

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Maxime GELIBERT

Le 10 octobre 2019

**Description des modalités de suivi de fragilité de 150
patients évalués en soins primaires au sein de 11
Maisons de Santé Pluri professionnelles de Midi-
Pyrénées.**

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Madame le Professeur Maria SOTO

Assesseur : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur : Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur : Madame le Docteur Christine PIAU

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier

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. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur 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-Marc
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FRESINOS 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-SCHWEITZER 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. VALDIGUÉ 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. CHA VOIN 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. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. GABARROT Elisabeth	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE 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 CARATERO 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-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	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, addit
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. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. DHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
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. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et 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. MALAUAUD 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. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
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. 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. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

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)	Biochimie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biochimie
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 RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD 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 Antoinette	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-STOWHAS 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 MAZEREUEW 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 Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APQIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Cathérine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Domsuque	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 Stasias	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 Stéphanie	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 TREMOLIERES 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 Céline	Cytologie et histologie
M. ÇAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Véronique	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Basco	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danièle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Margot	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jiri	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 INGUENEAU 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 CHICOUJAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Table des matières :

Liste des tableaux.....	8
Liste des abréviations utilisées.....	9
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET MÉTHODE.....	18
I. Type d'étude.....	18
II. Population étudiée.....	18
II. Recrutement.....	18
IV. Recueil des données.....	19
V. Analyse des données.....	21
VI. Ethique et anonymisation.....	22
RÉSULTATS.....	23
I. <u>Échantillon</u> :	
1. Les maisons de santé.....	23
2. Le diagramme de flux.....	24
II. <u>Objectif principal</u> :	
1. Description des modalités de suivi.....	26
2. Modalités de suivi dédié.....	27
3. Modalités de suivi habituel.....	28
III. <u>Objectifs secondaires</u> :	
1. Mise en place des propositions du PPS.....	28
2. Comparaison des résultats de la mise en place des propositions du PPS avec ceux de l'HDJEFPD.....	36
3. Pourcentage de patients réévalués à distance sur le plan gériatrique.....	38

4. Ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de la prise en charge des patients fragiles.....	40
DISCUSSION.....	41
I. <u>Résultats principaux :</u>	
1. Maisons de santé pluridisciplinaires.....	41
2. Modalités de suivi.....	41
3. Projet personnalisé de santé.....	41
4. Comparaison avec l’HDJEFPD.....	42
5. Réévaluation gériatrique.....	43
6. Ressenti des professionnels de santé.....	43
II. <u>Comparaison avec la littérature :</u>	
1. La prise en charge ambulatoire de la fragilité.....	43
2. Comparaison à HDJEFPD.....	46
3. Une prise en charge plus ciblée ?.....	49
4. Forces et faiblesses.....	51
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	59
Annexe 1 : Recueil de données - Modalités de suivi des patients et ressenti des professionnels.....	59
Annexe 2 : Recueil de données – Les données patients.....	62
ABSTRACT.....	65

Liste des tableaux :

Figure 1 : Schéma des profils de vieillissement.....	15
Figure 2 : Diagramme de flux.....	24
Graphique 1 : Devenir des propositions du PPS faites lors de l'évaluation initiale.....	33
Graphique 2 : Répartition de la médication des patients à T0 et T1.....	36
Graphique 3 : Pourcentage de propositions du PPS mises en place en fonction du lieu de prise en charge.....	38
Tableau 1 : Répartitions des professionnels de santé et patients avant inclusion	23
Tableau 2 : Répartition finale des intervenants dans la fragilité et des patients inclus au sein des 10 MSP retenues pour l'étude	25
Tableau 3 : Caractéristiques générales des 150 patients inclus	29
Tableau 4 : Devenir des propositions du PPS faites lors de l'évaluation initiale	30
Tableau 5 : Répartition du devenir des propositions faites lors de l'évaluation initiale ...	31
Tableau 6 : Causes de non-mise en place des propositions du PPS	34
Tableau 7 : Devenir des propositions du PPS en fonction du type de suivi	35
Tableau 8 : Pourcentage de propositions du PPS mises en place en fonction du lieu de prise en charge	37
Tableau 9 : Nombre de paramètres réévalués en consultation	39
Tableau 10 : Répartition des paramètres réévalués par ordre d'importance	39

Liste des abréviations utilisées :

ADL : Activities of Daily Living

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJEFPD : Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MNA test / dépistage : Mini Nutritionnal Assessment

MMSE : Mini Mental State Examination

MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSA : Prescription Médicale chez la Personne Agée

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SPPB : Short Physical Performance Battery

Remerciements

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur OUSTRIC, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre engagement dans la valorisation de la médecine générale au sein de notre belle région ainsi qu'à l'échelle nationale. Merci également pour votre investissement depuis des années pour assurer une formation de qualité aux internes. Retrouvez ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du Jury

Madame la Professeur SOTO, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre implication dans la gériatrie et la fragilité et pour votre investissement dans la formation des internes. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur CHICOULAA, merci pour ton aide, ton écoute et tes conseils précieux. Je voulais particulièrement te remercier pour ton attitude bienveillante et ta disponibilité tout au long de mon parcours de thèse. Merci pour ton implication dans la médecine générale, l'hôpital de jour de fragilité ainsi que dans l'enseignement et la recherche. Avec tout mon respect et ma gratitude, merci.

Madame la Docteur PIAU, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre intérêt porté à la fragilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Monsieur le Emile ESCOURROU, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre investissement dans la médecine générale, la fragilité et la formation des internes. Merci pour votre pédagogie et la clarté de vos explications lors de vos cours au DUMG. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Merci aux soignants des Maisons de Santé Pluridisciplinaires pour votre accueil et votre aide dans la réalisation de ce travail.

Aux personnes qui ont participé à ma formation :

Aux intervenants du DUMG.

Au Dr Marc Gaffie aux urgences du CHIVA pour votre disponibilité bienveillante auprès des personnes qui vous entourent. Votre présence était rassurante pour mon premier stage d'internat.

À l'équipe du Court Séjour Gériatrique du CH d'Albi, tout particulièrement pour les Dr Guylène Sancere et Marion Tissandier. Merci pour votre accueil, votre humanité et votre présence dans les moments difficiles.

À l'équipe du cabinet des Tilleuls de Roques Sur Garonne et spécialement au Dr Isabelle Fray et Maïlis Briole pour votre accompagnement lors de ma découverte de la médecine générale.

Au cabinet de Pins-Justaret et spécialement au Dr Pierre Boyer pour cet accueil chaleureux et ta bienveillance tout au long de mon stage.

Au Dr Mélanie Camborde un grand merci pour ce que tu m'as appris et qui dépasse le champ de la médecine. Bravo pour ton travail au quotidien.

À l'équipe de l'UHSI du CHU de Ranguel, spécialement le Dr Paule Bayle et Aude Lagarrigue pour votre accompagnement dans la découverte du milieu carcéral et votre humanité et votre bienveillance.

Au Dr Pierre André Attard merci pour ta présence bienveillante, ta simplicité et ta joie de vivre. Je suis ravi de pouvoir passer du temps avec toi dans le cadre professionnel et personnel parfois.

Au Dr Gilles Baillé pour ta bienveillance, ta disponibilité et ton expérience.

Au Dr Stéphanie Laroze-Bernard pour ta disponibilité, ton aide bienveillante et ta simplicité.

Au Dr Frederick Defreyne pour ton expérience, ton aide et ton énergie.

À toute l'équipe du centre médical du Lauragais (Annie, Christine, Fred the frog, Laurence, Juliette, Sandrine, Yann et Tonton Bernard) pour votre accueil, votre joie de vivre et votre bienveillance depuis mon arrivée.

À ma famille :

À ma maman, merci pour ton amour et ta présence depuis notre naissance. Merci pour ton (sur)investissement dans la recherche de notre bonheur qui t'a parfois joué des tours. Merci pour tout ce que tu nous as donné et appris. Je suis fier de toi et de ce que tu as fait par amour pour nous malgré les épreuves que tu as traversées. Tu peux penser à toi et avancer maintenant. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime fort.

À mon papa, merci pour ton amour et ta présence. Merci pour ce que tu m'apportes. Je suis fier de toi, je serai toujours là pour toi. Je t'aime fort.

À ma sœur. Un immense merci pour tout ce que tu as toujours fait pour moi, pour ton attitude bienveillante, ta simplicité et ton amour. Je suis certain que je n'aurai jamais pu arriver jusqu'ici sans toi. Tu es la personne sur qui je peux compter. J'admire ta façon naturelle et bienveillante d'aider les gens qui t'entourent et l'énergie que tu fournis pour réaliser les

projets que tu entreprends. Je suis très fier de toi et de ce que tu fais de ta vie. Je suis très fier d'être ton frère. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime fort.

À Marie merci pour ton amour sans lequel je n'aurai pas pu avancer jusque-là. Merci pour ta simplicité, ta gentillesse, ton empathie et ta bienveillance avec ceux qui t'entourent. Je reste admiratif de ta capacité naturelle à faire le bien autour de toi. J'admire ta dignité, ta force de caractère et ta capacité à avancer face aux difficultés de la vie. Je suis très fier de toi et de ce que tu arrives à faire de ta vie et de la nôtre. Je suis heureux de partager ma vie avec toi depuis plus de 10 ans. Nous avons encore plein de belles choses à vivre en couple et en famille. Je t'aime fort.

À mon grand-père, merci pour ton amour depuis ma naissance et merci d'avoir rendu mamie heureuse toutes ces années. Je t'aime fort.

À ma mamie, merci pour ton amour, je pense souvent à toi et je t'aime fort.

À ma mémé, merci pour ton amour et tes gâteaux. Je t'aime fort.

À Jérémy, merci d'être là pour Marine, merci de la rendre heureuse et de veiller sur elle. Merci également pour ta présence bienveillante, ton intelligence et ta simplicité. Bravo pour ce que tu as réussi dans ta vie, tu le mérites. Je suis heureux de t'avoir dans ma famille. Enfin, merci de me faire croire que je suis bon à FIFA. Je t'aime fort.

À la famille Piketty. Eloi merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton énergie créative qui te joue parfois des tours. À Pascale, j'espère que tu vas bien, je ne suis pas le seul à qui tu manques, je t'aime. Romain, Louise et Martin, je suis fière de vous et de la manière dont vous continuez à avancer malgré les événements de la vie. Vous avez énormément de qualités et je suis persuadé que vous trouverez une voie qui vous conviendra, j'ai confiance en vous. Vous êtes de bonnes personnes et avec Marie nous serons toujours là pour vous. Je suis heureux de vous avoir dans ma famille. Je vous aime.

À mes cousins et cousines, Simon, Rémi, Amandine, Mimi, Kiki, Toinou, Charlotte et Loulou. Merci pour les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir. Je suis fier d'avoir des cousins et cousines comme vous. Je vous aime.

À mes tontons et tatas, Brigitte, François, Christophe, Babeth, Laurent, Christine, Annette et Pascal. Merci pour votre présence et pour ces bons moments passés en famille. Vivement les prochains. Je vous aime.

À la famille que j'ai choisie : Je suis fier de notre groupe d'amis. Je sais qu'on a beaucoup de chance de l'avoir et en même temps, on se donne les moyens d'y arriver alors on ne l'a pas volé. Je vous aime et j'ai confiance en vous les amis.

Les gazeurs :

À Cam, mon meilleur coloc, merci pour ton amitié, ta joie de vivre, ton énergie pour aller de l'avant et ta spontanéité qui te joue parfois des tours. Ces années de coloc ensemble m'ont énormément apportées. Merci pour les bons moments passés et ceux à venir jusqu'à notre coloc de vieux en Bretagne ! Tu sais que je suis là pour toi.

À Bibi mon binôme Toulousain, merci d'être là dans le quotidien. Merci pour ton aide dans ma thèse. Tu te donnes beaucoup de mal pour atteindre tes objectifs et tu y arrives. Tu le mérites. Bravo mon pote, je suis fier de toi.

À JB, pour ton écoute et ton amitié. Merci pour ces bons moments qu'on passe ensemble à chaque fois que l'on se voit. Merci pour ta bonne humeur et ta joie de vivre.

À Giggs, merci pour ton écoute, ta gentillesse et ton amitié. Merci pour ces yeux de l'amour en soirée. T'es toujours le bienvenu sur Toulouse mon pote.

Les zoulettes :

À ma Cici d'amour, le petit bois des îles, merci pour ta présence toujours réconfortante et bienveillante. Je suis ton premier fan et j'espère que tu ne m'oublieras pas quand tu seras devenue une star. Je crois en toi et je suis fier de toi. Merci pour ta joie de vivre et ton amitié.

À Adeline pour ta gentillesse, ta bienveillance et ta spontanéité. Merci de ne jamais avoir voulu prendre en charge ton syndrome de la Tourette qui nous fait toujours beaucoup rire. Bravo pour ton parcours et ta réussite, tu le mérites, tu es quelqu'un de bien. Je suis fier de toi.

À Maéva, pour ton amitié et ta gentillesse. Bravo pour le travail que tu as fourni pour atteindre tes objectifs. Je suis content que tu sois venue près de nous.

