



**UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025**

**MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE**

**Mention : Pathologies Chroniques Stabilisées, Prévention et Polypathologies Courantes
en Soins Primaires**

**INTÉGRATION DU CONCEPT DE FRAGILITÉ DANS LES PRATIQUES
SOIGNANTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN SERVICES DE
SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION**

**Présenté et soutenu publiquement le 03 juillet 2025 à 10h à Lille (département facultaire
de médecine Henri Warembourg)**

Par Gaëlle DACQUIN

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Directrice de mémoire : Madame la Docteure Christine BOUTTEMENT

Enseignante infirmière : Madame Hélène DEHAUT

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

REMERCIEMENTS :

Ce mémoire marque l'aboutissement de deux années de formation enrichissantes en vue de l'obtention du diplôme d'état d'Infirmière en Pratique Avancée. Sa réalisation a été rendue possible grâce au soutien et à l'engagement de nombreuses personnes que je tiens à remercier sincèrement.

En premier lieu, merci à ma directrice de mémoire, Christine BOUTTEMENT, pour son accompagnement constant, ses conseils avisés et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail.

Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de l'enseignement dispensé durant ces deux années, et plus particulièrement à Madame Gwladys ACOULON pour son aide précieuse et ses conseils dans la construction de ce mémoire.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté d'évaluer la qualité de mon travail et d'avoir consacré de leur temps à la lecture de ce mémoire.

Je tiens à remercier les professionnels de santé qui ont accepté de participer à mon étude.

Je remercie mes collègues de travail, ma cadre de santé ainsi que les médecins de mon service de Soins Médicaux et de Réadaptation, dont le soutien m'a particulièrement touchée durant cette formation.

Un grand merci à mes camarades de promotion, et plus particulièrement à Cécile et Guillaume, avec qui j'ai partagé ces deux années de formation dans un esprit de bienveillance, de motivation et d'humour, rendant cette expérience encore plus enrichissante.

Merci à mes amis, notamment Hélène, Noémie et Julien, pour leur soutien et leurs encouragements constants qui m'ont aidée durant cette reprise d'études.

Merci à ma sœur de cœur, Gwenaëlle, pour son soutien inconditionnel et son écoute attentive tout au long de ce parcours et dans ma vie personnelle.

Merci à mon compagnon, Joffrey, pour sa présence constante, son aide, sa motivation et ses encouragements sans faille. Il est mon pilier et contribue chaque jour à l'aboutissement des choses que j'entreprends.

Enfin, je souhaite exprimer un grand merci à mes parents et à mon frère Gabriel pour l'amour, le soutien et les encouragements, me permettant de garder confiance en moi et d'affronter chaque étape de la vie avec sérénité.

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

GLOSSAIRE :

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

AVC : Accident vasculaire cérébral

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment

TRST : Triage Risk Screening Tool

EMG : Equipe mobile Gériatrique

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

GIR : Groupe Iso-Ressources

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

ADL : Activities of Daily Living

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MMSE : Mini-Mental State Evaluation

MOCA : Montreal COgnitive Assessment

MNA : Mini-Nutritional Assessment

Mini-GDS : Mini- Geriatric Depression Scale

HDJ : Hôpital De Jour

Enseignant en APA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

DPO : Délégué à la Protection des Données

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

DU : Diplôme Universitaire

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

SRS : Schéma Régional de Santé

TAGRAVPA : Tableau d'Aide ou Grille du Repérage du Risque d'Aggravation de la Personne Âgée

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

AVANT-PROPOS 1

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE 2

1.1. ÉTAT DES LIEUX ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE 2

1.2. DIVERSITE DES PROFILS GERIATRIQUES 3

1.3. PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES 4

1.4. LES PERSONNES AGEES EN SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR) 5

1.5. LE VIEILLISSEMENT 6

1.6. FRAGILITE 8

1.7. VULNERABILITE 12

1.8. DEPENDANCE 13

1.9. QUALITE DE VIE 14

1.10. PARCOURS DE SOINS 15

2. PROBLÉMATIQUE 17

2.1. QUESTION DE RECHERCHE 17

2.2. HYPOTHESES 18

2.3. OBJECTIFS 18

3. MÉTHODE 19

3.1. CHOIX DE LA METHODOLOGIE 19

3.2. CHOIX DU TERRAIN 19

3.3. CHOIX DE LA POPULATION INTERROGEE 19

3.4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES 20

3.5. DEROULEMENT DE L'ETUDE 23

4. RÉSULTATS 25

4.1. POPULATION ETUDIEE 25

4.2. DEFINITION DE LA FRAGILITE SELON LES PROFESSIONNELS DE SANTE 26

4.3. REPERAGE ET EVALUATION DE LA FRAGILITE EN SERVICE DE SMR 28

4.4. TRAÇAGE DES INFORMATIONS RECUEILLIES ET ORIENTATION DU PATIENT 35

4.5. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET SOUHAIT DE FORMATION 36

5. ANALYSE 37

5.1. ANALYSE GLOBALE DE L'ETUDE 37

5.2. MISE EN RELATION DES RESULTATS AVEC LES HYPOTHESES DE RECHERCHE 38

6. DISCUSSION 40

6.1. FORCES DE L'ETUDE 40

6.2. LIMITES DE L'ETUDE 40

6.3. FREINS IDENTIFIES 41

6.4. LEVIERS A ACTIONNER 43

6.5. PERSPECTIVES POUR L'INFIRMIERE EN PRATIQUE AVANCEE 47

CONCLUSION 50

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES ANNEXES

ANNEXES

AVANT-PROPOS

Le vieillissement de la population française est une réalité croissante depuis de nombreuses années. Cette tendance se reflète également parmi les patients accueillis dans les services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). (1)

Lors de ces deux années de formation pour l'obtention du diplôme d'Infirmière en Pratique Avancée, j'ai été particulièrement interpellée par les enseignements portant sur le concept de fragilité, étroitement lié au vieillissement de la population. Ces apports m'ont questionnée notamment sur ma manière d'exercer. En effet, travaillant dans un service de Soins Médicaux et de Réadaptation polyvalent depuis plus de sept ans et prenant en soin de manière régulière des patients de tout âge et polypathologiques, j'ai pour habitude de rencontrer des patients fragiles. Pour autant, je n'ai jamais vraiment défini ce concept de fragilité ni formalisé de manière claire le repérage de ce dernier dans ma pratique.

Il m'a alors semblé intéressant d'approfondir ce sujet, en m'interrogeant sur la place de ce concept de fragilité au sein des pratiques soignantes des professionnels de SMR.

Dans un premier temps, l'introduction générale permettra de présenter le sujet en exposant les données actuelles concernant le vieillissement de la population, les différents profils gériatriques allant de la robustesse à la dépendance ainsi que les notions clés qui encadrent ce travail, telles que la fragilité, la vulnérabilité, la dépendance, etc.

Ensuite, une étude quantitative, transversale et multicentrique, menée dans plusieurs établissements de SMR à l'aide d'un questionnaire en ligne, permettra d'analyser l'intégration du concept de fragilité dans les pratiques soignantes des professionnels de SMR. Ce travail de recherche visera à comprendre comment les professionnels définissent et repèrent la fragilité, les actions mises en place une fois celle-ci identifiée, les outils mobilisés, mais également les obstacles pouvant freiner ce repérage. L'analyse des résultats mènera à une discussion sur les améliorations possibles pour une meilleure intégration du concept de fragilité dans le parcours de soins des patients âgés hospitalisés en SMR ainsi que sur les perspectives de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) dans ce contexte.

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1. *État des lieux et vieillissement de la population en France*

Au 1^{er} janvier 2024, on comptabilisait en France 68.4 millions d'habitants, ce qui représente une augmentation de 0.3% par rapport au 1^{er} janvier 2023. (2)

Au sein de la population française, on constate un vieillissement qui croît depuis de nombreuses années maintenant. En effet, la part de personnes âgées de plus de 60 ans en France est passée de 16% à 28% entre les années 1950 et 2024, ce qui représente une augmentation considérable. (3)

Cette augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans est en lien avec l'avancée en âge de la génération des baby-boomers. Le vieillissement de la population s'est notamment accéléré depuis les années 2010 avec l'arrivée à l'âge de 65 ans des générations nées après-guerre. Ainsi, depuis environ 10 ans, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans dépasse celle des moins de 20 ans qui représentait moins d'un tiers de la population française dans les années 1960 et qui représente désormais moins d'un quart de la population. (3,4)

Au 1^{er} janvier 2024, il y a donc en France, 21.5% des habitants ayant 65 ans ou plus, soit une personne sur cinq. Les personnes de 75 ans ou plus représentent quant à elles 10,4% de la population, soit une personne sur dix. Cette proportion a nettement augmenté en un peu plus de 10 ans puisqu'elle était de 9% en 2013. (2)

On observe dans le même ordre d'idées, que l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter depuis de nombreuses années. Ainsi, depuis 1950, la population française a pratiquement gagné 17 ans d'espérance de vie à la naissance. En 1950, l'espérance de vie à la naissance était de 63,4 ans pour les hommes et de 69,2 ans pour les femmes. (5,6)

En 2023, pour la première fois, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes a passé la barre des 80 ans. Elle atteint 85,7 ans pour les femmes. (2)

L'espérance de vie à la naissance augmente au fur et à mesure des années, pour autant, elle ne représente pas l'espérance de vie sans incapacité.

Cette espérance de vie sans incapacité se définit comme le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans ses activités quotidiennes par un problème de santé.

D'après les derniers chiffres, en 2022, l'espérance de vie à la naissance sans incapacité est de 65,3 ans pour les femmes et 63,8 ans pour les hommes. (7)

Ainsi, une femme de 65 ans peut espérer vivre sans incapacité pendant 11,8 années et 18,3 années sans incapacité forte. Pour les hommes, cette espérance de vie sans incapacité est légèrement inférieure, ainsi, un homme âgé de 65 ans a une espérance de vie sans incapacité de 10,2 années et de 15,5 années sans incapacité forte. En France, l'espérance de vie sans incapacité est supérieure à la moyenne européenne de 2 ans et 8 mois pour les femmes et de 1 an et 10 mois pour les hommes. (7)

1.2. Diversité des profils gériatriques

Cette notion d'espérance de vie sans incapacité met en avant l'inégalité face au vieillissement.

Comme expliqué dans de nombreux textes, le vieillissement est un processus non linéaire où en fonction du contexte psychologique, social et environnemental, la personne peut se trouver dans l'un des trois profils gériatriques ayant été définis. (8)

Ces trois profils sont les personnes **robustes**, les personnes **pré fragiles/fragiles** et les personnes **dépendantes**.

Le nombre de personnes représentant chaque profil dans la population varie selon les textes mais d'après le Gérontopôle de Toulouse, les personnes robustes représentent 55 à 60 % des individus âgés. Les personnes pré fragiles/fragiles sont aux alentours de 20 à 30 % des sujets âgés tandis que les personnes dépendantes représentent 5 à 10 % des personnes âgées. (8)

D'après ces chiffres nous pouvons donc constater que vieillissement ne rime pas forcément avec dépendance ou fragilité puisque la majorité des personnes âgées sont dites « robustes ».



