

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL

Année 2015

2015 TOU3 1017

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 mars 2015
par

Lucie LEGRAND
née le 12 mars 1985

État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la
personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens
du bassin de santé lourdaise.

Directeur de thèse

M. le Docteur Serge BISMUTH

Jury

M. le Professeur Bruno VELLAS
M. le Professeur Stéphane OUSTRIC
M. le Professeur Pierre MESTHE
M. le Docteur Serge BISMUTH
M. le Docteur Yannick GASNIER

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARRÔT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESCUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. GASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M. B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. POJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHIGIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADEI
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. COPBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. OABERNAT
Professeur GARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Génétiste
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (optom Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancerologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAR H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE G.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancerologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE G.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LUBLAU B. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARGHOU B.	Maladies infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancerologie
Mme NOURHASHEMI F.	Généraliste
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERIE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL D.	Pharmacologie
M. RECHER Cl.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CARBERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neurologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Funct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAENTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEONON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J.M.	Neurologie
M. PARANT G.	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biochimie
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J.Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAL L.	Hépatite-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELJISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie/Virologie/Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE D.F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELOBEL JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO STOWHAS J.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE Y.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O. R. L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomat et Maxilla Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TRENOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICQIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT G.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie, Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA I.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALNIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du développement et de la reproduction
Mme PERICQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M. BISMUTH S.	M.C.U.
Mme ROUGE-BUGAT ME.	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale
	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes remerciements aux membres du jury, pour l'intérêt qu'ils portent à mon travail en acceptant de l'évaluer.

Je remercie tout d'abord le Professeur Bruno VELLAS, qui me fait l'honneur de présider ce jury pour apporter son expérience et sa clairvoyance à ce travail.

Je tiens ensuite à exprimer ma profonde reconnaissance au Pr Pierre MESTHE pour son écoute, sa compréhension et son engagement à mes côtés durant mon internat ; et mon sincère respect au Pr Stéphane OUSTRIC pour sa disponibilité et son investissement au sein du DUMG.

Je remercie également le Dr Serge BISMUTH, qui a suivi mon parcours d'interne pendant ces sept semestres d'internat en tant que tuteur, et qui l'accompagne jusqu'à son terme en tant que directeur de thèse.

Enfin, je voudrais remercier le Dr Yannick GASNIER pour son aide et son investissement au sein de l'Equipe Territoriale Vieillesse et Dépendance des Hautes Pyrénées, que j'aiderai sûrement et rejoindrai peut-être.

DÉDICACES

C'est avec satisfaction et émotion que je dédie ce travail à mon mari, Guillaume, et à mes enfants Louis et Baptiste. Pour qu'enfin nous puissions pleinement nous épanouir sur notre terre promise.

Je remercie mes parents et mes beaux-parents.

Je remercie également Jérémy, Charles et Muriel dont les rencontres ont guidé et continueront de donner forme à mon projet professionnel.

Enfin je tiens à remercier Emile Escourrou, Mme Lapalisse et Mme Battas pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé.

« Là où il y a une volonté, il y a un chemin »

Winston Churchill

SOMMAIRE

<u>I – Introduction</u>	p 2
<u>II - Objectifs de l'étude</u>	p 7
• Objectif principal	p 7
• Objectifs secondaires	p 7
<u>III - Matériel et méthode</u>	p 8
• A - Type de l'étude	p 8
• B - Population cible	p 8
• C - Analyse	p 9
<u>IV – Résultats</u>	p 10
• A - Objectif principal	p 10
• B – Objectifs secondaires	p 11
<u>V – Discussion</u>	p 15
<u>VI – Conclusion</u>	p 17
<u>VII – Bibliographie</u>	p 18
ANNEXES	p 20

I – Introduction

A l'aube 2015, alors que notre pays compte déjà plus de 11 millions de personnes de plus de 65 ans et que l'INSEE annonce que ce chiffre atteindra les 18,4 millions en 2050, l'amélioration de notre prise en charge médico-sociale des personnes âgées apparaît d'une primordiale évidence (1) (2). L'enjeu pour notre société est humain autant que financier. Si la dépendance représente aujourd'hui un coût annuel de 27 à 34 milliards d'euros, elle coûtera le double en 2040 selon l'évolution démographique attendue (3) (4). Mais comment s'y prendre sur le terrain ? Comment optimiser la prise en charge globale et donc pluridisciplinaire de la personne âgée pour mieux préserver son autonomie ?

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics mènent aujourd'hui deux actions de santé complémentaires, visant à ne plus subir la dépendance installée, mais à la prévenir, en repérant une population cible de personnes âgées, autonomes mais « fragiles », à haut risque de bascule dans la dépendance, et en lui proposant des interventions adaptées pour renforcer son autonomie et donc réduire son risque de dépendance (5) (3).

La notion de fragilité est un concept d'origine nord-américaine qui a longtemps évolué avant de prendre forme plus consensuelle il y a une vingtaine d'années (6) (7) (8). Il s'agit désormais d'un concept gériatrique essentiel puisqu'il prétend décrire, au sein d'une population âgée vaste et hétérogène, une population-type nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale spécifique pour prévenir son passage dans la dépendance.

Dès lors il convient de distinguer, parmi les personnes âgées autonomes de plus de 65 ans, deux sous-populations dont les besoins en matière de santé sont différents: d'une part les sujets « robustes » en capacité complète, et d'autre part les sujets dits « fragiles » qui présentent des limitations fonctionnelles et une baisse de leurs capacités d'adaptation au stress mais qui n'entrent pas dans la définition de la dépendance.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a adopté la définition suivante de la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (9).

Il existe plusieurs modèles théoriques de fragilité qui ne s'excluent pas les uns des autres mais qui dépendent de l'approche considérée. Aujourd'hui deux principaux concepts font consensus :

- Le modèle biologique de Fried et coll. (2001) (7), qui assimile la fragilité à une vulnérabilité physiologique liée au vieillissement, conséquence d'une altération des réserves homéostatiques et d'une baisse des capacités de l'organisme à répondre à un stress. Le syndrome de fragilité se manifeste cliniquement par une faiblesse, une fatigue générale, une perte de poids involontaire et une baisse des apports alimentaires, avec des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne. Il s'agit d'un phénomène évolutif, on parle de «cycle de la fragilité» (10).

