

UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022 - 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées

**Place de l'IPA au sein d'une MSP dans le dépistage et le suivi des
patients fragiles présentant des syndromes gériatriques**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 11H00
A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par **Lucie DAVERGNE – BOYEZ**

MEMBRES DU JURY :

Président du Jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Directrice de mémoire : Docteur Caroline DE PAUW

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Le 24/06/24

REMERCIEMENTS

À l'attention des membres du jury,

Monsieur le Professeur François Puisieux, je vous remercie infiniment d'avoir accepté de présider ce jury. Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour votre implication tout au long de ce cursus et pour votre contribution à la création de ce programme de Master à la faculté de médecine Henri Warembourg.

Monsieur le Docteur Quindroit Paul, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous prie d'accepter toute ma gratitude pour cela.

Madame le Docteur Caroline De Pauw, ma directrice de mémoire, je te remercie pour ton soutien et tes conseils, notamment en ce qui concerne la méthodologie de ce travail qui a donné tout son sens à cette recherche. Ton accompagnement m'a permis d'évoluer tout au long de ce projet.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers les personnes interviewées, dont les entretiens ont contribué à la réalisation d'un projet de santé visant à améliorer le parcours de soins des personnes âgées, tout en facilitant mon intégration en tant qu'IPA au sein de la structure.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à toute l'équipe pédagogique de la Faculté de Médecine, notamment à Mme Godefroy, Madame Acoulon, au Professeur Fontaine, ainsi qu'à tous les médecins et intervenants pour leur accompagnement tout au long de mes études.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagnée lors de mon stage de deuxième année, notamment Mme Bertheleau Patricia, infirmière, le docteur Bernachon Emmanuel, le docteur Delzenne Emmanuelle, ainsi que tous les autres gériatres, le cadre du service, les assistantes sociales, qui m'ont fait découvrir l'étendue de l'offre de soins gériatrique proposée par l'hôpital.

À ma famille :

Je tiens à exprimer ma gratitude envers mes parents pour tout leur soutien, tant sur le plan personnel en prenant soin de leurs petits-enfants, que pour leurs encouragements tout au long de mes études. Vous m'avez transmis de belles valeurs qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui, notamment dans mon accompagnement des patients...

À mon mari, Quentin je te remercie de m'avoir encouragée à reprendre mes études d'IPA et de m'avoir accompagnée tout au long de ce parcours, en me soutenant. Je suis pleinement consciente que ces deux années ont été difficiles à gérer au quotidien. Merci également de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Ce mémoire débouchera sur de beaux projets et contribuera à mon épanouissement professionnel.

Je souhaite également rendre hommage à mon grand-père, qui malheureusement est décédé, et qui m'a aidé à découvrir ma vocation. C'est grâce à lui que j'ai développé un amour pour l'accompagnement des personnes âgées dans le cadre des soins.

À mes belles-sœurs et mes beaux-parents, je vous remercie pour votre soutien et vos encouragements. Vous m'avez aidée dans l'apprentissage de l'anglais en me permettant de pratiquer la phonétique et la prononciation. Il reste cependant d'énormes progrès à réaliser. Vous m'avez également soutenue dans la mise en page de ce mémoire et la correction des fautes d'orthographe.

LEXIQUE

ACI : Accord Conventionnel
Interprofessionnel

ADL : Activities of Daily Living

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CHS : Cardiovascular Health Study

CHSA: Canadian Study of Health and Aging

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de
Coordination

CNPG : Conseil National Professionnel de
Gériatrie

CPTS : Communauté de Professionnels
Territoriales de santé

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
des parcours complexes

DREES : Direction de la Recherche, des
Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EGED : Équipe Gériatrique d'Expertise à
Domicile

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

ESP : Équipe de Soins Primaires

GDS: Geriatric Depression Scale

GFST: Gérontopôle Frailty Screening Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé,
Territoire

IADL: Instrumental Activities of Daily
Living

ICOPE: Integrated Care for Older People

INSEE : Institut National de la Statistique et
des Études Économiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

LMSS : Loi de Modernisation du Système de
Santé

MAIA : Méthode d'Action et d'Intégration
dans le champ de l'Autonomie

MMSe : Mini Mental State examination

MNA : Mini Nutritionnal Assesment

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de
Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTSS : loi d'Organisation à la
Transformation du Système de Santé

ONDPS : Observatoire National de la
Démographie des Professions de Santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de
Perte d'Autonomie

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS : Plan Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAS : Système d'Accès aux Soins

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LEXIQUE

SOMMAIRE

PREAMBULE	1
INTRODUCTION	3
I. Contexte	3
II. Concept	4
A. Les évolutions démographiques	4
B. La fragilité	6
C. Les syndromes gériatriques ; théorie de Bouchon	9
D. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)	11
E. Évolution des soins primaires	12
PROBLEMATIQUE ; OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	17
METHODE	18
I. Méthodologie	18
II. Population étudiée	18
III. Recueil de données	18
A. Entretien semi-directif initial :	19
B. Observation au domicile des patients	19
C. Entretien semi-directif de restitution	20
IV. Cadre réglementaire	21
V. Analyse	21
RESULTATS	22
I. Échantillon	22
II. La fragilité	23
A. Une notion complexe	23
B. Un cadre théorique inadapté à la pratique	24
C. Sous-estimation d'une notion fréquente	25
D. Volonté de repérer la fragilité	25
E. Échelle GFST	25

III. Les syndromes gériatriques	26
A. Méconnaissance théorique / application pratique.....	26
B. Le repérage n'est pas réalisé de façon systématique	26
C. Volonté de standardiser le repérage	27
D. L'importance de la coordination dans le dépistage des syndromes gériatriques	27
E. Pas de suivi standardisé des syndromes gériatriques repérés	28
F. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) (Annexe 9)	29
IV. L'importance des visites	32
A. Évaluation de l'environnement	32
B. Évaluation du patient dans son environnement.....	33
C. Limite des visites à domicile	33
V. Le rôle de l'IPA	34
A. Vision initiale des médecins	34
B. Intérêt de l'IPA dans la réalisation de l'EGS	36
C. Vison des médecins à la fin de l'étude	38
ANALYSE	40
DISCUSSION	42
I. Principaux résultats	42
A. La fragilité	42
B. Les syndromes gériatriques	43
C. Les rôles de l'IPA	44
D. Proposition de parcours de santé	46
II. Forces et faiblesses de l'étude	48
III. PERSPECTIVE.....	49
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES	56

PREAMBULE

Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations issues du baby-boom. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2023, 21,3 % de la population française a 65 ans ou plus.(1) Cette proportion augmenterait progressivement jusqu'à atteindre 25% en 2040.(1)

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) précise que « *le vieillissement de la population, associé à l'augmentation de la polypathologie, aux contraintes financières (collectives et individuelles) et à la modification des attentes des usagers, amènent le monde de la santé à s'adapter.* » Il doit passer « *d'une approche centrée sur la pathologie à une approche centrée sur les besoins de la personne considérée dans son environnement* ». (2)

L'approche de la santé des personnes âgées n'est plus seulement curative, mais également préventive et prédictive.(3,4) C'est notamment le cas avec le développement de la notion de fragilité, témoignant de cette évolution vers la notion de risque. Elle permet de prédire précocement chez un individu sain, tous les facteurs susceptibles d'entraîner une perte fonctionnelle et donc d'envisager des actions de prévention pour tenter d'en retarder l'arrivée. Ce repérage peut être initié par les médecins traitants à l'aide d'outils disponibles, lors d'une consultation. Cependant, cette nouvelle notion peine à être mise en place d'un point de vue opérationnel.(5) Ce dépistage de la fragilité permet de sélectionner les patients nécessitant un bilan plus exhaustif : « l'Évaluation Gériatrique Standardisée » (EGS). C'est un processus long de diagnostic multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé prenant en compte le patient dans son environnement, et permettant de dépister les syndromes gériatriques. Il est sous-utilisé en médecine générale, car chronophage, et nécessitant une coordination complexe entre les acteurs du monde sanitaire, social, ainsi qu'avec l'environnement familial du patient.

Le système de santé évolue aussi en développant l'exercice coordonné et la création de parcours. Par exemple, on ne comptait qu'une dizaine de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en 2007, alors qu'on en dénombre plus de 2250 en 2023. À ce jour, 20 % des professionnels de santé exercent dans une structure d'exercice coordonné.(6). Dans ce nouvel environnement, L'Infirmier de Pratique avancée (IPA) est un nouvel acteur issu de la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) de 2016, créée dans le but de libérer du temps médical et d'améliorer la coordination entre les acteurs de santé.

Toute cette dynamique, combinée au fait d'avoir eu une activité professionnelle au sein d'une MSP m'ont amenée à me questionner, dans le cadre de ce travail, sur la façon dont l'IPA pourrait accompagner les personnes âgées fragiles dans le dépistage et le suivi des syndromes gériatriques en coordination avec les médecins généralistes d'une MSP.

Dans un premier temps, il sera démontré comment le vieillissement est un enjeu de santé publique. Je présenterai les concepts développés dans la prise en soins des personnes âgées, et la façon dont les politiques de santé tentent de développer des parcours intégrant des nouveaux modes de pratique professionnelle.

A partir de ces notions, j'expliquerai le choix méthodologique de l'approche holistico-inductive. Les matériaux qualitatifs mobilisés ont regroupé des entretiens semi-dirigés et des observations de terrain.

Bien que les médecins soient soucieux du bien-être de leurs patients fragiles, les résultats montreront que la fragilité est sous-évaluée par les médecins généralistes et que leurs prises en soins dans les dimensions préventive, prédictive et de suivi au long cours demeurent perfectibles.

L'analyse mettra en évidence que les médecins identifient une plus-value dans l'évolution de leurs pratiques ; en intégrant de nouveaux outils et une coordination novatrice avec l'IPA en gériatrie.

Enfin, on vérifiera la cohérence des résultats vis-à-vis de la littérature existante tout en montrant comment cette recherche, devenue une recherche interventionnelle, a d'ores et déjà fait évoluer les pratiques des médecins généralistes participants.

INTRODUCTION

I. Contexte

Je suis une infirmière libérale installée depuis plus de 10 ans. J'exerce dans une commune de 5644 habitants, ancienne cité minière, qui ne compte plus qu'un médecin salarié. Dans le cadre de mon activité, je suis souvent amenée à réaliser des soins chez des personnes âgées.

Je constate que certaines situations sont parfaitement maîtrisées du fait d'une bonne communication entre les acteurs gravitant autour du patient. Il m'est ainsi arrivé d'accompagner avec beaucoup de facilité, des patients chez qui les auxiliaires de vie renseignaient le transit du patient ; la famille était présente et soutenante ; les aides techniques étaient installées et le médecin traitant disponible.

A l'inverse, et de façon plus fréquente, je peux être confrontée à des situations complexes non anticipées, où le recours aux urgences devient l'unique option possible. Lorsque l'état clinique du patient se dégrade progressivement, l'absence de prise de conscience de la problématique, et de mises en place d'aides médico-sociales entraînent souvent une hospitalisation pour un maintien au domicile devenu difficile.

Mon activité est donc directement impactée par la pénurie médicale. Il m'est arrivée de ne pas pouvoir réussir à joindre le médecin, par exemple, lorsqu'un patient avait chuté, ou lorsqu'un épisode aigu pouvait nécessiter un examen clinique voire des bilans biologiques, compliquant ainsi ma prise en soins.

Dans ce contexte démographique, développer des parcours de soins coordonnés et des prises en charges préventives, nécessite un investissement humain et temporel, difficile à réaliser, demandant à chacun des acteurs de santé de prendre du recul avec son activité déjà surchargée, pour améliorer la prise en soins.

De même, j'ai constaté que tous les acteurs médico-psycho-sociaux fonctionnent bien souvent de façon cloisonnée, et n'ont que peu de connaissance des missions réalisées par les uns et par les autres. Avant le début de ma formation par exemple, je ne connaissais pas les dispositifs de coordination tels que le Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes (DAC), le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC). Ces éléments ont motivé ma reprise d'étude.

J'ai décidé de reprendre les études d'IPA, afin d'évoluer dans ma pratique, d'acquérir de nouvelles compétences dans le but d'optimiser le parcours de santé des patients, notamment des personnes âgées. Ce nouveau métier, contrairement aux métiers d'IDE et infirmier Asalée

me permettra d'interpréter et d'analyser des données issues de l'examen clinique, de poser des hypothèses diagnostiques et d'accompagner le médecin dans la prescription et la prise en soins des patients.

Je souhaite m'installer comme IPA dans une MSP dans une autre cité minière déficitaire en médecin, dans laquelle j'ai réalisé mon stage de première année. La patientèle des 6 médecins de la MSP présente une part importante de patients de plus de 70 ans. Ils réalisent très peu de visites à domicile, les réservant aux patients les plus dépendants. Une coordination avec les infirmiers commence à se structurer dans le cadre de protocoles. Une Infirmière Asalée et d'ores et déjà présente pour proposer des consultations de préventions en santé publique et d'éducation thérapeutiques dans un cabinet de la MSP.

Lors ce stage, les médecins ont apprécié la complémentarité que pouvait apporter mon regard infirmier. J'ai également pu constater que la coordination avec les autres professionnels de santé du territoire n'était pas optimale.

Malgré une réelle volonté d'intégration de leur part, ils avaient du mal à voir les bénéfices de l'arrivée d'une IPA dans leur structure. Par le biais de ce travail, je souhaitais permettre aux médecins de réfléchir à leurs besoins et à leurs difficultés dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles, afin de définir plus facilement une activité d'IPA compatible avec leur activité.

En deuxième année d'étude d'IPA, j'ai réalisé mon stage en service de gériatrie, dans le but de me familiariser avec l'Évaluation Gériatriques Standardisée (EGS), ainsi que pour découvrir toute l'offre de soins que peut proposer l'hôpital face aux problématiques gériatriques. Cette connaissance me permettra de développer plus facilement des partenariats ville-hôpital dans le cadre de ma future activité.

II. Concept

A. Les évolutions démographiques

1/ Vieillessement de la population nationale

En 2023, l'espérance de vie à la naissance est de 85,7 ans pour les femmes et de 80,0 ans pour les hommes.(7) Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,5 % de la population. Elles représentaient 20,1 % de la population en 2022, et 19,7 % en 2021. Leur part a progressé de 4,7% en vingt ans.(1).

En 2021, selon l'INSEE, 7% des personnes âgées de 60 ans ou plus, présentent une perte d'autonomie à leur domicile, soit 1,3 million de personnes. Ce nombre est en continuelle augmentation. Cette proportion augmente à plus de 9% dans 16 départements dont ceux composant les Hauts-de-France.(8)

2/ Vieillessement du Grand Douaisis

Contrairement à l'accroissement de 23% de la population nationale depuis 1975, on note une baisse de 4,6% de la population du Douaisis. La population des personnes âgées de 80 ans et plus, quant à elle, ne cesse d'augmenter avec un taux d'accroissement annuel moyen de +1,72% entre 2012 et 2017. Chez les personnes de 75 ans et plus, 41,1% vivent seules à domicile, soit 7 801 personnes ; une part un peu plus importante que la moyenne nationale (38,4%). (9)

3/ Vieillessement : un enjeu de santé publique

Une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans pour les prestations sociales (APA...), à partir de 65 ans pour l'OMS et à partir de 75 ans pour la fragilité. Le vieillissement est défini comme un processus physiologique qui modifie sa structure et ses fonctions. Le vieillissement seul, n'est jamais responsable d'une situation médicale aiguë.(10)

Seul, le vieillissement n'explique pas cette surconsommation de soins. La HAS stipule en 2015 que la polypathologie, à savoir la présence d'au moins 2 pathologies chroniques, devient la norme à partir de 75 ans, entraînant une atteinte sur les capacités fonctionnelles. Celle-ci est également associée au risque de polymédication (11). Le système de santé doit évoluer pour intégrer le suivi des pathologies chroniques, la prise en charge des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques.

Le vieillissement de la population va se traduire par une augmentation des maladies chroniques, de la dépendance et des besoins d'hébergements. *« Si l'utilisation du système de santé reste identique et que les pratiques des professionnels restent inchangées, nous pourrions nous attendre à de lourdes conséquences sur les besoins en infrastructures hospitalières, en hébergement de longue durée ainsi que sur les besoins de ressources à consacrer à l'aide et aux soins à domicile. [...] De fait, des choix de priorisation vont devoir s'opérer, aux risques d'un chaos systémique, d'une pénurie de professionnels et d'une baisse de la qualité et de la sécurité des soins. »*(12)

La DREES estime « les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées à 1,4% du PIB, soit 30 milliards en 2014, dont 23,7 milliards de dépenses publiques (79 %) et 6,3 milliards de dépenses à la charge des ménages. »(13) Le vieillissement de la population va entraîner une augmentation de ces dépenses, et une tension sur les structures médicales existantes.

Pour Santé Publique France (14): « Dans la mesure où la dépendance est difficilement réversible, la prévention et la préservation de l'indépendance dans les activités quotidiennes au plus tôt, avant que les premières incapacités ne se déclarent, est devenue une priorité de santé publique. [...]au cours du vieillissement, de nombreuses pathologies chroniques sont pourvoyeuses d'incapacités et de dépendance ; les cancers, les pathologies et facteurs de risque cardio-vasculaires, les maladies mentales ainsi que les maladies neurodégénératives [...] Enfin, ce qui caractérise plus particulièrement la population âgée c'est la polypathologie ou multimorbidité ». Ainsi, vieillir en bonne santé consiste à surveiller les maladies chroniques, repérer les pertes d'autonomie et sensibiliser les patients aux bonnes pratiques du « bien vieillir », dans le but de rester indépendant le plus longtemps possible, en préservant une bonne qualité de vie.

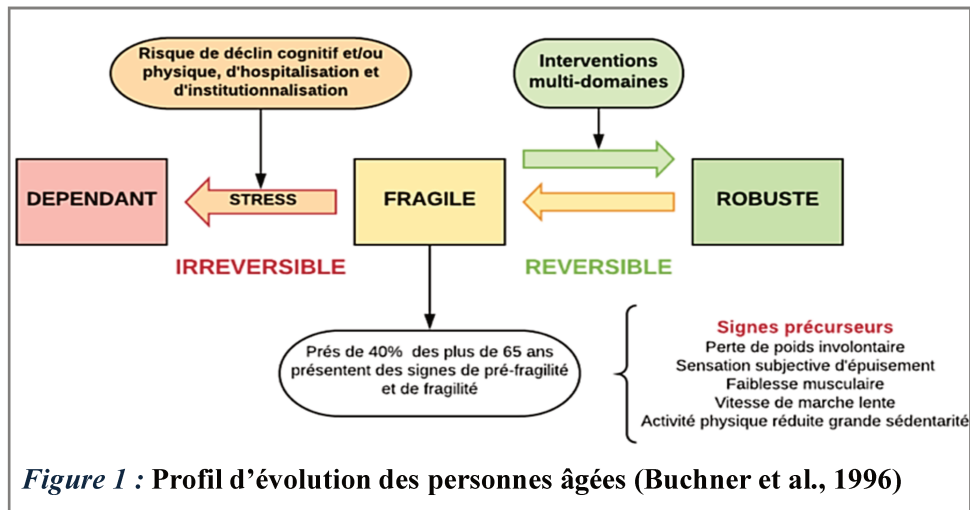
L'âge est un moins bon critère que la polypathologie pour définir la fragilité d'une personne. Le dépistage du déclin fonctionnel et de son origine chez les personnes âgées fragiles se révèle donc être un véritable enjeu de santé publique. Une concertation nationale a été réalisée en 2018, dont le rapport a été remis aux pouvoirs publics en 2019, faisant l'état des lieux des difficultés actuelles, et proposant plus de 175 axes d'améliorations, dont le renforcement du dépistage. (13)

B. La fragilité

1/ Définition

La fragilité a fait l'objet de définitions diverses au cours du temps.(15). La première définition est apparue en 1968 pour décrire des personnes âgées désorientées et incontinentes. En 1972, Stamford l'utilisait comme synonyme à l'institutionnalisation.