Figure 1 : Courbe du vieillissement. Adapté à partir de : Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

Dans cette courbe du vieillissement (figure 1), il est important de noter que l'état de fragilité est réversible. En effet, contrairement à l'état de dépendance, la personne dite fragile peut de nouveau se retrouver robuste après la prise en charge de ses critères de fragilité. Il existe donc une réversibilité entre l'état de robustesse et l'état de fragilité, contrairement à la dépendance qui une fois atteinte est irréversible. (8)

1.3. Prévalence des maladies chroniques

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a catégorisé en 2018 les maladies chroniques. On y retrouve les maladies cardio-neurovasculaires (comprenant les maladies coronaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), les troubles du rythme ou de la conduction, etc), le diabète, les cancers, les maladies psychiatriques, les maladies neurologiques ou dégénératives, les maladies respiratoires chroniques et les maladies du foie et du pancréas. Les maladies chroniques sont définies comme des maladies lentes, progressives, durant dans le temps et n'ayant pas de rémission spontanée. (9,10)

La part de ces maladies chroniques ne cesse de croître ces dernières années en lien avec le vieillissement de la population. Ainsi, comme expliqué précédemment, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, notamment sur les 10 dernières années, a entraîné une augmentation de la prévalence de ces maladies chroniques, passant de 14.6 % en 2008 à 17.8 % en 2021. (11)

Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques a beaucoup augmenté ces dernières années. En 2019, 91 % des personnes âgées de 75 ans et plus avaient au moins une pathologie chronique ou un traitement chronique, un chiffre qui reste stable sur 5 ans. Contrairement au reste de la population où la part de personnes ayant au moins une pathologie chronique ou un traitement chronique est passée de 36 % en 2014 à 42 % en 2019. (12)

La multimorbidité caractérisée par le fait d'avoir au moins 2 maladies chroniques augmente donc avec l'âge. Afin de prendre en soins de manière efficace ces maladies, il est important d'avoir une approche de soin centrée sur le patient. (10)

Cette notion de multimorbidité est notamment influencée par l'environnement socio-économique des individus. Ainsi, un patient aisé atteindra le même niveau de multimorbidité qu'un patient précaire 15 années plus tard. A âge égal, on observe que les patients ayant une

situation socio-économique favorable auront deux fois moins de risque d'avoir plusieurs maladies chroniques que les patients en situation précaire. (13)

1.4. Les personnes âgées en service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Auparavant appelés Soins de Suite et de Réadaptation, les services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) occupent une place importante dans le parcours de soins des patients. D'après l'article R. 6123-118 du code de la santé publique, ils ont pour fonction de *« prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales. »* (14)

La spécificité des SMR repose notamment sur la prise en soins globale et pluridisciplinaire des patients. (15)

L'objectif des SMR est de permettre au patient de retrouver ses capacités ou du moins de se rapprocher au maximum des capacités qu'il avait avant son hospitalisation dans le but d'améliorer sa qualité de vie et si cela est possible, de lui permettre de rentrer à domicile.

Il existe 2 types d'activité dans les services de SMR : (16)

- L'activité dite **indifférenciée ou polyvalente** qui reprend les missions des SMR sans activité spécialisée
- L'activité dite **spécialisée** qui est quant à elle, spécifique à une fonction (affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaire ou respiratoire, prise en soins des grands brûlés...etc.)

Par le vieillissement de la population, les services de SMR prennent en soins de plus en plus de patients âgés. En 2023, près des trois quarts des patients hospitalisés en SMR avaient plus de 60 ans. (1)

Les SMR occupent donc une place très importante dans le parcours de soins des personnes âgées.

1.4.1. Définition de la personne âgée

La définition de la personne âgée varie beaucoup selon les pays et les époques. Pendant un certain temps, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la personne âgée par un âge supérieur à 65 ans. Aujourd'hui, l'OMS définit la personne âgée à partir de 60 ans. (17)

Selon la Haute Autorité de Santé, un patient sera considéré comme âgé à partir de 75 ans. (18)

Il est donc difficile d'avoir un âge précis permettant de définir les personnes âgées.

Selon l'OMS, il n'existe pas de définition de la personne âgée « type », ainsi des personnes âgées de 80 ans peuvent présenter des capacités mentales et physiques égales à celles de personnes de 30 ans. A l'inverse, des personnes jeunes peuvent avoir une baisse de leur capacité très tôt dans la vie. Cette diversité est notamment expliquée par les caractéristiques propres à chaque personne comme l'environnement familial dans lequel nous sommes nés, notre appartenance ethnique, notre rapport avec l'environnement...etc. (17)

Il n'existe pas de définition universelle de la personne âgée, car plusieurs facteurs doivent être pris en compte. Cependant, nous retiendrons l'âge fixé par l'OMS, soit 60 ans.

1.5. Le vieillissement

1.5.1. Définition

L'OMS décrit le vieillissement du point de vue biologique comme « *le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.* » (17)

Le vieillissement n'est pas un processus linéaire et peut être accentué par divers problèmes de santé arrivant avec l'âge tels que le déficit auditif ou visuel, les douleurs à type de lombalgies ou cervicalgies, le diabète, l'hypertension artérielle...etc. (17)

Le vieillissement représente l'ensemble des phénomènes physiologiques inéluctables et irréversibles qui accompagne l'avancée en âge. (19)

Aujourd'hui en France, le but n'est plus d'allonger la durée de vie des personnes mais de favoriser la qualité de vie des personnes vieillissantes. C'est ce que nous appelons, la notion de « bien vieillir ». (20)

1.5.2. Modèle de Bouchon

Le vieillissement a pour conséquence une réduction des réserves fonctionnelles. Cette baisse des réserves fonctionnelles peut également être accentuée par l'apparition de maladies chroniques dont le risque augmente avec l'âge mais aussi par la survenue possible d'événements intercurrents tels que les chutes, les maladies aiguës, le stress psychologique...etc. (21)

Ce phénomène est schématisé dans le modèle appelé « 1+2+3 de Bouchon » qui représente la décompensation fonctionnelle des organes en lien avec le vieillissement (Figure 2).

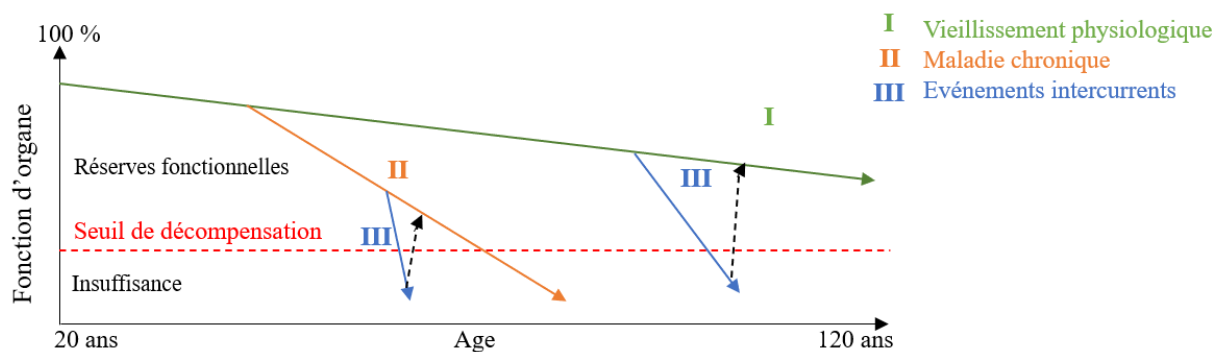


Figure 2 : Modèle 1 + 2 + 3 de Bouchon. Adapté à partir de : Bouchon J.P « 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? », La Revue du Praticien, vol. 34, 1984, pp. 888-892.

Le I représente le vieillissement physiologique des individus. Il n'entraîne jamais à lui seul une décompensation fonctionnelle.

Le II représente la ou les maladies chroniques. Avec l'avancée en âge, le risque de décompensation fonctionnelle augmente.

Le III représente les événements intercurrents qui peuvent précipiter la décompensation fonctionnelle tels que les chutes, les infections aiguës, etc.

Avec ce schéma nous pouvons donc facilement comprendre que les conséquences d'un facteur de décompensation sont étroitement liées à la réserve fonctionnelle des individus. La fragilité

est bien représentée dans ce modèle de Bouchon puisque qu'une personne robuste disposera d'une plus grande réserve fonctionnelle qu'une personne fragile et aura donc moins de risque de décompensation fonctionnelle. (22)

1.6. Fragilité

1.6.1. Définition

Il semblerait qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de définition consensuelle de la fragilité. Elle est définie de différentes façons dans la littérature et est décrite notamment comme un syndrome ou un diagnostic clinique selon les lectures.

Le dictionnaire Larousse définit la fragilité comme le « *caractère de ce qui est fragile, de ce qui se brise facilement* » ou encore comme le « *manque de robustesse de quelqu'un* ». (23)

Selon Linda Fried, la fragilité se définit théoriquement comme un « *syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour événements indésirables* ». (24)

La Société Française de Gériatrie et Gériatrie définit plutôt la fragilité comme un syndrome clinique. Elle parle de la fragilité comme d'« *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est considéré comme un déterminant de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.* » (25)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il existe deux types de modèles de critères de fragilité validés. (26,27)

Le premier modèle est basé sur un phénotype « physique » de l'individu, ce qui correspond au modèle de Fried. Ce modèle se décompose en 5 critères évaluable chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Il s'agit de :

- la perte de poids involontaire supérieure à 4,5 kilos (ou $\geq 5\%$ du poids) sur 1 an

- l'épuisement ressenti par le patient
- la diminution de la vitesse de marche
- la diminution de la force musculaire
- la sédentarité.

Avec ce modèle, les patients sont considérés comme fragiles en présence de 3 critères et pré-fragile en présence d'un critère. Lorsqu'aucun critère n'est retrouvé, les patients sont dits robustes. (24)

Le second modèle inclut également des facteurs cognitifs et sociaux, ce qui correspond à l'approche de Rockwood. L'approche de Rockwood parle de « fragilité multi-domaine » et prend en compte la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, la nutrition, les conditions sociales, les comorbidités ainsi que la capacité des patients à réaliser les activités de la vie quotidienne. (28)

Il est donc difficile d'avoir une définition consensuelle de ce concept de fragilité en lien avec le nombre de définitions qui existent et qui diffèrent selon les approches.

1.6.2. Risques

La fragilité a été étudiée dans de nombreux travaux de recherche.

Ces derniers ont notamment permis d'établir que la fragilité était un facteur prédictif concernant les visites aux urgences, les hospitalisations, les réadmissions aux urgences ou encore la mortalité en milieu hospitalier. (29,30)

Il a également été mis en évidence que la fragilité est corrélée avec un risque plus élevé de chutes récurrentes, de fractures et d'incapacité. (31,32)

Sur la figure 3, présentée ci-dessous, nous pouvons observer le processus de fragilisation des individus. Ce processus se définit en 3 étapes où le stade de fragilité est reconnaissable cliniquement par le fait que suite à la survenue d'un stress extérieur, les personnes fragiles récupèrent de manière plus lente et incomplète.

