont une approche plus éducative, laissant ainsi les médecins généralistes se consacrer aux problèmes plus complexes et aux activités purement médicales (31).

Cette nouvelle collaboration peut augmenter l'efficacité des infirmières qui, en s'inscrivant dans le processus d'évaluation, ont une meilleure compréhension de ses enjeux et voient leurs actes se concrétiser (32).

Ces transferts de tâches soulèvent pourtant quelques points négatifs ; en effet la multiplicité des fournisseurs de soins de santé laisse penser que la continuité de soins personnelle peut être réduite et augmente le temps de transaction des informations (33). Cela demande donc une bonne coordination entre les différents acteurs.

Le développement des fonctions avancées des infirmières, se heurte à plusieurs obstacles, comme celui de l'opposition de certains médecins inquiets par le chevauchement potentiel de champ de pratique et le degré d'indépendance des infirmières. Ceci amène à se préoccuper de la responsabilité légale en cas de faute professionnelle. Ainsi, les relations de travail entre médecins et infirmières peuvent influencer sur la mise en œuvre et la qualité de ces coopérations (34). Un médecin a déclaré dans la littérature: « Si tout le monde pense qu'ils vont en gagner plus qu'en perdre alors cela sera un succès » : (34).

Des modifications législatives sont à entreprendre, notamment en France où chaque profession est très réglementée (31).

En France, la délégation de tâches aux Infirmières a connu ses débuts entre autres avec le protocole Action de Santé Libéral en Equipe (projet ASALEE) né en 2003 à l'initiative de Jean Gautier en collaboration avec l'Unité Régionale de Médecine Libérale (URLM) de Poitou Charentes et l'équipe de recherche de Yann Bourgueil. Ce

projet a expérimenté sur le terrain le transfert de compétences entre les professionnels de santé et plus particulièrement la délégation de consultations d'éducation thérapeutique aux Infirmières qualifiées.

L'évaluation du dispositif ASALEE menée par l'IRDES en 2006, centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, a révélé que les patients inclus (groupe bénéficiant des consultations avec l'infirmière) ont présenté une amélioration de leur équilibre glycémique et de leur suivi par rapport au groupe témoin (25).

Conjointement, au projet FAP, un protocole de coopération, réalisé en collaboration entre le Gérontopôle de Toulouse, l'ARS Midi Pyrénées et les professionnels de maisons de santé pluridisciplinaires, a été validé par l'HAS en 2013 (21)(35). Dans un premier temps l'IDE réalise une démarche diagnostique du syndrome de fragilité au domicile du patient après signalement par le médecin traitant. Dans un 2ème temps, si le diagnostic est posé, l'IDE va initier sa prise en charge. Celle-ci sera validée, suivie et réévaluée par le médecin traitant.

Dans de nombreux pays des expérimentations, évaluant la fragilité des personnes âgées en soins primaires et aboutissant sur des soins structurés proactifs, se développent (36) (37).

C'est le cas de l'étude pilote « U-Care » en Angleterre (38), construite sur une évaluation gériatrique complète au domicile des personnes âgées et sur l'élaboration d'un programme de soins personnalisé. A l'issue de ce programme, le retour des professionnels de santé (médecins généralistes et infirmières) était plutôt encourageant. En effet pour ces derniers, l'intervention est réalisable dans la pratique générale et améliorerait la prise en charge des patients âgés. Pour améliorer sa mise en œuvre, il y a certaines conditions préalables à remplir : fournisseurs de soins bien formés et impliqués dans le développement de l'intervention, bonne collaboration médecin-infirmière et nécessité d'une compensation financière (39).

Au Pays Bas, un programme d'intervention gériatrique en soins primaires (Dutch Geriatric Intervention Programme : « DGIP ») impliquant une étroite collaboration Infirmière-Médecin s'est développé. Une étude a été réalisée pour tester sa faisabilité en pratique quotidienne. Celle-ci s'est basée, en grande partie, sur le point de vue des

professionnels de santé afin de déterminer les obstacles et les facteurs facilitants son développement. En définitive, l'évaluation gériatrique par l'infirmière a été une aide pour les médecins généralistes notamment pour l'analyse des problèmes cognitifs, d'humeur et de mobilité de leurs patients. En effet, les médecins ont affirmé manquer de temps et de connaissances pour réaliser seuls ces prises en charge. Les médecins ont apprécié la coopération interprofessionnelle et ont estimé que le programme était réalisable dans la pratique quotidienne. Cependant ils ont notifié certaines barrières nécessitant une adaptation : le manque de connaissance des infirmières et médecins concernant les tests diagnostiques, et une communication interdisciplinaire insuffisante (40).