L'article « la notion de fragilité »(16) a analysé la multiplicité des définitions et a repéré les éléments récurrents.



Trois termes communs apparaissent pour définir la fragilité :

a) *Un état d'équilibre instable*

Si le vieillissement de la personne âgée est réussi, le sujet sera ainsi qualifié de « robuste ». A l'extrême inverse, un individu sera alors appelé « dépendant ». « *Il s'agit d'un stade irréversible. Un état intermédiaire, entre ces deux extrêmes, consiste en un statut qui a la possibilité d'être réversible vers un état de robustesse, si une action précoce et adaptée est mise en place : il s'agit du statut « fragile»* »(17) – **Figure 1**

b) *Un risque :*

Le risque est celui de développer une limitation fonctionnelle. Cette définition permet donc d'identifier le risque de perte fonctionnelle, et de proposer des actions pour limiter les événements préjudiciables.(18)

c) *Un syndrome*

Ce syndrome résulte d'une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles. C'est d'ailleurs la vision de la Société Française de Gériatrie, qui définit la fragilité des personnes âgées « *comme un syndrome clinique correspondant à une réduction des capacités d'adaptation au stress, modulée par des facteurs physiques, psychiques et sociaux. La fragilité peut être considérée comme un facteur de risque d'altération de l'état de santé.* »(19)

De manière générale, la fragilité peut être considérée comme un état de diminution des réserves physiologiques associées à l'âge. Cet état augmente la vulnérabilité de l'individu au stress et augmente le risque d'hospitalisations de dépendance, d'institutionnalisation ou de décès.(20) Et le processus d'altération de ces capacités est très hétérogène et silencieux et ne se révèle que « *lors d'un événement exogène (deuil, choc affectif, transformation de l'environnement) ou endogène (maladie, chute).* » (5)

Il existe donc une réelle nécessité de dépistage de cette fragilité en amont de toute expression clinique.

2/ Différents modèles de dépistage de la fragilité

Il existe de nombreux modèles intégrant tout ou partie des paramètres du tableau 1.(15)

Tableau 1: Paramètres inclus dans les modèles de fragilité (Chassagne, 2009)

1) Variables physiques (12, 13, 18-30)
→ Inactivité physique (19, 24, 25, 27)
→ Vitesse de marche (21, 27, 30)
→ Force de préhension (22, 27)
2) Comorbidités (11, 22, 23, 28, 31)
3) Variables cognitives (11-13, 17, 25, 28, 31, 32)
4) Variables psychosociales (13, 23, 31, 33)
5) Âge (23, 24)
6) Activités de la vie quotidienne et domestique (13, 20, 23, 28, 31, 34, 35)
7) Indice de masse corporelle ou nutrition (12, 13, 17, 19, 22, 25, 27, 32, 36)
8) Fatigue (22, 27, 31, 37)
9) Troubles sensoriels (12, 13, 17, 23, 24, 28, 31)

Il n'existe pas d'outils consensuels à l'heure actuelle. Parmi ces modèles, deux font références : le Cardiovascular Health Study (CHS) et le Canadian Study of Health and Aging (CHSA)

a) Le modèle phénotypique de Fried : CHS (Cardiovascular Health Study)

Fried considère la fragilité comme une vulnérabilité physiologique liée au vieillissement. Cette fragilité correspond à une baisse de la capacité de l'organisme à répondre à un stress. Cette évaluation se fait à partir de cinq indicateurs physiques.

Tableau 2: Les cinq composantes physiques du phénotype de la fragilité (CHS et WHAS, (Chassagne, 2009)

1- Perte de poids non intentionnelle de plus de 4,5 kg dans la dernière année.
2- Force de préhension dans le 20 % inférieur pour le sexe et l'IMC (indice de masse corporelle).
3- Mauvaise endurance (fatigue rapportée par le patient à partir des 2 questions du CES-D Depression Scale).
4- Vitesse de marche sur 4,5 mètres dans le 20 % inférieur pour le genre et la taille.
5- Sédentarité (mesure des dépenses énergétiques en utilisant la version courte du Minnesota Leisure-Time Physical Activity Questionnaire).
≤388 kcal/semaine pour l'homme.
≤270 kcal/semaine pour la femme.

En l'absence de composante, la personne sera considérée comme robuste ; en présence de 1 ou 2 composantes elle sera considérée comme pré-fragile ; en présence de 3 composantes ou plus, elle sera considérée comme fragile.

Issue du modèle phénotypique de Fried, le Gérontopôle de Toulouse a créé l'échelle Gerontopôle Frailty Screening tool (GFST) (annexe 1) en intégrant des questions prenant en compte la dimension cognitive et sociale. Cette échelle est recommandée par la HAS (21) et validée par la Société française de gériatrie ainsi que le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG). Elle est présentée ici car elle sera utilisée dans le cadre de ce mémoire(22,23).

b) Le modèle cumulatif de Rockwood: CHSA (Canadian Study of Health and Aging)

Rockwood considère la fragilité comme étant une accumulation de déficits acquis tout au long de la vie. C'est un syndrome multidimensionnel avec perte des réserves physiologiques et augmentation de la vulnérabilité des individus. L'échelle est constituée de 70 items basés sur des éléments cliniques, des symptômes, des maladies ou des incapacités. Cette échelle ne permet pas de faire la distinction entre les concepts de fragilités, de comorbidité et d'incapacité. (15)

3/ Prévalence

Du fait de l'absence de définition exacte, et l'absence de consensus sur l'outil à utiliser pour la mesurer, il est difficile de définir précisément l'incidence et la prévalence de la fragilité. On estime à 10% la prévalence moyenne de la fragilité dans la population âgée. (21).

L'étude européenne SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) incluant huit outils de mesure de la fragilité et intégrant 27 527 participants âgés de 50 à 104 ans, retrouvait une prévalence variante entre 6% et 44% en fonction de l'outil utilisé. (20)

Le fait de repérer des indicateurs pertinents et de s'accorder sur la définition pourrait se révéler être un véritable enjeu de santé publique, afin de créer une politique de prévention de la perte d'autonomie. Il « *permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisations dans un délai de 1 à 3 ans.* » (24). Le repérage de cette fragilité est considéré par la HAS, comme la première étape aboutissant à une évaluation globale du patient par l'évaluation gériatrique standardisée. Celle-ci s'intéressant entre autres, à l'évaluation des principaux syndromes gériatriques d'une personne.

C. Les syndromes gériatriques ; Théorie de Bouchon

« *Un syndrome gériatrique est défini par la coexistence de quatre caractéristiques :*

1. Sa fréquence augmente avec l'âge ;

2. Il résulte de multiples facteurs favorisants et précipitants ;

3. Il augmente le risque de perte d'indépendance fonctionnelle et donc d'institutionnalisation ;

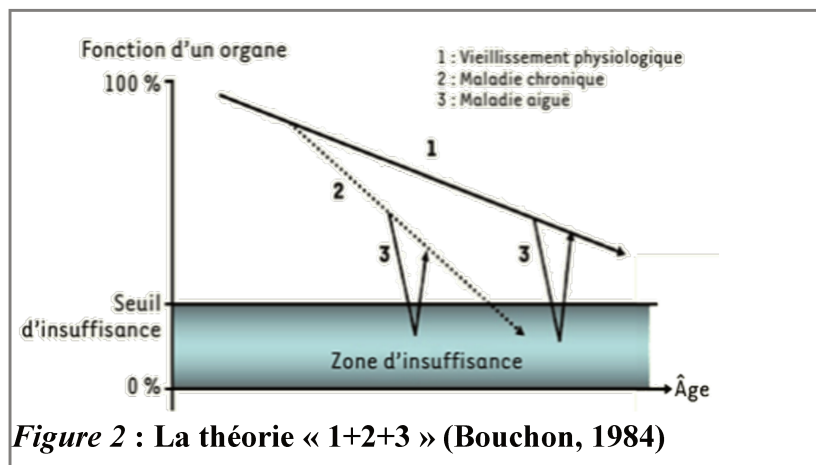
4. Il nécessite une prise en charge globale et multidisciplinaire du patient. » (17)

Il peut également être défini comme « une accumulation de déficiences de multiples systèmes qui rend une personne vulnérable aux stress qui l'entourent », et qui se présente comme une manifestation unique de processus complexes, notamment la coexistence de pathologies chroniques.(25)

Parmi les principaux syndromes gériatriques, nous pouvons citer la chute, l'incontinence, la dénutrition, les troubles cognitifs, la constipation, l'isolement, la dépression, la confusion, la déshydratation, la dysphagie, les troubles neurosensoriels...

Ces syndromes gériatriques peuvent être la cause d'une décompensation aiguë et d'hospitalisation et d'institutionnalisation.

La théorie « 1+2+3 » de Jean Pierre Bouchon (17), développée en 1984, et illustrée par la courbe ci-dessous, illustre bien les phénomènes pouvant entraîner une décompensation d'organe.



Le vieillissement seul ne suffit pas à expliquer une défaillance d'organe (**courbe1**). La présence d'une ou plusieurs pathologies chroniques sous-jacentes aggravent l'atteinte de la fonction de l'organe visé et peut, à

terme, entraîner une insuffisance de cet organe (**courbe2**).

Tout épisode aigu médical, iatrogène, ou psychologique peut entraîner une aggravation transitoire de la fonction d'organe et une décompensation de celui-ci (**courbe3**).

Ainsi, les syndromes gériatriques peuvent entraîner des décompensations d'organes multiples à la chaîne. C'est ce qu'on appelle la « cascade gériatrique ». La prise en soins gériatriques des personnes âgées consiste donc à un suivi des pathologies chroniques pour limiter l'évolution péjorative de celle-ci, ainsi qu'à un dépistage et un suivi de ces syndromes gériatriques dans le but de limiter toute décompensation aiguë.

L'outil considéré comme étant le gold standard du dépistage et de l'évaluation de la fragilité et des syndromes gériatriques est l'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS). La HAS préconise donc de réaliser chez les patients de plus de 70 ans un dépistage de la fragilité, ayant pour but de sélectionner les patients nécessitant une évaluation gériatrique plus poussée par l'EGS.(24)

D. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

La définition de l'EGS, proposée en 1991 par Mr Rubenstein, est reprise dans le livre « prévenir la dépendance chez la personne âgée » : c'est « *un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet fragile, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psychosociales et fonctionnelles, dans le but d'implémenter un projet de traitement et de suivi à longue durée tenant compte des réalités personnelles et des besoins des patients* »(26)

L'évaluation est réalisée par des équipes pluriprofessionnelles associant différentes compétences, en hôpital de jour, en MSP ou dans des réseaux gériatriques. Les domaines évalués sont les suivants (26) :

- Le domaine social et environnemental : mode de vie, lieu de vie, entourage ; personnes de confiance ; aides à domicile humaines et techniques ; aides financières ; mises sous protection...

- Le domaine médical : antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements, allergies...

- Le domaine fonctionnel : perte de poids ; épuisement subjectif ; force de poignée de main ; vitesse de marche sur 4 mètres ; activité physique ; ADL (Activities of Daily Living) ; IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

- Le domaine nutritionnel : Indice de masse corporelle ; Mini nutritionnal assesment (MNA) ; état bucco-dentaire ; organisation des courses...

- Le domaine cognitif : réalisation du Mini Mental State Examination (MMSe) ; 5 mots de Dubois ; test de l'horloge...

- Le domaine thymique : réalisation du Geriatric depression Scale (GDS)

- Le domaine sensoriel : échelle de Monoyer ; echelle de Parinaud ; grille d'Amsler ; test auditif...

L'EGS permet de communiquer avec un langage commun entre les professionnels ; elle permet une transmission d'informations utiles pour l'accompagnement du patient, et permet la mise en place d'actions médico-sociales. (27)

A l'issue de cette évaluation, une synthèse est proposée lors d'un temps d'échanges avec réalisation d'un plan personnalisé de soins.

Une méta-analyse de 1993, dirigée par Andreas Stuck avait pour objectif d'évaluer l'intérêt l'évaluation gériatrique standardisée en gériatrie. « *Cette étude portant sur 28 essais cliniques incluant 4912 témoins et 4959 patients ayant bénéficié d'une EGS, a montré : une réduction des ré-hospitalisations de 12% ; une augmentation du maintien à domicile avec un odd ratio (OR) à 1,26 ; une amélioration des capacités cognitives à 6 mois avec un (OR) à 1,41* ». (28,29) Une autre dirigée par Ellis et Graham en 2011, portant sur 22 essais évaluant 10 315 participants dans six pays. L'EGS permettait « un maintien au domicile jusqu'à six mois (RC 1,25, P = 0,0002) et à la fin du suivi programmé (médiane 12 mois) (OR 1,16 P = 0,003) par rapport aux soins médicaux généraux. De plus, les patients étaient moins susceptibles d'être institutionnalisés (RC, P < 0,0001). Ils étaient moins susceptibles de mourir (OR 0,76 P = 0,001) et étaient plus susceptibles de connaître une amélioration de leur cognition dans le groupe CGA (OR 1,11, P = 0,02). »(30)

Malgré son intérêt sanitaire, cette EGS est peu adaptée à la pratique libérale(31–40), notamment du fait de la durée de réalisation (2h30). L'évolution du système de santé vers une activité sanitaire plus collective, permet de réfléchir à de nouveaux modes d'organisations compatibles avec une prise en soins globale des patients.

E. Évolution des soins primaires

1/ Évolutions législatives

Les soins primaires n'ont commencé à connaître une régulation étatique qu'à partir des années 2000.(41) La loi du 13 août 2004 instaure le rôle de « gatekeeper » et de coordonnateur de soins du médecin traitant, ainsi que la création du dossier médical partagé, destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. (42). C'est également en 2004 qu'est mis en place le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale en Équipe) afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en médecine de ville. Les infirmières ASALEE (infirmière en santé publique) ont pour vocation de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique auprès des patients. Elles travaillent en étroite collaboration avec les médecins, facilitent la coordination.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 incite les professionnels de santé libéraux à se regrouper dans des structures d'exercices coordonnés. Elle acte la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Elle inclut le patient au sein d'un parcours de soins cohérent et continu. C'est également cette loi qui crée les Agences Régionales de Santé (41,43).

De 2013 à 2019 a été expérimenté le parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) dans le but de renforcer le maintien à domicile, en améliorant la coordination des différents acteurs. Il en a découlé la création du Plan Personnalisé de Soins (PPS), plan d'actions pour les personnes âgées fragiles, créé en interdisciplinarité. (44)

La loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 acte la création des Équipes de Soins Primaires (ESP), des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), et le statut d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA). (45,46)

La Loi à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019 favorise une meilleure coopération des acteurs de santé libéraux, et hospitaliers autour de projets de soins. Elle souhaite promouvoir les CPTS et rendre l'exercice isolé exceptionnel. Elle souhaite libérer du temps médical grâce au développement des assistants médicaux et des IPA. Le Système d'Accès aux Soins (SAS) et la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA) sont repensés pour la gestion des soins non programmés.(47,48)

Ces différentes législations mettent en évidence la volonté d'améliorer l'efficience de la prise en charge des patients, en créant des pratiques de coordination entre les soignants et les structures sanitaires et médico-sociales d'un territoire. Ces nouveaux modes d'organisations permettent le développement d'actions innovantes, telles que l'a montré une étude qualitative réalisée entre 2016 et 2019 au sein de six MSP. En effet, certaines MSP étudiées ont pu, grâce aux financements Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), indemniser des parcours de soins non couverts par les moyens conventionnels. (41)

2/ Des dispositifs de coordination avec les soins primaires.

La notion de parcours en santé « *s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux.* »(49) Ce parcours ne peut se réaliser qu'en coordonnant les différents acteurs de soins ambulatoires, hospitaliers, et médico-sociaux, autour

du patient. Ces parcours attestent d'un virage ambulatoire, avec la nécessité d'accompagner le patient dans son environnement. Des dispositifs de coordination en soins primaires sont mis en place. (50)

a) Les dispositifs nationaux

Les Centres Locaux d'Informations et de Coordinations (CLIC) gérontologiques

Créés en 2000, et développés en 2001, ils sont dédiés à l'écoute, l'aide et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants. Un CLIC a une mission d'accueil, de conseil et de solutions de prévention pour les seniors. Il a pour mission d'évaluer la dépendance des personnes âgées, de coordonner les structures existantes, et d'optimiser l'accompagnement et l'hébergement des personnes âgées.

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours complexes (DAC)

Créée en 2019, cette structure regroupe les anciens réseaux de santé, les MAIA (Méthode d'Action et d'Intégration dans le champ de l'Autonomie), les PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) et les CTA (Coordination Territoriale d'Appui). Cette structure vient en appui des professionnels des domaines médico sociaux, face à des situations qu'ils jugent comme étant complexes. Le DAC permet un accompagnement des patients et de leur entourage. Il participe à la coordination des différents acteurs pour éviter toute rupture de parcours de soins.)

On retrouve également des dispositifs territorialisés propres à notre territoire.

b) Les dispositifs régionaux

Équipe gériatrique d'Expertise à Domicile (EGED)(51)

Dans le cadre de son PRS 2018-2023, l'ARS Hauts de France a financé le déploiement d'équipes d'expertise gériatrique portées par un établissement référent et travaillant en lien avec le DAC. Elles ont pour objectifs d'apporter une expertise gériatrique, d'anticiper les situations de crises, de permettre des hospitalisations directes, et de sécuriser le retour à domicile en sortie d'hospitalisation.

TEMPOFORME – CHU de Lille(52)

TEMPOFORME propose une application numérique permettant grâce à un auto-questionnaire, d'évaluer le profil de vieillissement d'un patient dès l'âge de 55 ans : robuste, pré fragile et fragile. Il propose également un espace « Bien vieillir » sur le campus du CHU de

Lille permettant la réalisation d'une évaluation gériatrique complète en 2h, avec proposition d'un plan personnalisé de soins.

Par ailleurs, il nous semble nécessaire de présenter l'expérimentation du Gérontopôle de Toulouse

c) Un dispositif expérimental: ICOPE

Integrated Care for Older People (ICOPE)(26)(53)

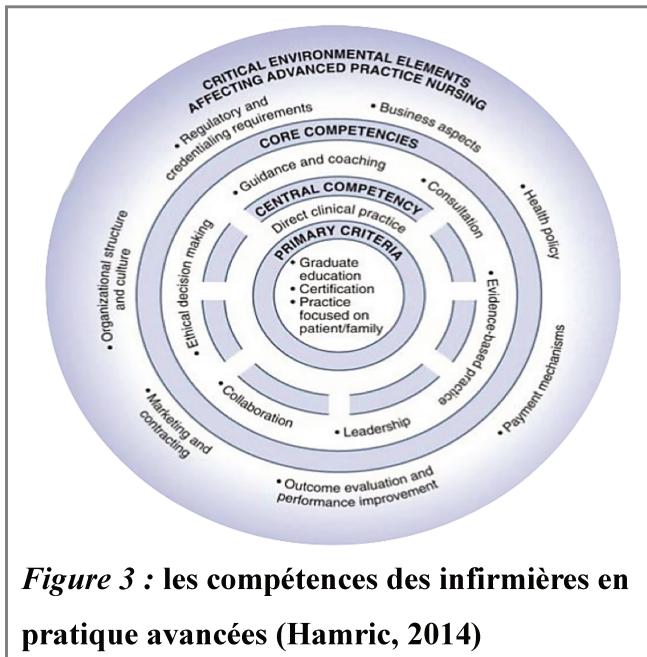
Le projet international conçu par l'OMS et porté par le gérontopôle de Toulouse souhaite évaluer de façon préventive les capacités fonctionnelles des personnes à partir de 60 ans. Il est basé sur 5 étapes : dépistage ; évaluations, plan personnalisé, fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention. Un auto-questionnaire permet de mettre en évidence la fragilité dans un domaine particulier. Ce dépistage débouche sur une évaluation plus approfondie de cette fonction avec rédaction d'un PPS et suivi des actions mises en place. Il sera discuté des avantages et des limites de ces approches.