Cette caractéristique est en lien avec la réserve physiologique des individus.

Ainsi, une personne dite « fragile » présentera plus de difficultés à récupérer après un évènement majeur qu'une personne dite « robuste ».

Le repérage de la fragilité est donc essentiel pour prévenir le risque de dépendance et de complications.

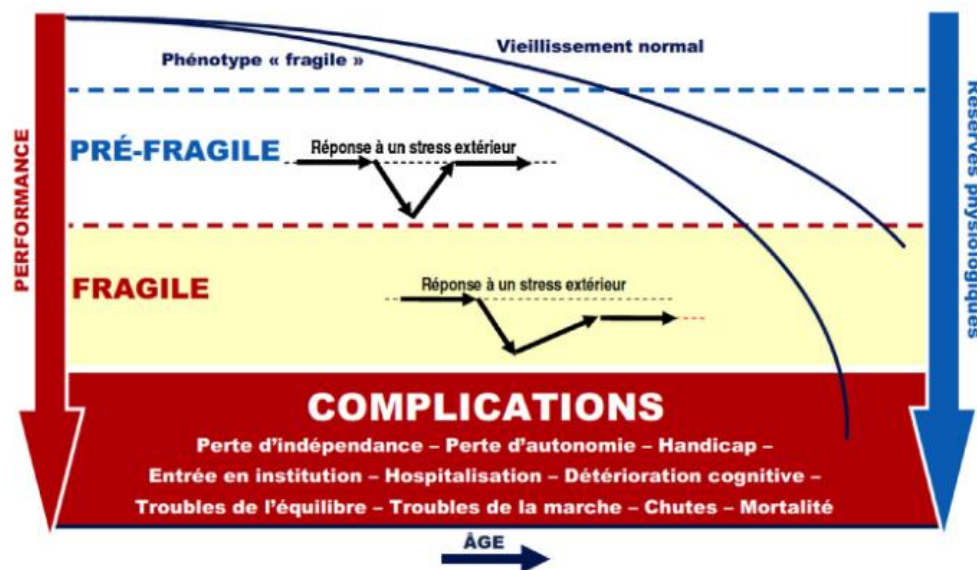


Figure 3 : Le développement de la fragilité avec l'avancée en âge d'après P.O Lang. (Source : Lang PO. Le processus de fragilité : que comprendre de la physiopathologie ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2013;13(73):28-34.)

1.6.3. Méthodes d'évaluation et repérage en milieu hospitalier

La fragilité est donc un facteur influençant la santé des patients. Le principe de réversibilité de la fragilité ayant été mis en avant, il est donc nécessaire de pouvoir dépister et évaluer la fragilité en service de soins.

Ainsi, plusieurs outils de dépistage et d'évaluation de la fragilité existent. Certains sont plus adaptés aux soins primaires qu'au milieu hospitalier. (33)

L'outil de dépistage de la fragilité le plus connu se rapporte aux critères de définition de la fragilité, il s'agit de l'**échelle FRAIL (critères de Fried)** (Cf. Annexe 1) qui reprend les cinq critères décrivant la fragilité selon Linda Fried. Ces cinq critères permettent d'évaluer notamment la sarcopénie et l'asthénie des patients mais semblent assez compliqués à utiliser en service de soins. (33)

Afin d'évaluer la fragilité, il y a l'**échelle de fragilité clinique de Rockwood** (Cf. Annexe 2) composée de soixante-dix items pour la version simplifiée et qui définit à partir de critères

phénotypiques plusieurs niveaux de fragilité. Cette échelle est plus utilisée dans la pratique clinique que l'échelle FRAIL mais demande plus de temps. (33)

Il existe d'autres outils de dépistage de la fragilité utilisés notamment dans les services de soins tels que la grille **Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA)** (Cf. Annexe 3) composée de vingt items et qui s'utilise principalement aux urgences, **l'échelle de fragilité d'Edmonton** (Cf. Annexe 4) ou encore la **Triage Risk Screening Tool (TRST)** (Cf. Annexe 5) composée de six items, qui s'utilise dans les services de soins et qui permet d'évaluer la nécessité du passage de l'Équipe Mobile Gériatrique (EMG) auprès du patient mais qui est à destination des patients âgés de plus de 75 ans.

La **grille FRAGIRE** (Cf. Annexe 6) a notamment pour utilité de repérer la fragilité chez les personnes ayant effectué une demande de prestation sociale mais ne pouvant pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) car faisant partie des Groupes Iso-Ressources (GIR) 5 ou 6. (34)

Le **questionnaire PRISMA-7** composé de sept questions permet quant à lui, une détection y compris par les personnes ne faisant pas partie du secteur du soin en se basant sur l'âge, le genre, la limitation d'activité, le besoin d'aide, les problèmes de santé, l'identification d'un proche aidant et les déplacements. Ce questionnaire originaire du Canada, est indiqué pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

La HAS préconise, quant à elle, l'utilisation du **Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)** (Cf. Annexe 7), établi par le Gérontopôle de Toulouse, mais cette échelle est surtout destinée aux professionnels exerçant en soins primaires. (26,33)

Concernant le dépistage de la fragilité en oncologie, il existe notamment la **grille G8** (Cf. Annexe 8).

Il y a donc une multitude d'outils de dépistage et d'évaluation de la fragilité mais concernant l'utilisation de ces outils en service hospitalier, il faut notamment retenir l'utilisation de l'échelle de fragilité de Rockwood, la grille SEGA, l'échelle de fragilité d'Edmonton et la TRST qui permet ensuite de juger de la nécessité du passage de l'EMG.

1.6.4. Concept de fragilité dans la pratique soignante

Par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prise en charge de personnes âgées, ce concept de fragilité doit s'inscrire de plus en plus au sein des prises en soins.

Toutefois, ce concept de fragilité peut sembler ardu à appréhender dans la pratique soignante. En effet, lors de mes années de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, il ne me semble pas avoir étudié ce concept. Je n'ai connu cette notion de fragilité que lors de mes années de formation pour le diplôme d'infirmière en pratique avancée. Il peut donc sembler compliqué de repérer la fragilité en service de soins lorsque nous n'avons pas été formé à cela durant nos études.

De plus, la HAS met en avant l'absence d'outil de repérage fiable et validé uniformément. Ainsi, elle conseille d'utiliser le questionnaire FRAIL, pourtant les critères de ce questionnaire semblent assez difficiles à évaluer en pratique clinique. (26)

La connaissance de ce concept de fragilité par les soignants demeure importante puisque la fragilité est réversible et il donc nécessaire qu'aujourd'hui, le repérage de la fragilité face partie intégrante de la pratique soignante, permettant ainsi de limiter au maximum l'entrée des patients dans la dépendance en prenant en soins de manière efficace les fragilités repérées.

Une étude menée en 2015 au sein d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), qui correspond à l'ancienne dénomination des SMR, a d'ailleurs mis en avant qu'au sein de la population étudiée pour cette étude, on retrouvait 20,6% de patients peu fragiles, 20% de patients fragiles et 50,4% de patients très fragiles. (35)

Ces chiffres montrent donc la place importante de ce concept de fragilité au sein des SMR et surtout le rôle décisif des soignants dans le repérage et l'évaluation de ce dernier.

1.7. Vulnérabilité

Dans de nombreux écrits, nous pouvons retrouver ce concept de vulnérabilité qui peut sembler très proche du concept de fragilité.

En effet, dans le domaine médical, la vulnérabilité se définit comme le risque de développer ou d'aggraver des incapacités, en raison de l'âge, de l'état physique ou de l'état mental d'une personne. Le Conseil national de l'Ordre des médecins définit la vulnérabilité comme une situation pouvant concerner des patients de tout âge et de tout milieu. (36)

Ces concepts que sont la fragilité et la vulnérabilité sont donc assez proches puisqu'ils font tous deux référence à l'état de santé de l'individu.

Or, ce qui différencie ces deux concepts est le fait que la vulnérabilité est extrinsèque à l'individu, ce qui signifie que son origine n'est pas propre à celui-ci, tels que les hospitalisations, le lieu de vie inadapté, etc.

La fragilité quant à elle est intrinsèque à l'individu et est donc propre à lui-même (âge, pathologies, capacités...). (36)

1.8. Dépendance

Le concept de dépendance est étroitement lié aux concepts de vulnérabilité et de fragilité. Comme exposé précédemment, nous retrouvons ce concept au sein de la courbe du vieillissement (figure 1). Ainsi, une personne fragile peut basculer dans la dépendance suite à une décompensation par exemple.

Dans le livre des concepts en sciences infirmières, il est exposé que la dépendance peut être mentale, physique, économique ou sociale en fonction du champ qui la qualifie. Il est expliqué qu'en gériatrie, la dépendance se décrit comme la situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, est incapable d'accomplir les fonctions ou les gestes essentiels de la vie quotidienne sans l'aide d'autrui ou sans le recours à une prothèse, un traitement, etc. (37)

Il était important de définir ce concept de dépendance en lien avec le concept de fragilité puisqu'un repérage précoce de ce dernier permettra de retarder ou de stabiliser l'entrée dans la dépendance.

1.9. *Qualité de vie*

La notion de qualité de vie est corrélée à la forte augmentation des personnes atteintes de maladies chroniques, aux avancées médicales et au vieillissement de la population. (38)

La qualité de vie est un concept abstrait, complexe et multidimensionnel dont il n'existe pas de définition consensuelle à ce jour. Pour autant, en 1994, l'OMS définit la qualité de vie comme la manière dont un individu perçoit sa position dans la vie, en tenant compte de la culture et des valeurs de son environnement, ainsi que de ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. (38)

Cette notion de qualité de vie est propre à chacun. Ainsi, chaque personne peut percevoir sa qualité de vie d'une manière différente en ayant des conditions de vie, un environnement et un état de santé semblables.

Il existe plusieurs manières d'évaluer la qualité de vie. Soit par l'utilisation de questionnaires standardisés tels que :

Le questionnaire **SF-36** (Cf. Annexe 9) qui évalue huit dimensions qui sont l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, la vie et les relations avec les autres, les limitations dues à l'état émotionnel, la santé psychique. (39)

Ou le **WHOQOL-BREF** (Cf. Annexe 10) qui mesure quatre domaines, qui sont la santé physique, la santé mentale, les relations sociales et l'environnement. (40)

Soit à travers des entretiens ouverts, qui ont également montré leur efficacité dans l'évaluation de la qualité de vie.

Un repérage précoce de la fragilité permet d'améliorer la qualité de vie des patients. En effet, si les critères de fragilité sont repérés et évalués, une mise en place d'actions personnalisées est donc possible, ce qui permet une amélioration de la qualité de vie des patients.

1.10. Parcours de soins

1.10.1. Prise en soins pluridisciplinaire

Au sein des SMR, la prise en soins pluridisciplinaire est omniprésente. En effet, afin de permettre aux patients de récupérer leurs capacités, les équipes de SMR sont composées de professionnels de santé qualifiés, permettant de répondre de la manière la plus appropriée aux besoins des patients. Ces équipes sont constituées de médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététiciens, assistants sociaux...etc.

