

UNIVERSITE Toulouse III – Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1087

THESE

**POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**Evaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé
à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Bertrand Fougère

**Présentée et soutenue publiquement
par Maxime Renoux le 29 juin 2017 à 17h**

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Bruno VELLAS	Assesseur
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Bertrand FOUGERE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LÉOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCANÉ Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARRATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARDON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C. E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU ROUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
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. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
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
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stephanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Celine	Cytologie et histologie
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INSUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Table des matières

I/ INTRODUCTION	1
II/ MATERIEL ET METHODES	4
III/ RESULTATS	6
A. Analyse descriptive	6
1. <u>Population étudiée : données sociodémographiques</u>	7
2. <u>Déroulement de l'évaluation</u>	8
2a. <i>Inclusion et motif d'évaluation</i>	
2b. <i>Satisfaction et ressenti de l'évaluation</i>	
3. <u>Bilan de l'évaluation satisfaction du plan personnalisé de soins</u>	9
3a. <i>Problèmes dépistés et mesures mises en place</i>	
3b. <i>Satisfaction du plan personnalisé de soins</i>	
4. <u>Point de vue général des patients</u>	12
4a. <i>Avis sur évaluations gériatriques en soins premiers</i>	
4b. <i>Avis des patients sur le contenu de l'EGS</i>	
4c. <i>Motif de refus d'une évaluation hospitalière</i>	
B. Analyse comparative	14
1. <u>Satisfaction de l'évaluation gériatrique</u>	14
2. <u>Compréhension des explications à l'issue de l'évaluation</u>	14
3. <u>Satisfaction des mesures mises en place suite à l'évaluation</u>	14
IV/ DISCUSSION	15
A. Principaux résultats	15
B. Confrontation à la littérature	17
1. <u>Evaluation du degré de satisfaction : patients et familles</u>	17
2. <u>Délégation de tâches aux infirmières</u>	18
3. <u>Concernant la formation de l'interne à la fragilité</u>	19
C. Critique de l'étude : forces et faiblesses	20
D. Perspectives	21
V/ CONCLUSION	22

Liste des tables et figures

<u>Figure 1</u> : Déroulement du recueil de données.....	6
<u>Figure 2</u> : Répartition géographique de l'ensemble des patients interrogés	7
<u>Figure 3</u> : Motifs d'évaluations dans le projet "FAP" selon l'initiateur de la demande.....	8
<u>Tableau 1</u> : Satisfactions et ressentis des patients concernant l'évaluation gériatrique standardisée dans le cadre du projet « FAP »	9
<u>Figure 4</u> : Corrélation entre mise en évidence de problèmes lors de l'évaluation et mise en place de mesures dans le cadre du projet "FAP".....	10
<u>Figure 5</u> : Bilan de l'évaluation gériatrique du projet « FAP » : répartition des types de problèmes identifiés et mesures mises en place.....	11
<u>Tableau 2</u> : Satisfactions et ressentis concernant le bilan de l'évaluation gériatrique standardisée dans le cadre du projet « FAP »	12
<u>Figure 6</u> : Domaines les plus utiles selon les patients dans l'évaluation gériatrique standardisée - plusieurs réponses possibles (n=249)	13
<u>Tableau 3</u> : Eventuel refus en cas d'évaluation gériatrique proposée à l'hôpital plutôt que dans le cabinet du médecin généraliste. Réponses des patients issu du projet « FAP ».....	13
<u>Figure 7</u> : motifs de refus d'une évaluation hospitalière chez les patients évalués dans le cadre du projet "FAP" - plusieurs réponses possibles (n=87)	14
Questionnaire de thèse	Annexe

Abréviations

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

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

GIR : Groupe Iso Ressource

GFST : Gérontopôle Frailty Scale Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

IEG : Infirmière d'Evaluation Gériatrique

PAERPA : Parcours de personne Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de soins

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

I. INTRODUCTION

En France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes (1). Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 19,2% de la population au 1^{er} janvier 2017, soit une progression de 3% en 10 ans (2). Le vieillissement de la population concerne l'ensemble de l'Europe. En 2060, l'Union Européenne comptera une personne de plus de 65 ans pour deux personnes âgées de 15 à 64 ans. Les centenaires français, autour de 20 000 en 2017, pourraient être dix fois plus nombreux en 2060 (3). Ce vieillissement de la population pose d'importantes questions de santé publique.

Avec le vieillissement, apparaissent des fragilités et des pathologies chroniques, pouvant entraîner des déclin fonctionnels physiques et cognitifs favorisant l'entrée dans la dépendance (4). Cette entrée dans la dépendance représente un coût pour la société. La dépense publique engendrée par la dépendance est de 24 milliards/an. Les plus de 75 ans (8% de la population) représente aujourd'hui 20% des dépenses de santé (5). Seulement 4% des dépenses liées à la dépendance bénéficient aux personnes à l'autonomie conservée : classé GIR 5 ou 6 (5) (6). Une action préventive en amont de la dépendance permettrait de répondre aux enjeux économiques et démographiques (7).

La fragilité, qui caractérise l'état de vulnérabilité d'un sujet, est un concept gériatrique particulièrement pertinent pour aborder ces questions. La fragilité est définie par une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et les facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux (8). Les travaux de L. Fried ont permis de préciser la fragilité à partir de cinq critères retenus au sein d'une population âgée autonome, vivant à domicile : perte de poids, faiblesse, fatigue, lenteur et sédentarité (9). En la présence d'au moins 3 de ces critères l'individu est perçu comme « fragile ».

La fragilité est maintenant identifiée comme un indicateur médical spécifique, prédictif de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques et de l'âge (10). Son dépistage précoce a pour objectif d'en identifier les déterminants et d'agir sur ces derniers afin de retarder la dépendance dite « évitable » (11). Le but est de prévenir la survenue d'évènements défavorables comme la chute, l'hospitalisation, l'entrée en institution et la mortalité.

Face au défi que constitue le dépistage précoce de la fragilité, le Gérotopôle de Toulouse a développé l'outil « Gérotopôle Frailty Scale Tool » (12) (GFST), dont l'utilisation est recommandée par l'Haute Autorité de Santé (HAS) (13). Celui-ci permet au médecin généraliste le repérage simple et rapide de patients potentiellement fragiles et donc candidats à une évaluation gériatrique globale. Un repérage précoce des patients en ambulatoire que le médecin généraliste adresse ensuite vers une structure hospitalière. Ces structures sont des « Hôpitaux de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance » (14).

Dans ces structures, le patient bénéficie d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) qui s'appuie sur l'évaluation de domaines tels que le statut nutritionnel, physique, sensoriel et cognitif. Après l'évaluation, un plan personnel de soin (PPS) est proposé avec des méthodes telles que des programmes d'exercices physiques, une prise en charge nutritionnelle, un entraînement cognitif, une correction acoustique et optique. Une optimisation de la vie sociale et une réévaluation des thérapeutiques sont également proposées dans le PPS (15).

Cependant, la prévalence de la fragilité dépend de l'outil utilisé. C'est un frein à sa reconnaissance et sa prise en charge. En France, elle est évaluée à 15,5% chez les plus de 65 ans. Dans les autres pays européens, elle est en moyenne de 10% mais avec des écarts allant de 5 à 58% (16). Afin d'uniformiser le dépistage, la HAS recommande depuis 2013 l'utilisation de l'outil « GFST » de Toulouse. Elle souhaite aussi que la médecine de proximité s'implique davantage dans le dépistage de la fragilité (13). Le médecin généraliste étant au centre de la planification, l'accompagnement et le suivi des soins (17), c'est un acteur majeur dans le plan de renforcement de la prévention voulu par les pouvoirs publics. De plus, compte tenu du nombre accru de patients adressés dans les structures hospitalières spécialisées depuis leur création en 2011 à Toulouse, des réflexions sont à l'étude pour que les soins premiers prennent une place croissante dans la prise en charge de la fragilité.