3/ Les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA)

Les IPA ont été créées lors de la rédaction de la LMSS du 26 janvier 2016, dans le but de répondre à la pénurie médicale en réorganisant la charge de travail des médecins, mais aussi pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques.

Le Conseil International Infirmier (CII) définit l'IPA comme « une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier ; cette pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée »(3)

Le modèle de Ann Hamric définit les compétences propres de l'IPA avec son modèle de « l'œuf au plat ». (Voir figure 3)



Pour Lui, « la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi des compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers » (54).

Pour Hamric, les compétences propres de l'IPA sont la pratique clinique directe, la guidance et le coaching, la collaboration, le leadership, l'éthique et

la pratique fondée sur les pratiques probantes.

Le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 définit le référentiel d'activité de l'IPA (38), en développant 6 thèmes dans son domaine de compétence :

- « - Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient.
- Prescription et renouvellement de prescriptions, et réalisation d'actes techniques.
- Conception mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient.
- Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques. »

Bien que l'intégration de ce nouvel acteur dans le modèle sanitaire français soit récente, le métier d'IPA est implanté depuis des années dans 60 autres pays, et a fait preuve de son efficacité. Un article de la revue Recherche en Soins infirmiers en 2022 précise qu' « Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), publié en 2010, a effectivement montré l'intérêt de soins coordonnés par l'IPA, l'amélioration des résultats biomédicaux, une satisfaction accrue des patients, et une meilleure circulation de l'information avec un travail pluridisciplinaire renforcé et optimisé ». (3,55)

Du fait de ces nouvelles compétences d'organisation de soins et de prescriptions, l'activité d'IPA diffère donc des activités de l'infirmière libérale et de l'infirmière ASALEE. Le modèle économique de l'IPA libérale est basé sur une rémunération à l'acte.

Cependant, l'intégration de ce nouvel acteur de santé dans le système de soins primaires peut entraîner des réticences aux changements. (3,56)

PROBLEMATIQUE ; OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

Pour faire face à l'enjeu de santé publique que représente le vieillissement de la population, l'approche ne doit plus être centrée sur une pathologie mais sur le patient et son environnement, dans le but de repérer de façon préventive toutes fragilités pouvant entraîner une perte d'autonomie. L'organisation de parcours gériatriques, et de coordination interprofessionnelle tendent à répondre à ces objectifs en soins primaires de façon coordonnée. En tant qu'IPA souhaitant s'intégrer dans une équipe d'une maison de santé, je souhaitais partir de la réalité médicale pour penser l'intervention de l'IPA à ses côtés en essayant d'avoir le moins d'idées préconçues possible.

C'est pourquoi, ma question de recherche principale était : **Comment l'IPA peut-elle accompagner les personnes âgées fragiles dans le dépistage et le suivi des syndromes gériatriques en coordination avec les médecins généralistes d'une MSP ?**

Je fais l'hypothèse, que l'accompagnement par l'IPA est possible, à condition que son rôle soit compris et que son périmètre d'intervention soit défini avec les médecins.

En découlaient trois questions secondaires et hypothèses associées :

- L'activité de l'IPA peut-elle faire gagner du temps médical ?
- Le dépistage des syndromes gériatriques, la mise en place d'un PPS et son suivi peuvent-ils diminuer les hospitalisations et retarder les institutionnalisations ?
- Est-il possible de protocoliser un parcours de santé gériatrique en soins primaires ?

J'avance donc les hypothèses suivantes : l'IPA peut faire gagner du temps médical. Le PPS peut diminuer les hospitalisations et les institutionnalisations. *Les entretiens avec les médecins et les observations avec les patients montreront qu'il est possible d'élaborer un parcours de soins correspondant à la réalité de la médecine de ville.*

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques des médecins généralistes d'une MSP dans la prise en soins, du dépistage à l'accompagnement des syndromes gériatriques chez une personne âgée fragile. L'objectif secondaire est d'évaluer la plus-value de l'action de l'IPA en coordination avec le médecin traitant, dans le repérage et la prise en soins de la fragilité et des syndromes gériatriques des personnes âgées et de définir un éventuel parcours de santé.

METHODE

L'étude se base sur une approche holistico inductive, dans laquelle le chercheur tente « *de faire abstraction de la théorie existante pour aborder le phénomène particulier qu'il a choisi d'étudier avec le moins d'idées préconçues possible* »(57). Dans cette méthode, une question de recherche peut être formulée, mais celle-ci ne doit pas entraver la récolte d'informations.

I. Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée (58), s'intéressant à l'analyse des interactions actuelles médecin/patient et IPA/médecin et des interactions à venir IPA/médecin/patient. Un entretien initial semi directif a été réalisé, suivi d'une observation non participante. Les entretiens initiaux et les observations ont évolué avec le temps du fait d'aller-retours permanents entre le VERBATIM et l'analyse. Les entretiens de restitutions ont été créés, entre autre choses pour confirmer ou infirmer les hypothèses émergentes, respectant ainsi le principe même de la théorie ancrée.

II. Population étudiée

L'étude réalisée est monocentrique ciblant les médecins d'une maison de santé.

- Critère d'inclusion des médecins : être médecin généraliste de la maison de santé ciblée.
- Critère d'exclusion des médecins : avoir participé à l'analyse de ce mémoire ; avoir un lien étroit avec le chercheur, pouvant entraîner une perte d'objectivité des données.
- Critères d'inclusion des patients observés : être considéré comme personne âgée fragile par le médecin.

La méthodologie envisagée ne permettait pas d'inclure de médecins d'autre structure sur le temps imparti. Cette MSP a été choisie du fait d'une volonté d'intégration du projet d'IPA au sein de cette structure.

III. Recueil de données

Un diagramme de Gant (annexe 2) a été réalisée afin de définir le temps à allouer à chaque étape et de s'assurer de la faisabilité de ce projet. L'étude s'est déroulée, en plusieurs étapes :

A. Entretien semi-directif initial :

Il a été réalisé en se basant sur les hypothèses initiales de travail. Le guide d'entretien se trouve en annexe. Il comprend des questions principales et de relance en cas d'absence de réponse du médecin interrogé.

Ce questionnaire a été amené à évoluer en fonction des réponses des médecins. Le premier entretien a induit les principaux changements de ce guide d'entretien, avec l'ajout de la question suivante : « quand réalisez-vous ce dépistage et ce suivi ? ». De même, les définitions de fragilité et de syndrome gériatrique ont été retravaillées pour améliorer leur compréhension.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits textuellement en intégralité, en essayant de respecter les intonations, les silences et les rires, grâce au logiciel Word. L'ensemble des données constitue le verbatim.

Le guide d'entretien est mis en annexe (annexe 3). Il s'est intéressé dans une première partie à la représentation des médecins de la notion de fragilité. Après avoir redonné la définition la plus commune, les questions cherchaient l'utilité de cette notion dans la pratique du professionnel, ainsi que la prévalence de cette notion dans leur patientèle.

Une deuxième partie s'est intéressée au dépistage et au suivi des syndromes gériatriques. Afin d'éviter toute sensation de contrôle de connaissances, un rappel de la définition de syndrome gériatrique a été fait. Il a été demandé au médecin la façon dont il dépistait et suivait les syndromes gériatriques fréquemment rencontrés dans le cadre de son activité. Enfin, les dernières parties recherchaient si ce dépistage et ce suivi étaient réalisés en coordination avec d'autres acteurs de santé, et s'il était identique en étant réalisé au domicile ou au cabinet.

Les médecins ont été également interrogés sur le rôle que pouvait avoir l'IPA dans chacune de ces étapes.

Pour une question d'organisation, Les entretiens ont été effectués dans les cabinets des médecins, avant leur première consultation de l'après-midi.

B. Observations au domicile des patients

Afin de pouvoir évaluer le plus efficacement possible les pratiques des médecins, des observations non participantes, ont été réalisées au cours d'une consultation d'une personne fragile, à domicile ou au cabinet. Ces observations visent à réduire le biais qui peut exister entre le discours stéréotypé des médecins et leurs pratiques de terrain. Les médecins ne se livrent pas facilement sur leurs pratiques d'autant plus s'ils savent qu'elles ne sont pas conformes aux normes en vigueur et qu'elles risquent fort de ne pas être partagées par leur interlocuteur, l'IPA

dans ce cas d'espèce. Ils produisent ainsi « un discours de représentation d'eux-mêmes qui prend la forme du didactisme ». L'habitude du discours public, de l'entretien, les conduit à produire une parole constamment contrôlée, qui ne dérape pas et qui dit ce qu'ils représentent plutôt que ce qu'ils sont ».

De même, cette observation permettait de limiter le biais du chercheur. Dans le cadre d'une méthodologie holistico-inductive, il fallait limiter l'interaction des idées préconçues du chercheur. En l'occurrence, en temps qu'infirmière libérale, je pouvais avoir des a priori concernant l'activité médicale. En tant qu'ancienne stagiaire, j'aurais pu avoir tendance à généraliser des pratiques observées pendant mon stage. En tant que future IPA de cette maison de santé, l'interaction avec les médecins pouvait être biaisée par le fait qu'on se voit mutuellement comme de futurs collègues. Cette observation non participante me permettait donc de prendre de la distance avec ces idées préconçues pour observer factuellement l'interaction médecin/patient.

Ces consultations étaient dédiées à des patients que le médecin considérait comme étant fragiles. Les visites ont été réalisées en fin de matinée, ou à l'heure du midi.

Durant les observations, la position de l'observateur a été amenée à évoluer. En effet, lors des premières observations, malgré une mise en retrait physique de l'observateur le patient pouvait être amené à l'intégrer dans la discussion. Il a donc été acté la nécessité de positionner l'observateur dans le dos du patient pour éviter toute interaction.

Les notes prises ont permis une retranscription de ces observations le soir même sur le logiciel WORD, en développant, le plus précisément possible, les informations techniques (heure de visite, durée, distance du cabinet, temps de route, âge du patient ; profil gériatrique), la description de l'environnement extérieur et intérieur, du patient et le déroulé de la consultation.

C. Entretien semi-directif de restitution

A l'issue des premiers entretiens et des observations, un entretien de restitution a été réalisé. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits textuellement en intégralité, en essayant de respecter les intonations, les silences et les rires, grâce au logiciel Word. L'ensemble des données constitue le verbatim.

Le guide d'entretien, mis en annexe (annexe 4), avait été structuré, afin de répondre aux objectifs suivants :

1/ Présenter et confirmer les résultats des analyses des entretiens initiaux et des observations.

Les résultats de ces deux premières phases ont été retranscrits en grands thèmes soumis à l'appréciation des médecins. Des questions personnalisées à chaque médecin ont également été ajoutées en fonction des problématiques individuelles mises en évidence. Il a également permis de discuter avec les médecins des écarts constatés entre les pratiques et les recommandations professionnelles, afin de connaître leur analyse de ces constats.

2/ Définir le rôle de l'IPA et présenter des outils

Après avoir présenté les compétences des IPA, l'objectif était de définir la place et les plus-values qu'elle pourrait apporter dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles au sein d'une MSP. Ce guide d'entretien a également permis, à la fin de l'étude, de rechercher l'état des réticences des médecins à l'intégration de l'IPA au sein de la MSP.

Pour donner suite aux besoins des médecins mis en évidence lors des entretiens initiaux et des observations, deux outils leur ont été proposés (le GFST et L'EGS), afin de rechercher l'intérêt et la possibilité d'intégration de ces outils dans leur pratique.

IV. Cadre réglementaire

L'étude vise à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé. N'impliquant pas la personne humaine, cette étude ne nécessite donc pas de l'avis éthique du CPP. Cependant une autorisation écrite des 5 médecins a été demandée, ainsi qu'un consentement des patients chez qui je réalisai mes observations. (Annexe5)

Tous les entretiens et les observations ont été anonymisés.

V. Analyse

Une première analyse a été réalisée pour mettre en évidence les idées principales des entretiens et des observations. Celles-ci ont été identifiées grâce à la fonction commentaire du logiciel WORD. Elles constituent les étiquettes.

Lors de la deuxième analyse, les étiquettes ont été retranscrites sur un tableau. Un deuxième tableau a été utilisé pour essayer de regrouper ces étiquettes et thèmes et sous thèmes.

Une triangulation a été effectuée par une seconde personne, afin de confirmer et enrichir ce travail.

RESULTATS

I. Échantillon

La MSP est composée de six médecins. Cinq médecins sur six ont été inclus, dont quatre hommes et une femme. Ils ont été contactés par téléphone, afin de leur expliquer l'objectif et la méthodologie de l'étude. Une fois l'accord oral donné, un consentement écrit a été signé.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins interrogés (M)

Population étudiée	Sexe	Age	Date d'installation	Activité professionnelle annexe
M1	Homme	34 A	Décembre 2019	Bureau d'une CPTS/élu URPS médecins
M2	Homme	36 A	Mars 2019	Membre actif de la CPTS
M3	Homme	35 A	Juillet 2017	Membre actif de la CPTS, maître de stage (S1-S2-S3/4)
M4	Femme	31 A	Mars 2023	Aucune
M5	Homme	65 A	Octobre 1988	Représentant syndical national MG France, Président de la CPNEFP de la branche des cabinets médicaux, médecin agréé

Les entretiens initiaux ont duré entre 23 à 42minutes selon les médecins et ont été réalisés sur un mois (verbatim en Annexe 6). Les entretiens de restitutions ont duré entre 41 minutes et 1h10 (verbatim en Annexe 7). Ils ont tous été réalisés en fin de journée après les consultations afin de ne pas être pris par le temps.

Tableau 4 : Dates et durées des entretiens et observations réalisés.

	M1	M2	M3	M4	M5
Entretien Initial	19/10/23	3/11/23	9/11/23	16/11/23	28/11/23
	42m12s	25m20s	25m50s	23m33s	32m34s
Observations	01/12/23	08/11/23	01/12/23	16/11/23	23/01/24
	40min	30min	35min	40min	14min
Entretien de restitution	13/01/24	03/01/24	05/02/24	11/01/24	12/02/24
	52m26s	1H03	48m04s	1H04	1H04

En ce qui concerne les Observations : quatre médecins ont fait le choix de réaliser des visites à domicile et un autre de réaliser une consultation au cabinet. ; elles ont toutes duré entre 35 minutes à une heure. (Observations en Annexe 8). La consultation au cabinet a duré 14 minutes.

Tableau 5 : Caractéristiques des Observations

	Date	Durée visite/consultation	Distance du cabinet	Temps de route	Age patiente	Profil gériatrique
M1	1/12/23	40 minutes	7 km	20 min	69 ans	Fragile
M2	8 /11/23	30 minutes	2 km	5 min	90 ans	Fragile
M3	1/12/23	35 minutes	1km5	4 min	93 ans	fragile
M4	16/11/23	40 minutes	1km5	5 min	84 ans	fragile
M5	23/01/24	14 minutes	Au cabinet	0	87 ans	Fragile

II. La fragilité

A. Une notion complexe

Le terme de fragilité renvoie à des représentations différentes selon les médecins (**M**). On note cependant que la présence de critères phénotypiques tel que Fried les définit, ainsi que la présence de pathologies chroniques consensus pour cette définition.

M1 : « si c'est quelqu'un qui ne s'alimente pas suffisamment ; qui n'a pas d'activité physique ; qui a une sédentarité, ce sera des facteurs de risques »

M2 : « Après je l'aurais quand même plutôt considérée comme fragile de manière générale. Parce qu'elle avait déjà... un périmètre de marche quand même limité »

M4 : « ben déjà quand ils ont plusieurs médicaments. Je dirai que... ça les rend plus fragiles.... Quand ils sont dénutris »

M3 : « Il y a tous les antécédents neuro... neuropsy, neurocognitifs qui fait que ce sont des patients qui ont besoin d'être encadrés. Et après tout qui peut entacher à leur autonomie physique euh... les pathologies articulaires [...] maladie de Parkinson, ou qui peut entacher [...] Les déplacements, les transferts, ce genre de chose »

M5 : « ben la fragilité la plus... je dirais la plus facile à appréhender, c'est quand les patients sont des patients... Polypathologiques, ou multimorbides euh... insuffisance cardiaque, diabète, immunodéficience. Ça c'est facile, on sait très bien qu'ils ont une fragilité. »

Pour trois médecins interrogés, la fragilité est un état d'équilibre instable pouvant entraîner une décompensation et une perte fonctionnelle.

M2 : « *c'est quelqu'un qui va être plus à risque de faire un certain nombre de complications, qui à l'occasion d'un événement aigu comme une infection par exemple ou une poussée d'insuffisance cardiaque, va être plus à risque de se dégrader dans la suite* »

M5 : « *Après la fragilité, c'est la capacité. Avoir des décompensations de pathologie existante, ou d'avoir des pathologies intercurrentes qui apparaissent facilement, parce qu'il n'y a pas un système immunitaire... encore vaillant.* »

Pour certains, l'âge seul était déjà un critère fragilité. Pour d'autres, l'isolement social et l'environnement du patient peuvent être responsable de sa fragilité.

M1 : « *il va un avoir toute [...] composante euh... sociale : l'isolement qui va être une fragilité* »

M4 : « *même les choses environnantes : son milieu soc... enfin la façon dont elle vit etc. Et qui serait susceptible [...] d'entrer rapidement dans la dépendance, ou en institution* »

Enfin, cette notion est restée méconnue pour un des médecins interrogés.

B. Un cadre théorique inadapté à la pratique

Lors des entretiens de restitution, il a été confirmé que la fragilité est une notion complexe et inadaptée à la pratique médicale. Le repérage de la fragilité se fait de façon empirique, non standardisée.

M3 : « *C'est vrai qu'on utilise un point de vue un peu flou avec euh... toute la connaissance du patient et parfois... sans forcément être capable de mettre des mots sur la fragilité de nos patients. On les sent fragiles, parce que on les connaît depuis tellement longtemps qu'on voit très bien que, en effet, il peut y avoir des petites choses qui peuvent... déséquilibrer* »

Les médecins critiquent de façon unanime la recommandation HAS, rappelant que la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie de chute d'institutionnalisation et d'hospitalisation dans un délai d'un à trois ans, et recommandant de réaliser son dépistage chez les patients de 70ans.(24)

M2 : « *Mais, enfin voilà... c'est quand même des jolis mots [...] (c'est) beaucoup plus compliqué que ça sur le terrain. [...] ben ce n'est pas une somme arithmétique de... tel antécédent va compter tant de points, et si on arrive à tant de point la personne est fragile. C'est plus compliqué que ça* »

M4 : « *c'est beau sur le papier. Mais en pratique ... c'est vrai que c'est plus difficile* »

C. Sous-estimation d'une notion fréquente

Pour les médecins, la notion de fragilité a une forte prévalence au sein de leur patientèle, mais celle-ci reste encore sous-évaluée. Un médecin précise que le repérage est plus fréquent chez les nouveaux patients.