Beaucoup de ces expérimentations basées sur l'évaluation gériatrique en soins primaires sont prometteuses, sous condition d'un suivi régulier prolongé (41). Ceci par la détection précoce de problèmes non identifiés auparavant, la réduction de morbi-mortalité (42)(43), la prévention du déclin fonctionnel (44), et l'amélioration du bien-être mental des personnes âgées vulnérables (45). Cependant, ceci est à pondérer par d'autres évaluations ne révélant pas d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées par rapport aux soins habituels (46) ; l'efficacité des modèles d'intervention gériatrique communautaire reste donc controversée. Cette différence d'efficacité peut-être expliquée par des divergences concernant la nature des interventions, la sélection des populations, et les compétences des infirmières (44).

Il existe peu de publications impliquant les Internes en médecine dans la littérature. Cependant, une revue systématique de la littérature américaine (47), a identifié la nécessité d'une formation supplémentaire en gériatrie pour les résidents (internes) en médecine interne par la mise en place d'interventions d'éducation et des programmes d'études spécifiques.

Ces derniers impliquent la création d'expériences dans lesquels le résident participe activement aux soins des patients et travaille en équipe interdisciplinaire dans des sites de formation non traditionnels.

En 2004, l'Université de Cincinnati, a développé un programme (48) conçu pour enseigner la médecine gériatrique aux résidents en simulant une relation longitudinale de 10 ans, au cours de 3 séances successives, entre médecins résidents et un patient

standardisé mis en œuvre pour dépeindre l'évolution d'une démence de type Alzheimer. Ces ateliers étaient filmés, auto-évalués par les résidents eux-mêmes et supervisés par des professionnels formés.

Les résultats ont montré une amélioration significative des compétences cliniques des résidents dans la prise en charge des personnes âgées et les participants ont évalué très positivement le programme par rapport aux autres techniques d'apprentissage.

Similairement, à l'initiative des Professeurs de la Société Américaine de Gériatrie et du Comité d'éducation, un modèle a été conçu pour enseigner et évaluer les compétences des étudiants en médecine et autres praticiens dans le domaine de la marche et du risque de chutes chez les personnes âgées (49). Ce modèle se basait sur plusieurs ateliers pratiques supervisés et a permis une amélioration des compétences globales des participants dans l'évaluation des risques de chutes et leur prévention.

3) Forces et faiblesses

Notre travail est le premier à évaluer la satisfaction des médecins généralistes au terme d'une évaluation gériatrique réalisée par un professionnel de santé formé en soins primaires. Les expériences concernant la mise en œuvre de tels programmes sont rares en France.

Il permet de montrer l'intérêt, pour les médecins généralistes, d'une évaluation en dehors de l'hôpital, ainsi que celui de la délégation de tâches. Ces concepts sont nouveaux dans notre pays mais sont au cœur de l'actualité puisqu'ils proposent des solutions à un problème de santé publique grandissant.

A noter que le projet FAP, a pu bénéficier d'une Infirmière formée spécifiquement à la gériatrie ce qui est un véritable apport en matière d'efficience. De même ce projet a permis un renforcement des liens médecine de ville - hôpital.

Pour notre travail, nous avons eu un haut taux de réponses de la part des participants au projet : > 90%.

Le nombre de patients évalués (au total plus de 250 patients en une année), permet aux médecins d'avoir un « vrai » ressenti.

Par ailleurs, nos résultats se présentent sous la forme de données numériques objectives.

Cependant, notre travail se base sur un petit échantillon où tous les participants étaient maîtres de stages universitaires et volontaires pour participer au projet FAP, ce qui peut constituer un biais de sélection. De plus, 35% (n=9) des participants avaient une formation complémentaire en gériatrie.

De même, nous n'avons pas pris en compte les associés de nos médecins référents qui ont participé au projet ce qui limite notre échantillon.

Le projet FAP, et donc notre travail, se sont déroulés dans un territoire limité : la région Midi-Pyrénées, et plus précisément le département d'Haute Garonne majoritairement, ce qui limite la généralisation des résultats.