L'index de fragilité de Fried comprend cinq critères :

- ✓ Une perte de poids involontaire (-4,5 kg en 1 an),
- ✓ Une sensation subjective d'asthénie,
- ✓ Une sédentarité (calculée en kilocalories perdues/semaine : moins de 388 kcal pour l'homme 270 pour la femme),
- ✓ Une vitesse de marche diminuée (inférieure à 1m/s sur test effectué sur quatre mètres),
- ✓ Une faiblesse musculaire (mesurée par un dynamomètre, dans les 20 % inférieurs pour le sexe et l'IMC). (7) (11)

La présence d'un ou deux critères définit l'état pré-fragile, alors que trois symptômes et plus, correspondent à la fragilité.

Ce modèle présente l'avantage d'être simple à utiliser, ce dont plusieurs études ont déjà fait la preuve, et hautement corrélé avec la mortalité, les morbidités et le risque de d'institutionnalisation (12) (13). Il reste cependant discuté car ne prend pas en compte les dimensions cognitives et psychologiques (14) (15).

- Le modèle de Rockwood et coll. ou fragilité par accumulation des déficits (2005) assimile la fragilité à une somme de déficiences, physique, nutritionnelle, cognitive et sensorielle. Il s'agit d'une « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (16).

Pour cette école canadienne, définir la fragilité d'un individu revient donc à faire la somme de toutes ses atteintes fonctionnelles, et cela à l'aide d'un outil complet en 70 items (17). Ce modèle présente donc l'inconvénient d'être difficile d'utilisation courante.

Malgré les difficultés pour trouver un consensus, en 2008, le groupe de travail Frailty Task Force (18) de la société américaine de gériatrie a finalement adopté la définition apportée par Fried et coll. (8), et ces critères ont largement été utilisés dans d'autres essais cliniques (19) (20) et validés auprès d'autres populations (21) (22). En 2011, c'est au tour de la SFGG d'adopter la grille de repérage élaborée par le gérontopôle de Toulouse, en collaboration avec le département universitaire de médecine générale. Il s'agit d'un test de dépistage de la fragilité, fiable, reproductible et bref, adapté à la consultation de médecine générale jusque-là peu portée sur l'évaluation gériatrique (23) (annexe 1). Ce test court de six questions recherche les principaux critères de fragilité de Fried ainsi que l'isolement social, la plainte mnésique et la vitesse de marche sur 4 mètres. Il tient également compte du « sens clinique » du professionnel. Après avoir fait la preuve de sa pertinence et de sa faisabilité en cabinet de médecine générale (24), cette grille est aujourd'hui utilisée dans plusieurs études en cours (25) (26). Idéalement, c'est le médecin traitant qui réalise ce dépistage, car en cas

de test positif, une évaluation gériatrique complète est proposée au patient, au sein d'une plate-forme d'évaluation des fragilités, pour identification de ses facteurs de fragilité et proposition de prise en charge adaptée, avec à terme l'établissement d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) par le médecin traitant lui-même, avec l'aide de l'infirmier et du pharmacien.

Depuis cette adoption par une grande partie de la communauté scientifique des critères de fragilité de Fried, plusieurs travaux se sont attachés à évaluer la prévalence de la fragilité, en particulier l'étude SHARE réalisée en 2009 dans 10 pays européens, avec une prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried établie pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (22). Cette prévalence augmente avec l'âge, avec près de 30% des sujets de plus de 80 ans décrits comme fragiles (7), et est plus importante chez les femmes. Un bas niveau socio-économique semble également favoriser la fragilité. La prévalence de la fragilité serait donc un marqueur de l'état de santé des sujets âgés et de leurs besoins en matière de prévention (27).

C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2013 le dépistage de ces sujets âgés fragiles parmi les individus de plus de 70 ans par tous les acteurs de santé de proximité (9), et que le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) promeut la mise en place de projets pilotes de parcours de santé dédiés aux Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) sur quelques territoires choisis, avant éventuelle nationalisation (28).

C'est ainsi que le département des Hautes Pyrénées, qui bénéficie déjà depuis 2012 d'une dynamique d'information sur la fragilité par le biais d'une Équipe Territoriale du Vieillissement et de la Prévention de la Dépendance (ETVPD) sous l'impulsion du gérontopole de Toulouse ; a été choisi comme territoire-pilote PAERPA pour l'expérimentation de ce parcours de 2013 à 2017.

Alors qu'au niveau national, les individus de plus de 65 ans représentent 17 % de la population, cette proportion varie selon les territoires. Ainsi, la région Midi-Pyrénées, avec 19,4% de personnes de plus de 65 ans, et les Hautes Pyrénées, 23,4 %, sont particulièrement concernés par ce vieillissement.

Données issues de l'INSEE et du tableau de bord de l'ARS Midi-Pyrénées

	France	Midi-Pyrénées	Hautes Pyrénées	Bassin lourdais
Population Totale	65 280 857	2 929 285	233 242	38 896
≥ 65 ans	11 074 415	569 693	54 543	9522
	17 %	19,4 %	23,4 %	24,5 %
Sujets fragiles*	1 716 534	88 302	8 454	1428

*résultats de l'application du taux de prévalence nationale de fragilité de 15,5 % à la population des plus de 65 ans (22).

Le bassin de santé lourdais, situé à l'extrême sud-ouest de la région Midi-Pyrénées et territoire de notre étude, est donc un bassin particulièrement vieillissant, avec près de dix mille individus de plus de 65 ans, dont environ mille cinq cents sujets fragiles à prendre en charge par quarante médecins traitants et une consultation gériatrique d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance au sein de l'hôpital de Lourdes (29) (30).

Le projet PAERPA est né de l'ambition politique de faire reculer la dépendance en organisant un parcours de soins dédié aux personnes âgées de plus de 75 ans, allant du repérage de la fragilité à la mise en place d'actions multiples, coordonnées et transversales, de préservation de l'autonomie. La démarche retenue s'appuie sur les préconisations du HCAAM dans ses rapports de 2010 et 2011 de recourir d'abord à la mise en place d'un dispositif « prototype » sur un nombre limité de territoires (28). Le projet PAERPA, décrit dans l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013, s'inscrit donc dans le prolongement des travaux du HCAAM et des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 sur le parcours des personnes âgées, avec l'élaboration et la diffusion d'un cahier des charges en janvier 2013 (31) (32). Pour la mise en œuvre, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a retenu 9 territoires pilotes, dont le département des Hautes Pyrénées, qui s'appuient sur des acteurs et des dynamiques locales existantes. Sur les Hautes Pyrénées, le projet a été lancé en juin 2013 et la lettre d'engagement signée par les différents organes participants le 28 octobre 2013.

Le projet PAERPA poursuit trois objectifs principaux (31) (33) :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants,
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées,
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

de ce parcours de santé.

