



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2022

MENTION : Pathologies Chroniques Stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLOME  
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE**

**Repérage et Suivi de la Fragilité  
chez les Personnes de plus de 65 ans  
vivant à leur Domicile**

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022 à 15h00

au Pôle Formation

**par Juliette Deschamps-Cornu**

---

**MEMBRES DU JURY**

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Enseignant infirmier :**

**Madame Véronique KOZLOWSKI**

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

## **REMERCIEMENTS**

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à la construction de ce travail.

Tout d'abord, je remercie mon directeur de mémoire, Monsieur le Professeur Christophe Berkhout, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et pour ses précieux conseils.

J'adresse toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Puisieux, Monsieur le Professeur Fontaine, Madame Marie-Eve Godeffroy ainsi que toute l'équipe pédagogique qui m'ont formée, guidée et suivie ces deux dernières années. Ma reconnaissance va également à Madame le Docteur Catherine Bargibant et Madame Marie Deshayes, bibliothécaire de l'université, pour leurs conseils et leurs éclairages.

Je remercie également mon tuteur professionnel, Monsieur le Docteur Pérard Frédéric ainsi que Madame Carole Smaghue et toute l'équipe de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Blériot-Sangatte pour leur accueil et leur bienveillance.

J'adresse aussi toute ma gratitude aux personnes interviewées dont la participation a été indispensable à ce travail.

Je remercie mes collègues de travail Sandrine, Gaëlle, Cindy et Manon pour leur soutien ainsi que mes collègues de promotion pour la solidarité et la bienveillance sans faille dont ils ont tous fait preuve durant ces 2 années.

Enfin, mon investissement dans mes études et dans ce travail n'aurait pas été possible sans le soutien, l'écoute, les encouragements et l'amour indéfectible de mes enfants, mon mari et ma famille envers qui je serais éternellement reconnaissante.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	
1. ETAT DES LIEUX .....	1
1.1. Démographie et vieillissement de la population.....	1
1.2. Un vieillissement hétérogène.....	2
1.3. Pathologies chroniques et multimorbidité.....	2
2. CONCEPTS.....	3
2.1. Personnes âgées.....	3
2.2. Fragilité.....	4
2.2.1. Définition.....	4
2.2.2. Risques.....	6
2.2.3. Dépistage et repérage en soins primaires.....	7
2.2.4. Difficultés de prise en charge et points de rupture.....	7
2.2.5. L'évaluation gériatrique standardisée et le plan personnalisé de soins .....	8
2.3. Vulnérabilité .....	10
2.4. Qualité de vie.....	11
2.5. Parcours de soins et Coordination .....	12
3. PROBLEMATIQUE .....	13
3.1. Problématique.....	13
3.2. Objectif.....	13
3.3. Hypothèses.....	14
4. METHODE .....	14
4.1. Design.....	14
4.2. Recrutement.....	14
4.3. Protocole .....	15
4.4. Analyse .....	15
5. RESULTATS.....	16
5.1. Caractéristiques de l'échantillon .....	16
5.2. Thématiques et catégories.....	17
6. ANALYSE .....	17
6.1. Les représentations de la fragilité .....	17
6.2. Les comportements adoptés par les patients face à leur état de fragilité .....	19
6.3. Les moyens mis en place chez les patients interviewés.....	20

6.4.	La manière dont communiquaient les patients à propos de leur fragilité.....	21
6.5.	Les sentiments des patients vis à vis de leur fragilité .....	22
7.	DISCUSSION.....	22
7.1.	Limites de l'étude .....	23
7.2.	Résistances et freins à la prise en charge de la fragilité.....	24
7.2.1	Le manque d'informations .....	24
7.2.2	Les comportements de santé .....	25
7.2.3	L'estime de soi, les causes sociales et l'environnement familial.....	26
7.2.4	La méconnaissance des moyens.....	26
7.3	Les leviers à activer.....	27
7.3.1	La relation soignant-soigné .....	27
7.3.2	Les aidants .....	27
7.3.3	Comportements de santé.....	28
7.4	Perspectives pour l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en soins primaires.....	28
	CONCLUSION .....	
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	GLOSSAIRE .....	
	ANNEXE 1.....	
	ANNEXE 2.....	
	ANNEXE 3.....	
	ANNEXE 4.....	
	ANNEXE 5.....	

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs années la population augmente et vieillit. Selon les prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), cette croissance se prolongera jusqu'en 2044 et l'augmentation de l'espérance de vie, entraînant un vieillissement de la population française, fera croître le nombre de personnes ayant plus de 65 ans (Insee 2021).

Le vieillissement a des conséquences sur le suivi des personnes âgées puisqu'avec l'avancée en âge, de nombreux facteurs se développent tels que les incapacités ou la polyopathie. Les individus se fragilisent et pourraient évoluer vers une dépendance ou une perte d'autonomie avec un risque d'hospitalisation ou d'institutionnalisation alors même que les personnes déclarent préférer rester vivre chez elles.

Avec l'essor de la médecine gériatrique, nous avons vu se développer le concept de fragilité. Il peut atteindre plusieurs sphères de l'individu et majore le risque d'apparition d'une dépendance par quatre. C'est un phénomène dont la prise en soins nécessite une approche holiste et une collaboration pluridisciplinaire. La fragilité, qui est un état transitoire et encore réversible, a été étudiée depuis plusieurs années (Trivalle 2016). Il est possible de la prévenir et de la dépister (HAS 2013). Malgré les moyens à disposition des professionnels de santé, il existe cependant encore des résistances de la part des patients (CLIC coeur de métropole 2014). Quelles interventions peuvent être mises en place en soins primaires par les professionnels de santé, chez les patients fragiles de plus de 65 ans, vivant à domicile, afin de stabiliser ou inverser leur état de fragilité pour prévenir l'évolution vers la dépendance ?

Nous commencerons par faire un état des lieux de l'évolution du vieillissement de la population et des inégalités auxquelles il est associé. Nous apporterons ensuite les informations basées sur la littérature concernant les personnes âgées, la fragilité, la vulnérabilité, la qualité de vie et les parcours de soins. La deuxième partie dévoilera les résultats et l'analyse de l'étude qualitative dans laquelle ont été menés des entretiens semi-directifs avec des personnes fragiles âgées de plus de 65 ans. Enfin, nous déterminerons les freins qui pourraient être levés et les leviers qui pourraient être actionnés pour favoriser la mise en place d'actions dans le suivi de la fragilité.

## **1. ETAT DES LIEUX**

### **1.1. Démographie et vieillissement de la population**

En France, Il existe une augmentation de la population depuis de nombreuses années. Selon l'INSEE, cette croissance se prolongerait jusqu'en 2044 (69,3 millions d'habitants) et le pourcentage de personnes de plus de 65 ans augmenterait pour atteindre 21 à 29%. Ce nombre croissant de personnes âgées s'explique par l'allongement de l'espérance de vie. en particulier après 60 ans (Insee 2021).

L'INSEE prévoit également que le nombre de français ne sera pas très différent entre 2021 et 2070, mais le nombre de personnes de plus de 75 ans augmenterait (environ 5,7 millions d'habitants) et celui moins de 60 ans, diminuerait (environ 5 millions).

Cet allongement de la durée de vie s'accompagne d'incapacités. En 2019, les femmes auraient passé en moyenne près d'un quart de leur vie (21 ans) avec des incapacités modérées ou sévères et les hommes un cinquième (16 ans) (Insee 2020).

Dans la région Hauts de France, la proportion de personnes âgées dépendantes est plus importante qu'au niveau national. D'ici 2050, il y aurait une progression de 48% de ces personnes âgées dépendantes, touchant plus particulièrement les plus âgées et les femmes qui ont une espérance de vie plus longue (Insee 2020). Avec l'âge, apparaissent la polymorbidité et la polymédication (émergence des maladies chroniques) qui induisent une altération de l'état de santé ainsi que de nombreux facteurs de fragilité telle que la perte d'autonomie de mobilité avec la diminution/limitation des activités.

Si en 2015, 3,4% des personnes âgées des Hauts de France vivent en institution, une grande majorité reste à son domicile. Plusieurs causes expliquent ce phénomène (Ministère des solidarités et de la santé 2019) :

- Le taux de pauvreté des personnes âgées est important dans la région (9,9%). Un hébergement en institution comporte un reste à charge inaccessible à un grand nombre d'entre eux-: 1850 euros/ mois (après aides et réduction d'impôt) pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD contre 60 euros/mois

(après aides et crédit d'impôt) pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

- Les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile sont plus nombreux dans les Hauts de France qu'au niveau national.
- Les personnes âgées déclarent en majorité préférer rester à domicile afin de conserver une certaine liberté et éviter un déracinement.

## **1.2. Un vieillissement hétérogène**

L'évolution de l'état de santé reste très hétérogène, allant de la bonne santé à la dépendance. La littérature établit trois états chez les sujets âgés : la robustesse, la fragilité et la dépendance. Un état intermédiaire entre la robustesse et la fragilité désigné par le terme de pré-fragilité est actuellement en cours de définition.

En Europe, selon l'étude *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE* (Sirven 2014)), le taux de fragilité, pour les personnes de plus de 65 ans, serait de plus de 10% chez les hommes et plus de 20% chez les femmes. Une étude menée en médecine générale, à Reims en 2014, incluant 522 patients, montrait une prévalence de la fragilité de 24,5% chez les patients de plus de 65 ans (Martin-Kleisch, Drame, Zulfiqar 2019).

L'état de fragilité est transitoire et réversible contrairement à de l'état de dépendance. Néanmoins, les sujets fragiles sont à risque majoré de dépendance, par exemple lors de la survenue d'une rupture dans leur parcours de vie tel que la décompensation d'une pathologie ou encore un choc psychologique lors d'un décès.

Le bien-être est pour partie associé à l'état des sujets. Si ce dernier décline, il peut avoir des conséquences néfastes sur la capacité des personnes à maintenir leurs activités quotidiennes mais également sur leurs liens sociaux. L'état du sujet âgé est un processus dynamique.

## **1.3. Pathologies chroniques et multimorbidité**

L'allongement de la durée de vie et les progrès de la médecine (recul des maladies infectieuses, prévention et survie des patients atteints d'une pathologie chronique) ont

développé l'épidémie de maladies chroniques. En 2015, 43% des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une affection de longue durée (Insee 2018).

Le vieillissement calendaire d'un individu implique un vieillissement biologique plus ou moins rapide selon des facteurs génétiques et épigénétiques (par exemple habitus, alimentation, pénibilité du travail, activité physique) favorables à l'installation de maladies chroniques.