À Madame Barbara, merci pour cette joie de vivre qui t'anime et que tu nous fais partager. Je suis impressionné par ta façon d'être. Bravo pour ce que tu réalises dans ta vie. J'espère que quand tu reviendras en France, ça sera près de nous, car ta présence nous fait du bien.

À ma Bombono merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et ta présence sur la lune. À chaque retour sur Terre c'est un plaisir de te voir. Bravo pour ce nouveau départ. Vous aurez toujours une place à Toulouse.

À ma Dada merci pour ton amitié, ton caractère de feu et ta gentillesse. Bravo pour ta réussite. Nico et toi êtes toujours les bienvenus à Toulouse.

À Zazou merci pour ta gentillesse et ton énergie. Pierre et toi êtes les bienvenus sur Toulouse.

À Gwen, merci pour ta gentillesse, ta douceur et ta narcolepsie qui nous fait bien rire. C'est toujours un plaisir de passer du temps ensemble.

À Manon merci pour ta présence bienveillante, ta joie de vivre et ta spontanéité. Merci de rendre le chef heureux et de veiller à son alimentation. Vous êtes toujours les bienvenus à Toulouse.

À Claire merci pour lui ! Merci pour ta douceur et gentillesse. C'est toujours un plaisir de te voir.

À Alex et Claire pour votre joie de vivre, votre énergie et votre gentillesse.

À Nico, merci pour elle, bravo pour ce que vous avez réalisé ensemble. Merci pour ton humour et ta gentillesse.

À Geoffrey, merci pour elle, merci pour ta bonne humeur et ta joie de vivre. Bravo pour tes deux pieds gauches et dès que tu peux, remets-nous des glaçons.

À William, merci pour elle et merci de la rendre heureuse. Que les dieux de la bouffe soient avec vous.

À Cricri d'amour, le gagnant du jackpot, merci pour elle, merci de la rendre heureuse.

À Pierrot la brassière pour ton activité à l'arrière du van et ta présence physique sur JJ Goldman.

Aux Albigeois

À Cyrille pour ta sobriété en soirée et tes cours de ping-pong.

À Martin, mon frère d'armes en gériatrie.

À Gauthier pour tes blagues qui sont les meilleures de tous les semestres réunis. Il faut que tu restes dans la région, je suis ton premier fan.

Au Pr Mayau pour tes cours magistraux et ton humanisme.

À Ngolo pour Jules et Adrienne.

À Momo pour ton tact légendaire et tes lap dances.

À Chacha pour la première et la deuxième étoile.

À Zozor pour ton amitié. Pour ton sourire et tes yeux vitreux remplis d'amour en fin de soirée. Merci pour ta joie de vivre, le Pays basque a bien de la chance de t'avoir.

À Nico pour avoir fait décompenser Cam à FIFA. Pour ton sens de la fête et ton teint cirrhotique du vendredi matin.

À Babar pour ton amitié, ta gentillesse, ta joie de vivre et tes coups de gueule. T'es la meilleure musicienne de fanfare que je connaisse, je suis ton premier fan.

À La Garric pour ta gentillesse, ta simplicité, ton écoute bienveillante et tes conseils. Merci également pour ces yeux de l'amour en soirée.

À Zara, merci également d'avoir fait décompenser Cam à FIFA. Merci pour ton amitié, tes attentions, ta présence et ta gentillesse.

À Camille, merci d'avoir réalisé un de mes rêves. Merci pour ta présence dans le quotidien, ton écoute et ta gentillesse. Merci pour ton amitié, mon pote, tu peux compter sur moi.

Aux Toulousains

Au Colonel Carrillo pour ton appui stratégique depuis notre service militaire à Pamiers.

À Djédjé mon frère de fonte. Merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

À Popo pour ta présence bienveillante lors de notre découverte de l'internat.

À Loïc, Johana et Noa pour votre présence réconfortante. Merci pour votre gentillesse et votre simplicité. Vous êtes une belle famille.

INTRODUCTION

Le vieillissement est un phénomène planétaire. Il reflète l'amélioration de la santé et des conditions socio-économiques, mais il s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face (1).

En France, à l'horizon 2050, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoit que 26,2 % de la population (soit 22,3 millions de personnes) sera âgée de 65 ans ou plus contre 20,1 % (soit 18,3 millions) en 2020. Les plus de 65 ans représenteront donc un Français sur quatre en 2050 (2).

Parallèlement au vieillissement de la population, nous allons assister à une augmentation des dépenses de santé en rapport avec la perte d'autonomie. En effet, selon les projections, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, contre 1,11 points de PIB (23,7 milliards d'euros) en 2014 (3).

Cependant, le vieillissement n'est pas toujours synonyme de dépendance. En effet, la population âgée est extrêmement hétérogène. Celle-ci peut être subdivisée schématiquement en trois catégories : les sujets « robustes », « fragiles » et « dépendants ». Les patients robustes sont certes âgés, mais ne présentent aucune incapacité fonctionnelle. Leur vieillissement peut être considéré comme « réussi ». Les patients dépendants, à l'opposé, présentent une perte d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne. Les patients fragiles, quant à eux, sont une frange intermédiaire de la population âgée et sont à risque de perte d'autonomie. Toute l'importance de dépister et prendre en charge la fragilité vient du fait que cet état est réversible (4,5).

Figure 1 : Schéma des profils de vieillissement



En Europe, les personnes fragiles représentent 10 % des plus de 65 ans et les pré-fragiles 40% (6).

La prévention de cet état de dépendance via la prise en charge de la fragilité, semble donc être un projet majeur à mener à l'échelle nationale et européenne. D'abord pour les bénéfiques sur le plan personnel, familial et social, mais aussi pour limiter les dépenses publiques.

Historiquement, la gériatrie s'est développée il y a une quarantaine d'années. D'abord, pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées en situation de dépendance, elle s'est tournée peu à peu vers la prévention afin d'intervenir à un stade plus précoce et mettre en place des interventions ciblées pour prévenir la dépendance. Dès la fin du XX siècle, J. Fried et K. Rockwood contribuent à l'essor du concept de fragilité (7).

La prise en charge de la fragilité s'articule autour de quatre temps : d'abord repérer puis évaluer les patients afin d'établir un plan de prévention appelé Plan Personnalisé de Santé (PPS) visant à retarder l'entrée dans la dépendance (8). Enfin il est nécessaire de mettre en place un suivi pour vérifier l'efficacité des mesures mises en place et les adapter aux patients au cours du temps (9).

C'est sur ces bases que le Gérontopôle de Toulouse en association avec le DUMG et soutenu par l'ARS, a créé en 2011, l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance (HDJEFDP) (10). Il s'agissait de la première structure entièrement dédiée à la fragilité où les patients sont évalués et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire qui travaille en collaboration avec les médecins traitants.

Devant le nombre potentiel de patients fragiles et le développement du repérage, le système hospitalier ne peut pas prendre en charge l'ensemble de ces patients à lui seul.

C'est pourquoi, initialement hospitalière, la prise en charge de la fragilité s'est ouverte aux soins primaires. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) semblent être le lieu privilégié pour cette prise en charge du fait de leur proximité avec les patients, de leur implantation locale au sein du réseau de santé et de leur caractère pluriprofessionnel (11).

La prise en charge de la fragilité fait partie des huit missions de santé publique qui sont proposées aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Lors de leur création, chaque MSP doit choisir au maximum deux missions parmi les huit proposées (12). Cela leur donne droit à un financement dédié et global annualisé dit Nouveaux Modes de Rémunération (NMR), qui assurent la pérennité des programmes mis en place.

En 2013, la HAS publie deux référentiels dédiés au repérage et à la prise en charge de la fragilité en soins primaires intitulés « comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » et « comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? » (13,14). Ces deux référentiels contribuent au développement de la prise en charge ambulatoire de la fragilité en guidant les professionnels de santé en soins primaires.

Toujours en 2013 et à l'initiative de l'ARS de Midi-Pyrénées, la HAS valide un protocole de délégation de tâche médecin – infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) intitulé : «

Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » (15).

Pour coordonner les actions des différents professionnels de santé, un projet personnalisé de santé (PPS) est rédigé à la fin de chaque évaluation de fragilité (16). Dans ce PPS, des propositions sont formulées pour améliorer la prise en charge du patient et guider les intervenants.

Actuellement au sein des MSP de Midi-Pyrénées, on commence à identifier comment fonctionnent le repérage et l'évaluation de la fragilité qui sont assez bien codifiés. Cependant, il existe peu de données sur les modalités de suivi des patients une fois évalués en soins premiers.

Après avoir étudié la mise en place et l'organisation de l'évaluation de patients fragiles au sein des MSP (17,18), nous avons décidé de travailler sur les modalités de suivi des patients ayant eu une évaluation de fragilité au sein des MSP de Midi-Pyrénées.

L'objectif principal de mon travail est la description des modalités de suivi de fragilité de 150 patients évalués en soins primaires au sein de 11 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de Midi-Pyrénées.

Mes objectifs secondaires sont :

- L'évaluation de la mise en place des propositions du projet personnalisé de santé (PPS).
- La comparaison des résultats de mises en place des propositions du PPS avec ceux de l'HDJEFPD.
- L'évaluation du pourcentage de patients réévalués à distance sur le plan gériatrique.
- Le recueil du ressenti des professionnels de santé vis-à-vis du suivi des patients fragiles.

MATERIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale réalisée sur l'ex-région Midi-Pyrénées.

II. Population étudiée

La population étudiée était composée de 2 sous-groupes. Elle reprenait la population d'étude du Dr Savary dans son étude de 2018 sur « Description de la population gériatrique évaluée en soins primaires au sein des maisons de santé de Midi-Pyrénées ».

Le premier sous-groupe était composé des professionnels de santé responsables de la prise en charge de la fragilité au sein de 11 MSP de la région Midi-Pyrénées qui participaient au programme de prise en charge de la fragilité en accord avec l'ARS.

Le deuxième sous-groupe, avant la phase d'inclusion, était composé de 235 patients ayant eu une évaluation de fragilité au sein de ces 11 MSP entre janvier 2015 et le 30 juin 2017.

III. Recrutement

Dans un premier temps, le chercheur avait contacté par mail puis par téléphone le Dr SAVARY afin qu'elle lui transmette les contacts des professionnels de santé responsables de la fragilité au sein des 11 MSP qui avaient participé à son étude en 2018.

Dans un deuxième temps, le chercheur avait contacté par mail les médecins et infirmières responsables de la prise en charge de la fragilité dans ces 11 MSP pour leur proposer de participer à son projet de thèse. En l'absence de réponse, une relance était envoyée par mail éventuellement suivie d'un appel téléphonique par le chercheur.

Dans un troisième temps, un entretien téléphonique avec ces professionnels de santé était réalisé afin d'organiser les modalités de recueil des données : accord préalable, disponibilités des personnes, des locaux et du matériel en fonction des dates.

IV. Recueil des données

Pour recueillir les données, le chercheur s'était déplacé au sein de la plupart des Maisons de santé ayant accepté de participer.

Dans les cas où le professionnel de santé préférait réaliser les échanges par mail ou par téléphone, que le nombre de personnes évaluées était inférieur à 10 ou que le programme de fragilité était arrêté, le chercheur avait réalisé son recueil par téléphone puis mail sécurisé.

Le recueil de données était réalisé en deux temps. Dans un premier temps, les professionnels de santé étaient interrogés via un questionnaire puis dans un second temps une recherche information était réalisée dans le dossier médical de chaque patient.

Il n'existait pas de questionnaire validé pour répondre à nos objectifs études. Avec l'aide de son directeur de thèse et de l'atelier questionnaire de la faculté, le chercheur a donc créé le questionnaire à partir de travaux déjà réalisés et testé celui-ci sur 2 médecins et 2 non-médecins extérieurs à l'étude afin d'en apprécier la validité par rapport à nos objectifs d'études.

Le recueil était réalisé en présentiel pour les MSP chez qui le chercheur a pu se déplacer et par téléphone et mail pour les autres. La période de recueil s'étendait de janvier à mars 2019.

1. Premiers temps du recueil : l'entretien avec le(s) professionnel(s) de santé (2 sous-parties)

Le questionnaire était composé de 2 sous-parties.

La première concernait l'objectif principal de notre étude à savoir les modalités de suivi des patients ayant eu une évaluation de fragilité entre janvier 2015 et le 30 juin 2017 au sein de la MSP.

a. Première sous-partie (objectif principal) : modalités de suivi des patients

- Qui fait le suivi ?
- Comment est réalisé le suivi ?
- Quelle est la fréquence du suivi ?
- Quel est le support de suivi des patients ? Est-il dédié au suivi ou non ?
- Il y a-t-il discussion du suivi du patient avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge ? Par quel biais ?

- Les patients, sont-ils reconvoqués pour avoir une réévaluation de leur situation gériatrique ? Comment sont-ils reconvoqués ? Par qui ?
- Selon quelles modalités les patients sont-ils réévalués ? Par qui ? Sur quels critères ?

b. Deuxième sous-partie (objectif secondaire) : ressenti des professionnels vis-à-vis du suivi de fragilité

La deuxième sous-partie portait sur un des objectifs secondaires à savoir le ressenti des professionnels de santé vis-à-vis du suivi de fragilité. Le chercheur demandait aux professionnels de santé en charge de la fragilité, quel était leur ressenti vis-à-vis du suivi de fragilité des patients. L'ensemble des réponses recueillies lors des entretiens étaient consignées et regroupées par thème pour être appareillées et classées par fréquence d'apparition.