M1 : « *il y a une carence de dépistage généralement chez les personnes âgées. Parce que souvent on s'en rend compte au moment où l'on est confronté à ces fragilités* »

M5 : « *je pense que la moitié de mes personnes âgées sont des personnes fragiles.* »

D. Volonté de repérer la fragilité

Les médecins affirment tous leur volonté, et l'intérêt médical de repérer la fragilité de façon précoce. Cependant pour trois d'entre eux, un changement des pratiques est nécessaire du fait d'une patientèle âgée conséquente. Ce changement peut passer par un travail en coordination ou par l'utilisation d'un nouvel outil. Quatre d'entre eux sont en demande de standardisation du repérage.

M5 « *C'est très difficile en médecine générale d'être systématique. Parce qu'on a un exercice qui est très changeant ; on a des personnes âgées, on a des bébés, on a des adultes. [...] Donc je pense que le (repérage) systématique chez les plus de 70ans, c'est sans doute très important, mais ce n'est pas si simple à faire avec tout le reste de ce qu'on a à faire.* »

E. Échelle GFST

L'échelle GFST (Annexe1) recommandée par la HAS pour le repérage de la fragilité en soins primaire a été présentée aux médecins. Tous les médecins interrogés ont fait part de leur intérêt quant à l'usage de cet outil pour éviter l'apparition de complications. Quatre d'entre eux se voient l'utiliser de façon quotidienne car elle est facile, rapide à réaliser, et reproductible. La population ciblée est facilement repérable.

M3 : « *que c'est simple et reproductible et en soit, le docteur A, le docteur B ou le docteur C théoriquement on évalue ces items-là de la même façon. Donc euh... donc euh... oui. Et c'est relativement facile à faire au sein de toute consultation.* »

M2 : « *elle pourrait se faire très facilement à l'occasion d'un renouvellement* »

Concernant son usage, quatre médecins envisagent la possibilité de déléguer ce repérage à d'autres professionnels, en excluant la secrétaire du fait de problème de confidentialité. Un médecin propose également de réaliser cette échelle de façon systématique une fois par an chez les patients de plus de 70 ans.

Cependant, pour certains médecins, cet outil présente quelques limites, notamment la présence de critères subjectifs tels que l'asthénie et la difficulté à se déplacer. Un médecin trouve intéressant d'ajouter la recherche des troubles neurosensoriels, de l'état nutritionnel et de l'étude de l'environnement. Un autre médecin craint de réaliser ce dépistage, ne sachant pas quelle action mettre en place au décours de ce bilan.

M4 : « ça a l'air quand même plutôt bien fait, [...] c'est pour ça que je parlais de subjectif, parce que... plus fatigué, ben finalement, euh... ben quand on interroge les gens de plus de 65 ans, ils se trouvent toujours fatigués »

M1 : « c'est intéressant, mais je pense que ça ne brasse pas forcément tous les domaines... euh parce qu'on a l'environnement ; on a la nutrition »

III. Les syndromes gériatriques

A. Méconnaissance théorique / application pratique

Quatre médecins ne connaissent pas le cadre théorique des syndromes gériatriques. Cependant, cette méconnaissance n'empêche pas leur dépistage et prise en charge dans le cadre de leur activité.

M5 : « euh je n'ai pas de technique... je vais dire, stéréotypée et toute faite [...] c'est mettre des mots nouveaux sur des choses qu'on fait depuis toujours [...] ça me gave un peu mais bon »

B. Le repérage n'est pas réalisé de façon systématique

L'entretien de restitution a validé l'hypothèse que le repérage des syndromes gériatriques n'est pas réalisé de façon formalisée, faute de temps et de difficultés techniques. Cela entraîne un risque de sous-évaluation de ces syndromes gériatriques.

M1 : « c'est plus des informations qu'on va prélever au fur et à mesure plus qu'une évaluation gériatrique standardisée. [...] c'est plus notre examen clinique qui va renseigner notre dépistage plutôt qu'un dépistage orienté, et spécifiquement destiné à la fragilité. »

M2 : « J'aimerais bien pouvoir prendre le temps de faire des tests comme le MNA, des choses comme ça, mais le temps n'est jamais là. »

M3 « parce que, un patient chuteur, déjà il faut évaluer le domicile, et en vrai, on n'est pas ergo, donc on ne le fait pas... ou souvent on dit juste « et le tapis, faut le virer » donc ce n'est pas... ben voilà, on n'a pas de formation ».

Ces repérages sont réalisés a posteriori sur des point d'appels cliniques, biologiques, lors d'informations remontées par la famille ou au décours d'une hospitalisation. Un médecin précise encore que ce repérage est plus facilement réalisé chez les nouveaux patients.

M2 : « *je ne sais pas comment c'est pour mes confrères, mais en tout cas pour moi... c'est vrai que ... je suis encore peut être trop dans la réaction. C'est-à-dire de me poser la question de l'autonomie quand il y a un événement aigu [...] à l'aune d'un évènement ponctuel que l'on va finir par réagir* »

M1 : « *Mais on est du coup plus a posteriori qu'a priori* »

C. Volonté de standardiser le repérage

Pour tous les médecins, une standardisation du repérage présente un intérêt pour leur pratique, ainsi que pour le patient et sa famille.

M3 : « *les syndromes gériatriques, moi je ne les dépiste pas quoi. En fait j'ai l'impression que c'est inné et donc que je le fais. Mais en fait, je pense que j'ai la moitié des gens pour qui je ne le fais pas correctement. [...] Donc le fait que ce soit standardisé, ça permet de donner la même chance à tout le monde quoi.* »

M1 : « *Donc elle va changer notre prise en charge et on va essayer de... de... de reverser cette fragilité* »

M2 : « *Mais c'est aussi nous rendre service à nous... pour pouvoir continuer de gérer le flux de nos patients que bah de... leur éviter d'avoir des tracas... qui vont faire qu'on va devoir les prendre en charge de manière plus intensive, au final. On est en amont et on évite des problèmes en aval... bien sûr on...on sauve beaucoup de problèmes pour nos patients, mais du coup nous... ahah on se rend service à nous aussi au final.* »

Deux médecins nous ont fait part de la nécessité d'instaurer une consultation dédiée pour évaluer les syndromes gériatriques, voire de modifier le cadre conventionnel pour favoriser ce travail préventif.

D. L'importance de la coordination dans le dépistage des syndromes gériatriques

Plusieurs acteurs familiaux, sociaux médicaux peuvent participer au repérage des syndromes gériatriques. L'entourage familial et les infirmiers sont considérés comme les acteurs les plus fréquemment sollicités pour obtenir ces informations. En fonction des

situations, la présence de l'entourage familial peut être bénéfique ou délétère. Pour quatre médecins, la coordination avec ces acteurs est considérée comme existante, mais non optimale.

M1 : « *c'est assez rare de croiser [...] une aide-soignante au domicile par exemple. Mais ça ça peut permettre d'avoir des informations. Sauf qu'il faut avoir le petit bonheur du hasard pour tomber en visite au moment où la personne est présente. [...] Il y a la famille qui permet quand même d'apporter un certain nombre euh... d'informations, [...] l y a les [...]les infirmières libérales qui sont grosso modo dans la prise en charge de la personne âgée, le partenaire privilégié à l'heure actuelle. »*

M2 : « *Bien sûr il y a le côté social ; [...] on va faire appel à une assistante sociale vi l'APA, le CLIC [...] l pour pouvoir organiser des aides. Mais c'est vrai que ça reste assez limité. [...] Par exemple au niveau nutritionnel, [...] on n'a pas vraiment d'interlocuteur... L'évaluation cognitive gériatrique comme je vous le disais, il y a éventuellement un passage du ... de l'équipe mobile gériatrique qui peut se faire mais... ça reste assez limité quand même... »*

M5 : « *de façon coordonnée avec plusieurs professionnels qui pourraient nous permettre d'avoir un vrai suivi, de manière systématique [...] que ce soit avec les infirmiers habituels que ce soit les infirmiers de pratiques avancées ; que ce soit les autres professionnels. Et que... on ait du temps pour se coordonner et pour pouvoir faire le point sur l'état de certains patients de façon [...]je crois qu'il faut qu'on s'organise pour, d'abord, être en confiance les uns vis-à-vis des autres, en respectant les compétences des uns et des autres. »*

E. Pas de suivi standardisé des syndromes gériatriques repérés

Deux médecins interrogés réévaluent systématiquement les actions mises en place pour les syndromes gériatriques repérés. Les trois autres médecins ne le réalisent pas du fait d'un manque de temps, ou d'une absence de réelle évaluation initiale permettant une comparaison dans le temps.

Comme pour le dépistage, les médecins interrogés sont en demande de standardisation afin d'obtenir des données chiffrées, et de pouvoir évaluer l'efficacité des actions.

M1 : « *De troubles cognitifs chez quelqu'un, ce n'est pas la même chose que d'avoir conscience que son MMS a perdu 2 points en l'espace de 6 mois ou 1 an. Euh, avoir*

conscience qu'une personne qui est squelettique est dénutrie, et d'agir, ce n'est pas la même chose que de se rendre compte qu'elle a perdu... euh 5% de son poids en 6 mois etcaetera. »

M3 : *« Il n'y a pas de raison qu'on ne le fasse pas pour les personnes âgées. Et que justement je dis qu'on n'est pas dans quelque chose de concret ; qu'on évalue une situation parce qu'on connaît les patients de manière un peu floue, alors que euh... pour pleins d'autres pathologies, on est rentré dans du concret. Même pour la dépression maintenant on fait des scores. Il n'y a pas de raison »*

F. L'Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) (Annexe 9)

1/ Intérêt des médecins

Les médecins trouvent que l'EGS est un outil clair, complet qui permet de mettre en évidence de façon exhaustive les syndromes gériatriques. Il apporte des informations reconnues comme essentielles pour l'accompagnement des personnes âgées.

M1 : *« je le trouve assez complet [...] je n'ai pas grand-chose à rajouter dessus ça répond à la problématique des carences d'informations qu'on a actuellement »*

M4 : *« Mais du coup, une fois que c'est fait, c'est un... c'est quand même assez précieux. Ça peut nous faire gagner du temps à posteriori [...] du coup c'est bien d'avoir ça plus clairement sous les yeux, parce que ... peut-être qu'en effet, parfois on y pense, mais ce n'est pas aussi clair que quand c'est quelque chose de standardisé quoi. Là au moins, à force peut-être qu'on y pensera, de façon un peu plus automatique quoi »*

Pour eux, le plan personnalisé de soins issu de l'EGS permet de prévenir la cascade gériatrique, de limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations, d'anticiper la perte d'autonomie et repousse l'institutionnalisation.

M1 : *« Et le fait de mettre en place des plans personnalisés de soins permettrait de justement, éviter des hospitalisations ; éviter des dégradations ; éviter des pertes d'autonomie et éviter des institutionnalisations à la fin. »*

M4 : *« Si on peut proposer un plan [...] pour éviter que les choses se dégradent et qu'il y ait une cascade gériatrique et qu'il se retrouve hospitalisé avec un passage aux urgences, ben ce n'est que bénéfique pour lui »*

La présentation détaillée de chaque partie de l'EGS a permis d'étudier l'intérêt des médecins pour chacune d'elle. Aucune partie n'a été jugée inutile de la part des médecins. Tous ont marqué leur intérêt pour la partie médico-sociale, notamment pour le mode de vie du patient, les coordonnées des différents intervenants et l'évaluation de l'aidant.

M2 : « Évidemment le mode de vie c'est super important ; ne serait-ce que de savoir, pour revenir à l'essentiel... ne serait-ce que de savoir s'il y a un étage ou pas... ben mine de rien ça va déjà changer beaucoup de choses pour un patient qui a déjà... des difficultés »

M4 « médico-social, je trouve ça indispensable, et on a pu le voir quand on est allé euh... en visite. Clairement, des fois, le contexte social n'est clairement pas si simple que ça quoi. Oui on se rend plus compte, c'est vrai. [...] Mais du coup, ça peut être intéressant d'avoir cette partie-là et de les rechercher, chez les gens chez qui on ne va pas à domicile »

M3 : « Parfois il y en a un qui s'occupe des courses ; un qui s'occupe des conduites. Et donc en fait on voit toujours la même personne, alors qu'en fait, ce n'est pas elle la vraie aidante principale. »

En ce qui concerne la partie médicale, trois médecins sont intéressés par les items iatrogénie, biologie et évaluation des syndromes gériatriques.

M2 : « Et par contre pour ce qui est de la partie traitement, c'est hyper important. Je pense qu'on ne s'y attelle pas suffisamment souvent [...] puis l'évaluation thymique. Je pense qu'on en avait aussi déjà parlé. Mais pour moi elle est ultra importante. Parce que bah, la dépression du sujet âgé, elle est extrêmement sous diagnostiquée »

M4 : « Poids taille, du coup tu disais. Mais en effet, on ne... les pèse pas en fait... clairement hein [...] Thymie, ça c'est très bien. [...] Neurosensoriel on en a parlé tout à l'heure. Du coup j'avoue que je n'y pense jamais. »

M5 : « C'est important, notamment tout ce qui est automédication. La prise autonome des médicaments ; ça c'est super important. Il y en a plein. »

Les médecins proposent d'ajouter à cette EGS, les directives anticipées, la présence ou non d'animaux de compagnie, la présence de boîte à clé, la date de mise à jour du dossier APA et les coordonnées des prestataires.

2/ Limite de l'EGS

Les médecins sont unanimes quant à l'impossibilité de réaliser l'EGS dans le cadre de leur activité, le jugeant trop chronophage.

M1 : « *c'est quelque chose qui est chronophage et qui demande un temps particulier qui serait difficilement dédié au temps médical.* »

M2 : « *je pense très clairement que c'est une échelle qui prend... énormément de temps.*
»

Deux médecins soulignent également que l'efficacité des actions mises en place dépendra de la compliance du patient au changement.

3/ Mise en pratique de l'EGS

Pour deux médecins, l'EGS n'a d'intérêt que s'il y a une rédaction d'un plan personnalisé de santé adapté à chaque patient. L'accord du patient est d'ailleurs sollicité par deux médecins avant la réalisation de cette EGS.

M2 : « *Parce que [...] faire des échelles pour faire des échelles, mais au final ne rien en faire derrière, ça ne m'intéresse pas.* »

Cette EGS serait à réaliser chez toutes les personnes repérées comme fragiles par le médecin traitant. Tous les médecins s'accordent sur l'importance de répéter cette EGS tous les 6 mois à un an, ou après un épisode aigu, afin de comparer les différentes évaluations au bilan précédent sans être trop fréquent pour ne pas nuire à l'acceptabilité du patient. Trois d'entre eux nous proposent cependant d'expérimenter le protocole afin de modifier la temporalité si nécessaire. De même, cette rythmicité pourrait être modulée en fonction des patients.

M4 : « *je pense que ça peut être bien de le refaire régulièrement. Je ne sais pas à quel rythme c'est prévu ça, mais je pense que une fois par an au moins ou plus chez les personnes qui sont plus à risque de se dégrader ou d'évoluer sur tout ça.* »

M1 : « *Parce qu'une personne âgée finie par être fragile à un moment donné ou à un autre. Donc ça paraît logique, si la personne ne l'est pas encore, de vérifier avec la bonne fréquence si elle ne le devient pas...* »

Un temps de restitution est plébiscité par trois médecins avant la mise en place du plan d'action, et de s'assurer d'une bonne coordination médecin/IPA. Il est proposé par trois médecins d'intégrer le patient à la réflexion pour améliorer sa compliance.

M1 : « *il faudrait forcément un temps dédié pour un moment de synthèse ou d'échange ; de collaboration ; de validation du plan de soins* »

Les médecins souhaitent tous intégrer l'EGS dans leur logiciel métier. Les modalités techniques restent à discuter. Ils sont unanimement d'accord pour en donner un accès à l'IPA.

Enfin, pour deux médecins, l'EGS devrait être réalisée à domicile. L'accès aux ressources hospitalières devant être réservé aux épisodes aigus.

M1 : « je pense par exemple à la chute, euh... il y a des bilans de chutes qui sont faits en hospitalisation, parce qu'ils demandent une coordination et qui parfois difficile en ville. Un bilan de chute à domicile, les 90 % de choses qui sont faites, sinon les 100 % peuvent être faits en ville et non pas nécessité à être hospitalisé »

M3 : « On lui fait un MMS dans un contexte où il ne connaît personne. Il y a quelqu'un qui est venu le chercher ; qui l'a balancé dans un service de gériatrie ; il a peur de tout le monde. Je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure évaluation du MMS [...] Le fait de le faire à domicile, c'est clairement mieux [...] après c'est toujours un problème de financement et de ressources »

IV. L'importance des visites

A. Évaluation de l'environnement

Les observations faites par chaque médecins (**O**) ont permis d'obtenir des informations importantes quant au domicile. Certains domiciles étaient adaptés à l'état de santé du patient, d'autres modifiés pour être sécurisés. D'autres enfin nécessitaient des entretiens coûteux, ou présentaient des éléments de dangerosité.

O4 : « nous devons enjamber une barrière de protection pour enfant [...] Le sol est jonché de jouets pour enfants, notamment sur le passage pour accéder à la chambre. »

O3 : « Elle s'est assise dans son fauteuil à roulettes »

Les médecins ont d'ailleurs tous reconnu l'importance de l'évaluation du domicile.

M1 : « ... le fait d'arriver dans une maison où l'on se rend compte que euh... il n'y a rien au rez-de-chaussée et que tout est à l'étage, alors que la personne n'est pas capable de se mouvoir comme il faut [...] Et on ne l'aura pas forcément au cabinet, soit parce qu'on ne va pas chercher l'information, soit parce que la personne [...] va avoir honte, elle ne va pas

euh vouloir admettre [...] Donc je pense que le domicile, rien que l'inspection du domicile, apporte des informations »

M2 : *« mais c'est encore un autre problème si le logement est hyper encombré ; que la chambre est à un étage ; que le sol a des carreaux ; que les placards de la cuisine ne sont pas accessibles »*

Ayant suivi les médecins durant ces visites, j'ai également pu constater que l'environnement du patient reste partiellement inconnu ; les visites effectuées n'ayant pas permis aux médecins de se rendre dans toutes les pièces des maisons.

B. Évaluation du patient dans son environnement

Les visites m'ont permis d'obtenir des informations concernant l'hygiène du patient dans son intimité, son affect, la présence de comportement à risque et sa compliance aux traitements.

O1 : *« A peine arrivé, une odeur d'urine nous a agressé les narines. [...]. Boîtes de médicaments qui trainaient [...] Il chaussait des pantoufles ouvertes. [...] »*

O3 : *« elle (la patiente) marchait sans aide technique malgré la présence d'une canne dans un coin de l'entrée, avec une marche à petit pas »*

C. Limite des visites à domicile

Les visites sont considérées comme chronophages par les médecins. Les observations ont mis en évidence les durées consacrées aux déplacements et à la visite en tant que telle. Le temps d'observation des visites, incluant le déplacement, oscille entre 35 min et 1 h. La consultation observée n'a duré que 14 min.

M5 *« Quand on va à domicile, on a tout le temps de déplacement. Et on aurait tendance à vouloir aller plus vite à domicile que quand on est en consultation en se disant « ben c'est pas grave, si j'ai du retard, je me rattraperai sur le reste ».*

Un médecin nous indique que les informations recueillies à domicile peuvent être biaisées.

M5 : *« Quand on est à domicile c'est quand même : un jour on passe et ... il y a des patients qui préparent tout bien pour que ça soit tout beau quand le médecin vient, et que les autres jours c'est pas du tout la même chose »*

Contrairement au cabinet, le fait d'aller au domicile du patient entraîne également des difficultés techniques, notamment l'accès au dossier médical, ou la nécessité d'avoir son matériel et une bonne connexion internet.