Ainsi, le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent être faits par de nombreux professionnels gravitants autour des patients et cela tout au long de leurs séjours en service de SMR.

Lorsqu'une fragilité est repérée par un professionnel de santé, il est primordial qu'elle soit tracée dans le dossier du patient, pour permettre d'améliorer son parcours de soins en l'orientant vers la solution la plus adaptée à la fragilité repérée.

Ainsi, le milieu hospitalier permet d'avoir plusieurs catégories de professionnels pouvant être sollicités lorsqu'un patient fragile est repéré. L'équipe mobile gériatrique peut être une ressource pour les équipes de soins lorsque la fragilité est repérée chez les patients, mais elle n'existe malheureusement pas forcément dans tous les établissements de soins, notamment de SMR.

Il semble donc important que les patients hospitalisés en SMR aient un parcours centré sur leurs besoins et qu'une collaboration soit faite entre tous les professionnels de santé gravitants autour de ces patients, aussi bien au sein de l'établissement qu'en dehors lorsque la personne rentre à domicile ou en institution.

Cette collaboration permet ainsi la continuité des soins et contribue à améliorer la qualité du parcours de soins des patients.

1.10.2. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Le repérage de la fragilité à l'aide des échelles détaillées ne représente que la première étape dans la prise en charge de la fragilité des patients. En effet, une fois la fragilité dépistée,

il est préconisé que les patients bénéficient d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS). (26)

Cette EGS peut être faite en milieu hospitalier par l'équipe mobile gériatrique (EMG) par exemple. Les patients étant présents au sein des établissements de soins, il est important que l'orientation vers une EGS se fasse rapidement ou qu'une demande de passage de l'EMG soit faite dès la fragilité repérée.

Pour autant, ces EMG ne sont pas forcément présentes dans tous les établissements de soins. Dans ce cas, l'EGS peut être réalisée par le personnel présent dans le service, ce qui peut être compliqué à gérer par manque de temps, d'effectif, etc.

De même, l'orientation vers l'EGS ne se fera que si les soignants considèrent que le patient est fragile. Si les soignants n'utilisent pas les échelles de dépistage, le repérage de la fragilité se fait alors en fonction de leur sens et expérience cliniques. (41)

L'EGS est une évaluation gériatrique pluridisciplinaire et multidimensionnelle permettant d'évaluer le patient de manière globale. Tous les domaines de la vie du patient sont évalués, son autonomie, son état de santé, son environnement social et familial, son état psychologique, etc. (42)

L'EGS utilise des échelles d'évaluation standardisées telles que :

- L'échelle **Activities of Daily Living (ADL)** (Cf. Annexe 11) ou **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)** (Cf. Annexe 12) qui permettent d'évaluer l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ;
- Le **Mini-Mental State Evaluation (MMSE)** (Cf. Annexe 13) ou le **Montreal COgnitive Assessment (MOCA)** (Cf. Annexe 14) pour évaluer la cognition ;
- Le **Mini-Nutritional Assessment (MNA)** (Cf. Annexe 15) pour évaluer l'état nutritionnel des patients ;
- Le **Mini-GDS (Geriatric Depression Scale)** (Cf. Annexe 16) qui permet d'évaluer l'état thymique ;
- Le **test de Tinetti** (Cf. Annexe 17) qui évalue le risque de chute, etc.

L'EGS permet ainsi l'élaboration d'un plan de soins et d'aide personnalisé et adapté au patient. Suite à cette évaluation, une collaboration avec les professionnels en aval est primordiale afin de préserver la continuité des soins.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Question de recherche

La fragilité représente un concept complexe n'ayant pas de définition consensuelle à ce jour. Par mon expérience professionnelle, j'ai pu remarquer que ce concept faisait partie de nos pratiques soignantes mais n'était pas forcément formalisé au sein des services. De plus, la majorité des échelles d'évaluation sont principalement destinées aux soins primaires.

De ce fait, en l'absence d'outil ou de procédure définis pour identifier et évaluer la fragilité, cette évaluation semble reposer principalement sur le ressenti de chacun, ce qui peut présenter des difficultés pour les soignants. Il est donc important de comprendre comment les professionnels repèrent la fragilité auprès des patients.

De nombreuses études ont été menées sur l'utilisation des échelles de dépistage et d'évaluation de la fragilité, principalement dans les services d'urgences. La HAS a également rédigé une fiche concernant l'évaluation de la fragilité en ambulatoire (26). Toutefois, je n'ai trouvé aucune étude concernant les pratiques soignantes dans le repérage et l'évaluation de la fragilité en SMR.

Il semble alors pertinent de s'intéresser à ce sujet puisqu'en SMR, la durée d'hospitalisation est généralement plus longue que dans un service d'hospitalisation conventionnel et la prise en soins pluridisciplinaire, ce qui permet une prise en soins globale du patient et accentue la possibilité de repérer et d'évaluer la fragilité des patients. Ainsi, je me suis questionnée sur la manière dont les professionnels de santé repèrent et évaluent la fragilité au sein des services de SMR.

En théorie, comme évoqué dans mon introduction générale, l'identification de la fragilité devrait conduire à une évaluation gériatrique standardisée. Toutefois, il serait intéressant d'analyser la manière dont cette recommandation est appliquée en pratique.

Ces recommandations et mon questionnement sur ce sujet m'ont amenée à la question de recherche suivante :

Comment le concept de fragilité est-il perçu et intégré dans les pratiques soignantes des professionnels de santé exerçant en Soins Médicaux et de Réadaptation et prenant en soins des patients âgés de 65 ans et plus ?

Les échelles de repérage et d'évaluation étant orientées pour des patients à partir de 65 ans, nous avons donc décidé de cibler notre problématique sur cet âge.

2.2. Hypothèses

Plusieurs hypothèses ont émergé suite à cette question de recherche :

- Hypothèse n°1 : Les professionnels de santé perçoivent et dépistent ou évaluent la fragilité de manière différente en fonction de leur profession ;
- Hypothèse n° 2 : Le repérage de la fragilité n'entraîne pas systématiquement d'orientation spécialisée ;
- Hypothèse n°3 : Les échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité ne sont pas assez connues ou utilisées ;
- Hypothèse n° 4 : Il existe des obstacles au repérage de la fragilité comme le manque de formation ou de temps pour l'évaluer.

2.3. Objectifs

Ce travail de recherche a plusieurs objectifs.

L'objectif principal sera d'identifier comment les professionnels de santé définissent la fragilité, de comprendre comment s'organise le repérage et l'évaluation de cette dernière dans les services de SMR ainsi que les actions mises en place une fois la fragilité repérée. Il sera également pertinent d'identifier les méthodes et outils actuellement utilisés par les professionnels de santé exerçant en SMR pour dépister la fragilité.

L'objectif secondaire de ce travail de recherche sera de repérer les obstacles ou difficultés rencontrés par les professionnels de santé dans le repérage de la fragilité pour ainsi établir une réflexion sur la manière d'améliorer et d'intégrer ce repérage dans le parcours de soins des patients.

3. MÉTHODE

3.1. Choix de la méthodologie

La méthodologie choisie pour cette étude est quantitative, transversale et multicentrique.

3.2. Choix du terrain

L'étude a été menée dans différents services de Soins Médicaux et de Réadaptation au sein de trois établissements différents. Parmi ces services, nous retrouvons :

- Trois services de SMR polyvalent ;
- Deux services de SMR gériatrique ;
- Un service de SMR locomoteur ;
- Un service de SMR système nerveux ;
- Un service de SMR brûlés ;
- Un service de SMR Hôpital De Jour (HDJ).

3.3. Choix de la population interrogée

Les critères d'inclusion dans le choix de la population interrogée ont été les suivants :

- Être professionnels de santé ;
- Exercer en service de SMR ;
- Prendre en soins des patients âgés de 65 ans et plus.

De ce fait, l'étude a été menée auprès des médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, psychomotriciens, enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), assistants sociaux et Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) exerçant dans les services mentionnés ci-dessus.

L'étude a ainsi pu être diffusée à 289 professionnels de santé.

Ce chiffre comprend 12 médecins, 85 infirmiers, 122 aides-soignants, 24 kinésithérapeutes, 15 ergothérapeutes, 7 diététiciens, 5 psychologues, 3 psychomotriciens, 8 enseignants en Activité Physique Adaptée, 7 assistants sociaux et 1 Infirmière en Pratique Avancée.

3.4. Outil de recueil de données

Afin de mener cette étude quantitative, transversale et multicentrique. Nous avons établi un questionnaire en ligne réparti en quatre parties via le site FRAMAFORMS®. La version adaptée en papier mais n'ayant pas servi au recueil des données est disponible en Annexe 18.

Ce questionnaire a ensuite été testé auprès de médecins et d'infirmiers ayant travaillé auparavant en SMR, ce qui m'a permis d'évaluer sa clarté et d'apporter des ajustements en ajoutant, modifiant ou supprimant certaines questions suite à leurs retours.

La première partie de ce questionnaire recueille les données socio-démographiques des répondants tels que le sexe, l'âge, le nombre d'années depuis l'obtention de leur diplôme, la durée depuis laquelle ils exercent en SMR, le type de SMR dans lequel ils exercent, leurs professions ainsi que la proportion de patients âgés de plus de 65 ans présente au sein de leur service.

La seconde partie est une question ouverte demandant au répondant de décrire le concept de fragilité en quelques mots. La section suivante est une définition de la fragilité selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie permettant à tous de comprendre le thème de l'étude pour la suite du questionnaire. Cette question ouverte nous aidera à valider ou invalider notre hypothèse n°1 selon laquelle la perception de la fragilité varie chez les professionnels de santé en fonction de leur profession. Pour cela, les réponses seront analysées à l'aide d'une analyse thématique par mots-clés.

La troisième partie recueille l'avis des professionnels sur l'importance du repérage de la fragilité, la fréquence et le moment de son évaluation dans leurs services, ainsi que les méthodes utilisées pour ce repérage. Cette partie évalue notamment les connaissances et l'utilisation des échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé. Elle permet également d'explorer les actions mises en place en cas de fragilité repérée ainsi que la collaboration avec la médecine de ville. Enfin, cette partie recueille l'avis des professionnels de santé concernant l'influence du repérage et de l'évaluation de la fragilité sur l'amélioration des prises en soins des patients, ainsi que sur les possibilités d'optimisation de ces pratiques.

Les questions de cette troisième partie nous permettent de confirmer ou d'infirmer les hypothèses numéro 1, 2 et 3 ainsi que l'objectif principal de l'étude.

Les trois premières questions de cette troisième partie nous permettront d'évaluer la perception des soignants quant à la nécessité, selon eux, d'évaluer la fragilité.

Pour la question 9 : « **Pensez-vous que le repérage de la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus est : essentiel, secondaire ou pas nécessaire** », si plus de 50% des répondants expriment la réponse « essentiel », cela permettra de montrer que le concept de fragilité est important pour les professionnels de santé dans la prise en soins des patients âgés de 65 ans et plus.