Le recueil de la satisfaction des médecins généralistes a été réalisé de manière quantitative à l'aide de questions fermées. Ce dernier se terminait par un texte libre pour que chacun puisse exprimer ses impressions personnelles ou remarques.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude qualitative afin d'avoir des résultats plus précis sur la satisfaction des médecins.

Le nombre de patients évalués pour chaque médecin n'a pas été pris en compte ; certains médecins ont bénéficié de peu d'évaluations concernant leur patientèle ce qui peut constituer un biais d'évaluation.

4) Perspectives

Ce travail peut amener à un travail complémentaire évaluant le retour des médecins généralistes de manière qualitative pour une analyse précise.

Cette évaluation gériatrique en soins primaires réalisée par un professionnel de santé formé, pourrait se développer à plus large échelle, sur d'autres territoires ; le principal obstacle à cette extension restant à ce jour son financement.

Par ailleurs, à l'image de notre évaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes, il serait intéressant d'étudier le ressenti des patients évalués.

Ce programme est une belle ouverture pour la réorganisation des soins primaires en France et la prise en charge de notre population vieillissante.

Il reste à améliorer le protocole en prenant en compte les remarques des médecins généralistes qui nécessitent une aide tout au long de l'évaluation, notamment dans la

rédaction du Plan Personnalisé de Soins. La diffusion d'une fiche formative concernant l'interprétation des différents bilans réalisés et la rédaction du PPS pourrait être une aide à développer. De même qu'un contact avec les paramédicaux environnants qui auraient été au préalable sensibilisés et formés à la prise en charge de la fragilité.

L'important étant une prise en charge optimale des patients sans perte de temps pour les médecins traitants qui sont de plus en plus surchargés.

Toutes les mesures permettant la facilitation du travail du médecin peuvent être pertinentes et sont à étudier.

V) Conclusion

Face au vieillissement de la population, la notion de fragilité et sa réversibilité, représente un enjeu pour les médecins généralistes qui sont des acteurs majeurs de notre système de soins.

Pour répondre à l'augmentation de la demande de soins qui se heurte à la pénurie de médecins, une adaptation de notre système de santé s'impose.

Le projet « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care » (FAP) de Midi-Pyrénées vise à évaluer l'intérêt d'implémenter en soins primaires une Infirmière d'évaluation gériatrique ou un Interne formé, pour évaluer les sujets avec une plainte cognitive et/ou une impression subjective de fragilité.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes concernant ce nouveau modèle de prise en charge dans leur pratique quotidienne.

Le retour de ces derniers était très satisfaisant et encourageant pour le futur. Les médecins estimaient qu'une grande partie de leur patientèle ayant bénéficié de l'évaluation gériatrique en cabinet aurait refusé une évaluation en milieu hospitalier. L'évaluation avait permis la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant et la plupart des médecins interrogés avaient un avis positif ou plutôt positif concernant l'amélioration de la prise en charge de leur patient à l'issue de cette évaluation.

Cette évaluation gériatrique en cabinet apparaît aussi avoir un rôle formateur pour les médecins généralistes.

En ce qui concerne le déroulement de l'évaluation, les médecins ayant bénéficié de l'évaluation par l'Infirmière semblaient plus satisfaits.

En revanche, la rédaction du Plan Personnalisé de Soins était plus facile quand l'évaluation était réalisée par un Interne.

Les évaluations gériatriques pourraient être généralisées sur d'autres territoires, sous condition d'un financement.

Cependant certaines modifications sont à entreprendre.

La rédaction du Plan Personnalisé de Soins (PPS) pouvant être parfois difficile, il apparaît primordial d'aider les médecins traitants dans la réalisation du Plan

Personnalisé de Soins. Par exemple, la diffusion d'une fiche formative concernant l'interprétation des différents bilans réalisés et la rédaction du PPS pourrait être une aide à développer.

La délégation de certaines tâches standardisables aux infirmières est en plein essor dans l'ensemble du monde et apparaît comme un moyen de répondre aux changements démographiques et aux pressions sur le système de santé, et ce particulièrement dans le domaine de la gériatrie.