2. Deuxième temps (objectifs secondaires) : recherche informatique des données dans le dossier médical des patients

À l'aide du/des professionnel(s) de santé et du dossier médical du patient, le chercheur complétait son tableau de recueil élaboré en 3 sous-parties. Pour comparer l'évolution du patient depuis son évaluation initiale, le chercheur a séparé les données de l'évaluation initiale (T0) et les nouvelles données recueillies (T1). Le tableau de recueil a été élaboré à partir du PPS fait lors de l'évaluation initiale suivant le programme d'évaluation gériatrique standardisée (EGS) utilisé à l'HDJEFPD.

- a. La première sous-partie concernait les caractéristiques générales du patient : Âge, sexe, lieu de vie, le caractère polypathologique ou non (au moins deux maladies chroniques).
- b. La deuxième sous-partie évaluait la mise en place des propositions du PPS en fonction des différentes dimensions de fragilité :
 - Environnementale : achats de matériels, aménagement de l'environnement

- Sociale : mise en place d'aides ménagères, démarche sociale – demande / réévaluation APA, institutionnalisation envisagée, procédure juridique / tutelle- curatelle
- Soins : consultation / visite rapprochée avec le médecin traitant, consultation avec un autre spécialiste, prescription passage infirmière
- Physique : prescription kinésithérapie, activité physique / gymnastique adaptée
- Psycho-cognitif : activité de groupe / atelier mémoire, prise en charge psychologique
- Nutritionnelle : portage des repas, conseils diététiques ± Compléments nutritionnels oraux, surveillance du poids

Sur le plan thérapeutique, nous avons comparé et classé les patients par groupe de médication à T0 et T1 :

- Normomédiqué : Strictement inférieur à 5 médicaments sur l'ordonnance
- Polymédiqué : Supérieur ou égal à 5 et inférieur ou égal à 9 médicaments sur l'ordonnance
- Hypermédiqué : Strictement supérieur à 9 médicaments sur l'ordonnance

- c. La troisième sous-partie comparait la situation gériatrique des patients ayant eu une réévaluation en fonction des paramètres utilisés lors de l'évaluation initiale : Statut de fragilité selon les critères de Fried, ADL, IADL, MMSE, GDS, mimi GDS, Raskin, IMC, MNA test, vitesse de marche, SPPB.

V. Analyse des données

L'ensemble des données recueillies ont été intégrées à un tableur Excel® à l'exception du ressenti des professionnels de santé. Les données, relatives aux modalités de suivi des patients ont été retranscrites à l'écrit. L'ensemble des caractéristiques relatives au PPS et à la situation gériatrique des patients réévalués ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives, à l'aide du logiciel Excel®. Les analyses statistiques ont été réalisées par un biostatisticien.

Concernant le ressenti des professionnels de santé, les idées directrices du discours de chaque professionnel interrogé ont été extraites. Puis elles ont été appariées, en fonction de leurs récurrences dans le discours chacun ce qui a permis de les classer par fréquence d'apparition.

VI. Ethique et anonymisation

Les professionnels interrogés ont été informés du caractère anonyme des données recueillies et du but de l'étude dans le cadre de la publication d'une thèse d'exercice en médecine. L'information leur a été transmise par écrit lors du premier mail puis oralement lors de l'entretien téléphonique.

L'ensemble des professionnels interrogés ont donné leur accord pour l'exploitation et la publication des données.

À la date de l'étude, compte tenu de son caractère rétrospectif et de l'anonymat des données nous n'avons pas eu besoin de l'intervention d'un comité d'éthique pour valider le projet.

RÉSULTATS

I. Échantillon

1. Les maisons de santé

Dans l'ex-région Midi-Pyrénées en janvier 2015, 16 MSP évaluaient la fragilité : 4 dans l'Ariège, 1 dans l'Aveyron, 3 dans le Gers, 3 en Haute-Garonne, 2 dans le Tarn et 3 dans le Tarn-et-Garonne. Pour notre étude, nous avons repris les 11 maisons de santé qui avaient participé à la thèse du Dr Savary sur l'évaluation initiale de la fragilité en soins primaires.

Notre période de recueil de données allait de janvier à mars 2019. Sur les 11 maisons de santé ayant participé, le chercheur s'était déplacé dans 6 pour faire son recueil de données en présentiel et pour les 5 autres, ce recueil était fait par téléphone.

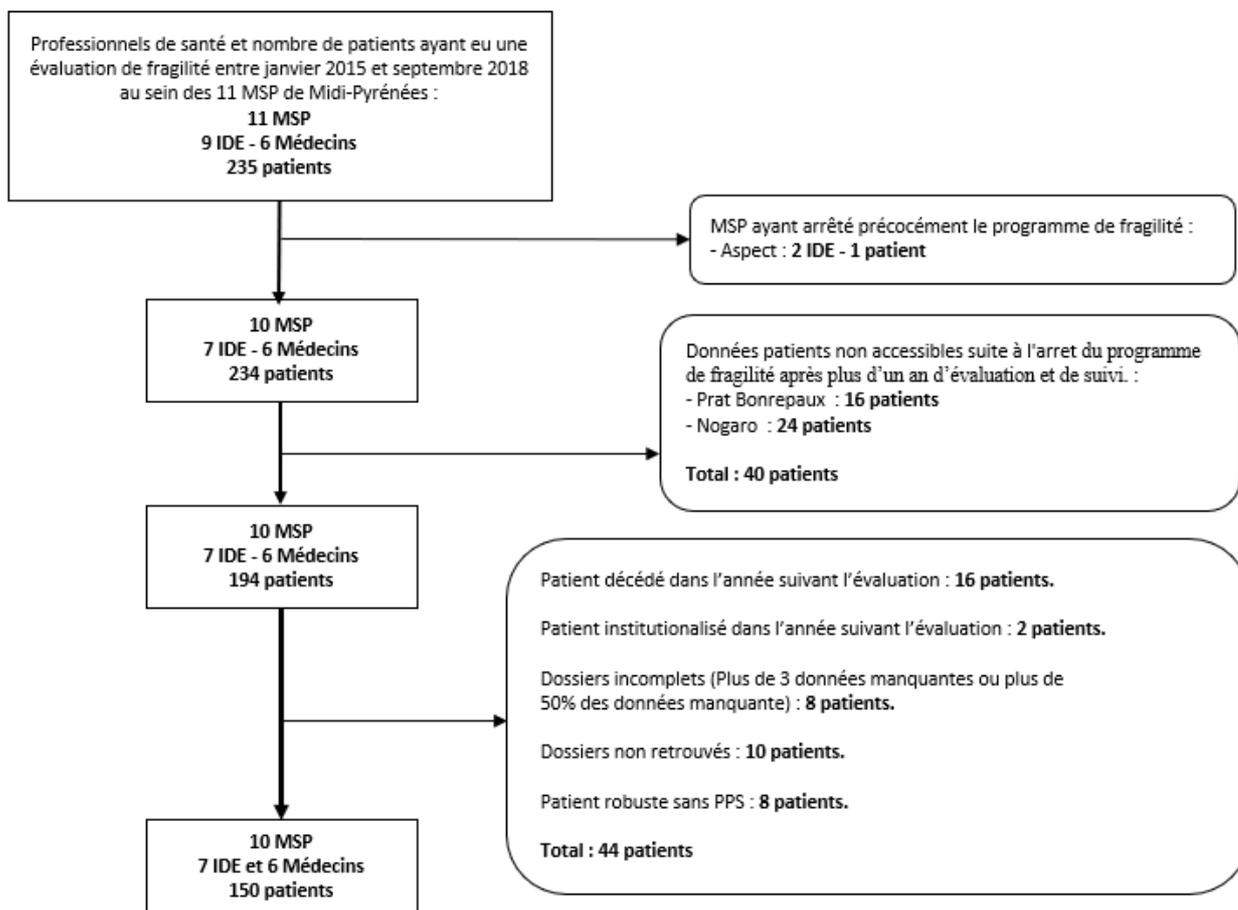
Le tableau 1 donne le détail, avant inclusion, des professionnels de santé en charge de la fragilité ainsi que des 235 patients ayant eu une évaluation initiale de fragilité entre janvier 2015 et septembre 2017 au sein des 11 MSP de Midi-Pyrénées ayant participé à notre étude :

Tableau 1 : Répartitions des professionnels de santé et patients avant inclusion

MSP (département)	Professionnels de santé		Patients
	IDE	Médecins	
Mauvezin (32)	0	1	43
Vic Fezensac (32)	0	1	46
La bastide Rouairoux (81)	2	0	39
Mirepoix (09)	0	2	24
La Reynerie (31)	1	0	16
La Bastide de Sérrou (09)	1	1	12
Brassac (81)	1	0	10
Entraygues (12)	1	0	4
Prat Bonrepaux (09)	0	1	16
Nogaro (32)	1	0	24
Aspet (31)	2	0	1
Total : 11	9	6	235
	15		

2. Diagramme de flux

Figure 2 : diagramme de flux :



Sur les 11 MSP, une avait arrêté précocément la prise en charge de la fragilité et aucune donnée n'avait pu être recueillie. Il s'agissait de la MSP d'Aspect ou le programme s'était arrêté suite au manque de patients adressés pour évaluation de fragilité.

Sur les 10 MSP restantes, deux avaient arrêté le programme de fragilité après plus d'un an d'évaluation et de suivi. Pour ces MSP, l'entretien avec le(s) professionnel(s) de santé en charge de la fragilité avait pu être réalisé, mais le recueil des données patients n'avait pas pu être réalisé.

Il s'agissait des MSP de :

- Nogaro : Arrêt du programme de fragilité suite au départ des IDE d'évaluations qui portaient le projet. Une était partie à la retraite et l'autre était partie sur un autre projet début 2018.
- Prat Bonrepaux : L'évaluation initiale était faite par les internes sur 3 semestres d'affilés de mai 2016 à novembre 2017 puis s'était arrêté.

Au total 10 MSP comprenant 13 professionnels de santé (7 IDE et 6 médecins) et 150 patients ont pu être inclus. Voici leur répartition finale (tableau 2) :

Tableau 2 : Répartition finale des intervenants dans la fragilité et des patients inclus au sein des 10 MSP retenues pour l'étude

MSP (département)	Professionnels de santé		Patients Inclus / potentiels
	IDE	Médecins	
Mauvezin (32)	0	1	38 / 43
Vic Fezensac (32)	0	1	37 / 46
La bastide Rouairoux (81)	2	0	21 / 39
Mirepoix (09)	0	2	16 / 24
La Reynerie (31)	1	0	16 / 16
La Bastide de Sérou (09)	1	1	11 / 12
Brassac (81)	1	0	7 / 10
Entraygues (12)	1	0	4 / 4
Prat Bonrepaux (09)	0	1	0 / 16
Nogaro (32)	1	0	0 / 24
Total : 10	7	6	150
	13		

II. Objectif principal : Modalités de suivi des patients ayant eu une évaluation de fragilité en soins primaires.

Pour rappel, dans 8 MSP sur 10, l'évaluation initiale était faite par les IDE seules. Parmi elles, 4 sur 8 étaient réalisées au domicile des patients, 3 sur 8 étaient partagées entre domicile et MSP avec une proportion majoritaire d'évaluation au domicile et enfin pour 1 sur 8 elle était faite uniquement à la MSP.

Concernant les 2 MSP restantes, pour l'une, l'évaluation initiale était faite en duo par le médecin et l'IDE ou par le médecin et la psychologue à la MSP. Pour l'autre, elle était faite par les internes à la MSP sur 3 semestres d'affilés de mai 2016 à novembre 2017.

1. Description des modalités de suivi

Pour cette partie, nous avons distingué le suivi « habituel » qui concernait le suivi classique/usuel de chaque patient tout au long de l'année du suivi « dédié » où un temps spécifique était alloué à la fragilité en dehors du suivi habituel.

Sur les 10 MSP :

- 7 réalisaient le suivi de la fragilité au cours du suivi habituel de leurs patients.
- 3 réalisaient un suivi habituel associé à un suivi dédié à 3 et 6 mois.

a. Sur les 7 MSP réalisant le suivi au cours du suivi habituel :

Pour 5 sur 7 (71 %) le suivi était fait uniquement par les médecins traitants lors de leurs consultations et visites à domicile. Les IDE réalisaient l'évaluation initiale, mais n'avaient pas de rôle dans le suivi de fragilité.

Pour 2 sur 7 (29 %) le suivi était fait par les médecins traitants et les IDE lors de leurs consultations et leurs visites à domicile habituelles.