Pour les questions 10 et 11 qui sont « **A quelle fréquence évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?** » et « **A quel moment du séjour évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?** », si 50% des répondants expriment la réponse « jamais », cela reflètera la non évaluation de la fragilité par les professionnels de santé. Ces questions contribuent ainsi à répondre à une partie de l'objectif principal de l'étude, qui porte sur l'organisation du repérage et de l'évaluation de la fragilité dans les services de SMR.

Les questions 12, 13, 14 et 15 contribuent à la validation de l'hypothèse n°3 et à l'atteinte de l'objectif principal de l'étude.

En effet, la question 12 recueille comment les professionnels de santé évaluent principalement la fragilité dans leur pratique professionnelle. Ainsi, si plus de 50% des répondants expriment la réponse « utilisation d'échelle d'évaluation », cela permettra d'infirmer l'hypothèse n° 3 selon laquelle « les échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité ne sont pas assez connues ou utilisées ».

La question 13 permet d'évaluer la connaissance des professionnels sur ces échelles. En cas de réponse positive (« oui »), une question supplémentaire apparaîtra afin de préciser lesquelles ils connaissent.

La question 14, quant à elle, vise à déterminer si ces échelles sont utilisées dans la pratique des professionnels. Si la réponse exprimée à cette question est « non », une autre question s'affichera pour identifier les raisons de cette non-utilisation. Si pour ces 2 questions, nous retrouvons une majorité de réponses « non », cela permettra de confirmer l'hypothèse n°3.

La question 15 permet d'évaluer les critères utilisés dans la pratique des professionnels pour repérer la fragilité. Elle complète ainsi les questions 12, 13 et 14 pour répondre à l'objectif principal de l'étude, qui est « d'identifier comment les professionnels de santé définissent la fragilité, de comprendre comment s'organise le repérage et l'évaluation de cette dernière dans

les services de SMR ainsi que les actions mises en place une fois la fragilité repérée. Il sera également pertinent d'identifier les méthodes et outils actuellement utilisés par les professionnels de santé exerçant en SMR pour dépister la fragilité. ». Cette question n°15 permet également de valider ou d'invalider l'hypothèse n°1 « Les professionnels de santé perçoivent et dépistent ou évaluent la fragilité de manière différente en fonction de leur profession », pour cela il sera intéressant d'analyser les critères sélectionnés pour repérer la fragilité en fonction de la profession des répondants.

Les questions 16 et 17 permettent de répondre à l'hypothèse n°2 de ce travail qui est « Le repérage de la fragilité n'entraîne pas systématiquement d'orientation spécialisée ». En effet, si, à la question 16 intitulée « **Si la fragilité est repérée chez l'un de vos patients, quelles actions sont mises en place ?** », plus de 50% des répondants sélectionnent les réponses « Orientation vers des professionnels qualifiés » et/ou « demande de passage de l'équipe mobile gériatrique » et/ou « orientation vers une évaluation gériatrique standardisée », alors l'hypothèse n°2 sera invalidée. La question 17 permet quant à elle d'évaluer l'existence d'une collaboration avec la médecine de ville dans le suivi de la fragilité. Une majorité de réponses « non » (plus de 50%) indiquera l'absence de collaboration avec la médecine de ville.

Les questions 18 et 19 permettent de répondre à une partie de l'objectif secondaire de l'étude qui porte sur la manière d'améliorer et d'intégrer le repérage de la fragilité dans le parcours de soins des patients. Ainsi, si la majorité des répondants (soit plus de 50%) expriment la réponse « oui » à la question 18 : « **Pensez vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus améliorent leur prise en soins ?** » et à la question 19 : « **Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent-être améliorés en SMR ?** », nous pourrions mettre en avant que selon les répondants, une amélioration est possible concernant le repérage et l'évaluation de la fragilité en SMR mais aussi concernant la prise en soins des patients. De plus, si la réponse exprimée est « oui » à la question 19, une précision sera demandée quant à la manière d'améliorer le repérage de la fragilité en SMR.

La quatrième et dernière partie recueille, s'ils existent, les obstacles et difficultés des professionnels dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ainsi que le souhait d'être davantage formé sur ce sujet. Cette dernière partie permet de répondre à la première partie de l'objectif secondaire de l'étude, qui consiste à « repérer les obstacles ou difficultés rencontrés par les professionnels de santé dans le repérage de la fragilité ». Elle contribue également à

valider l'hypothèse n°4 qui est la suivante : « il existe des obstacles au repérage de la fragilité comme le manque de formation ou de temps pour l'évaluer ».

Ainsi, si, à la question 20 intitulée « **Rencontrez-vous des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ?** », la majorité des répondants (soit plus de 50%) choisissent « oui », notre hypothèse n°4 pourra être validée. De plus, cette réponse entraînera l'affichage d'une question complémentaire : « **Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ?** ». Cette précision permettra d'identifier les obstacles rencontrés, de répondre à la première partie de l'objectif secondaire de l'étude et de confirmer l'hypothèse n°4.

La question 21 permet quant à elle d'évaluer le souhait des professionnels d'être formés davantage au repérage et à l'évaluation de la fragilité.

3.5. Déroutement de l'étude

Afin d'effectuer cette étude en respectant le cadre législatif, j'ai contacté le délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille afin de lui exposer mon étude et de lui transmettre le questionnaire rédigé à destination des professionnels.

L'étude étant anonyme, le questionnaire a été exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où les consignes suivantes étaient respectées (Cf. Annexe 19) :

- « Les personnes sont informées par une mention d'information au début du questionnaire.
- La confidentialité est respectée en utilisant un serveur LIMESURVEY® mis à disposition par l'Université de Lille.
- Seuls vous et votre directeur de mémoire peuvent accéder aux données.
- L'enquête en ligne sera supprimée à l'issue de la soutenance »

D'après les informations fournies sur le site de la faculté de Lille, il est précisé que les outils disponibles sur FRAMAFORMS® peuvent être utilisés en alternative au serveur LIMESURVEY®, offrant des fonctionnalités et des garanties similaires. J'ai donc opté pour cette solution.

Les consignes du DPO étant respectées, j'ai pris contact par mail avec les directions des soins de six établissements disposant d'un ou plusieurs services de SMR afin d'échanger sur la possibilité de mener l'étude au sein de leur structure.

Sur les six établissements contactés, trois ont donné une réponse positive, tandis que les trois autres n'ont pas répondu.

Le questionnaire a ensuite été diffusé dans les services concernés par mail, accompagné d'une présentation de l'étude, des critères d'inclusion et du lien direct vers le questionnaire en ligne.

J'ai également conçu une affiche présentant brièvement l'étude et incluant le lien internet ainsi que le QR code permettant un accès direct au questionnaire. Cette affiche est disponible en Annexe 20.

Je me suis ensuite rendue dans les différents services correspondant aux critères de l'étude afin d'y exposer mon affiche dans les salles de soins, de repos et les vestiaires. Cette démarche ayant pour but de faciliter la participation des professionnels de santé.

La collecte des données s'est effectuée sur une durée d'environ deux mois, du 3 février 2025 au 31 mars 2025.

Afin de maximiser le nombre de réponses, je me suis déplacée à plusieurs reprises au sein des services concernés et j'ai également envoyé des mails de relance aux participants.

J'ai ensuite récupéré les données collectées directement sur le site FRAMAFORMS® et les ai analysées à l'aide de graphiques et de tableaux sur le logiciel EXCEL®.

Concernant les données recueillies sur la question de la définition de la fragilité, j'ai effectué une analyse thématique basée sur les types de mots-clés. J'ai appliqué la même méthode aux questions ouvertes visant à préciser une réponse donnée.

4. RÉSULTATS

Sur les 289 professionnels de santé sollicités pour participer à l'étude, 91 ont répondu. Parmi ces 91 personnes, les données d'un participant n'ont pas été prises en compte car il ne remplissait pas les critères d'inclusion de l'étude.

4.1. Population étudiée

Le détail des données sociodémographiques des 90 répondants figurent dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon total

<u>Données sociodémographiques :</u>		
Sexe, n (%)	Homme	8 (8.9)
	Femme	82 (91.1)
Age, n (%)	Entre 18 et 25 ans	14 (15.6)
	Entre 26 et 35 ans	34 (37.8)
	Entre 36 et 45 ans	23 (25.6)
	Entre 46 et 54 ans	11 (12.2)
	Plus de 55 ans	8 (8.9)
Profession exercée, n (%)	Médecin	7 (7.8)
	Infirmier(e)	35 (38.9)
	Aide soignant(e)	28 (31.1)
	Diététicien(ne)	4 (4.4)
	Kinésithérapeute	3 (3.3)
	Ergothérapeute	3 (3.3)
	Psychologue	2 (2.2)
	Psychomotricien(ne)	1 (1.1)
	Infirmier(e) en Pratique Avancée	1 (1.1)
	Enseignant(e) en APA	3 (3.3)
	Assistant(e) social(e)	3 (3.3)
Ancienneté dans le diplôme, n (%)	Moins d'un an	3 (3.3)
	1 à 5 ans	23 (25.6)
	6 à 10 ans	24 (26.7)
	11 à 15 ans	16 (17.8)
	16 à 20 ans	8 (8.9)
	Plus de 20 ans	16 (17.8)
Service d'exercice, n (%)	SMR polyvalent	33 (36.7)
	SMR gériatrique	34 (37.8)
	SMR locomoteur	10 (11.1)
	SMR système nerveux	4 (4.4)

	SMR brûlés	3 (3.3)
	SMR Hôpital De Jour (HDJ)	2 (2.2)
	Plusieurs services	4 (4.4)
Ancienneté en SMR, n (%)	Moins d'un an	11 (12.2)
	1 à 5 ans	37 (41.1)
	6 à 10 ans	17 (18.9)
	11 à 15 ans	14 (15.6)
	16 à 20 ans	4 (4.4)
	Plus de 20 ans	7 (7.8)

4.2. Définition de la fragilité selon les professionnels de santé

L'analyse thématique des réponses à la question « Comment décririez-vous le concept de fragilité en quelques mots ? » a permis de mettre en avant de nombreux thèmes.

Parmi ces thèmes nous retrouvons chez tous les professionnels le thème de la **vulnérabilité globale** qui comprend la vulnérabilité physique, psychique et sociale.

« Une baisse de moral qui peut engendrer un mal physique et psychique. » (Infirmière de SMR gériatrique)

« L'ensemble des problèmes médicaux, sociaux, environnementaux rendant la personne vulnérable. » (Médecin de SMR gériatrique)

Nous retrouvons aussi le thème de la **perte d'autonomie ou de la baisse des capacités** risquant d'entraîner le patient vers la dépendance.

« Diminution de ses capacités. » (Aide soignante de SMR polyvalent)

« Ensemble d'éléments qui font basculer le patient vers la dépendance. » (Médecin de SMR polyvalent)

« La fragilité des personnes âgées est un état de vulnérabilité qui augmente le risque de dépendance, de complications médicales. » (Médecin de SMR polyvalent)

Le thème des **polypathologies et troubles cognitifs** revient aussi très fréquemment pour définir la fragilité.