Les maladies chroniques se caractérisent par leur aspect évolutif tout au long de la vie du patient et s'accompagnent souvent de complications pouvant altérer les capacités des individus.

Elles augmentent le risque d'hospitalisation et altèrent la qualité de vie en entraînant des handicaps ou des limitations ayant des retentissements sur les actes de la vie quotidienne.

Le patient polypathologique est à haut risque de développer de nombreux syndromes gériatriques : dénutrition, déshydratation, polymédication, trouble de la marche/chute, trouble du sommeil... Tous ces risques provoquent un état de fragilité chez les patients.

La prévention des risques secondaires à une maladie chronique ou à la multimorbidité fait partie intégrante de la prise en charge, en particulier en soins primaires (vaccination, aide humaine, adaptation du domicile...).

La multimorbidité nécessite un accompagnement pluridisciplinaire qui doit être coordonné car les patients entrent alors dans un parcours de soins long et complexe.

## **2. CONCEPTS**

### **2.1. Personnes âgées**

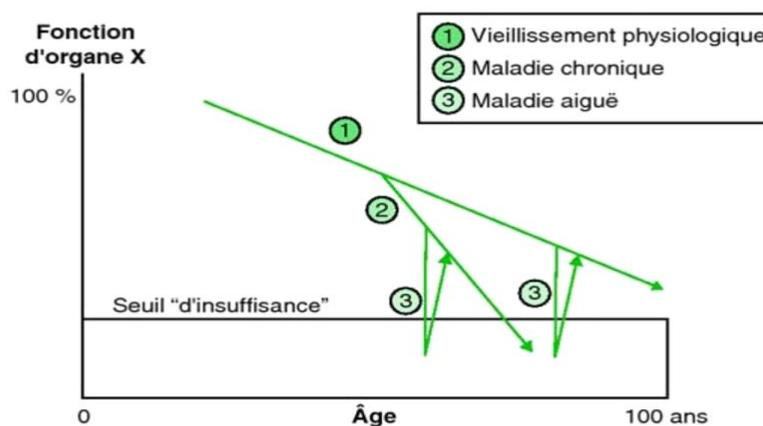
L'OMS retient le critère d'âge calendaire de 65 ans et plus pour définir la personne âgée.

Les effets de l'âge avancé se font ressentir notamment avec la diminution des réserves fonctionnelles due au vieillissement physiologique. Rappelons également l'installation des

pathologies chroniques. À cela s'ajoutent les pathologies aiguës et les décompensations qui sont un risque permanent et ont un impact sur l'évolution de l'état de santé des patients.

L'accumulation de ces critères a pour conséquence une décompensation fonctionnelle chez la personne âgée. Elle a été modélisée par Bouchon en 1984 (Figure 1). Il nous explique que le vieillissement pathologique n'engendre pas, seul, une décompensation fonctionnelle (courbe 1). Sur la courbe 2, nous observons les affections chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, hypertension artérielle...) qui accélèrent le déclin et peuvent arriver jusqu'au stade de l'insuffisance. Enfin, la courbe 3 représente les événements aigus (iatrogénie, infection, fracture après une chute...) et les épisodes de décompensation d'une pathologie chronique qui sont des facteurs précipitants.

**Figure 1 : 1+2+3 de Bouchon**



In Bouchon JP, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888.

## 2.2. Fragilité

### 2.2.1. Définition

La définition de la fragilité n'est pas consensuelle. On retrouve dans la littérature des définitions théoriques, phénotypiques ou opérationnelles. Elle est présentée comme un risque, un syndrome ou encore un diagnostic clinique.

Les gériatres s'accordent à dire qu'elle est "le résultat d'un syndrome biologique de diminution de la réserve et de la résistance aux facteurs de stress, résultant de déclin

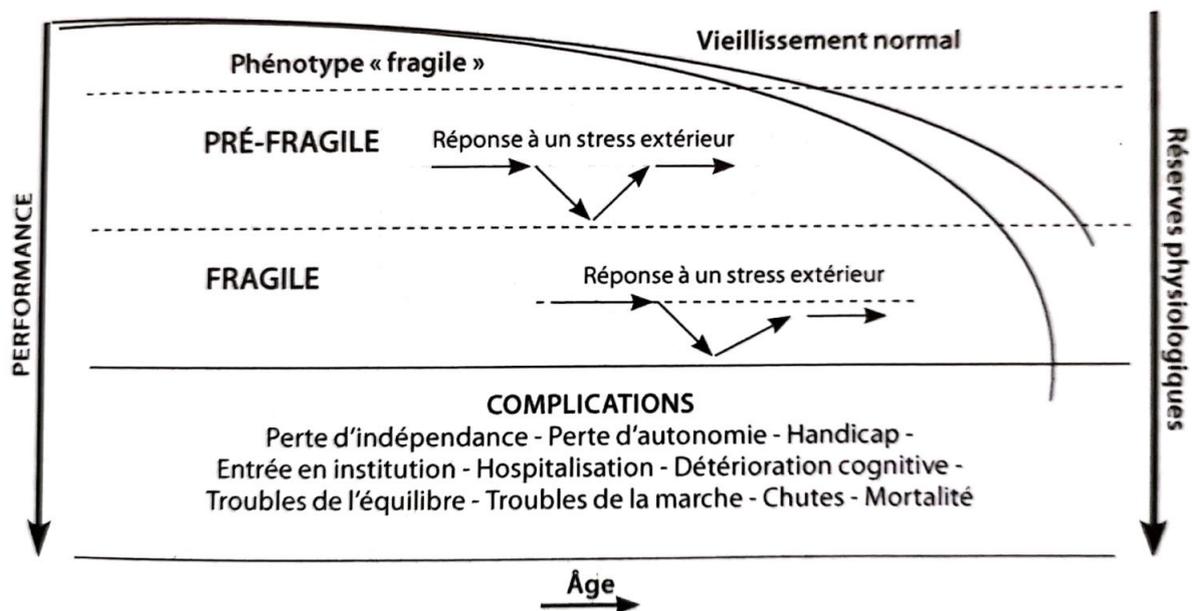
cumulatifs dans de multiples systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité aux résultats indésirables” (Fried et al. 2001).

Nous pouvons constater, dans la Figure 2, que « le déclin des systèmes physiologiques », représenté par la diminution des performances et des réserves physiologiques, ne permet pas une récupération complète chez les sujets fragiles lors de l'exposition à un stress extérieur et montre « une vulnérabilité aux résultats indésirables ».

**Figure 2**

Le développement de la fragilité avec l'avancée en âge.

La fragilité des personnes âgées, F. Béland, H. Michel

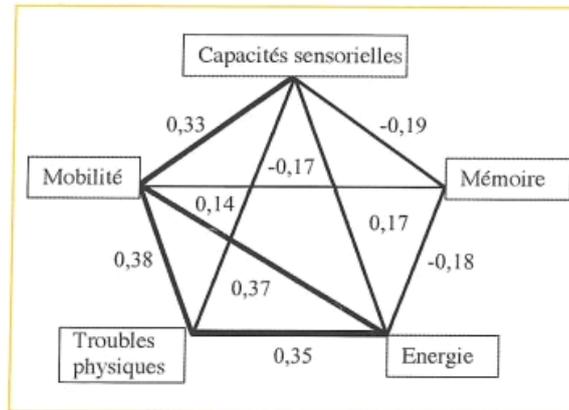


Fried, gériatre et épidémiologiste américaine, a décrit un phénotype de la fragilité selon cinq critères (Fried et al. 2001) : la perte de poids involontaire, l'épuisement autodéclaré, la faiblesse, la vitesse de marche lente et la faible activité physique.

L'autonomie se définit par cinq domaines (Figure 3) : les capacités sensorielles, la mobilité, la mémoire, l'énergie et les troubles physiques (Guilley et al. 2003).

**Figure 3**

Corrélation entre les différentes dimensions de la fragilité  
d'après l'étude longitudinale suisse des très âgés, SWILSO-O



S'il existe une rupture dans 2 des 5 domaines, nous sommes face à un état de fragilité. Nous pouvons constater, dans la Figure 3, qu'il existe une corrélation entre chaque domaine mais que les associations sont plus élevées entre la mobilité, les troubles physiques et l'énergie.

Quelle que soit sa définition, la fragilité est un syndrome gériatrique dans lequel on retrouve plusieurs symptômes et signes cliniques. Elle est le résultat d'une intrication entre la polyopathie, le vieillissement et l'environnement et provoque un état d'équilibre précaire entre la robustesse et la dépendance.

### 2.2.2. Risques

La fragilité chez les sujets âgés est un état qui peut entraîner des événements indésirables et qui se décline en termes de risques.

La fragilité augmente le risque d'hospitalisation qui peut accélérer l'entrée en institution ou le décès.

Nous retrouvons également, dans les résultats de la recherche SWILSO-O, un accroissement du risque de chute, de maladie ou de dépendance chez les sujets fragiles.

Chacun de ces risques altère la qualité de vie des personnes âgées.

Le syndrome de fragilité (Trivalle 2016) peut être un marqueur prédictif de situations péjoratives. Le dépistage précoce permet d'appréhender les complications de la fragilité et prévenir la perte d'autonomie.

### 2.2.3. Dépistage et repérage en soins primaires

Si nous partons du postulat que l'état de fragilité est transitoire et réversible, il est nécessaire de pouvoir le dépister précocement et le prendre en charge afin de prévenir les évènements indésirables associés.

Comme la définition de la fragilité, l'outil de dépistage pour la repérer ne fait pas non plus consensus.

La fragilité est un sujet qui a été souvent exploré depuis plusieurs années. Il existe différents outils de dépistage comme la grille SEGA modifiée (13 items), le score FRAGIRE (18 items), le questionnaire ANESM (32 critères) ou encore l'échelle FRAIL (5 critères de Fried) qui s'utilisent pour le dépistage de la fragilité gériatrique. Il existe également d'autres outils plus spécifiques comme en oncologie.

Cependant, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation du *Gerontopole Frailty Screening Tool* (GFST) établi par le gérontopôle de Toulouse et dont le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) reconnaît la pertinence (HAS 2013).

Le GFST (annexe1) est un outil recommandé, simple et rapide à utiliser par les professionnels de santé de soins primaires qui représentent la première ligne de ce dépistage (prévention primaire). Nous retrouvons dans ce questionnaire les dimensions du phénotype de Fried conjointement aux domaines de l'autonomie de l'étude SWILSO-O. La composante sociale est aussi identifiée.