M3 : « on n'a pas du tout la même qualité de travail quand on est à domicile [...] finalement, on doit tout anticiper dans notre mallette, [...] En fait on n'a pas le même matériel. Donc ça nécessite de tout anticiper avant d'y aller. »

M1 : « à domicile c'est un peu compliqué le poids parce qu'on se balade rarement avec une balance et qu'il n'y en a pas toujours une à disposition euh... sur place. [...] finalement on n'a jamais l'information. »

O1 : « Le médecin s'est installé sur un fauteuil, a sorti son ordinateur et s'est connecté sur son logiciel métier à distance »

L'environnement du domicile peut également venir polluer la consultation médicale.

O4 : « Le reste de la consultation a donc été pollué par les hurlements de l'enfant et les mouvements intempestifs d'aller et retour des différents intervenants. »

V. Le rôle de l'IPA

A. Vision initiale des médecins

1/ Freins au développement de l'IPA

Lors des entretiens initiaux, un médecin a jugé l'apparition de ce nouveau métier comme une volonté descendante des politiques, pouvant entraîner des craintes auprès des médecins et des conflits avec les infirmiers libéraux.

M1 : « il y a certains médecins qui [...] peuvent émettre des craintes de ... de voir les infirmière IPA... remplacer la médecine générale petit à petit, [...] et que les infirmières libérales peuvent avoir peur, [...] d'avoir un rapport hiérarchique qu'elles ont parfois fui à l'hôpital pour ne pas le vivre en ville [...] on ne peut pas à l'heure actuelle, gérer la pénurie médicale avec la diminution de l'effectif médical, qui sera réversible [...] à un moment donné. le but c'est d'avoir une réflexion qui soit autant à court terme qu'à long terme. Euh... Pour justement permettre euh... de pas être dans la réaction, mais dans l'anticipation. [...] le monde politique actuel a toujours été dans la réaction à un problème. Un problème ; une solution tout de suite. Pour que d'ici 5 ans on valide le fait que j'ai bien fait... et pas euh... »

dans une anticipation d'un modèle [...] de fonctionnement qui se mue forcément avec le temps. »

Une autre avait une méconnaissance du rôle et des compétences de l'IPA

2/ Volonté de participer à l'évolution du métier

Deux médecins ont fait part de leur volonté de participer à l'évolution de leur métier, notamment dans le but de répondre à la pénurie médicale. L'IPA peut répondre à un problème de santé publique.

M1 : *« (l'IPA peut) faire une consultation de prévention, si elle permet de limiter 5 consultations derrières, ça permettra forcément de gagner du temps. Si on gagne du temps médical, on répond en partie à la pénurie médicale.*

M5 : *« Avant, le médecin généraliste, il était un, tout seul, et il se démerdait, toute sa vie, tout seul. Donc aujourd'hui on est dans le travail en équipe. [...] Moi j'ai fait d'abord des cabinets de groupe ; puis du travail avec les infirmiers. On était en lien avec les pharmaciens qui nous appelaient, ceux qui osaient [...] Les infirmiers, ça a été plus dur, parce qu'ils [...] avaient ce sentiment de travailler prescrit, et ils n'osaient pas trop nous interpeler. [...] Et l'IPA c'est un niveau de plus puisqu'on lui (médecin) enlève... enfin... une partie de son activité fait disparaître le soin, et donc la course à l'acte, pour vivre. Et donc on peut aller vers de la prévention, vers de l'anticipation, vers du repérage... et ça, justement c'est très bien... si on trouve le moyen de faire de la coordination. Si on ne fait pas de coordination, on va travailler en silo, et c'est une catastrophe. »*

Trois d'entre eux considèrent que l'interaction entre le médecin et l'IPA est atypique, et nécessite de cadrer son activité, ainsi que la communication entre l'IPA et le médecin.

M1 : *« les autres professionnels de... de santé, [...] c'est plutôt le médecin qui demande quelque chose. [...] Alors que l'infirmière de pratique avancée, euh... aurait potentiellement une intervention qui serait [...] déjà existante avant même qu'on prescrive quelque chose [...] Mais, l'infirmière de pratique avancée peut être un... un... au début d'une chaîne, qui d'habitude est toujours euh... actionnée par le médecin généraliste »*

M5 : *« si on se coordonne, on sera plus efficace et on sera plus... performant, et on améliorera l'état de santé. Ce qui est impossible d'imaginer, c'est l'IPA... autonome... indépendante. Ce que certaines IPA réclament. Ce n'est pas possible. On ne va pas faire des*

médecins, des sous médecins, des infirmiers, des kinés non. On doit tous travailler ensemble [...] il faut que j'aie toujours un retour, sinon je perds la file de mes patients [...] Donc ce temps de coordination est indispensable. [...] C'est la clé du succès ; c'est la clé de l'avenir de notre système de santé je pense. C'est de dire « tout le monde à sa place, il n'y a aucune personne à rejeter. Mais par contre, si on ne met pas de la coordination, ce sera une cata. »

3/ Intérêt de l'IPA en gériatrie

Pour tous les médecins interrogés, l'IPA permet d'optimiser la prise en soins des personnes âgées. Elle peut faire gagner du temps médical, notamment en réalisant l'EGS.

M2 : *« oui tout à fait (l'IPA à un rôle dans le repérage des syndromes gériatriques). Comme je vous le disais avec le fait d'avoir euh...ben... faudrait que ça soit cadré et qu'il y ait des protocoles vraiment bien établis, mais oui pour pouvoir faire vraiment bah...pour pouvoir faire déjà ce qu'on appelle l'évaluation standardisée gériatrique »*

M3 : *« parce que, le temps... ça c'est quelque chose d'important avec les patients gériatriques à domicile. C'est le fait d'avoir du temps. Et... sauf que souvent en visite, on ne l'a pas trop, et du coup c'est un peu la course. Le fait d'avoir quelqu'un qui a dit temps... et euh quelqu'un qui soit peut-être mieux formé que nous sur tout ça quoi. [...] Je délègue des tâches parce que... parce que la personne est plus apte à le faire que moi quoi. »*

Elle permet de standardiser le suivi et de coordonner les différents acteurs.

Elle peut se déplacer à domicile et faire de la prévention en dehors des soins.

M4 : *« quelle coordination ? ben je ne sais pas du coup... mais de ce fait, je serai très intéressée de savoir comment on peut coordonner tout ça [...] je ne sais pas exactement le rôle que euh... vous aurez à domicile, mais je pense que ça ne peut que être bénéfique pour nous. Dans le suivi... des syndromes gériatriques »*

B. Intérêt de l'IPA dans la réalisation de l'EGS

Pour tous les médecins, l'IPA à sa place pour réaliser l'EGS. Trois d'entre eux précisent qu'elle doit bénéficier d'une formation spécifique.

M1 : « oui complètement (l'IPA peut être aidante [...]) Ça répond aux problématiques médicales du temps ; ça répond à la problématique des carences d'informations qu'on a actuellement »

M2 : « très clairement remplir un tel dossier... (silence de 3 secondes) c'est beaucoup trop de temps. Très franchement. Sans l'appui de quelqu'un, comme une IPA par exemple, ça paraît compliqué. »

M4 : « Ben du coup je pense que l'IPA sera déjà beaucoup mieux formée que nous [...] Et elle aura le temps, de prendre le temps avec les gens »

L'IPA peut faciliter la coordination avec les autres acteurs de santé.

M2 : « la coordination est souvent un peu compliquée pour être franc[...]c'est vrai que souvent, les retours qu'on a... c'est des retours indirects, via le patient ou la patiente, mais pas directement du kiné [...]on pourrait tout à fait aiguiller l'IPA[...]vers une prise de contact avec tel ou tel acteur... pour avoir des compléments d'informations qui vont pouvoir nous aider à la prise en charge du patient pour la problématique actuelle... (silence de 2 secondes) ne serait-ce que les auxiliaires de vie par exemple. »

M3 : « Ce n'est pas toujours évident de se coordonner en termes de timing avec les familles et ainsi de suite. Avoir tous les intervenants en même temps c'est quand même hyper compliqué. »

Une réévaluation des actions mises en place peut être également réalisée par l'IPA, en s'assurant d'une bonne coordination médecin/IPA.

M2 : « En fait c'est surtout question que... (silence de 3 sec) de réussir à trouver selon quelles modalités on peut ensuite... avec une IPA ou autre, organiser un temps de...ben de discussion [...] réussir à organiser un temps de discussion, avec l'IPA en question et le médecin traitant justement, pour faire un compte rendu de qu'est-ce qu'à donné cette évaluation... »

M5 : « à chaque fois que je confierai un patient à une IPA, j'espère qu'elle me dira que mon patient a eu ça, a eu ça...et comme ça, je peux dire au patient « ouais la dernière fois c'était parfait et tout va bien » ; et il sait que je continue à être son médecin traitant. Parce que s'il perd cette idée-là, il n'aura pas confiance. Aujourd'hui en tout cas, peut être que dans 10 ans ce sera différent. Je crois que c'est important que le patient sache que si on

confie son suivi ou son évaluation à quelqu'un d'autre, on reste en lien avec lui. Et ce n'est pas que je ne veux plus le voir. »

Tous les médecins s'accordent sur l'intérêt de déléguer certaines prescriptions dans le cadre de protocoles ou d'un parcours de soins préétablis.

M1 : « l'idée de faire une évaluation gériatrique standardisée qui inclue une prise de sang, ça paraît logique que l'IPA puisse réaliser sa prise de sang sans avoir besoin de faire intervenir le médecin. Sinon ça complexifie les choses ; ça retarde tout le monde et ça n'a pas de valeur ajoutée. »

M3 : « à partir du moment où c'est, de toute façon protocolisé, et même si... je ne suis pas un fervent partisan de la supériorité médicale, je n'ai aucun souci avec le fait qu'il y ait quelqu'un de mon cabinet, que je connais, ou je sais ce qu'il fait, prescrive un bilan. Je suis tout à fait d'accord »

C. Vision des médecins à la fin de l'étude

Une fois la présentation faite de l'EGS et du rôle que pouvait avoir l'IPA dans le repérage et l'évaluation des syndromes gériatriques, tous les médecins interrogés sont d'accord pour travailler avec l'IPA.

M1 : Pour moi l'IPA a toute sa place ; a véritablement toute sa place dans une équipe ; dans une MSP dans une prise en charge, euh... parce qu'elle a une valeur ajoutée, et qu'elle permet... de faire quelque chose en plus

M5 : « je ne sais pas si j'aurai le temps, parce que dans un an et onze mois maintenant je ne serai plus là (ahah). Si j'espère ; j'aimerais bien voir ça parce que je pense que c'est l'évolution de la profession. »

L'activité de l'IPA dans le cadre de l'EGS lève les réticences initiales car elle a une action qui vient en complément de celle du médecin, sans entraîner de perte de compétence pour celui-ci. L'IPA permet ainsi d'optimiser la prise en charge.

M1 : « une IPA gériatrique, pour parler de la gériatrie, permet d'améliorer les prises en charges... permet d'apporter un nouveau regard, une interaction nouvelle avec le patient, parce que le médecin n'a pas la même interaction avec le patient que l'infirmière à domicile

et que le kiné ou que le pharmacien, et donc que l'IPA. Donc c'est une richesse d'interaction supplémentaire »

M2 : *« l'intérêt de l'IPA c'est quand même de... d'être une extension du temps qu'on n'a pas... pour faire des évaluations plus poussées qu'on ne fait pas à l'heure actuelle justement par manque de temps »*

Pour un médecin interrogé, l'IPA à un rôle ressource.

M3 : *« j'ai découvert l'existence des ESPRAD il y a un an. Il y a un an, je ne savais même pas que ça existait. Donc avoir le rôle de ressource : savoir qui contacter et à quel moment. D'avoir aussi le rôle de la filière. Si elle connaît la personne de l'ESPRAD, c'est quand même plus facile d'appeler quand on a l'habitude. »*

De nouvelles craintes apparaissent du fait de cette nouvelle coordination. Il s'agit de la peur du rajout de temps ; de la peur de devoir gérer des bilans supplémentaires et de la difficulté d'agencement des locaux.

M2 : *« je pense que c'est humain de voir plus le surplus de temps que ça va nous faire à court terme, plutôt que le gain de temps que ça va nous faire à long terme »*

ANALYSE

Afin de réaliser l'analyse de mes résultats, je me suis inspirée de l'analyse SWOT, outil stratégique utilisé en marketing. Il analyse les forces et les faiblesses, ainsi que les opportunités et les menaces liées à un sujet. Concernant le rôle que peut avoir l'IPA dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles au sein d'une MSP, l'analyse concerne :

Les forces et les faiblesses relatives aux influences de l'environnement interne d'une structure, à savoir ici la MSP dans laquelle les médecins ont été interrogés.

Les opportunités et les menaces relatives aux influences exercées par l'environnement sur la structure, à savoir ici les acteurs externes du territoire où est implantée la MSP (à-savoir, les structures avoisinantes, les décisions politiques, les enjeux de santé publique la conjoncture économique ...)

FORCES	FAIBLESSES
<p>MEDECINS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivés et engagés • Intéressés par la standardisation du repérage de la fragilité et des syndromes gériatriques • Intéressés le GFST, l'EGS et la rédaction d'un PPS • Souhaitent participer à l'évolution du métier d'IPA et acceptent l'installation dans la MSP • Optimisation du temps médicale <p>IPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet de réaliser l'EGS à domicile • A un rôle propre dissocié de ceux des autres acteurs libéraux • Est intégrée plus facilement à la structure • Coordonne les acteurs gravitant autour du patient et assure un suivi des actions validées avec le médecin <p>PATIENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet un repérage précoce de la fragilité en ambulatoire • Optimise le maintien à domicile et la qualité de vie du patient <p>IPA/ MEDECINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'IPA a des compétences qui viennent compléter celles des médecins • Rôle bien défini, avec IPA comme personne ressource • Création d'un lien de confiance <p>IPA/ PATIENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps de consultation plus long pouvant être accordé • Approche mixte médicale/paramédicale permettant une approche holistique du patient <p>IPA/ MEDECINS/ PATIENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du parcours de santé des personnes âgées 	<p>MEDECINS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne connaissent pas les compétences de l'IPA • Ont besoin d'un temps de coordination (non rémunéré) • Ont peur de devoir gérer le retour des examens prescrits par l'IPA <p>IPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'accueil de l'IPA <p>PATIENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non compliance au PPS • Présence de l'entourage parfois délétère <p>IPA/ MEDECINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de protocoles (demande du temps et de l'investissement) • Méconnaissance technique de l'intégration de l'EGS au logiciel métier <p>IPA/ PATIENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refus de délégation de son suivi • Méconnaissance de ce nouvel acteur <p>IPA/ MEDECINS/ PATIENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de changement des pratiques • l'EGS est chronophage
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Répond à un problème de santé publique (vieillesse de la population) en améliorant le parcours de santé gériatrique • Répond au problème de démographie médicale, en faisant gagner du temps au médecins • Besoins d'optimisation de la coordination existante avec les autres professionnels de santé • Préviens les institutionnalisations et le recours aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'autres parcours gériatriques : nécessité de trouver une coordination avec eux • Volontés descendantes des politiques peuvent entraîner des craintes chez les craintes des médecins • Cadre conventionnel médical non adapté à la prévention • Cadre conventionnel non stabilisé quant à l'intégration de l'IPA dans le système de santé • Risque de conflit avec autres professionnels de santé

Ce SWOT nous permet de valider notre hypothèse principale. Aux vues des aspects positifs énumérés ci-dessus, l'accompagnement des personnes âgées par l'IPA de façon standardisée est plébiscité par les médecins sous réserve d'une mise en place d'une bonne coordination, et d'une intégration de ce projet dans l'environnement existant.

En tenant compte d'un maximum de résultats de cette analyse, un parcours de soins a été réalisés (**Annexe 10**).

Le repérage de la fragilité se ferait à l'aide de l'outil GFST, par les médecins en fin de consultation. Un test négatif entrainerait un contrôle annuel ou post-événement aigu, afin de rester dans une attitude préventive.

En cas de positivité du test chez une personne que le médecin considèrerait comme fragile, l'EGS serait réalisée à domicile par L'IPA. Elle prescrirait les bilans nécessaires à la réalisation de cette EGS, et proposerait la mise en place d'actions. Un temps de restitution serait programmé avec le médecin, l'IPA et le patient afin d'établir un PPS accepté par le patient et son entourage.

Enfin l'IPA, en tant que coordinatrice de santé, assurerait le lien avec les autres professionnels de santé dans le but de programmer la mise en place des actions médicales et sociales. Elle s'assurerait de l'efficacité de ces actions, les modifierait si nécessaire et intégrerait les données dans le logiciel métier du médecin.

Une prise de contact avec les différents acteurs du territoire sera nécessaire pour améliorer l'acceptabilité de ce nouveau parcours, et venir compléter les parcours existants sans créer de doublon.

Ce protocole permettrait donc d'optimiser le temps médical et l'accompagnement du patient, diminuant ainsi le recours aux hospitalisations et aux institutionnalisations. Cependant ce protocole devrait être expérimenté pour optimiser le parcours en fonction des premiers retours de terrain, et pour vérifier l'impact sanitaire de celui-ci.

DISCUSSION

I. Principaux résultats

A. La fragilité

Cette étude révèle que la fragilité, bien que fréquente en médecine générale, est une notion complexe, avec un cadre théorique inadapté à la réalité du terrain.

La British Geriatrics Society précisait en 2008(32) que « *les médecins généralistes, en raison du temps de consultation limité, du petit personnel de cabinet et des contraintes de coûts, peuvent avoir des difficultés à administrer systématiquement des batteries de tests.* ». De plus, de nombreuses définitions de la fragilité existent, et de nombreux outils ont été développés, et aucun n'a réellement fait consensus (24).

Des travaux récents ont confirmé les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le repérage de la fragilité. Ils confirment l'absence de standardisation du dépistage, « *l'intuition clinique (des généralistes) semble (être) à la base de leur démarche classique de repérage* » (33). « *Le manque de temps, l'isolement du médecin, la gestion des décompensations, les délais d'hospitalisation, le manque de communication avec l'hôpital, et les divergences avec le patient ou sa famille* » (34,35) rendent le dépistage peu réalisable en pratique. Sur 90 étudiants en médecine interrogés en 2018 à Rouen sur leurs connaissances théoriques de la fragilité, « seuls 11 % d'entre eux les jugeaient satisfaisantes »(36)

Or, malgré l'absence de consensus sur la définition de la fragilité et de l'outil à utiliser, la fragilité est une notion ressentie par les médecins interrogés dans cette étude, comme fréquente et sous-évaluée. C'est d'ailleurs ce que révèle l'étude SHARE, qui retrouve une prévalence variante entre 6% et 44% en fonction de l'outil utilisé.(20)

Dans le cadre de notre étude, l'échelle GFST, recommandée par la HAS apparaît comme étant adaptée à la pratique des médecins. Ce résultat est concordant avec les résultats de la littérature. « Le GFST semble être un bon outil de repérage de la fragilité en médecine générale : la prévalence des patients repérés fragiles est concordante avec les données de la littérature et sa réalisation s'intègre parfaitement dans une consultation de médecine générale. » (22) « *Parmi eux (173 médecins interrogés), 90,9% ont décrit le GFST comme faisable en médecine générale* »(23)

La méconnaissance de cet outil entraîne une sous-évaluation de la fragilité, malgré un intérêt médical prouvé. Le livre Blanc de la société française de gériatrie justifie l'intérêt du GFST en rappelant que « *près de 95 % des patients référés à l'hôpital de jour de fragilités du Gérotopôle de Toulouse à l'aide du GFST étaient en effet fragiles ou pré-fragiles et à risque de dépendance* » (19). La HAS préconise donc ce repérage en précisant bien que c'est « *la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS)* » (24), mais cette recommandation ne semble pas être appliquée, car l'outil GFST, pourtant adapté à la pratique médicale, reste encore méconnu. Cette étude a permis une prise de conscience des médecins de la faisabilité d'un dépistage de la fragilité, alors que cette notion leur paraissait abstraite initialement.