Depuis 2014, le ministère des affaires sociales et de la santé a déployé le dispositif « PAERPA » (Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) dont les missions sont axées sur le renforcement du maintien à domicile et l'amélioration de la coordination des intervenants de premiers recours, son action a pour but de préserver

l'autonomie au meilleur coût (18). De plus, le développement des « fonctions d'appui », sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS) (19) pourrait être une des réponses à l'optimisation et l'homogénéisation de la couverture de soins sur le territoire (20). La délégation de tâches aux infirmières pourrait soulager la charge de travail grandissante du médecin (21). Le temps médical libéré pourrait permettre une meilleure efficacité dans la prise en charge. Plusieurs modèles de soins testent sa faisabilité en France.

C'est dans ce contexte que débute le projet « *Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care* » en juin 2015 (22). Issu de la collaboration du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées et du Gérontopôle de Toulouse, ce projet permet la réalisation de l'évaluation gériatrique standardisée au sein du cabinet du médecin généraliste. Les personnes évaluées, de plus de 70 ans et vivant à leur domicile, ont une plainte cognitive et/ou une impression subjective de fragilité. L'évaluation est réalisée par des Infirmières d'Evaluation Gérontologique (IEG) ou des Internes formés. Les résultats de l'évaluation sont ensuite transmis au médecin généraliste qui propose alors un plan personnalisé de soins en collaboration avec le patient et son entourage.

Le degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé au protocole a été recueilli deux ans après au travers d'une thèse d'exercice de médecine générale (23). Le degré de satisfaction des patients eux-mêmes n'avait lui, jusqu'alors pas fait l'objet d'une étude.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le degré de satisfaction d'un échantillon de personnes âgées ayant participé à une évaluation gériatrique en soins premiers. L'objectif secondaire était de comparer le degré de satisfaction des patients ayant été évalués d'une part par une infirmière diplômée d'état et d'autre part par un interne de Médecine Générale.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Cette étude observationnelle, descriptive, transversale a été réalisée en région Occitanie sur une population de patients âgés. Le recueil des informations a été effectué par téléphone au moyen d'un questionnaire préétabli.

B. Population étudiée

Les appels téléphoniques ont concerné 268 patients. Ces derniers avaient participé au projet « *Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care* » entre le 1^{er} juin 2015 et le 1^{er} novembre 2016. Parmi eux, 3 ont été exclus de l'enquête car ils avaient moins de 65 ans lors de leur évaluation gériatrique initiale. Sur les 268 patients, 231 ont bénéficié des évaluations gériatriques réalisées par l'infirmière formée, 37 par les internes de médecine générale en 3^{ème} année.

C. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur le dossier d'évaluation gériatrique du projet « FAP » avec la supervision du Dr Fougère (coordonnateur du projet / Gérontopôle de Toulouse). Le questionnaire a été soumis à diverses personnes, du corps médical ou non, afin d'évaluer sa pertinence et sa compréhension ainsi que sa faisabilité par téléphone.

Ce questionnaire comportait 21 questions fermées évaluant le degré de satisfaction et le ressenti des patients (annexe 1).

Le questionnaire comportait 4 parties :

- 1^{ère} partie : données sociodémographiques des patients (âge, sexe, ville, niveau d'étude).
- 2^{ème} partie : l'évaluation du patient avec 2 sous-parties (inclusion dans le projet et satisfaction de l'évaluation).
- 3^{ème} partie : bilan de l'évaluation avec 2 sous-parties (problèmes dépistés, mesures mises en place et satisfaction du plan personnalisé de soins).

- 4^{ème} partie : point de vue générale des patients avec 3 sous-parties (avis concernant les évaluations gériatriques en soin premier, concernant le contenu de l'EGS et motifs de refus d'une évaluation hospitalière).

Le questionnaire a été élaboré de novembre 2016 à janvier 2017.

La période de recueil de données s'est étendue de janvier 2017 à avril 2017. Les appels téléphoniques ont eu lieu de 9h à 12h et de 14h à 18h du lundi au vendredi. La réponse au questionnaire était précédée d'une présentation de l'interlocuteur, du motif de l'appel et après accord du patient. La fin du recueil a été déterminée lorsque la totalité des patients a été appelée. Le nombre de rappels a été fixé arbitrairement à 3.

D. 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. Les variables intergroupes ont été comparées par un test de Chi² avec correction de Yates et par Test de Fisher. Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages et effectifs, exposés sous forme de tableaux et de diagrammes.

III. RESULTATS

A. Analyse descriptive

Le déroulement du recueil de données est présenté en figure 1 sous forme de flow chart. Au total, 133 questionnaires ont pu être réalisés, soit un taux de participation de 49,6%.

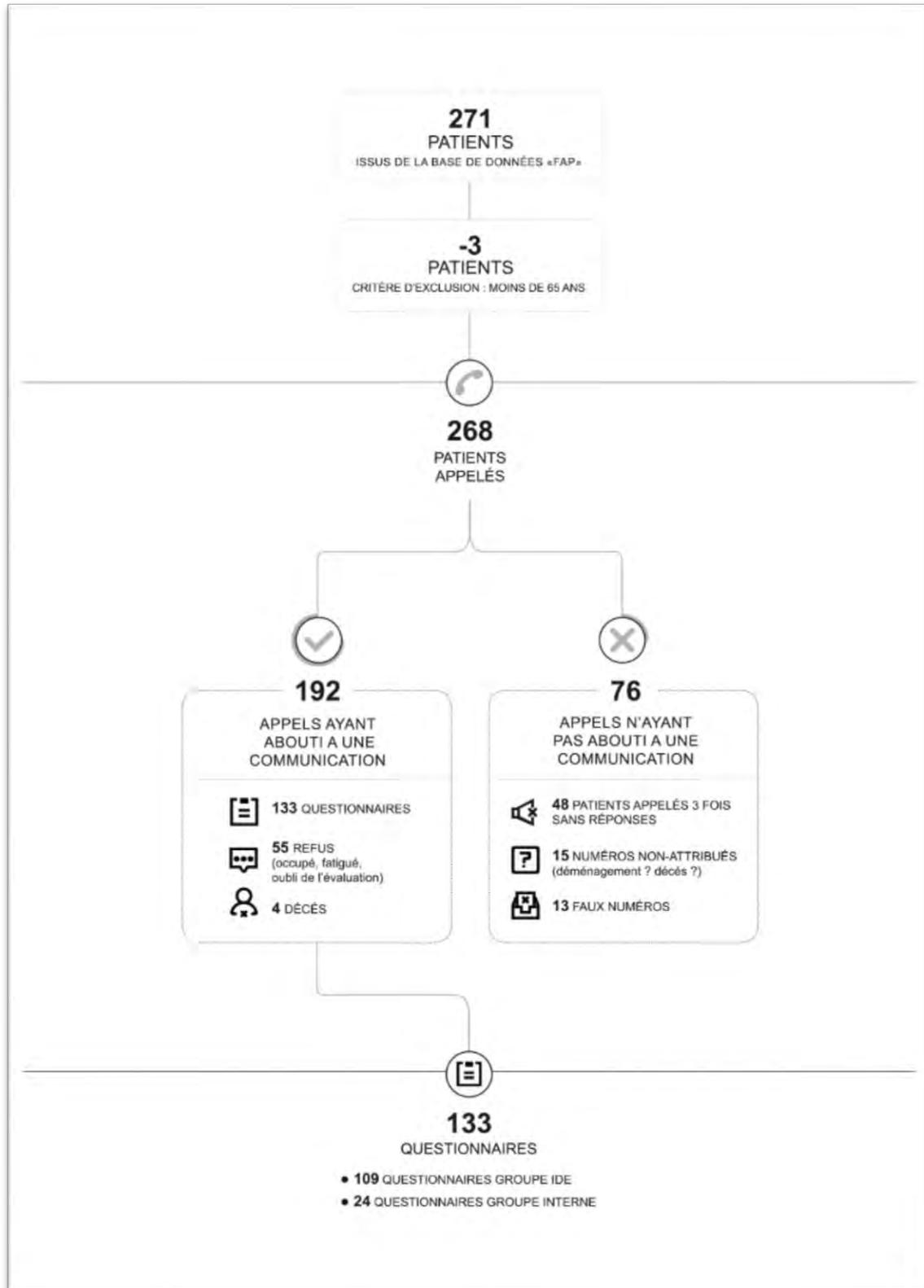


Fig. 1 : Déroulement du recueil de données

1. Population étudiée : données sociodémographiques.

La figure 2 illustre la répartition géographique de l'ensemble des patients interrogés.