### 2.2.4. Difficultés de prise en charge et points de rupture

S'il existe des outils solides de dépistage, il reste difficile de mettre en place des actions de prévention pour inverser les situations de fragilité. Il existe des freins dans cette prise en

charge tels que la difficulté d'acceptation par la personne âgée d'une altération de ses capacités et de son état de santé.

Le syndrome de fragilité ne résulte pas uniquement d'une pathologie mais aussi de l'environnement et du contexte social et familial dans lesquels évoluent les personnes. L'ensemble de ces caractéristiques apporte une complexité supplémentaire à la mise en œuvre d'actions et au parcours de soins des patients. L'aspect multidimensionnel de la fragilité nécessite une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.

Chaque professionnel perçoit différemment la fragilité et va axer sa description sur une dimension qui lui semble au cœur du syndrome et qui correspond à ses compétences (biomédicales, sociales, économiques, familiales...). Néanmoins, tous admettent le caractère multidimensionnel de la fragilité (Bertillot, Bloch 2016).

Depuis plusieurs années, nous assistons à une demande de soins croissante face à une démographie médicale qui évolue peu et de nombreuses personnes âgées n'ont plus de médecin traitant. Les médecins ne disposent pas de temps de consultation suffisamment longs pour dépister la fragilité et effectuer l'évaluation gériatrique en raison de files actives extrêmement chargées. En conséquence, les leviers de la prise en charge ne peuvent pas être identifiés.

#### 2.2.5. L'évaluation gériatrique standardisée et le plan personnalisé de soins

Le dépistage et le repérage de la fragilité ne sont que les prémices de la prise en charge. Il faut ensuite pouvoir établir un plan personnalisé de soins (PPS) pour stabiliser ou améliorer la situation et l'état des patients grâce à une évaluation gériatrique standardisée (EGS).

L'EGS permet d'avoir une évaluation globale du patient. Même si le médecin généraliste reste au cœur de la prise en charge et du suivi du patient, le caractère multidimensionnel de la fragilité nécessite une approche pluridisciplinaire. Si l'une des dimensions n'est pas évaluée alors l'évaluation gériatrique sera incomplète. Chaque sphère de la vie du patient doit être analysée et prise en compte (médicale, sociale, environnementale/familiale, économique, psychologique) par les professionnels qui échangeront et proposeront des actions pour le PPS. Cette EGS peut utiliser des outils tels que des échelles d'évaluation standardisées qui

permettent une compréhension uniforme par les soignants de la situation du patient (par exemple, Mini Mental State (MMSE) pour la cognition, Mini Nutritional Assesment (MNA) pour la dénutrition, time up and go pour la mobilité...).

Un référent pourra ensuite s'assurer de la mise en place et de la coordination du PPS. Il faut garantir que les actions de prévention ou d'adaptation viendront suppléer les recommandations de l'EGS. La désignation d'un référent est importante pour la personne âgée fragile comme pour l'équipe médico-sociale. Il sera l'interlocuteur privilégié de l'équipe coordonnée. Il est important d'obtenir l'adhésion du patient au PPS en l'ayant préalablement informé et le lui ayant clairement expliqué.

L'intérêt est « d'attirer l'attention sur des domaines jusque-là sous-estimés » (Dourlens 2008) tels que la dénutrition, la fatigue, la polymédication, la sédentarité ... afin de mettre en place des actions qui pourront compenser ou restaurer les aptitudes ou l'état de santé des personnes âgées.

Le Gérontopôle de Toulouse, en collaboration avec le département universitaire de médecine générale, a mis en place, le 20 septembre 2011, l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Son objectif est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles (CHU Toulouse 2012). L'équipe pluriprofessionnelle effectue, dans ses EGS, l'évaluation :

- Du domaine social et culturel : mode et conditions de vie, présence d'aidant, précarité,
- Des comorbidités : polyopathologies,
- Des traitements médicamenteux : polymédication, mésusage,
- Nutritionnelle : Indice de masse corporelle (IMC), courbe de poids, MNA,
- Cognitive : MMSE, tests mnésiques...
- Fonctionnelle et physique : évaluation de l'autonomie et des performances physiques : ADL (Activity of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
  - Thymique : Geriatric depression scale (GDS)
  - Sensorielle : audition et vision
  - Bucco-dentaire

Pour ces patients fragiles, souvent multimorbides, l'objectif du PPS n'est pas forcément d'obtenir la nette amélioration clinique ou la rémission des pathologies mais plutôt de parvenir à un état de stabilité qui vise l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée et la diminution des risques associés à la fragilité.

### **2.3. Vulnérabilité**

La vulnérabilité est un concept utilisé dans différents domaines tels que le domaine juridique (personnes mineures ou sous mesure de protection), socio-économique (précarité) ou médical.

Nous aborderons ici l'aspect médical de la vulnérabilité.

Selon Liendle, cadre de santé, «la vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité» (Liendle 2012).

La littérature fait état d'une dimension spécifique à la vulnérabilité qui est de ne pas savoir faire face à une situation.

Les concepts de fragilité et de vulnérabilité sont proches puisqu'ils dépendent de l'état du sujet mais ils se différencient par le fait que la fragilité est propre à l'individu (pathologie, âge, capacités mentales ou physiques...) alors que la vulnérabilité peut aussi dépendre d'une situation extérieure (hospitalisation, logement inadapté, manque de soutien humain...).

Rappelons que nous avons défini la fragilité par les 5 critères de Fried et les 5 dimensions de la fragilité qui sont directement liées aux capacités des individus. En revanche, dans la vulnérabilité, nous pouvons aussi trouver les notions de précarité, d'exclusion ou d'isolement. La fragilité peut aussi rendre une personne vulnérable aux événements ou aux situations. Par exemple, une fragilité physique (pathologie ou handicap) peut entraîner un isolement de la personne car les déplacements sont difficiles (difficultés à la marche, essoufflement...).

## 2.4. Qualité de vie

La qualité de vie (QDV) est un concept qui concerne l'ensemble d'un individu. Elle est multidimensionnelle mais aussi subjective puisque deux individus, ayant un environnement, des conditions de vie et un état de santé similaires, ne percevront pas leur QDV de la même manière.

Selon Calman, « La qualité de vie mesure la différence, ou l'écart, à une période de temps donnée entre les espoirs et les attentes de l'individu et les expériences présentes de cet individu. La qualité de vie ne peut être décrite que par l'individu et doit prendre en compte de nombreux aspects de la vie » (Calman 1984).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aborde différentes dimensions pour la définir : la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales et la relation aux éléments de l'environnement de la personne (HAS 2018).

Vouloir maintenir ou améliorer la qualité de vie d'un individu implique donc une prise en charge holiste et personnalisée. Afin d'en connaître son niveau, il est nécessaire de l'évaluer.

Il existe différentes techniques d'évaluation. Nous ne citerons pas une liste exhaustive mais voici quelques exemples fréquemment utilisés lorsqu'une recherche est réalisée sur l'évaluation de la qualité de vie :

- Le questionnaire standardisé tel que le SF-36, qui comporte 36 items répartis dans 8 dimensions, évalue l'état de santé et la santé perçue. Sa fiabilité a été validée en soins primaires (Brazier et al. 1992). Cependant, il reste orienté vers la santé du patient et n'aborde pas les aspects de la vie plus généraux.
- L'évaluation individuelle : le SEIQoL (The schedule for the evaluation of the individual quality of life) évalue la qualité de vie de manière plus large et n'est pas centré sur la pathologie. Il traite 8 dimensions et aborde les aspects de la vie quotidienne.
- L'entretien individuel permet de laisser le patient s'exprimer sur les thèmes qui ont le plus d'importance lorsque l'on aborde sa qualité de vie et pourra utiliser son propre vocabulaire. Les informations qui seront relevées seront plutôt qualitatives.

Lorsque le PPS est proposé, les actions qui seront mises en place doivent prendre en compte la QDV du patient afin de hiérarchiser les problèmes. Il faut évidemment tenir compte des urgences telles qu'un logement insalubre, un danger imminent lié à l'environnement ou encore un risque de décompenser rapidement d'une pathologie, mais le patient et ses besoins restent au centre de la prise en charge. Il existe des différences dans la perception de la QDV du patient entre les professionnels de santé et le patient lui-même. L'évaluation permet de faire émerger ces différences et donc de hiérarchiser ensemble les problèmes du point de vue du patient.

## **2.5. Parcours de soins et Coordination**

La mise en place de parcours de soins, évoquée dans la stratégie *Ma Santé 2022* (Ministères des solidarités et de la santé 2018), requiert la mise en place d'un exercice coordonné entre les professionnels de santé. L'HAS a publié des guides de parcours de soins concernant certaines pathologies (maladie rénale chronique, cardiopathie ischémique chronique, accident vasculaire cérébral, bronchopneumopathie chronique obstructive...). Ces guides restent centrés sur une approche biomédicale du patient et négligent la globalité (coexistence d'affections chroniques et aiguës) et la complexité (partage de la décision avec le patient, croyances du patient et données environnementales)

La coordination demande que les intervenants (sanitaires et sociaux) qui gravitent autour du patient s'organisent afin d'échanger les informations nécessaires au suivi. L'HAS définit la coordination en santé comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. » (HAS 2015). Il existe différents dispositifs de coordination : CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination), MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie), DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) ... Ceux-ci viennent soutenir les intervenants du parcours de soins du patient.

Néanmoins, les étapes du parcours de soins s'effectuent par les différents professionnels qui dépistent, diagnostiquent, traitent et suivent les patients atteints de maladies chroniques. A

chaque étape, la connaissance des ressources de chacun ainsi que la transmission d'information permettent d'éviter les ruptures de parcours et de prise en charge.

### **3. PROBLEMATIQUE**

La fragilité est un concept qui est étudié depuis plusieurs années. Grâce aux outils de repérage il est possible de la dépister, quelque-soit le mode d'exercice des professionnels ou le lieu de prise en charge des patients.

Le dépistage est accessible et réalisable en soins primaires et les professionnels de santé commencent à se l'approprier. Il existe des structures qui évaluent la fragilité et ses conséquences et qui mettent en place les actions correctives permettant un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Avec l'essor de la coordination en santé, les parcours de soins sont facilités et pourraient subir moins de ruptures. Cependant, malgré l'offre de soins proposée, il existe une résistance des patients concernés à admettre leur fragilité et à en tirer des conclusions sur les changements de comportements de santé recommandés.

#### **3.1. Problématique**

Afin de prévenir les glissements vers la dépendance chez les patients fragiles de plus de 65 ans vivant à domicile, quelles interventions peuvent être mises en place en soins primaires par les professionnels de santé, dont les infirmiers de pratique avancée, pour stabiliser ou inverser l'état de fragilité ?