La notion de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus - 12 millions de personnes en 2060 (34) - encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Il s'agit donc d'une sous-population parmi les personnes âgées « fragiles », pour laquelle quatre facteurs majeurs d'hospitalisation ont également été identifiés. Ces facteurs, que sont les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression, et les chutes, doivent constituer autant d'axes de travail pour les professionnels de santé.

Le dispositif des projets-pilotes prévoit la mise en place de trois niveaux de coordination distincts (31):

- La « **coordination clinique de proximité** » (CCP) qui rassemble médecin traitant, infirmier et pharmacien, garantit et sécurise le maintien de la personne âgée à son domicile, et coopère sur la prévention des quatre principaux facteurs de risque d'hospitalisation. A cette fin, la CCP élabore le volet soins du Plan Personnalisé de Santé, qui inclut le repérage et l'évaluation de la fragilité, si ce n'est déjà fait.
- La « **coordination territoriale d'appui** » (CTA) qui naît de la fusion des structures de coordination et d'intégration déjà existantes sur le territoire (CLIC, réseaux, filières, MAIA), pour faire le lien entre le médical et le social.
- La **mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux** pour une meilleure gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD.

C'est pourquoi nous avons voulu faire le point, à la fin 2014, sur la connaissance et le dépistage par les professionnels de santé libéraux, médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, et les pharmaciens, de la fragilité de la personne âgée, sur le bassin de santé de Lourdes.

II – Objectifs de l'étude

Objectif principal :

Évaluer la connaissance par les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, mais aussi pharmaciens du bassin de santé lourdais, du concept de fragilité de la personne âgée et de l'outil de dépistage mis au point par le gérontopôle de Toulouse.

Objectifs secondaires :

- Identifier les facteurs de fragilité connus et ceux à faire connaître pour orienter les besoins en termes de formation professionnelle, et ce de façon adaptée à chaque profession.

- Évaluer la motivation des professionnels à participer à ce repérage de la fragilité au sein de leur patientèle de personnes âgées, et en identifier les freins éventuels.

- Évaluer les besoins d'information et la forme de l'information souhaitée par les professionnels.

III - Matériel et Méthode

A – Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective, réalisée en deux temps.

Au cours du mois de septembre 2014, les 20 pharmaciens du bassin de santé de Lourdes ont d'abord été interrogés à l'aide d'un premier questionnaire (annexe 2), sur leur connaissance du concept de fragilité et de son test de dépistage élaboré par le gérontopôle de Toulouse, ainsi que sur leur motivation à participer à ce dépistage.

Ce sont ensuite les 157 professionnels libéraux, incluant les 40 médecins, 80 infirmiers et 37 kinésithérapeutes, exerçant sur le bassin de santé de Lourdes, qui ont été sollicités pour évaluer, à l'aide d'un second questionnaire, papier anonyme, leur connaissance du concept de fragilité. Au cours du mois d'octobre 2014, je me suis rendue dans chaque cabinet, sans annoncer ma venue, pour rencontrer chaque professionnel et lui soumettre un questionnaire de 12 items (annexe 3). Certains professionnels ont accepté de le remplir sur le moment mais pour la majorité d'entre eux, le questionnaire leur était déposé puis récupéré par moi-même ou renvoyé sous enveloppe timbrée. Lorsqu'un questionnaire était rempli au cours d'un entretien, un exemplaire de la grille de repérage de la fragilité (annexe 1) était montré et proposé. En l'absence de réponse au bout d'une semaine, les professionnels étaient relancés par téléphone.

B – Population cible

L'ensemble des « médecins généralistes », « infirmiers libéraux », « kinésithérapeutes » et « pharmaciens » répertoriés à la fois sur les sites des Pages Jaunes (www.pagesjaunes.fr) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (www.ameli.fr), pour le territoire du bassin de santé lourdaise, soient 89 communes, a été sélectionné. Parmi ces professionnels, ont été exclus, ceux n'exerçant plus leur activité, un médecin ne pratiquant que l'acupuncture ainsi que les kinésithérapeutes ne pratiquant que de l'ostéopathie ; puis ont été inclus des professionnels exerçant dans un cabinet multiple sans être nominativement répertoriés.

Cette population-cible s'est finalement constituée de 157 professionnels libéraux, dont 40 médecins, 80 infirmiers, et 37 kinésithérapeutes, et de 20 pharmaciens. Ces professionnels étaient répartis sur 11 communes de la façon suivante :

Lourdes : 19 médecins, 50 infirmiers, 18 kinésithérapeutes et 11 pharmaciens ;
Argelès-Gazost : 8 médecins, 15 infirmiers, 12 kinésithérapeutes, et 3 pharmaciens ;
Ayzac-Ost : 2 médecins ;
Saint-Pé-de-Bigorre : 2 médecins, 1 infirmier, 2 kinésithérapeutes et 1 pharmacien ;
Adé : 1 médecin ;

Pierrefittes-Nestalas : 2 médecins, 3 infirmiers, 1 kinésithérapeute et 1 pharmacien ;
Luz-saint-sauveur : 4 médecins, 4 infirmiers, 3 kinésithérapeutes et 1 pharmacien ;
Cauterets : 2 médecins, 1 infirmier, 1 kinésithérapeute et 1 pharmacien ;
Arras en Lavedan : 3 infirmiers ;
Arrens-Marsous : 2 infirmiers et 1 pharmacien ;
Saint-Pastous : 1 infirmière ;
Barège : 1 pharmacien.

C – Analyse statistique

Les questionnaires ont été saisis et analysés sous Excel. Il s'agit d'une analyse descriptive uni variée des variables quantitatives et d'une présentation des données qualitatives.

Pour la question « Sur quels critères principaux jugeriez-vous un patient âgé fragile? Numérotez de 1 à 5 du plus important au moins important selon vous », le traitement des résultats s'est fait sur les critères 1, 2, 4 et 5.

Les cotations 1 et 2 révélant une « première » importance pour le critère coté ; 4 et 5, une « moindre » importance.

La cotation 3, correspondant à une « moyenne importance », a toujours été inférieure aux sommes (1+2) ou (4+5), et n'a donc pas été prise en compte dans les résultats.

IV – Résultats

Objectif principal :

Sur les 157 professionnels libéraux et les 20 pharmaciens sollicités 148 ont répondu au questionnaire, ce qui fait un taux de réponse global de 83.6%, avec un taux de réponse par profession de :

- 100% pour les médecins,
- 75% pour les infirmiers,
- 83% pour les kinésithérapeutes,
- 95% pour les pharmaciens.

Les causes de non réponse sont multiples, liées à l'absence de certains professionnels pour cause de congés, à l'organisation de travail sous forme de roulements pour les cabinets infirmiers avec peu de passages à l'adresse professionnelle et le probable manque d'intérêt de certains professionnels pour ce type d'étude.

