

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PREVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES
MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCÉE

INTEGRER LE CONCEPT DE FRAGILITE GERIATRIQUE A LA PRATIQUE
DES SOIGNANTS

Présentée et soutenue publiquement le 06/07/2022 à 11h
au Pôle Formation
par **Mikael HORVATH**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame le docteur Meriam Meziani

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Daniel DREUIL

Tuteur professionnel :

Monsieur le Docteur Pierre Robinet

SOMMAIRE

INTEGRATION DU CONCEPT DE FRAGILITE GERIATRIQUE A LA PRATIQUE DES SOIGNANTS MIKAEL HORVATH

PREAMBULE

| | |
|--|-----------|
| I- INTRODUCTION..... | 1 |
| 1. Contexte..... | 1 |
| 2. Cadre conceptuel..... | 2 |
| I-2-a : Définitions..... | 2 |
| I-2-b : Profils gériatriques..... | 3 |
| I-2-c : Evaluation gériatrique et échelles d'évaluation..... | 4 |
| 3- Enjeux, implications et intégration du concept de fragilité..... | 6 |
| I-3-a : Le parcours complexe de la personne âgée fragile..... | 7 |
| I-3-b : Sciences infirmières et fragilité gériatrique..... | 9 |
| I-3-c : Enjeux éthiques et fragilité..... | 10 |
| I-3-d : Intégration du concept de fragilité à la pratique soignante..... | 12 |
| 4- Problématique..... | 13 |
| 5- Hypothèse et questionnement..... | 14 |
| II- MÉTHODE..... | 16 |
| 1. Cas clinique : Me M, exemple de cascade gériatrique..... | 16 |
| 2. Analyse de la situation..... | 20 |
| III- RÉSULTATS..... | 29 |
| IV- DISCUSSION..... | 38 |
| V- CONCLUSION..... | 46 |

REMERCIEMENTS

BIBLIOGRAPHIE

ABSTRACT

RESUME

PREAMBULE

Si historiquement vieillir a toujours été synonyme de dépendance et de déclin dans toutes les sphères de la personne, le vieillissement global de la population dans les pays industrialisés nous pousse à repenser l'approche médicale de la personne âgée. Ce phénomène n'est pas aussi récent que nous pouvons l'imaginer, et bien que la gériatrie au sens de « science du vieillissement » soit devenue une discipline médicale de pointe, les personnes âgées ont fait l'objet d'une attention particulière en tout temps et dans toutes les régions du monde. La littérature, la philosophie, la psychologie, les arts, la science, toutes ces disciplines ont consacré la vieillesse à travers le temps mais le XX^{ème} siècle et ses progrès technologiques en ont fait un nouveau paradigme médical.

Le développement de la gériatrie en réponse à la prévalence exponentielle des pathologies chroniques, l'amélioration du système de soins dans les pays industrialisés, l'augmentation de l'espérance de vie, les nombreux enfants du Baby-Boom en Europe qui atteignent désormais le grand âge, nous renvoient aux projections démographiques. Celles-ci nous annoncent un accroissement du nombre de personnes vivant en état de dépendance qui suit en parallèle le vieillissement global de la population. Ainsi d'ici 2040 les prévisions démographiques annoncent un nombre de 1 200 000 personnes dépendantes contre 800 000 aujourd'hui.

L'approche actuelle, à la lisière de la science et des sciences humaines que le XX^{ème} siècle a fondé réduit à néant le regard obsolète qui était posé autrefois sur la vieillesse. De population vénérable, homogène et condamnée à l'inexorable déclin physique, psychique et social elle devient hétérogène, complexe et inspire désormais la recherche clinique.

A la différence des autres spécialités médicales, dites « organiques » telles que la cardiologie, la néphrologie ou la gastro-entérologie, la gériatrie est une spécialité « populationnelle », en ce sens elle s'intéresse aux grandes spécificités phénotypiques des personnes âgées.

I-INTRODUCTION

1- CONTEXTE

C'est au cours d'un stage de première année du diplôme d'état de pratique avancée que j'ai découvert le concept de fragilité. J'ai effectué ce stage dans un service d'oncologie médicale d'un centre hospitalier universitaire.

Au cours de ce stage il m'a été proposé de me former et de participer à l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire de personnes ayant reçu récemment un diagnostic de cancer. C'est une discipline transversale qui intègre le paradigme de la gériatrie au cœur d'une spécialité oncologique sous le nom « d'oncogériatrie » et s'inscrit dans une optique d'optimisation du parcours de soins de la personne âgée en oncologie, à l'initiative des Unités de Coordination

en OncoGériatrie (UCOG). Au cours de cette évaluation, j'étais en charge d'effectuer le recueil de données de la personne, l'évaluation de ses fonctions supérieures, de son humeur, de son niveau d'autonomie selon les recommandations d'évaluation de l'UCOG, j'étais également en charge de lister les comorbidités et d'exercer mon « regard d'infirmier de gériatrie » sur la robustesse ou la fragilité de cette personne. Le kinésithérapeute évaluait la vitesse de la marche, la diététicienne l'état nutritionnel, et la pharmacienne le contenu des ordonnances et l'observance thérapeutique. Enfin la personne était reçue par le médecin et moi-même. Toutes les notions recueillies étaient synthétisées pour ensuite se prononcer sur la capacité de cette personne à recevoir une chimiothérapie, une radiothérapie ou subir une chirurgie, ou encore pour proposer un accompagnement moins invasif de la pathologie. J'ai donc découvert lors de ces 2 mois de stage que la fragilité existait, qu'elle était inconstante, complexe, qu'elle impliquait toutes les sphères qui définissent une personne et apparaissait en complément des outils communs d'évaluation clinique et paraclinique d'une personne dans une optique de compréhension globale de la personne âgée. J'ai également pu mesurer les conséquences qu'elle a en terme diagnostique et pronostique ainsi que les nombreuses questions et implications que sa prise en compte entraînait. J'ai constaté que bien qu'ayant mes propres critères de jugement et ma propre représentation de ce qui différencie une personne robuste d'une personne fragile, jusqu'alors j'ignorais que la fragilité, bien que difficile à définir était une entité partiellement évaluable et qu'elle était étudiée depuis plusieurs décennies déjà.

Depuis la célèbre théorie des humeurs décrite dans le Corpus Hippocraticum qu'on attribue à Hippocrate au III^{ème} siècle, la personne âgée a toujours été considérée comme un objet d'attentions particulières. D'Avicenne à Galien puis plus tard au siècle des lumières on prescrivait déjà des soins particuliers aux personnes âgées.

Mais l'intérêt des sciences médicales pour les particularités de la gériatrie prend son réel essor au XX^{ème} siècle.

C'est au cours des années 1980, qu'on verra se développer une prise de conscience du caractère phénotypique de fragilité ou de robustesse chez la personne âgée. Beaucoup d'auteurs, médecins, chercheurs se sont penchés depuis lors sur ces nouvelles données de la médecine visant à participer au développement de la gérontologie en tant que science du vieillissement, des modifications psychiques et biologiques liées à la senescence.

2- CADRE CONCEPTUEL

I-2-a : DEFINITIONS :

De développement récent, le concept de fragilité gériatrique semble trouver une origine en Amérique du Nord, mais semblait initialement ne concerner que la sphère biomédicale de la personne.

De nombreuses études et réflexions ont abouti à la dissociation du concept de fragilité des autres notions se greffant au vieillissement. Dès 2003 les recherches démontrent la difficulté que représente la définition claire et exhaustive de la fragilité, partant d'un constat commun à un grand nombre de gériatres : « ***Je peux reconnaître la fragilité lorsque je la vois, mais je suis incapable de la définir.*** » (Hogan et Coll, 2003).

Ainsi le développement de l'approche globale du soin, n'a fait que renforcer ce flou qui entoure la définition de la fragilité.

Si nous voulons comprendre la nature du concept de fragilité, nous pouvons dans un premier temps lui trouver une signification : Larousse nous propose « *caractère de ce qui se brise facilement, caractère **précaire, vulnérable, faible et instable*** ». Cette définition bien entendu n'est pas une définition médicale mais soulève d'emblée des termes très forts.

Des années 1980 à nos jours on a d'abord considéré la fragilité comme un déterminant biomédical évaluant essentiellement « *l'incapacité, le grand âge, le recours à la gériatrie* » (Hogan, Macknight & Bergman, 2003) mais de recherches en observations viennent se greffer d'autres sphères à prendre en compte, étoffant la définition et la rendant finalement trop holistique pour être décrite simplement : la sphère psycho-sociale, identitaire, cognitive, relationnelle, sensorielle, socio-économique, le niveau de dépendance.

Ce qu'on peut en comprendre c'est qu'elle représente un équilibre instable des grandes fonctions de l'organisme, *un équilibre précaire risquant de se déstabiliser* (Piette et Boumendil, 2009), une position occupée par la personne au cœur du spectre de la bonne santé entre autonomie et dépendance (Michel & Al, 2002). Elle est également envisagée en termes de risques : « *le risque pour une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs* » (Lebel *et al.*, 1999). On la pense encore comme un véritable syndrome, associant une perte de réserves fonctionnelles et une diminution de la capacité à la résistance aux stress dans un contexte d'étayage social satisfaisant ou pas (Arveux & Al, 2002).

Il serait parfaitement laborieux de décrire dans ce travail de mémoire une liste exhaustive des centaines de définitions du concept de fragilité que les scientifiques ont étudié. Cependant le diagramme de JP. Bouchon (gériatre) de 1984 nous donne une représentation intéressante de ce qu'elle sous-entend en termes de processus dynamique.

I-2-b : PROFILS GERIATRIQUES

Le vieillissement ne peut se réduire à l'avancée en âge et aux changements physiques. On sait désormais que le vieillissement est corrélé à une action du temps sur les réserves fonctionnelles de la personne. Ainsi tout ce qui constitue d'une part nos processus biologiques subit un vieillissement, notre génétique, notre développement cellulaire, tissulaire, nos systèmes, nos rythmes, mais aussi ce que nous sommes, notre identité, notre manière d'être au monde, notre regard, nos pensées. Ainsi quand intervient la pathologie chronique, nos

capacités adaptatives au stress ne sont pas toutes égales. Cet état de fait permet la définition d'un profil de vieillissement.

Ainsi à l'échelle de la population on peut s'accorder sur le fait que vieillir nous expose à plus de maladies et notamment de pathologies chroniques. Rowe et Khan affirmaient : « Le vieillissement, appréhendé à l'échelon des populations, se caractérise par une réduction des capacités fonctionnelles et par l'augmentation d'incidence des maladies liées à l'âge ». (Rowe et Khan's Successful Aging, 1987).

Ces mêmes auteurs décrivent à l'échelle individuelle 3 types de vieillissement :

– **Le vieillissement réussi**, correspond à un vieillissement avec des capacités fonctionnelles préservées ou à peine altérées.

– **Le vieillissement usuel**, correspondant à une tendance à la diminution des capacités fonctionnelles de la personne non corrélée à une pathologie sous-jacente.

– **Le vieillissement pathologique**, ou avec morbidités, correspondant à une atteinte d'une ou plusieurs fonctions du corps associé à l'installation de pathologies, le plus souvent chroniques, exposant la personne âgée à l'apparition de divers syndromes spécifiques dénommés « syndromes gériatriques » que nous décrirons plus tard.

Ces 3 types de vieillissement correspondent à 3 profils aujourd'hui usités en gériatrie pour définir le phénotype d'une personne âgée : Le profil **robuste**, le profil **fragile** et le profil **dépendant**.

Pour synthétiser, il est possible de définir 3 profils orientant la nature du parcours et du plan de soins d'une personne âgée :

Le patient robuste, sans diminution de capacités fonctionnelles, le patient fragile dont les capacités fonctionnelles sont diminuées, présentant une ou plusieurs pathologies chroniques le rendant vulnérable aux divers stress, notamment la pathologie aiguë, et le patient dépendant dont les incapacités fonctionnelles l'amènent à une situation de handicap le rendant inapte à assurer ses propres besoins.

Cette classification bien qu'artificielle définit un spectre de la fragilité au cœur duquel un patient peut passer d'un phénotype à l'autre, à la faveur d'un épisode intercurrent, d'une aggravation, ou au contraire d'une réversion, d'actions de prévention. Il permet au gériatre l'établissement d'un projet de soins le plus personnalisé possible, mais surtout l'adaptation d'un parcours le plus fidèle aux besoins et capacités de la personne.

I-2-c : EVALUATION GERIATRIQUE ET ECHELLES D'EVALUATION

L'évaluation gériatrique est un processus d'expertise gériatrique multidimensionnel visant à mettre en évidence les caractéristiques spécifiques aux personnes âgées. Elle émane depuis Décembre 2013 d'une véritable recommandation de l'HAS. Elle s'applique à tout moment du parcours de santé de la personne âgée et peut revêtir différentes formes selon le domaine auquel elle s'applique. Il serait peu pertinent de développer ici un listing exhaustif des différentes échelles d'évaluation mais il est intéressant de mettre en parallèle les domaines étudiés de la personne en regard des échelles standardisées les plus utilisées. Nous pouvons ainsi balayer les grandes fonctions étudiées au cours d'une évaluation gériatrique globale.

- La **polypathologie**, la **polymédication** sont des facteurs de risque de fragilité aussi important si ce n'est plus parlant que l'âge lui-même. Il est possible de s'en faire une idée précise à l'anamnèse recueillie lors de l'entretien. L'entretien est également le moment le plus opportun pour recueillir les informations indispensables à l'établissement du projet personnalisé de soins (PPS), il nous permet de plus d'envisager les caractéristiques de la trajectoire d'une personne, la réflexion et la coordination autour du plan d'aide au domicile que nous exposerons plus tard, l'adaptation du domicile, ou encore le transfert vers les hébergements de moyen ou long séjour si le retour au domicile est exclu.

- **Les fonctions supérieures** évaluent différents domaines des fonctions cognitives, les grilles standardisées les plus courantes nous permettent non pas de poser un diagnostic complet mais d'émettre un doute sur les fonctions cognitives voire même de mettre en évidence un trouble neurocognitif à explorer :

-Le **MMSE** (Mini Mental State Evaluation) évalue 6 domaines : Orientation dans le temps et l'espace, apprentissage (rappel de mot non indicés), attention et calcul, rappel (récupération mnésique), Langage (et dénomination d'objets), praxies constructives. Il s'adapte bien à une évaluation mais peut sembler trop simpliste pour les personnes à haut niveau éducatif.

-**Les 5 mots de Dubois** testent de manière rapide et efficace la mémoire épisodique antérograde. Sa limite est qu'il ne peut rien montrer de plus qu'un éventuel trouble mnésique et ne peut se substituer à une évaluation plus poussée.

-**La MoCa** (Montréal Cognitive Assessment) s'apparente au MMSE mais en plus étendu : Elle évalue l'attention, la concentration (souvent atteinte dans les troubles cognitifs), les fonctions exécutives (planification, organisation), la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives (reproduction de dessins), les capacités d'abstraction, le calcul, l'orientation.

- **L'humeur** est évaluée par le **Mini-GDS** (Geriatric Depression Scale), cette échelle ne permet pas non plus de poser le moindre diagnostic mais permet à la personne de mettre elle-même en évidence un éventuel trouble de l'humeur. Rapide, sous forme de 4 questions, un score de 1 / 4 suffit à soulever l'éventualité d'un fléchissement de l'humeur pour lequel un avis spécialisé peut ensuite être demandé. Il s'inscrit parfaitement dans le cadre d'une évaluation gériatrique globale de type hôpital de jour car il peut donner de bons indices sur le contenu du parcours proposé, notamment le recours aux équipes psychiatriques de liaison, tout au moins permet-il d'évoquer l'hypothèse d'un trouble de l'humeur qu'un médecin traitant de ville averti pourra prendre en compte et suivre de près.
- **L'autonomie** peut être évaluée au moyen de 2 tests rapides et révélateurs des troubles s'installant dans les habitudes de vie et les activités de la vie quotidienne. Elles ont une forte influence sur la nature du PPS envisagé pour la personne et représentent un facteur de fragilité très fort. La perte d'autonomie est le critère qui par principe place

le curseur du profil gériatrique de « fragile à dépendant. »

L'échelle **ADL** (activities of daily living) évalue le niveau d'autonomie de la personne dans 6 domaines : Hygiène corporelle, habillage, se rendre aux toilettes, locomotion, continence, repas. Un score de 0 à 6 est alors établi qui nous est précieux en structure de soins quant à l'autonomie dans les soins de la personne, notamment « avant l'épisode qui mène à la consultation », une réévaluation régulière de cette échelle rapide à exécuter peut-être très informative sur le succès des préconisations de prévention de la fragilité proposées.

L'échelle **IADL** (instrumental activities of daily living) s'intéresse essentiellement aux capacités en lien avec le maintien au domicile et l'utilisation d'instruments de la vie quotidienne : Téléphoner, gérer son budget, utiliser les transports, gérer ses traitements, préparer les repas, faire ses courses, faire son ménage et faire sa lessive. Elle s'applique essentiellement aux personnes vivant au domicile et ayant une bonne autonomie dans les actes de la vie quotidienne initialement.