Pour ces 7 MSP, les informations collectées étaient consignées dans le dossier médical informatique du patient. Les dossiers des patients n'étaient pas systématiquement discutés en RCP. Pour 4 MSP sur 7, les dossiers étaient parfois discutés en RCP et pour 3 sur 7, ils

étaient discutés au cours de réunions informelles (Exemples : lors des repas en commun, au détour d'un couloir...)

b. Pour les 3 MSP qui réalisaient un suivi dédié à 3 et 6 mois en plus du suivi habituel :

Les médecins et IDE réalisaient le suivi au cours de leurs consultations et visites à domicile habituelles. En plus de ce suivi, les IDE réalisaient un suivi dédié par téléphone à 3 et 6 mois pour suivre l'évolution des patients et la mise en place des propositions du PPS.

Il n'y avait pas de reconvocation systématique pour la réalisation de nouveaux tests. Les tests étaient réalisés au cas par cas en fonction de l'état clinique de chaque patient.

Pour ces 3 MSP, les informations collectées étaient consignées dans le PPS et intégrées dans le dossier médical informatique du patient au sein d'un fichier dédié à la fragilité. Les dossiers des patients étaient régulièrement discutés en RCP dans ces 3 MSP.

2. Modalités de suivi dédié

Pour les 3 MSP où il y avait un suivi dédié à 3 et 6 mois, celui-ci était fait par l'IDE. Les modalités de ce suivi dédié étaient variables en fonction de chaque MSP :

- Brassac : Le contrôle était fait d'abord par téléphone puis en consultation avec la revue et la mise à jour des propositions du PPS ainsi que la réalisation de nouveaux tests si la situation clinique le nécessitait.
- La Reynerie : Le mode de contrôle dépendait des patients. Il était fait soit en consultation, en visite à domicile ou par téléphone avec la revue et la mise à jour des propositions du PPS ainsi que la réalisation de nouveaux tests si nécessaire.
- Vic Fezensac : Le contrôle était fait par téléphone avec la revue et la mise à jour des propositions du PPS. Les patients pouvaient être reconvoqués pour la réalisation de nouveaux tests.

3. Modalités de suivi habituel

Pour les 7 MSP sur 10 dont le suivi était fait au cours du suivi habituel, les patients pouvaient être reconvoqués de manière non systématique lors de consultations pour la réalisation de nouveaux tests.

III. Objectifs secondaires :

1. Mise en place des propositions du PPS

a. Caractéristiques sociodémographiques des 150 patients inclus :

Concernant les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude, le sex-ratio était de 2 femmes pour 1 homme.

Lors de l'évaluation initiale, la moyenne d'âge était de 84,5 ans avec un écart type de 5,54, un âge minimal de 70 ans et maximal de 96 ans. À la réévaluation, la moyenne d'âge était de 86,3 ans avec un écart type de 5,55, un âge minimal de 72 ans et maximal de 98 ans.

À T0 comme à T1, la catégorie d'âge la plus représentée était celle des 85-94 ans avec 77 patients à T0 et 83 à T1 soit respectivement 51,3 et 55,3 % de l'effectif total. À la suite, les 70 - 84 ans représentaient 44,7 % à T0 (67 patients) et 38 % de l'effectif à T1 (57 patients). Le détail est résumé dans le tableau 3.

100 % des patients vivaient au domicile lors de l'évaluation initiale contre 92 % (138 patients) lors de la réévaluation et 8 % (12 patients) en institution, foyer ou famille d'accueil.

Tableau 3 : Caractéristiques générales des 150 patients inclus

Caractéristiques sociodémographiques de la population (n =150)	Évaluation initiale T0 n (%) ou m ± σ [min-max]	Réévaluation T1 n (%) ou m ± σ [min-max]
Sexe : n=150		
Femmes	100 (66,7 %)	
Hommes	50 (33,3 %)	
Âge : n=150	84,5 ± 5,54 [70-96]	86,3 ± 5,55 [72-98]
70 – 84 ans	67 (44,7 %)	57 (38 %)
85 – 94 ans	77 (51,3 %)	83 (55,3 %)
≥ 95 ans	6 (4 %)	10 (6,7 %)
Lieu de vie : n= 150		
Domicile	150 (100 %)	138 (92%)
Institution / Foyer / famille d'accueil	0 (0 %)	12 (8 %)

Lors de l'évaluation initiale, 128 patients (85 %) étaient fragiles, 12 (8 %) pré-fragiles et 10 (7 %) robustes selon les critères de Fried. Une seule patiente avait bénéficié d'une réévaluation complète à un an de son évaluation initiale. Cette patiente était fragile lors de son évaluation initiale. Avec à la mise en place des propositions du PPS et suite à sa réévaluation, son statut de fragilité n'avait pas évolué et la patiente restait fragile.

b. Propositions prescrites lors de l'évaluation initiale et leurs devenir :

Lors de l'évaluation initiale, 574 propositions avaient été faites aux 150 patients inclus dans notre étude. Sur ces 574 propositions, plus des trois-quarts avaient pu être mises en place, 18 % n'avaient pas été mises en place et pour 5 % nous n'avions pas retrouvé si leurs mises en place avaient pu être possibles ou non.

Tableau 4 : Devenir des propositions du PPS faites lors de l'évaluation initiale :

Paramètres :	Devenir des propositions du PPS faites lors de l'évaluation initiale. n=574 n (%)
Propositions mises en place	440 (76,7%)
Propositions non mises en place	105 (18,3 %)
Propositions faites, mais dont la mise en place n'est pas connue.	29 (5,1 %)

Le tableau 5 donne, en détail, la répartition des propositions mises en place, non mises en place et dont la mise en place n'est pas connue.

Tableau 5 : Répartition du devenir des propositions faites lors de l'évaluation initiale :

Propositions du PPS : n (%)	Propositions faites lors de l'évaluation initiale : n=574	Propositions mises en place	Propositions non mises en place	Propositions faites, mais dont la mise en place n'est pas connue
Sur le plan environnemental :				
Achats de matériels	34 (5,9 %)	21 (61,8 %)	10 (29,4 %)	3 (8,8 %)
Aménagement de l'environnement	3 (0,5 %)	2 (66,6 %)	1 (33,3 %)	0 (0 %)
Sur le plan social :				
Mise en place d'aides ménagères	42 (7,3 %)	31 (73,8 %)	10 (23,8 %)	1 (2,4 %)
Démarche sociale – Demande / réévaluation APA	52 (9,1 %)	43 (82,7 %)	3 (5,8%)	6 (11,5 %)
Institutionnalisation envisagée	8 (1,4 %)	6 (75 %)	2 (25 %)	0 (0 %)
Procédure juridique : tutelle – curatelle	5 (0,9 %)	3 (60 %)	1 (15 %)	1 (15 %)
Sur le plan des soins :				
Consultation rapprochée avec le médecin traitant	57 (9,9 %)	55 (96,5 %)	2 (3,5 %)	0 (0 %)
Consultation avec un autre spécialiste	45 (7,8 %)	40 (88,9 %)	4 (8,9 %)	1 (2,2 %)
Prescription passage infirmier(e)s	31 (5,4 %)	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)	0 (0 %)
Sur le plan physique :				
Prescription kinésithérapie	85 (14,8 %)	64 (75,3 %)	19 (22,4 %)	2 (2,4 %)
Activité physique / gymnastique adaptée	34 (5,9 %)	24 (70,6 %)	8 (23,5 %)	2 (5,9 %)
Sur le plan psycho-cognitif :				
Activité de groupe / atelier mémoire	39 (6,8 %)	16 (41 %)	18 (46,2 %)	5 (12,8 %)
Prise en charge psychologique	42 (7,3 %)	28 (66,7 %)	9 (21,4 %)	5 (11,9 %)
Sur le plan nutritionnel :				
Portage des repas	18 (3,1 %)	9 (50 %)	7 (38,9 %)	2 (11,1 %)
Conseils diététiques ± Compléments nutritionnels oraux	47 (8,2 %)	40 (85,1 %)	6 (12,8 %)	1 (2,1 %)
Surveillance du poids	32 (5,6 %)	32 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

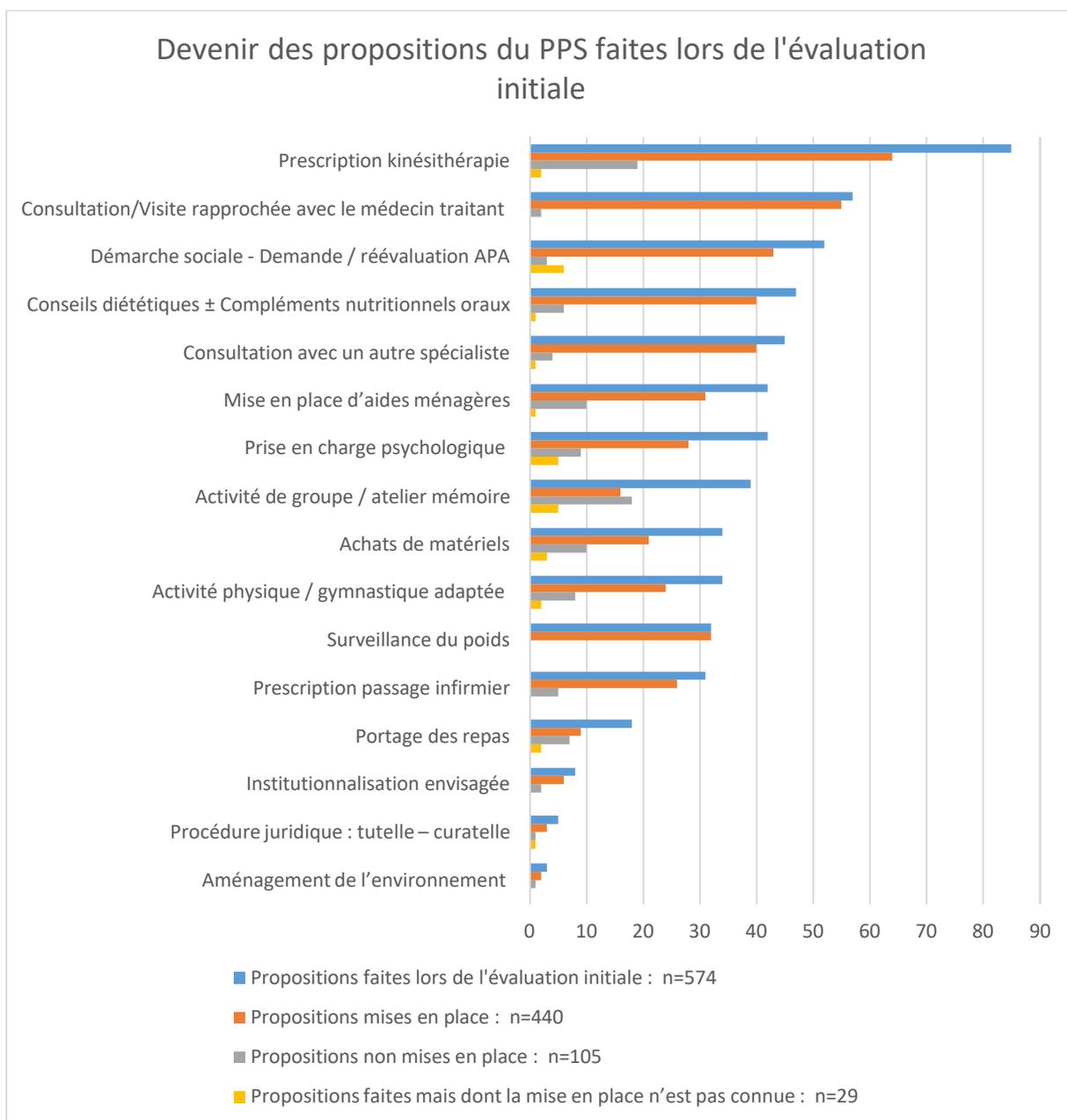
La kinésithérapie était la proposition la plus prescrite avec un bon taux de réalisation puisque 75% des prescriptions étaient mises en place.

Les prescriptions les plus respectées étaient la consultation rapprochée avec le médecin traitant (96,5 % de mise en place) suivie de la consultation d'un spécialiste (88,9 %), les conseils diététiques et compléments nutritionnels oraux (85 %) et les passages infirmier(e)s avec 83,9 % de mise en place.

La proposition la moins mise en place était l'activité de groupe et atelier mémoire avec 46,2 % de propositions non mises en place.

Le graphique 1 reprend le devenir des propositions du PPS du tableau 5.

Graphique 1 : Devenir des propositions du PPS faites lors de l'évaluation initiale :



Pour 56 patients, une ou plusieurs propositions n'avaient pas pu être mises en place. Cela représentait 105 propositions. Le tableau 6 reprend les causes de non-mise en place de celles-ci. La cause la plus fréquente de non-mise en place était le refus des patients à 64,8 %.

Tableau 6 : Causes de non-mise en place des propositions du PPS :

Causes de non mise en place des propositions : n=105	n (%)
Refus patient	68 (64,8 %)
Hospitalisation	10 (9,5%)
Non prescrit	10 (9,5 %)
Cause non retrouvée	7 (6,7)
Problème de transport patient	6 (5,7 %)
Institutionnalisation	4 (3,8 %)

c. Devenir des propositions en fonction du type de suivi (dédié ou habituel) :

Les 3 MSP qui réalisaient un suivi dédié comptaient 60 patients pour lesquels 292 propositions avaient été faites. Parmi ces propositions, 78,8 % avaient été réalisées, 20,5 % non mises en place et 0,7 % dont la mise en place n'était pas connue.