Le fait de ne pas pouvoir apporter de réponses aux fragilités rencontrées, peut également représenter un frein à leurs repérages. Les structures gériatriques de second recours peuvent être méconnues des médecins généralistes, ou avoir des délais de prises en charge trop longs. Il est donc nécessaire d'apporter une possibilité d'évaluation des syndromes gériatriques et des solutions pratiques à mettre en place, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile. Les MSP peuvent offrir ce terrain pluridisciplinaire et ces temps de coordination rémunérés, nécessaires à cette prise en charge préventive.

B. Les syndromes gériatriques

L'étude révèle une méconnaissance du cadre théorique des syndromes gériatriques.

Le travail de thèse docteur Meunier réalisé auprès de médecins de l'Aisne confirme cette méconnaissance. La définition des syndromes gériatriques pouvait différer selon les médecins, mais ils s'accordaient tous sur l'âge et la présence de plusieurs pathologies et comorbidités. (45)

Dans notre étude Le repérage de ces syndromes est fait de façon empirique sur des points d'appel cliniques et biologiques, au décours d'une hospitalisation ou lors d'informations remontées par la famille. Cela peut entraîner un retard de diagnostic et un défaut de prise en charge responsable d'hospitalisations.

Cette pratique est similaire à celle observée par le Dr Meunier (39): « *Pour le dépistage des syndromes gériatriques, les médecins n'avaient pas de ligne de conduite systématique. Ils s'adaptaient aux patients et à leurs situations.* » et « *Plusieurs médecins ont déclaré dépister*

les syndromes gériatriques après une demande de l'entourage, du patient lui-même ou de l'équipe paramédicale, après un événement intercurrent tel qu'une chute, ou après l'apparition de signes cliniques observés lors d'une consultation de routine »

Les freins au dépistage retrouvés lors de son étude étaient le comportement du patient (peur, déni, absence de plainte, manque de compliance du patient), le manque de temps du médecin, le manque de reconnaissance financière et la surcharge de travail. Les médecins reconnaissaient un manque d'anticipation dans leur pratique. Ces données sont identiques à celles de cette étude.

Ce travail a mis en évidence que l'EGS est un outil clair, complet, qui permet de repérer de façon exhaustive les syndromes gériatriques. Le PPS issu de l'EGS permet de limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations, et d'anticiper la perte d'autonomie.

L'intérêt médical de l'EGS a été prouvé, grâce aux travaux d'Andreas Stuck en 1993 (28), et de Ellis et Graham en 2011(30). Ils ont mis en évidence que l'EGS permettait de façon statistiquement significative, de diminuer le risque de ré hospitalisations et décès, favorisait le maintien à domicile et améliorait les capacités cognitives des patients.

Malgré son intérêt sanitaire, l'EGS reste un outil hospitalier non réalisé en soins primaires. Elle est considérée comme étant chronophage et nécessite une coordination avec différents acteurs gravitant autour du patient (familiaux, médicaux, sociaux...). En effet, une fois le syndrome gériatrique repéré, se posent « *la difficulté d'orienter le patient vers la structure adaptée, le manque de coordination avec les services sociaux, et une rémunération insuffisante par rapport au temps passé.* »(40)

Pour autant l'étude réalisée ici montre que les médecins voient un intérêt à la réalisation de cette EGS, au domicile du patient avec les acteurs libéraux qui l'accompagnent au quotidien. Le rôle de l'IPA dans l'EGS à domicile est donc apparu, au cours de ce travail, comme une évidence pour les médecins.

C. Les rôles de l'IPA

Dans le cadre de ses compétences, l'IPA peut réaliser un examen clinique et prescrire des bilans complémentaires (38). Elle peut mettre en œuvre et évaluer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique et participer à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient. Dans le cadre de l'EGS, l'IPA peut donc évaluer le patient, prescrire les bilans nécessaires, et proposer des actions à mettre en place.

Il peut cependant exister des craintes des médecins quant à l'implantation de ce nouvel acteur qu'est l'IPA dans l'organisation libérale. Notre étude a montré une méconnaissance des compétences de l'IPA de la part de certains médecins. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'article "Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes"(3), qui décrit les principaux freins à l'arrivée de ce nouvel acteur : le manque d'information des médecins quant aux nouveaux métiers, le manque de clarté du rôle de l'IPA, l'importance de la confiance que doit avoir le médecin envers l'IPA, la nécessité d'un parcours de soins clairement défini, l'importance de la considération par l'IPA du pouvoir médical.

Ces freins ont été perçus au début de l'étude. En effet, le fait de rester à l'échelle d'une MSP permet d'assurer un contact privilégié et quotidien avec les médecins. Le fait de s'être fait connaître par cette structure lors d'un stage a permis de créer un lien de confiance. Les réticences initiales de certains médecins ont évolué durant l'étude au fur et à mesure que le rôle complémentaire de l'IPA leur apparaissait clairement, et qu'un parcours de soins se dessinait.

L'IPA ne vient donc pas faire « à la place du médecin », mais en complément des carences de prises en charge des personnes âgées, que les médecins ont eux-mêmes objectivées.

L'IPA peut également se déplacer à domicile. Cette étude a mis en évidence que le domicile permet le recueil d'informations essentielles sur l'environnement du patient et sur le comportement du patient dans son environnement. Malgré l'intérêt évident de cette évaluation du domicile ; les médecins limitent les visites faute de temps et de difficultés techniques. Ces résultats montrent une tendance, confirmée par le Collège de Médecine générale (55), qui précise l'importance des informations médico-sociales recueillies à domicile ; et qui confirme la diminution du nombre de visites. Il l'explique par l'évolution technique (téléconsultations, voitures...) mais aussi du fait du manque de temps et de rémunérations d'actes considérés comme chronophages et complexes. L'IPA a donc un rôle complémentaire à apporter au médecin, en allant rechercher ces informations essentielles tout en optimisant le temps médical. *« Il faut pour cela former ces infirmières, mettre en place les structures et protocoles de collaboration et évaluer l'impact sur le nombre de visites des médecins et la qualité des soins prodigués aux malades. »(55)*

L'étude a objectivé les difficultés de coordination existantes entre les médecins, et les autres professionnels de santé et l'entourage du patient. Les médecins considèrent que l'IPA

peut venir réaliser ce rôle de coordination, nécessaire pour la mise en place des actions du PPS et pour les réévaluations de celles-ci.

Finalement, comme le relate la Société Française de Santé Publique, intégrer la prévention dans les soins primaires est avant tout un enjeu organisationnel(3). La prévention doit être réalisée principalement au niveau des soins primaires du fait de la fréquence des contacts avec la population. *« Les actions de prévention et de promotion de la santé sont décrites comme peu organisées, reposant sur des initiatives individuelles et opportunistes. En cause, notamment, la difficulté d'intégrer une dimension collective et pérenne aux pratiques cliniques préventives alors même que la plupart des situations de prévention nécessitent une démarche coordonnée, répétée et intégrée à l'offre de soins. En parallèle, le système de soins primaires se structure autour de l'exercice coordonné. Ces évolutions organisationnelles sont des occasions d'intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de soins primaires. »*

Ainsi dans le cadre de l'évolution du système de santé vers un exercice coordonné, l'IPA peut faire le lien entre les différents acteurs médicaux sociaux. Elle peut assurer la coordination des différents acteurs dans cette démarche préventive ; en assurer l'intégration dans le parcours de soins, en faisant le lien avec le médecin notamment.

Enfin, le suivi répété dans le temps permettra de réévaluer les actions mises en place et d'analyser les freins et les leviers du changement du patient, afin d'adapter le plan de soins personnalisé au plus près de la vie du patient. Car finalement, comme le disait Nelson Mandela : *« tout ce qui est fait pour moi, sans moi est fait contre moi »*. S'organiser sans intégrer le patient, et sans le faire participer à la décision qui viendra modifier ses conditions de vie, risque de nuire à sa compliance au changement.

D. Proposition de parcours de santé

La notion de parcours nécessite *« l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé... »*(49). Notre étude révèle que l'arrivée de l'IPA peut également entraîner des craintes et des conflits avec les autres acteurs de santé, notamment les infirmiers libéraux. Ce résultat est en adéquation avec la littérature : *« elles (les IPA) doivent rassurer les infirmières, notamment libérales, qui craignent souvent l'arrivée d'une collègue qui se positionnerait comme une « cheffe » »*(56)

Le fait de créer un parcours de santé dans lequel l'IPA a un rôle qui est totalement distinct de tous les autres acteurs déjà en place, avec un parcours de santé bien défini, facilite l'acceptabilité de tous.(3) L'IPA a donc un rôle de coordination en santé et un rôle ressource pour les professionnels dans le cadre de ce parcours.

La HAS précise les conditions à réunir pour créer un parcours de soins améliorant la prise en charge des personnes âgées à domicile (4) : « *Permettre aux médecins traitants d'avoir un accès rapide aux avis gériatriques ; Organiser la coopération entre les professionnels de santé et les intervenants sociaux ; Promouvoir l'intervention, en appui aux médecins traitants, d'infirmières expérimentées en gériatrie pour participer à l'évaluation, à l'élaboration du PPS puis à son suivi à [...] ; Développer la coopération médecins-kinésithérapeutes* ». Le parcours proposé répond totalement à ces conditions.

« *Recenser et mobiliser les ressources sociales et communautaires disponibles ; Éviter la répétition d'évaluations chez une même personne par différents acteurs sanitaires et sociaux agissant sans coordination ; S'assurer que la mise en œuvre de la démarche de prévention n'augmente pas le recours à l'hospitalisation évitable sur le territoire.* » (4). Il est donc nécessaire de vérifier l'originalité du parcours proposé par rapport aux parcours existants.

Le CLIC est un centre d'information, de conseil et d'expertise en gérontologie. Il n'a donc pas vocation à réaliser de bilan médical ni de coordination. Il est une ressource indispensable pour l'IPA dans le cadre de ce parcours, pour favoriser notamment la mise en place d'actions sociales, et d'accompagnement du patient.

Le DAC organise les parcours de soins complexes. Il répond à la demande des professionnels de santé ou des patients. Dans le cas présent, il pourrait solliciter l'EGED pour réaliser un bilan gériatrique à domicile. L'EGED propose un plan de coordination en santé, et peut aider à sa mise en place en cas de difficulté.(51) Elle n'a pas vocation à assurer le suivi au long cours du plan d'action mais peut venir en soutien du DAC si besoin.

Ce dispositif diffère du parcours proposé dans le cadre de notre étude. Les médecins interrogés sont conscients de leurs limites préventives dans le repérage de la fragilité. Ils agissent a posteriori, sur appel clinique biologique ou familial. L'action de l'EGED, sollicité par le DAC sur demande des médecins, sort donc de l'action préventive gériatrique, pour accompagner le maintien au domicile de situations complexes. De plus, L'IPA, dans le cadre du parcours de soins, assure le suivi et l'évaluation des actions mises en place, en intégrant à la

réflexion et en coordonnant tous les professionnels de santé gravitant autour du patient. Ce suivi permet une adaptation, au plus près du patient, du PPS en fonction de l'évolutivité de la situation.

TEMPOFORM, du fait de l'usage d'une application numérique, ne répond pas aux patients qui n'utilisent pas le numérique. Il réalise également un biais de sélection en n'intégrant que des patients motivés aux changements. TEMPOFORM a l'avantage de proposer un bilan gériatrique complet, mais ne peut être réalisé qu'au CHU, occultant ainsi les informations du domicile, et nécessitant un déplacement du patient.

L'expérimentation ICOPE, dont la généralisation est à prévoir en 2025 est le projet le plus proche de notre parcours de soins. Il permet un repérage précoce des fragilités, avec une mise en place d'actions et de suivi au regard de ces actions ; il est basé sur un questionnaire initial de 10 min. En cas d'anomalie, un bilan de cette fragilité et un plan personnalisé sont mis en place pour l'améliorer. L'expérimentation prévoit un suivi des actions initiées.

Le parcours de santé de cette étude permet un repérage de la fragilité au décours d'une consultation, sans nécessité de consultation dédiée. L'approche de la fragilité par le projet ICOPE est une approche de la fragilité basée sur le risque, avec prise en charge uniquement des risques repérés. (53) Le parcours de santé proposé ici s'appuie sur une approche plus globale de la fragilité en tant que syndrome gériatrique, proposant une évaluation complète du patient dans son environnement. Cette évaluation globale serait fournie lors des hospitalisations, permettant de transmettre, sur un document, toutes les informations issues du domicile du patient, améliorant ainsi la communication ville-hôpital et la prise en soins globale du patient. Enfin, le rôle de coordination de santé de l'IPA, inclus dans ce projet, assure une adaptation du PPS au fur et à mesure de l'évolution de l'offre médicale et de l'évolution de la compliance du patient.

Ce parcours de santé répond aux critères proposés par la HAS. Il est cependant nécessaire d'assurer une coordination et une coopération avec les parcours existants, afin d'optimiser l'accompagnement pouvant être proposé aux patients.

II. Forces et faiblesses de l'étude

La méthodologie, s'appuyant sur deux entretiens et une observation, n'a pas permis d'assurer une saturation des données dans le temps imparti, pouvant entraîner un biais d'interprétation des résultats. Cette limite était connue dès le début de l'expérimentation, mais

il a été fait le choix de ne pas changer cette méthode de travail, afin de sortir du discours stéréotypé des médecins et de limiter le biais du chercheur. Une triangulation des données a également permis de diminuer ce risque.

Bien que limité le plus possible, le biais du chercheur n'a pas pu être totalement évité. Du fait de l'implication personnelle dans le cadre d'un projet d'installation future, et de son expérience en tant qu'infirmière, il est arrivé au chercheur de sortir de sa neutralité lors des entretiens, ou d'être intégré aux discussions lors des observations. Ces défaillances ont entraîné des adaptations du protocole de recherche de façon systématique.

Cette étude monocentrique peut entraîner un biais de sélection. Les médecins interrogés connaissaient le chercheur et son projet d'installation. Ces deux données ont pu influencer sur la qualité de leurs réponses, en tant que frein ou levier. De plus, 3 médecins sur 5 sont impliqués dans des projets syndicaux et de coordinations territoriales limitant leur représentativité.

La principale force de cette étude réside dans sa méthodologie séquentielle permettant au médecin d'analyser leur propre pratique, et de prendre conscience de leurs limites. Ils ont pu comprendre le rôle de l'IPA et évaluer les outils proposés à la lumière de ces réflexions. Il a d'ailleurs été constaté une évolution de leurs craintes et attentes au fur à mesure de l'avancée de ce travail.

III. PERSPECTIVE

Ce travail exploratoire a permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins quant à la notion de fragilité et au repérage des syndromes gériatriques. Une étude quantitative issue de ces données pourrait être réalisée afin de confirmer ces hypothèses.

Il peut exister des freins à l'installation de l'IPA de la part des professionnels du fait de la méconnaissance de ses compétences, et d'une activité mal définie. Le parcours de soins réalisé dans le cadre de ce travail s'est appuyé sur les aspects positifs recensés par l'analyse SWOT.

Il persiste cependant des aspects négatifs dont il faudra tenir compte pour une généralisation de ce parcours de soins.

Parmi les faiblesses mises en évidence au sein de la MSP, les modalités d'intégration de l'EGS dans le dossier médical devront être définies, afin de mettre à jour les données dans le logiciel métier et d'éviter la perte de données dans le fil des consultations. Il persiste également le problème du local à allouer à l'IPA, bien que l'essentiel de son activité soit réalisé en visite.

Une étude de l'acceptabilité de ce parcours de santé auprès des patients pourrait également être réalisée, afin d'apporter des modifications éventuelles permettant d'améliorer la compliance du patient.

L'EGS est chronophage pour le médecin, mais également pour l'IPA. Dans le cadre de mes études, je passais 3-4h à réaliser une EGS avec l'équipe mobile de gériatrie de Seclin. Le modèle économique de l'IPA, avec une cotation de consultation initiale PAI à 60 euros ne permet pas d'accorder autant de temps au patient de façon viable.

Un modèle économique, basé sur un travail de 35 heures et une rémunération de l'IPA à 43 euros de l'heure est en cours d'étude avec l'URPS MH Hauts de France. Cette estimation révèle un surcoût annuel de 47 749 euros, pour la réalisation de l'EGS, la restitution avec le médecin et la mise en place des actions (incluant les temps de coordinations, de mises en place et réévaluations des actions). Certaines structures, telles que les centres de santé portés par le département, peuvent obtenir des fonds supplémentaires permettant de compenser ce surcoût. Cependant ces centres de santé ne semblent pas être l'avenir de la médecine libérale. Afin de généraliser ce parcours, il serait intéressant de l'expérimenter au sein d'une MSP, afin d'étudier l'efficacité de celui-ci ainsi que les économies qui en découleraient (diminution d'hospitalisation et de temps d'hospitalisations ; retards d'institutionnalisation...). Des recherches de financement auprès de la CPAM de Lille Douai et de la CARSAT sont en cours.

La généralisation du projet ICOPE en 2025 devrait permettre d'intégrer des financements pour la prévention des personnes âgées. Un changement des pratiques sera également à prévoir et à accompagner, afin de faciliter l'intégration de la prévention dans les soins primaires.

Enfin, afin de répondre aux menaces révélées par l'analyse SWOT, une coordination devra être recherchée avec les parcours gériatriques existants, afin d'éviter tout conflit avec ceux-ci. Le fait de présenter le projet aux différents acteurs, et de rechercher les complémentarités avec chacune de ces structures, permettra d'optimiser les ressources disponibles sur le territoire quant à l'accompagnement des personnes âgées. L'un des objectifs de ce projet est d'intégrer dans le paysage médical libéral une coordinatrice en santé, qui assurerait un décloisonnement progressif de chacun de ces acteurs.

Pour ce faire, un travail de sensibilisation devra être réalisé auprès de tous les acteurs médicaux et sociaux, afin de faire connaître les compétences de l'IPA, et de définir un rôle propre cadré et distinct de chacun d'eux. Bien qu'issu d'une volonté politique en réponse à la pénurie médicale, l'IPA doit répondre aux besoins des acteurs locaux pour faciliter son intégration.

CONCLUSION

Afin de répondre aux enjeux que sont la pénurie médicale et le vieillissement de la population, entraînant une augmentation des polypathologies et de la dépendance, le système de santé évolue depuis les années 2000 vers une activité plus collaborative. Cette évolution est l'occasion d'intégrer une activité préventive coordonnée en partenariat avec le patient. La notion de fragilité illustre ce virage préventif en gériatrie.

La fragilité est une notion complexe pouvant sembler inadaptée à la pratique des médecins généralistes, cependant des outils tel que le GFST peuvent être facilement intégrés à leur pratique. Les médecins sont également en demande de standardisation du dépistage et de la prise en charge des syndromes gériatriques et sont conscients de l'importance des visites à domicile, afin d'en anticiper les complications pouvant faire rentrer le patient dans la dépendance. Cette activité préventive n'est actuellement réalisée qu'a posteriori, sur point d'appel clinique biologique ou familial, du fait d'un manque de temps et de difficultés techniques.

L'évaluation Gériatrique standardisée permet d'améliorer le maintien au domicile, en diminuant le risque d'hospitalisation et d'institutionnalisation, grâce à une prise en soins globale du patient. Elle n'est cependant pas adaptée à la pratique libérale.