- **Le risque de chute** est évaluable à l'examen clinique (neurologique, rhumatologique) mais le test du « **get up and go** » (lève-toi et marche) nous permet de nous faire une idée de l'impact des pertes fonctionnelles sur les capacités musculaires et donc locomotrices de la personne (sarcopénie).
- Enfin le **MNA** (Mini Nutritional Assessment) s'associe à l'examen clinique, le suivi nutritionnel, le bilan biologique pour évaluer l'**état nutritionnel** de la personne. Cette échelle est corrélée en collaboration avec la diététicienne avec une mesure des masses musculaires (permettant la mise en évidence d'une fonte musculaire), de la force de préhension (grip test), de la rapidité de la marche, et plus globalement de la qualité de l'appétit, de la capacité et l'envie de cuisiner.

Il existe beaucoup d'autres échelles, certaines sont à visée d'évaluation clinique (Index de Karnofsky), ou uniquement utilisées dans certaines spécialités (G8 en oncogériatrie). Comme nous l'avons présenté plus haut il n'existe pas à proprement parler de définition officielle de la fragilité, donc pas d'évaluation parfaite et reproductible de manière standard. Cependant un consensus d'experts à travers le monde met à disposition ces recommandations et chaque praticien peut sélectionner les échelles qu'il pense pertinentes dans le contexte de son type de consultation. Ce qui rend le terme d'évaluation gériatrique standardisée peu pertinente en ce sens qu'il n'existe en fait aucun standard d'évaluation et qu'un consensus universel reste à ce jour à définir.

Se pose alors la question suivante : « Que faisons-nous de ces échelles ? » car en effet, évaluer est une chose mais n'a aucun intérêt si cela n'aboutit pas à une mise en action personnalisée, nous pouvons maintenant explorer ce qu'implique l'utilisation de ces échelles, ce qu'elles entraînent en termes de possibilités d'action, en amont en termes de prévention, durant l'épisode aigu en termes de qualité du soin, et en aval en terme de suivi.

3- Enjeux, implications et intégration du concept de fragilité.

Après avoir exploré les fondements de l'évaluation de la fragilité et des profils gériatriques des patients, il est intéressant de saisir les nombreux enjeux et questions que cela soulève. En effet, au-delà de ces notions pratiques et cliniques relatives à la fragilité il convient de prendre un certain recul, d'observer les situations à travers le prisme de notre réflexion et de se demander si cela nous amène à faire les choses de manière juste, raisonnée et proportionnée.

Les situations complexes en gériatrie font souvent l'objet de nombreuses discussions, et d'interventions pluridisciplinaires. Elles sous entendent qu'à la prise en charge clinique d'une personne s'ajoute une quantité de sphères à explorer et qui participent au profil gériatrique d'une personne.

Les enjeux que nous mettons ici en évidence, tels que la proportionnalité des soins, l'optimisation du parcours, les grandes spécificités de la clinique en gériatrie, devraient être envisagés avec une visée éthique continue, afin que nous puissions toujours nous interroger sur nos actions et nos modes de pensée.

I-3-a : Le parcours complexe de la personne âgée fragile

En réponse à un cloisonnement des soins appliqués aux personnes, la modernisation du système de santé vise aujourd'hui à réorganiser les prises en charge autour d'un véritable parcours. L'objectif de ce nouveau paradigme est clairement défini à l'échelle gouvernementale : « permettre aux Français de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ».

Les enjeux de cette nouvelle manière de penser le soin en France sont nombreux, comme présenté en introduction la durée de vie ne cesse de s'allonger, ce qui résonne avec le développement des pathologies chroniques. A ces deux réalités s'ajoutent une disparité de plus en plus marquée des services de soins à l'échelle des territoires, ainsi que des inégalités sociales de santé qui se creusent.

Qu'entend-on par cette notion de parcours ?

Adapter la prise en charge des patients à leur mode de vie, à leurs capacités, à leurs besoins et à ce qui rend le parcours acceptable sous-entend un niveau de communication interprofessionnel plus efficient que jamais. C'est sur cette base que se sont notamment développé les prises en charges ambulatoires, permettant les interactions pluridisciplinaires qui s'appliquent à une situation donnée.

On voit alors apparaître dans les filières gériatriques le développement de virages ambulatoires (tel que nous le présente le Ministère des Solidarités et de la Santé), il consiste à faire tomber le mur séparant la ville de l'hôpital et repense le principe du soin en le décentralisant de l'hôpital.

Cette manière transversale de penser le suivi en gériatrie se décline de différentes manières, de la ville à l'hôpital, de l'hôpital à la ville, ou encore d'un service hospitalier à un autre

service hospitalier.

De la ville à l'hôpital, des patients souvent polyopathologiques maintenus à domicile peuvent décompenser une fonction, une de leur pathologie, ou subir un événement aigu (chute, infection...). Ils sont alors adressés par leur médecin traitant la plupart du temps pour évaluation des syndromes gériatriques, de leur fragilité, mais aussi de leurs ressources et capacités.

La consultation externe consiste au suivi des pathologies chroniques de personnes âgées, ou s'intéresse au patient dans sa globalité quand il s'agit de primo-consultants. Elle décline des spécialités médicales en transversalité, c'est ainsi que nous voyons se développer des « spécialités dans la spécialité » telles que la psychogériatrie, la cardiogériatrie, l'urogériatrie...

Un patient peut encore être adressé sur des situations ne relevant pas de la pathologie chronique pure, mais sur l'apparition de syndromes gériatriques (quand ils sont repérés en ville), ouvrant sur des consultations du type hôpitaux de jour (chute, mémoire) ou encore hôpitaux de jour intermédiaires (dénutrition, évaluation globale, orthogériatrie...)

De l'hôpital à la ville : Au décours d'une hospitalisation, d'une intervention de l'équipe mobile, les professionnels de santé du parcours peuvent à la fois préconiser des actions pour assurer le retour au domicile dans des conditions optimales (réseaux de santé, dispositifs d'aide à la coordination, prestataires...), ou encore faire le choix de proposer une consultation en hôpital de jour à distance du retour au domicile (pour suspicion de trouble cognitif par exemple).

En hospitalisation : La création des équipes mobiles a été un processus progressif débutant en 1992 de manière expérimentale et qui s'est officialisé suite à la circulaire du 18 Mars 2002 codant le développement des filières gériatriques et encourageant le développement des équipes mobiles de gériatrie (EMG). La mission transversale des EMG consiste à répondre à la demande de professionnels de santé de services hospitaliers, en émettant un avis purement gériatrique sur la situation de santé d'une personne. Son champ d'action est très vaste et peut s'étendre de l'évaluation gériatrique globale (visant à mettre en évidence et lister les syndromes gériatriques d'une personne), à la consultation pré opératoire (dépistage et réversion de la fragilité), l'évaluation de la chute (recherche des facteurs précipitants une chute ou une série de chute et ses conséquences fonctionnelles), la recherche de confusion (ou de facteurs de risque de confusion), les bilans de dénutrition, la définition du projet personnalisé de soins (oncogériatrie, retour au domicile, institutionnalisation), bilan de troubles cognitifs, prise en compte de problématiques sociales complexes, aide à la mesure de protection des adultes... Son plus gros atout est de permettre l'entrée en filière gériatrique d'une personne totalement isolée, fragile, non repérée en ville (cas régulier lors d'intervention de l'EMG dans les services d'urgence. Et son champ de compétences s'étend jusqu'aux échanges verbaux et par d'autres canaux avec les professionnels de ville (médecins traitants, infirmiers libéraux, pharmaciens...).

En ville de plus en plus de dispositifs d'aide au maintien au domicile collaborent désormais

avec les filières gériatriques hospitalières, assurant par exemple l'adaptation du domicile d'une personne ayant été adressée pour chutes, la demande en urgence d'une aide financière comme l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie), l'accompagnement quotidien de personnes vulnérables en situation sociale complexe (MAIA), l'aide aux aidants par les plateformes de répit ou les accueils de jour.

Il faut alors imaginer qu'à une situation donnée sera apportée un certain nombre d'actions, dans un délai rapide, sur un seul site géographique si possible, à la même date parfois, par un grand nombre de professionnels (médecins, infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, neuropsychologues, diététiciennes, psychomotriciens...).

Une situation complexe sera analysée en 2^{ème} partie de ce mémoire sous forme d'analyse d'une situation clinique complexe, s'apparentant à un récit de situation complexe et authentique (RSCA) reprenant une bonne partie de ces notions afin de matérialiser un exemple concret de parcours d'une personne âgée fragile en situation de cascade gériatrique.

I-3-b : Sciences infirmières et fragilité gériatrique

Le métier de soignant trouve ses origines dans les missions d'assistance apportée aux infirmes, aux indigents, aux personnes porteuses de handicap et aux personnes âgées. Plusieurs courants de pensée à travers le temps ont influencé et forgé les missions des soignants et a fortiori des infirmiers.

La recherche en sciences infirmières décrit plusieurs paradigmes du soin infirmier, plusieurs courants de pensée apparus au fil du temps et qui font de nous soignants d'aujourd'hui des professionnels de santé reconnus.

Didier Lecordier, infirmier et rédacteur en chef de la revue « Recherche en Soins Infirmiers » nous présente une revue synthétique de ces grands mouvements de pensée qui ont bâti les compétences infirmières dans son article « *La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné* ». Il reconnaît 3 paradigmes (qu'il présente de manière anachronique :

Le paradigme basé sur le développement de la salubrité et l'absence de maladies s'est étendu sur les XIX^{ème} et XX^{ème} avec une approche orientée « santé publique » consistant à améliorer l'environnement afin d'assurer une protection de la santé de l'insalubrité passée. Florence Nightingale (1820-1910), infirmière pionnière des soins infirmiers a instigué un vent de modernité en préconisant l'hygiène au cœur de la santé : propreté, eau potable, calme, silence, hygiène alimentaire. C'est la naissance de l'hygiénisme dont découlera le rôle propre infirmier, base de la prise en soins en gériatrie. Elle initiera également le développement des premiers protocoles infirmiers s'appuyant sur l'observation et l'utilisation des statistiques dans les soins.

Le paradigme de l'intégration des différentes sphères qui constituent la personne, toujours d'actualité dans le monde repense la santé en tant qu'absence de maladie d'une part, et d'importance de la notion de besoins fondamentaux d'autre part, faisant de l'humain un être bio-psycho-social (et également culturel et spirituel). Les grands noms de ce courant de

pensée sont Virginia Henderson, infirmière (1897-1996) qui a popularisé la théorie des 14 besoins qu'elle a conceptualisés, Ainsi que Carl Rogers, psychologue (1902-1987) auteur de la théorie de l'Approche Centrée sur la Personne et Abraham Maslow, psychologue (1908-1970) qui a conceptualisé les besoins fondamentaux sous forme d'une célèbre pyramide, dans une approche humaniste du soin.

Le paradigme de l'approche holistique de la personne, originaire d'orient nous présente une conception des soins basée sur l'équilibre et l'harmonie. Il intègre le patient et son parcours de vie à l'expertise infirmière, permettant une diversification des pratiques, et promouvant le recours aux approches non médicamenteuses. C'est ainsi que se sont développées les notions de pluridisciplinarité, de prise en compte de l'environnement social, de mode de vie, d'adhésion aux soins.

Ces 3 grands paradigmes ont dessiné les contours du métier infirmier moderne, en ce sens qu'ils ont permis la sublimation de ses missions par le développement parallèle de connaissances médicales et de compétences humaines et techniques. Ce qui nous renvoie à l'approche infirmière de la fragilité gériatrique.

Bien avant la création de la gériatrie en tant que spécialité médicale la prise en charge des personnes âgées était du ressort exclusif des soignants. Nous pouvons raisonnablement supposer que cela explique le lien privilégié qui existe aujourd'hui entre le gériatre et l'équipe soignante avec qui il collabore. Il serait d'ailleurs passionnant de réfléchir sur ce continuum apparent entre les soins infirmiers en gériatrie et l'exercice même de la gériatrie par les gériatres.

De toutes les disciplines la gériatrie, qui rappelons-le est une spécialité populationnelle par opposition aux spécialités dites organiques, est celle qui s'inscrit le plus en transversalité. Comme nous l'avons démontré, tous les soignants où qu'ils exercent, à l'hôpital ou en ville, devraient pouvoir comprendre la complexité des patients âgés, à des niveaux différents, peut-être avec des compétences de base, afin de fluidifier un accès au parcours, de favoriser un langage commun et de limiter des décompensations de l'état fonctionnel potentiellement évitables. Ceci dans une finalité d'optimisation du parcours, et de qualité du vieillissement.

Nous pourrions alors envisager des soignants de tous secteurs ou hors secteur hospitalier, en mesure de repérer, évaluer et prévenir la fragilité, dans des délais plus courts, dans des espaces moins cloisonnés, par le biais du développement des compétences nécessaires et de diffusion de la « culture gériatrique ».

I-3-c : Enjeux éthiques et fragilité

Ainsi, nous qui détenons la connaissance faisons tout notre possible pour assurer aux personnes que nous rencontrons des soins de qualité, justifiés, adaptés et toutes nos intentions sont bienveillantes.

Ou plus exactement correspondent à ce que nous considérons être bienveillant.

En nous projetant dans le vécu des personnes âgées que nous prenons en charge, peut-être serions-nous interpellés par le coût personnel que peut représenter la préconisation d'un médecin ou d'un soignant.

« Madame, aujourd'hui nous allons passer au fauteuil ! ». Cette proposition de prise en charge, bien que mal formulée est fondamentalement bénéfique pour la santé. L'alitement et ses complications ne sont plus à démontrer, la position assise chez la personne âgée favorise une meilleure posture, une déglutition plus physiologique, limite l'encombrement bronchique, favorise l'élimination urinaire et fécale, diminue le risque thrombo-embolique. Mais avons-nous la certitude que cette injonction à se lever du lit est ce que souhaite notre patiente ? N'est-elle pas suffisamment responsable pour décider du déroulement de sa journée ? Cet exemple parmi tant d'autres révèle un décalage entre ce que nous considérons comme bon pour une personne, au regard de son état, de ses pathologies, de sa situation sociale, de son état psychique, et les conséquences sur l'autonomie et l'indépendance de la personne.

Quand nous abordons un patient dépendant, nous cherchons à compenser sa perte d'autonomie. Mais à quoi se réfère exactement le terme « dépendant ». Se limite-t-il uniquement à ses aspects cliniques de perte d'autonomie dans les soins ? Sémantiquement le terme « dépendant » est également le contraire d'indépendant. Est-il encore permis quand on est en perte d'autonomie de conserver son indépendance psychique, peut-on espérer conserver son libre arbitre ?

L'éthique se distingue de la morale par son caractère ciblant l'individualité. En effet la morale tend à poser le cadre global de ce qui est juste, de ce qui est bien ou acceptable, tandis que la visée éthique s'intéresse à l'individualité d'une situation, aux principes et valeurs qui font de nous des personnes pensantes et justes. De ce point de vue, il est moralement indiqué de tout mettre en place pour le bien de nos patients âgés, mais il est éthiquement indiqué de proposer des actions qui soient justes, proportionnées, même si parfois la solution à une situation complexe n'est pas la meilleure, mais tout au moins « la moins pire ».

L'éthique clinique quant à elle explore les enjeux éthiques au cœur des situations de soins. Elle s'intéresse au regard éthique porté sur les situations selon 4 principes : L'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (au sens d'équité). Ainsi quand à une situation clinique se mêle le concept de fragilité, nous voyons systématiquement apparaître une problématique éthique qu'il convient de considérer avec beaucoup d'intérêt, car ce recul éthique est indissociable d'un plan personnalisé de soins.

Pour comprendre l'enjeu de ces 4 principes, nous pouvons les contextualiser avec des expériences professionnelles que j'ai pu rencontrer. **Notons que ces situations seront évoquées de manière factuelle et sans regard de jugement.**

Autonomie : Le recours aux toilettes complètes au lit chez des patients en perte d'autonomie mais conservant encore quelques capacités dans le domaine des autosoins. Cette situation se présente parfois au regard d'un manque de temps consacré aux soins et de ressources humaines. Elle pousse des professionnels à outrepasser des valeurs soignantes fortes, au regard d'impératifs à tenir.

Bienfaisance : Lors de périodes de fortes chaleurs, il est parfois nécessaire de laisser un patient dans l'ombre de sa chambre, volets fermés par une belle journée ensoleillée. Ajoutant à

la morosité de la vie en institution, nous portons alors atteinte au bien-être d'une personne, mais avec une optique claire : prévenir les complications d'une déshydratation, d'un coup de chaleur, qui auraient des conséquences fâcheuses. Cette solution n'est pas la meilleure, mais elle est efficace.

Non-Malfaisance : La consultation d'oncogériatrie vise à déterminer les capacités et ressources d'une personne à recevoir un traitement invasif de son cancer. Quand un oncologue se positionne en équipe pluridisciplinaire sur une récusation à la chimiothérapie, il invoque le principe latin du « primum non nocere » (Avant tout, ne pas nuire). Qu'en est-il de l'avis de la personne qui a foi en la médecine ? Qui espérait peut-être s'entendre dire « Ce traitement peut vous guérir » ?