« Patient à risque du fait d'une polypathologie, +/- troubles cognitifs... » (Médecin de SMR locomoteur/SMR brûlés »

« Polypathologies, perte d'autonomie, troubles cognitifs. » (Psychologue de SMR polyvalent)

Les répondants expliquent que la fragilité **augmente le risque de décompensation ou d'évènements tels que les chutes ou les hospitalisations.**

« *Faiblesse générale avec risque de décompensation de pathologies chroniques, risque de chute.* » (Médecin de SMR hospitalisation à temps partiel)

« *Être plus facilement atteint de pathologies qui peuvent elles-mêmes plus vite s'aggraver.* » (Kinésithérapeute de SMR locomoteur)

La fragilité est notamment mise en lien avec **l'altération nutritionnelle** pour les infirmier(e)s, aide-soignant(e)s et diététiciennes.

« *Dénutrition* » (Infirmière de SMR locomoteur)

« *Perte d'appétit* » (Aide-soignante de SMR polyvalent)

« *Perte de poids, diminution ingesta* » (Diététicienne de SMR polyvalent)

Nous constatons donc qu'en général, la définition de la fragilité donnée par les professionnels, correspond à la définition pouvant être donnée dans la littérature. Toutefois, en fonction des professionnels, la définition est plus ou moins détaillée.

Ainsi, chez les médecins, leur définition de la fragilité est plus globale et prend en compte la dimension bio-psycho-sociale. Les médecins parlent également du risque d'hospitalisation, de dépendance ou de chutes, ce qui se rapproche de la définition de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie.

« *C'est un état de vulnérabilité avec réduction des réserves physiologiques.* » (Médecin de SMR gériatrique)

Les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s mettent également en lien la fragilité avec l'âge ou le vieillissement, ce qui n'a pas été constaté chez les autres professionnels.

4.3. Repérage et évaluation de la fragilité en service de SMR

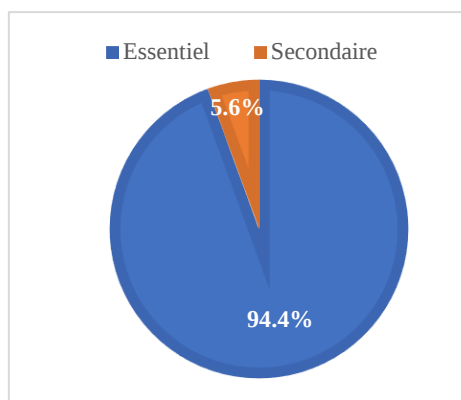


Figure 4 : Question 9 : Pensez-vous que le repérage de la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus est :

94.4% des répondants pensent que le repérage de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus est essentiel.

5.6% des répondants pensent que cela est secondaire.

81.1% des répondants estiment que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus au sein de leur service est supérieure à 50%.

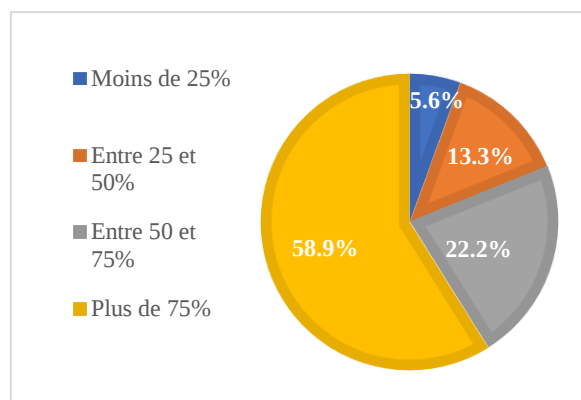


Figure 5 : Selon l'estimation personnelle des répondants, nombre de personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisé dans leur service de SMR

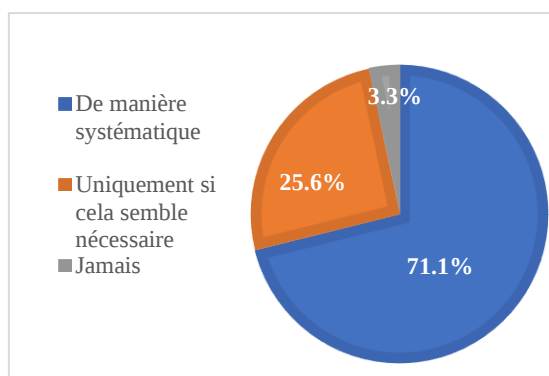


Figure 7 : Question 10 : A quelle fréquence évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?

71.1% des répondants évaluent la fragilité de manière systématique chez les patients âgés de 65 ans et plus.

Chez 50% des répondants, la fragilité est évaluée tout au long du séjour.

3.3% des répondants n'évaluent jamais la fragilité.

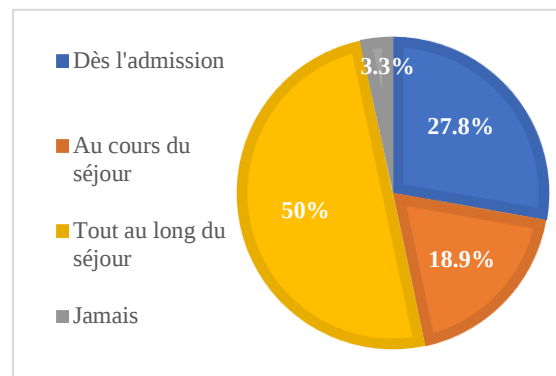


Figure 6 : Question 11 : A quel moment du séjour évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?

Parmi les répondants, trois personnes ont indiqué « jamais » aux questions 10 et 11 portant sur le moment et la fréquence d'évaluation de la fragilité. Par conséquent, les réponses aux questions suivantes n'ont pas été prises en compte dans les résultats de l'étude pour ces trois personnes. Seule leur réponse à la question 21 relative au souhait des professionnels d'être formés davantage au repérage et à l'évaluation de la fragilité a été prise en compte. Ces trois personnes sont deux enseignants en APA et un(e) infirmier(e).

Tableau 2 : Question 12 : Comment évaluez-vous principalement la fragilité dans votre pratique professionnelle ?

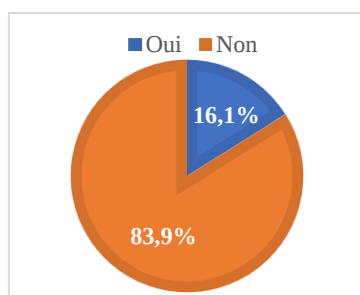
Méthode d'évaluation principale de la fragilité par les professionnels, n (%)	
Utilisation d'échelle d'évaluation	1 (1.1)
Observation clinique	71 (81.6)
Autres	5 (5.8)
Utilisation d'échelle d'évaluation + observation clinique	3 (3.5)
Observation clinique + autres	7 (8)

81.6% des répondants évaluent la fragilité de leurs patients âgés de 65 ans et plus par l'observation clinique seule.

1.1% des répondants utilisent les échelles d'évaluation seules.

3.5% des répondants évaluent la fragilité de leurs patients par l'observation clinique et l'utilisation d'échelles d'évaluation.

Parmi les réponses mentionnées dans la catégorie « autres », nous retrouvons notamment le questionnement de l'entourage comprenant les échanges avec la famille et les proches du patient. Sont également cités, les échanges en équipe pluridisciplinaire, l'exploitation du dossier médical et du recueil de données infirmier avec la prise en compte des examens paracliniques tels que les bilans sanguins, les radiographies, les scanners, etc.



83.9% (73 personnes) des répondants ne connaissent pas les échelles d'évaluation de la fragilité.

Figure 8 : Question 13 : Connaissez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité ?

Pour les 16.1 % (14 personnes) connaissant les échelles d'évaluation de la fragilité, il leur a été demandé de préciser lesquelles ils connaissaient.

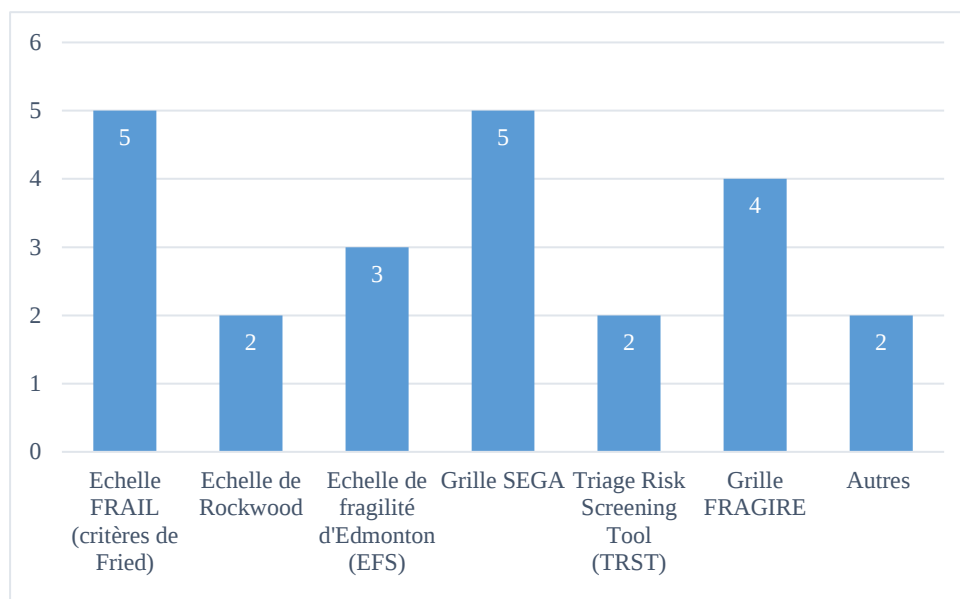
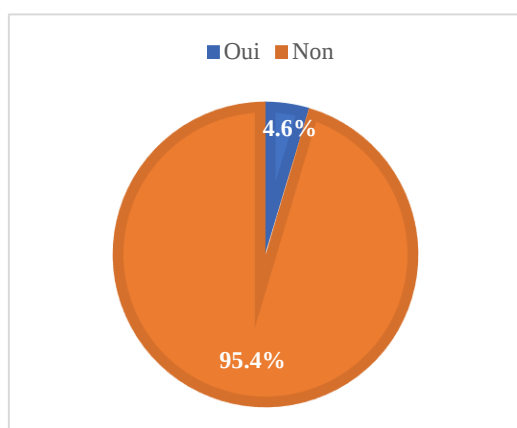


Figure 9 : détails des échelles d'évaluation de la fragilité connues des répondants

Les 2 réponses « autres » ont été données par des infirmiers et ont été précisées par la grille de Braden et le Montreal COgnitive Assessment (MOCA).



95.4% (83 personnes) des répondants à l'étude n'utilisent pas d'échelles d'évaluation de la fragilité dans leur pratique professionnelle.

Figure 10 : Question 14 : Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité dans votre pratique professionnelle ?

Il a été demandé pour les personnes exprimant la réponse « non » à cette question, de préciser la raison ou les raisons de cette non-utilisation (il était possible de choisir plusieurs propositions).