L'IPA a toute sa place en gériatrie en complémentarité des médecins pour réaliser cette EGS à domicile, proposer un plan personnalisé de soins et assurer le suivi des actions mises en place en coordonnant les acteurs médicaux et sociaux gravitant autour du patient.

L'arrivée de l'IPA dans le monde libéral peut entraîner des réticences. Cette étude montre qu'en définissant et cadrant clairement son rôle par rapport aux autres acteurs, en assurant un lien de confiance avec le médecin, et en créant un parcours de santé bien défini, il est possible d'intégrer l'activité d'une IPA au sein d'une MSP pour accompagner les personnes âgées fragiles à domicile et optimiser son parcours de soins.

Le modèle économique de l'IPA doit cependant évoluer pour lui permettre d'accorder aux patients, le temps nécessaire à une EGS, ainsi que pour lui permettre d'allouer du temps à la création d'une réelle coordination entre les acteurs médicaux, sociaux libéraux et hospitaliers,

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2023 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Personnes âgées poly-pathologiques - quels enjeux de démographie médicale_0.pdf [Internet]. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/Personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20poly-pathologiques%20-%20quels%20enjeux%20de%20d%C3%A9mographie%20m%C3%A9dicale%20_0.pdf
3. Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. *Rech Soins Infirm.* 2022;150(3):66-78.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
5. Dourlens C. Les usages de la fragilité dans le champ de la santé: Le cas des personnes âgées. *Alter.* 1 avr 2008;2(2):156-78.
6. de Haas P. Les soins primaires, évolutions en cours. *Trib Santé.* 2023;78(4):31-6.
7. Décès – Mortalité – Espérance de vie - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME
8. Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres - Insee Focus - 314 [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7716002#onglet-2>
9. Fnors-ORS_FHF_PortraitTRP_Douaisis_2021_09_23_Final.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2022/04/Fnors-ORS_FHF_PortraitTRP_Douaisis_2021_09_23_Final.pdf
10. Vieillesse normale [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/vieillesse-normale>
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2023 [cité 27 juill 2023]. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
12. Monod S. Défis du vieillissement et enjeux de santé publique. *Gérontologie Société.* 2018;40 / 157(3):47-52.
13. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
14. Bien vieillir [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
15. Chassagne P, Rolland Y, Vellas B, éditeurs. La personne âgée fragile [Internet]. Paris: Springer Paris; 2009 [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-2-287-93911-2>
16. Michel H. La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite Société.* 2012;62(1):174-81.
17. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillesse: Une approche globale,

multidimensionnelle et préventive. médecine/sciences. déc 2020;36(12):1173-80.

18. www.elsevier.com [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Dépister la fragilité chez le sujet âgé. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/depister-la-fragilite-chez-le-sujet-age>

19. FRAGILITE_LIVRE_BLANC_2015.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: http://www.sngie.org/wp-content/uploads/sites/28/2019/02/FRAGILITE_LIVRE_BLANC_2015.pdf#page=88

20. Zamudio-Rodriguez A. Le vieillissement réussi: concepts, enjeux, applications en épidémiologie et perspectives de programme en santé publique.

21. has fragilité - Recherche Google [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=has+fragilit%C3%A9>

22. Dufлот A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le Gérontopôle Frailty Screening Tool: étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. 25 sept 2014;43.

23. Clais E. Evaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gérontopôle Frailty Screening Tool. Université de Nice Sophia Antipolis; 2015. book.

24. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

25. Béland F, Michel H. Explorer la fragilité: d'un syndrome gériatrique à une notion polymorphe? In: La fragilité des personnes âgées [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013 [cité 12 sept 2023]. p. 7-30. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-fragilite-des-personnes-agees--9782810901234-p-7.htm>

26. Sourdet S. Prévenir la dépendance chez la personne âgée. Le Coudrier; 2023. 43 p.

27. Beauchet O. De l'évaluation gériatrique standardisée à la création d'un dossier professionnel informatique gérontologique. In: ARS: mode d'emploi [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 21 avr 2024]. p. 255-66. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/ars-mode-d-emploi--9782100705948-p-255.htm>

28. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 23 oct 1993;342(8878):1032-6.

29. Evaluation gériatrique standardisée au cabinet de médecine générale: présentation d'un outil simplifié de dépistage des grands syndromes gériatriques, la grille gérontoquick [Internet]. 2014 [cité 1 oct 2023]. 1 p. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6wmlbn1>

30. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 juill 2011;(7):CD006211.

31. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2013;11(1):21-31.

32. De Lepeleire J, Degryse J, Illiffe S, Mann E, Buntinx F. Family physicians need easy instruments for frailty. *Age Ageing.* juill 2008;37(4):484; author reply 484-485.

33. Hodebourg Y. Représentations et pratiques des généralistes des Alpes Maritimes en matière de dépistage et prise en charge de la fragilité des patients de 60 ans et plus, soutenues par une présentation de l'outil ICOPE Monitor.

34. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées: une étude qualitative. [Internet]. Pieros. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur:

<http://www.pieros.org/etude/representations-medecins-generalistes-de-fragilite-personnes-agees-etude-qualitative/>

35. 2021_CAPRON_Tiffany.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_CAPRON_Tiffany.pdf

36. Piedallu JB. Syndrome de fragilité: étude analytique des connaissances des internes de médecine générale.

37. calameo.com [Internet]. [cité 23 avr 2024]. 9782311662115 Extrait. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/000015856b090c4ea1be2>

38. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

39. Meunier V. Dépistage et prise en charge des syndrômes gériatriques: pratique, difficultés et solutions proposées par les médecins généralistes de l'Aisne.

40. ENQUETE Perte d'autonomie.

41. Moyal A. Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes. Rev Fr Sci Polit. 2019;69(5-6):821-43.

42. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Exposé des motifs - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/?detailType=EXP_OSE_MOTIFS&detailId=#:~:text=Afin%20de%20favoriser%20la%20coordination,m%C3%A9decin%20traitant%20de%20son%20choix.

43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.

44. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 9 mai 2024]. Le dispositif Paerpa. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

45. de Fontgalland C, Rouzaud-Cornabas M. De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. Santé Publique. 2020;32(2-3):239-46.

46. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.

47. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.

48. DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 21 avr 2024]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

49. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 22 avr 2024]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

50. Calvez C. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination. 2024;

51. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/104486/download?inline> [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/104486/download?inline>

52. MATEOS F. Tempoforme: un nouveau programme pour bien vieillir! [Internet]. Région Hauts-de-France. 2022 [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.hautsdefrance.fr/tempoforme/>

53. Blazy C, Chabrière S, Calvet A. ICOPE : Un exemple de parcours intégré de

prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance. Regards. 2023;61(1):79-100.

54. calameo.com [Internet]. [cité 23 avr 2024]. 9782311662115 Extrait. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/000015856b090c4ea1be2>

55. VISITE-A-DOMICILE.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/VISITE-A-DOMICILE.pdf>

56. Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile.

57. Amboise G d'. Le projet de recherche en administration: un guide général à sa préparation. Université Laval. Faculté des sciences de l'administration; 1996. 121 p.

58. 30731.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>

ANNEXES

I. Annexe 1: Echelle Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST)

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



Informations patient

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

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

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

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le :

Rendez-vous programmé le :

Médecin traitant informé : OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contactez par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr

Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

II. Annexe 2 : Diagramme de Gant

Gestion des tâches	Début	Fin	2023												2024																								
			40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
			Recherche bibliographie/suivi																																				
Recherche bibliographie	01/09/2024	15/05/2024																																					
Suivi/entrevus avec ma directrice de mémoire	01/09/2024	05/07/2024																																					
Rendu-du pre projet	16/10/2023	22/10/2023																																					
			Entretiens/observations/retranscriptions des VERBATIMS																																				
Validation guide d'entetien par ma DM	16/10/2023	17/10/2023																																					
Réalisation du premier entretien initial	17/10/2023	20/10/2023																																					
Retranscription et analyse premier verbatim	23/10/2023	05/11/2023																																					
Validation guide d' observation	20/10/2023	31/10/2023																																					
Réalisation et retranscription des observations	01/11/2023	31/12/2023																																					
Réalisation des entretiens initiaux restants	30/10/2023	20/12/2023																																					
Retranscription et analyses des 4 autres VERBATIM	01/11/2023	31/12/2023																																					
Validation guide de l'entretien de restitution	15/12/2023	31/12/2023																																					
Réalisation de l'entretien de restitution	02/01/2024	15/02/2024																																					
Restrtranscription et analyse des entretiens de restitution	02/01/2024	29/02/2024																																					
			Redaction du mémoire																																				
Matériel et méthode	01/01/2024	31/01/2024																																					
Résultats	01/03/2024	15/04/2024																																					
Introduction	01/04/2024	15/05/2024																																					
Discussion	16/04/2024	05/05/2024																																					
Conclusion	06/05/2024	16/05/2024																																					
Relecture/réajustement avec directrice de mémoire	06/05/2024	24/05/2024																																					
Résumé	16/05/2024	24/05/2024																																					
Centre anti-plagia	21/05/2024	29/05/2024																																					
Impression reliure	30/05/2024	05/06/2024																																					
Rendu du mémoire	06/06/2024	07/06/2024																																					
Préparation de l'orale	10/06/2024	23/06/2024																																					
Soutenance du mémoire	24/06/2024	05/07/2024																																					

III. Annexe 3 : guide entretien initial

En vert : Les parties rajoutées pour affiner le questionnaire.

Guide d'Entretien 1

Recueil de données démographiques

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| - Age | - Sexe |
| - Date d'installation | Activité professionnelle annexe |

Méthode :

Étude qualitative compréhensive avec réalisation d'entretiens semi directifs initiaux et des observations non participantes.

Avant-propos :

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien, réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'IPA. Ce travail s'intéresse à la prise en soins des personnes fragiles en ambulatoire. Je vous informe que celui-ci sera enregistré et retranscrit. Les données seront anonymisées. Je vous remercie d'avoir donné votre consentement écrit pour participer à ce travail.

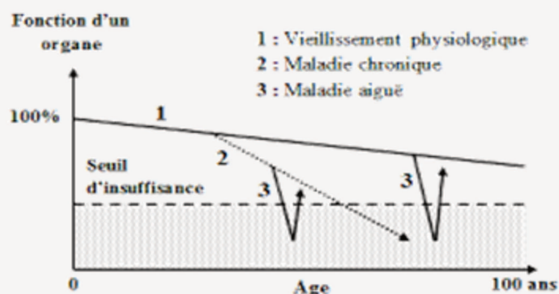
1ere question – brise-glace : Racontez-moi comment s'est passée votre dernière consultation avec une patiente âgée à domicile ? Est-ce que vous la définiriez comme personne fragile ? Et Pourquoi ?

2eme question – Représentation de la fragilité chez une personne âgée : En règle générale, comment définiriez-vous la fragilité d'une personne âgée ?

Pour compléter les réponses et pour que nous ayons les mêmes notions durant cet entretien, la société Française de gériatrie différencie 3 catégories de sujets âgés :

Les personnes robustes ;
les personnes fragiles,
et les personnes dépendante.

La personne fragile sera une personne ayant peu de réserve physiologique, et chez qui, tout épisode aigu pourra aggraver son état vers la dépendance. **Comme le montre ce schéma de la théorie de Bouchon,**



Les complications pouvant apparaître sont :

- Soit une aggravation aiguë d'une pathologie chronique,
- Soit l'apparition d'un syndrome gériatrique.

La fragilité est donc un état réversible permettant d'éviter, grâce à de la prévention, une évolution vers la dépendance. Une personne fragile est donc une personne vulnérable d'un point médical et social.

D'un point de vue pratique, la définition de fragilité est assez complexe. Les critères utilisés en France pour définir cet état de fragilité sont : la perte de poids involontaire, baisse de la force musculaire, fatigue, lenteur de la marche et grande sédentarité. Les patientes ayant d'ores et déjà une pathologie chronique pouvant décompenser sera, de fait, considérée comme fragile.

Relance : la notion de fragilité est très complexe, mais vous, que mettriez-vous dedans ?

- Est-ce que cette notion de fragilité vous parle ? Est-ce que vous l'intégrez à votre pratique ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- Est-ce que les personnes âgées fragiles représentent une part importante de votre activité ?

3eme question – Dépistage du syndrome gériatrique chez les personnes âgées fragiles :

Les syndromes gériatriques sont un ensemble de symptômes étant soit observés uniquement chez les sujets âgés, soit dont la fréquence augmente avec l'âge. *Ce sont un ensemble de symptômes qui peuvent être responsable de l'évolution de la fragilité, vers la dépendance.* (Partie de définition ajoutée)

- **Aujourd'hui, comment dépistez-vous les syndromes gériatriques que vous considérez comme étant les plus fréquents chez les personnes âgées fragiles ?**
 - Et quand réalisez-vous ces dépistages ?

Relance en cas de difficultés exprimées : *Voyez-vous d'autre syndrome gériatrique ? Y a-t-il d'autres syndromes gériatriques que vous dépistez Si vous aviez la possibilité y a-t-il des choses que vous feriez différemment ? Relance reformulée)*

Relance du premier guide d'entretien :

Relance en cas de difficultés exprimées : « Y a-t-il des choses que vous feriez différemment ? y a-t-il d'autres syndromes gériatriques que vous dépistez ? »

- Travaillez-vous déjà en coordination ? Si oui, avec qui ? Comment ça se passe ?
- En quoi le repérage est-il différent selon que vous suiviez cette personne au domicile ou au cabinet ?

4eme question - Suivi du syndrome gériatrique chez les personnes âgées fragiles :

- Une fois repérés, comment assurez-vous le suivi de ces syndromes gériatriques chez les personnes âgées fragile ?
- Quand réalisez-vous ce suivi ?

Relance en cas de difficultés exprimées : *Y a-t-il des choses que vous feriez différemment ?*

- Travaillez-vous déjà en coordination ? Si oui, avec qui ? Comment ça se passe ?
- En quoi ce suivi est-il différent selon que vous suiviez cette personne au domicile ou au cabinet ?

Seme Question – Rôle de l'IPA

- Quelle coordination pourriez-vous faire avec l'IPA ?

Relances :

- « Plus spécifiquement dans le dépistage ? »
- « Plus spécifiquement dans le suivi ? »
- « En quoi serait-ce différent des coordinations déjà réalisées ? »

Selon le décret du 18 juillet 2008 relatif à l'exercice infirmier en pratique infirmier, l'IPA, à 6 grandes compétences : Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi (dans le contexte de mon mémoire : en gériatrie). ; Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention ; Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient ; Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles ;Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

6eme Question :

- « Y a-t-il des choses qui vous semble importante à me partager dans le cadre du repérage et du suivi des syndromes gériatriques chez les personnes âgées fragiles et que vous n'auriez pas pu exprimer ? »

IV. Annexe 4 guide entretien de restitution

Guide d'Entretien 2

Recueil de données démographiques

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| - Age | - Sexe |
| - Date d'installation | Activité professionnelle annexe |

Méthode :

étude qualitative compréhensive avec réalisation d'entretiens semi directifs initiaux et des observations non participantes.

Avant-propos :

Merci pour votre participation au premier entretien et à l'observation. Le but de ce dernier entretien est de reprendre les principaux résultats des deux premières phases et de discuter avec vous du dépistage de la fragilité, de l'évaluation gériatrique standardisée et du rôle de l'IPA au sein de la MSP.

La fragilité

Question 1 : Lors de notre premier entretien, je vous ai demandé de sélectionner une personne âgée fragile. Pourquoi avez-vous choisi ce ou cette patiente ?

Question de relance Médecin 4 :

- Quelles différences faites-vous entre un patient dépendant et un patient fragile ?

Question de relance Médecin 1 :

- sur quels critères vous êtes-vous appuyé pour choisir ce patient ?

Question Médecin 3 :

Nous nous sommes rendus chez une patiente fragile, chez qui tous les facteurs de risques modifiables avaient été pris en compte (mise en place d'aides techniques, humaines : canne, déambulateur, lit médicalisé, télé alarme ...) (Mises à part ceux qu'elle refusait, comme les tapis).

- *Dans le cadre de votre activité, comment gérez-vous lorsque que ça n'est pas le cas ; lorsque l'environnement est insécuré ou que le patient en perte d'autonomie ?*
- *Cette prise en charge vous parait-elle simple, rapide, facile à réaliser ?*
- *Envisageriez-vous une place de l'IPA dans cette activité ?*

Lors des entretiens il est ressorti que la fragilité est une notion complexe, empirique, inadaptée à la clinique. Cependant, la plupart d'entre vous m'avez fait part d'une forte prévalence dans votre patientèle .

Selon l'HAS, le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. Elle recommande de réaliser le dépistage de la fragilité chez les patients de 70 ans et plus

Question 2 : Que pensez-vous de cette recommandation ?

Une grille a été réalisée par le gérontopole de Toulouse, concernant l'évaluation des patients de 65 ans et plus, autonome (ADL supérieur ou égal à 6), à réaliser à distance de toute pathologie aiguë. Elle pourrait être adaptée ? (La montrer)

Question 3 : Pensez-vous que cet outil serait adapté à votre activité ?

Si oui, pourquoi ?

- Comment l'envisageriez-vous concrètement dans votre pratique ?(par le biais de la secrétaire, par la réalisation de protocoles)

Si non, pourquoi ?

- Etant d'accord avec la reco HAS, comment envisageriez-vous ce repérage différemment ?

Le dépistage du syndrome gériatrique chez les personnes âgées fragiles :

Ce qui est ressorti des entretiens, c'est que le dépistage des syndromes gériatriques n'est pas réalisé de façon formalisé (faute de temps et des difficultés techniques). Ces dépistages sont réalisés de façon empirique sur points d'appels clinique biologique ou lors d'informations remontées pour la famille :

Question Médecin 5: *j'ai vu que ce point-là, vous a embêté lors de l'entretien :*

-Comment vivez -vous le fait, qu'on crée de nouvelles notions théoriques, pour standardiser une pratique que vous faites depuis toujours de façon empirique ?

- **Relance :** ça peut être frustrant que les personnes pensent que vous ne le faites pas, alors que vous le faites depuis toujours, sans utiliser le cadre théorique ?

Question Médecin 2 :

J'ai pu constater lors de mon observation, que la consultation a duré 35 minutes.

Que celle-ci a dû être préparée en amont, car vous n'aviez pas accès au dossier de la patiente. vous avez consacré beaucoup de temps à gérer le motif de consultation et à rassurer la patiente. A la fin de la consultation la patiente été rassurée, grâce à votre accompagnement. Ça peut être compliqué de rebondir sur toutes les autres demandes de la patiente ou d'analyser l'environnement dans lequel elle vit. Dans ce cas précis le domicile avait été réévalué par suite d'une chute. La patiente présentait une baisse d'acuité visuelle, tout en gérant seul ses traitements ; ce qui pourrait, à terme, entraîner un risque iatrogénique.

-Comment arrivez-vous à gérer ces autres demandes et évaluer l'environnement durant les consultations ? Envisageriez-vous une place de l'IPA dans cette activité ?

Question Médecin 4 :

Durant L'entretien, vous pensiez ne pas connaître les différents syndromes gériatriques. Cependant, durant l'observation, vous avez su les rechercher de façon structurée. A la fin de l'observation, vous m'avez informé ne pas le faire de façon systématique et formalisé, ne sachant pas comment traiter ces informations.

-Quelle importance donnez-vous aux informations que vous avez recherchées ? Pourquoi ne recherchez-vous pas systématiquement ces informations ? Envisageriez-vous une place de l'IPA dans cette activité ?

Lors des entretiens, vous m'avez tous fait remonter le besoin de structurer et standardiser le dépistage et le suivi des syndromes gériatriques, dans le but d'avoir des données chiffrées et de pouvoir évaluer l'évolution et l'efficacité des actions mises en place.