Justice : La part subjective donnée au phénotype de fragilité d'une personne n'amène-t-elle pas à une certaine forme de perte de chance ? Récuser une personne à une anesthésie de par sa fragilité apparente peut amener une personne à perdre en autonomie en lien avec une coxarthrose gravement invalidante qui ne sera donc jamais opérée.

Ceci mène à ma dernière réflexion sur l'aspect éthique que revêt la fragilité, quand la visée éthique nous pousse à penser la situation la plus acceptable pour une personne, ne nous mène-t-elle pas à des écueils, à des dommages collatéraux d'ampleur variable mais non négligeable. Le caractère fragile d'une personne pousse les institutions et les professionnels à des prises en charge aussi proportionnelles que possible, avec des objectifs toujours bienveillants, dans lesquelles se mêlent individualité des personnes, déontologie des soignants et des médecins, aspect légal des choses, rendant le caractère collégial indispensable en gériatrie.

Ainsi Le philosophe Paul Ricoeur dans « *Soi-même comme un autre* » nous propose de penser le terme d'éthique comme un souci (de soi, des autres, des institutions) qui se pose quand la morale ne nous offre plus de réponse.

I-3-d : Intégration du concept de fragilité à la pratique soignante

Comme nous l'avons présenté plus tôt, les soignants désormais sont fortement impliqués dans le parcours des personnes âgées fragiles. Ce parcours en tant que concept semble s'imposer comme un nouveau paradigme du soin aux personnes âgées, il facilite les prises en charge en les centralisant dans le temps et l'espace, couvre un maximum de sphères de la personne et fait intervenir des équipes pluri professionnelles avec des objectifs communs : favoriser un vieillissement réussi, prévenir la fragilité, limiter les hospitalisations, favoriser le maintien au domicile.

Au cours d'un travail de l'unité d'enseignement « Parcours » de la formation au diplôme d'état infirmier en pratique avancée, un entretien semi-directif avec un professionnel de santé mettant en lumière son vécu sur la nature du parcours de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer nous a été demandé. Au cours de cet entretien le gériatre qui a accepté de répondre à cette enquête m'a confié spontanément qu'un prérequis lui venait en tête pour optimiser ce parcours : « *le développement d'une culture gériatrique qui s'étendrait à tous les soignants de tous les milieux* ».

En lui demandant de préciser sa pensée, il m'a évoqué qu'il ressentait parfois des « freins à la

qualité des parcours de par l'absence d'un langage commun, de la difficulté du repérage des syndromes gériatriques en ville, du retard de consultation en lien avec une méconnaissance des risques de pertes fonctionnelles chez les patients âgés ».

J'ai moi-même assisté à des situations où un patient est adressé à la filière gériatrique après 3 ou 4 chutes, avec les conséquences fonctionnelles qui en découlent : (douleur, ralentissement psychomoteur, syndrome post-chute) quand un premier repérage au domicile aurait pu être pratiqué bien en amont, ou encore des demandes d'intervention de la filière gériatrique, pour la seule raison que le patient est considéré comme âgé (mais pas gériatrique).

Ces déclarations m'ont mis la puce à l'oreille et encouragé à persévérer dans cette intuition qui me guide depuis le stage de 1ère année de pratique avancée : Le concept de fragilité gériatrique devrait s'étendre à la pratique de tous les soignants, pas de manière exhaustive (puisque nous l'avons montré, cela reste impossible), mais avec suffisamment d'outils à leur disposition pour potentialiser les actions mises en place, et leur permettre de se positionner en garant de la qualité du parcours de la personne âgée par le développement de compétences et de connaissances.

A cette intime conviction est venue se greffer l'inévitable question : *Par quel moyen y parvenir ?* Il semble évident que la formation infirmière et aide-soignante n'intègre pas ces savoirs, mais elle forme efficacement les soignants à l'exercice de leur rôle propre, si intimement lié à la prise en soins en gériatrie. Mais au-delà de la formation initiale des soignants, seul l'exercice en secteur gériatrique peut permettre de développer des connaissances, et une certaine part d'intuition, d'expériences, faisant d'eux de bons soignants de gériatrie. Pour autant, les universités ont pris le parti de développer des formations diplômantes, des diplômes universitaires (DU) visant le développement de compétences aux volontaires cherchant à approfondir leurs connaissances sur ce thème très vaste.

Citons par exemple le **DU de « soins et santé en gérontologie »**¹, ou encore le **DU « repérer, diagnostiquer, prévenir, corriger et accompagner les fragilités chez les personnes âgées »**².

Le développement de la pratique avancée permet aux futurs diplômés d'envisager leur rôle dans la formation des pairs, de l'exercice du leadership infirmier. Il est alors possible d'imaginer qu'un IPA pourrait être partie prenante de ce rayonnement de la culture gériatrique, nous aborderons ces perspectives au cours de la discussion de ce travail de mémoire.

- **PROBLEMATIQUE :**

Infirmier en secteur gériatrique depuis plus de 5 ans, j'avais conscience que tous les patients âgés du service où j'exerce n'étaient manifestement pas tous égaux face aux événements de stress jalonnant leur parcours de santé. Je vivais alors comme une évidence que certains

¹ https://medecine.univ-lille.fr/filemedecine/user_upload/stock_fmc/stock_du/2021-22_du-soins-gerontologie.pdf

² <https://formations.univ-angers.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1er-cycle-DUC1/sciences-technologies-sante-STS/du-reperer-diagnostiquer-prevenir-corriger-et-accompagner-les-fragilites-chez-les-personnes-agees-KTVK3TBW.html>

patients avaient beaucoup de ressources, et d'autres moins. Ainsi à mes yeux il n'était pas surprenant que certaines personnes se remettent parfaitement ou presque d'un épisode infectieux (épidémies de grippe, gastro-entérite saisonnière, COVID 19), et que d'autres décompensent totalement leur état fonctionnel pour exactement les mêmes raisons, banalisation ou ignorance, le fait est que je pouvais identifier qu'une personne était fragile, sans trop savoir pourquoi, ni même tenter d'avoir une action à proposer pour ce problème. A ce stade de décompensation le déclin fonctionnel ou le décès d'une personne était alors vécu avec parfois de l'incompréhension, et la plupart du temps avec des questions en suspens.

Quant à mes capacités de raisonnement cliniques spécifiques à la gériatrie, elles s'inspiraient essentiellement de mon expérience professionnelle, de mes apprentissages auprès de mes pairs infirmiers et aides-soignants et des médecins de l'unité, et à une certaine dose de subjectivité, d'intuition, de ressentis qui ne s'acquièrent qu'à l'expérience.

Fort de la découverte de l'existence du concept de fragilité gériatrique, de l'importance qu'il a en termes de prise en charge globale et de qualité du parcours de la personne âgée, j'ai décidé de prospecter de manière informelle auprès de mes collègues. Il apparaît alors que le concept de fragilité ne fait pas particulièrement partie de la culture des soignants. Ceci est notamment lié à la nature même du cursus en Institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants (IFSI et IFAS) qui enseignent l'approche de la clinique par processus (obstructif, tumoral, infectieux, psychopathologique, traumatique et dégénératif), pour simplifier, il n'y a pas à ce jour de cours de « gériatrie » pour les soignants.

Ceci constitue un paradoxe au regard du fait qu'une part importante des patients sont des personnes âgées, et que les indicateurs démographiques nous confirment un vieillissement important de la population. Il semble qu'à ce jour l'expertise gériatrique ne soit enseignée qu'aux seuls étudiants de médecine. Et bien que les équipes paramédicales soient indissociables du travail du gériatre en unité gériatrique et que le partage de compétences y soit très développé, les conséquences du profil de fragilité dans la prise en soins d'une personne ne semblent pas au premier plan.

Comme nous le verrons au cours de ce travail d'analyse, la fragilité n'est pas un critère fixé dans le temps, elle est au contraire un processus dynamique, évaluable, qui fait désormais **l'objet d'un travail de prévention et même de réversion.**

• HYPOTHESE ET QUESTIONNEMENT :

En première ligne des soins, en hôpital, institution ou en ville, les soignants devraient pouvoir appréhender ce concept et ses nombreuses implications, afin de devenir des éléments porteurs d'un parcours de santé de la personne âgée de qualité.

De cette idée et des différentes recherches effectuées dans la littérature jusqu'à ce jour se dessinent des questionnements venant enrichir ma réflexion :

« Que doivent comprendre les soignants de la nature du concept de fragilité gériatrique ?

Que peuvent-ils faire de ces notions ? Présentent-elles réellement un intérêt dans la pratique soignante ?

Qu'attendent de nous les gériatres pour renforcer la qualité du parcours de la personne âgée ?
Ont-ils des attentes concernant la prise en compte du phénotype de fragilité par les soignants ?
Les critères qui définissent le seuil de fragilité d'une personne âgée sont-ils évaluables et ré-
évaluables par les soignants, dans un langage et des objectifs communs ?

La compréhension des situation complexes par les soignants peut-elle amener à une
optimisation des parcours de santé des personnes âgées ?

De ce corpus de questions naît une question centrale qui s'intègre au cœur de ce mémoire :

**« En quoi l'intégration du concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants
peut-elle optimiser le parcours de santé des personnes âgées ? »**

L'analyse d'une situation complexe de cascade gériatrique peut constituer un point de départ
intéressant pour tenter de répondre à cette question. En effet cette situation mettra en rapport
les différentes notions se rapportant au concept de fragilité, citons entre autres les syndromes
gériatriques, la cascade gériatrique, le raisonnement clinique spécifique à la gériatrie, le
questionnement éthique clinique, la proportionnalité des soins ou la qualité du parcours.

II-METHODE

Une analyse de situation professionnelle peut désormais être mise en lien avec ce que la théorie nous propose mais aussi avec du contenu issu de la pratique (études, contenu de dossiers, observations sur le terrain, encadrement en stage...). L'analyse de situation et plus particulièrement l'analyse de la pratique permet la compréhension d'une situation complexe par le biais d'un recul pris sur une problématique clinique. La situation clinique qui suit nous montre les conséquences d'un événement aigu chez une personne présentant d'emblée un phénotype fragile, menant à un phénomène dit de « cascade gériatrique ».

Ce mémoire ne constitue pas un mémoire de recherche à proprement parlé, il s'agit effectivement d'une analyse critique des pratiques professionnelles, dont la méthodologie proposée suit de près celle du « récit de situation complexe et authentique » (RSCA).

La méthodologie du RSCA nous offre la possibilité d'appréhender une situation complexe en se montrant le plus objectif possible dans la présentation des faits, tout en incluant nos ressentis, émotions et prises de recul à notre analyse.

Le Récit nous indique la nature narrative de la situation dans laquelle le rédacteur est acteur. Elle sous-entend l'emploi du pronom « JE » et peut adopter un plan chronologique.

Le caractère Complexe sous-entend que cette situation intègre les différentes sphères de la personne (sur le plan biologique, psychique, social) ainsi que les questions qu'elle soulève (sur le plan éthique, légal éventuellement).

Enfin le caractère Authentique nous amène à aborder la situation sous ses aspects émotionnels, ceux vécus par le rédacteur et ses collaborateurs éventuellement.

C'est un exercice à la fois descriptif et didactique qui permettra d'affiner le regard porté sur la thématique de ce mémoire, d'apprendre par le biais de l'analyse, et d'entrevoir les perspectives que nous offrent cette réflexion.

Notons que la situation de Me M débute au début de ma formation de pratique avancée, et qu'elle est analysée sous le prisme de mon cursus qui se termine prochainement.

II-1 : CAS CLINIQUE

- **QUI :**

Il s'agit de la situation complexe de **Me M, 74 ans** qui est entrée en unité de soins de longue durée pour maintien à domicile impossible suite à une série de chutes et installation progressive d'un état catatonique (lié au syndrome post-chute et à sa vulnérabilité psychique). Me M a exercé le métier de sage-femme durant toute sa carrière, elle était très attachée à sa

profession. Dès son entrée j'ai utilisé son passé professionnel pour engager le contact avec elle. Elle n'a jamais été mariée et n'a pas eu d'enfant.

Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle
- Insuffisance pancréatique
- Obésité, BMI : 27,7
- Ethylisme chronique sevré.
- Hypothyroïdie
- Insuffisance rénale aiguë sur sepsis et rhabdomyolyse en 2006
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

- Syndrome de détresse respiratoire aiguë, prise en charge en réanimation avec ventilation invasive.
- Phlébite du membre inférieur droit se compliquant d'une embolie pulmonaire bilatérale en 2006
- Trouble de la personnalité bipolaire, se manifestant par une alternance d'épisodes dépressifs et hypomaniaques, avec personnalité obsessionnelle.
- Episode de mélancolie délirante en 2007, pris en charge par sismothérapie en rupture de suivi. Se compliquant de plusieurs tentatives d'autolyse.
- AIT en 2014
- Notion de déclin cognitif d'allure frontale
- Etat catatonique.
- Surdité modérée
- Myopie et presbytie
- Discarthrose thoraco-lombaire
- Carcinome infiltrant de la partie ascendante du colon.

Antécédents chirurgicaux :

- Exérèse d'une tumeur colique avec pose d'une iléostomie
- Prothèse totale de hanche gauche
- Prothèses de genou bilatérales. Compliqué d'une infection à Staphylocoque aureus multi sensible.

Antécédents obstétricaux :

- Pas d'enfant

Au total : Patiente polypathologique et polym diqu e, présentant un caractère psychiatrique et neurologique sévère, polyvasculaire et présentant des troubles métaboliques, cognitifs, psychosensoriels, cardiovasculaires, rhumatologiques et tumoraux.

A son entrée dans l'unité j'ai été fortement impressionné par la lourdeur de ses antécédents qui contrastaient fortement avec l'image qu'elle me renvoyait.

Entrant en institution en fauteuil roulant, Me M est une personne très sociable, femme de caractère qui tisse rapidement des liens de sympathie avec plusieurs autres résidentes de l'USLD.

Habitus et mode de vie :

Me M n'a jamais été mariée et n'a pas eu d'enfant. Elle a un frère qui appelle régulièrement mais ne lui rend pas visite, une amie lui rend visite très rarement.

Coquette et avide de contact, elle participe à la vie quotidienne de l'unité, n'oublie jamais de se maquiller, se montre très autonome dans ses déplacements en fauteuil roulant et ne reste jamais plus que nécessaire dans son lit.

• QUOI :

On décèle chez Me M une tumeur du colon ascendant qu'elle qualifie en digne sage-femme « d'embryon ». Lorsqu'elle a évoqué ce terme devant moi pour la première fois je n'ai pas pu réprimer une réaction amusée, je me suis d'ailleurs demandé si elle prenait la mesure de sa situation. Quand je lui ai demandé ce qu'elle en comprenait, elle m'a répondu : « *bah je préfère l'appeler « mon embryon » parce que ça au moins je connais...* ». Sans entrer d'emblée dans l'analyse de la situation, j'y voyais surtout un mécanisme de défense, nécessaire à son cheminement personnel.

Elle semblait tolérer la présence de cette tumeur, bien qu'éprouvant un certain déclin d'activités et des préoccupations nouvelles autour de son état de santé global qui semblaient de nouveau la déstabiliser sur le plan de l'humeur.

Progressivement elle s'est montrée moins présente dans les lieux de vie de l'institution et insistait parfois pour rester alitée. Des examens d'imagerie en oncologie dans le contexte d'un bilan d'extension ont alors montré une tumeur infiltrante déjà étendue du colon avec une suspicion de carcinose péritonéale. Rapidement son état général s'est altéré et la mise en évidence d'un syndrome occlusif lié à la présence d'une tumeur a poussé l'équipe médicale à agir en urgence. Je ne connaissais pas vraiment son avis sur l'idée d'un transfert et d'une opération chirurgicale, entendu que cette situation s'est déclarée sur plusieurs jours, dont certains où je n'étais pas en poste.

Me M sera donc opérée en service de chirurgie de l'exérèse de sa tumeur colique avec pose d'une iléostomie.

Dans le cas de Me M, cette solution a dû être envisagée de manière urgente et définitive. La pose d'une iléostomie soulève un risque important de déshydratation accompagné de troubles hydro-électrolytiques en lien avec l'absence de récupération de l'eau par le colon.

De retour en USLD, Me M s'est avérée très éprouvée par l'intervention, bien que consciente de son caractère urgent, elle n'a jamais pu accepter la présence de cette poche l'iléostomie.

J'étais impressionné par son état de faiblesse à son retour car elle me renvoyait plutôt l'image d'une femme robuste, ne serait-ce que par son niveau éducatif, ses capacités relationnelles, son caractère autoritaire, son autonomie dans les soins. Sans en faire une affaire personnelle, j'ai réalisé sans y accorder trop d'importance que je m'étais trompé sur ses ressources.

Cette opération douloureuse a nécessité l'adaptation de sa prise en charge antalgique, son alitement s'est également vu renforcé par une perte d'élan vital en lien avec la présence de l'iléostomie et le lourd passé anxio-dépressif, cette suite d'événements marque un tournant spectaculaire dans l'état fonctionnel de Me M.