Les 7 MSP réalisant leur suivi au cours du suivi habituel comptaient 90 patients pour lesquels 282 propositions avaient été faites. Parmi ces propositions, 74,5 % avaient été réalisées, 16 % non mises en place et 9,6 % dont la mise en place n'est pas connue.

Le nombre de propositions moyennes par patient était de 3,83. Pour les patients dont les MSP proposaient un suivi dédié, celui-ci était à 4,87 et à 3,13 pour les patients dont les MSP proposaient un suivi habituel uniquement.

Tableau 7 : Devenir des propositions du PPS en fonction du type de suivi :

Propositions du PPS : N=nombre de patients n=nombre de propositions	Propositions mises en place n (%)	Propositions non mises en place n (%)	Propositions faites, mais dont la mise en place n'est pas connue n (%)
Devenir de l'ensemble des propositions N=150 / n=574	440 (76,7 %)	105 (18,3 %)	29 (5,1 %)
<u>Suivi dédié</u> N=60 / n=292	230 (78,8 %)	60 (20,5 %)	2 (0,7 %)
<u>Suivi habituel uniquement</u> N=90 / n=282	210 (74,5 %)	45 (16 %)	27 (9,6 %)

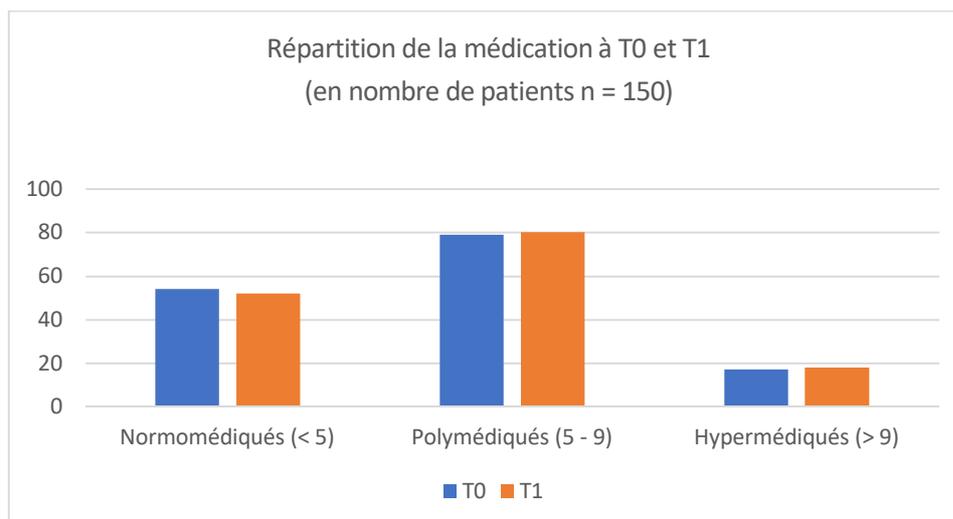
Pour la comparaison des types de suivi dédiés ou habituels, nous avons utilisé un test du chi 2 avec lequel nous avons retrouvé une p-value 0,156. Avec une méthode de standardisation directe en fonction du nombre de propositions par patient la p-value était à 0,157 toujours en utilisant un test du chi 2.

Il n'existait pas de différence significative sur la mise en place des propositions en fonction du type de suivi dédié ou habituel même après standardisation directe de nombre de propositions par patient.

d. Concernant la médication des patients :

Dans le PPS, il n'y avait pas de proposition pour une intervention spécifique sur ordonnance des patients. Sur les 150 patients inclus dans l'étude, 54 (36 %) étaient normomédiqués, 79 (52,7 %) étaient polymédiqués et 17 (11,3 %) étaient hypermédiqués lors de l'évaluation initiale à T0. À la réévaluation T1 lors de notre étude, 52 (34,7 %) étaient normomédiqués, 80 (53,3 %) étaient polymédiqués et 17 (12 %) étaient hypermédiqués.

Graphique 2 : Répartition de la médication des patients à T0 et T1



Il n'y avait pas de retentissement sur la classe de médication des patients entre T0 et T1.

2. Comparaison des résultats de la mise en place des propositions du PPS avec ceux de l'HDJEFPD.

Nous avons pu comparer les résultats de mise en place de propositions du PPS de notre étude avec celle du Dr Vigué qui avait étudié, en 2015, les « modifications du statut de fragilité chez 100 sujets âgés évalués un an après la mise en place d'un plan de prévention et de soin personnalisé » à HDJEFPD. Dans son étude, les propositions étaient regroupées en plusieurs dimensions : médicale, fonctionnelle, nutritionnel et sociale (19).

Nous avons regroupé les résultats de notre étude afin qu'ils soient comparables à ceux de l'étude du Dr Vigué. Cela nous permettait d'appréhender l'impact du lieu de prise en charge sur la mise en place des propositions du PPS. Le tableau 8 compare les pourcentages de mises en place des propositions entre la prise en charge à l'HDJEFPD et la prise en charge ambulatoire au sein des MSP ayant participé à notre étude.

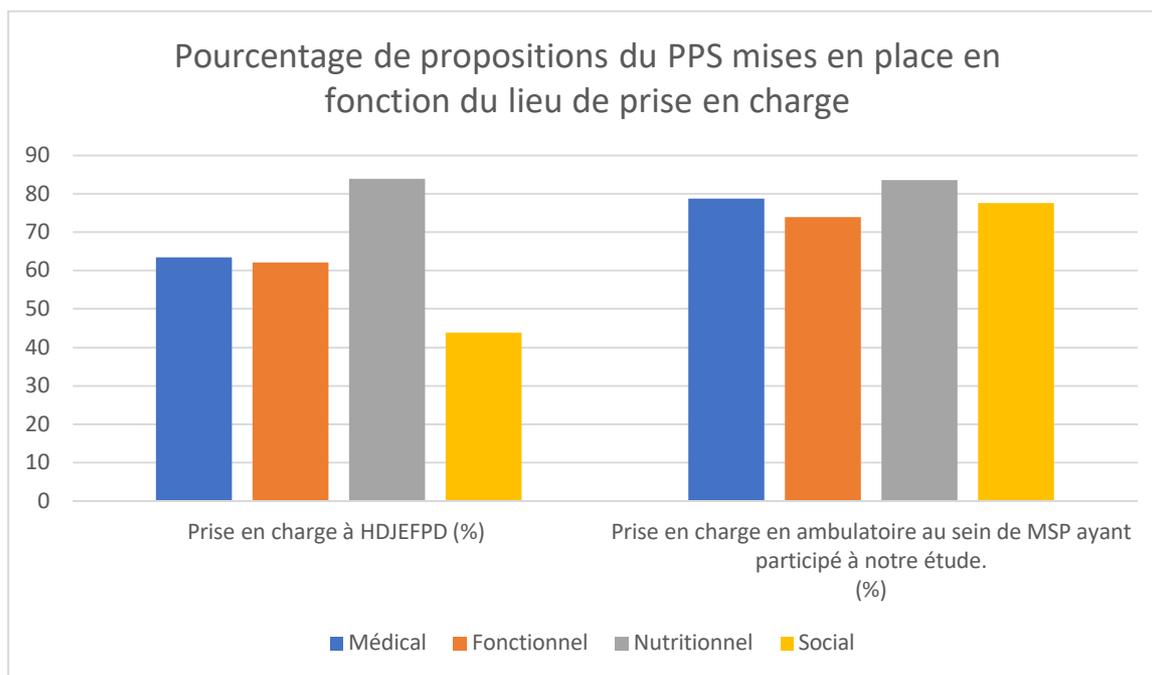
Tableau 8 : Pourcentage de propositions du PPS mises en place en fonction du lieu de prise en charge :

Paramètres du PPS : n (%) ou m ± [min-max]	Prise en charge à HDJEFPD (%)	Prise en charge en ambulatoire au sein de MSP ayant participé à notre étude. (%)
Médical	63,4 %	78,7 %
Fonctionnel	62,1 %	73,9 %
Nutritionnel	83,9 %	83,5 %
Social	43,8 %	77,6 %
Pourcentage total :	63,3 %	78,4 %

Nous avons comparé les résultats totaux de mise en place des propositions du PPS avec l'utilisation d'une analyse de variance de type ANOVA et nous avons retrouvé une p-value à 0,35. Même si elle n'était pas significativement plus efficace que la prise en charge à l'HDJEFPD, la prise en charge ambulatoire semblait être assez efficace sur la mise en place des propositions médicales, fonctionnelles et sociales en comparaison de celles de HDJEFPD. Seul le plan nutritionnel ne montrait pas de différence par rapport au lieu de prise en charge.

Le graphique 3 montre de manière différente la comparaison du suivi des propositions de l'HDJEFPD vs ambulatoire.

Graphique 3 : Pourcentage de propositions du PPS mises en place en fonction du lieu de prise en charge



3. Pourcentage de patients réévalués à distance sur le plan gériatrique

Sur les 150 patients suivis dans les 10 MSP, nous avons pu retrouver une réévaluation pour 79 d'entre eux soit 52,7 % de l'effectif total.

Parmi ces 79 réévaluations, 1 (1,3 %) avait bénéficié d'une réévaluation gériatrique complète, pour 24 (30,4 %) la réévaluation avait eu lieu en consultation avec accès à l'information et pour les 54 patients restants (68,3 %), la réévaluation était uniquement téléphonique sans que le chercheur ait pu accéder à l'information.

La patiente qui avait bénéficié d'une réévaluation complète à un an était fragile lors de son évaluation initiale. Avec à la mise en place des propositions du PPS et suite à sa réévaluation, son statut de fragilité n'avait pas évolué et la patiente restait fragile.

Les 24 patients ayant eu une réévaluation en consultation, étaient répartis sur 4 MSP. Parmi eux, 62,5 % avaient eu une réévaluation d'un seul paramètre, 20,8 de deux paramètres, 12,5 % de 3 paramètres et 4,2 % de 4 paramètres (tableau 9). Toujours concernant ces 24 patients, 6 ont eu une réévaluation téléphonique précédant la consultation.

Tableau 9 : Nombre de paramètres réévalués en consultation :

Détail du nombre de paramètres réévalués en consultation par patient : n = 24 patients	n (%) ou m ± σ [min-max]
1 paramètre	15 (62,5 %)
2 paramètres	5 (20,8 %)
3 paramètres	3 (12,5 %)
4 paramètres	1 (4,2%)

Le tableau 10 reprend les paramètres réévalués en consultation (hors réévaluation complète) et les classes par ordre de fréquence. 6 paramètres avaient été réévalués avec le MMSE en tête.

Tableau 10 : Répartition des paramètres réévalués par ordre d'importance :

Paramètres réévalués en consultation :	Nombre de réévaluation
MMSE	18
IMC	10
ADL ou IADL	6
MNA Test	2
GDS	1
SPPB	1

4. Ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de la prise en charge des patients fragiles

Lors du recueil de données, le chercheur demandait aux professionnels de santé en charge de la fragilité, quel était leur ressenti vis-à-vis du suivi de fragilité des patients. L'ensemble des réponses recueillies lors des entretiens, étaient consignées par le chercheur et 7 idées directrices ont pu être classées par ordre de fréquence. Voici leur répartition :

- 1) Difficultés de temps dédié à la fragilité : 7 MSP (3 médecins et 6 IDE)
- 2) Problème d'adressage : 5 MSP (2 médecins et 5 IDE)
- 3) Problème du transport des patients : 4 MSP (2 médecins et 4 IDE)
- 4) Difficultés liées au financement : 4 MSP (5 IDE)
- 5) Perte de vitesse du programme de fragilité : 3 MSP (3 médecins et 1 IDE)
- 6) Problème d'adhésion des patients : 2 MSP (1 médecin et 2 IDE)
- 7) Demande de formation complémentaire : 1 MSP (2 IDE)

DISCUSSION

I. Résultats principaux

1. Maisons de santé pluridisciplinaires

Sur les 16 MSP de Midi-Pyrénées qui prenaient en charge la fragilité en janvier 2015, 11 avaient participé à la thèse du Dr Savary sur l'évaluation initiale de la fragilité en soins primaires et 10 MSP comprenant 13 professionnels de santé (7 IDE et 6 médecins) et 150 patients ont pu participer à notre étude sur les modalités de suivi de la fragilité en ambulatoire.

2. Modalités de suivi

Sur les 10 MSP, 7 réalisaient le suivi de la fragilité au cours du suivi habituel de leurs patients et 3 réalisaient un suivi habituel associé à un suivi dédié protocolisé à 3 et 6 mois.

Le suivi habituel était réalisé par le médecin traitant parfois complété par l'IDE. Les informations étaient consignées dans le dossier médical du patient et les dossiers n'étaient pas systématiquement discutés en RCP.

Le suivi dédié était toujours réalisé par l'IDE seule, par téléphone et parfois suivi d'une consultation ou d'une visite à domicile. Les informations étaient consignées dans le PPS et les dossiers discutés en RCP.

3. Projet personnalisé de santé

Sur l'ensemble des 574 propositions faites lors de l'évaluation initiale aux 150 patients inclus dans notre étude, 77 % avaient pu être mises en place et 18 % n'avaient pas été mises en place. Pour 5 % d'entre elles, nous n'avions pas retrouvé si leurs mises en place avaient pu être possibles ou non.