#### **3.2. Objectif**

L'objectif principal de cette recherche est d'identifier les résistances à la prise en charge de la fragilité chez les patients qui ont été dépistés et à qui une prise en soins est proposée. Le but est la mise en œuvre d'interventions qui permettraient de lever ces freins.

### **3.3. Hypothèses**

- Les patients ne connaissent pas les critères de fragilité : perte de poids, diminution de la vitesse de marche, épuisement, faiblesse, diminution de l'activité physique.
- Ils n'ont pas le sentiment d'être écoutés par les professionnels de santé.
- Ils n'ont pas conscience des conséquences de leur fragilité en l'absence d'intervention.
- Ils ne savent pas vers quel professionnel de santé s'orienter.

## **4. METHODE**

### **4.1. Design**

Il s'agissait d'une étude qualitative avec une perspective positiviste par entretiens semi-dirigés auprès de patients ambulatoires suivis en médecine générale dont le recrutement a été raisonné.

Ce type d'étude a été choisi afin de comprendre les expériences et les besoins des patients ainsi que le phénomène de refus de prise en charge de leur fragilité (Kohn, Christiaens 2014).

### **4.2. Recrutement**

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir 65 ans ou plus
- Vivre au domicile
- Avoir au moins un critère de fragilité au GFST
- Être suivi en médecine générale

Les critères d'exclusion étaient :

- La présence de troubles cognitifs en raison des difficultés qu'ils engendrent à mener un entretien semi-dirigé
- Un score ADL inférieur ou égal à 4
- La présence d'une pathologie aiguë

Les patients éligibles ont été inclus de manière raisonnée au fur et à mesure de l'analyse des entretiens. Les inclusions ont été interrompues à suffisance de données.

Un accord a été demandé au médecin généraliste qui assure le suivi avant le recrutement de chaque patient. Un recueil de consentement oral après information des participants a été validé par le délégué à la protection des données (DPO) de l'UFR3S de l'Université de Lille.

Les entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2022.

### **4.3. Protocole**

Les entretiens ont été réalisés en face à face au domicile des patients à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 2) validé par mon directeur de mémoire.

Ils ont été enregistrés sur dictaphone et ont été transférés sur un logiciel crypté (Renee secure silo®).

Tous les enregistrements ont été transcrits *verbatim* au format open-office®. Les transcriptions étaient également transférées sur le même logiciel crypté. Après transcription, les enregistrements ont été détruits. Toutes les données ont été anonymisées par une numérotation des documents.

### **4.4. Analyse**

Le codage a été fait selon la méthode de la table longue dans un premier temps puis à l'aide du logiciel Nvivo (v.12) ® (QSR International, Melbourne, Australie) pour la suite de l'analyse. Le codage a été réalisé en double insu par deux investigateurs afin de limiter les biais de l'étude. Nous avons utilisé la méthode d'analyse décrite par Strauss et Corbin en 1990 (Fourboul 2012).

La première étape de l'analyse était un codage ouvert des transcriptions en relevant les nœuds (mots, locutions ou phrases ayant un sens) et en les classant par catégorie. La seconde étape de l'analyse a recherché les liens existant entre les catégories par un codage axial afin de les

classer par thématiques. L'étape suivante a été le codage sélectif qui a permis de relier les thématiques entre elles. La mise en commun des codages de chaque lecture a permis de vérifier leur pertinence.

## 5. RESULTATS

### 5.1. Caractéristiques de l'échantillon

Cinq entretiens ont été réalisés, la suffisance des données étant obtenue dès le 4<sup>e</sup> entretien. La durée moyenne des entretiens a été de 25 minutes.

Les caractéristiques des patients interviewés ont été répertoriées dans le Tableau 1.

L'âge médian des participants était de 85 ans pour des patients âgés de 75 à 96 ans. L'échantillon comportait trois femmes. Trois participants vivaient à l'étage sans ascenseur. Quatre interviewés avaient au moins un aidant identifié. Aucun ne bénéficiait d'aménagement pour personne à mobilité réduite (PMR) et chaque équipe de soins, comportait au moins un(e) infirmier(e) et un médecin généraliste.

**TABLEAU 1 : caractéristiques des patients**

interviewé	sexe	âge	habitat	logement	Aménagement PMR	aidant	Équipe de soins
P1	H	75	urbain	M-é	non	épouse	MG IDEL
P2	H	83	urbain	M-pp	non	non	MG IDEL MK AVS
P3	F	96	urbain	A-aa	non	Voisine Nièce	MG IDEL AVS
P4	F	88	urbain	A-aa	non	enfants	MG IDEL AVS
P5	F	84	urbain	A-sa	non	amie	MG IDEL

Légende : P1 à P5 : Patient 1 à patient 5 ; H : Homme ; F : Femme ; M-é : Maison à étage ; M-pp : Maison plein pied ; A-aa : Appartement avec ascenseur ; A-sa : Appartement sans

ascenseur ; MG : Médecin généraliste ; IDEL : Infirmier(e) diplômé(e) d'état libéral(e) ; MK : Masseur kinésithérapeute ; AVS : Auxiliaire de vie sociale.

## **5.2. Thématiques et catégories**

5 grandes thématiques sont ressorties de l'analyse :

- Les représentations de la fragilité
- Les moyens mis en place pour la prise en charge de la fragilité
- La communication à propos des difficultés rencontrées
- Le comportement des patients interviewés vis à vis de leur fragilité
- Les sentiments générés par l'état de fragilité

Un diagramme hiérarchique (annexe 3), créé à l'aide du logiciel Nvivo®, permet de visualiser rapidement la fréquence des catégories et thématiques avant de faire les liens entre chaque.

La dimension de chaque case correspond à la fréquence des expressions des patients qui leur sont liées.

On peut constater que les représentations de la fragilité étaient nombreuses et que les sentiments créés par un état de fragilité étaient plutôt péjoratifs. On peut facilement visualiser que le déni et la résignation prenaient une part importante dans le comportement des patients mais aussi qu'ils communiquaient peu à propos de leurs difficultés. Enfin, on constate que la mise en place des moyens dans la prise en charge de la fragilité dépendait de différents facteurs (sociaux, comportementaux, humains, techniques, environnementaux).

## **6. ANALYSE**

### **6.1. Les représentations de la fragilité**

Les notions étaient diverses et variées et on retrouvait des éléments qui correspondaient à la définition de la fragilité décrite dans la littérature telle que sa réversibilité.

*P5 : Quand il y a un certain temps que je suis dans la mouise comme ça, physiquement, je pense à après peut-être...Alors là, je vais me régaler quand je vais nettoyer, faire mes poussières, faire mes machins.*

*P2 : Non, non, maintenant il n'est plus fragile.*

Les participants décrivaient l'état de robustesse qui précède la fragilité et l'hétérogénéité du vieillissement.

*P5 : Je suis diminué, fortement, par rapport à ce que j'étais il y a quelques temps.*

*P2 : Avant, on était vaillant.*

*P4 : Il y en a qui sont plus costauds.*

La présence d'une pathologie chronique ou neurodégénérative favorisait l'apparition de la fragilité tout comme l'âge avancé et impliquait différents types de fragilité (physique, économique, morale) qui entraînait un isolement.

*P4 : Comme celui qui a des AVC.*

*P1 : Parkinson, Alzheimer... Toutes ces maladies qui dégènèrent.*

*P3 : Fragile, c'est vu mon âge, ça, que je suis fragile... C'est ça qu'il y a... 96 ans bientôt.*

*P4 : Ha peut-être, en ce moment, je suis un peu fatiguée avec cette tension.*

*P2 : Pécunier aussi.*

*P5 : Si on se sent diminué physiquement, le moral, il en prend un coup aussi.*

*P2 : On ne voit plus personne.*

La notion d'incapacité revenait souvent dans le discours de chaque participant, qu'ils reconnaissent ou non qu'ils étaient fragiles.

*P1 : ne pas pouvoir faire les choses que je souhaite*

*P2 : je ne peux plus faire ce que je veux*

*P5 : Du fait que je ne peux plus laver par terre*

Cependant, il existait des représentations erronées dans le discours des participants. Pour l'un d'entre eux, la fragilité était irréversible et était un phénomène qui évoluait inévitablement de manière défavorable.

*P1 : je suis dans une situation qui se dégrade tout doucement.*

*P1 : Hélas, irréversible.*

*P1 : la fragilité est intervenue et puis ne peut que s'accroître.*

Pour une autre patiente, dire que l'on est fragile était synonyme d'auto-apitoiement.

*P4 : c'est quelqu'un qui s'écoute beaucoup*

*P4 : C'est à dire pour pas être fragile, il ne faut pas s'écouter, pour commencer.*

## **6.2. Les comportements adoptés par les patients face à leur état de fragilité**

La construction d'une définition biaisée de la fragilité ne leur permettait pas toujours de se considérer comme fragile. Ils adoptaient alors des comportements adaptés à leur représentations mais qui étaient des freins pour la prise en charge. Le déni était l'attitude la plus fréquente dans cette étude.

*P1 : Je ne suis pas vraiment à plaindre.*

*P3 : Fragile, bah non, non... ça suit son cours, c'est tout.*

*P4 : Je ne me suis jamais senti fragile.*

Malgré ce déni de l'état de fragilité, il existait une résignation face à la situation.

*P1 : Prendre conscience que c'est comme ça et puis c'est tout.*

*P2 : Je suis bien obligé.*

*P3 : Je ne sais pas ce que je peux espérer à 96 ans ! Plus grand chose.*

*P4 : J'ai eu une belle vie, je ne me plains pas.*

L'acceptation de leur situation était un mécanisme d'adaptation qui permettait de faire face aux difficultés. Néanmoins ces adaptations étaient synonymes d'abandon des habitudes ou des plaisirs.

*P3 : Je continue à vivre comme ça. Avec les moyens du bord.*

*P4 : Mais j'essaye toujours de me débrouiller tout seul.*

*P1 : J'annule, je ne fais pas ce que je devrais faire.*

Pour les patients qui concevaient la réversibilité de la fragilité, on observait un phénomène d'intention ou de volonté.

*P5 : c'est là que j'ai demandé à avoir un papier pour avoir quelqu'un pour m'aider à nettoyer.*

*P3 : j'ai beaucoup de volonté pour m'en sortir.*

### 6.3. Les moyens mis en place chez les patients interviewés

Il existait des freins à la mise en place des actions préventives ou palliatives de la fragilité pour différentes raisons.

Tout d'abord, pour la majorité des participants, des proches s'étaient positionnés en tant qu'aidants. Ils assuraient des tâches qui étaient difficiles pour les patients. Il y avait donc déjà un système installé qui leur paraissait souvent suffisant.