En quelques jours, Me M se montre confuse, elle présente des signes de décompensation de l'humeur, aboulie, hypophonie, troubles du comportement (détache sa poche d'iléostomie), clinophilie, troubles du schéma corporel (ne peut plus désigner ses membres), appels des soignants non motivés (entraînant un certain agacement), pleurs, tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, troubles de l'attention, de la concentration, troubles du comportement alimentaire (alternance d'épisodes d'anorexie et d'hyperphagie, installation d'une potomanie), asthénie, dévalorisation, idées de mort. Parallèlement, on découvre chez elle une infection urinaire mise en évidence par un ECBU, associé à une mesure de la CRP orientant même sur le diagnostic de pyélonéphrite. Suite à cet épisode infectieux aigu s'installe une insuffisance rénale fonctionnelle (avec oligo-anurie) aboutissant au stockage sanguin de lithium.

En quelques heures, Me M présente brutalement des signes de confusion, ne peut plus parler, présente des signes de faillite tensionnelle, le diagnostic d'encéphalopathie au lithium sur insuffisance rénale fonctionnelle est posé. Son état général est tel que nous nous attendons alors à son décès imminent. Je n'étais pas en poste ce jour-là, j'ai appris cette décompensation à ma prise de poste suivante.

Me M parviendra finalement à dépasser cet épisode aigu, mais je n'ai pas retrouvé la Me M. que je connaissais, le contact avec elle est devenu très différent.

A ce jour, Me M n'a pas pu retrouver son état général antérieur à la tumorectomie, Elle est en perte totale d'autonomie. Elle refuse de quitter le lit, ne souhaite plus se maquiller sauf à de rares occasions, elle ne cherche plus le contact des autres résidents, passe ses journées dans le silence, ouvre sa poche d'iléostomie que les soignants renforcent continuellement. Ses journées se limitent désormais aux interventions des soignants entrecoupées de temps d'attente anxieuse. Sporadiquement Me M présente durant quelques heures à quelques jours quelques épisodes de confusion, le dosage de sa lithémie reste le meilleur indicateur de son état général. Cette situation de cascade fonctionnelle m'a bien sûr laissé dubitatif sur la qualité de son parcours de santé, mais qu'y pouvais-je ? Avais-je un rôle à jouer dans son parcours ? C'est une interrogation qui remonte à la surface parfois dans le service de long séjour et ne manque pas de susciter des discussions.

- **POURQUOI :**

Cette situation nous met face à la complexité de la prise en charge de la personne fragile. Afin

de bien comprendre comment Me M. est devenue dépendante suite à une série d'événements successifs, il convient d'abord de faire le point sur la nature de son parcours avant d'aborder l'aspect clinique des choses.

Le parcours de santé de Me M. est émaillé d'une succession d'événements graves qui l'ont menée à une grande vulnérabilité physique et psychique. Elle est entrée en soins de longue durée dans un contexte de fragilité contrastant fortement avec une personnalité sociable, participant à la vie de l'unité, demandeuse de contacts, nouant rapidement des liens avec patients et soignants.

La forte évolutivité de sa tumeur qui a mené à un syndrome obstructif altérant fortement son état général a posé un sérieux problème de parcours. L'urgence vitale est alors devenue centrale, repoussant aux extrémités toute possibilité d'intégrer sa fragilité à sa prise en charge, la situation se résumait alors à opérer ou mourir d'un syndrome occlusif.

Les conséquences de ce défaut de parcours nous démontrent comment le cumul de syndromes gériatriques, la fragilité initiale, les antécédents, les complications post-opératoires, et sûrement d'autres éléments qui à ce jour nous échappent ont mené au phénomène de cascade gériatrique que nous décrirons ensuite.

Une question semble se profiler, « que pouvions nous prévoir de cette suite d'événements ? »

Il est impossible de répondre à cette question dans l'état actuel de la science et la littérature semble à ce jour s'y être peu penché. Cependant, le développement de la gériatrie dans ses aspects cliniques oriente beaucoup son travail de recherche vers la prévention de la fragilité gériatrique.

Une analyse approfondie de la situation de Me M. mise en lien avec la théorie pourrait nous permettre d'appréhender la nature même du concept de fragilité gériatrique, ainsi que ses nombreux enjeux, et implications. L'intégration de ce concept pourrait quant à elle s'étendre à la pratique soignante nous offrant les perspectives que nous développerons en discussion de ce travail.

- **II-2 : Analyse de la situation :**

Toute analyse de situation pose le problème de l'angle par lequel aborder la réflexion.

Entendu que ce mémoire traite de la fragilité gériatrique, il nous est possible d'appréhender cette situation complexe en intégrant le projet de soins de Me M et de le mettre en parallèle avec ses nombreuses fragilités, et ainsi comprendre la pertinence et l'importance de ces critères de fragilité au sein de son parcours.

De ce point de vue-là comme je le décrivais dans l'introduction de ce mémoire, Me M est de profil gériatrique « fragile ». Je pouvais donc raisonnablement penser qu'un événement aigu l'exposerait probablement à des complications, à une altération de ses rapports à l'environnement, à un effondrement de ses processus adaptatifs, physiologiques, psychiques et fonctionnels. Pour cela fallait-il que je puisse au préalable appréhender à quel point Me M. était fragile. Elle l'était par essence, j'en avais connaissance mais n'aurais su dire pourquoi.

Que s'est-il passé dans le parcours de Me M pour que nous assistions à ce phénomène de cascade fonctionnelle ?

Nous ne pourrions probablement pas répondre intégralement à cette question, mais l'analyse de cette situation peut nous permettre de comprendre comment les facteurs précipitants sur une toile de fond de polyopathie et de polymédication ont pu entraîner une cascade de réactions chez Me M, qui l'a menée vers une décompensation globale de ses capacités fonctionnelles.

- **Diagramme de Bouchon, 1984³**

En 1980, le Dr J-P.Bouchon, gériatre s'inspire d'un diagramme connu des rhumatologues servant initialement à représenter le seuil fracturaire en fonction de la déminéralisation osseuse, pour l'étendre au vieillissement organique. Il met cet outil en parallèle avec une étude du Lancet de cette année concernant la pathogénèse et les causes naturelles de l'ostéoporose.⁴

En 1984 il publie son premier article dans lequel il crée 2 ponts importants pour cette analyse :

-De l'organe à la fonction : Il prend en exemple un vieillard atteint de la maladie de Parkinson et qui chute : 2 explications se présentent : Sa pathologie s'aggrave peut-être. Mais ne fait-il pas en fait une pneumopathie ?

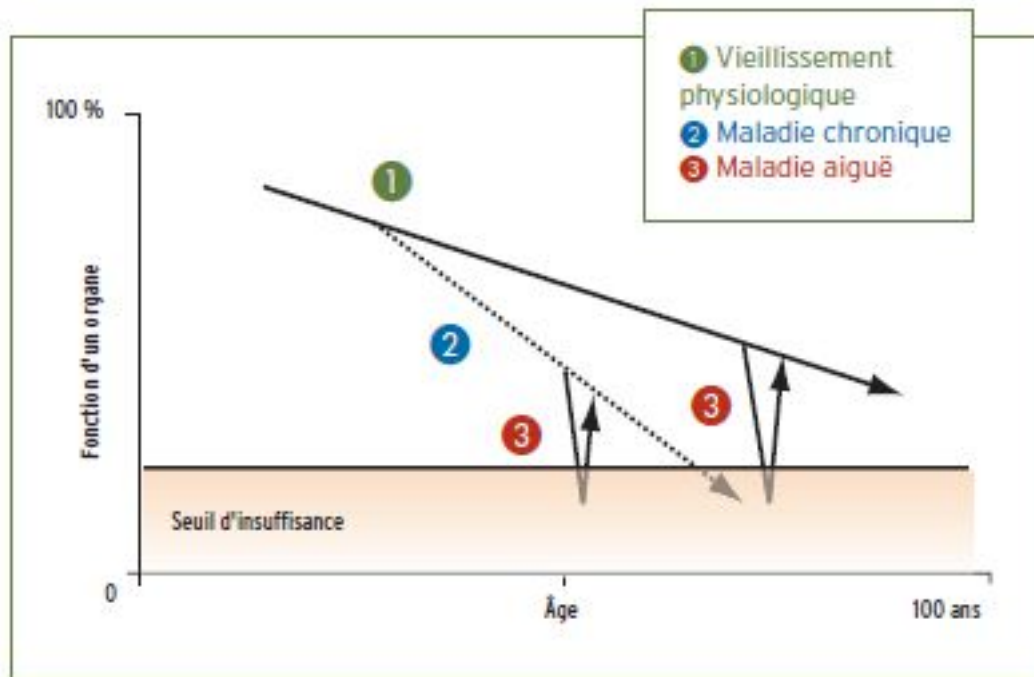
-Du fonctionnel au psychosocial : Parfois un élément social ou psychique peut faire décompenser un équilibre fonctionnel chez une personne âgée. Un deuil, un isolement social, une mauvaise nouvelle, une institutionnalisation peuvent marquer un tournant et entraîner une perte d'autonomie.

A partir de cette réflexion, Bouchon élabore un modèle de la fragilité sous forme d'un diagramme intégrant 3 éléments qui cumulés peuvent aboutir à la décompensation d'une fonction⁵ :

³<https://docplayer.fr/2721045-These-pour-obtenir-le-grade-de.html>

⁴[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(80\)90779-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(80)90779-5/fulltext)

⁵<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/1.html>



Ce diagramme nous montre le caractère multifactoriel, évolutif et dynamique du profil gériatrique d'une personne. Ce modèle peut être présenté comme une approche préalable à l'explication du phénomène de décompensation d'un état chez la personne âgée. On y voit avec la flèche N°1 le vieillissement physiologique (commun à toute la population) d'une fonction organique. La flèche N°2 représentant l'apparition de la pathologie chronique nous montre comment ce processus physiologique de vieillissement se retrouve impacté rapprochant l'état stable de la personne âgée vers un seuil d'insuffisance. Enfin la flèche N°3 nous montre comment les problèmes aigus intercurrents peuvent précipiter la personne vers un seuil de décompensation. Les flèches dirigées vers le haut indiquent la capacité éventuelle de récupération après traitement de la problématique aiguë, nous démontrant que le retour à l'état initial est généralement exclu.

En transposant cette situation clinique au déroulé d'une **consultation gériatrique globale**, voici les paramètres que nous pouvons dégager :

- Avant tout, **Me M est une personne âgée**, cet état de fait ne fait absolument pas d'elle une personne fragile, cependant le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) nous précise le poids du vieillissement physiologique organique dans ce qui fait pencher la balance chez Me M. Ainsi nous pouvons évoquer la physiologie du vieillissement de grandes fonctions de l'organisme (correspondant à l'axe 1 du diagramme de Bouchon) :

-La **sarcopénie** (par fonte musculaire) est d'ampleur variable chez le sujet vieillissant mais atteint environ 20% de la masse musculaire, ce qui serait finalement acceptable si n'intervenaient pas d'autres éléments perturbateurs tels que la dénutrition, la désadaptation au

stress induisant les effets du cortisol sur le corps, ou encore la diminution de l'activité physique.

-Le **vieillessement cérébral** selon l'hypothèse de McCann (1998) est influencé également par la désadaptation au stress. McCann nous explique qu'à stimulus égal, la voie de la dégénérescence (apoptose) peut être privilégiée plutôt que la voie de la plasticité et l'adaptabilité neuronale. Le processus biologique de cette découverte est extrêmement complexe mais son retentissement est majeur.

-Le lien très marqué entre **état nutritionnel et immunité** a été étudié également, le Corpus de Gériatrie évoque notamment dès 2004 le modèle de Lesourd, 1999 et Morley, 2001 décrivant l'existence d'une triade morbide « âge-dénutrition-inflammation ». Il est également d'une grande complexité mais on peut comprendre que l'hypercatabolisme protéique en réponse au stress subit influence le comportement cellulaire à plusieurs niveaux (cicatrisation, renouvellement osseux) et notamment au niveau immunitaire, entraînant un syndrome inflammatoire biologique qui amplifie le phénomène, comme dans un cercle vicieux.

-Le **vieillessement** ralentit la vidange gastrique, la clairance rénale des molécules, le transport plasmatique, le métabolisme hépatique, compliquant beaucoup la polymédication du sujet âgé (par une modification de la biodisponibilité et de la pharmacocinétique des médicaments).

-Enfin des travaux bien plus récents ont expliqué l'impact du **phénomène de glycation** (réaction de Maillard) dans le phénomène de l'inflammation et du vieillissement à l'échelle moléculaire. L'équipe « Glycation : de l'inflammation au vieillissement »⁶ introduit depuis 2017 l'effet des produits finaux de la dégradation du glucose (advanced glycation end-products : AGE endogènes) sur la santé. T.Teissier et E.Boulangier (T.Teissier et Al. Aging Cell, 2019) ont démontré l'apparition d'un état inflammatoire à bas bruit chez la personne vieillissante en lien avec cet AGE endogène, qui accélère le vieillissement (notamment rénal). On retrouve ces produits de dégradation du glucose dans notre alimentation, notamment les aliments cuits à haute température (ce qui ouvrirait peut-être des perspectives en termes de lien nutrition-vieillessement).

- **Me M est une patiente polypathologique** : Nous retrouvons pas moins de 9 pathologies chroniques parmi ses antécédents. Ces pathologies, syndromes et handicaps constituent l'**axe 1 du diagramme de Bouchon**. Selon l'importance qui leur est donnée et les associations de pathologies que l'on souhaite considérer, nous retrouvons donc un syndrome métabolique, des facteurs de risque cardiovasculaire, des troubles endocriniens, des troubles psychiatriques, beaucoup d'événements thrombo-emboliques, des troubles rhumatologiques et sensoriels, des processus dégénératifs, obstructifs, tumoraux, entrecoupés de plusieurs événements aigus très sévères.

La polypathologie elle-même peine à se définir, en effet elle est considérée sur le plan « sémantique » comme la coexistence d'au moins 2 pathologies chroniques, mais ne peut se résumer au concept de comorbidités (partant d'une approche centrée sur la maladie) car elle

⁶<https://pasteur-lille.fr/centre-de-recherche/unites-de-recherche/facteurs-de-risque-et-determinants-moleculaires-des-maladies-liees-au-vieillessement/glycation-de-linflammation-au-vieillessement/>

revêt la nécessité de considérer cet ensemble de plusieurs pathologies existant au sein d'un même système (approche centrée sur le patient, Boyd, 2010) entraînant des conséquences les uns pour les autres et pas de l'addition simple de pathologies parallèles.

Ce concept se complique également d'un questionnement à ce jour irrésolu : que prendre en compte dans cette entité ? Maladies, syndromes, plaintes, handicap ? Devons-nous considérer les événements aigus ? Les troubles sensoriels ?



- **De polypathologie à polymédication :** L'OMS décrit la polymédication par cette approche : « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » (WHO, 2004).

Elle se justifie parfaitement et n'est aucunement critiquable en considérant qu'elle respecte les recommandations pharmacologiques liées à l'âge, à la fonction rénale, au respect du risque d'interactions médicamenteuses, et qu'elle soit proportionnée au nombre de pathologies présentes.

Dans le cas de Me M, le nombre de molécules nécessaires à la prise en charge de ses pathologies se complique d'une fonction rénale qui s'aggrave sur le plan fonctionnel en phase post-opératoire, ainsi que des modifications physiologiques en lien avec le vieillissement (clairance rénale, fonction hépatique, répartition de la masse grasse, état d'hydratation).

- **Facteurs favorisants : Les syndromes gériatriques** Si l'on choisit d'analyser la situation clinique de Me M d'un point de vue gériatrique, nous pouvons définir un certain nombre de syndromes connus des gériatres. Un syndrome est un ensemble de signes et symptômes retrouvés à l'entretien et à l'examen clinique et paraclinique, caractérisant un état pathologique et reconnaissant une étiologie particulière. Par essence cette règle de l'unicité d'étiologie ne s'applique pas aux syndromes gériatriques

qui sont plutôt d'étiologie multifactorielle.

Parmi une liste très conséquente et non exhaustive nous retrouvons chez Me M :

- Trouble de la locomotion : Catatonie, Polyarthrose (disco-lombaire), se déplace en fauteuil roulant
- Trouble cognitif : non exploré et non étiqueté, d'allure vasculaire
- Insuffisance rénale
- Troubles psychiatriques : trouble de la personnalité bipolaire avec épisodes délirants
- Troubles de l'humeur : dépression et tentatives d'autolyse
- Risque de complications iatrogènes : polymédication, insuffisance rénale
- Événements thrombo-emboliques : phlébite, accident ischémique transitoire
- Chutes à répétition
- Troubles respiratoires : insuffisance respiratoire chronique modérée, antécédent de SDRA
- Troubles sensoriels : myopie, presbytie, presbyacousie
- Syndrome métabolique : syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance pancréatique, hypertension
- Ethylisme ancien

- **Facteurs précipitants** : A ce tableau de fragilité (**polypathologie, polymédication, syndromes gériatriques**) au sens où le cadre théorique de ce mémoire le conçoit viennent se greffer un certain nombre d'événements intercurrents, correspondant à **l'axe 3 du modèle de Bouchon**. Nous pouvons répertorier les suivants :

- Entrée récente en institution
- Annonce récente d'un diagnostic de cancer
- Mise en place de mécanismes de défense (l'embryon) peu efficaces
- Grande vulnérabilité psychique mise à mal par une suite d'événements déstabilisants.
- Aggravation d'un trouble de l'humeur
- Précipitation d'événements stressants
- Isolement social et familial
- Douleur
- Constipation
- Syndrome subocclusif en lien avec la tumeur du colon

Ces facteurs précipitants sont des paramètres aussi importants que les syndromes gériatriques eux-mêmes. En effet ils interfèrent avec le terrain de fragilité sous-jacent et peuvent à tout moment entraîner une série de réactions menant à une décompensation fonctionnelle.