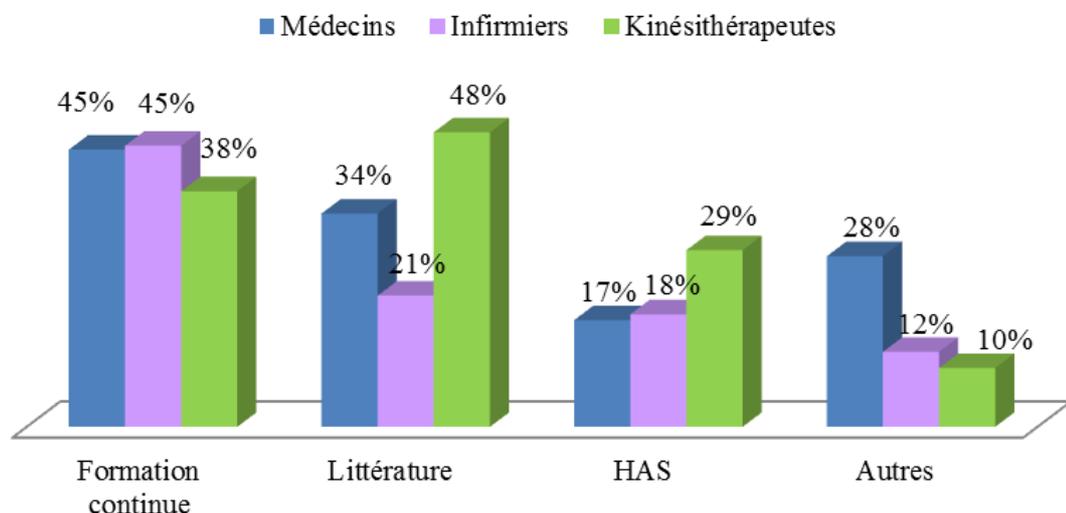
Connaissance du concept de fragilité de la personne âgée

Les résultats révèlent un taux de connaissance global de 60 %, et par profession de :

- 73% parmi les médecins,
- 55% parmi les infirmiers,
- 72% parmi les kinésithérapeutes,
- 31,5 % parmi les pharmaciens.

Parmi les professionnels ayant répondu connaître la fragilité les principales sources évoquées sont la formation professionnelle continue, la littérature, la HAS.

Sources évoquées par les professionnels



Parmi les autres sources, on note la capacité de gériatrie pour cinq médecins (17%), l'ARS pour deux médecins (7%), l'observation pour un médecin ainsi qu'un kinésithérapeute, la « collaboration avec un médecin » pour un infirmier et un kinésithérapeute, le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), une conférence au gérontopôle de Toulouse et « l'expérience » pour un infirmier respectivement.

Connaissance du test de dépistage de la fragilité

Interrogés sur la grille de repérage mise au point par le gérontopôle de Toulouse et diffusée par la HAS, seuls 22.5% des médecins et 5% des infirmiers admettent en avoir connaissance, contre aucun des kinésithérapeutes ni aucun des pharmaciens. Ce qui fait un taux de connaissance globale de 8 %.

Parmi les neuf médecins et les trois infirmiers initiés à cette grille de repérage, il n'est pas mis en évidence de source prépondérante d'information, puisque cinq d'entre eux évoquent la formation professionnelle, deux les recommandations de la HAS, ou la littérature et la capacité de gériatrie, puis un, une conférence au gérontopôle de Toulouse.

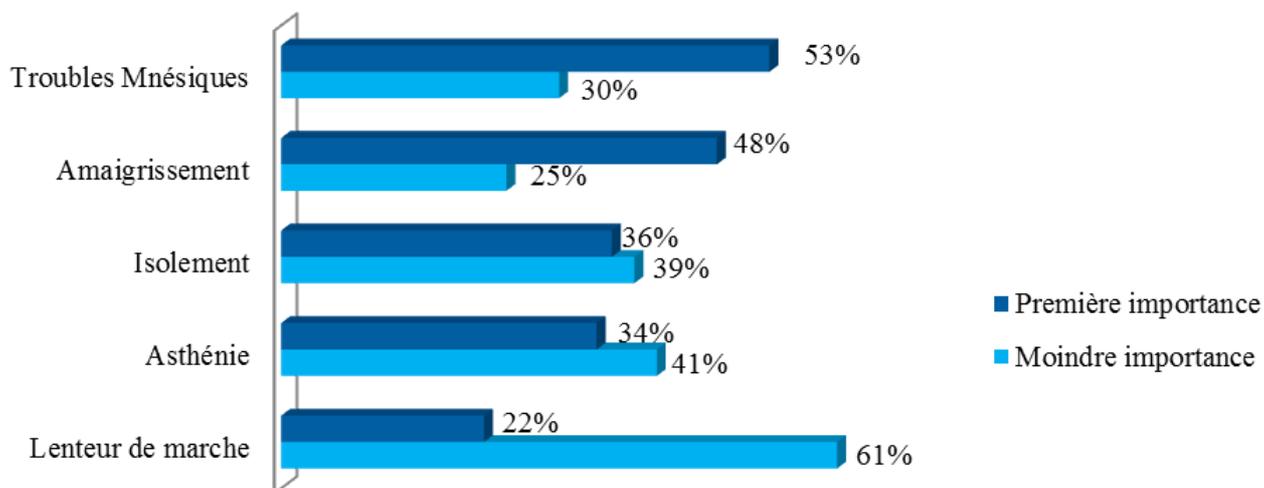
En ne considérant que la population des professionnels instruits du concept de fragilité, on note que seuls 31.5% des médecins et 9% des IDE connaissent le test de repérage.