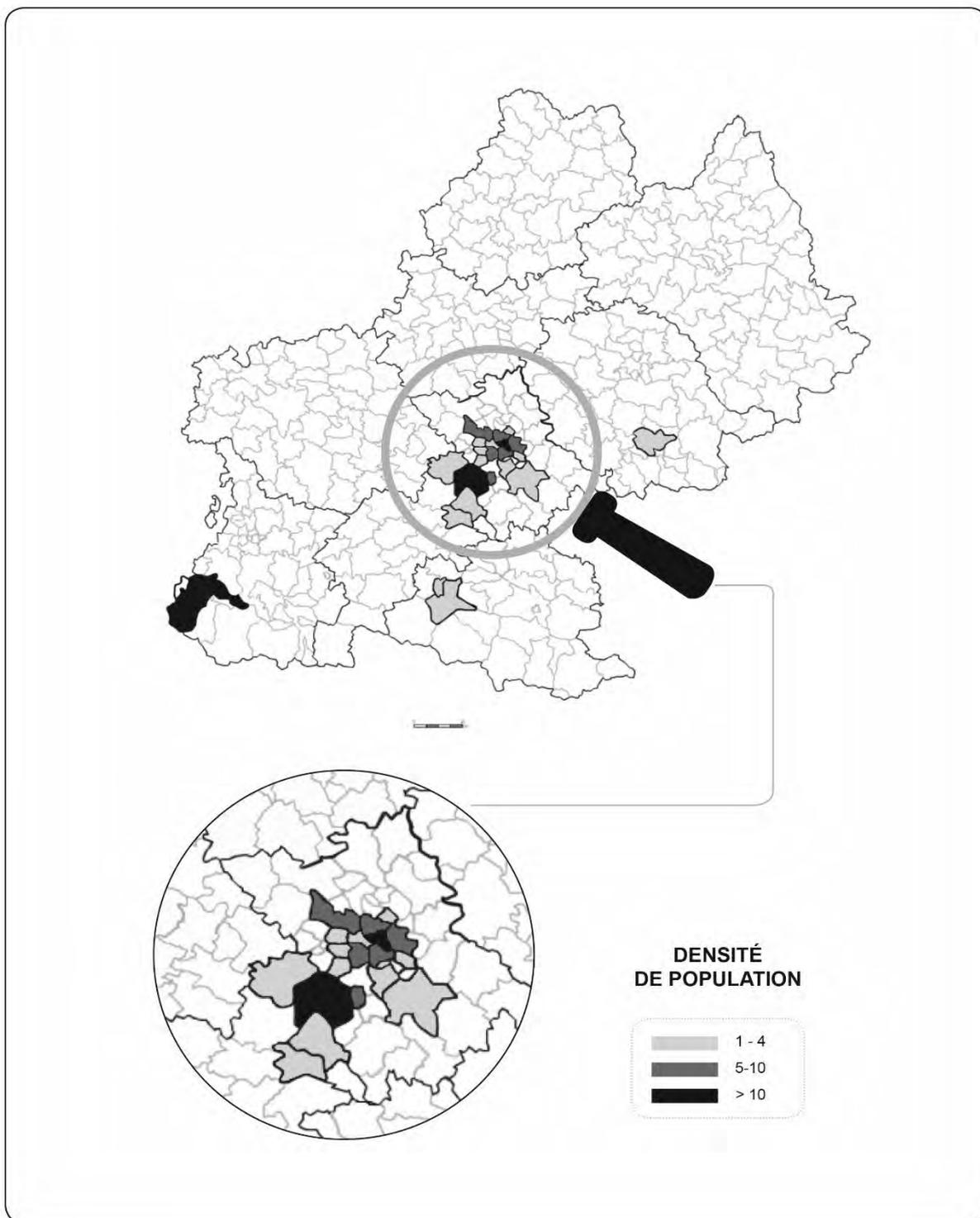


Fig.2 : Répartition géographique de l'ensemble des patients interrogés (n=133)

L'âge moyen des patients au moment de l'évaluation initiale était de 80 +/- 6 ans et était constituée à 60% (n=80) de femmes.

Le plus âgé des patients avait 95 ans et le plus jeune 66 ans.

35% des patients étaient titulaires du Baccalauréat.

18 % n'avaient pas le certificat d'étude.

2. Déroulement de l'évaluation :

2a. Inclusion et motif d'évaluation gériatrique.

66 % des patients (69/104) ont déclaré avoir eu rapidement connaissance de la possibilité d'évaluation gériatrique chez leur médecin généraliste.

92 % (101/110) ont déclaré avoir eu un rendez-vous facilement.

Dans 85 % des cas (110/129), le motif d'évaluation était connu du patient.

Parmi ces 110 évaluations renseignées : 54 % ont été motivées par une impression de fragilité du patient ressentie par le médecin généraliste. 20 % ont été motivées par une plainte de la mémoire du patient ou de son entourage.

La corrélation entre le motif de l'évaluation gériatrique et le protagoniste à l'origine de la demande est présentée figure 3. (n=110)

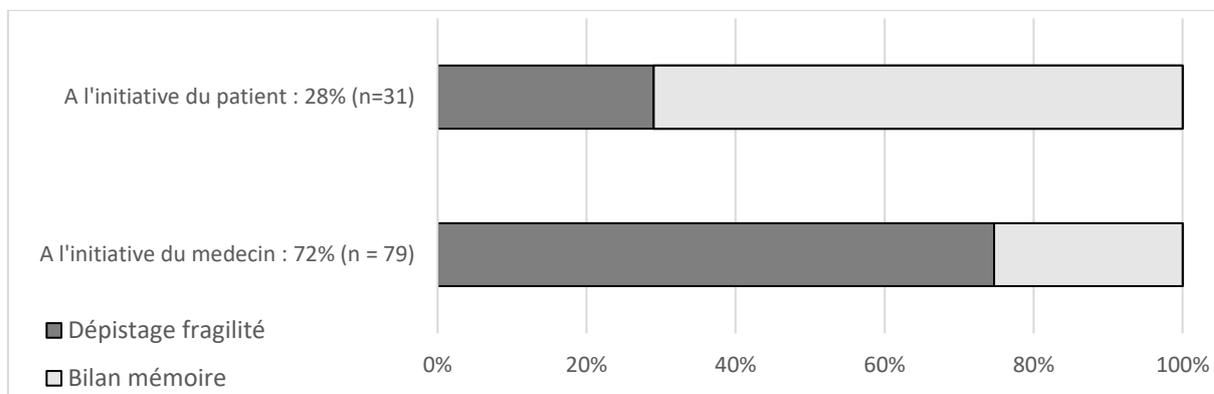


Fig.3 : Motifs d'évaluations dans le projet "FAP" selon l'initiateur de la demande.

2b. Satisfactions et ressentis de l'évaluation.

72 % des patients ont répondu être « complètement » satisfaits de l'évaluation gériatrique telle qu'elle s'est déroulée pour eux.

69 % des patients ont répondu avoir « complètement » compris l'ensemble des explications.

Le tableau 1 présente l'ensemble des réponses sur le ressenti des patients vis-à-vis du déroulement de l'évaluation gériatrique standardisée.

Tableau 1 : Satisfactions et ressentis des patients concernant l'évaluation gériatrique standardisée dans le cadre du projet « FAP ».

Satisfaction : « Etes-vous satisfait de l'évaluation telle qu'elle s'est déroulée ? » (n=123)			
Complètement	Partiellement	Très peu	Pas du tout
72% (89)	22% (27)	5% (6)	<1% (1)
Compréhension : « Avez-vous compris l'ensemble des explications ? » (n=120)			
Complètement	Partiellement	Très peu	Pas du tout
69% (83)	27% (32)	3% (4)	<1% (1)
Durée : « Comment était la durée de l'évaluation ? » (n=118)			
Adéquate	Trop longue	Trop courte	
91% (107)	7% (8)	2% (3)	
Timing : « Était-ce le bon moment pour vous proposer l'évaluation ? » (n=118)			
Peur : « Avez-vous eu peur du jugement de l'examineur ? » (n=118)			
Pertinence : « Selon vous, était-ce bien justifié de vous proposer cette évaluation ? » (n=117)			
	Oui	Non	
Timing	97% (115)	3 (3)	
Peur	4% (5)	96% (113)	
Pertinence	94 % (110)	6% (7)	

3. Bilan de l'évaluation :

3a. *Problèmes dépistés et mesures mises en place.*

30% de patients (38/128) ont déclaré que l'évaluation a permis de dépister des problèmes non identifiés auparavant.