Toulouse, le 26.10.2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Stéphane Oustric

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



VI) Bibliographie

1. Chassagne P, Rolland Y, Vellas BJ. La personne âgée fragile [Internet]. Paris; New York: Springer; 2009 [cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10305817>
2. Rodriguez-Manas L, Feart C, Mann G, Vina J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013 Jan 1;68(1):62–7.
3. 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 Mar;56(3):M146-156.
4. Livre blanc « REPÉRAGE ET MAINTIEN DE L ' AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES » [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 30]. Available from: <http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>
5. Rougé Bugat M-E, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Oct;13(8):669–72.
6. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392–7.
7. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. Fiche points clés et solutions. HAS [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 20]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
8. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun;64(6):675–81.
9. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1487–92.
10. Comment promouvoir le vieillissement actif en Europe. Soutien de l'Union européenne aux acteurs locaux et régionaux. AGE Platf Eur [Internet]. [cited 2016 Jan 31]; Available from: http://www.ageplatform.eu/images/stories/EN/brochure_activeageing_fr.pdf
11. Évaluation des fragilités et prévention de la dépendance dans les différents établissements de santé de la région Midi-Pyrénées. 2014 [cited 2016 Jan 30]; Available from: <http://www.ensembleprevenonsladelapdependance.fr/prevenir-la-dependance/evaluation-des-fragilites-et-prevention-de-la-dependance-dans-les-differents-etablissements-de-sante-de-la-region-midi-pyrenees/>

12. Safon M-O. Loi Bachelot «Hôpital, Patients, Santé et Territoires». Pô Doc L'Irdes [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Sep 18]; Available from: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
13. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging*. 2013 Aug;17(7):629–31.
14. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
15. Chodosh J, Petitti DB, Elliott M, Hays RD, Crooks VC, Reuben DB, et al. Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jul;52(7):1051–9.
16. Löppönen M, Rähä I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivelä S-L. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care -- a more active approach is needed. *Age Ageing*. 2003 Nov;32(6):606–12.
17. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care*. 2001 Sep;19(3):194–8.
18. Borson S, Scanlan J, Hummel J, Gibbs K, Lessig M, Zuhr E. Implementing Routine Cognitive Screening of Older Adults in Primary Care: Process and Impact on Physician Behavior. *J Gen Intern Med*. 2007 May 10;22(6):811–7.
19. Rougé Bugat M-E, Subra J, Oustric S, Nourhashémi F. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. *Cah Année Gérontologique*. 2012 Sep;4(3):279–88.
20. Oustric S, Renard V. Cibler et dépister la fragilité en médecine générale : c'est maintenant.... *Cah Année Gérontologique*. 2012 Sep;4(3):266–7.
21. L'année gérontologique 2014: communications orales et affichées. In 2014 [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://www.fragilite.org/abstract.pdf>
22. Teixeira A. Projet PAERPA : retour d'expérience du Nord-Est de Paris. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2015 Jun;15(87):129–33.
23. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Jun 6]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
24. Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, et al. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17(9):782-8.

25. Bourgueil Y, et al. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. IRDES [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 18]; Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
26. Berland Y. COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES [Internet]. 2003 Oct [cited 2016 Jun 18]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
27. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324:819-823.
28. Reuben DB, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD, Wenger NS. Effect of Nurse Practitioner Comanagement on the Care of Geriatric Conditions. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jun;61(6):857–67.
29. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières L'apport d'expériences européennes et canadiennes [Internet]. 2006 Mar [cited 2016 Jun 18]. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1624part1.pdf>
30. Kinnersley P, and al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. *BMJ*. 2000; 320:1043-1048.
31. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? HAS [Internet]. 2008 Apr [cited 2016 Jun 18]; Available from: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
32. Avet S. Les infirmières et l'évaluation en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2008 Feb;8(43):8–16.
33. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust*. 2006 Jul 3;185(1):10–2.
34. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N, et al. The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada. *Nurs Leadersh*. 2010 Dec 1;23(sp):88–113.
35. HAS. AVIS N° 2013.0092/AC/SEVAM du 4 décembre 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé. HAS [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 7]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/a_2013_0092_pc_046.pdf

36. Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, Clark DO, Frank KI. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): A New Model of Primary Care for Low-Income Seniors: GRACE PRIMARY CARE FOR LOW-INCOME SENIORS. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Jul;54(7):1136–41.
37. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002 Oct 3;347(14):1068–74.
38. Bleijenberg N, ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Development of a Proactive Care Program (U-CARE) to Preserve Physical Functioning of Frail Older People in Primary Care: Development of a U-CARE Program. *J Nurs Scholarsh.* 2013 Mar;n/a-n/a.
39. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenbergh B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *J Adv Nurs.* 2013 Oct;69(10):2262–73.
40. van Eijken M, Melis R, Wensing M, Rikkert MO, van Achterberg T. Feasibility of a new community-based geriatric intervention programme: An exploration of experiences of GPs, nurses, geriatricians, patients and caregivers. *Disabil Rehabil.* 2008 Jan;30(9):696–708.
41. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002 Feb 27;287(8):1022–8.
42. López Pavón I, Roset Bartrolí M, Iglesias Pérez B, González Gil L, Rodríguez Molinet P, Fuentes Parrón M. Aplicación de un protocolo de valoración geriátrica en atención primaria: comparación con los datos de la historia clínica. *Aten Primaria.* 2000;25(9):630–3.
43. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San Jose A, Santaeugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract.* 2010 Jun 1;27(3):239–45.
44. Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, van Rijn M, de Haan RJ, de Rooij SE, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):85.
45. Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future A Randomized Study of a Multidisciplinary Program to Intervene on Geriatric Syndromes in Vulnerable Older People Who Live at Home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol [Internet].* 2007; Available from: <https://biomedgerontology-oxfordjournals-org.docadis.upstlse.fr/content/63/3/283.full>

46. Hoogendijk EO, van der Horst HE, van de Ven PM, Twisk JWR, Deeg DJH, Frijters DHM, et al. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: Results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Intern Med.* 2016;28:43-51.
47. Thomas DC. Improving Geriatrics Training in Internal Medicine Residency Programs: Best Practices and Sustainable Solutions. *Ann Intern Med.* 2003 Oct 7;139(7):628.
48. Schlaudecker JD, Lewis TJ, Moore I, Pallerla H, Stecher AM, Wiebracht ND, et al. Teaching Resident Physicians Chronic Disease Management: Simulating a 10-Year Longitudinal Clinical Experience With a Standardized Dementia Patient and Caregiver. *J Grad Med Educ.* 2013 Sep;5(3):468–75.
49. Atkinson HH, Tan ZS, Brennan M, Granville L. A Collaborative National Model to Assess Competencies for Medical Students, Residents, and Other Healthcare Practitioners in Gait and Falls Risk Evaluation. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Jun;62(6):1155–60.

VII) Annexe : Questionnaire

Questionnaire : Evaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes au terme d'une évaluation gériatrique en soins primaires

*Obligatoire

1) Sexe : *

- Homme
- Femme

2) Tranche d'âge : *

- Moins de 40 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- Plus de 60 ans

3) Milieu d'exercice : *

- Rural
- Semi rural
- Urbain

4) Vos associés participent-ils au projet "FAP" (Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care) ? : *

Si oui : cochez et précisez le nombre d'associés participants / le nombre total d'associés, dans la case "Autre" (exemple : 2/4)

- Oui
- Non
- Autre :

5) Quelle proportion de personnes âgées (plus de 65 ans) avez-vous dans votre patientèle ? *

- Moins de 10%
- Entre 10 et 25%
- Entre 25 et 50%
- Plus de 50%
- Ne sait pas

6) Quel niveau de difficulté éprouvez-vous dans la prise en charge globale du patient âgé ? *

- Difficile
- Plutôt difficile
- Plutôt facile
- Facile

7) Possédez-vous un diplôme ou une formation en relation avec la gériatrie ? *

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- Formation universitaire : capacité, DU, DIU
- Formation continue : FMC / DPC

8) Pensez-vous qu'une formation supplémentaire concernant la fragilité et/ou les troubles cognitifs puisse vous aider dans votre pratique quotidienne ? *

- Oui
- Non

9) Avez-vous ressenti des difficultés dans la sélection des patients à évaluer ? *

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quelle(s) ?

Si plusieurs réponses, cochez par ordre décroissant (colonne 1 pour la plus grande difficulté, puis 2, etc...).
Le nombre de réponses est libre.

	1 (plus grande difficulté)	2	3	4
Peu de patients gériatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de temps lors des consultations pour faire l'inclusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oubli momentané du projet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez ne saisir qu'une seule réponse par ligne.