Objectifs secondaires :

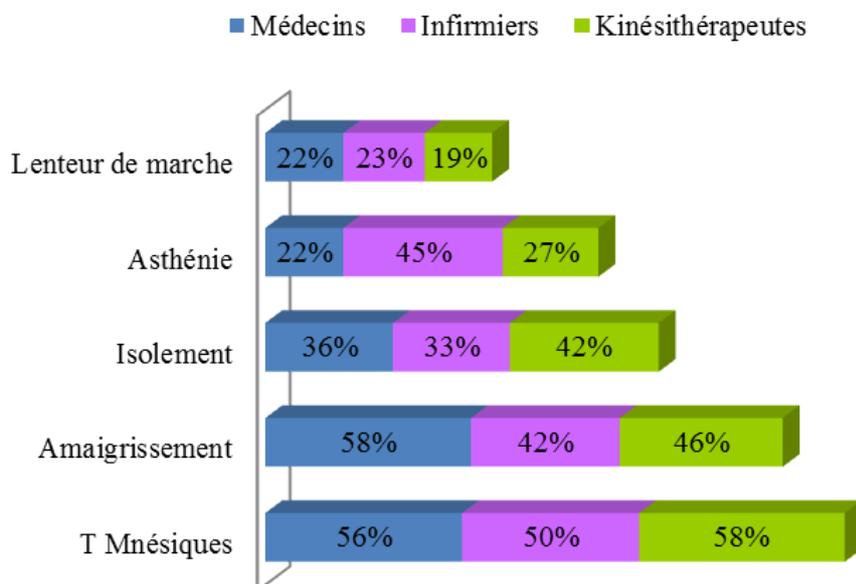
Afin de mieux comprendre et de déterminer les besoins en termes de formation à propos des facteurs de fragilité retenus par le gérontopôle de Toulouse, il était demandé aux professionnels de numéroter de 1 à 5 ces critères du plus important au moins important. A noter que cette question n'a pas été soumise aux pharmaciens, et que 7 professionnels n'ayant pas répondu correctement, les résultats ont dû être ramenés à un sous-total de 122 professionnels, dont 36 médecins, 60 infirmiers et 26 kinésithérapeutes.

Ainsi, il apparaît que le critère de fragilité essentiel aux yeux des professionnels, toutes professions confondues, est l'apparition chez leurs patients de troubles mnésiques ; alors qu'un ralentissement de la marche semble peu marquant.

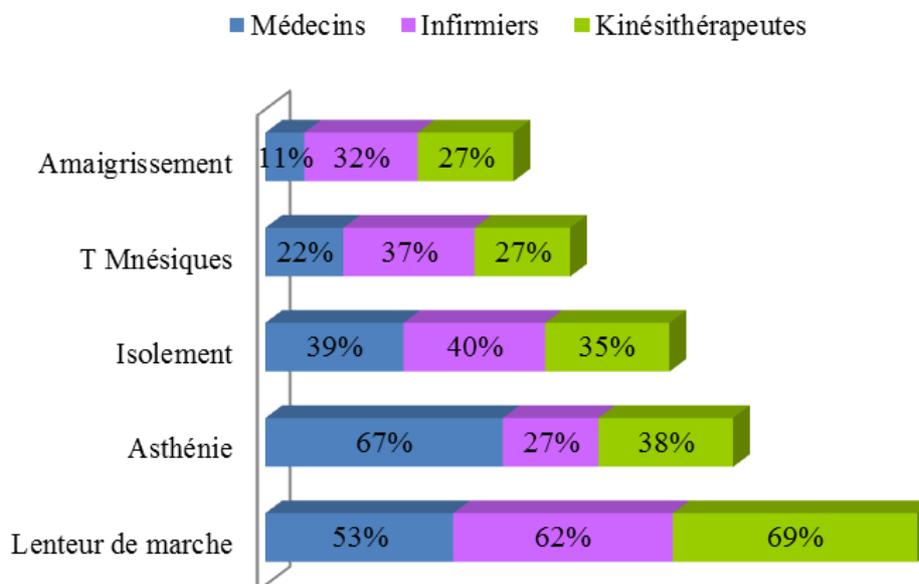
Importance accordée par les professionnels aux facteurs de fragilité



Facteurs de fragilité de première importance par profession



Facteurs de fragilité de moindre importance par profession



Rôle des professionnels dans le dépistage de la fragilité

Interrogés sur leur rôle dans le dépistage de la fragilité, les médecins ont été 92.5% à le considérer comme principal puis 90% à le souhaiter principal. A contrario, si 75% des infirmiers voient déjà leur rôle comme principal dans le dépistage de la fragilité, ils sont plus de 78% à souhaiter qu'il le devienne. Il en est de même pour les kinésithérapeutes et les pharmaciens qui sont respectivement 52% et 32% à ressentir leur rôle comme principal puis 62% et 37% à l'espérer principal.

Habitudes de dépistage de la fragilité

A la question « pratiquez-vous déjà ce dépistage ? » (question non soumise aux pharmaciens), les professionnels sont globalement 77% à répondre positivement, avec 82.5% des médecins, 78.3% des infirmiers et 66% des kinésithérapeutes.

Les professionnels sont donc plus nombreux à dépister la fragilité qu'à en connaître la définition.

Quant à la manière dont ils disent pratiquer ce dépistage, on retrouve :

- parmi les médecins :

par « examen clinique régulier et appréciation subjective globale » (18/33),

par « la grille du gérontopôle » (2/33),

par des « évaluations gériatriques » (2/33),

en « interrogeant le patient sur son autonomie » (1/33).

- parmi les infirmiers :

par « l'observation et la surveillance régulière » (30/47),

« en alertant le médecin traitant » (6/47),

par « la démarche de soins infirmiers » (DSI) (4/47),

par « la grille de repérage » (1/47).

Sur trois infirmiers ayant répondu connaître la grille de dépistage du gérontopôle, seul

un l'utilise.

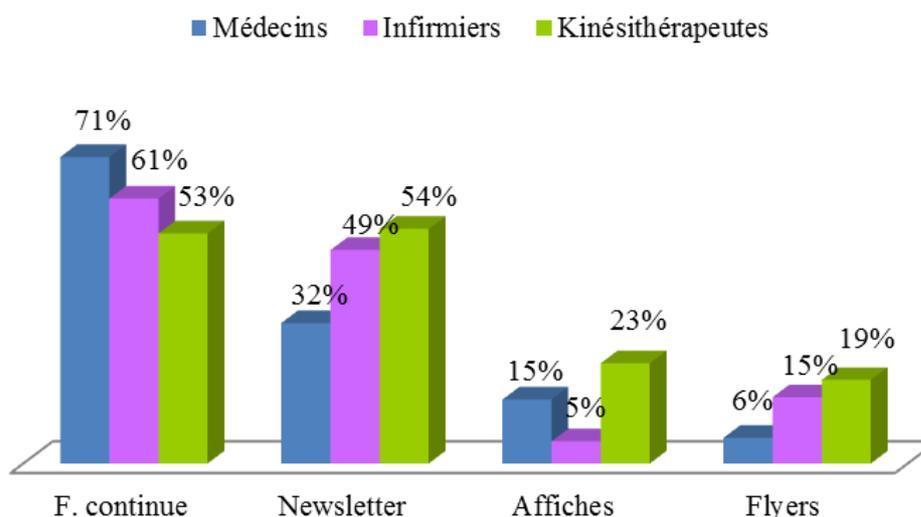
- parmi les kinésithérapeutes :
par « observation lors des séances de soins » (6/19),
par « alerte du médecin traitant » (5/19),
par « visites à domicile » (3/19),
par « bilan kinésithérapeutique » (1/19).