28% des évaluations (36/127), ont abouti à la mise en place de mesures préventives.

La corrélation entre la mise en évidence de problèmes et la mise en place de mesures est présentée **figure 4**.

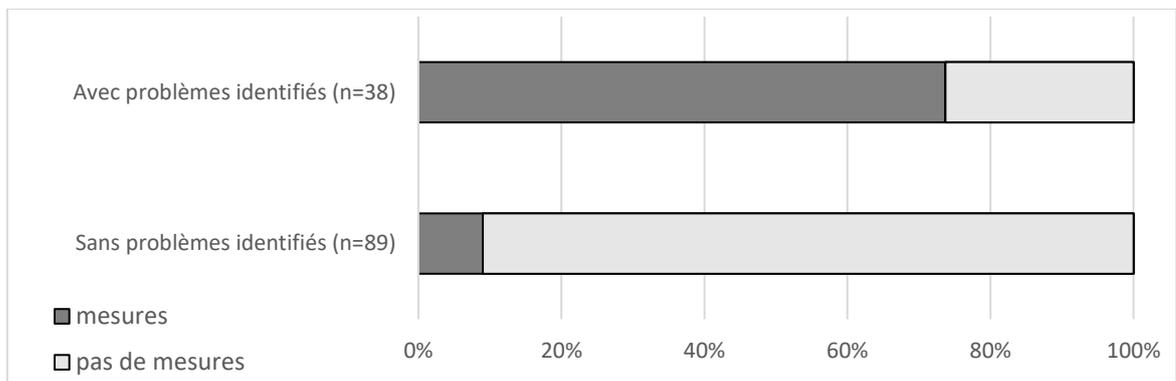


Fig. 4 : Corrélation entre mise en évidence de problèmes lors de l'évaluation et mise en place de mesures dans le cadre du projet "FAP".

Les types de problèmes (n=53), déclarés par les patients, mis en évidence par l'évaluation gériatrique sont par ordre de fréquence :

- Physique (n=17) : faiblesse musculaire, instabilité posturale, lenteur...
- Cognitif (n=14) : trouble mémoire confirmé par test cognitif...
- Social (n=8) : isolement familial et/ou social...
- Sensoriel (n=6) : mauvais appareillage auditif, optique...
- Psychologique (n=5) : syndrome anxiodépressif, résultat test mini-GDS...
- Nutritionnel (n=3) : amaigrissement, dénutrition, résultat MNA test...

Les différentes mesures (n=58), déclarées par les patients, mises en place suite à l'évaluation gériatrique sont par ordre de fréquence :

- Physique (17) : programme d'activité physique, kinésithérapie rééducation à la marche/ renforcement musculaire, podomètre pour lutte contre sédentarité...
- Social (17) : mise en place d'aides humaines, inscription associative...
- Cognitif (7) : atelier mémoire...
- Sensoriel (7) : appareillage optique, auditif...
- Psychologique (6) : psychothérapie, traitement psychotrope...
- Nutritionnel (4) : optimisation alimentaire, complément nutritionnel

La figure 5 représente la répartition des types de problèmes identifiés et des types de mesures mises en place à l'issue de l'évaluation gériatrique.

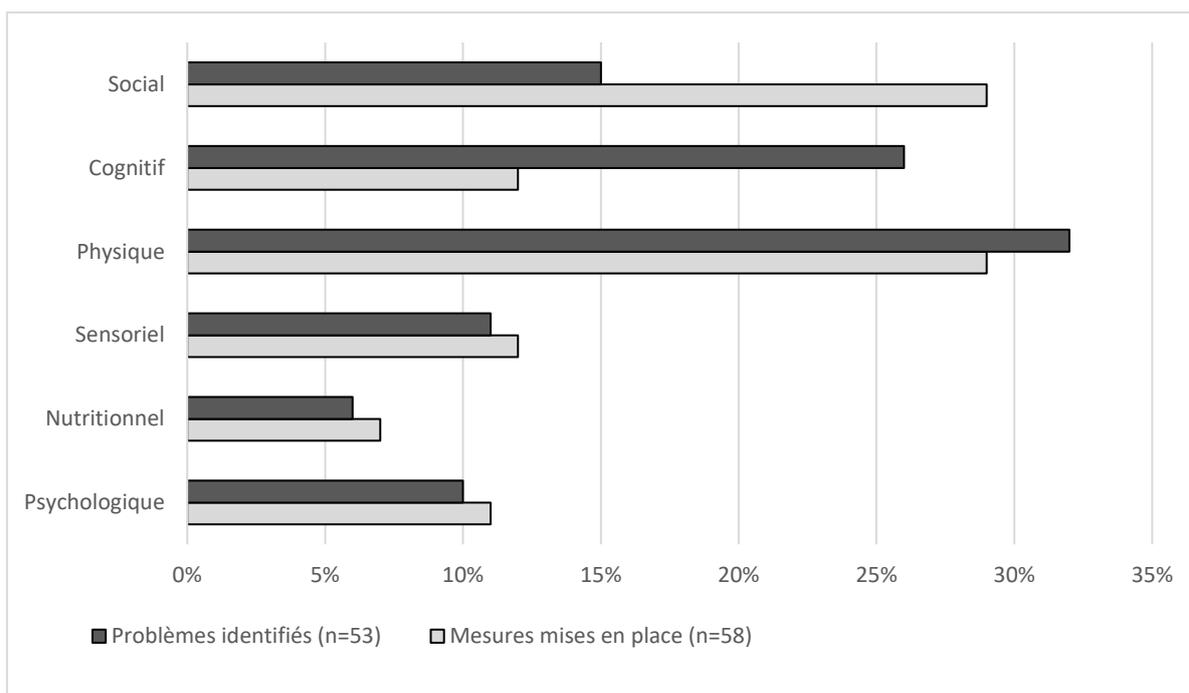


Fig. 5 : Bilan de l'évaluation gériatrique du projet « FAP » : répartition des types de problèmes identifiés et mesures mises en place.

3b. La satisfaction du plan personnalisé de soins.

91% (n=31) des patients ayant bénéficié d'un PPS ont déclaré être plutôt satisfait des mesures mises en place.

Le ressenti des patients n'ayant pas eu de mesures est présenté dans le tableau 2 ainsi que les résultats sur le degré de satisfaction du plan personnalisé de soins.

Tableau 2 : Satisfactions et ressentis concernant le bilan de l'évaluation gériatrique standardisée dans le cadre du projet « FAP ».

Satisfaction du plan personnalisé de soins : « Etes-vous satisfait des mesures mises en place suite à l'évaluation ? » (n=34)			
Complètement	Partiellement	Très peu	Pas du tout
71% (24)	20% (7)	9% (3)	0
Ressenti des patients n'ayant pas eu de mesures : « Pensez-vous qu'il aurait fallu en mettre en place ? » (n=81)			
Oui	Non	Ne sait pas	
9% (7)	81% (66)	10% (8)	

4. Point de vue général des patients

4a. Avis sur évaluations gériatriques en soins premiers

99% des patients ont répondu avoir un avis positif concernant les évaluations gériatriques au cabinet du médecin généraliste.

Cette satisfaction se retrouve également lorsque les patients sont questionnés sur une potentielle généralisation du projet « FAP » à d'autres territoires en France : 95 patients sur 98, soit 97% y sont favorables.

79% des patients (89/113) considèrent que le lieu idéal pour le recueil d'informations médicales des plus de 70 ans est le « cabinet du médecin généraliste », 13% leur « domicile », 4% « à l'hôpital » et 4% « par téléphone ».

4b. Avis des patients sur le contenu de l'EGS

Les 133 patients ont été interrogés sur les 3 domaines les plus utiles dans une évaluation gériatrique. Les réponses citées ont été cumulées et présentées figure 6.