Si nous voulons être le plus authentique possible, il convient de faire le point sur la pratique soignante à ce stade de la situation.

En tant qu'un des acteurs soignants de la situation, lorsque Me M déclare un syndrome occlusif, elle ne présente à mes yeux qu'un retard de transit, phénomène répandu en gériatrie et surtout chez Me M.

Après 3 ou 4 jours de traitements inefficaces du retard de selles et installation d'une douleur abdominale et d'un trouble s'apparentant à de la confusion, la décision est prise après

discussion collégiale de transférer Me M pour imagerie et suite de la prise en charge. Ainsi l'idée que Me M soit opérée pour l'exérèse de sa tumeur nous semblait pertinente au regard du fait que nous considérions Me M comme robuste, tant le contraste entre la lourdeur de son dossier médical et l'image qu'elle nous renvoyait était profond. Cet état de fait constitue l'un de mes principaux apprentissages et fait écho au constat de départ intuitif qui mène à ce mémoire. J'aurai la possibilité de développer ce gap qui existe entre raisonnement clinique infirmier et réalité gériatrique de cette patiente dans la partie résultat.

Comme indiqué dans la description de la situation clinique, suite à son retour de chirurgie, l'état de santé de Me M s'est brutalement altéré, le diagnostic de « **cascade gériatrique** » a donc été posé :

- **Une décompensation fonctionnelle globale et complexe : la « cascade gériatrique »**

De toutes les présentations cliniques des syndromes en gériatrie, la plus redoutée et la plus spectaculaire est sûrement le phénomène de cascade gériatrique. Au cours de ce phénomène, un événement aigu physique, psychique ou encore social, ou lié au mode de vie, entraîne une série de décompensations organiques qui se cumulent et interagissent négativement entre-elles. Elle aboutit à l'installation d'une perte d'autonomie (fonctionnelle et/ou psychique) avec des chances compromises de retour à l'état antérieur.

Pour rendre ce phénomène complexe plus concret, imaginons une personne chutant plusieurs fois (en lien avec de nombreux facteurs favorisant la chute), et qui développe une peur de la chute. Cette peur de la chute peut entraîner une posture en rétropulsion, diminuant la mobilité, favorisant la chute en position assise, compromettant la marche, installant une perte de la fonction motrice, majorant le risque thrombo-embolique et d'altération cutanée. Installation d'ankyloses, risque de thrombose veineuse profonde, d'embolie, développement d'escarres, infections, insuffisance rénale, confusion.

Dans le cas de Me M les aspects cliniques sont si complexes qu'il est difficile de connaître le point de départ de la cascade ayant entraîné sa perte d'autonomie « fixée ».

Nous pouvons néanmoins y comprendre cette suite d'événements :

-Fragilité sous-jacente : Polypathologie, polymédication, nombreux syndromes gériatriques, vulnérabilité psychique, lourd passé d'hospitalisations.

-Exérèse d'une tumeur colique dans l'urgence avec pose d'une stomie.

-Période critique post-opératoire : alitement, douleur, modifications corporelles

-Installation d'une infection urinaire : complication du décubitus probable

-Effondrement thymique : en lien avec des antécédents psychiatriques et la nature même du stress subit.

-Pyélonéphrite : introduction d'une antibiothérapie en IV

- Parallèlement, installation d'une **déshydratation extracellulaire** et de troubles ioniques sanguins, en lien avec les pertes hydriques et/ou la carence d'apport
- Aggravation d'une **insuffisance rénale** connue : oligo-anurie
- Stockage sanguin** de molécules médicamenteuses : par diminution probable de la clairance
- Augmentation du **taux sanguin de lithium** (traitée pour trouble de la personnalité bipolaire)
- Encéphalopathie** au lithium : confusion majeure
- Apparition de **signes de choc** (marbrure, hypotension sur hypovolémie)
- Décès possible.**

Le phénomène de cascade gériatrique est si complexe, qu'il soulève beaucoup de paramètres qui seraient hors de propos dans ce travail de mémoire. Néanmoins nous pouvons en approcher la réalité biologique en prenant en compte plusieurs réalité :

- Certaines fonctions ont tendance à décompenser avec prédilection : fonction cérébrale corticale (dépression, confusion), sous corticale (syndrome de régression psychomotrice, également connu sous le nom de syndrome de glissement).
- Atteinte fréquente des grands systèmes : altération de la fonction cardiaque, de la fonction rénale, susceptibilités infectieuses, pneumopathies.
- Atteinte de la fonction d'alimentation et d'hydratation (dénutrition protéino-énergétique, hypercatabolisme protéique, marasme, déshydratation par carence d'apport et/ou pertes excessives)
- La cascade tend à se comporter en cercle vicieux en ce sens que les dysfonctions ont tendance à s'aggraver les unes les autres (syndrome cardio-rénal, dénutrition et escarres, déshydratation et troubles hydro-électrolytiques, insuffisance rénale aiguë et iatrogénie...)
- Le retour à l'état antérieur est compromis (mais pas impossible).
- Sa grande spécificité à la population gériatrique en fait une inconnue de nombre de soignants, de ville ou même hospitaliers.
- Elle résulte parfois d'un défaut de prévention de la fragilisation.

FRAGILITE SOUS-JACENTE

EXERERE D'UNE TUMEUR DU COLON ASCENDANT ET POSE D'UNE ILEOSTOMIE

CAPACITES FONCTIONNELLES

Insuffisance rénale chronique

Polypathologie

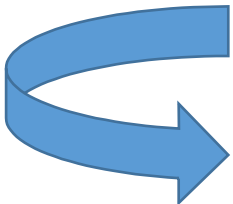
Polymédication

Syndromes gériatriques

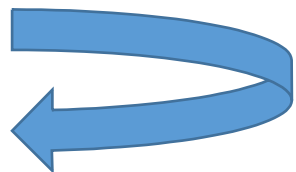
Période critique post-opératoire

Hospitalisations multiples

Vulnérabilité psychique



CASCADE GERIATRIQUE



Choc hypovolémique

Stockage sanguin de lithium

Infection urinaire et pyélonéphrite

Déshydratation extracellulaire

Syndrome confusionnel

Insuffisance rénale aiguë

Encéphalopathie au lithium

III- RÉSULTATS

Après avoir exploré de la manière la plus pertinente possible les différents aspects de la fragilité : Ce qu'elle est d'une part et ce qu'elle implique d'autre part, l'analyse d'une situation typique de cascade gériatrique m'a permis de dégager les enjeux de la fragilité gériatrique par l'analyse d'une situation clinique en ne suivant que le fil de la fragilité de la patiente.

Mes recherches et explorations informelles auprès de mes collègues ainsi que mes observations sur le terrain (en tant qu'infirmier puis en tant que stagiaire infirmier en pratique avancée) m'ont amené à repenser ma manière de considérer l'approche de la personne âgée fragile.

Comme je l'ai évoqué au cours de ma problématique, l'approche soignante de la fragilité trouve sa source dans l'expérience, dans ses apprentissages auprès d'autres professionnels, et dans une part indescriptible de subjectivité, de ressenti, d'intuition. Pour reprendre cette affirmation introductive : « *Je peux reconnaître la fragilité lorsque je la vois, mais je suis incapable de la définir.* » (Hogan et Coll, 2003).

Cependant mon expérience de stage en oncogériatrie lors de ma 1^{ère} année de formation au DE infirmier en pratique avancée m'a fait reconsidérer ma position en ce sens qu'elle m'a montré que la fragilité était en fait étudiée, décrite dans la littérature scientifique, qu'elle peinait à se définir pleinement tant elle revêt de paramètres, mais qu'elle est une réalité palpable et accessible à l'évaluation. De fait, si on l'évalue, si on la comprend alors sa connaissance pourrait rayonner à tous les soignants, pour une optimisation des parcours de soins des personnes âgées d'une part, mais aussi car le cœur de métier de la transversalité en gériatrie aujourd'hui tend à une approche préventive de la fragilisation, voire à un potentiel de réversion partiel ou complet de la fragilité.

Par le biais de la trace d'apprentissage, il m'est désormais possible à partir de l'ensemble des connaissances acquises de mettre en évidence l'intérêt de cette intégration du concept de fragilité à nos prises en soins, de regarder ces perspectives avec un œil pratique, ceci afin de démontrer que l'évaluation seule ne représente pas grand-chose si aucune action n'est entreprise en aval.

La trace d'apprentissage a pour objectif de dégager d'une situation clinique des réponses aux questions que celle-ci soulève en s'inspirant d'un cadre théorique préalablement exploré. La déclinaison de cette méthodologie s'applique bien à ce mémoire car elle va me permettre de mettre en évidence les actions possibles en termes de prévention et de réversion de la fragilité, la finalité étant de répondre à la question centrale de ce mémoire qui pour rappel est :

« En quoi l'intégration du concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants peut-elle optimiser le parcours de santé des personnes âgées ? »

- **Analyse des questions et problèmes que pose cette situation :**

En premier lieu je souhaiterais apporter une précision sur la situation de Me M : elle est

inspirante dans le sens où elle décrit parfaitement un exemple de cascade gériatrique et représente bien le profil de la patiente d'emblée fragile, dans un contexte de service de gériatrie, prise en charge par une équipe performante. Cependant il faut savoir que ses capacités fonctionnelles étaient initialement très fragiles, que **son lourd passé pathologique et sa grande vulnérabilité offrait peu de perspectives de réversibilité**, en d'autres termes, mes discussions avec les gériatres, avec mes collègues et mes propres explorations tendent à démontrer que d'une certaine manière **ses propres limites étaient atteintes, qu'il y avait peu de possibilité d'éviter la situation**. Néanmoins si l'on considère les caractéristiques de cette situation sous une forme « d'absolu », alors elle reste parfaitement exploitable pour décrire le phénomène de cascade gériatrique.

Les avis recueillis auprès de mes collègues tendent à peu près tous vers la même déclaration : « **elle n'était pas assez forte pour ça** ». Il est très intéressant de se pencher un instant sur cette déclaration : « pas assez forte », en d'autres termes « **bien trop fragile** ».

Quel lien faire entre pathologies multiples et polypathologie ?

Me M présente pas moins de 9 pathologies chroniques qui coexistent. Nous avons défini précédemment la notion de « polypathologie », il est intéressant d'expliquer désormais ce qui la différencie de la notion de « comorbidité ».

Nous soignants au cœur des services où nous exerçons prenons en soins des patients présentant un certain nombre de pathologies chroniques, auxquelles viennent sporadiquement se greffer des problématiques aiguës. Notre rôle propre consiste essentiellement à assurer, évaluer et agir pour le confort, le bien être, la vie quotidienne, les besoins fondamentaux de nos patients. Pour ce qui est du problème de la prise en charge médicale des pathologies de nos patients, elle s'effectue nous le savons essentiellement sur critère de collaboration et délégation médicale, sur prescription de soins techniques et de thérapeutiques médicamenteuses.

C'est de cette réalité que naît (du point de vue des soignants) le concept de comorbidité. En effet, à chaque pathologie diagnostiquée correspond un certain nombre d'actes techniques, de traitements médicamenteux et le cas échéant de surveillances.

Pour se montrer de nouveau concret, les infirmiers ont recours à 2 grands outils d'appui au raisonnement clinique :

La méthode CDAR : Introduites par S.Lampe et A.Hitchcock, professeurs en soins infirmiers à Minneapolis en 1986, sous le nom de « focus charting » avec pour finalité de combler un manque d'efficacité des écritures infirmières dans les dossiers de soin. Cette méthode toujours d'actualité met en relation **une cible** (le problème concerné), **des données** (ce qui a été relevé), **des actions** (sur rôle propre et sur prescription médicale), et **des résultats** (une traçabilité de ce qui est relevé après les actions).

- **Le projet de soins selon la méthode CDAR (Cible, Données, Actions, Résultat)**
Situation fictive et simplifiée à visée descriptive :

| CIBLE | DONNEES | ACTIONS | RESULTAT |
|---------|---|---|---|
| Diabète | Hyperglycémie : 2,5g. dl à 16h | Administration 6 UI d'insuline rapide (selon protocole) Surveillance de la glycémie capillaire sur prescription médicale | Glycémie capillaire à 17h : 1, 20g.dl |
| Douleur | Douleur du membre inférieur, claudication ce jour | Administration 1g de paracétamol, information transmise au médecin | Plus de douleur |
| Chute | Patiente retrouvée au sol devant son fauteuil | Patiente relevée, examen, mesure des paramètres vitaux | Pas de blessure apparente, pas de douleur, chute d'allure mécanique |

Cette manière de présenter 3 problèmes en une seule journée (de manière très synthétique) a l'avantage de décrire les événements « pathologie par pathologie », avec beaucoup de détails. Son principal inconvénient c'est qu'elle nécessite la multiplication des écrits, un grand nombre de « cibles ouvertes », et qu'elle ne priorise pas vraiment les problèmes par niveau de sévérité. Mais surtout, cette méthode de raisonnement fait l'impasse sur un problème central dans ce mémoire : **Elle n'aborde pas la polypathologie, elle aborde les comorbidités.**

Du point de vue soignant tout a été repéré, traité avec efficacité dans le respect des bonnes pratiques, et cependant cette patiente chute.

Mais du point de vue gériatrique, voici comment on peut voir les choses : **Cette chute n'est probablement pas mécanique :**

- La patiente a un diabète insulino-requérant (donc potentiellement ancien).
- Elle souffre du membre inférieur et présente une claudication, on peut supposer l'existence parmi ses antécédents d'une AOMI (artériopathie oblitérante du membre inférieur), ou d'arthrose du membre inférieur.
- Elle se trouve devant son fauteuil, peut-être est-elle tombée en essayant de se lever.

Si ces suppositions sont exactes, alors cette patiente est polypathologique, son diabète ancien est peut-être la cause d'une neuropathie périphérique, renforcée par l'existence d'une AOMI, à cela nous pouvons supposer que comme beaucoup de personne âgées la patiente a été victime d'une hypotension orthostatique, **ces différents paramètres n'ont pas fait que se cumuler ou s'additionner, ils se sont imbriqués les uns dans les autres et entraînent des chutes.**

Voici un exemple totalement imaginé mais qui explique de manière concrète ce qu'est un syndrome gériatrique : **en l'occurrence ici il s'agit de la chute.**

- **Le projet de soins selon la méthodologie du modèle trifocal**

Le modèle trifocal est une méthode de démarche clinique qui a été pensée et décrite par Me Thérèse Psiuk, infirmière et directrice des soins et Arlette Marchal (infirmière et formatrice) en 2002. Dans leur ouvrage « *L'apprentissage du raisonnement clinique* » (De Boeck, 2ème édition, 2019) les 2 auteurs nous proposent un modèle hypothético-déductif autour des problématiques de santé de la personne. Cette méthode se montre plus intégrative que la méthode CDAR et explore à la fois les « problèmes (diagnostics, signes, symptômes), les risques (à mettre en parallèles avec les signaux d'alarme précoce), et les réactions humaines physiques ou psychologiques ».

| Problèmes réels et potentiels | Risques | Réactions humaines physiques et psychologiques |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diabète : ancien, insulino-requérance, fréquentes hyperglycémies l'après midi • AOMI : antécédent d'ischémie aiguë du membre inférieur, pontage récent, pas de pouls pédieux perçu, jambe inflammatoire, claudication, périmètre de marche limité • Chute : Chutes à répétition, d'allure accidentelle, hématomes douloureux des genoux | <ul style="list-style-type: none"> • Risque d'hyperglycémie et d'hypoglycémie • Risque de neuropathie périphérique • Risque d'ischémie du membre inférieur • Risque de fracture | <ul style="list-style-type: none"> • Douleur (et présence d'hématomes) • Refus de soins parfois (glycémies fluctuantes) • Appétit variable (et risque d'hypoglycémies) • Refus de marcher (et risque de perte de mobilité) • Fléchissement de l'humeur |

Ce modèle trifocal présente un avantage très précieux, il est très intégratif et permet de mettre en lien les problèmes réels avec les risques qui leur sont associés, et surtout il inclut les paramètres de la sphère psychique et les réactions humaines associées ou non aux problèmes réels.

Il a cependant des inconvénients : il nécessite des connaissances médicales ou une assistance médicale plus importante que la méthode CDAR, il représente une photographie fixe (par exemple à l'entrée d'un patient dans une unité) et ne prend pas en compte un événement aigu intercurrent (dans ce cas fictif, l'hyperglycémie de 16h).

Cependant nous constatons qu'il permet la création de liens cognitifs plus poussés, cette

méthode est d'ailleurs désormais enseignée en IFSI, en IFAS et en formation IPA.

Ainsi du point de vue du modèle trifocal nous pouvons visualiser un peu plus clairement le lien existant entre les chutes et la présence d'une polyopathie : chute provoquée par la coexistence d'une AOMI, d'une neuropathie périphérique, avec présence de facteurs précipitants : douleur, hématomes douloureux, possible hypotension orthostatique.