Information sur le concept de fragilité de la personne âgée

Pour ce qui est de l'information reçue sur le concept de fragilité, ils sont globalement 92% à la juger insuffisante, 85% au sein des médecins, 98% au sein des IDE et 90% au sein des kinésithérapeutes (pharmaciens non interrogés).

La forme la plus attendue par les professionnels reste la formation continue pour 62%, puis la newsletter pour 45%, les dépliants pour 13% et les affiches pour 12% d'entre eux. Cependant ces résultats sont différents selon la profession.

Forme de l'information souhaitée



Motivation des professionnels à soumettre leurs patients à la grille de repérage

Après description de la grille de repérage de la fragilité, les professionnels sont globalement 87% à se dire prêts à la proposer à leurs patients, dont 80% des médecins, 87% des IDE, 93% des kinésithérapeutes et 95% des pharmaciens ; puis 80% prêts à la réaliser avec leurs patients, soient 77.5% des médecins, 80% des IDE, 83% des kinésithérapeutes et 79% des pharmaciens.

Les freins évoqués par les professionnels refusant de réaliser ce test auprès de leurs patients sont : le manque de temps, pour 55.5% des médecins, 50% des IDE, 40% des kinésithérapeutes et 25% des pharmaciens; le manque de formation pour 22% des médecins, 42% des IDE et 60% des kinésithérapeutes ; et le manque de pertinence du test pour 22% des médecins, 8% des IDE et 25% des pharmaciens. 2 pharmaciens ont également évoqué la susceptibilité de leurs clients de cet âge.

V – Discussion

Plus d'un an après les recommandations de dépistage de la fragilité de la personne âgée par la HAS et le lancement des expérimentations PAERPA, pour lutter contre la dépendance, nous avons souhaité faire un état des lieux de la connaissance, par les professionnels de santé libéraux, médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, ainsi que par les pharmaciens, du concept de fragilité de la personne âgée.

Interrogés en deux temps distincts les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens ont été soumis à des questionnaires différents.

Notre étude révèle une connaissance relativement bonne de la fragilité de la personne âgée, puisque près des deux tiers des professionnels libéraux interrogés disent connaître le concept (64%), avec 73% des médecins traitants, qui sont les acteurs incontournables d'une bonne prise en charge de la fragilité. Les pharmaciens apparaissent comme les moins informés avec un taux de connaissance de 31.5%. Cependant, la confrontation de ce taux de connaissance à d'autres éléments clés moins connus, comme la grille de repérage diffusée par la HAS ou la valeur pronostique de la lenteur de marche, nous autorise à nous interroger sur la précision de la définition la plus communément établie dans les esprits des professionnels. Mais à cette interrogation, notre travail n'apporte pas de réponse.

Nous avons également voulu savoir par quels moyens ces professionnels avaient reçu cette information, et comment ils souhaitaient à l'avenir être informés.

En réponse à ces questions, notre étude montre que la formation professionnelle continue est et reste la principale source de connaissance évoquée et sollicitée par les professionnels, et notamment les médecins. Les infirmiers et les kinésithérapeutes apparaissent également demandeurs d'une forme plus moderne de communication, comme la newsletter.

A ce propos, on note que près d'un tiers des kinésithérapeutes dit avoir eu connaissance de la fragilité par la fiche de recommandation de la HAS, contre 17% des médecins. Ce qui appuie encore leur affinité pour cette forme de communication.

Outre l'identification de la forme de l'information souhaitée, notre enquête nous éclaire sur les besoins en termes de contenu.

En effet, pour ce qui est des critères de fragilité, on constate que, si les troubles mnésiques et l'amaigrissement bénéficient d'une juste attention de la part des professionnels (critères de fragilité de première importance pour la moitié des professionnels), on note que la lenteur de marche souffre d'une indifférence commune (critère de première importance pour un professionnel sur cinq). Cela ne peut s'expliquer que par la méconnaissance de sa pourtant grande valeur pronostique en termes de perte d'autonomie fonctionnelle, d'institutionnalisation, de chute, de déclin cognitif et de mortalité (35) (8). Pour ce qui est de l'asthénie de la personne âgée, on constate que c'est un symptôme auquel les infirmiers sont très sensibles, alors que les médecins le sont beaucoup moins. Peut-être est-ce dû au fait que les patients en parlent plus à leur infirmier qu'à leur médecin, ou que ce symptôme apparaît plus franc et donc plus préoccupant lors de contacts plus fréquents. Cela révèle la valeur de la coopération

médecin-infirmier pour une prise en charge optimale de la personne âgée.

Ainsi, il semble nécessaire d'apporter une information appuyée sur la valeur de la lenteur de marche (vitesse de marche inférieure à 1m/s) et donc la nécessité de la mesurer dans le dépistage de la fragilité. La sensibilité des professionnels aux autres facteurs de fragilité apparaissant satisfaisante.

Pour poursuivre sur les besoins en information identifiés par notre étude, la connaissance de la grille de repérage de la fragilité par moins de 10 % des professionnels, dont 22,5 % des médecins, alors que ces derniers ont tous reçu un courrier électronique de l'ETVPD la présentant en juillet 2014 ; peut apparaître décevante. D'autant qu'aucun des médecins initiés n'évoque ce courrier comme source de connaissance, mais encore une fois, la formation professionnelle.

Nous pouvons donc remarquer que, si la vulgarisation de cette grille de repérage par courrier électronique apparaît adaptée aux attentes des infirmiers et surtout des kinésithérapeutes, le meilleur moyen de toucher les médecins, tant en termes d'attention que d'assiduité, semble demeurer l'organisation de réunions de formation via leurs organismes de développement médical continu.

En outre, les résultats de notre étude révèlent une motivation forte de tous les professionnels à participer à ce dépistage. En effet, des habitudes de dépistage informel de la fragilité existent déjà et sont revendiquées par 77 % des professionnels, dont 82,5 % des médecins. Et ce sont ensuite 80% des professionnels qui se disent prêts à soumettre leurs patients à la grille de repérage. Ces chiffres nous permettent donc d'espérer un dépistage massif et de qualité de la fragilité, une fois tous ces professionnels formés.

Enfin, si nous pouvons nous satisfaire de la représentativité de nos résultats sur le bassin lourdaise, de par un taux de réponse global de 83,6%, et de 100% pour ce qui est des médecins ; ces résultats ne peuvent être extrapolés à l'échelle nationale, du fait de la dynamique très singulière à laquelle on assiste sur ce territoire.