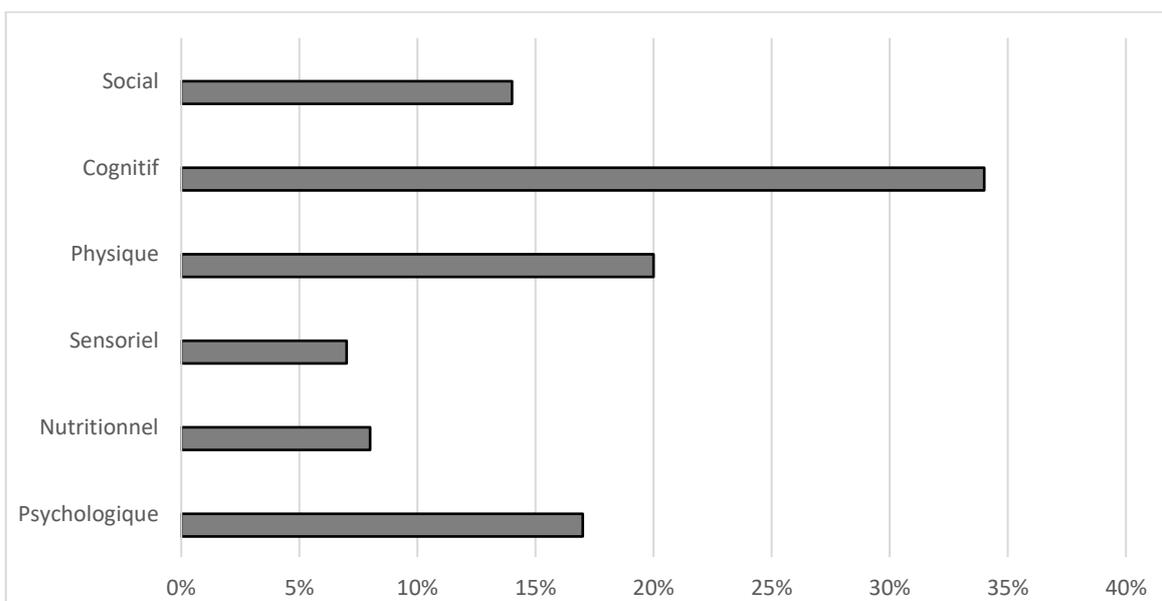


Fig. 6 : Domaines les plus utiles selon les patients dans l'évaluation gériatrique standardisée - plusieurs réponses possibles (n=249)

4c. Motif de refus d'une évaluation hospitalière

42% des patients auraient eu tendance à refuser si l'évaluation gériatrique leur avait été proposée à l'hôpital.

Tableau 3 : Eventuel refus en cas d'évaluation gériatrique proposée à l'hôpital plutôt que dans le cabinet du médecin généraliste. Réponses des patients issu du projet « FAP ».

Refus : « Auriez-vous refusé si l'évaluation vous avait été proposé à l'hôpital ? » (n=122)			
Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
21% (26)	21% (26)	13% (16)	45% (54)

Les patients répondant « oui » et « plutôt oui » à cette question ont été interrogés sur leurs motifs de refus. Leurs réponses sont présentées en figure 7.

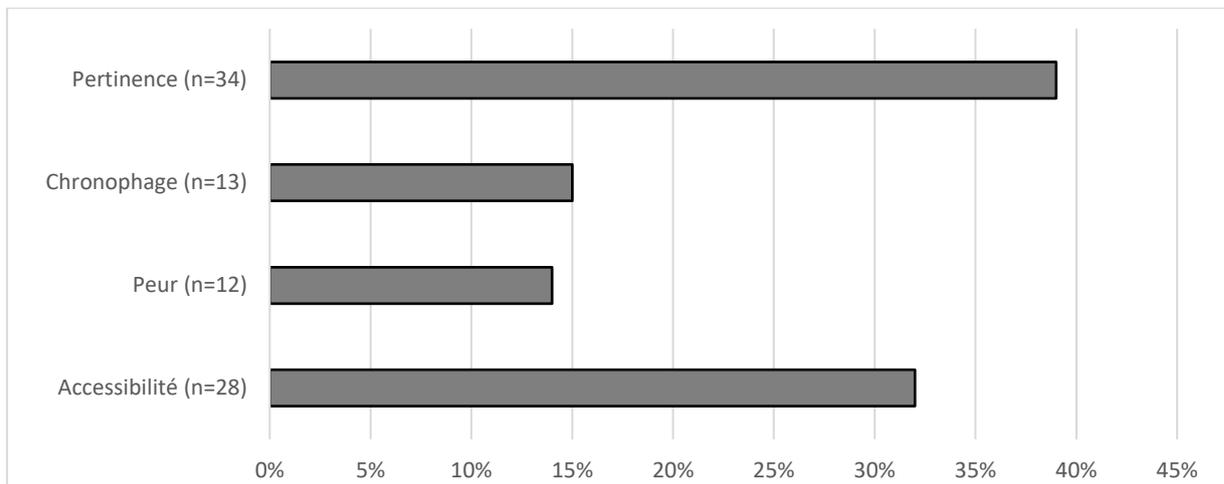


Fig.7 : motifs de refus d'une évaluation hospitalière chez les patients évalués dans le cadre du projet "FAP" - plusieurs réponses possibles (n=87)

B. Analyse croisée : comparaison évaluations par Infirmière d'évaluation gériatrique versus Interne formé.

1. Satisfaction de l'évaluation gériatrique

71 % (n=72) des patients évalués par une infirmière étaient « complètement satisfaits », contre 81 % (n=17) pour ceux évalués par un interne. La comparaison des deux groupes n'a pas montré de différences statistiquement significatives entre les 2 groupes (Test Chi² avec correction de Yates, p=0,48).

2. Compréhension des explications à l'issue de l'évaluation

69% (n=69) des patients évalués par une infirmière ont répondu avoir « complètement » compris l'ensemble des explications à l'issue de l'évaluation contre 70% (n=14) des patients évalués par un interne. La comparaison des deux groupes n'a pas montré de différences statistiquement significatives entre les 2 groupes (Test Chi² avec correction de Yates, p=0,86).

3. Satisfaction vis-à-vis des mesures mises en place suite à l'évaluation

68 % (n=19) des patients évalués par l'infirmière étaient « complètement » satisfaits des mesures contre 83% (n=5) des patients évalués par un interne. La comparaison des deux groupes n'a pas montré de différences statistiquement significatives entre les 2 groupes (Test Fisher Exact, p=0,64).

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

133 questionnaires ont pu être réalisés, soit un taux de participation de 49,6% sur les 268 appels de patients évalués dans le projet « FAP ». Notre travail avait pour objectif d'évaluer le degré de satisfaction des patients au terme d'une évaluation gériatrique en soins premiers.

72% des patients se sont prononcés « complètement » satisfaits par l'évaluation gériatrique telle qu'elle s'est déroulée pour eux. Plus de 90% des patients interrogés ont estimé la durée adéquate, pertinente, réalisée au bon moment pour eux et sans peur du jugement de l'examineur. 69% des patients ont répondu avoir « complètement » compris l'ensemble des explications. Enfin, 91% des patients qui ont eu un plan personnalisé de soins à l'issue de l'évaluation en ont été plutôt satisfaits.

Les patients ont pour 72% d'entre eux, eu un avis « positif » concernant des évaluations gériatriques au cabinet de leur médecin généraliste. 42% auraient eu tendance à refuser l'évaluation si elle avait été proposée à l'hôpital. La difficulté d'accessibilité à l'hôpital est un motif de refus fréquemment avancé. Pourtant c'est le manque de pertinence pour le patient qui est le premier motif de refus. La fragilité étant parfois un état de « bonne santé apparente », les patients peuvent avoir du mal à trouver pertinent de se déplacer jusqu'à l'hôpital. La perception qu'à la personne âgée de sa propre fragilité peut différer de celle des professionnels de santé. Prendre en compte cette perception permet de comprendre certaines réactions de refus. Ces résultats viennent confirmer le ressenti des médecins ayant participé au projet « FAP ». Publié dans une thèse d'exercice parallèle, 77% des médecins ayant participé au projet ont estimé que plus de 25% des patients auraient refusé si l'évaluation était hospitalière.