Il reste à évoquer au-delà de ces 2 approches d'autres problématiques pouvant affecter cette personne sur le plan gériatrique :

- Risque de rhabdomyolyse (si station prolongée au sol)
- Risque de syndrome post chute (modification de la position en rétropulsion, peur de la chute)
- Risque thrombo-embolique accru (en lien avec une augmentation de l'immobilisation)
- Risque infectieux (si développement de plaies)
- Risque de troubles du transit (par immobilisation)
- Risque de trouble de l'humeur
- Risque iatrogénique

Il ne s'agit aucunement de décrire une vision pessimiste de la situation, mais au contraire de montrer à quel point la patiente à partir de 2 pathologies, et un événement aigu (la chute) risque à un moment ou un autre de tendre vers la dépendance. Cet effet « domino » n'est pas au cœur de la culture des soignants, **cela ne signifie aucunement que les soignants ne savent pas gérer un diabète, une douleur et une chute. Mais on apprend au travers de cette petite analyse de situation synthétique comment les choses peuvent se précipiter** sur la base d'une hyperglycémie modérée, d'une chute mineure d'allure mécanique, chez une patiente dont on n'a pas particulièrement pris en compte le phénotype de fragilité.

Ceci nous renvoie donc au postulat de base de ce mémoire, au regard d'un nombre important (et croissant) de patients vieillissants, du développement des pathologies chroniques, les soignants n'ont pas particulièrement en main les clés des grandes spécificités de la population gériatrique. Nous avons montré dans le cadre théorique que la gériatrie était de toutes les disciplines celle où la transversalité était la plus développée. Au cœur de ces unités transversales se trouvent des soignants (encore trop rares) qui ont acquis par l'expérience, le compagnonnage, la formation continue, des compétences et connaissances des syndromes gériatriques, de l'importance de la connaissance du mode de vie des personnes, et des solutions à apporter afin d'assurer aux personnes âgées un parcours efficient et de qualité (sous tous les plans), de limiter les hospitalisations, et de favoriser le maintien au domicile.

Pour revenir un temps sur la situation de Me M, nous pouvons à partir des recherches effectuées tirer d'autres enseignements à porter sur soi dans sa pratique quotidienne :

- **La fragilité gériatrique est un facteur pronostic très fort.**

La prise en compte des différents paramètres favorisant la fragilité d'une personne oriente sensiblement le regard porté sur les capacités fonctionnelles d'une personne âgée.

Nous avons au cours de l'introduction parcouru les principaux types de consultations transversales en gériatrie qui sont proposées. Toutes ont 2 objectifs principaux : **la prévention de la fragilité d'une part et la réversion de critères de fragilité d'autre part**. Ces consultations d'équipe mobile de gériatrie, d'hôpitaux de jour, sont des temps d'évaluation et d'appréciation globales des capacités et ressources des personnes âgées. Comme pour toute intervention, à l'issue d'une consultation une synthèse est systématiquement écrite qui se conclura à chaque fois par une revue des syndromes gériatriques rencontrés, ainsi qu'une série de préconisations ayant pour but de limiter les risques identifiés et les effets des problématiques déjà en action chez la personne âgée. Ceci vise à limiter les effets parfois délétères de passages aux urgences ou d'hospitalisations ultérieures.

En cela il est tout à fait raisonnable d'envisager la qualification du profil gériatrique d'une personne comme **un facteur pronostique fort**. Selon le type de consultations, il peut permettre d'aider à statuer sur la pertinence de telle ou telle intervention chirurgicale, ou sur l'intérêt d'une poursuite d'investigations devant un problème suspecté, ou encore de se prononcer sur le caractère « suffisant » des ressources d'une personne éligible à une chimiothérapie.

- **En quoi est-il important de pratiquer dès que possible une évaluation gériatrique standardisée chez une personne âgée ?**

Nous avons exploré ce nouveau paradigme de la prise en soins de la personne âgée, ce paradigme intégratif vise à prendre compte chaque élément, chaque parcelle de la vie d'une personne et à l'intégrer au cœur de son projet de soins. Thérèse Psiuk a décrit d'ailleurs les fondamentaux du projet personnalisé de soins (PPS) au travers de la situation clinique d'un patient qui a participé à la rédaction de son projet de soins. Indiquant la position qu'il souhaitait favoriser pour chacun des soins qu'on lui prodiguerait, avec une insistance particulière pour l'assistance aux repas, sa peur principale étant le risque de fausse route et de pneumopathie d'inhalation.

Si l'on transpose ce concept de PPS aux interventions en gériatrie, nous nous rendons compte à quel point l'intégration du patient au cœur des discussions est primordiale. Je citerais par exemple la difficulté que peut représenter la préconisation d'utiliser une canne lors de la marche chez une personne n'y ayant pas encore recours. Ou encore la recommandation que nous ferions à une personne présentant des troubles cognitifs légers, et qui conduit encore son véhicule.

Ceci m'amène à un apprentissage central que je retire de la rédaction de ce mémoire :

- **L'importance de ne jamais perdre de vue le caractère éthique que revêt une situation clinique.**

Largement décrit par Paul Ricoeur, la visée éthique qui nous pousse à penser une visée du « bien » de « ce qui est juste » est un outil précieux dans la pratique des soignants. Je ferai ici une parenthèse, il serait faux de croire que le regard éthique soit une spécificité de la prise en

soins gériatriques, en effet, l'éthique étend son champ de recherche à toutes les populations, toutes les classes d'âges et pas seulement dans les secteurs de soins.

L'éthique clinique elle, qui décrit les situations selon les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice est un recours précieux dans nos pratiques car il permet une compréhension complète des problématiques de santé, tout en essayant (avec plus ou moins de facilité) d'apporter des réponses là où le soin trouve ses limites.

Nous l'avons d'ailleurs évoqué, la visée de l'éthique clinique n'est pas d'apporter la solution à suivre à tout prix, mais à peser les enjeux selon les 4 grands principes évoqués, afin d'en dégager la meilleure issue, si ce n'est la moins pire.

- **Un fil conducteur pour chaque évaluation gériatrique : La proportionnalité des soins.**

A moins de vouloir « enfoncer une porte ouverte », ce concept se pose comme une évidence au cœur de la démarche clinique en gériatrie. Les soignants ont par instinct une conception de la fragilité chez la personne âgée. Il leur est difficile d'en définir les contours comme nous l'avons précisé, cependant il serait faux de prétendre qu'ils ignorent le profil de leurs patients.

Il se trouve que mon expérience d'infirmier en gériatrie m'a amené, tout comme elle a amené mes collègues à toujours me montrer vigilant sur la question de la proportionnalité des soins. Comme je le supposais précédemment, les soins infirmiers en leur qualité de socle de la gériatrie nous poussent à tout faire pour maintenir l'état fonctionnel de nos patients à l'équilibre, avec un minimum d'actions, d'interférences, dans un respect absolu de leur autonomie, et avec un regard précautionneux sur le caractère invasif de certains soins et surveillances.

C'est ainsi que j'aurai l'audace d'évoquer les partis-pris, la tolérance que nous avons sur certaines situations, ou encore les libertés que nous prenons sur la nature des prescriptions.

Pour rendre cette dernière affirmation concrète, je citerai le choix délibéré de laisser un patient au lit si celui-ci le demande, le choix de ne pas reposer le cathéter d'un patient s'étant accidentellement ou volontairement dépiqué, ou encore savoir fermer les yeux devant la gourmandise d'un patient diabétique en ne se positionnant pas systématiquement en soignant tout puissant.

Les temps de transmissions, synthèses et les nombreuses discussions informelles entre soignants et gériatres constituent les étapes les plus décisives dans les soins ou les suites de soins de patients âgés fragiles. Ce fil de communication n'est jamais rompu et la notion de collégialité y trouve toute sa définition. C'est au cours de ces temps de verbalisation, souvent très émotionnels, que peuvent se jouer les prises de décision nous permettant de définir les limites du raisonnable de la quantité de soins et investigations à apporter à un patient. Car en effet c'est souvent bien en amont d'un statut de fin de vie que s'impose le concept de proportionnalité des soins, toujours au regard du profil gériatrique de la personne.

Nous pourrions probablement tirer bien d'autres enseignements de ce travail d'analyse de situation. Loin de représenter une réalité exhaustive, il ne peut avoir l'ambition de révolutionner la pratique des soignants auprès des patients âgés mais son thème a su

interpeller une majorité de collègues, m'offrant régulièrement de nouveaux axes de réflexion.

- **Une approche centrée sur la prévention et la réversion de la fragilité**

Un premier contact avec une personne âgée à n'importe quel moment du parcours peut amener n'importe quel soignant à s'interroger sur le profil gériatrique de cette personne. Nous l'avons développé précédemment ce premier screening nécessite de connaître l'existence des spécificités de la personne âgée. Ce développement de compétence est central en gériatrie, a fortiori en transversalité.

Ainsi un patient rencontré en hospitalisation, au domicile, en consultation en ville, aux urgences peut ne pas exprimer une difficulté que nous soignants pouvons être en mesure d'identifier. Cette alerte est un point de départ à l'initiation d'un parcours qui amènerait la personne à une prévention de sa fragilisation, voire une réversion de certaines de ses fragilités. Je ferai de nouveau ici le lien avec le caractère dynamique et pas nécessairement fixé de la fragilité.

En réponse à un certain nombre de syndromes gériatriques identifiés, il est alors possible d'adapter un projet personnalisé de soins en y incluant des mesures préventives ou adaptatives.

Ces préconisations sont souvent lisibles en conclusion des observations faisant suite à une consultation d'évaluation gériatrique.

Voici quelques exemples concrets :

-Chute : test d'hypotension orthostatique positif : port de bandes de contention

Environnement : supprimer les tapis du salon

Marche : introduction d'une canne en T

-Dénutrition protéino-énergétique : soins d'une mycose linguale, prescription de compléments oraux hyperprotéinés, orientation vers un prothésiste dentaire, organisation du portage des repas en collaboration avec l'assistante sociale, ou suivi d'un réseau au domicile.

-Iatrogénie : révision médicamenteuse : Il ne s'agit pas ici de supprimer systématiquement des traitements, mais de s'assurer de la pertinence de l'existence de traitements au regard d'un contexte médical qui est évolutif. Cette notion de révision médicamenteuse soulève 3 phénomènes connus en gériatrie : les concepts « d'underuse (sous-utilisation), de misuse (mésusage) et overuse (sur utilisation) ». La HAS nous propose en 2005 un article du Pr Sylvie Legrain sur les bonnes pratiques en prescription en gériatrie « *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance* »⁷. Outre le problème de l'observance, ou encore du risque iatrogénique cet article nous présente ces concepts préalables à toute prescription en gériatrie :

- **Underuse** : Il s'agit de la sous-utilisation de traitements là où un intérêt médical a été

⁷ http://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf

démonstré. C'est par exemple le cas selon certains auteurs de la Rivastigmine dans les troubles cognitifs légers à modérés. Controversé dans son utilisation, ce traitement est d'ailleurs déremboursé par la sécurité sociale depuis 2018.

- **Misuse** : Nous parlons là de traitements dont les risques dépassent les bénéfiques. Beers dès 1991 décrit une première liste rééditée en 2003 incluant 48 médicaments ne devant pas être prescrits quel que soit l'état clinique du patient. C'est l'exemple actuel des anti inflammatoires non stéroïdiens. Nous rencontrons pourtant en consultation des patients âgés y ayant recours (rappelons que l'ibuprofen est vendu en officine sans prescription médicale).
- **Overuse** : Il s'agit de l'utilisation de traitements en l'absence d'indication ou du maintien du traitement une fois l'indication dépassée. Un exemple frappant rencontré lors de mon stage de 2^{ème} année de pratique avancée était un patient traité pour une pseudopolyarthrite rhizomélique traitée depuis plus de 20 ans par corticothérapie. Les sources officielles et le médecin qui m'encadrait alors m'ont appris que la durée recommandée de la corticothérapie est de 18 mois à 2 ans. Les corticoïdes au long cours ont de nombreux effets indésirables (sur la pression artérielle, la régulation de la glycémie, le remaniement osseux...), et entraînent également des insuffisances surrénales parfois irréversibles par inhibition de la sécrétion de l'ACTH (hormone hypophysaire) donc de l'axe corticotrope.

-Problématiques sociales : La mise en évidence d'une problématique sociale compromettant le mode de vie d'une personne doit alerter autant qu'une problématique de santé. Tout soignant peut se rapprocher des nombreux dispositifs d'assistance au maintien à domicile que nous avons explorés en introduction de ce mémoire. Le recours à l'assistante sociale en secteur hospitalier semble une évidence, il est moins démocratisé en ville. Je n'ai d'ailleurs découvert l'existence des notions de réseaux de soins qu'en formation de pratique avancée, renvoyant au thème même de ce mémoire. Ainsi partant d'une consultation d'un patient en équipe mobile de gériatrie, une patiente chutant à répétition a pu bénéficier d'un signalement auprès d'un ESPRAD (équipe spécialisée de prévention et réadaptation), plusieurs ergothérapeutes l'ont évaluée, accompagnée au domicile et ont adapté son logement, réduisant de manière significative le risque de chute chez cette patiente qui peut continuer de vivre chez elle.

Il serait impossible de décliner toutes les perspectives préventives des nombreuses notions qui ont été abordées dans ce travail, de même qu'il serait bien ambitieux de prétendre diffuser ce lourd contenu théorique à tous les soignants.

Néanmoins il serait maintenant intéressant de tourner la page de cette trace d'apprentissage pour la confronter aux possibilités et perspectives d'intégration du concept de fragilité gériatrique dans la pratique des soignants.

IV- DISCUSSION

L'idée centrale qui constitue le fil de mon mémoire de pratique avancée consiste à comprendre ce qu'est la fragilité gériatrique au sens très large, à savoir une approche de sa définition, de ce à quoi elle s'intéresse, des échelles standardisées qui permettent son évaluation et son suivi, ce qu'elle implique, pourquoi on l'évalue, comment on la prévient et éventuellement comment on y pallie. L'objectif très global de cette démarche réflexive est d'optimiser le parcours de soins de la personne âgée tel que nous l'avons exploré au cours de ce travail de réflexion.

Après avoir exploré cette part théorique, et l'avoir exploitée dans une situation réelle pour en saisir les enjeux, comment amener ce concept de fragilité gériatrique au cœur de la pratique des soignants ?

- **Tout soignant** selon son domaine d'exercice devrait pouvoir envisager son patient dans une dimension supplémentaire, celle de sa fragilité.

En effet si les gériatres sont très au fait de ce concept et orientent leur pratique autour de leur culture du profil gériatrique de leurs patients, il a été évoqué dans la trace d'apprentissage qu'on peut envisager les soins paramédicaux comme socle historique de la gériatrie.

En première ligne des soins à l'hôpital ou en ville, les infirmiers et aide soignants ont une place centrale dans le quotidien ou le maintien au domicile de leurs patients et ont la chance d'un rapport privilégié avec les médecins. Cette collaboration, cette mise en commun des savoirs et ce partage des pratiques « médico-paramédicales » devrait permettre aux soignants d'être les premiers sonneurs d'alarme devant le constat de fragilisation d'une personne, tout comme ils sont les premiers acteurs dans la prise en soins.

Comme décrit précédemment, la culture des spécificités de la personne âgée ne s'enseigne pas dans les formations paramédicales, pas plus que les concepts qui gravitent autour de celui de fragilité gériatrique. Je l'ai souligné auparavant, **ceci ne signifie aucunement que les soignants ne sont pas experts de leur domaine** au sein de leurs services respectifs. Cette vision de l'intégration du concept de fragilité s'envisagerait plutôt **comme une plus-value transversale**, participant au développement du paradigme de la gérontologie moderne qui se joue actuellement, le moyen d'un langage commun, du développement d'une culture commune de la gériatrie où qu'on exerce.

- Pour être un peu plus terre à terre, **comment envisager ce screening des patients**, comment pourrait-on évaluer de manière efficiente le profil gériatrique des patients que l'on rencontre ?

A l'entrée d'un patient en hospitalisation ou en structure médico-sociale une revue des syndromes gériatriques pourrait être effectuée en collaboration avec le médecin, ceci afin de mettre en évidence, au-delà des diagnostics médicaux et paramédicaux, les ressources et potentiels actes de prévention ou de réversion des critères de fragilité de la personne.

Lors de mon parcours de stage en filière gériatrique, j'ai pu découvrir les différentes voies de repérages de critères de fragilité : par le biais de l'entretien j'ai pu recueillir la plupart du temps une anamnèse pertinente ainsi que des informations importantes permettant de caractériser le profil gériatrique de la personne évaluée.

En équipe mobile de gériatrie j'ai souvent été appelé à venir évaluer des patients aux urgences présentant des problématiques gériatriques. L'idée essentielle sur cette intervention courte est d'obtenir un maximum d'information sur un délai court, dans des circonstances souvent pénibles pour la personne, dans une atmosphère effervescente, en présence de bruits, j'ai alors développé des habitudes pour évaluer les patients que je garderai pour ma pratique professionnelle :

- Demander au patient ce qui lui est arrivé (bien que je sois déjà informé sur ce sujet), permet de déterminer à la fois les circonstances d'une chute, d'un malaise, mais aussi de vérifier l'orientation et un éventuel trouble cognitif chez une personne.