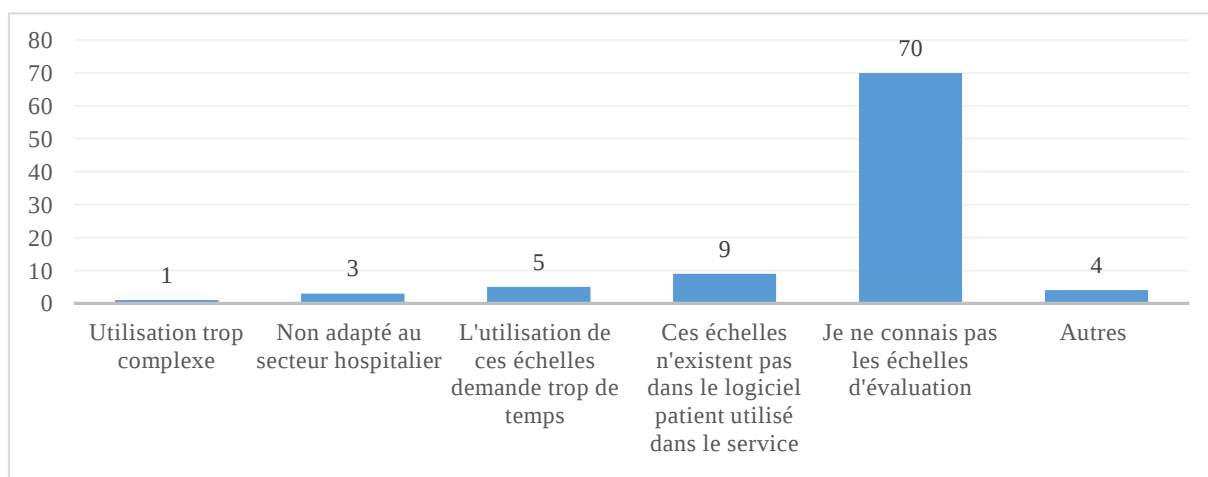


Figure 11 : Raisons de la non-utilisation des échelles d'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé en SMR

Les raisons évoquées dans « autres » sont le fait que le poste occupé par les répondants ne leur permet pas d'utiliser ces échelles d'évaluation (poste de nuit, aide-soignante pratiquant le toucher massage à plein temps) ou que ces échelles ne sont pas disponibles dans le service de soins.

Il a ensuite été demandé de préciser les critères utilisés dans la pratique des professionnels afin de repérer la fragilité chez leurs patients. Cette question était à choix multiples.

Les critères majoritairement utilisés par les professionnels de santé pour repérer la fragilité sont la présence de troubles cognitifs suivi de l'isolement social. Nous avons ensuite les chutes répétées puis la perte de poids involontaire.

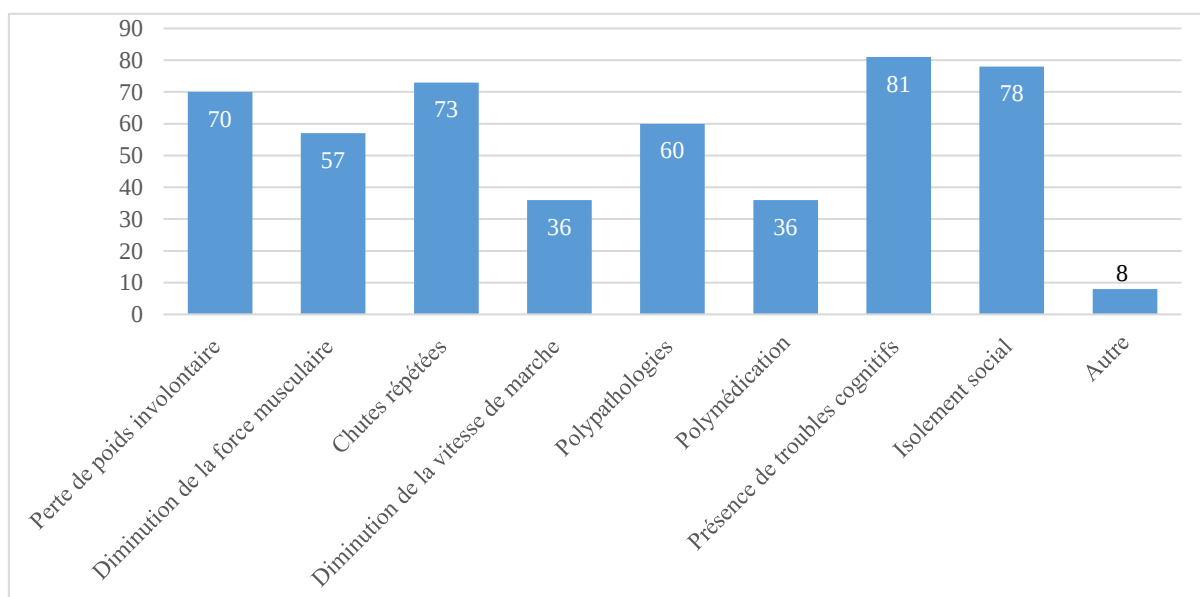


Figure 12 : Question 15 : Quel(s) critère(s) utilisez-vous dans votre pratique pour repérer la fragilité ?

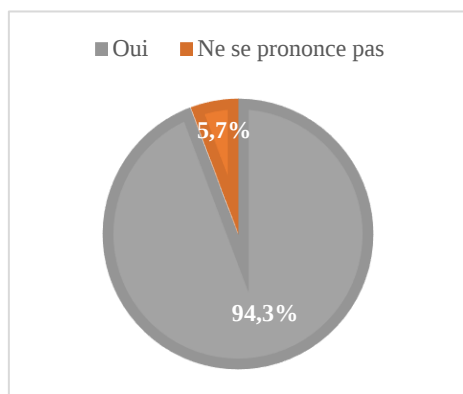


Figure 13 : Question 18 : Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus améliorent leur prise en soins ?

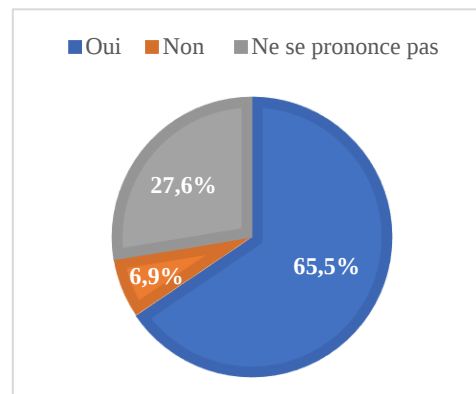


Figure 14 : Question 19 : Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent-être améliorés en SMR ?

94.3% des répondants pensent que le repérage et l'évaluation de la fragilité améliorent la prise en soins des patients âgés de 65 ans et plus.

65.5% des répondants pensent que le repérage et l'évaluation de la fragilité en SMR peuvent être améliorés.

Pour ces 65.5%, il a été demandé de préciser de quelle manière le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent être améliorés en SMR.

Ainsi, le point le plus fréquemment évoqué a été l'instauration et l'utilisation d'échelles d'évaluation au sein des services. La nécessité de former et de sensibiliser les soignants au concept de fragilité a également été soulignée. Par ailleurs, l'importance de la prévention et de l'éducation des patients et de leurs aidants a été mentionnée. La nécessité d'un suivi plus rapproché et d'une collaboration avec le médecin traitant ou les services extérieurs a aussi été mise en avant.

4.3.1. Spécificité selon la profession des répondants

Tableau 3 : Détails des critères de fragilité utilisés en fonction de la profession des répondants

Détails des critères de fragilité utilisés en fonction de la profession des répondants, n (%)		
Médecin	Perte de poids involontaire	7 (100)
	Diminution de la force musculaire	7 (100)
	Chutes répétées	7 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	7 (100)
	Polypathologies	7 (100)
	Polymédication	7 (100)
	Présence de troubles cognitifs	7 (100)

	Isolement social	7 (100)
	Autre	0 (0)
Infirmier(e)	Perte de poids involontaire	32 (91.4)
	Diminution de la force musculaire	21 (60)
	Chutes répétées	31 (88.6)
	Diminution de la vitesse de marche	10 (28.6)
	Polypathologies	25 (71.4)
	Polymédication	16 (45.7)
	Présence de troubles cognitifs	34 (97.1)
	Isolement social	30 (85.7)
	Autre	4 (11.4)
Aide-soignant(e)	Perte de poids involontaire	23 (82.1)
	Diminution de la force musculaire	20 (71.4)
	Chutes répétées	20 (71.4)
	Diminution de la vitesse de marche	14 (50)
	Polypathologies	15 (53.6)
	Polymédication	8 (28.6)
	Présence de troubles cognitifs	25 (89.3)
	Isolement social	25 (89.3)
	Autre	2 (7.1)
Diététicien(ne)	Perte de poids involontaire	4 (100)
	Diminution de la force musculaire	4 (100)
	Chutes répétées	2 (50)
	Diminution de la vitesse de marche	0 (0)
	Polypathologies	2 (50)
	Polymédication	0 (0)
	Présence de troubles cognitifs	2 (50)
	Isolement social	3 (75)
	Autre	2 (50)
Kinésithérapeute	Perte de poids involontaire	0 (0)
	Diminution de la force musculaire	1 (33.3)
	Chutes répétées	3 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	1 (33.3)
	Polypathologies	2 (66.7)
	Polymédication	2 (66.7)
	Présence de troubles cognitifs	3 (100)
	Isolement social	2 (66.7)
	Autre	0 (0)
Ergothérapeute	Perte de poids involontaire	1 (33.3)
	Diminution de la force musculaire	2 (66.7)
	Chutes répétées	3 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	2 (66.7)
	Polypathologies	3 (100)
	Polymédication	0 (0)
	Présence de troubles cognitifs	3 (100)
	Isolement social	3 (100)
	Autre	0 (0)
Psychologue	Perte de poids involontaire	1 (50)
	Diminution de la force musculaire	1 (50)
	Chutes répétées	2 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	1 (50)
	Polypathologies	2 (100)
	Polymédication	2 (100)
	Présence de troubles cognitifs	2 (100)
	Isolement social	2 (100)

	Autre	0 (0)
Psychomotricien(ne)	Perte de poids involontaire	0 (0)
	Diminution de la force musculaire	0 (0)
	Chutes répétées	1 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	0 (0)
	Polypathologies	1 (100)
	Polymédication	0 (0)
	Présence de troubles cognitifs	1 (100)
	Isolement social	1 (100)
	Autre	0 (0)
Infirmière en pratique avancée	Perte de poids involontaire	1 (100)
	Diminution de la force musculaire	0 (0)
	Chutes répétées	1 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	0 (0)
	Polypathologies	1 (100)
	Polymédication	1 (100)
	Présence de troubles cognitifs	1 (100)
	Isolement social	1 (100)
	Autre	0 (0)
Enseignant(e) en APA	Perte de poids involontaire	1 (100)
	Diminution de la force musculaire	1 (100)
	Chutes répétées	1 (100)
	Diminution de la vitesse de marche	1 (100)
	Polypathologies	0 (0)
	Polymédication	0 (0)
	Présence de troubles cognitifs	1 (100)
	Isolement social	1 (100)
	Autre	0 (0)
Assistant(e) social(e)	Perte de poids involontaire	0 (0)
	Diminution de la force musculaire	0 (0)
	Chutes répétées	2 (66.7)
	Diminution de la vitesse de marche	0 (0)
	Polypathologies	2 (66.7)
	Polymédication	0 (0)
	Présence de troubles cognitifs	2 (66.7)
	Isolement social	3 (100)
	Autre	0 (0)

Parmi les répondants ayant exprimé la réponse « autre », nous retrouvons quatre infirmiers, deux aides-soignants et deux diététiciennes. Pour les infirmiers, il s'agit du repérage des changements dans les habitudes de vie, la perte d'autonomie et comme pour les aides-soignants la dimension psychologique avec la baisse du moral, la dépression et l'anxiété.