La kinésithérapie était la proposition la plus prescrite avec un bon taux de réalisation puisque 75 % des prescriptions étaient mises en place.

Les prescriptions les plus respectées étaient la consultation rapprochée avec le médecin traitant (96,5 % de mise en place) suivi de la consultation d'un spécialiste (88,9 %), les

conseils diététiques et compléments nutritionnels oraux (85 %) et les passages infirmier(e)s avec 83,9 % de mise en place.

Les propositions les moins mises en place étaient l'activité de groupe et atelier mémoire suivi du portage des repas avec respectivement 46,2 % et 38,9 % de propositions non mises en place.

La cause de non-mise en place des propositions du PPS était le refus des patients à 64,8 % suivi de l'hospitalisation à 9,5 % à égalité avec la non prescription de la proposition du PPS également à 9,5 %.

Il n'existait pas de différence significative sur la mise en place des propositions en fonction du type de suivi dédié ou habituel même après standardisation directe de nombre de propositions par patient. Le nombre de propositions par patient était de 4,87 dont 76,7 % ont été mises en place pour les patients dont les MSP proposaient un suivi dédié et 3,13 dont 74,5 % ont été mises en place pour les patients dont les MSP proposaient un suivi habituel uniquement. Pour l'ensemble de la population d'étude, le nombre de propositions par patient était de 3,83.

Concernant la médication des patients, il n'y avait pas dans le PPS de proposition pour une intervention spécifique sur ordonnance des patients. Lors de l'évaluation initiale à T0, 36 % des patients étaient normomédiqués, 52,7 % étaient polymédiqués, 11,3 % étaient hypermédiqués et il n'y avait pas de différence entre T0 et T1 sur le changement de classe de médication des patients.

4. Comparaison avec l'HDJEFPD

La mise en place des propositions du PPS était 10 à 30 % supérieure en ambulatoire qu'à l'hôpital sur le plan médical, fonctionnel et social. Sur le plan nutritionnel, il n'y avait pas de différence ville-hôpital.

5. Réévaluation gériatrique

Une seule patiente avait bénéficié d'une réévaluation gériatrique complète. 24 patients avaient eu une réévaluation partielle en consultation de 1 à 4 paramètres et les paramètres les plus réévalués étaient le MMSE suivi par l'IMC.

6. Ressenti des professionnels de santé

Sept idées directrices étaient ressorties de la discussion avec les professionnels de santé responsables de la fragilité. Par ordre de fréquence, vient d'abord la difficulté de temps dédié à la fragilité, le problème d'adressage, le problème du transport des patients, les difficultés liées au financement, la perte de vitesse du programme de fragilité, le problème d'adhésion des patients et enfin la demande de formation complémentaire.

II. Comparaison avec la littérature

1. La prise en charge ambulatoire de la fragilité

Alors que l'évaluation de fragilité semble bien standardisée, nous nous apercevons dans notre étude qu'à l'inverse, les modalités de suivi sont variables d'une MSP à l'autre. Les raisons pouvant expliquer ces différences de suivi sont multiples. La situation géographique avec son réseau de soin local, l'organisation de la MSP, la formation et le nombre de soignants responsable de la fragilité, moyens financiers dédiés au programme...

Même s'il existe différents types de suivi, habituel ou dédié, nous avons vu que le pourcentage de propositions du PPS mises en place était similaire. Nous pouvons donc nous poser la question de l'intérêt de mettre en place un suivi dédié.

L'efficacité de la mise en place des propositions du PPS sur la diminution du risque de dépendance ne fait pas encore consensus, car certaines études ont montré que ces interventions avaient un impact positif (20–22) alors que d'autres n'ont pas mis en évidence de différence significative sur l'état de santé des patients après la mise en place de programmes spécifiques (23,24).

Ceci est également vrai pour les soins aux personnes âgées fragiles vivant à domicile. Ces soins sont souvent fragmentés, associés à un manque de coordination et d'échange d'information entre les professionnels de santé (38).

Certaines études ont montré un bénéfice des visites à domicile sur la survie et la diminution des institutionnalisations (25,26) et d'autres, plus récentes, menées au Pays-Bas ont montré qu'il n'existait pas de différence significative entre le suivi classique du médecin généraliste par rapport à un plan élaboré en RCP avec visite à domicile des IDE (23). Lors de ces visites, les intervenants étaient mis en échec par le manque de temps pour réaliser les interventions ainsi que la prise en charge qui se révèle longue et complexe (27). Il se trouve qu'en plus de ne pas montrer de différence significative, le programme de visite à domicile montrait également un mauvais rapport coût efficacité pour la société (28).

Nous avons vu que les différents types de suivi ne montraient pas de différence sur la mise en place des propositions du PPS. Pour autant, il n'y avait pas de réévaluation gériatrique complète à distance pour juger d'une différence objective entre les deux types de suivi.

Il serait intéressant de réaliser des réévaluations à distance afin de comparer les différents résultats obtenus ce qui contribuerait à améliorer nos pratiques futures. Concernant le délai avant réévaluation, il semble que celui doit être supérieur à 1 an, car le bénéfice du PPS n'est pas visible à 3 mois, mais seulement à partir de 12 mois (20).

Dans notre étude, une seule patiente avait bénéficié d'une réévaluation complète. Pour quelle(s) raison(s) n'y avait-il pas de réévaluation complète systématique à distance ? Les causes expliquant l'absence de réévaluation semblent surtout d'ordre organisationnel au niveau des MSP.

Dans notre étude comme dans la littérature (29), ces difficultés organisationnelles au sein des MSP étaient d'origines multiples. Elles étaient marquées par le manque de temps à consacrer au programme, les difficultés liées au financement du programme, au travail en groupe et un manque d'adressage.

L'étude GOLD aux Pays-Bas qui proposait un protocole de prise en charge de la fragilité comparable au notre, montrait que le facteur limitant la prise en charge pour les professionnels de santé était le manque de disponibilité pour mener à bien un programme de prise en charge long et complexe (27). Pour ces professionnels de santé, cette activité dédiée

à la fragilité n'était pas suffisamment rentable (27). Ces résultats vont dans le même sens que nos observations.

Parallèlement à ces difficultés, ils existaient parfois un manque de formation complémentaire associé une diminution de motivation des équipes notamment lorsque le porteur du projet se retrouvait isolé.

L'ensemble de ces difficultés avaient des conséquences pratiques puisque qu'entre l'étude du Dr Savary en 2018 et la nôtre, 3 MSP sur 11 avaient arrêté le programme de fragilité pour une de ces raisons.

Pour répondre à l'ensemble de ces difficultés, les professionnels de santé devraient être bien formés, impliqués dans l'intervention, ne pas être isolés, avoir une bonne collaboration entre eux et une compensation financière pour cela (30).

En effet, les formations apportent un bénéfice à la collaboration entre professionnels et à la qualité des soins prodigués aux patients (31–33). Elles permettraient également de lutter contre l'isolement professionnel et d'augmenter l'adressage grâce à une meilleure collaboration. Une étude réalisée aux Pays-Bas avait montré qu'un programme de formation interprofessionnelle pour les professionnels ayant différents niveaux de formation (médecins généralistes et infirmiers praticiens) était réalisable et apportait un bénéfice au partage des tâches et des responsabilités entre médecins généralistes et IDE (31).

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 pouvaient fournir des soins au moins de qualité équivalente à ceux des médecins pour les activités qui leur sont déléguées (32) et que la prise en charge des affections gériatriques était même de meilleure qualité lors d'une coopération médecin-infirmière (33).

En France, le programme ASALEE est un bon exemple des bienfaits de la délégation de tâches aux IDE avec une bonne efficacité du programme sur des critères objectifs notamment dans le suivi de patients diabétiques (34).

D'autre part, la délégation de tâches aux IDE permet de dégager du temps médical. La charge administrative prend également une part de plus en plus importante sur le temps de travail des professionnels de santé et du médecin généraliste. Alepee et Pauwels dans leur étude de

2019 sur « comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ? » donnent de nombreuses pistes pour économiser un temps médical précieux (35).

Concernant les problèmes de financement, le Dr Milon avait mis en évidence dans son étude de 2017 sur « l'état des lieux des programmes de prise en charge de la fragilité en MSP de Midi-Pyrénées » que les professionnels ne s'étaient pas tous saisis des opportunités de financements proposés. Ceux prévus par les NMR n'étaient pas systématiquement mis en place. Les IDE se plaignaient du manque de rémunération qui leur était dédié par le protocole de coopération. Pour de nombreux professionnels interrogés, ce travail était perçu comme bénévole dans le cadre d'une expérimentation.

2. Comparaison à HDJEFPD

Nous avons vu dans notre étude que les modalités de suivi ambulatoire de la fragilité étaient assez variables. Depuis 2011, l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance développé au sein du Gérontopôle Toulousain, propose une prise en charge de la fragilité. Les modalités de suivi proposé par l'HDJEFPD commencent avec un contact téléphonique par une infirmière de l'hôpital de jour à 1 mois pour une évaluation détaillée du PPS. Un deuxième appel téléphonique est réalisé à 3 mois avec évaluation de l'ADL et de l'IADL, avec la recherche d'événements stressants et la recherche d'une perte de poids. Entre 8 et 11 mois, un questionnaire téléphonique est effectué recherchant les événements intercurrents, et proposant une réévaluation à un an à l'HDJEFPD avec un entretien standardisé (36).

Grâce à l'étude du Dr Vigué en 2015 sur les « modifications du statut de fragilité chez 100 sujets âgés évalués un an après la mise en place d'un plan de prévention et de soin personnalisé » à HDJEFPD (19), nous avons pu comparer la mise en place des propositions du PPS entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière. Nous avons observé une différence de mise en place des propositions du PPS qui était environ 15 % plus importante en ambulatoire qu'à l'HDJEFPD sur les domaines médical, fonctionnel et social. Ces chiffres sont à relativiser puisque l'étude du Dr Vigué était réalisée dans les débuts de l'HDJEFPD et ne portait que sur 100 patients évalués en 2014. Depuis, plus de 4 000 patients ont bénéficié d'une prise en charge de la fragilité à l'HDJEFPD de Toulouse.

Là encore, il serait intéressant d'avoir une réévaluation gériatrique complète ambulatoire pour comparer de manière plus précise l'efficacité des différentes prises en charge de la fragilité.

À ce propos, les difficultés à mettre en place une réévaluation dans le cadre de la fragilité ne sont pas propres à la prise en charge ambulatoire puisque le Dr Boissinot a montré dans son étude de 2017 sur le « devenir des patients non revenus à un an à l'Hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse » que seul 35 % des patients évalués reviennent pour la réévaluation à un an ce qui reflète bien la difficulté globale de la mise en place d'une réévaluation (36).

Dans cette même étude, pour 8 % des patients ayant refusé de revenir à un an, le suivi proposé par le médecin généraliste était suffisant et ne nécessitait pas pour eux d'aller à l'HDJEFPD (36). Le médecin traitant occupe une place essentielle dans la prise en charge globale de la personne âgée.

Cette place centrale du médecin généraliste pour les patients et notamment les catégories les plus âgées, fait partie des raisons pouvant expliquer les différences de mise en place des propositions du PPS entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière.

Nous savons que les principaux freins à la mise en place des propositions du PPS sont leur trop grand nombre (38), la bonne compréhension par le patient du but de ces actions (28), la non-intégration du patient à son programme, la douleur, l'isolement avec le problème du transport, un défaut de relation malade-soignant ou encore l'absence d'intérêt perçue par le patient (38). Il existe également chez les patients un sentiment d'inutilité de la prévention associé à des difficultés de changer leurs habitudes de vie (28).

Les personnes âgées éprouvent un manque d'autonomie dans leur propre processus de soins (38). Ceci est encore plus vrai pour les patients âgés fragiles. Le fait que la prise en charge soit ambulatoire dans la « Zone de confort du patient » avec des intervenants connus est mieux accepté.

Dans l'étude du Dr Renoux sur l'évaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers, 79 % des patients considèrent que le lieu idéal pour le recueil d'informations médicales des plus de 70 ans est le « cabinet

du médecin généraliste » et 42 % des patients auraient eu tendance à refuser si l'évaluation gériatrique leur avait été proposée à l'hôpital (37).

Van Eijken dans son étude montre que les facteurs clés pour prédire l'adhésion des patients au programme sont l'intention du patient, sa notion d'utilité du programme, son haut statut fonctionnel, sa perception du bénéfice global attendu, mais aussi sa connaissance des supports avec lesquels on souhaite qu'il travaille et enfin sa connaissance sur les difficultés qu'il pourrait rencontrer (41). Par leur proximité avec les patients, les acteurs de santé du soin primaire sont dans de meilleures conditions pour rassembler ces facteurs favorisant l'adhésion des patients.