10) A combien de patients l'évaluation gériatrique a-t-elle évité une consultation gériatrique hospitalière ? *

- Moins de 10%
- Entre 10 et 25%
- Entre 25 et 50%
- Plus de 50%

11) Comment évaluez-vous l'acceptation de vos patients à une évaluation gériatrique en cabinet de médecine générale ? *

- Négative
- Plutôt négative
- Plutôt positive
- Positive

12) A combien estimez-vous le nombre de patients ayant accepté l'Evaluation Gériatrique en cabinet de médecine générale MAIS qui auraient, selon vous, refusé une Evaluation en milieu hospitalier (HDJ, consultation, centre mémoire) ? *

- Moins de 10%
- Entre 10 et 25%
- Entre 25 et 50%
- Plus de 50%

13) Quelle est votre impression sur le degré de satisfaction des patients suite au Plan Personnalisé de Soins (PPS) ? *

- Négatif
- Plutôt négatif
- Plutôt positif
- Positif

14) En dehors du projet "FAP", l'accessibilité aux gériatres hospitaliers est-elle facile pour vous ?

	Facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Difficile	Ne sait pas
De façon générale	<input type="radio"/>				
Par téléphone	<input type="radio"/>				
Par mail	<input type="radio"/>				

Veillez ne saisir qu'une seule réponse par ligne.

15) Dans le cadre du projet "FAP" l'évaluation dans votre cabinet se fait-elle via une IDE ou un interne ? *

- IDE
- Interne

16) Quel est votre avis général sur l'apport de l'Evaluation Gériatrique en soins primaires ? *

- Négatif
- Plutôt négatif
- Plutôt positif
- Positif

17) Votre participation au projet améliore-t-elle l'accessibilité à la prise en charge gériatrique hospitalière (consultation, HDJ ou centre mémoire) ? *

- Oui
- Non
- Ne sait pas

18) Dans la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant chez vos patients, cette évaluation vous paraît-elle : *

- Négative
- Plutôt négative
- Plutôt positive
- Positive

19) Comment évaluez-vous le gain de temps dans votre pratique suite à l'évaluation d'un patient âgé fragile et/ou avec une plainte cognitive ? *

- Négatif
- Plutôt négatif
- Plutôt positif
- Positif

20) Quel(s) sont le(s) domaine(s) dans le(s)quel(s) l'évaluation gériatrique vous semble-t-elle être la plus utile pour votre prise en charge du patient ?

Si plusieurs réponses, cochez par ordre décroissant (colonne 1 pour le plus utile, puis 2 etc...). Le nombre de réponses est libre.

	1 (le plus utile)	2	3	4	5	6
Domaine social	<input type="radio"/>					
Domaine cognitif	<input type="radio"/>					
Domaine physique	<input type="radio"/>					
Domaine sensoriel	<input type="radio"/>					
Domaine nutritionnel	<input type="radio"/>					
Domaine psychologique	<input type="radio"/>					

Veillez ne saisir qu'une seule réponse par ligne.

21) Y-a-t-il selon vous des concepts manquants dans cette Evaluation Gériatrique en soins primaires ? *

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Si plusieurs réponses, cochez par ordre décroissant (colonne 1 pour le plus manquant, puis 2 etc...). Le nombre de réponses est libre.

	1 (le plus manquant)	2	3	4
Témoignage des proches de la personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation de l'habitat de la personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressources financières du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contexte familial du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez ne saisir qu'une seule réponse par ligne.

22) Appréhendez-vous mieux la fragilité et ses outils diagnostiques à l'issue de ces Evaluations Gériatriques ? *

- Oui
- Non

23) A partir de la synthèse de l'Evaluation Gériatrique, la rédaction du PPS (Plan Personnalisé de Soins) est-elle ? *

- Difficile
- Plutôt difficile
- Plutôt facile
- Facile

24) Quel(s) élément(s) vous aiderai(en)t pour la rédaction du PPS ? *

Choix multiples

- Fiche formative
- Formation sur 1 jour
- Contact avec les équipes de coordination (CLIC, MAIA...)
- Contact avec vos correspondants gériatres
- Contact avec les paramédicaux (kiné, diététicienne...)
- Contact avec les travailleurs sociaux locaux
- Aucun

25) Cette Evaluation Gériatrique vous a-t-elle conduit à prescrire des actes que vous n'auriez pas prescrits sans cette dernière ? *

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Si plusieurs réponses, cochez par ordre décroissant (colonne 1 pour le plus prescrit, puis 2 etc...). Le nombre de réponses est libre.

	1 (le plus prescrit)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen paraclinique (imagerie, bilan sanguin...)	<input type="radio"/>									
IDE	<input type="radio"/>									
Aides-soignantes	<input type="radio"/>									
Kinésithérapie	<input type="radio"/>									
Mise en place d'aides sociales (APA etc...)	<input type="radio"/>									
Assistante sociale	<input type="radio"/>									
Diététicienne	<input type="radio"/>									
Psychologue	<input type="radio"/>									
Ergothérapeute / Psychomotricienne	<input type="radio"/>									
Optimisation thérapeutique	<input type="radio"/>									

Veuillez ne saisir qu'une seule réponse par ligne.