Nos résultats témoignent d'une bonne acceptabilité des patients vis-à-vis de l'évaluation gériatrique standardisée au cabinet du médecin généraliste. 79% des patients interrogés estiment que l'endroit idéal pour le recueil d'information médicale des plus de 70 ans est le cabinet du médecin généraliste.

L'objectif secondaire de notre étude était de comparer le degré de satisfaction entre le groupe évalué par l'Infirmière d'évaluation gériatrique et celui par les Internes formés.

Une analyse comparative entre les deux groupes a été réalisée sur les questions 5, 10 et 14 du questionnaire. Les résultats des comparaisons de la satisfaction de l'évaluation ($p=0,48$), la compréhension des explications ($p=0,86$) et la satisfaction des mesures ($p=0,64$) ne permettent pas de dégager de différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

Enfin, l'évaluation gériatrique a dépisté des problèmes pour 30% des patients. Ces problèmes étaient principalement d'ordre physique et cognitif :

Les problèmes d'ordre physique ont été les plus fréquemment dépistés. Faiblesse musculaire, lenteur, instabilité posturale sont autant de signes mis en évidence grâce à l'EGS du projet « FAP ». La place des tests physiques dans l'évaluation était-elle équilibrée par rapport à d'autres domaines d'exploration ? De plus, il s'agit d'un domaine où les mesures ne manquent pas : programme d'activité physique, rééducation à la marche, podomètre pour lutte contre sédentarité, renforcement musculaire avec kinésithérapeute. La richesse de ces mesures a pu aussi induire un biais de mémoire dans les données déclaratives de nos patients au détriment d'autres domaines. Les patients ont répondu que le domaine physique était le 2eme plus important à évaluer. Les résultats (visibles en figure 5) témoignent d'une force du projet « FAP » dans le dépistage et les mesures mises en place d'ordre physique.

Le domaine le plus utile à évaluer pour les patients est le domaine cognitif. La plainte mémoire est le principal symptôme motivant le patient à venir consulter pour réclamer une évaluation gériatrique. Il s'agit du second domaine le plus dépisté dans l'évaluation. Pourtant les résultats montrent que les mesures mises en place dans ce domaine sont très limitées quand bien même l'évaluation gériatrique identifie ce type de problème. Du travail reste à mener pour développer les mesures d'ordre cognitif et les porter à la connaissance des médecins généralistes (atelier de stimulation cognitive, atelier dit « mémoire »).

Les mesures du PPS étaient majoritairement d'ordre physique et social (figure 5). Nous rappelons ici que 72% des évaluations n'ont pas abouti à un PPS. Dans certains domaines, plus de mesures sont déployées que de problèmes dépistés. C'est le cas du domaine social (exemple : optimisation sociale) qui fait suite à l'évaluation quand bien même aucun problème de cet ordre n'a été décelé par celle-ci. Ces résultats vont dans le bon

sens, mais une fois encore ils incitent à la prudence dans l'interprétation de nos données. Il serait intéressant d'analyser les résultats bruts des dossiers d'évaluation afin d'extraire les résultats objectifs (et non déclaratifs) afin de regrouper leurs contenus. Une meilleure visibilité pour les médecins généralistes des mesures à dispositions et/ou un développement de celles-ci garantirait un plan personnalisé de soins plus complet.

B. Confrontation à la littérature

1. Evaluation du degré de satisfaction : la personne âgée et sa famille.

Les études d'opinion de personnes âgées concernant des programmes de dépistage de fragilité ne sont pas nombreuses et souvent nord-américaines. Les programmes ont pourtant plus d'impact si les patients et la famille sont plus impliqués (24). Evaluer le degré de satisfaction et prendre en compte le ressenti des acteurs d'un dispositif permet d'améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé a été conduite en Mayenne, un des départements pilote du dispositif « PAERPA ». Elle interrogeait des patients ayant bénéficié d'un Plan Personnalisé de Soins. Les résultats montrent une compréhension médiocre des patients âgés concernant ce dispositif alors que les aidants, eux avaient bien compris. Les patients décrivaient avoir peu d'attentes concernant le PPS alors que les aidants y plaçaient plus d'espoirs. Le PPS permettait de diminuer l'implication des aidants en déléguant aux professionnels de santé. Il était utile au maintien à domicile, pour le patient et l'aidant. La coordination entre les intervenants était bien acceptée et renforçait le sentiment sécurisant, vécue comme un atout pour le patient et sa famille (25).

La communication avec le patient et sa famille est primordiale. La perception qu'a la personne âgée de sa propre fragilité est liée à sa prise de conscience des premiers signes du vieillissement et de l'émergence des difficultés dans sa vie quotidienne (26). Prendre en compte sa satisfaction et sa perception permet de comprendre certaines réactions de refus. Malgré cela, parfois le savoir du patient sur ses troubles, quand celui-ci vieillit avec des troubles cognitifs même légers, est codé et s'exprime au travers d'un double discours : l'un explicite qui peut être immédiatement entendu, l'autre implicite qui demande à être interprété (27).

Le projet « FAP » permet le dépistage, l'évaluation gériatrique standardisée et la mise en place d'un plan personnalisé de soins au cabinet du médecin généraliste. C'est un

des premiers dispositifs en France à proposer une prise en charge de la fragilité intégralement en soins premiers ce qui explique que les études de satisfaction de patient sur ce thème sont encore minoritaires.

Des études plus nombreuses évaluent l'aidant de la personne âgée. Ces études mettent en évidence la double préoccupation des participants : le bien-être du proche âgé et le soutien à accorder aux aidants familiaux (28). Une étude française en 2011, a interrogé les aidants de 645 patients atteints de maladie d'Alzheimer stade léger à modéré. Les résultats sont articulés majoritairement autour du besoin d'information sur la maladie et du besoin d'acquérir des habiletés pour optimiser l'aide apportée à la maladie au quotidien (29). Les aidants de patient atteint de maladie d'Alzheimer dans 11 pays européens ont été interrogés au moyen d'un questionnaire qui met en évidence des conséquences psychologiques chez les aidants (30). La relation d'aide avec une personne âgée dépendante fait prendre au proche âgé lui aussi un risque d'entrée dans le syndrome de fragilité (31). De plus, le virage ambulatoire entraîne inévitablement une augmentation des efforts à déployer pour l'aidant dans le soutien du patient vieillissant. L'aidant d'aujourd'hui peut devenir le fragile de demain. Les professionnels de santé doivent soulager cet effort.

Pour le patient et sa famille la multidisciplinarité est toujours présente comme facteur de satisfaction (32) mais la coordination interprofessionnelle doit être optimisée pour ne pas faire peser tout le poids de la prise en charge aux médecins généralistes. De nouveaux modèles de prise en charge de la personne âgées doivent être étudiés.

2. Concernant les fonctions avancées aux infirmières

Le développement des fonctions avancées, avec la délégation aux infirmières de certaines tâches par les médecins, comme c'est le cas dans le projet « FAP », permet de libérer du temps précieux pour le médecin. Dans le projet « FAP » l'IDE de pratiques avancées réalisait les évaluations gériatriques standardisées puis transmettait les informations ensuite au médecin afin de mettre en place un plan personnalisé de soins.

Une revue de la littérature en 2002 reprenant 11 essais contrôlés randomisés et 23 études prospectives d'observation 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 (33). La prise en charge des

affections gériatriques serait même de meilleure qualité lors d'une coopération médecin-infirmière (34).

Des dispositifs comme le projet « FAP » ou « PAERPA » en France, expérimentent cette redistribution des rôles dans le domaine de la gériatrie. Un des projets précurseurs en France du transfert de compétences entre les professionnels de santé, est le projet ASALEE, mis en place dans le département des Deux-Sèvres depuis 2004 (35). Il expérimente plus particulièrement la délégation de consultations d'éducation thérapeutique aux Infirmières qualifiées. L'évaluation du dispositif ASALEE menée par l'IRDES en 2006, a jugé le modèle de coopération médecin/infirmière efficient, pour un coût non significativement plus élevé pour l'assurance maladie (36).

Ces études viennent à compenser le retard de la France en matière de délégation de tâches aux infirmières. En effet, une étude en 2010 analyse le développement des pratiques infirmières avancées en soins premiers dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni). Elle démontre que dans certains pays les infirmières ont accès à des pratiques avancées et qu'un retard existe sur la question en France (37).