- Lui demander s'il se sent capable de rentrer au domicile, souvent le patient mettra alors lui-même en évidence la nécessité d'une hospitalisation ou encore de la nécessité de modification d'un plan d'aide au domicile.

- Me présenter tel que je suis, un infirmier en pratique avancée avec une certaine expertise pour les troubles des personnes vieillissantes. Ce qui a tendance à renforcer l'adhésion de la personne à l'entretien.

Chacune de mes interventions faisait alors l'objet d'une observation écrite dans le dossier patient informatisé, sur laquelle apparaissait une prise de position personnelle sur le profil gériatrique et le niveau de fragilité de la personne évaluée, explicité par les arguments recueillis lors de l'entretien, de l'examen clinique, paraclinique, ou encore auprès de personnes jointes à posteriori (médecin traitant, lieu de vie, famille, aidant principal).

Ce principe d'écriture d'observations est bien connu des soignants qui tracent systématiquement les événements importants et les changements dans leurs prises en soins au quotidien.

Ainsi La macrocible d'entrée dans le dossier infirmier pourrait par exemple comporter une mention « syndromes gériatriques » qu'il serait d'ailleurs possible de réviser (dans les cibles intermédiaires) suite à des changements dans l'état de santé de la personne concernée.

Ainsi à la prise en charge sur rôle propre et sur prescription médicale peut également se développer une prise en charge parallèle, plus transversale et étalée dans le temps correspondant aux actes de prévention et de réversion de la fragilité. Nous pouvons imaginer par exemple les temps de travail sur la mémoire en collaboration avec l'orthophoniste sur le long cours, le bon suivi de la prise de compléments oraux hyperprotéinés par le biais de la traçabilité avec la diététicienne et le suivi de la qualité du sommeil en collaboration avec les équipes paramédicales de nuit.

A cette dimension supplémentaire de la prise en charge devrait alors se greffer des temps de synthèse à rythmes réguliers en collaboration multidisciplinaire afin de réajuster le plan personnalisé de soins de la personne concernée.

Le rôle préventif infirmier est défini dans l'article 4311-2 du code de santé publique⁸. Il décrit la possibilité pour l'infirmier de mettre en œuvre des actions préventives sur rôle propre ou sur prescription médicale « *en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* » .

Ceci donne toute légitimité morale et légale aux soignants de prendre part à la prise en compte des spécificités gériatriques dans leur pratique quotidienne.

- Les connaissances gravitant autour du concept de fragilité gériatriques constituent un lourd corpus théorique qu'il serait probablement inutile et difficile à déployer à l'ensemble des soignants dans son intégralité. Cependant nous pouvons imaginer un moyen d'amener les soignants à **repérer et orienter les signes les plus standards** d'un processus de fragilisation chez un de leur patient.

Au centre de ces **signaux d'alarme précoces** se trouve un dénominateur commun : la perte d'indépendance fonctionnelle. Chaque modification péjorative d'une capacité fonctionnelle, **même si elle peut sembler banale**, doit faire l'objet d'une attention particulière du soignant et faire redouter la décompensation de ladite fonction.

Une perte d'élan vital, un refus de se lever, une baisse d'appétit, 2 chutes dans un intervalle court, un trouble mnésique léger, une fausse route, l'apparition d'un trouble du sommeil, une baisse d'audition, une paire de lunettes disparue, une prothèse dentaire abîmée, une problématique sociale ou familiale, autant d'événements qu'il est aisé de banaliser ou de rationaliser et qui peuvent être le premier domino d'une série d'événements menant à la dépendance. Chacun de ces exemples trouve une réponse adaptée au cœur de l'expertise gériatrique quel que soit le contexte de découverte et doit être considéré comme un réel problème à inclure au projet de soins de la personne.

Parmi les compétences des IPA décrites précédemment se démarque celle du **leadership clinique infirmier**. Loin de l'idée de remettre en cause la pratique quotidienne des soignants, les infirmiers ayant développé des compétences et connaissances peuvent créer une émulation dans une optique d'amélioration des pratiques. Exerçant auprès d'une infirmière orientée « parcours » au cours de ce stage de 2ème année, je n'ai jamais manqué de lui apporter les éléments manquant à ses connaissances essayant surtout de répondre à sa propre demande de perfectionnement. A l'avenir il me plairait au delà de mes activités de clinicien d'être acteur dans le développement de compétences de mes pairs, par la création de temps d'analyse de situations sous forme de groupes de travail, ou encore en m'inscrivant comme intervenant auprès des services de la formation continue.

⁸Art 4311-2 du code de santé publique

- J'identifie cependant **plusieurs freins** à cet arbre des possibles.

-La réalité du terrain et la charge en soins qui sont le lot de nombreux soignants actuels peut éventuellement amener à une réflexion sur la faisabilité de tels temps d'évaluation et de synthèse multidisciplinaire autour de la fragilité des personnes âgées.

Il va de soi que les valeurs soignantes et la volonté des soignants de se situer en amont des soins curatifs pourrait les encourager à prendre part à ce modèle de prise en charge spécifique. Cette approche holistique du soin renvoie à la base du cœur de métier des soignants, mais l'expérience nous montre la lenteur de réalisation de ce genre de projet et la nécessité de moyens (en temps, en argent, en ressources humaines) qu'elle sous-entend. Je mettrai pourtant en lumière un travail réalisé par l'équipe du court séjour gériatrique où j'ai pu suivre des patients stabilisés orientés par les médecins, autour d'un dépistage du trouble de déglutition chez les patients entrant, axé autour d'une affiche en chambre sur laquelle tout soignant évaluateur (et formé au préalable) se positionne sur le risque de fausse route du patient entrant et propose d'emblée une adaptation de la texture alimentaire ou des boissons.

-Le lien entre la prise en charge de ville et l'hôpital est en développement. Il tend bien entendu à se renforcer et le développement du suivi gériatrique par le biais des consultations et hôpitaux de jour y joue un rôle déterminant. Néanmoins pour que ce langage commun, cette culture de la gériatrie puissent exister sans discontinuité entre ville et hôpital il faudrait que l'accès à cette expertise hospitalière soit corrélé à une capacité des soignants de ville à repérer et prendre en compte la fragilité dont ils sont témoins. Or il est plus difficile en ville d'avoir accès aux formations existantes, en ce sens que le secteur libéral finance lui-même sa formation continue. Cette mesure peut ne pas être incitante à développer de nouvelles compétences.

-De manière plus anecdotique, les représentations des soignants en ce qui concerne les personnes âgées sont encore teintées de préjugés et de « faux amis ». Il est encore possible d'entendre parler de « sénilité », qu'il est normal de perdre la mémoire à un certain âge, et il est tout à fait acceptable de faire des choix de carrières adaptés pour exercer à minima auprès des personnes âgées. Cependant les prévisions démographiques décrites en introduction de ce mémoire nous montrent un vieillissement inéluctable de la population dans les prochaines années qui devrait nous faire repenser nos représentations de la fragilité en gériatrie par le développement de la connaissance et de compétences spécifiques. Ce qui pourrait permettre d'agir en amont de la fragilité et d'assurer aux personnes âgées un parcours de soins optimal.

- Il est difficile d'envisager de **développer les connaissances** en termes de profil de fragilité des soignants ainsi que tout ce que cela implique autrement que **par le biais de la formation.**

Les formations en IFSI et IFAS à la différence de la formation médicale n'intègrent pas la

gériatrie en tant que spécialité à leur enseignement. Ceci ne remet pas en cause la qualité de l'enseignement actuel en formation infirmière ou aide-soignante qui par l'universitarisation suite à la réforme de 2009 a permis aux soignants d'intégrer le modèle d'étude « licence-master-doctorat » dont j'ai moi-même pu bénéficier. Cependant l'expérience en secteur de gériatrie permet de cumuler des connaissances et des manières de penser les soins auprès des pairs et des médecins. Comme je l'expliquais au cours de l'analyse de situation, la prise en charge sur rôle propre et sur prescription médicale s'intéresse aux comorbidités et aux besoins en termes de bien-être et de confort, jusqu'à la prise en charge de fin de vie, mais ne se penche pas sur le concept de polyopathie, de cascade gériatrique, de parcours de soins de la personne âgée.

Remettre en question son savoir et son savoir-faire après plusieurs années d'exercice peut s'avérer stimulant et valorisant, en cela les centres hospitaliers offrent un panel de formations aux soignants qui le désirent, dans le but de stimuler leur besoin d'évolution et de développement de compétences. Cette démarche de formation continue⁹ s'inscrit dans la loi et constitue un droit des agents de la fonction publique hospitalière et du secteur privé.

Nous pourrions alors transposer ce principe de formations auxquelles un soignant postule volontairement en proposant des notions théoriques autour du thème de la fragilité gériatrique, une revue d'échelles gériatriques standardisées, des discussions éthiques autour de cas cliniques réels et des mises en situations professionnelles autour du principe de l'évaluation gériatrique et des solutions qu'on apporte en termes de prévention et de réversion de la fragilité gériatrique.

-Ce mémoire n'étant pas un mémoire de recherche, par définition il ne teste rien et n'apporte aucune réponse, mais permet de dégager par le biais de l'analyse critique de situation des éléments théoriques et pratiques et permet également d'envisager des axes d'exploration en termes de pratiques professionnelles. Ainsi l'intérêt que je porte à l'expertise gériatrique peut ne pas être unanime auprès des soignants de même que mes « certitudes » en ce qui concerne la pertinence d'une démarche d'intégration de la fragilité à la pratique des soignants pourraient parfaitement être discutée.

Il est également possible de semer les graines de ce concept auprès des étudiants paramédicaux sur leurs lieux de stage, afin de les éveiller à l'existence de cette réalité en gériatrie, et également de leur offrir des possibilités d'actions en termes de prévention et de réflexion autour de leurs prises en charges d'étudiants en secteur gériatrique. Cette idée fait d'ailleurs partie des projets qui me tiennent à cœur dans ma future pratique d'IPA, me permettant à la fois de mettre en pratique mon travail de mémoire et de continuer à interagir avec les soignants en formation comme j'ai toujours aimé le faire, mais sur un axe plus didactique.

- Parallèlement au développement de la transversalité et avec l'essor du lien ville-hôpital on voit apparaître progressivement une **transformation des missions infirmières en gériatrie et en ville.**

⁹<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3033>

En effet, la notion même de parcours de la personne âgée, les compétences nécessaires dans la pratique des hôpitaux de jour, les besoins médicaux délégués aux soignants, les besoins en coordination grandissants, tout cela mène à l'apparition d'infirmières aux compétences élargies et aux missions de plus en plus variées, certaines se trouvant même en dehors des compétences techniques et cliniques.

-L'infirmière de coordination (IDEC) se situe à l'interface de la pratique clinique de ses collègues infirmiers et des différents coordonnateurs du parcours de soins de la personne. Elle est le professionnel de référence aux temps forts des prises en charge et surtout à l'articulation et l'organisation de ces temps. Elle facilite à la fois les entrées et sorties de patient tout en veillant à la qualité de leurs trajectoires, coordonne les diverses actions et s'assure de la qualité de la prise en charge. Ses fonctions sont essentiellement hospitalières ou médico-sociales. Elle peut d'ailleurs se substituer à l'existence d'un cadre de santé en EHPAD tant leurs missions y sont similaires.

-L'infirmière de parcours (infirmière coordinatrice de parcours complexes) se distingue de l'IDEC par l'établissement du chemin clinique des personnes âgées, à savoir le déroulement prévisionnel intégral du séjour d'un patient à la problématique complexe. Elle veille à l'application et l'organisation de cet « épisode du parcours » et est garante d'un parcours cohérent, acceptable, adapté et proportionné. Elle participe à la qualité du parcours par la mesure des écarts et la mise en place en équipe pluridisciplinaire d'actions correctrices le cas échéant. Sa particularité est qu'elle se situe à l'interface de la ville et de l'hôpital en ce sens que son suivi s'étend également à la mise en place en ville des préconisations hospitalières. Sa pratique s'intègre à la démarche de qualité institutionnelle. J'ai eu la possibilité d'exercer avec une infirmière remplissant cette fonction au cours de mon stage en filière gériatrique. Nous avons tous deux mis en évidence que notre collaboration infirmière-IPA constitue une plus-value certaine dans des interventions telles que les HDJ intermédiaires par une homogénéité de langage, une rapidité de compréhension des problématiques non médicales, et par les échanges de connaissances profitables autant aux soignants, qu'aux patients ou leurs aidants. Je garderai cette idée dans ma future pratique d'IPA, espérant favoriser des évaluations les plus holistiques possibles, et une valorisation des sciences infirmières au cœur des activités de consultation.

-L'infirmier en pratique avancée est un infirmier aux compétences et connaissances cliniques élargies. En ce sens ses rapports avec les médecins sont renforcés par l'existence d'un exercice coordonné soit en soins primaires soit en collaboration auprès d'un spécialiste. Cet exercice coordonné n'existe qu'à travers la rédaction d'un protocole d'organisation qui délimite les caractéristiques des missions autonomes de l'IPA ainsi que les conditions de délégation de suivi de patients, et de leur éventuel retour auprès du médecin.

La spécialité de l'IPA en gériatrie a failli être la 1ère mention de ce nouveau métier (dont les 1ers diplômés français exercent depuis seulement 2018). Il est apparu que la mention

« pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires » était en fait la plus adaptée à la pratique en gériatrie, ainsi la formation en Master intègre-t-elle un important volet gériatrique. Ses compétences s'étendent également aux activités de coordination, de conduite de projet ce qui en fait un partenaire de l'IDEC ou de l'infirmière de parcours évident. Les IPA développent également des compétences en recherche clinique ce qui leur permet la participation au développement de la recherche infirmière ainsi que la collaboration avec les attachés de recherche clinique (ARC) et les infirmiers de recherche clinique (IRC).

- **Fragilité gériatrique et perspectives en pratique avancée.**

Le déploiement des IPA dans le système de soins en France ne laisse pas indifférent, cette profession déjà ancienne dans de nombreux pays du monde (Grande Bretagne, Canada, Etats unis, Afrique du Sud...) est très récente en France et soulève la question des promesses et limites de ce nouveau métier. Beaucoup de secteurs de soins sont en revanche très en attente de ce déploiement en ce sens que la pratique avancée peut entrer dans un processus d'amélioration de l'efficacité du système de santé.

Les secteurs gériatriques ont beaucoup à offrir aux futurs IPA en ce sens qu'ils peuvent parfaitement trouver leur place au sein de la transversalité.

Mon parcours de stage en pratique avancée composé de 2 mois à la pratique de la consultation d'oncogériatrie où j'ai découvert le paradigme de l'évaluation de la fragilité, et de 4 mois au sein d'une filière gériatrique où j'ai pu développer de nombreuses compétences purement cliniques (examen clinique) et de coordination (en collaboration avec une infirmière de parcours) m'ont ainsi donné les clés nécessaires à mes futures missions d'IPA en gériatrie, tout comme ils ont alimenté le contenu des réflexions constituant ce mémoire. L'accueil et l'encadrement que j'y ai reçu m'a permis de développer de grandes capacités telles que rédiger une observation, examiner un patient, effectuer mon diagnostic de pratique avancée, participer au diagnostic médical, aux ajustements de thérapeutiques, à effectuer mes propres préconisations de prise en charge, voire même à me prononcer sur les suites à donner à une prise en charge.

Ainsi parmi les missions que j'ai pu effectuer, il apparaît que parmi les nombreuses possibilités :

-En consultations, l'IPA est en mesure de recevoir un patient primo-consultant, d'effectuer une anamnèse, d'explorer le mode de vie, de dégager les diverses problématiques à explorer, d'effectuer un premier examen clinique et d'orienter et coordonner les suites de la prise en charge.

-Les hôpitaux de jour sur les thèmes de la mémoire et des chutes offrent la possibilité de prendre en charge en collaboration avec le médecin un patient depuis son entrée, de pratiquer l'examen clinique pertinent dans ce contexte, d'effectuer quelques échelles d'évaluation en collaboration avec les autres professionnels, de coordonner les différentes interventions et éventuellement de rédiger la conclusion de la consultation en aval du temps de synthèse

auquel il participe.

-Les hôpitaux de jour intermédiaires offrent sensiblement à l'IPA les mêmes possibilités d'action mais dans des problématiques plus larges dans lesquelles il mobilise des compétences médicales, sociales et infirmières étendues. Après un examen minutieux du dossier, des courriers médicaux, compte rendus d'examens paracliniques, L'IPA peut dérouler avec le patient et l'aidant principal le mode de vie, l'histoire de la maladie et les problématiques à explorer. L'examen clinique permet de mettre en évidence des manifestations cliniques physiques, psychiques, sociales, environnementales qui ensuite seront transmises au médecin lors d'un court temps de synthèse indispensable. Le patient est ensuite revu en présence de l'IPA et du médecin pour la conclusion de la consultation. Ce type de consultations résolument novateur permet d'aborder des thématiques jusqu'ici peu accessibles aux soignants : les consultations de psychogériatrie, de cardiogériatrie, l'évaluation gériatrique globale, l'orthogériatrie, on peut alors imaginer une infinité de possibilités de thématiques.