26) Selon vous, cette Evaluation Gériatrique améliore-t-elle la prise en charge de vos patients ? *

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

27) Pensez-vous que les évaluations gériatriques dans les cabinets de médecine générale, telles qu'elles se déroulent dans le projet FAP, devraient être généralisées sur d'autres territoires ? *

- Oui
- Non

28) Selon vous, quels seraient les obstacles à la généralisation des Evaluations Gériatriques en soins primaires ? *

Choix multiples

- Absence ou insuffisance de compliance du patient
- Absence ou insuffisance d'amélioration concrète de l'état de santé du patient
- Manque de correspondants pour poursuivre une prise en charge adaptée
- Complexité des échelles de dépistage pour l'interprétation en médecine générale
- Financement des évaluations
- Aucun
- Autre :

Commentaires divers :

EVALUATION DU DEGRE DE SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES AYANT PARTICIPE A UN PROJET D'EVALUATION GERIATRIQUE EN SOINS PRIMAIRES**RESUME**

INTRODUCTION : Face au contexte démographique, les soins primaires doivent s'approprier le concept de fragilité. Le projet « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care » (FAP), a pour objet d'implémenter en soins primaires une Infirmière d'évaluation gériatologique ou un Interne formé, pour évaluer les sujets repérés fragiles. Notre travail avait pour but d'évaluer le ressenti des médecins généralistes au terme d'une évaluation gériatrique en soins primaires.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée en région Midi-Pyrénées sur une population de 26 médecins généralistes libéraux. Le recueil des informations a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.

RESULTATS : Les médecins ont estimé qu'une grande partie de leur patientèle ayant bénéficié de l'évaluation gériatrique en cabinet aurait refusé une évaluation en milieu hospitalier. 92% (n=24) des médecins interrogés ont eu un avis positif ou plutôt positif concernant la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant et l'amélioration de la prise en charge de leur patient à l'issue de cette évaluation. Pour 42% des médecins (n=11), la rédaction du Plan Personnalisé de Soins s'est avérée être plutôt difficile, voir difficile. 73% des médecins (n=19) ont estimé mieux appréhender la fragilité à l'issue de l'évaluation.

DISCUSSION : Le retour des médecins généralistes a été très satisfaisant et encourageant pour le futur. Cette évaluation gériatrique en soins primaires pourrait se développer sur d'autres territoires sous condition de quelques modifications.

ASSESSMENT OF THE SATISFACTION OF GENERAL PRACTITIONERS INVOLVED IN A GERIATRIC EVALUATION PROJECT IN PRIMARY CARE.**ABSTRACT**

INTRODUCTION: In response to demographic challenges, primary care facilities need to get familiar with the concept of frailty. The « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care » project introduced a geriatric evaluation nurse or a trained resident in primary care facilities in order to evaluate previously detected frail patients. Our work aimed at evaluating the general practitioner opinion following geriatric evaluation in a primary care facility.

MATERIAL AND METHODS: This is an observational descriptive study performed in the Midi-Pyrénées region on a population of 26 general practitioners. Gathering of the information was performed through an online survey.

RESULTS: General practitioners estimated that most of the patients benefiting from a primary care geriatric evaluation would have declined hospital evaluation. 92 % (n = 24) of the surveyed general practitioners gave a strongly positive or positive opinion regarding detection of previously unidentified health issues and improvement of patient care following this evaluation. 42% of the general practitioners found establishing the personalized plan of cares difficult or very difficult. 73% of the general practitioners estimated to have a better understanding of frailty after the evaluation.

DISCUSSION: General practitioners feedback was very positive and promising for the future. This geriatric evaluation in primary care facilities could be developed and extended into new regions as long as the appropriate modifications are performed.

KEY WORDS: Geriatric evaluation, frailty, primary cares, elderly, screening, nurse, residents, delegation of tasks.

MOTS CLEFS : Evaluation gériatrique, Fragilité, Soins primaires, Personnes âgées, Dépistage, Infirmière, Interne en Médecine, Délégation de tâches

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

DIRECTEURS DE THESE : Docteur CHICOULAA Bruno et Docteur FOUGERE Bertrand