*P1 : Tout repose sur mon épouse qui doit prendre en charge mes difficultés.*

*P3 : Ma voisine est très gentille, elle me fait toutes mes courses.*

*P4 : Mes gosses ont mes papiers, ils s'occupent de mes papiers.*

*P5 : Heureusement que j'ai mon amie, là.*

Malgré l'existence d'une équipe de soins primaires, qui se composait au minimum d'un médecin généraliste et d'un(e) infirmier(e) capables de détecter les caractéristiques fragiles de leurs patients, les moyens qui auraient pu être mis en place pour prendre en charge la fragilité restaient mal connus.

*P1 : Un docteur m'a demandé si je voulais être aidé par un professionnel.*

*P1 : Les moyens... Pour l'instant, je ne vois pas vraiment.*

*P2 : Je ne vois pas comment.*

*P4 : Pourquoi j'irais me plaindre ? Il n'y a personne qui va prendre mes soucis.*

Enfin, Ils étaient souvent refusés par les patients soit parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin, soit parce que leur mise en place nécessitait d'avoir préalablement créé une relation de confiance ou d'avoir une attitude qui inspirait la sympathie au patient. Il fallait ajouter qu'ils engendraient un changement dans les habitudes des patients qui semblait mal perçus.

*P1 : Pour le moment, je n'en trouve pas le besoin.*

*P5 : Et puis je ne voudrais pas que ça soit une et puis le lendemain l'autre et le coup d'après ça serait une autre.*

*P5 : Garder mes habitudes mais en confiance.*

#### **6.4. La manière dont communiquaient les patients à propos de leur fragilité**

Il apparaissait que les patients interviewés parlaient peu des difficultés qu'ils affrontaient lorsqu'ils étaient fragiles.

*P1 : Je n'en parle pas, en fait.*

*P3 : Et si j'avais mal, je ne le dirais pas, je le garderais pour moi.*

*P4 : Je ne me confie pas, à personne.*

Cependant, lorsqu'ils abordaient des problématiques, c'était avec leurs proches qu'ils en parlaient.

*P1 : Mon fils et ma famille.*

*P2 : J'en parle à personne, il n'y a que ma femme.*

*P4 : L'autre jour, mon fils me disait « Tu ne peux pas continuer comme ça ! »*

Il existait différents mécanismes qui empêchaient les patients de parler de leur fragilité. Ils assimilaient cela à une plainte. Leur éducation et leur mode de vie leur avaient appris à avoir une mauvaise perception de la plainte.

*P3 : Je ne peux pas parler de tout ça parce que je ne me plains jamais.*

*P4 : Je ne me plains jamais à personne.*

*P2 : J'ai toujours appris à... Ne pas me confier pour n'importe quoi... J'ai toujours été comme ça.*

*P4 : Je n'ai pas eu l'habitude, vous savez. Avec ça, j'ai été élevé à la dure. Je n'avais pas le droit de me plaindre.*

*P5 : J'ai toujours tout fait par moi-même. J'ai élevé mes enfants toute seule... J'avais un magasin, donc c'était... Je faisais tout, lavage, repassage... tout.*

Un isolement pouvait également être à l'origine de cette carence dans la communication. En effet, les patients ne parlaient pas de leur fragilité car ils ne savaient pas à qui s'adresser.

*P1 : Nous avons peu de contact vers l'extérieur.*

*P5 : J'ai personne d'autre.*

## 6.5. Les sentiments des patients vis à vis de leur fragilité

Il y avait un sentiment de satisfaction lorsqu'il y avait des moyens mis en place pour pallier leurs difficultés ou envers l'équipe de soins qui les entourait.

*P1 : c'est toujours le même médecin traitant qui remonte à très loin et j'en ai été satisfait.*

*P3 : Ce que j'ai, je trouve que c'est très bien, d'abord. Je n'ai pas à me plaindre... Pas du tout.*

*P4 : Ha, ils s'occupent bien de moi, je ne suis pas abandonnée. C'est pour ça, je n'ai rien à me plaindre.*

*P5 : Vous voyez, le docteur, je l'adore ! L'infirmier, je l'adore !*

Ils étaient pourtant majoritairement négatifs. Cette fragilité et ce qu'elle engendre faisait peur et renvoyait vers un sentiment d'impuissance et de frustration ;

*P1 : Toute une vie qui s'effondre.*

*P2 : Alors c'est ça qui me contrarie beaucoup aussi*

*P2 : Je préférerais le faire moi-même.*

*P5 : C'est pour ça que je reculais, je reculais avant de prendre quelqu'un.*

Ces sentiments péjoratifs ne favorisaient pas l'acceptation des aides et moyens qui auraient pu être mis en place. Ils représentaient un frein supplémentaire. Les participants se sentaient coupables des répercussions sur leur entourage et étaient attristés par leur état.

*P1 : Elle-même étant en santé fragile... donc moi, je me sens un peu responsable.*

*P2 : J'aimais mieux faire... Donner un coup de main à ma femme que de... D'être assisté comme ça... Oui.*

*P5 : ça me sape le moral.*

## 7. DISCUSSION

Cette recherche a permis d'identifier les représentations des patients et de déterminer certains freins à la prise en charge de la fragilité.

Un manque d'informations concernant la fragilité, ses mécanismes, ses risques et ses possibilités de prise en charge est à l'origine des représentations que les personnes âgées s'en font. De plus l'image altérée, que leur fragilité leur renvoie, provoque une perturbation de l'estime de soi. Ceci entraîne un déni de leur état et un sentiment de frustration qui les empêche de parler de leurs difficultés. Ce déni les empêche d'avoir conscience des conséquences que pourrait avoir leur fragilité en l'absence d'intervention.

Néanmoins, la confiance qu'ils portent envers leurs aidants et leur équipe de soins peut être un point d'appui pour lever ces freins. Ils doivent être attentifs aux signes de fragilité et les soignants peuvent apporter une éducation à la santé en s'appuyant sur une relation soignant-soigné de qualité.

### **7.1. Limites de l'étude**

Cette étude n'a inclus que peu de participants. Ce faible échantillon ne peut donc pas être représentatif des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population générale française. Une étude qualitative ne cherche pas la représentativité, mais à faire émerger le plus de croyances représentations en rapport avec le sujet traité.

Les participants vivent tous en milieu urbain. Il n'a donc pas été possible de recueillir les sentiments et les besoins des populations en milieu rural qui auraient pu être différents et apporter de nouvelles informations.

Il aurait été intéressant de mener des entretiens avec les aidants afin d'obtenir une vision d'ensemble de la fragilité de leur proche qui les concerne également. Lors d'échanges informels avec certains aidants des personnes interviewées, il est apparu que certaines informations n'ont pas été relevées en particulier concernant l'offre de soins qui a pu être proposée ainsi que l'acceptation ou le refus de prise en charge qui se répercutait sur la charge mentale ou la charge de travail de ces aidants.

Les risques de biais d'interprétation de l'enquêteur, liés à ses représentations provenant de son expérience professionnelle, ont été réduits par une analyse en double insu par deux investigateurs.

L'enregistrement des entretiens a pu éviter la prise de note et a favorisé le dialogue. Lors de la retranscription, tous les propos ont pu être notés sans perte d'information.

Les participants ont pu être à l'aise dans leur environnement au cours des entretiens menés au domicile ce qui a facilité les échanges.

Les entretiens ont libéré la parole des patients qui ont apprécié que l'on soit à l'écoute de leur opinion.

## **7.2. Résistances et freins à la prise en charge de la fragilité**

### **7.2.1 Le manque d'informations**

Si les caractéristiques de la fragilité ne sont pas bien connues des professionnels de santé, on constate qu'elles le sont encore moins chez les personnes âgées. La fragilité est un processus lent et fluctuant. Elle n'apparaît pas comme une pathologie aiguë et s'installe insidieusement, de manière à ce qu'on ne la cerne pas clairement dès les premiers signes. Il est difficile, pour les personnes âgées, de s'en faire une image nette et de l'identifier.

Certaines connaissances existent mais il y a également des représentations erronées. Ces dernières entraînent des comportements qui freinent la prise charge. Ainsi, cette fragilité, pourtant réversible, apparaît comme une fatalité irrévocable qui effraye. Le vieillissement a eu mauvaise presse pendant longtemps à cause des conséquences qu'on lui attribuait (sénilité, maladies, dépendance...). Aujourd'hui, il est possible de bien vieillir. Jean-Pierre Aquino explique que *« la dépendance ne doit pas être considérée comme une fatalité étroitement liée à la vieillesse, mais comme une situation résultant d'une ou plusieurs maladies dont certaines peuvent être prévenues efficacement »* (Aquino 2007).

Il semble donc nécessaire d'apporter des informations sur la différence entre le vieillissement physiologique et le vieillissement pathologique et d'expliquer que la prévention de la fragilité et l'accompagnement de celle-ci peut favoriser un vieillissement réussi.

### 7.2.2 Les comportements de santé

Les personnes fragiles peuvent adopter des comportements ayant une réponse inadaptée aux menaces qu'entraînent la fragilité sur leur santé : Ils peuvent refuser de mettre en place les moyens qui leur sont proposés car ceux-ci risquent de modifier leurs habitudes de vie. Le déni et la résignation influencent la perception de leur vulnérabilité et de la potentielle gravité de leur situation.

Selon le Health Belief Model (annexe 4) ou Modèle de croyance en Santé (Rosenstock, 1974 ; Becker, 1975), c'est en influençant la perception des bénéfices de la prise en soins de la fragilité (diminution des risques) et la perception des obstacles à sa mise en place (changement dans les habitudes de vie) que l'on peut modifier la probabilité d'adopter l'action recommandée (acceptation des moyens). Les professionnels de santé peuvent se positionner, dans ce schéma, comme inducteur d'action pour aider la personne âgée à percevoir la menace due à sa fragilité.

Le déni est un mécanisme de défense qui leur permet de faire face à leurs difficultés (Chabrol 2005) comme la fatigue ou les déplacements qui deviennent plus longs et provoquent des incapacités. Les entretiens et la communication permettent de détecter ses mécanismes afin de mieux comprendre le refus de dépistage, de suivi et d'accompagnement de la fragilité de ces patients. Le vieillissement implique des modifications dans l'identité de la personne âgée (Joulain 2011). Ce qu'il est et ce qu'il fait (ses capacités) évolue avec l'âge. Ce processus implique un phénomène d'acceptation qui peut être difficile.