Le projet UCARE est un modèle de prise en charge Anglais qui permet l'élaboration d'un programme personnalisé de soins après une évaluation complète au domicile des personnes âgées. L'étude montre la faisabilité dans la pratique courante sous couvert de professionnels bien formés, impliqués dans le développement de l'intervention et d'une bonne collaboration médecin-infirmière (38).

Autre exemple, le projet « DGIP » au Pays-Bas dont l'évaluation gériatrique a été dispensée par les infirmières. Les médecins généralistes y ont trouvé une aide notamment pour l'analyse des problèmes cognitifs, d'humeur et de mobilité de leurs patients. 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 (24).

Cependant, le développement des fonctions avancées en France se heurte à plusieurs obstacles, notamment autour du degré d'indépendance des infirmières et leurs responsabilités légales en cas de fautes professionnelles. Des modifications législatives autour de ces statuts, aux compétences élargies, pourraient faciliter la démocratisation de cette pratique (39). Actuellement, leurs mises en place sont soumises à la responsabilité des Agences Régionales de Santé (19).

3. Concernant la formation de l'interne sur la fragilité :

Il y a bien sûr des initiatives innovantes pour l'enseignement théorique en médecine générale applicable à la fragilité. C'est le cas, dans un département universitaire Américain de médecine générale. Ils ont expérimenté un programme d'enseignement sur 3 sessions qui simule un suivi longitudinal de 10 ans entre l'interne, le patient et sa fille. 134 internes ont participé au programme dont l'évaluation convient d'une amélioration clinique dans les soins aux personnes âgées (40).

Ces initiatives pédagogiques sont très intéressantes, mais c'est surtout au travers des stages pratiques, en ambulatoire, au côté de maîtres de stages concernés par la prise en charge de la fragilité, que s'apprend la satisfaction de rechercher une faille possible chez nos patients vieillissants, plutôt que les signes d'une déficience attestée.

C. Critique de l'étude : forces et faiblesses

Notre travail a évalué le degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soin premier. Ce projet d'évaluation est un des premiers en France. Ce qui explique que les études de satisfaction de patients sur ce thème sont encore minoritaires. Notre travail permet de montrer l'acceptabilité des patients concernant une évaluation gériatrique hors de l'hôpital ainsi que sur la coopération interprofessionnelle et la délégation de tâches. 133 patients ont répondu aux questionnaires sur les 268 appelés. Une très encourageante participation qui témoigne d'un réel besoin d'implication pour les patients âgés dans la prise en charge de leur santé. Sur les 133 patients évalués : 95% ont entre 68 et 92 ans, autonomes et vivants au domicile. Les caractéristiques de l'effectif constituent une véritable force car dans la population de patient autonome cette tranche d'âge est souvent difficile à appréhender. Il s'agit du seul projet français à évaluer le degré de satisfaction des patients âgées sur le déroulement de l'évaluation gériatrique standardisée, le plan personnalisé de soins mis en place et le principe général d'un modèle de prise en charge de la fragilité intégralement en soins premiers (dépistage, évaluation, plan personnalisé de soin et suivi).

Toutefois, notre travail présente plusieurs limites : Les patients enthousiastes et satisfaits de l'évaluation sont plus enclins à répondre à un questionnaire téléphonique. Il est

aussi plus facile pour le patient de répondre lorsqu'il est disponible et en bonne santé plutôt qu'occupé, fatigué ou malade (55 refus) : biais de non-réponse. La personne âgée capable de répondre au questionnaire téléphonique a sans doute une meilleure compréhension générale que la personne âgée avec presbycusie mal appareillée dont le moyen de communication téléphonique est extrêmement problématique : biais de classement.

De plus, ce questionnaire a été parfois soumis plusieurs mois après l'évaluation gériatrique. Nos données déclaratives sont donc soumises à un biais de mémoire. 36 patients sur 133 évaluées ont déclaré avoir eu des mesures mises en place suite à l'évaluation. Il y a pu avoir des mesures mises en place suite à autre chose que l'EGS et des mesures oubliées non déclarées. Ce délai, de parfois plus d'un an, confirme l'excellent niveau de compréhension dans notre échantillon. Certains questionnaires ont été incomplètement remplis ce qui a compliqué l'analyse des résultats et entraîné une baisse de puissance pour certaines questions.

Enfin, les effectifs comparés pour le degré de satisfaction étaient hétérogènes. En cause, le peu d'effectif dans la base de données initiale dans le groupe Interne (n=37 versus n=236). Cette disparité initiale, responsable d'un manque de puissance a été un frein majeur dans la réponse à l'objectif secondaire. Cette différence d'effectif est un témoin indirect de la remarquable efficacité du recrutement dans le bras IEG. Dans le projet FAP, il s'agissait d'une infirmière formée spécifiquement à la gériatrie. Elle a évalué à elle seule, l'ensemble du groupe, ce qui constitue une limite dans notre analyse comparative.

Le projet FAP et donc notre travail, se sont déroulés en région Midi-Pyrénées et en particulier la Haute Garonne ce qui restreint la validité externe de notre étude.

D. Perspectives

Ce travail évaluant le retour des patients sur le projet « FAP » a été réalisé de manière quantitative à l'aide de questions fermées. Il pourrait être intéressant de faire une étude qualitative afin d'apporter un complément d'information sur la satisfaction des patients.

L'analyse objective du bilan des évaluations et des contenus du plan personnalisé de soins dans les dossiers des médecins, permettraient une analyse plus complète en regroupant les données déclaratives des patients.

Ce projet peut être amélioré en prenant en compte le ressenti des patients et tous les acteurs gravitant autour de la personne âgée pour une meilleure adhésion et une meilleure efficacité. Les médecins, comme ce fut le cas au travers d'études antérieures, mais aussi les aidants qui pourraient être interrogés sur leurs ressentis. La formation d'autres infirmières allouées aux évaluations gériatriques permettrait une meilleure standardisation du groupe IEG, non dépendante d'une seule évaluatrice.

V. CONCLUSION

Face au vieillissement de la population, la notion de fragilité et sa réversibilité représente un enjeu pour les professionnels de santé. L'augmentation de la demande de soins et la pénurie de médecins impose de réfléchir sur de nouveaux modèles de prise en charge. Les études testant la délégation de tâches aux infirmières démontrent que, si les conditions sont réunies, celle-ci peut être un moyen de répondre à ces défis. Des dispositifs sont à l'étude pour en évaluer l'applicabilité au domaine de la gériatrie. Le projet « *Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care* » (FAP) vise à évaluer l'intérêt d'implémenter en soins premiers une Infirmière d'évaluation gérontologique ou un Interne formé, pour évaluer les sujets avec une plainte cognitive et/ou une impression subjective de fragilité.

Afin de poursuivre l'évaluation de ce projet, l'objectif principal de notre travail était de recueillir le degré de satisfaction des patients y ayant participé. Les résultats sont très encourageants. Les patients ont été très satisfaits de l'évaluation gériatrique. Ils ont trouvé la durée de l'évaluation adéquate, réalisée au bon moment et pertinente. Une part importante aurait eu tendance à refuser si l'évaluation avait été proposée à l'hôpital. Néanmoins, peu de plan personnalisé de soins ont été dispensés. Une meilleure visibilité pour les médecins généralistes des mesures à dispositions et/ou un développement de celles-ci garantirait un plan personnalisé de soins plus complet. L'objectif secondaire de l'étude était de comparer le degré de satisfaction des patients en fonction de l'évaluateur (Infirmière ou Interne). Les résultats comparatifs de la satisfaction de l'évaluation, la compréhension des explications et la satisfaction des mesures ne permettent pas de dégager de différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

Les patients se sont montrés très favorables au développement des évaluations gériatriques dans les soins premiers et à la généralisation du projet « FAP » sur d'autres territoires. De nouvelles études doivent être menées afin d'évaluer au niveau médico-économique ce nouveau modèle de prise en charge de la personne âgée fragile.