Dans ce sens, l'étude FRADEA en Espagne est intéressante puisqu'en étudiant l'association entre la fragilité, la mortalité, l'invalidité et la perte de mobilité, par un suivi simple ambulatoire sur 18 mois chez des personnes âgées de plus de 70 ans, ils ont mis en évidence un taux de participation de 85 %. Les auteurs de l'étude expliquent ce chiffre important par le fait que les patients ont reçu une lettre informative au début de l'étude, que c'est le même intervenant au cours du suivi donc les personnes mettent un visage sur la personne les appelant et que les patients vivent à proximité du service de soin (38).

Pour ces raisons, même si, au sein de MSP, il existe des difficultés de coopération entre professionnels, associées à une gestion difficile du temps et des financements (29), elles semblent quand même être le lieu privilégié pour la prise en charge de la fragilité (11) d'autant plus qu'elles montrent une amélioration des pratiques sur des critères objectifs de suivi médical de patients (39).

Il faut donc poursuivre le développement de la prise en charge ambulatoire de la fragilité tout en renforçant le lien ville-hôpital pour les patients les plus complexes afin d'enrichir la formation des professionnels de santé et d'améliorer les pratiques. Ce lien permet également de lutter contre l'isolement professionnel et de travailler ensemble sur la coordination des soins autour du patient au sein d'un réseau de spécialistes dont le médecin traitant est le pivot de la prise en charge.

À l'avenir, peut-être que le rôle des acteurs de santé sera amené à évoluer et que le recours à la structure hospitalière sera réservé aux cas les plus complexes, comme dans le cas des pathologies chroniques.

3. Une prise en charge plus ciblée ?

En juin 2013, le rapport du comité de la Conférence sur le consensus sur la fragilité, tout en reconnaissant la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine, préconisait quatre traitements possibles qui se sont avérés efficaces dans le traitement de la fragilité. Celles-ci comprenaient la réduction de la polypharmacie, l'exercice physique, le maintien de calories et de protéines et la supplémentation en vitamine D (40).

Nous avons vu que la mise en place de la kinésithérapie est la prescription la plus largement proposée et réalisée. La mise en place des propositions nutritionnelles est plus nuancée avec une bonne prescription des conseils diététiques et compléments nutritionnels oraux et une mauvaise acceptation du portage de repas avec 39 % de propositions non mises en place.

On sait qu'il existe un lien entre la sarcopénie et la fragilité (41,42). Cette prise en charge par l'exercice physique couplée à une prise en charge nutritionnelle, a une bonne influence sur la fragilité (11,43,44). Par contre, la prise en charge nutritionnelle seule ne montre qu'un bénéfice moindre par rapport à son action couplée à l'activité physique (45).

La réduction de la polypharmacie a également montré un bénéfice sur la fragilité, pourtant dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence dans les propositions du PPS d'actions ciblées sur l'ordonnance des patients. On sait pourtant que la iatrogénie est un facteur de risque de complication aiguë, d'hospitalisation et d'évolution vers la dépendance pour les patients âgés fragiles. Chaque nouvelle spécialité administrée augmente le risque d'effet(s) indésirable(s) de 12 à 18 % (46) et que 10 à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées sont liées à la iatrogénie (47).

À l'avenir, nous pourrions imaginer une prise en charge simplifiée, ciblée sur la prise en charge fonctionnelle, nutritionnelle associées à une intervention sur l'ordonnance pour diminuer la polypharmacie.

Un des arguments en faveur d'une prise en charge simplifier réside dans le fait que les patients âgés ont des difficultés à mettre en place des actions s'il existe trop d'informations (18). Aussi, les interventions seront rendues inutiles si elles ne réussissent pas à attirer la participation active des personnes âgées pour les plans de prévention (28). Dans notre étude,

le nombre de propositions est quasiment de 4 par personne. Une réduction du nombre de propositions avec hiérarchisation et mise en place progressive pourrait rendre les objectifs plus atteignables pour les patients. Pour faire adhérer le patient à sa prise en charge, nous devons passer plus de temps pour réaliser de l'éducation thérapeutique afin de travailler la notion d'utilité du programme, sa perception du bénéfice global attendu, sa connaissance des supports avec lesquels on souhaite qu'il travaille et sa connaissance des difficultés qu'il pourrait rencontrer (41).

Ce travail long et complexe semble ne pouvoir aboutir que s'il est fait en équipe. Ce qui implique une modification de nos pratiques avec une collaboration entre professionnels associée à des délégations de tâches. Le tout étant supervisé et coordonné par le médecin traitant en local dans la « zone de confort du patient ».

Sur le plan physique et nutritionnel, nous pouvons imaginer l'intervention d'un coach sportif ou kinésithérapeute formé à l'activité physique et la nutrition du sujet âgé. D'ailleurs, une étude menée aux USA a montré que les patients suivis initialement par leur médecin puis par une personne volontaire non-médicale, amélioraient leur IADL (instrument activities of daily living) sur 12 mois par rapport aux patients contrôles. (48)

Sur le plan médicamenteux, une intervention du pharmacien via un bilan de médication lors de l'évaluation et du suivi de fragilité permettrait d'alerter sur les prescriptions redondantes, les situations à risque iatrogénique et les ruptures de traitements. Aussi, l'utilisation de l'outil Prescription Médicale chez la Personne Agée (PMSA) aiderait à la réalisation d'une revue des médicaments, d'une révision de leur bénéfice/risque et de leur posologie en l'adaptant à la fonction rénale.

Enfin, une IDE dédiée à l'éducation thérapeutique, au suivi et à la réévaluation des patients similaire à celles du programme ASALEE pourrait intervenir dans la prise en charge.

Ces actions pourraient être complétées par une fiche récapitulative simplifiée contenant les messages clés avec un nombre limité d'objectifs négociés avec le patient pour renforcer son adhésion notamment concernant les objectifs nutritionnels et d'activité physique. Il a été démontré qu'une prescription écrite de règles hygiéno-diététiques soulignait l'importance de ces objectifs et augmentait la compliance au même titre qu'une prescription médicamenteuse (49).

4. Force et faiblesse

Les forces :

Ce travail est le premier sur le suivi ambulatoire dans le cadre de la fragilité en Midi-Pyrénées. Notre population d'étude est double avec des professionnels de santé en charge de la fragilité répartis sur 10 MSP de l'ensemble de la région Midi-Pyrénées et 150 patients qui ont pu être suivis sur plus d'un an. Cette étude vient compléter deux autres travaux menés par les Dr Million et Savary sur les modalités de prise en charge de la fragilité du repérage jusqu'aux évaluations. L'ensemble de nos travaux nous donnent un état des lieux global de l'ensemble de la prise en charge ambulatoire de la fragilité en Midi-Pyrénées et contribuent ainsi à la réflexion sur l'amélioration de nos pratiques dans ce domaine qui représente un véritable enjeu d'avenir.

Les faiblesses :

Il existe un biais déclaratif lors de la réalisation du questionnaire avec les professionnels de santé dont les pratiques et l'expérience étaient différentes. Il existe également un biais de mesure, car certaines données n'avaient pas pu être retrouvées. Du fait de l'absence de réévaluation dédiée, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'influence de la prise en charge de la fragilité sur la modification du statut de fragilité ou la prévention de l'entrée dans la dépendance.

CONCLUSION

Devant l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population prévus pour les prochaines décennies, la prise en charge de la fragilité devient un enjeu de santé publique afin de prévenir la dépendance et d'améliorer la qualité de vie de la population vieillissante. Les soins primaires ont un rôle central dans la mise en place de ce programme et notamment les médecins généralistes qui sont des acteurs majeurs de notre système de soins.

Le repérage et l'évaluation de la fragilité semblent assez bien codifiés alors qu'il persiste des interrogations sur les modalités de suivi à adopter. Nous avons vu dans notre étude que taux de mise en place de propositions du projet personnalisé de santé est le même, que le suivi soit protocolisé ou non. Celui-ci atteint 77 % de mise en place toutes propositions confondues.

Aussi, en comparant nos résultats et ceux de l'Hôpital de jour d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance, nous avons constaté que la mise en place des propositions PPS était plus importante de 15 % en ambulatoire qu'à l'HDJEFPD. Mais l'absence de réévaluation gériatrique complète ambulatoire ne permet pas de comparer les résultats des différentes prises en charge.

En effet, seule une patiente a bénéficié d'une réévaluation gériatrique complète à un an. Mettre en place des réévaluations gériatriques complètes à 1 an ou 2 serait un bon moyen pour appréhender de manière plus concertée le résultat des différentes prises en charge.

Comme dans la littérature, notre étude retrouve des difficultés dans la prise en charge de la fragilité. Celles-ci qui ont été responsables de l'arrêt du programme dans trois MSP de Midi-Pyrénées depuis 2015.

Évaluer clairement le devenir des patients pourrait-être une source de motivation pour les professionnels de santé. Cette évolution implique des changements dans nos pratiques.

Doit-on simplifier la prise en charge de la fragilité sur ce qui a déjà prouvé son efficacité à savoir l'activité physique, la nutrition et la réduction de la polypharmacie ? Doit-on protocoliser le suivi de la fragilité ? Il semble intéressant de poursuivre la recherche dans ces domaines afin de faire ressortir quelles modalités de suivi sont les plus efficaces.

Quoiqu'il en soit, il faut poursuivre le développement de la prise en charge ambulatoire de la fragilité tout en renforçant le lien médecine ambulatoire-hôpital pour les patients les plus complexes et travailler ensemble sur la coordination des soins autour du patient au sein d'un réseau de professionnels de santé dont le médecin traitant est le pivot de la prise en charge.

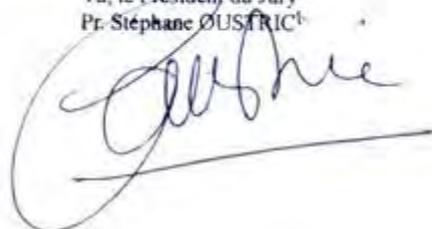
Toulouse, le 18/09/19

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



Toulouse, le 15/09/19

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSERIC



BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Vieillissement [Internet]. WHO. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
2. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
3. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>
4. 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.
5. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* déc 2011;9(4):387-90.
6. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* août 2012;60(8):1487-92.
7. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* juill 2007;62(7):738-43.
8. Sirven N, Bourgueil Y, Université de Paris 5 L interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (LIRAES), Séminaire, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, éditeurs. La prévention de la perte d'autonomie la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives: Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes, à Paris les 6-7 mars 2014. 2016.
9. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med.* 11 mars 2013;11(1):65.
10. Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-hopital-de-jour-d-evaluation-des-fragilites-et-de->
11. rédaction L. Livre Blanc de la Fragilité « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » | “Ensemble, prévenons la dépendance” [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ensembleprevenonsladeldependance.fr/prevenir-la-dependance/livre-blanc-de-la-fragilite-reperage-et-maintien-de-lautonomie-des-personnes-agees-fragiles/>

12. Lois et législations [Internet]. FFMPs. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lois-et-legislations/>
13. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
14. Haute Autorité de Santé - Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? [Internet]. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
15. PAPS Occitanie: Formation protocole de coopération « Interventions d’Infirmier(e)s libéraux à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.paps.sante.fr/Formation-protocole-de-cooperation-Interventions-d-Infirmier-e-s-liberaux-a-domicile-afin-de-diag.42166.0.html>
16. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
17. Milon V. État des lieux des programmes de prise en charge de la fragilité en maisons de santé pluri-professionnelles de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2091/>
18. Savary L. Description de la population gériatrique évaluée en soins primaires au sein des maisons de santé de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2275/>
19. Vigué S. Modifications du statut de fragilité chez 100 sujets âgés évalués un an après la mise en place d’un plan de prévention et de soin personnalisé [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/746/>
20. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med.* 11 mars 2013;11(1):65.
21. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 1 mars 2008;371(9614):725-35.
22. Fairhall N, Sherrington C, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, Cameron ID. Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: randomised controlled trial. *BMC Med.* 15 oct 2012;10(1):120.
23. Metzelthin SF, Rossum E van, Witte LP de, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in

- community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 10 sept 2013;347:f5264.
24. Ruikes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med JABFM*. avr 2016;29(2):209-17.
 25. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 29 sept 2001;323(7315):719-25.
 26. 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*. 27 févr 2002;287(8):1022-8.
 27. Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract* [Internet]. 25 oct 2014 [cité 11 août 2019];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213477/>
 28. Bleijenberg N, Drubbel I, Neslo RE, Schuurmans MJ, Ten Dam VH, Numans ME, et al. Cost-Effectiveness of a Proactive Primary Care Program for Frail Older People: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 1 déc 2017;18(12):1029-1036.e3.
 29. Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract* [Internet]. 25 oct 2014 [cité 11 août 2019];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213477/>
 30. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Steunenberg B, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, et al. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed-methods study. *J Adv Nurs*. oct 2013;69(10):2262-73.
 31. Oeseburg B, Hilberts R, Luten TA, van Etten AVM, Slaets JPJ, Roodbol PF. Interprofessional education in primary care for the elderly: a pilot study. *BMC Med Educ*. 5 déc 2013;13:161.
 32. 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.
 33. 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.
 34. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. 2008;8.