La résignation représente une stratégie d'adaptation qui permet, aux personnes âgées d'accepter le vieillissement. Elle rappelle le concept de la déprise dans le vieillissement, défini en 1999, par les sociologues S. Clément et J. Montovani (Meidani, Cavalli 2018). Cette acceptation doit se faire en tenant compte des pertes et des diminutions mais également en accueillant les apports et les gains afin de ne pas devenir une « déprise ultime » (Meidani, Cavalli 2018). Le but étant, pour les professionnels de santé, de pallier les défaillances comme la fatigue ou la diminution du périmètre de marche.

### 7.2.3 L'estime de soi, les causes sociales et l'environnement familial

La diminution des réserves physiologiques entraîne des déficits (sensoriels, physiques, mnésiques...) qui provoquent des sentiments péjoratifs tels que l'impuissance face à la situation ou la frustration de ne pas pouvoir faire. La perception négative de l'état de santé et des incapacités due à l'âge engendre des perturbations dans l'estime de soi et cause une vulnérabilité psychologique. La valorisation qui passe par la modification des perceptions sociales et de la perception de la santé permet d'inverser la tendance et valoriser l'estime de soi (Macia, Chapuis-Lucciani, Boëtsch 2007).

L'éducation et le modèle familial ont un rôle important dans la reconnaissance de la fragilité. Les critères du concept de fragilité ne sont reconnus qu'en fonction des attributs qui lui ont été donnés tout au long de la vie (la plainte, la dépendance dans le cas de nos participants). L'intégration de l'entretien thérapeutique du patient (ETP) dans le suivi de la personne fragile permet de sensibiliser et d'informer sur les critères et la prise en soins de la fragilité mais aussi de créer une alliance thérapeutique qui développe ainsi l'implication du patient dans sa prise en soins nécessaire à l'acceptation de la mise en place d'actions (HAS 2015).

De plus, l'isolement (familial notamment) des patients doit interpeller les professionnels de santé qui doivent avoir une surveillance accrue sur les signes de fragilité et les besoins de ces personnes.

La communication du patient à propos de son état de fragilité peut être entravée par ces différentes dimensions, il est donc important d'apporter une éducation à la santé qui aurait une approche constructiviste telle que la décrit le psychologue Jean Piaget (Piaget 1974).

### 7.2.4 La méconnaissance des moyens

Il existe des moyens humains (services d'aides à la personne), techniques (matériel médical) et financiers (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour soutenir la personne âgée fragile et permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible. Néanmoins, ils ne sont pas toujours connus des patients. Le dépistage de la fragilité et de ses caractéristiques, propres à chaque patient, permet d'informer sur les possibilités qui lui sont offertes. La

pluridisciplinarité et le lien entre les services médicaux et sociaux sont là pour diffuser l'information.

### **7.3 Les leviers à activer**

Bien qu'il existe des actions à mettre en place concernant les freins au dépistage et au suivi de la fragilité telles que l'ETP, cité précédemment, il est également possible de s'appuyer sur les leviers déjà présents dans le comportement et l'environnement des personnes âgées.

#### **7.3.1 La relation soignant-soigné**

Les patients, qui ont déjà une équipe de soins primaire qui les suit (au minimum médecin généraliste et infirmier(e) pour nos participants), ont confiance dans les professionnels de santé qui les entourent.

Marie Françoise Collière nous enseigne que la relation soignant-soigné ne doit pas être seulement un moyen de récolter des informations mais elle peut être un outil pour réaliser un plan de soins personnalisé si ces informations sont prises en compte (Collière 2002).

La relation soignant-soigné rassure le patient, rompt l'isolement, peut améliorer sa qualité de vie et l'aide souvent à mieux connaître sa maladie (ou son état de santé) et sa prise en charge. Pour les soignants, elle permet de connaître le patient dans sa globalité, améliore la prise en soin et facilite souvent les soins grâce à l'adhésion du patient. Enfin, elle permet à tous de prendre les décisions en lien avec la prise en soin.

#### **7.3.2 Les aidants**

Bien que tous les participants n'aient pas d'aidant identifié, lorsqu'il existe, c'est vers celui-ci que le patient se tourne, le plus souvent, pour parler de ses difficultés. Grâce à sa présence, il peut également les constater.

Les personnes aidées ont toute confiance en eux et, par conséquent, leur rôle ne se limite pas à des tâches ménagères ou de soins mais il consiste également en un soutien moral,

organisationnel ou encore administratif. Les difficultés des personnes âgées fragiles ont un impact important sur la charge mentale et la charge de travail de leur(s) aidant(s). Elles sont conscientes des implications et acceptent plus facilement la mise en place d'actions si elles permettent de soulager leur proche.

Les professionnels de santé peuvent se tourner vers ces derniers en ce qui concerne le repérage de la fragilité puisqu'ils sont observateurs et confidents. Ils peuvent aussi s'appuyer sur ces aidants afin de faire passer des messages auprès des personnes fragiles.

Néanmoins, ils doivent avoir un regard sur le risque d'épuisement qui leur incombe et savoir les accompagner pour éviter toute rupture dans la relation et le parcours.

### 7.3.3 Comportements de santé

Certains participants acceptent leur état de fragilité. Ce processus d'acceptation, qui ne s'assimile pas à la résignation, rend capable l'individu de percevoir sa fragilité et les risques qu'elle entraîne. On peut aussi constater qu'il existe un sentiment de satisfaction lors de la mise en place d'aides chez les participants. Ils trouvent donc un bénéfice à cette action.

Selon la Protection Motivation Theory (annexe5) ou Théorie de la motivation à se protéger (Rogers, 1983; Rippetoe et Rogers, 1987), il est nécessaire que le bénéfice de la mise en place des moyens (satisfaction des aides humaines, techniques...) soit plus important que le coût ressenti par les patients (changements des habitudes, coût financier...). En parallèle, la perception de la fragilité (risques de chutes, de dénutrition...) doit être supérieure au bénéfice de la réponse non adaptative du patient (refus d'aide ou de soutien). C'est à ces conditions que la personne âgée fragile trouvera la motivation à se protéger et pourra accepter les actions et moyens proposés pour l'accompagner.

## **7.4 Perspectives pour l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en soins primaires**

L'OMS et le Fonds de Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) proposent cette définition des soins primaires : « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le

plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (OMS 2021).

Les caractéristiques de l'IPA correspondent aux objectifs donnés aux soins primaires. En effet, parmi les compétences attribuées aux IPA (Ministère des solidarités et de la santé 2018), on retrouve la prévention, le dépistage ainsi que la promotion de la santé qui font partie intégrante du suivi de la fragilité. C'est d'ailleurs ce qui initie ce parcours de soins. L'intervention de l'IPA en ville (en cabinet ou au domicile) est un atout pour garder la proximité entre le patient et son environnement et ainsi avoir une vision globale assez précise du parcours de vie dans lequel s'insèrent les parcours de santé et de soins.

Le conseil international des infirmiers (CII) indique que « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer » (Ministère des solidarités et de la santé 2018).

Cette définition amène l'IPA à évoluer dans différents domaines de compétences (clinique, conseil, recherche, leadership et formation) qui lui permettent de pouvoir intervenir à tous les niveaux du parcours des patients, dont le médecin lui aura confié le suivi, mais également auprès de l'entourage de celui-ci qu'il soit professionnel ou entourage proche (Manly et al. 2018).

Les connaissances acquises par l'IPA, dans le cadre de sa formation mais aussi grâce à son expérience professionnelle, lui donnent les moyens de réaliser une évaluation gériatrique : L'utilisation d'outils validés, l'examen clinique et les examens complémentaires lui permettent de recueillir et d'interpréter les données (Ministère des solidarités et de la santé 2018) qui peuvent être utilisées dans le cadre d'une réflexion sur un plan de soin par l'équipe soignante et lui permettront d'orienter le patient vers les professionnels de santé ou du social ayant les compétences pour répondre aux problématiques.

La fragilité est une combinaison de facteurs qui complexifie le suivi et nécessite une coordination entre tous les professionnels. La collaboration de l'IPA avec tous les professionnels et ses interventions auprès de la personne âgée fragile lui permettent de se positionner comme personne ressource dans le parcours de soins autant pour le patient que pour les professionnels de santé.

Enfin, son rôle dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles pourra favoriser la sensibilisation des professionnels de santé concernant le repérage et le suivi de la fragilité.

## CONCLUSION

La fragilité, qu'elle soit considérée comme un risque, un syndrome ou un diagnostic clinique, nécessite un repérage et un suivi grâce à des actions de préventions qui ont pour objectif de la rendre réversible. Les personnes souhaitent, le plus souvent, vivre au domicile où ils sont accompagnés par une équipe de soins primaires. Des outils de repérages existent et des établissements proposent des prises en charge afin d'intervenir sur cette fragilité et favoriser le maintien à domicile. Cependant, il existe des freins à la mise en place d'actions comme la résistance des patients à reconnaître leur fragilité et à accepter les recommandations médicales s'y rapportant.

Les freins que nous avons pu identifier sont le manque de connaissances, la diminution de l'estime de soi et les comportements de santé inadaptés.

Les connaissances et les représentations erronées ainsi que la méconnaissance des moyens qu'ont les personnes âgées à propos de leur fragilité pourraient être corrigées grâce à une éducation à la santé que peuvent apporter les professionnels. Il est important qu'une relation soignant/soigné de qualité soit instaurée car elle permettra de faciliter l'adhésion des patients dans leur parcours de santé tout en améliorant l'estime de soi chez la personne âgée et influera les comportements de santé de celle-ci. Les aidants sont un soutien pour les patients et une source d'informations pour les professionnels de santé, il sera donc nécessaire de les inclure dans le suivi tout en évaluant leur risque d'épuisement. Prévenir la fragilité commence avant le repérage de cette dernière. Cette prévention doit se faire avant même l'arrivée des signes en informant, en sensibilisant et en écoutant.

L'IPA a un rôle à jouer aussi bien comme acteur du parcours de la personne âgée mais aussi comme personne ressource pour les aidants, les soignants et bien évidemment les patients.

Le regard que je porte aujourd'hui sur la fragilité est le fruit d'un travail qui a commencé avant ma formation d'IPA, mais qui s'est affûté au fil des stages et des rencontres de ces deux dernières années. L'écriture de ce mémoire et toutes les rencontres, les recherches et lectures qui y ont été nécessaire, ne manqueront pas d'influencer ma pratique en tant que future IPA.

## BIBLIOGRAPHIE

AQUINO, Jean-Pierre, 2007. Ageing : From a « faulty » model to an « ontological » one. *Gerontologie et societe*. 2007. Vol. 30123, n° 4, pp. 13-29.