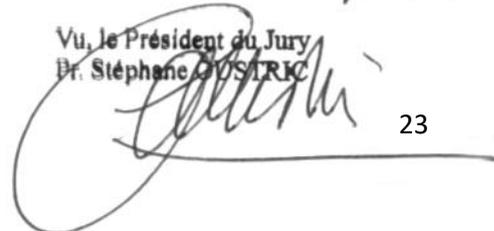
Toulon, le 13.06.17

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



Toulon, le 13/06/17

Vu, le Président du Jury
Dr. Stéphane OUSTRIC



Bibliographie

1. Espérance de vie à divers âges en 2016 | Insee [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>
2. Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
3. Population par âge–Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743#graphique-TF14032G1>
4. Vellas B. [Prevention of frailty and dependency in older adults]. Bull Acad Natl Med. mai 2013;197(4-5):1009-1017; discussion 1017-1019.
5. HCAAM. Note du haut conseil pour l'assurance maladie Vieillir, longévité, assurance maladie. 2010
6. Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf
7. rapport_trillard_13juillet.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.ilcfrance.org/images/upload/pages/rapport_trillard_13juillet.pdf
8. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
9. 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. mars 2001;56(3):M146-156.
10. livre-blanc-fragilite-2015.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
11. plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
12. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. juill 2013;17(7):629-31.
13. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
14. L'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance | « Ensemble, prévenons la dépendance » [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/prevenir-la-dependance/lhopital-de-jour-devaluation-fragilites-de-prevention-de-dependance/>

15. Dourlens C. Les usages de la fragilité dans le champ de la santé: Le cas des personnes âgées. ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap. avr 2008;2(2):156-78.
16. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juin 2009;64(6):675-81.
17. loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
18. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2017 [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
19. fps_fonctions_appui_25_09_14.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_fonctions_appui_25_09_14.pdf
20. française LD. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [Internet]. [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>
21. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Marseille; 2003.
22. Fougère B, Oustric S, Delrieu J, Chicoulaa B, Escourrou E, Rolland Y, et al. Implementing Assessment of Cognitive Function and Frailty Into Primary Care: Data From Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) Study Pilot. J Am Med Dir Assoc. janv 2017;18(1):47-52.
23. Daure A, Chicoulaa B, Fougère B. Évaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins primaires. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
24. 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;30(9):696-708.
25. Martin F, Huez, Garnier. Enquête sur l'opinion et les attentes des personnes intégrées dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne. Université Médecine, Angers; 2015.
26. Lounes A, David-Alberola, Jauneau, Angotti. La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie, Paris; 2008.
27. Montani C. La version cachée de la maladie d'Alzheimer : celle livrée par le patient. Gérontologie Société. 1 avr 2009;24 / n° 97(2):151-8.
28. Roberge D, Ducharme F, Lebel P, Pineault R, Loiselle J. Qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : la perspective des aidants familiaux. Can J Aging Rev Can Vieil. oct 2002;21(3):393-403.

29. Amieva H, Rullier L, Bouisson J, Dartigues J-F, Dubois O, Salamon R. Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. /data/revues/03987620/v60i3/S0398762012000806/ [Internet]. 6 août 2012 [cité 2 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/728052>
30. Gély-Nargeot M-C, Derouesné C, Selmès J. Enquête européenne sur l'établissement et la révélation du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Etude réalisée à partir du recueil de l'opinion des aidants familiaux. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2003;1(1):45-55.
31. de Peretti E, Villars H. [Alzheimer's disease, caregiving and frailty]. *Soins Gerontol*. oct 2015;(115):18-20.
32. Hansen KT, McDonald C, O'Hara S, Post L, Silcox S, Gutmanis IA. A formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. *J Interprof Care*. 7 avr 2017;1-4.
33. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 6 avr 2002;324(7341):819-23.
34. 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*. juin 2013;61(6):857-67.
35. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 : principaux résultats de l'expérimentation ASALEE.
36. Haute Autorité de Santé - Avis de la HAS sur le protocole de coopération : ASALEE [Internet]. [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee
37. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Paris; 2010.
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. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. sept 2013;45(3):230-7.
39. 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 Tor Ont*. déc 2010;23 Spec No 2010:88-113.
40. 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*. sept 2013;5(3):468-75.

aurait fallu en mettre en place ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

III/ D'un point de vue général :

16°/ Quel est votre avis général concernant une évaluation gériatrique dans le cabinet des médecins généralistes ?

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. Positif | 3. Plutôt négatif |
| 2. Plutôt positif | 4. Négatif |

17°/ Auriez-vous refusé si l'évaluation avait eu lieu à l'hôpital ?

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. Oui | 3. Plutôt non |
| 2. Plutôt oui | 4. Non |

18°/ Si oui pour quelle(s) raison(s) ?

Difficile d'aller à l'hôpital—dépendant de l'entourage/Problématique de l'accès à l'hôpital oui ou non

Peur d'être évalué par des médecins hospitaliers /peur du jugement de l'examineur oui ou non

Cela prend trop de temps /**chronophage** oui ou non

Cela ne modifiera rien à mon quotidien /utilité, **pertinence** oui ou non

19°/ Quel(s) sont le(s) domaine(s) dans le(s)quel(s) l'évaluation gériatrique vous semble être la plus utile ?

Si plusieurs réponses possibles, hiérarchisez (maximum 3 réponses) :

- | | |
|-----------------|-----------------|
| - Social | - Sensoriel |
| - Cognitif | - Nutritionnel |
| - Physique | - Psychologique |
| - Thérapeutique | |

20°/ 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 ?

1. Oui
2. Non

21°/ Selon vous, les évaluations gériatriques sont idéales :

1. Au domicile
2. Au cabinet du médecin généraliste
3. A l'hôpital
4. Par téléphone

Merci d'avoir répondu à mes questions.

Evaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers

Introduction : Face au contexte démographique, les soins premiers doivent s'approprier le concept de fragilité. Le projet « *Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care* » (FAP), a pour objectif d'implémenter en soins premier une Infirmière d'évaluation gériatrique ou un Interne formé, pour évaluer les sujets repérés fragiles. Notre travail avait pour but d'évaluer le degré de satisfaction des patients ayant participé à ce projet. L'objectif secondaire était de comparer la satisfaction entre le groupe Infirmières et le groupe Internes.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée en région Occitanie sur les 271 patients évalués initialement dans le projet. Le recueil de données a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire téléphonique.

Résultats : 133 questionnaires ont pu être recueillis. 72% (n=89) des patients ont été complètement satisfaits de l'évaluation gériatrique. 42% (n=52) auraient eu tendance à refuser si l'évaluation leur avait été proposée à l'hôpital. 91% (n=31) des patients qui ont eu un plan personnalisé de soins en étaient plutôt satisfait. L'analyse des comparaisons ne permet pas de dégager de différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

Conclusion : Le retour des patients est très encourageant. Ils se sont montrés favorables au développement des évaluations gériatriques en soins premiers et à la généralisation du projet « FAP » à d'autres territoires. De nouvelles études doivent être menées afin d'évaluer au niveau médico-économique ce nouveau modèle de prise en charge de la personne âgée.

Mots clés: Satisfaction, Evaluation gériatrique standardisée, Fragilité, Soins premiers, Personnes âgées.

Introduction : Given the current demographic situation, the primary care must consider the frailty concept. The « *Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care* » project introduced a geriatric evaluation nurse or a trained resident in primary care in order to evaluate previously detected frail people. Our study evaluates patient's opinion about their evaluation. The secondary objective was to compare the nurses group and that of the trained residents.

Methods: This is an observational descriptive study performed in the Occitanie area on a population of 271 elderly patients. Gathering of the informations was performed through a phone survey.

Results: A total of 133 questionnaires were filled in. Most of the surveyed elderly patients gave a positive opinion about their evaluation in primary care. 42% (n=52) would have refused the evaluation in the hospital. 91% (n=31) gave a positive opinion about their personalized plan of care. The results of the comparisons do not give statistically significant differences between both groups.

Discussion: patient's feedback is very encouraging. They were favorable to the development of the geriatric evaluation into primary care and to the generalization of the project to other territories. New studies must be carried out in order to evaluate the medico-economic effect of this kind of care model.

Keywords: Satisfaction, Geriatric evaluation, frailty, primary care, elderly patient.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale - DIR. DE THESE : Docteur FOUGERE Bertrand

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