35. Alepee Q, Pauwels O. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ? France; 2019. 97 p.
36. Boissinot C. Devenir des patients non revenus à un an et initialement évalués au cours de l'année 2014 à l'Hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1720/>
37. Renoux M. Evaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1896/>
38. Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguerón García A, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. [Frailty and long term mortality, disability and hospitalisation in Spanish older adults. The FRADEA Study]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* oct 2016;51(5):254-9.
39. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. 2013;6.
40. Morley JE, Vellas B, Kan GA van, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc.* 1 juin 2013;14(6):392-7.
41. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C, et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr.* mai 2006;83(5):1142-8.
42. Landi F, Calvani R, Cesari M, Tosato M, Martone AM, Bernabei R, et al. Sarcopenia as the Biological Substrate of Physical Frailty. *Clin Geriatr Med.* août 2015;31(3):367-74.
43. Nykänen I, Rissanen TH, Sulkava R, Hartikainen S. Effects of individual dietary counseling as part of a comprehensive geriatric assessment (CGA) on nutritional status: a population-based intervention study. *J Nutr Health Aging.* janv 2014;18(1):54-8.
44. Kobayashi S, Asakura K, Suga H, Sasaki S, Three-generation Study of Women on Diets and Health Study Group. High protein intake is associated with low prevalence of frailty among old Japanese women: a multicenter cross-sectional study. *Nutr J.* 19 déc 2013;12:164.
45. Fiatarone MA, O'Neill EF, Doyle N, Clements KM, Roberts SB, Kehayias JJ, et al. The Boston FICSIT Study: The Effects of Resistance Training and Nutritional Supplementation on Physical Frailty in the Oldest Old. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41(3):333-7.
46. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
47. [rencontre_regional_ces_-_groupe_ahnac_polyclinique_de_riaumont_iatrogenie.pdf](#) [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rencontre_regional_ces_-_groupe_ahnac_polyclinique_de_riaumont_iatrogenie.pdf

48. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* juin 1994;42(6):630-8.
49. Brisseau V, Kassab A-S. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/737/>

ANNEXES

Annexe 1 : Recueil de données - Modalités de suivi des patients et ressenti des professionnels.

1. Professionnel de santé

- Qui avait fait l'évaluation initiale ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Médecin (Non 0 – oui 1)
 - Infirmière (Non 0 – oui 1)
 - Autre (Non 0 – oui 1)

2. Description des modalités de suivi. (Pas de suivi 0 – Suivi 1)

- Qui fait le suivi : (plusieurs réponses possibles)
 - Médecin traitant (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)
 - Infirmière (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)
 - Autre (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)

- Comment est réalisé le suivi : (plusieurs réponses possibles)
 - Téléphonique (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)
 - Consultation (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)
 - Visite à domicile (Non 0 – habituel 1 – dédié 2 – les deux 3)

- Fréquence et modalités du suivi :
 - Régulier (Non 0 – oui 1)
 - Lors du suivi habituel (Non 0 – oui 1)
 - Cas par cas* (Non 0 – oui 1)

Détail :

- Traçabilité du suivi :
 - Support de suivi : (plusieurs réponses possibles)
 - Informatique (Non 0 – oui 1)
 - Papier (Non 0 – oui 1)
 - Dédié au suivi (Non 0 – oui 1)
 - Dossier médical courant du patient (Non 0 – oui 1)
 - PPS (Non 0 – oui 1)
 - Discussion du suivi du patient avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge : (Non 0 – oui 1)
 - En RCP (Non 0 – oui 1)
 - Téléphone (Non 0 – oui 1)
 - Réunion informelle (Non 0 – oui 1)
 - Réalisation d'un compte rendu écrit lors des interventions de suivi : (Non 0 – oui 1)
 - Médecin traitant informé : (Non 0 – oui info orale 1- oui écrite 2 – oui les deux 3)
 - Patient informé (Non 0 – oui info orale 1- oui écrite 2 – oui les deux 3)

3. Reconvocation pour réévaluation à distance :

- Reconvocqué à distance : (Non 0 – oui 1)
- Reconvocqué par qui : (plusieurs réponses possibles)
 - Infirmière (Non 0 – oui 1)
 - Médecin (Non 0 – oui 1)
- Reconvocqué comment : (plusieurs réponses possibles)
 - Téléphone (Non 0 – oui 1)
 - Mail (Non 0 – oui 1)

- Courrier postal (Non 0 – oui 1)
- Lors d'une consultation (Non 0 – oui 1)

4. Modalité de la réévaluation :

- Réévaluation : (Non 0 – oui systématiquement 1 – oui au cas par cas 2)

- Moment de la réévaluation :

- Par qui : (plusieurs réponses possibles)
 - Infirmière (Non 0 – oui 1)
 - Médecin (Non 0 – oui 1)

- Comment : (plusieurs réponses possibles)
 - Téléphonique (Non 0 – oui 1)
 - Consultation (Non 0 – oui 1)
 - Visite à domicile (Non 0 – oui 1)

- Sur quels critères se base la réévaluation à distance : (plusieurs réponses possibles)
 - Propositions du PPS (Non 0 – oui 1)
 - Réalisation de tests standardisés (ex : ADL, IADL, MMSE, SPPB, etc...) (Non 0 – oui 1)
 - Même évaluation que l'évaluation initiale (Non 0 – oui 1)

5. Ressenti des professionnels de santé vis-à-vis du suivi de fragilité :

- Quel est votre ressenti par rapport au suivi de fragilité ?

Annexe 2 : Recueil des données - Les données patients

1. Données sociodémographiques du patient.

- Caractéristiques propre au sujet :

- Age :
- Sexe : F / M
- Lieu de vie (lors de l'évaluation gériatrique initiale=T0 et actuel=T1)
 - Domicile (Pour T0 et T1 : Non 0 – oui 1)
 - Institution (Pour T0 et T1 : Non 0 – oui 1)
 - Foyer / famille d'accueil (Pour T0 et T1 : Non 0 – oui 1)

2. Evaluation de la mise en place des propositions du PPS :

	Proposé Initialement (O=oui /N=non)	Si proposée : mis en place ? (Oui/non)	Si proposé et non mis en place (= 1), pourquoi ? (Hospitalisation, refus patient, institutionnalisation, problème logistique, manque de temps, non prescrit)
Sur le plan environnemental : -Achats de matériels -Aménagement de l'environnement	- -	- -	- -
Sur le plan social : -Mise en place d'aides ménagères -Démarche sociale - Demande / réévaluation APA -Institutionnalisation envisagée -Procédure juridique : tutelle – curatelle	- - - -	- - - -	- - - -
Sur le plan des soins : -Consultation/Visite rapprochée avec le médecin traitant -Consultation avec un autre spécialiste -Prescription passage infirmier	- - -	- - -	- - -
Sur le plan physique : -Prescription kinésithérapie -Activité physique / gymnastique adaptée	- -	- -	- -
Sur le plan psycho-cognitif : -Activité de groupe / atelier mémoire -Prise en charge psychologique	- -	- -	- -
Sur le plan nutritionnel : -Portage des repas -Conseils diététiques ± Compléments nutritionnels oraux -Surveillance du poids	- - -	- - -	- - -
Sur le plan médicamenteux (nbr de médicaments) : - Inférieur à 5 - Entre 5 et 9 (polymédication) - Supérieur à 9 (hypermédication)	- - -	- - -	- - -

3. Situation gériatrique des patients réévalués :

	Evaluation initiale = T0	Réévaluation = T1
Situation gériatrique du patient réévalué (Selon les critères de Fried) : -Robuste (0 critère) -Pré-fragile (1 ou 2 critères) -Fragile (au moins 3 critères) -Dépendant	- - - -	- - - -
<u>Autonomie</u> : -Score ADL -Score IADL -Bénéficiaire de l'APA ou non -Présence d'aides à domicile ou non	- - - -	- - - -
<u>Cognitif</u> : -Score MMSE	-	-
<u>Thymique</u> : -Score GDS : -Score mini GDS -Raskin	- - -	- - -
<u>Nutritionnelle</u> : -Perte de poids de plus de 5 kg en 1 an (critère de Fried) -IMC -Score MNA test -Score MNA dépistage	- - - -	- - - -
<u>Physique</u> : -Fatigue subjective, -Force diminuée -Vitesse de marche diminuée -Sédentarité (critères de Fried) -Score SPPB	- - - - -	- - - - -
<u>Sensorielle</u> : -Troubles visuels (Oui ou non et Corrigés ou non) -Troubles auditifs (Oui ou non et Corrigés ou non.	- - -	- - -

ABSTRACT

Description of the fragility follow-up procedures for 150 patients evaluated in primary care in 11 multi-sector healthcare centers in Midi-Pyrénées.

Introduction: The management of fragility in the elderly has been developing for some years in primary care in the Multi-Occupational Health Centers (MSP). The aim of this work is to study the modalities of fragility monitoring of the population evaluated and managed in primary care within the MSP of the Midi-Pyrénées region.

Material and Methods: This is an observational, descriptive, cross-sectional study. It concerns 11 MSPs from Midi-Pyrénées participating in the fragility program. The population studied is twofold. On the one hand, health professionals responsible for frailty, on the other hand, 235 patients who had a fragility assessment between January 2015 and September 2017. Data collection is done via a dedicated questionnaire to each subpopulation studied.

Results: Among these 11 MSPs invested in the management of frailty 10 MSP, 150 patients and 13 healthcare professionals were able to participate in our study. Out of the 10 MSPs, 7 follow the fragility during the usual follow-up of their patients and 3 carry out a usual follow-up associated with a dedicated protocolized follow-up at 3 and 6 months. The average number of proposals for the personalized health project per patient is 3.83, of which 77% are set up. The implementation of the PPS proposals is 10 to 30% higher in ambulatory care than in the hospital at the medical, functional and social level. Among the 150 patients, only one patient had a complete geriatric reassessment and 24 patients had a partial reassessment in consultation. Healthcare professionals have difficulties in monitoring and reassessing frail patients. These are mainly related to the lack of time to devote to fragility in addition to the usual workload, as well as the low financial return of the program.

Conclusion: The care of frailty people is a public health issue. Primary care has a main role in the implementation of this program and particularly the general practitioners who are major players in our health care system. Study results do not enable to give formal recommendations on how to deal with frailty and research must continue in this area. Setting up a complete, systematic, and remotely managed geriatric reassessment would be a good way to compare the effectiveness of the different care types and to improve our practices. Proposing cares more focused on what has already proven a good efficacy might be one of the ways to investigate in the future.

KEY WORDS: geriatric care - frailty - primary care

AUTEUR : GELIBERT Maxime

TITRE : Description des modalités de suivi de fragilité de 150 patients évalués en soins primaires au sein de 11 Maisons de Santé Pluri professionnelles de Midi-Pyrénées.

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr CHICOULAA Bruno

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 10 octobre 2019

RÉSUMÉ

Introduction : La prise en charge de la fragilité chez la personne âgée se développe depuis quelques années en soins primaires au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). Le but de ce travail est d'étudier les modalités de suivi de fragilité de la population évaluée et prise en charge en soins primaires au sein des MSP de la région Midi-Pyrénées.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale. Elle concerne 11 MSP de Midi-Pyrénées participant au programme de la fragilité. La population étudiée est double. D'une part, les professionnels de santé responsables de la fragilité, d'autre part, 235 patients ayant eu une évaluation de fragilité entre janvier 2015 et septembre 2017. Le recueil de données est fait via un questionnaire dédié à chaque sous-population étudiée.

Résultats : Parmi ces 11 MSP investies dans la prise en charge de la fragilité 10 MSP, 150 patients et 13 professionnels de santé ont pu participer à notre étude. Sur les 10 MSP, 7 réalisent le suivi de la fragilité au cours du suivi habituel de leurs patients et 3 réalisent un suivi habituel associé à un suivi dédié protocolisé à 3 et 6 mois. Le nombre moyen de propositions du projet personnalisé de santé par patient est de 3,83 dont 77 % sont mises en place. La mise en place des propositions du PPS est 10 à 30 % supérieure en ambulatoire qu'à l'hôpital sur le plan médical, fonctionnel et social. Sur les 150 patients, une seule patiente a bénéficié d'une réévaluation gériatrique complète et 24 patients d'une réévaluation partielle en consultation. Les professionnels de santé ressentent des difficultés pour réaliser le suivi et la réévaluation des patients fragiles. Celles-ci sont principalement liées au manque de temps à consacrer à la fragilité en plus de la charge de travail habituelle, ainsi qu'une faible rentabilité financière du programme.

Conclusion : La prise en charge de la fragilité est un enjeu de santé publique. Les soins primaires, ont un rôle central dans la mise en place de ce programme et notamment les médecins généralistes qui sont des acteurs majeurs de notre système de soins. Les résultats de notre étude ne permettent pas de donner des recommandations formelles sur les modalités de prise en charge de la fragilité et la recherche doit continuer dans ce domaine. Mettre en place de manière systématique une réévaluation gériatrique complète à distance serait un bon moyen de comparer l'efficacité des différentes prises en charge et d'améliorer nos pratiques. Proposer une prise en charge plus ciblée sur ce qui a déjà prouvé son efficacité pourrait être une des pistes à explorer pour l'avenir.

MOTS-CLÉS : suivi gériatrique - fragilité - soins primaires

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale.

Faculté de Médecine de Toulouse – Rangueil – 133 route de Narbonne – 31000 TOULOUSE