VI - Conclusion

A l'aube de 2015, face aux défis, du vieillissement de la population française et de la lutte pour la préservation de l'autonomie de ses personnes âgées de plus en plus nombreuses, les idées et les volontés sont là.

Le dépistage des personnes âgées fragiles par les équipes soignantes libérales s'envisage enfin, encouragé par la mise en place de l'expérimentation par les autorités politiques d'un parcours de santé élaboré pour la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA). L'édifice de la coopération pluri-professionnelle initiée et interconnectée, dédiée à la personne âgée fragile prend forme.

En montrant que 64 % des professionnels de santé libéraux du bassin de santé de Lourdes, médecins, infirmiers et kinésithérapeutes réunis, et 31,5 % des pharmaciens, disent connaître le concept de fragilité de la personne âgée, notre étude vient soutenir ces espérances. Cependant, elle met en lumière les besoins d'information encore persistants dans un territoire pourtant sensibilisé par les actions respectives du gérontopole de Toulouse et de l'ARS Midi-Pyrénées. En effet, la grille de repérage de la fragilité élaborée par le gérontopole et recommandée par la HAS, est actuellement connue par moins de 10 % de ces professionnels, alors qu'elle apparaît comme une priorité.

Le succès de cette lutte contre la dépendance par sa prévention, but ultime de tous ces dispositifs, repose sur l'implication et la compétence des professionnels qui la poursuivront.

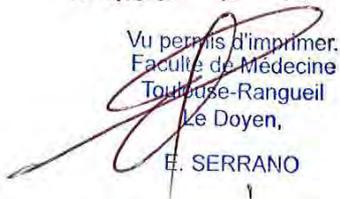
Dans le bassin de santé de Lourdes, bassin vieillissant et territoire pilote PAERPA, qui compte par ailleurs une ETVPD dynamique et une délégation territoriale de l'ARS impliquée, les professionnels de santé sont certes en partie profanes mais pour la plupart très motivés, pour participer à ce projet.



Professeur Bruno VELLAS
CHU LA GARAYE - CHASSAIGU
SERVICE DE MÉDECINE GÉRIATRIQUE ET ALZHEIMER
170, avenue Dr Cassagnoli - T57 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9

Toulouse le 17.02.15

Vu permis d'imprimer.
Faculté de Médecine
Toulouse-Rangueil
Le Doyen,
E. SERRANO



VII – Bibliographie

1. Insee – Population – Données 2011.
2. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit.
3. Trillard A. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. 2011.
4. Crédoc, Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, décembre 2011, n° 286.
5. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San José A, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract.* 2010 juin;27(3):239-245.
6. Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Med Hyg* 2000
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences.* 2001;56:M146-M56.
8. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of Frailty Over Three Decades in an Older Cohort. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 1998 janv;53B(1):S9-S16.
9. Y. Rolland, Comment repérer la fragilité en soins primaires, HAS, juin 2013.
10. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ: Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med* 2007; 120(9): 748-53
11. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2004 mars;59(3):255-263.
12. Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, et al.: Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(8): 1321-30.
13. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, et al.: Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 744-51.
14. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm issues and controversies. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2007 juill;62(7):731-737.
15. Rothman MD, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. *J Am Geriatr Soc.* 2008 déc;56(12):2211-2116.
16. Rockwood K, Mitnitski A: Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 722-7
17. Rockwood K, Abeysundera MJ, Mitnitski A: How should we grade frailty in nursing home patients? *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(9): 595-603
18. Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging.* 2008 janv;12(1):29-37.
19. Leng S, Chaves P, Koenig K, Walston J. Serum interleukin-6 and hemoglobin

- as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study. *J Am Geriatr Soc.* 2002 juill;50(7):1268-1271.
20. 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.* 2006 mai;83(5):1142-1148.
 21. Bandeen-Roche K, Xue Q-L, Ferrucci L, Walston J, Guralnik JM, Chaves P, et al. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2006 mars;61(3):262-266.
 22. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J, 2009, Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries, *J Gerontol A Biol Sci Med* 64 (6):675-681.
 23. Levasseur G, Samzum J-L. Les médecins généralistes et l'évaluation gériatrique, 2004.
 24. Subra J., Dépister le sujet âgé fragile en consultation de médecine générale : étude de faisabilité en région Midi-Pyrénées. 64- Th. D médecine générale, Toulouse, 2011.
 25. Raimbault F, Lacaille S, Raynaud-Simon A, Repérage de la fragilité en soins primaires : utilisation de la grille du Gérontopôle de Toulouse dans le 17^e arrondissement de Paris, symposium de l'année gériatrique 2014.
 26. Mailland V, Sacco G, Gonfrier S, Turpin JM, Brocker P, Guérin O, Mise en place de la plateforme de dépistage et d'évaluation de la fragilité dans le pôle de Gériatrie du CHU de Nice, symposium de l'année gériatrique 2014.
 27. Vellas B, Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Rolland Y, Lauque S, Ousset PJ, et al. [Falls, frailty and osteoporosis in the elderly: a public health problem]. *Rev Med Interne.* 2000 juill;21(7):608-613.
 28. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, rapport « Assurance maladie et perte d'autonomie » juin 2011.
 29. La filière gériatrique sanitaire en Midi-Pyrénées 2013, brochure destinée aux professionnels de santé.
 30. Projet régional de santé Midi-Pyrénées, Le schéma régional d'organisation des soins, Favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité et faciliter leur maintien à domicile, 2012-2017.
 31. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, cahier des charges des projets pilotes PAERPA, janvier 2013.
 32. Les 4 missions de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.
 33. Bouget C., chargée de mission « personnes âgées », ARS Midi-Pyrénées.
 34. Insee – Population - Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans.
 35. Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cesari M, Vellas B, Pahor M, Grandjean H. Physical performance measures as predictors of mortality in a cohort of community-dwelling older french women. *Eur. J. Epidemiol.* 2006;21(2):113-122.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de repérage de la fragilité p 21

Annexe 2 : Questionnaire soumis aux pharmaciens p 22

Annexe 3 : Questionnaire soumis aux professionnels libéraux p 24

GRILLE DE REPERAGE DE LA FRAGILITE

<u>Informations patient</u>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° de téléphone :

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL 6/6), à distance de toute pathologie aigue

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

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile ?..... oui non

SI OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en Consultation/Hospitalisation de jour ? oui non

Dépistage réalisé le :.....

POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS aux Consultations/Hôpitaux de Jour gériatriques, contacter :

- Le CH de Bagnères de Bigorre au : 05.62.91.41.62
- Le CH de Lannemezan au : 05.62.99.53.53
- Le CH de Lourdes au : 05.62.42.42.60
- Le CH de Tarbes-Ayguerote au : 05.62.54.66.22
- Le CH de Vic en Bigorre au : 05.62.54.70.43

Important : Le patient devra apporter sa prescription médicale lors de son rendez-vous à l'Hôpital

Participation des pharmacies du bassin lourdais au dépistage de la fragilité : connaissances et motivation

- Pensez-vous pouvoir influencer la qualité du vieillissement de vos patients âgés ?

OUI NON

- Connaissez-vous le concept de fragilité de la personne âgée ?

OUI NON

- Si oui, comment ?

FMC Internet ARS AUTRE : _____

La fragilité est un état instable de la personne âgée lié à une réduction de ses réserves fonctionnelles et altérant sa capacité à faire face au moindre stress.

- Sur quel critère principal jugeriez-vous un patient âgé « fragile » ?

Isolement Amaigrissement Lenteur de marche Troubles mnésiques

- Quel rôle **pensez-vous** avoir dans le dépistage de cette fragilité de la personne âgée ?

PRINCIPAL SECONDAIRE AUCUN

- Quel rôle **voudriez-vous** avoir dans le dépistage de cette fragilité de la personne âgée ?

PRINCIPAL SECONDAIRE AUCUN

- Seriez-vous prêt, dans le cadre d'un pôle de santé pluri-professionnel, à participer au dépistage de la fragilité auprès de vos patients âgés ?

OUI NON

- Si non, pourquoi ? : _____

- Connaissez-vous le test de dépistage de la fragilité proposé par le gérontopôle de Toulouse ?

OUI NON

Il s'agit d'un questionnaire court de 6 questions comprenant la réalisation d'un test de vitesse de marche sur 4 mètres

- Disposez-vous d'un espace libre de 4m de long dans votre pharmacie ?

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

- Seriez- vous prêt à **proposer** ce questionnaire à tous vos patients de 75 ans et plus ?

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si non, pourquoi ?

<input type="checkbox"/>	Manque de temps	<input type="checkbox"/>	Manque de personnel	<input type="checkbox"/>	Manque de formation	<input type="checkbox"/>	Manque d'intérêt
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------------

- Seriez-vous prêt à **réaliser** ce petit questionnaire à tous vos patients de 75 ans et plus ?

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si non, pourquoi ?

<input type="checkbox"/>	Manque de temps	<input type="checkbox"/>	Manque de personnel	<input type="checkbox"/>	Manque de formation	<input type="checkbox"/>	Manque d'intérêt
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	------------------

Il s'agira ensuite, en cas de test positif, d'adresser le patient vers son MT avec son questionnaire ; et en cas de test négatif de rassurer la patient.

Repérer la fragilité pour prévenir la dépendance

- Vous êtes : Médecin IDE kinésithérapeute
- Vous avez : entre 20 et 40 ans entre 40 et 55 ans plus de 55 ans
- Connaissez-vous le concept de fragilité de la personne âgée ?
 OUI NON

Si oui, comment ?

FMC Littérature HAS Autre : _____

La fragilité est un état instable de la personne âgée lié à une réduction de ses réserves fonctionnelles, altérant sa capacité à faire face au moindre stress et l'exposant donc à un risque élevé de chute, de perte d'autonomie et d'institutionnalisation.

- Sur quels critères principaux jugeriez-vous un patient âgé « fragile » ?
Numérotez de 1 à 5 du plus important au moins important selon vous.

Isolement Amaigrissement Asthénie Lenteur de marche Troubles mnésiques

- Quel rôle **pensez-vous** avoir dans le dépistage de cette fragilité de la personne âgée ?
 Principal Secondaire Aucun
- Quel rôle **voudriez-vous** avoir dans le dépistage de cette fragilité de la personne âgée ?
 Principal Secondaire Aucun
- Pratiquez-vous déjà ce dépistage auprès de vos patients âgés ?
 OUI NON

Si oui, comment? : _____

Si non, pourquoi? : _____

- Connaissez-vous le test de dépistage de la fragilité élaboré par le Gérotopole de Toulouse?

OUI

NON

Il s'agit d'un questionnaire court de 6 questions comprenant la réalisation d'un test de vitesse de marche sur 4 mètres

- Pensez-vous avoir reçu une information suffisante concernant la fragilité de la personne âgée et son dépistage?

OUI

NON

- Sous quelle forme souhaiteriez-vous recevoir cette information ?

Affiches

Flyers

Newsletters

Formation continue

Le projet PAERPA, dont les Hautes Pyrénées est un département pilote, préconise l'utilisation d'une plate-forme informatique commune aux différents acteurs de santé de proximité, pour que chacun puisse transmettre ses actions et ses feed-backs concernant un patient et ainsi optimiser sa prise en charge globale. Dans ce cadre :

- Seriez-vous prêt à **proposer** ce test à vos patients de plus 70 ans ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

Manque de temps

Manque de formation

Manque d'adhésion présumée des patients

- Seriez-vous prêt à **réaliser** ce test à vos patients de plus de 70 ans ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ?

Manque de temps

Manque de formation

Manque d'adhésion présumée des patients

LEGRAND

Lucie

État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin lourdaïs.

Toulouse, le 24 mars 2015

À l'aube 2015, pour faire face aux défis du vieillissement de la population et de la lutte contre la dépendance, les autorités misent sur la prévention, par la prise en charge de la fragilité de la personne âgée et l'élaboration d'un parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Le concept de fragilité doit permettre d'identifier les personnes fragiles à haut risque de dépendance, pour renforcer en amont leur autonomie. Le projet PAERPA doit, lui, permettre, grâce à un parcours de soins avec des acteurs identifiés et interconnectés, d'améliorer le maintien à domicile des personnes âgées et de lutter contre les hospitalisations et les ruptures de soins.

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé une enquête descriptive prospective auprès des professionnels de santé libéraux, médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, du bassin de santé de Lourdes, pour évaluer leur connaissance du concept de fragilité et de son outil de dépistage élaboré par le gérontopôle de Toulouse.

Les résultats de notre enquête portent sur 148 professionnels (taux de réponse de 83,6%), dont 40 médecins, 60 infirmiers, 29 kinésithérapeutes et 19 pharmaciens, et montrent que 60 % d'entre eux disent connaître le concept de fragilité, mais moins de 10 % son test de dépistage.

Ainsi, si ce taux de connaissance semble satisfaisant, le contraste révèle probablement une approximation de la définition de la fragilité dans les esprits. Un travail de diffusion de la grille de repérage de la fragilité apparaît donc encore nécessaire.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-clés : soins primaires – médecine générale – fragilité – PAERPA

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

Directeur de thèse : BISMUTH Serge