Il existe des outils éprouvés qui permettent cette standardisation.

La HAS propose à la suite de l'évaluation de la fragilité, de réaliser une Evaluation Gériatrique Standardisée.

Voici le type d'outils que nous pourrions adapter dans le cadre d'une activité libérale. L'objectif ne serait pas de t'ajouter un autre bilan, mais bien d'intégrer ces éléments dans votre logiciel métier.

(Présentation de l'outil)

Question 4 : Ces données vous semblent être importantes et adaptées à votre pratique ?

Question 5 : Y a-t-il certains items que vous souhaiteriez ajouter ou inutiles pour vous ?

Question 6 : Comment envisageriez-vous l'intégration de ces données dans votre logiciel métier ?

Question 7 : Accepteriez-vous le partage des données médicales avec une IPA au sein de la MSP ?

Une IPA peut également prescrire des bilans sanguins et des IRM dans le cadre de protocoles d'organisation entre médecins et IPA au sein d'une maison de santé. Elle pourrait donc, dans le cadre de cette évaluation gériatrique, prescrire les IRM cérébrale en cas de troubles cognitifs, et des bilans biologiques pour la dénutrition par exemple.

Question 8 : Concrètement, comment verriez-vous la réalisation de cette évaluation gériatrique, dans la réalisation de ce Plan de soins Personnalisé et de de son suivi ?

Question 9 : Pensez-vous que l'IPA puisse avoir un rôle dans ce parcours de soins ?

Le rôle de l'IPA

Enfin, durant l'entretien, Vous étiez tous d'accord sur le fait que l'IPA pouvait faire l'EGS. Certains m'ont fait part que l'IPA pouvait vous faire gagner du temps ; d'autres qu'elle pouvait optimiser la prise en charge, en standardisant le suivi. La gériatrie semblait donc le domaine dans lequel l'IPA avait toute sa place.

Pour autant, il peut exister certaines réticences et craintes des médecins, à l'arrivée des IPA.

Question 10 : Quels sont vos craintes quant à l'arrivée d'une IPA ?

Question 11 : Quels seraient les conditions nécessaires pour permettre une collaboration Médecins/IPA ?

Question 12 : pourriez-vous me dire qu'elles seraient les plus-values de l'activité d'une IPA sur vos conditions de travail ?

Question pour Médecin 1 :

Lors de l'entretien, vous m'avez fait part du fait que l'IPA était issu d'une volonté politique descendante, pouvant entraîner une peur des médecins et des conflits avec les IDE. Malgré tout, vous aviez le souhait de participer à l'évolution de la profession dans cette période de pénurie médicale, et de cadrer le rôle de l'IPA pour s'assurer d'une pérennité du métier de médecin généraliste. Pour vous, il était nécessaire de structurer la communication entre IPA et médecin. Vous aviez également affirmé le fait que l'IPA avait toute sa place en gériatrie, permettant d'optimiser la prise en charge ; réaliser les EGS et permettrait de faire gagner du temps.

- Ainsi, aux vues des avantages que cela peut apporter, et des risques que vous avez déjà énoncés, comment cadreriez-vous le rôle de l'IPA et la communication avec le médecin ?

- Avez-vous d'autres craintes ? Et comment pourriez-vous les lever ?

- Pourriez-vous me dire qu'elles seraient les plus-values de l'activité d'une IPA sur vos conditions de travail ?

V. Annexe 5 : modèle de consentement patient et médecin

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Bonjour,

Je suis Infirmière Libérale, j'ai repris les études d'infirmière en pratique avancée.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je vais réaliser des observations sur la pratique professionnelle des médecins. Elles me serviront pour ma future activité professionnelle.

Votre identité restera anonyme.

Acceptez-vous que je participe à la consultation, et que j'utilise les informations recueillies dans mon mémoire ?

OUI

NON

Accord de participation

Je soussigné(e)....., accepte de participer à ce travail de mémoire.

Fait à

Le.....

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des médecins généralistes d'une MSP dans un secteur semi-rural.

Un entretien, et une observation non participante seront réalisés dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'IPA. Ce travail s'intéresse à la prise en soins des personnes fragiles en ambulatoire.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien et cette observation non participante seront réalisés par l'étudiante IPA et dureront respectivement 30 à 45 minutes.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience dans la prise en soins des personnes âgées fragiles. Cet entretien sera suivi d'une observation non participante d'une consultation dédiée au dépistage et à la planification du suivi des syndromes gériatrique d'une personne âgée fragile.

Enfin, un entretien de restitution sera réalisé pour croiser les données du premier entretien, les pratiques observées et mes compétences en tant qu'IPA.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par l'étudiante.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude et peuvent éventuellement être publiés.

Accord de participation

Je soussigné....., accepte de participer à ce travail de mémoire.

Fait à

Le.....

VI. Annexe 6 VERBATIM entretiens initiaux



VII. Annexe 7 VERBATIM entretiens de restitutions



VIII. Annexe 8 Observations



IX. Annexe 9 EGS

DOSSIER PATIENT

Nom
Prénom
DDN Sexe

Date demande:..... Date d'évaluation

IDE référente.....

Géiatre référent.....

Motif de la demande.....

Origine de la demande.....

Patient connu de la filière OUI NON

PARTIE MEDICO SOCIALE

MODE de VIE :

Maison Etage Appartement Ascenseur : OUI NON

Residence service Résidence Autonomie Autre

Adresse :

Infos accès au logement.....

Locataire Propriétaire hébergé à titre gratuit

Téléphone :

Mail.....

Nombre d'enfant :

Aidant principal / Personne de confiance :

..... Tel

Situation familiale marié(e) divorcé(e) veuf(ve) célibataire PACS concubinage

Profession :

Mesure de protection juridique : OUI NON en cours

TYPE : Mail.....

Qui ? TEL.....

SITUATION :

Seul(e) Avec entourage Avec aides professionnelles Isolé

MEDECIN TRAITANT: Docteur TEL : Pas de MT

Mail.....

Mutuelle oui non

ALD

Caisse de retraite principale.....

APA oui non en cours nombre d'heures accordées.....

ENTOURAGE :

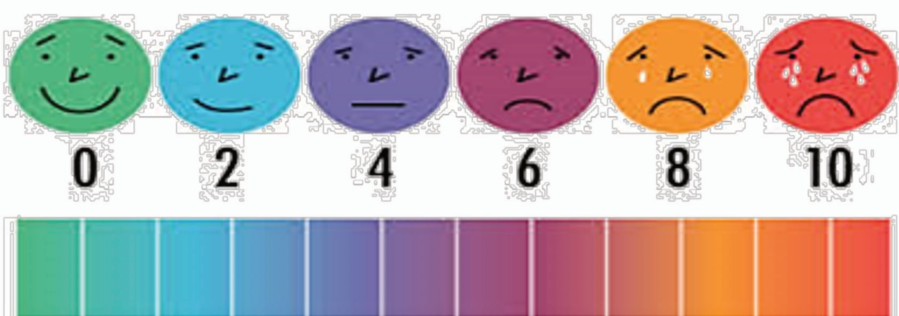
Nom / Prénom	Lien de parenté	Coordonnées	Action

PLAN D'AIDE à DOMICILE :

INTERVENANTS	QUI	QUOI - QUAND
Infirmière		
Rééducation	Kiné..... Orthophoniste..... Ergothérapie..... ESPRAD <input type="checkbox"/> ESAD <input type="checkbox"/>	
Aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie		
Accès Alimentation (Courses, portage des repas...)		
Accueil de Jour		
Pharmacie		
Structure sociale (CLIC , CCAS)		
Confort du lieu de vie	Chambre : RDC <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Cuisinière : Gaz <input type="checkbox"/> Electricité <input type="checkbox"/> Micro-ondes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SDB : RDC <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Baignoire <input type="checkbox"/> WC : RDC <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Extérieur <input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/>	
Aides techniques en place	Téléalarme <input type="checkbox"/> Chaise percée <input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant <input type="checkbox"/> Barre d'appui <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Rehausseur WC <input type="checkbox"/> AUTRE (S) :	

<u>AUTONOMIE</u>	AUTONOME 1	AIDE PARTIELLE 0.5 Humaine et/ou matérielle	DEPENDANT 0
Hygiène corporelle			
Habillage			
Aller aux toilettes			
Locomotion			
Continence			
Repas			
SCORE ADL /6			
Gestion des médicaments			
Téléphone			
Transport			
Gestion budget			
SCORE IADL /4			
GIR :			

Plan d'aides suffisant ? oui Non

<u>Place de l'aidant principal</u>	NOTES
<p>Mini zarit Total = /7</p> <p><i>Fardeau absent ou léger 0-2</i> <i>Fardeau léger à modéré 2-4</i> <i>Fardeau modéré à sévère 4-8</i> <i>Fardeau sévère 8-10</i></p>  <p>Maison des aidants</p>	
<p><u>Activités / loisirs/liens sociaux</u></p> <p>Conduite Automobile oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	

PARTIE MEDICALE

ATCD MEDICAUX	ATCD CHIRURGICAUX	Risques identifiés
<p>Allergie :</p> <p>ALCOOL : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sevré <input type="checkbox"/></p> <p>TABAC : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sevré <input type="checkbox"/></p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Trouble de la marche <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Escarre et plaie <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Prise en charge sociale complexe <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Troubles thymiques <input type="checkbox"/> Polypathologie <input type="checkbox"/> Troubles neurosensoriels <input type="checkbox"/> Fragilité <input type="checkbox"/> Iatrogénie <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Problème éthique <input type="checkbox"/> Autre

Suivi médecin(s) spécialiste(s) :

QUI ?	Numéros	Modalités de suivi

Interpellation EGED

BIOLOGIE : facultatif

Calcémie :mg/l	Vit D :ng/ml	Albuminémie :g/L	Albu corrigée :g/L	Crp :mg/L	Clairance Créat :ml/mn	TSH :mUI/L
-------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	---------------------------------	---------------------

TRAITEMENT :

TRAITEMENT à domicile	Liste des traitements à domicile
<p>OBSERVANCE :</p> <p>- Qui prépare les médicaments ? <input type="checkbox"/> Le patient <input type="checkbox"/> L'aidant <input type="checkbox"/> Un professionnel</p> <p>- Qui donne les médicaments ? <input type="checkbox"/> Le patient <input type="checkbox"/> L'aidant <input type="checkbox"/> Un professionnel</p> <p>Faut-il piller les médicaments ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom de la Pharmacie /N° de tel :</p>	
Vaccins :	

EVALUATION – EXAMEN CLINIQUE

Clinique :
 TA :
 FC :
 Douleur :

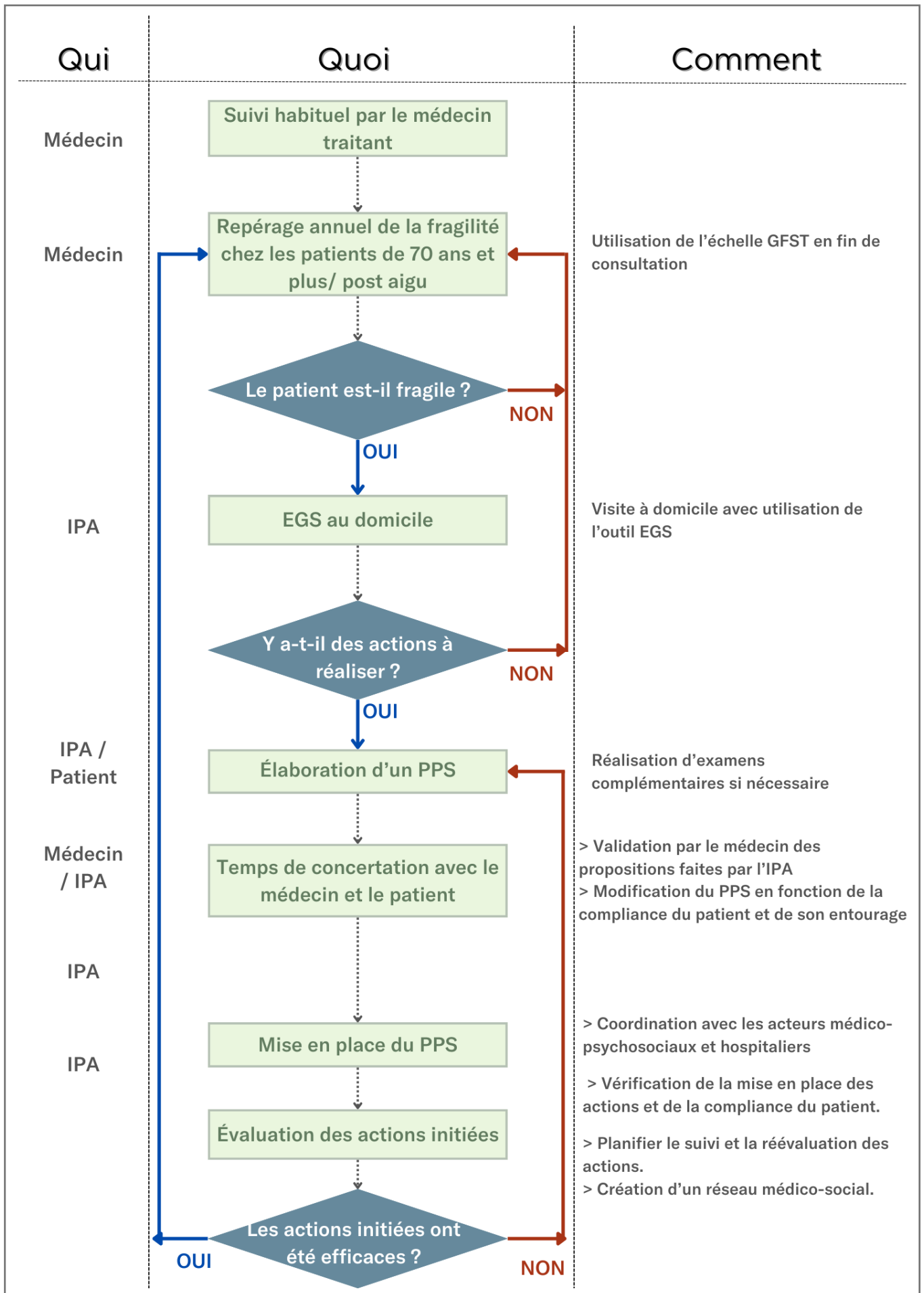
Poids :
 Taille :
 IMC :

<p><u>Equilibre/marche :</u></p> <p><u>Get up and go test :</u></p> <p><u>Station unipodale :</u></p> <p><u>HTO :</u> T0=.....T1=.....T3.....T5.....</p> <p>Chaussage adapté <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Vertiges <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Atcd de chute dans l'année : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><u>Nutrition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Combien= - Perte d'appétit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Trouble de déglutition <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Etat buccal : - Appareillage dentaire <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas - MNA..... <p>Qui prépare les repas ? Repas livré ? Mange seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Régime spécifique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Texture</p>
<p><u>Thymique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sommeil : - Sieste : - Cauchemar : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Moral : - Idées suicidaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <p>Si oui</p> <p><u>Mini GDS</u> Vous sentez vous souvent découragé et triste ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non</p> <ul style="list-style-type: none"> * <u>Interprétation :</u> * Score ≥ 1 : très forte suspicion de dépression, * Score 0 : très forte probabilité d'absence de dépression <p><u>Troubles neurosensoriels :</u></p> <p><u>Vue</u> Port de lunettes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Baisse de l'acuité visuelle.....</p> <p><u>Audition</u> Port de prothèse auditifs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><u>Odorat</u> </p> <p><u>Goût</u> </p>	<p><u>Cognitif</u></p> <p><u>MMS :</u> <u>Test de l'horloge :</u> <u>5 mots de Dubois :</u></p> <p>Plaintes mnésiques : </p> <p>Depuis quand ? :</p> <p>Comment se manifestent-elles ? </p> <p>Anosognosie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Hallucinations <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, expliquer.....</p>

SYNTHESE :

Propositions :

X. PARCOURS DE SANTE



RESUME

Author: DAVERGNE Lucie

Defense date: Monday, 24th June, 2024

Title: The role of the IPA within a MSP in screening and monitoring frail patients with geriatric syndromes.

Keywords: Aging, coordination, multi professional healthcare, frailty, standardized geriatric assessment, role of an advance practice nurse, screening.

ABSTRACT

Context: Our population ageing has been accelerating since 2011. The presence of chronic pathologies associated with ageing is a significant risk of loss of autonomy. A patient with successful ageing will be called 'robust'; on the opposite extreme, an individual will then be called 'dependent'. 'Frailty' is a condition that can be reversed if early and appropriate action is put in place. The goal is to analyze the practices of general practitioners of a Multi Healthcare Center in the assessment and follow-up of geriatric syndromes in a frail elderly person, as well as to define the role that an APN could have.

Methodology: Qualitative study, using semi-structured interviews and non-participating observations, with five general practitioners, practicing in multi professional healthcare in a semi-rural sector.

A feedback interview is carried out to cross-reference the data from the first interview, the practices observed and the skills that an APN could bring.

Results: Frailty is a complex theoretical concept that is not adapted to everyday practice. Screening of geriatric syndromes is performed empirically and based on clinical signs. The General Practitioners surveyed are calling for a standardization of screening for frailty and geriatric syndromes. They plan to integrate the identification of fragility into their practice so as to better direct patients towards the APN for the carrying out of a geriatric assessment and a personalized care plan.

Conclusion: The APN, through their coordinated actions with general practitioners, provides added value in the care pathway for frail elderly people, allowing them to remain at home and preventing the risks of hospitalization

Director of memory : DE PAUW Caroline

Auteur : DAVERGNE Lucie

Date de soutenance : Lundi 24 juin 2024

Titre : Place de l'IPA au sein d'une MSP dans le dépistage et le suivi des patients fragiles présentant des syndromes gériatriques.

Mot clés : Vieillesse, coordination, maison de santé pluriprofessionnelle, fragilité, évaluation gériatrique standardisée, rôle de l'IPA, dépistage.

RESUME

Introduction : Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011. La présence de pathologies chroniques associées au vieillissement est un risque important de perte d'autonomie. Un patient ayant un vieillissement réussi sera qualifié de « robuste ». A l'extrême inverse, un individu sera alors appelé « dépendant ». La « fragilité » est un état pouvant être réversible, si une action précoce et adaptée est mise en place. L'objectif est d'analyser les pratiques des médecins généralistes d'une MSP dans le dépistage et le suivi des syndromes gériatriques chez une personne âgée fragile, ainsi que définir le rôle que pourrait avoir une IPA.

Méthode : Etude qualitative, via des entretiens semi-directifs et des observations non participantes, auprès de 5 médecins généralistes, exerçant dans une MSP en secteur semi rural. Un entretien de restitution est réalisé pour croiser les données du premier entretien, les pratiques observées et les compétences que pourraient apporter une IPA.

Résultats : la fragilité est une notion théorique complexe et inadaptée à la pratique quotidienne. Le dépistage des syndromes gériatriques est réalisé de façon empirique sur point d'appel clinique. Les médecins interrogés sont en demande de standardisation de dépistage de la fragilité et des syndromes gériatriques. Ils envisagent d'intégrer le repérage de la fragilité dans leur pratique afin d'orienter au mieux les patients vers l'IPA pour la réalisation d'une évaluation gériatrique et d'un plan personnalisé de soins personnalisés.

Conclusion : l'IPA par son action coordonnée avec les médecins, apporte une plus-value dans le parcours de soins des personnes âgées fragiles permettant leur maintien à domicile et de prévenir le risque d'hospitalisation.

Directrice de mémoire : DE PAUW Caroline