BERTILLOT, Hugo et BLOCH, Marie-Aline, 2016. When the « frailty » of the elderly becomes a motive for public policy. *Revue française des affaires sociales*. 2016. N° 4, pp. 107-128.

BRAZIER, J. E., HARPER, R., JONES, N. M., O'CATHAIN, A., THOMAS, K. J., USHERWOOD, T. et WESTLAKE, L., 1992. Validating the SF-36 health survey questionnaire : new outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*. 18 juillet 1992. Vol. 305, n° 6846, pp. 160-164. DOI 10.1136/bmj.305.6846.160.

CALMAN, K. C., 1984. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. Septembre 1984. Vol. 10, n° 3, pp. 124-127. DOI 10.1136/jme.10.3.124.

CHABROL, Henri, 2005. Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*. 2005. Vol. 82, n° 3, pp. 31-42.

CHU TOULOUSE, 2012. Hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. [en ligne]. 2012. [Consulté le 11 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.chu-toulouse.fr/hopital-de-jour-d-evaluation-des-fragilites-et-de-prevention-de-la-dependance>

CLIC COEUR DE MÉTROPOLE, 2014. Le refus d'aide des personnes âgées à domicile : comment y faire face ? *Centre Local d'Information et de Coordination*. [en ligne]. 2014. [Consulté le 7 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://clicrelaisautonomie-cdm.fr/guides/>

COLLIÈRE, Marie-Françoise, 2002. Courant de revalorisation de la relation soignant-soigné. In : *Promouvoir la vie*. Masson. Paris : InterEditions. pp. 151-170. ISBN 2-225-83684-1.

DOURLENS, Christine, 2008. Les usages de la fragilité dans le champ de la santé. *Alter*. Avril 2008. Vol. 2, n° 2, pp. 156-178. DOI 10.1016/j.alter.2008.03.004.

FOURBOUL, Catherine Voynnet, 2012. Abstract. *Revue internationale de psychosociologie*. 3 janvier 2012. N° 44, pp. 71-88.

FRIED, L. P., TANGEN, C. M., WALSTON, J., NEWMAN, A. B., HIRSCH, C., GOTTDIENER, J., SEEMAN, T., TRACY, R., KOP, W. J., BURKE, G. et MCBURNIE, M. A., 2001. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001. Vol. 56, n° 3, pp. M146-M157. DOI 10.1093/gerona/56.3.M146.

GUILLEY, Edith, ARMI, Franca, GHISLETTA, Paolo, LALIVE D'EPINAY, Christian et MICHEL, jean-pierre, 2003. Toward a working definition of frailty. *Medecine et Hygiene*. 19 novembre 2003. Vol. 61, pp. 2256-2261.

HAS, 2013. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? *Haute Autorité de Santé*. [en ligne]. Mai 2013. [Consulté le 5 décembre 2021]. Disponible à l'adresse :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)

HAS, 2015. Guide méthodologique - Fiches points clés, organisation des parcours. *Haute Autorité de Santé*. [en ligne]. Mai 2015. [Consulté le 21 mai 2022]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718270/fr/guide-methodologique-fiches-points-cles-organisation-des-parcours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718270/fr/guide-methodologique-fiches-points-cles-organisation-des-parcours)

HAS, 2015. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. *Haute Autorité de Santé*. [en ligne]. Mai 2015. [Consulté le 14 mai 2022]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

HAS, 2018. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. *Haute Autorité de Santé*. [en ligne]. Novembre 2018. [Consulté le 14 février 2022]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie)

INSEE, 2018. État de santé et dépendance des seniors – France, portrait social | Insee. [en ligne]. 2018. [Consulté le 15 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226&q=ALD>

INSEE, 2020. État de santé de la population – France, portrait social | Insee. [en ligne]. 2020. [Consulté le 10 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432473?sommaire=5435421&q=EVSI>

INSEE, 2020. Près de 110 000 seniors dépendants en plus d'ici 2050 - Insee Analyses Hauts-de-France -. [en ligne]. Novembre 2020. [Consulté le 6 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4806037>

INSEE, 2021. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881. [en ligne]. Novembre 2021. [Consulté le 4 décembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>

JOULAIN, Michelle, 2011. *L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales*. [en ligne]. Érès. [Consulté le 14 mai 2022]. ISBN 978-2-7492-1473-3. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/proteger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-17.htm>

KOHN, Laurence et CHRISTIAENS, Wendy, 2014. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014. N° 4, pp. 67-82.

LIENDLE, Marie, 2012. *Vulnérabilité*. [en ligne]. Association de Recherche en Soins Infirmiers. [Consulté le 11 février 2022]. ISBN 978-2-9533311-3-4. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm>

MACIA, Enguerran, CHAPUIS-LUCCIANI, Nicole et BOËTSCH, Gilles, 2007. Age stereotypes, self-esteem and self-rated health. *Sciences sociales et sante*. 2007. Vol. 25, n° 3, pp. 79-106.

MANLY, Kokoua Emma, AUIPAIS, Camille, FLORIOT, Ariane, NOVIC, Martine et JOVIC, Ljiljana, 2018. Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative. *Recherche en soins infirmiers*. 2018. Vol. N° 135, n° 4, pp. 60. DOI 10.3917/rsi.135.0060.

MARTIN-KLEISCH, A., DRAME, M. et ZULFIQAR, A.A., 2019. Faisabilité de l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus en médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Mai 2019. Vol. 67, n° 3, pp. 169-174. DOI 10.1016/j.respe.2019.01.122.

MEIDANI, Anastasia et CAVALLI, Stefano, 2018. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gerontologie et societe*. 8 mars 2018. Vol. 40155, n° 1, pp. 9-23.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2018. *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée*. 18 juillet 2018.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2018. L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. Juillet 2018. [Consulté le 15 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2019. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie - Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. Mars 2019. [Consulté le 26 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

MINISTÈRES DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2018. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. Septembre 2018. [Consulté le 16 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

OMS, 2021. Soins de santé primaires. [en ligne]. Avril 2021. [Consulté le 16 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

PIAGET, Jean, 1974. *Définition du constructivisme selon Piaget* - [en ligne]. 1974. [Consulté le 17 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.bing.com/videos/search?q=th%3a9orie+constructiviste+piaget&&view=detail&mid=D005F41EED421B7C8C5FD005F41EED421B7C8C5F&&FORM=VRDGAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3Dth%25C3%25A9orie%2520constructiviste%2520piaget%26%26FORM%3DVEDVXX>

SIRVEN, Nicolas, 2014. Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE. 2014. pp. 20.

TRIVALLE, Christophe, 2016. *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*. 3e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. Abrégés. ISBN 978-2-294-74614-7.

## **GLOSSAIRE**

ADL : Activity of Daily Living

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

CII : Conseil International des Infirmiers

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNPG : Conseil National Professionnel de Gériatrie

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

ETP : Entretien Thérapeutique du Patient

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MMSE : Mini Mental State

MNA : Mini Nutritional Assesment

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PPS : Plan Personnalisé de Soins

QDV : Qualité De Vie

SEIQoL : Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life

UNICEF : Fonds de Nations Unies pour l'Enfance

## ANNEXE 1

# GRILLE DE REPERAGE DE LA FRAGILITE ETABLIE PAR LE GERONTOPÔLE DE TOULOUSE

Personne à prévenir pour le RDV :  
Nom :  
Lien de parenté :  
Tél :  
Nom du médecin traitant :  
Tél :  
Email :  
Nom du médecin prescripteur :  
Tél :



Informations patient  
Nom :  
Nom de jeune fille :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Tél :  
Adresse :

## PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

*Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.*

REPÉRAGE			
	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"/>
Votre 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 répondu 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 hospitalisation de jour :  OUI  NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b><i>Pour la prise de rendez-vous :</i></b>	
Contacter par e-mail : <a href="mailto:geriatga.evalide@chu-toulouse.fr">geriatga.evalide@chu-toulouse.fr</a>	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

## **ANNEXE 2**

### GUIDE D'ENTRETIEN

1- Que représente pour vous la fragilité ?

2- Vous sentez-vous fragile ? à quel moment ?

3- Quelles difficultés éprouvez-vous éventuellement à considérer/reconnaître que vous pourriez-être fragile ?

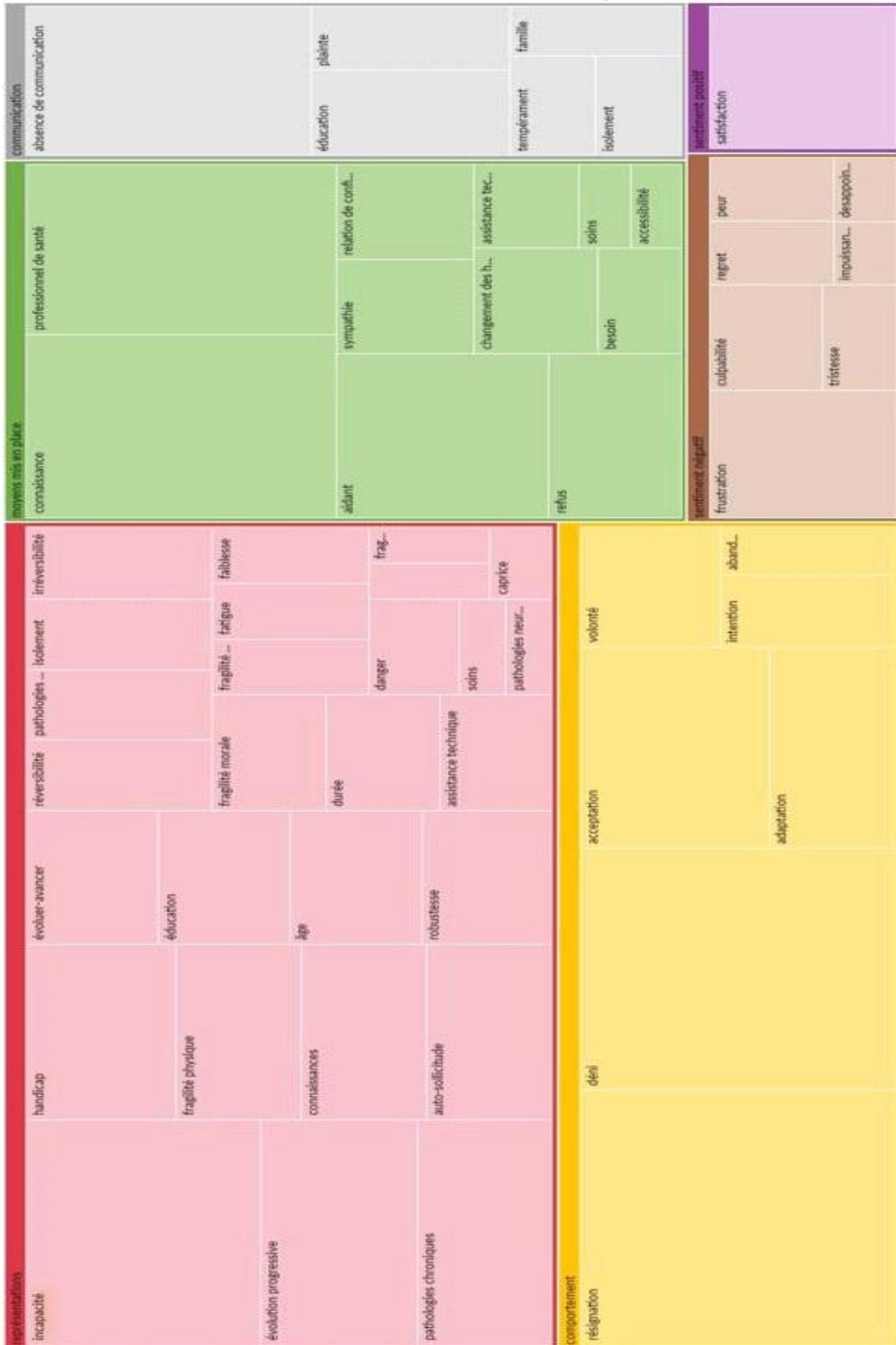
4- Lorsque vous avez des difficultés dans la vie de tous les jours, qu'elles soient d'ordre physiques, psychologiques, économiques, sociales ou environnementales, à qui en parlez-vous ?