-L'équipe mobile de gériatrie propose une grande variété d'interventions intra-hospitalières allant de l'évaluation gériatrique globale dans l'optique d'émettre un avis sur des suites de prise en charge, de qualification du profil du patient, à l'évaluation des circonstances de chutes multiples, d'un syndrome confusionnel, d'une problématique sociale complexe, ou du dépistage de fragilités ou de décompensations fonctionnelles (en service d'urgences par exemple). Cette activité interventionnelle permet de coordonner également une éventuelle programmation d'une consultation en hôpital de jour ultérieur, ou d'interagir avec d'autres professionnels (assistante sociale) pour l'élaboration d'un plan d'aide adapté pour un retour au domicile sécuritaire.

Il serait illusoire de considérer les IPA comme une solution systémique à un système de santé imparfait (mais performant), mes nombreuses discussions avec d'autres professionnels de santé m'amènent à considérer mes nouvelles missions comme un nouvel élément dans le décor qui participera à l'établissement d'un nouveau paradigme du soin qui se joue de manière collective.

Parmi mes futures missions d'IPA en service de consultations et hôpitaux de jour je souhaiterais avoir la possibilité de me greffer à des missions en recherche clinique en collaboration avec une ARC, j'aimerais enfin pouvoir participer à l'encadrement de futurs IPA, cette fonction reste d'ailleurs à définir en ce sens que j'appartiens à la première promotion d'IPA du CHU de Lille et que je n'ai moi-même jamais pu être encadré par un IPA, rôle que les cadres de santé, infirmiers et médecins ont rempli avec beaucoup de bienveillance.

V- CONCLUSION

Dans un contexte de vieillissement global de la population, corrélé à une incidence croissante de la pathologie chronique, la prise en charge de la personne âgée vit actuellement un phénomène de virage ambulatoire. Ce mode de prise en compte de la fragilité gériatrique, orientant ses actions autour de la prévention et la réversion de la fragilité a pour finalité un nouveau paradigme de la prise en charge gériatrique, maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible dans leur domicile, limiter les hospitalisations et faire émerger un lien ville-hôpital très fort, un décloisonnement du parcours de soins des personnes âgées.

En première ligne des soins aux personnes âgées, les soignants sont en ville comme en hospitalisation les garants de la qualité d'un parcours de soins adapté au profil gériatrique de leurs patients.

Infirmier de secteur gériatrique depuis plus de 5 ans je n'ai découvert le concept de fragilité gériatrique qu'en intégrant la formation au diplôme d'état infirmier en pratique avancée.

Tout infirmier développe à l'expérience et auprès de ses collègues une certaine forme d'intuition quant au profil de ses patients, ainsi mon approche de la fragilité gériatrique pouvait alors se résumer à cette citation :

« *Je peux reconnaître la fragilité lorsque je la vois, mais je suis incapable de la définir.* » (Hogan et Coll, 2003).

Au cours de mon premier stage infirmier en pratique avancée en service d'oncologie, on m'a offert de découvrir et de pratiquer l'évaluation oncogériatrique. L'oncologue qui m'encadrait m'a fait découvrir que certains paramètres en lien avec le vieillissement, la présence de pathologies chroniques et l'intervention d'événements aigus pouvait être évalués en multidisciplinarité et nous permettaient d'émettre un avis purement « gériatrique » sur les capacités fonctionnelles d'une personne, et éventuellement à assurer une suite de prise en charge médicale proportionnée de son cancer. Pour faire simple, la connaissance du profil gériatrique d'une personne semblait avoir un impact fort sur la nature de son parcours de santé. J'ai identifié alors une réalité scientifique là où d'ordinaire je me fiais à tort ou à raison à mes représentations, à mon intuition.

Je me suis alors pris d'intérêt pour ce vaste concept et ai choisi de l'étudier de la manière la plus assidue possible. J'ai d'ailleurs orienté la recherche de mon stage de 2^{ème} année autour d'une filière gériatrique qui m'a proposé un stage en transversalité où l'on m'a offert à la fois de développer des compétences en lien avec mon futur poste d'IPA ainsi qu'avec le contenu même de mes recherches.

C'est tout naturellement que j'ai fait le choix avec l'aval de mon directeur de mémoire d'un mémoire de type « **analyse des pratiques professionnelles** », incluant l'analyse d'une situation clinique vécue en poste d'infirmier en soins généraux, mais analysée avec le regard d'un futur IPA.

Après avoir identifié de manière informelle auprès de mes collègues que le concept de fragilité était pour eux une évidence mais qu'ils ne pouvaient le définir bien qu'il revête une valeur diagnostique et pronostique forte je me suis posé la question de départ suivante :

« En quoi l'intégration du concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants peut-elle optimiser le parcours de santé des personnes âgées ? »

Une analyse approfondie de la situation clinique de Me M m'a amené à de nombreuses recherches et discussions avec des professionnels de santé des unités de soins traitant de cette problématique de la fragilité. Ainsi en cherchant à définir ce qu'est la fragilité et également ce qu'elle implique, j'ai pu prendre toute la mesure de la notion de parcours de la personne âgée. Outre un nombre infini d'échelles de mesure, des définitions incomplètes ou controversées, tous les auteurs s'accordent sur la place centrale du profil gériatrique de leurs patients, il n'existe à ce jour aucune définition exhaustive, l'approche de la fragilité reste à ce jour essentiellement consensuelle.

J'ai pu découvrir de par mes recherches et mon parcours de stage en transversalité que l'approche des soignants ayant développé des compétences professionnelles autour de ce thème, ou ayant été formées par le biais de la formation professionnelle s'inscrivaient dans un processus moins curatif de la gériatrie mais plutôt dans une optique préventive voir de réversion de la fragilité, renvoyant au caractère dynamique de la fragilité.

Ce développement de compétences et de connaissances de la fragilité gériatrique offre une culture supplémentaire permettant un langage commun avec les différents acteurs, favorisant une optimisation du parcours de soins de la personne âgée. C'est sur cette base que se sont développées de nouvelles missions infirmières qui font d'ailleurs l'objet de diplômes universitaires.

Ceci est possible grâce à un regard holistique de la gériatrie, avec une visée éthique continue, pour des soins toujours proportionnés.

La rédaction d'un mémoire est un investissement en temps et en énergie assez important, mais à la fois ce travail consistant en une analyse critique des pratiques professionnelles permet un travail introspectif qui exercera une influence sur mon futur métier d'IPA.

Je mets en évidence quelques limites au contenu de ce mémoire, en effet le postulat de base étant une discussion informelle avec mes collègues de travail autour de leur représentation de la fragilité, il ne constitue pas une réalité absolue et démontrée. Ce thème pourrait par ailleurs être traité sous une autre forme par une approche plus orientée « mémoire de recherche » dans le cadre d'une recherche qualitative.

D'autre part, comme je l'ai présenté en introduction, une définition et des critères diagnostiques standards semblent impossibles à établir. A ce jour un consensus d'expertise gériatrique permet de considérer le profil d'une personne en fonction d'un certains nombres de critères, souvent propres à chaque service. C'est pourquoi il m'a fallu prendre le parti de présenter les critères et échelles d'évaluation les plus usités en pratique courante, ce qui peut représenter un biais dans la présentation.

Enfin, l'idée de l'analyse de la situation de Me M a été argumentée par l'existence d'une cascade gériatrique très impressionnante par sa rapidité et son intensité. Mais comme je l'expliquais au court de cette analyse, elle n'est par ailleurs pas l'exemple précis d'une patiente dont on pouvait espérer que des actions de prévention auraient pu lui éviter cette

décompensation fonctionnelle globale. Très fragile contrairement à son apparence et son comportement, son état de santé très précaire ne présageait pas que la situation puisse se dérouler autrement.

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais avant tout exprimer ma reconnaissance au Dr Daniel Dreuil, gériatre et chef de service de l'USLD de l'hôpital gériatrique Les Bateliers et directeur de ce mémoire pour cet accompagnement quasi initiatique de 9 mois de rédaction, pour ces échanges très stimulants intellectuellement qui m'ont mené plus loin que ce que j'espérais et pour sa disponibilité sans faille.

Je remercie Le Dr Pierre Robinet, gériatre et chef de service du court séjour gériatrique de l'hôpital Saint Philibert et tuteur professionnel de mon stage de 2^{ème} année pour m'avoir convaincu et conforté dans le choix de cette thématique, pour avoir su dédramatiser mes moments de doute et m'avoir permis de trouver ma place comme IPA tout en m'amenant à refaire le lien avec le contenu de mon mémoire.

Merci au Pr François Puisieux, gériatre et chef du pôle gérontologie du CHU de Lille qui d'une simple discussion autour du thème de mon mémoire m'a permis de déduire l'existence de ma problématique. Je lui suis également reconnaissant de m'avoir convaincu de devenir IPA.

Mille mercis à l'équipe médicale et paramédicale de la filière gériatrique de l'hôpital St Philibert car en m'accordant leur temps et leur confiance tout au long de ce stage ils m'ont permis de comprendre les enjeux de la fragilité gériatrique de manière concrète, et ont profondément enrichi ma culture.

Sans les apports du Dr Nicolas Bertrand, oncogériatre au CHU de Lille au cours de mon stage de 1^{ère} année, je n'aurais probablement pas eu l'idée de m'intéresser de manière aussi poussée à l'évaluation de la fragilité gériatrique, merci à lui.

J'adresse une pensée à mes collègues de l'USLD de l'hôpital gériatrique les Bateliers car ils ont sans le savoir semé les graines de ce long travail de réflexion et ont joué le jeu de m'ouvrir à leur représentation du concept de fragilité. Merci pour ces débats et ce soutien.

Un grand merci à Mr Delcourt Sébastien pour sa patience et l'aide à la présentation, ainsi qu'à mes amies Me Marie Odoux, psychomotricienne coordinatrice et Me Nacera Jacquinot-Ali, aide médico-psychologique, IME le Relais pour leur relecture et leurs suggestions toujours intelligentes.

BIBLIOGRAPHIE

Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004, février). *Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité*. Cairn.info. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-2-page-15.htm>

Couturier, P. (2012, octobre). *L'évaluation gériatrique au quotidien* [Diapositives]. sfgg.org/media/. <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-pascal-couturier.pdf>

Dubois, M., Lorthiois, J., Mansour, S., Fleury, M., Ballouche, N., Blanc, P., & Gauvain, J. B. (2008). Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*, 31 / n° 126(3), 91-103. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0091>

Dreuil, D. (2020). Prendre soin de l'attente, l'attente anxieuse. *Revue Française d'Éthique Appliquée*, 9, 74-87. <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-1-page-74.htm?contenu=resume>

Jacquemin, D., Mallet, D., & Cobbaut, J. P. (2003). Éthique et pratiques cliniques. *Laennec*, 51(3), 22. <https://doi.org/10.3917/lae.033.0022>

Kruse H (1980). Pathogenesis and natural course of primary osteoporosis. *The Lancet*, 315(8163), 280-282. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(80\)90779-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(80)90779-5)

L'évaluation gériatrique en oncogériatrie. (2015). e.cancer.fr. Consulté le 17 novembre 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/L-evaluation-geriatrique-en-cancerologie>

Lecordier, D. (2011). La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 82. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0082>

Les unités de coordination et antennes d'oncogériatrie. (2015). e.cancer.fr. Consulté le 17 novembre 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Les-unites-de-coordination-et-antennes-d-oncogeriatrie>

Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*, n° 62(1), 174-181.

<https://doi.org/10.3917/rs.062.0174>

Monégat, M., Sermet, C., Perronnin, M., & Rococo, E. (2014). La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Questions d'économie de la santé*, 204. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>

Organisation des parcours, comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? (2013, décembre). <https://www.has-sante.fr/>. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf

Organisation des parcours, prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. (2015, mars). HAS-sante.fr. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

Parcours de santé, de soins et de vie –. (2022, 3 mars). Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

Penser la gériatrie : le 1 + 2 + 3 de Bouchon. (2006, 21 septembre). JIM.fr. https://www.jim.fr/infirmier/thematique/07_prat_quot/e-docs/penser_la_geriatrie_le_1_2_3_de_bouchon_87750/document_mise_point.phtml

Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. (2020, 27 février). INSEE.fr. Consulté le 19 décembre 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ? (2021, 5 mars). ACP-France. <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/>

Siguié, I. (2014, mai). *Les transmissions ciblées : du raisonnement clinique à la qualité des pratiques professionnelles* (Mémoire). Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00988365/document>

Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricœur. *Recherche en soins infirmiers*, N°

124(1), 19. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>

Trincas, J., Pujalon, B., & Humbert, C. (2008). La Lutte Contre le Vieillissement. *Gérontologie et Société*, 31(125), 23-37. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-2-page-23.htm>

Université médicale virtuelle francophone. (2009). *La personne âgée malade* [Diapositives]. campus.cerimes.fr.
<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/cours.pdf>

Zielinski, A. (2010). L'éthique du Care, une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413, 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

AUTEUR(E) : Nom : HORVATH

Prénom : Mikael

Date de soutenance : 06/07/2022

Titre du mémoire : Intégrer le concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants.

Mots-clés libres : Frailty, geriatrics, caregivers, prevention, pathway

Abstract: In view of a global aging process of the population and the exponential increase of chronic diseases in elderly people, the ambulatory shift is aimed at helping patients stay longer at home and limiting the number of hospitalization.

To know the specificities of geriatrics allows to identify the geriatric profile of the elderly persons we meet and highlight their different geriatric syndromes. Although the concept of geriatric frailty is difficult to define in an exhaustive way, it is a dynamic process targeting the functional abilities setting the person on a spectrum that goes from robustness to dependance. The development of knowledges and skills in caregivers practice could optimize the seniors pathway of care and promote the town-hospital network.

The nurse's basic training doesn't teach the geriatric specificities, therefore a gap between the culture of frailty among medical specialists and the caregivers can be identified.

The rise of care in transversality highlights the benefit of integrating the concept of geriatric frailty to the caregivers practice, offering the elderly persons a pathway of care targeting the prevention and the reversion of their frailties. The geriatric multi-field consultations explore the abilities of elderly people in all spheres of their life for a customised and balanced care-project. My initial question is :

« In what way to integrate the concept of geriatric frailty to the caregivers practice could optimize the pathway of care of elerldly people ? »

A critical analysis of professional practice helped me highlight what the concept of geriatric frailty implies in the pathway of care as far as proportionnality, the perception we have of the situations, the personnalisation of the care project and the possible actions are concerned.

All I have learned out of this analysis work makes me imagine how to spread the main notions surrounding the concept of geriatric frailty to the caregivers wherever they practice, through the ongoing training and academic formation. This would help creating a common language allowing an early screening of geriatric frailty during their pathway of care, in homecare or in hospitalization.

Directeur de mémoire : Docteur Daniel Dreuil

AUTEUR(E) : Nom : HORVATH

Prénom : Mikael

Date de soutenance : 06/07/2022

Titre du mémoire : Intégrer le concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants.

Mots-clés libres : Fragilité, gériatrie, soignants, prévention, parcours

Résumé : Au regard du vieillissement de la population et du développement exponentiel des pathologies chroniques chez la personne âgée, le virage ambulatoire vise à favoriser un maintien des patients âgés dans leur lieu de vie et de limiter les hospitalisations.

Connaître les spécificités de la gériatrie permet d'identifier le profil gériatrique des personnes âgées et de mettre en évidence leurs différents syndromes gériatriques. Le concept de fragilité gériatrique bien que difficile à définir de manière exhaustive est un processus dynamique ciblant les capacités fonctionnelles de la personne âgée la positionnant sur un spectre qui va de robustesse à dépendance. Le développement des connaissances et compétences chez les soignants pourraient optimiser le parcours de soins de la personne âgée, et participer au renforcement du lien ville-hôpital.

La formation initiale infirmière n'enseigne pas les spécificités gériatriques, on identifie donc un certain décalage entre la culture de la fragilité chez les médecins et chez les soignants.

L'essor des missions en transversalité met en évidence l'intérêt de l'intégration du concept de fragilité à la pratique des soignants, permettant l'accès à un parcours de soins de la personne âgée orienté vers la prévention voire la réversion de ses fragilités. Les consultations gériatriques pluridisciplinaires explorent les capacités de la personne âgée dans toutes les sphères de sa personne pour un projet de soins personnalisé et proportionné. J'ai émis la question de départ suivante :

« En quoi l'intégration du concept de fragilité gériatrique à la pratique des soignants peut-elle optimiser le parcours de santé des personnes âgées ? »

Une analyse critique des pratiques professionnelles a permis de mettre en évidence les implications du concept de fragilité au cœur du parcours de la personne âgée en termes de proportionnalité des soins, de regard porté sur les situations, de personnalisation du projet de soins, mais surtout les perspectives d'actions à mettre en place dans les différentes sphères de la personne.

Les apprentissages tirés de ce travail d'analyse m'amènent à imaginer une diffusion des principales notions gravitant autour du concept de fragilité auprès des soignants où qu'ils exercent par le biais notamment de la formation continue et des formations universitaires avec pour finalité la création d'un langage commun permettant le repérage précoce de la fragilisation au cours de leur parcours, en ville comme à l'hôpital.

Directeur de mémoire : Docteur Daniel Dreuil