5- Quels moyens ont été mis en place pour vous aider et vous soutenir ; comment les acceptez-vous ?

6- Qu'aurez-vous souhaité que l'on mette en place pour vous aider ?

# ANNEXE 3

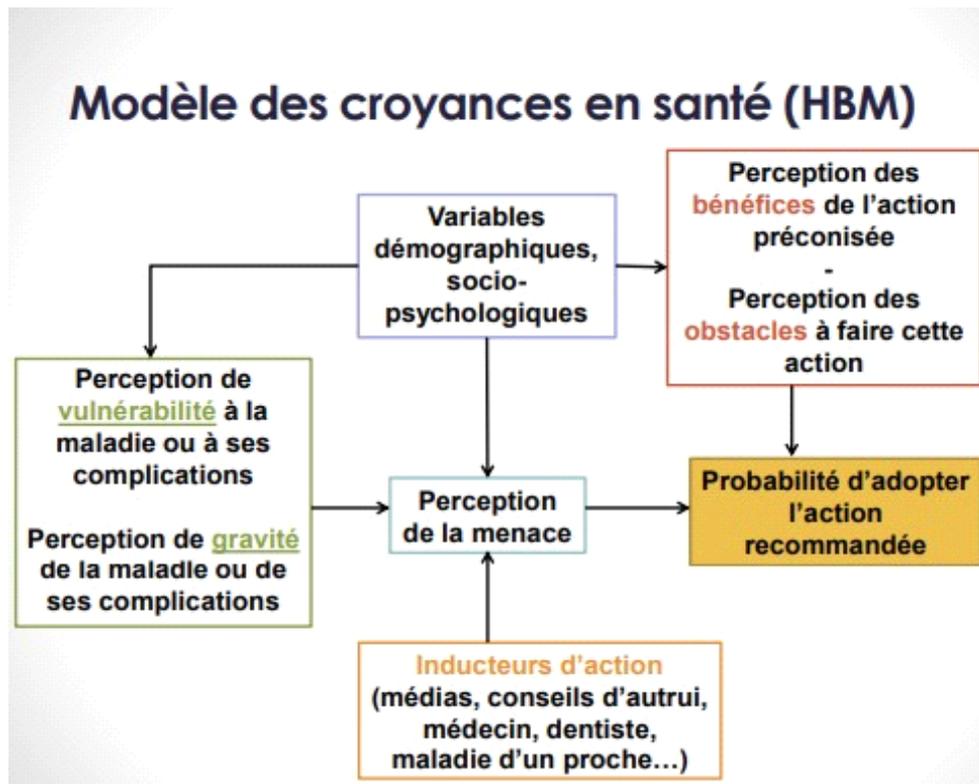
## DIAGRAMME HIERARCHIQUE



## ANNEXE 4

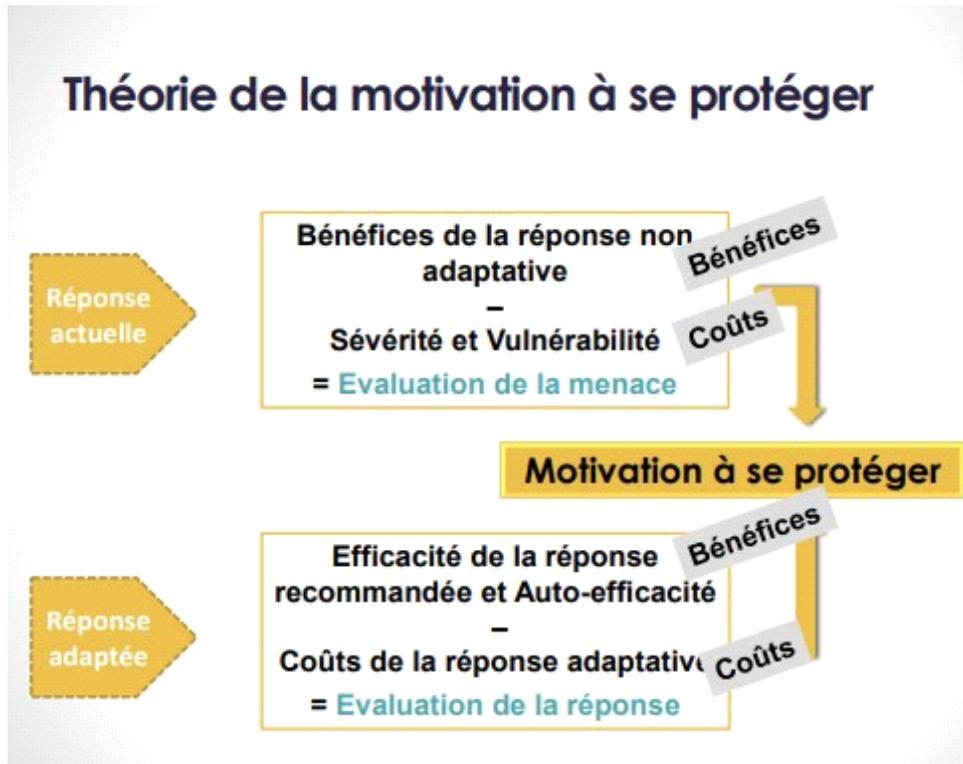
### Health Belief Model ou Modèle de croyance en Santé

(Rosenstock, 1974 ; Becker, 1975)



## ANNEXE 5

Protection Motivation Theory ou Théorie de la motivation à se protéger  
(Rogers, 1983; Rippetoe et Rogers, 1987)



**AUTEUR(E) : Nom : Deschamps**

**Prénom : Juliette**

**Date de soutenance : 30 juin 2022**

**Titre du mémoire : Identifying and Monitoring Frailty in People over 65 Living at Home**

**Mots-clés libres : Frailty/fragility, older people, identification, prevention, primary care, patient resistance.**

**Abstract :** Frailty is one of the three states defined by geriatric medicine in the evolution of ageing (robustness, frailty and dependence). It requires identification and monitoring with the aim of making it reversible. There are screening tools. Institutions and health professionals in primary care offer care to intervene in this frailty and encourage people to stay at home. However, there are obstacles to the implementation of actions such as the resistance of patients to recognise their frailty and to accept the medical recommendations relating to it. What actions can be implemented by health professionals in primary care for frail patients over 65 years of age living at home in order to stabilise or reverse the state of frailty and avoid the onset of dependency ? **Method :** This is a qualitative study using semi-directed interviews with ambulatory patients followed up in general practice, whose recruitment was reasoned. **Results :** The patients interviewed have their own representations of frailty and adopt behaviours in line with these representations (acceptance, resignation, denial, intention). The means that can be put in place are poorly known and poorly perceived because they require changes in lifestyle. Patients do not talk much about their difficulties which provoke pejorative feelings (powerlessness, frustration). **Conclusion :** Health education, information to the patient, the relationship between the carer and the patient and the integration of carers into the follow-up process encourage the patient's adherence to his or her care programme. The Advanced Practice Nurse can be an actor at all levels of the care pathway and also a resource person for patients, carers and professionals.

**Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**AUTEUR(E) : Nom : Deschamps**

**Prénom : Juliette**

**Date de soutenance : 30 juin 2022**

**Titre du mémoire : Repérage et Suivi de la Fragilité chez les Personnes de plus de 65 ans vivant à leur Domicile**

**Mots-clés libres : Fragilité, personnes âgées, repérage, prévention, soins primaires, résistance des patients.**

**Résumé :** La fragilité est un des trois états définis par la médecine gériatrique dans l'évolution du vieillissement (robustesse, fragilité et dépendance). Elle nécessite un repérage et un suivi qui ont pour objectif de la rendre réversible. Il existe des outils de dépistage. Les établissements et les professionnels de santé en soins primaires, proposent des prises en charge afin d'intervenir sur cette fragilité et favoriser le maintien à domicile. Cependant, il existe des freins à la mise en place d'actions comme la résistance des patients à reconnaître leur fragilité et à accepter les recommandations médicales s'y rapportant. Quelles actions peuvent être mises en place par les professionnels de santé en soins primaires, chez les patients fragiles de plus de 65 ans, vivant à domicile, afin de stabiliser ou inverser l'état de fragilité pour éviter l'installation de la dépendance ? Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients ambulatoires suivis en médecine générale dont le recrutement a été raisonné. Résultats : Les patients interviewés ont leurs propres représentations de la fragilité et adoptent des comportements en lien avec ces représentations (acceptation, résignation, déni, intention). Les moyens qui peuvent être mis en place sont mal connus et mal perçus car ils engendrent des changements dans les habitudes de vie. Les patients parlent peu de leurs difficultés qui provoquent des sentiments péjoratifs (impuissance, frustration). Conclusion : L'éducation à la santé, l'information du patient, la relation soignant/soigné et l'intégration des aidants dans le suivi favorisent l'adhésion du patient à son parcours de soins. L'Infirmier(e) en Pratique Avancée peut être acteur à tous les niveaux du parcours de soins et aussi personne ressource pour les patients, les aidants et les professionnels.

**Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**