Les deux diététiciennes quant à elle évoquent plutôt les tests d'audition ainsi que les difficultés de mastication, de déglutition et les troubles du transit.

4.4. Traçage des informations recueillies et orientation du patient

Tableau 4 : Actions mises en place une fois la fragilité repérée

Actions mises en place une fois la fragilité repérée, n (%)	
Traçage de la fragilité dans le dossier médical du patient	62 (71.3)
Orientation vers des professionnels qualifiés	69 (79.3)
Demande de passage de l'équipe mobile gériatrique	10 (11.5)
Echange en équipe pluridisciplinaire	78 (89.7)
Orientation vers une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)	16 (18.4)
Inscription de ce repérage au courrier de sortie pour optimiser le suivi du patient à sa sortie	29 (33.3)
Autre	2 (2.3)

89.7% des répondants à l'étude échangent en équipe pluridisciplinaire une fois la fragilité repérée.

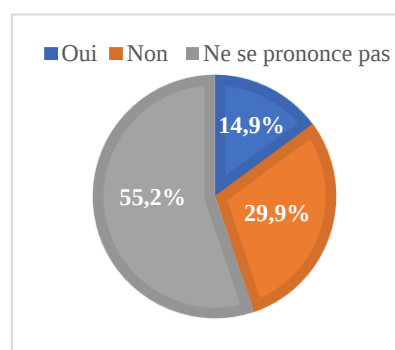
79.3% des répondants orientent vers des professionnels qualifiés.

71.3% des répondants tracent la fragilité repérée dans le dossier médical du patient.

33.3% des répondants indiquent que ce repérage de la fragilité est inscrit au courrier de sortie du patient afin d'optimiser le suivi du patient à sa sortie.

18.4% des répondants orientent vers une évaluation gériatrique standardisée.

11.5% des répondants demandent le passage de l'équipe mobile de gériatrie.



Concernant la collaboration avec la médecine de ville, 29.9% des répondants expriment une non collaboration.

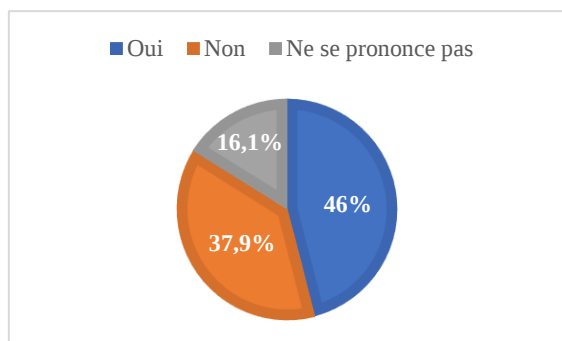
55.2% ne se sont pas prononcés sur la question.

Figure 15 : Question 17 : Existe-t-il une collaboration avec la médecine de ville dans le suivi de la fragilité chez vos patients de 65 ans et plus ?

Pour les 14.9% ayant exprimé la réponse « oui », il a été demandé de préciser de quelle manière cette collaboration se mettait en place.

Pour la presque totalité des répondants, cette collaboration correspond à l'inscription des fragilités repérées sur le courrier de sortie du patient. Plusieurs répondants ont également parlé de la sollicitation du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

4.5. Difficultés rencontrées par les professionnels de santé et souhait de formation



46% des répondants rencontrent des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité.

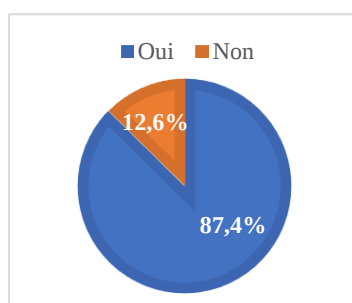
16.1% ne se sont pas prononcés sur la question.

Il a été demandé aux personnes ayant exprimé la réponse non, de préciser ces difficultés.

Figure 16 : Question 20 : Rencontrez-vous des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ?

Tableau 5 : Difficultés rencontrées dans le repérage et l'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé exerçant en SMR

Difficultés rencontrées dans le repérage et l'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé exerçant en SMR, n(%)	
Méconnaissance du concept de fragilité	24 (60)
Méconnaissance des outils d'évaluation	34 (85)
Manque de temps	19 (47,5)
Absence de protocole au sein du service	24 (60)
Résistance des patients	7 (17,5)
Autre (précisez)	1 (2,5)



87.4% des répondants souhaitent être davantage formés au repérage et à l'évaluation de la fragilité.

Figure 17 : Question 21 : Souhaiteriez-vous être davantage formé au repérage et à l'évaluation de la fragilité ?

5. ANALYSE

5.1. Analyse globale de l'étude

L'analyse globale des résultats révèle que 94,4 % des répondants considèrent que le repérage de la fragilité est essentiel. 71,1 % déclarent évaluer systématiquement la fragilité chez les patients de 65 ans et plus, ce qui témoigne de l'importance accordée à ce concept dans la pratique des soignants exerçant en SMR.

58,9 % des répondants, soit plus de la moitié, estiment que les patients de plus de 65 ans représentent plus de 75 % de la population de leur service. Cette perception est cohérente avec les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, qui indiquent qu'en 2023, près de trois quarts des patients hospitalisés en SMR avaient plus de 60 ans. (1)

Pour 81,6 % des répondants, l'observation clinique constitue la principale méthode d'évaluation de la fragilité. L'absence d'utilisation des échelles de repérage et d'évaluation s'explique notamment par une méconnaissance de ces outils, évoquée par 83,9 % des participants.

Parmi les 16,1% de répondants connaissant les échelles, nous pouvons voir que les deux échelles les plus connues sont l'échelle FRAIL ainsi que la grille SEGA.

Il est intéressant de noter que 94,3 % des répondants pensent que le repérage et l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus améliorent leur prise en soins. Par ailleurs, 65,5 % pensent que cela pourrait encore être amélioré en SMR. Ce sentiment d'amélioration peut être mis en lien avec le fait que 46 % des répondants déclarent rencontrer des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité. De plus, 87,4 % souhaitent être davantage formés sur ce sujet.

Concernant les actions mises en place une fois la fragilité repérée, l'action principale est l'échange en équipe pluridisciplinaire (89.7%) puis l'orientation vers des professionnels qualifiés (79.3%). Le traçage de la fragilité dans le dossier médical du patient est présent chez 71.3% des répondants.

La question relative à la collaboration avec la médecine de ville reste difficile à analyser puisque plus de 50 % des répondants ne se sont pas prononcés. Parmi les 14,9 % ayant exprimés la réponse « oui », cette collaboration se traduit principalement par l'inscription des fragilités repérées dans le courrier de sortie. Il aurait été intéressant d'approfondir la manière

dont s'organise cette continuité avec les professionnels en aval de la sortie d'hospitalisation en SMR. Il pourrait être intéressant de l'approfondir dans le cadre d'un futur travail de recherche.

5.2. *Mise en relation des résultats avec les hypothèses de recherche*

5.2.1. *Hypothèse n°1*

Les résultats de l'étude permettent de valider l'hypothèse n°1 : « Les professionnels de santé perçoivent, dépistent et évaluent la fragilité de manière différente selon leur profession ».

En effet, concernant la définition de la fragilité, des différences apparaissent selon les répondants. Les médecins proposent une définition plus précise et plus proche de celle retrouvée dans la littérature scientifique. Les autres professionnels de santé proposent une définition pertinente de la fragilité mais l'expriment de manière moins détaillée.

La validation de cette hypothèse repose également sur les critères utilisés pour repérer et évaluer la fragilité. Le tableau n°3 met en évidence que seuls les médecins mobilisent l'ensemble des critères mentionnés dans l'étude.

Nous pouvons constater que les professionnels de santé privilégient certains critères de repérage de la fragilité en fonction de leur profession. Par exemple, les diététiciennes s'orientent davantage vers des critères d'ordre physique, tandis que les assistantes sociales portent une attention particulière à l'isolement social des patients. Chez les infirmiers et les aides-soignants, les critères les plus fréquemment utilisés sont la présence de troubles cognitifs et l'isolement social. Par ailleurs, les infirmiers accordent une attention particulière aux polyopathologies, davantage que les autres professionnels (à l'exception des médecins).

5.2.2. *Hypothèse n°2*

L'hypothèse n°2 « Le repérage de la fragilité n'entraîne pas systématiquement d'orientation spécialisée » est quant à elle invalidée. En effet, 79.3% des répondants à l'étude orientent leurs patients vers des professionnels qualifiés une fois la fragilité repérée. Toutefois, il n'a pas été demandé dans l'étude de préciser vers quels types de professionnels cette orientation s'effectuait. Par ailleurs, 11,5 % des répondants sollicitent l'intervention de l'équipe mobile gériatrique, et 18,4 % orientent vers une Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS).

Afin d'analyser ces réponses il aurait été intéressant de savoir s'il y avait ou non la présence d'une équipe mobile gériatrique au sein de l'établissement des répondants.

5.2.3. Hypothèse n°3

L'hypothèse n°3 « Les échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité ne sont pas assez connues ou utilisées » est validée. 83,9% des répondants ne connaissent pas les échelles d'évaluation de la fragilité.

Pour les 16.1 % des répondants (14 personnes) connaissant les échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité, deux infirmières ont cité la grille de Braden et le Montreal COgnitive Assessment (MOCA). Ces réponses peuvent s'expliquer par une confusion ou une méconnaissance des outils spécifiquement dédiés au repérage et à l'évaluation de la fragilité, ou encore résulter d'une formulation de la question qui manquait peut-être de clarté ou de précision.

95.4% (83 personnes) des répondants à l'étude n'utilisent pas d'échelles d'évaluation de la fragilité dans leur pratique professionnelle. Cette non-utilisation a notamment été précisée par la méconnaissance des échelles.

5.2.4. Hypothèse n°4

L'hypothèse n°4 « Il existe des obstacles au repérage de la fragilité comme le manque de formation ou de temps pour l'évaluer » est partiellement validée.

En effet, 46% des répondants rencontrent des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité, ce qui représente la majorité des répondants mais cela ne dépasse pas 50%. Pour cette question, 16.1% des répondants ne se sont pas prononcés sur la question.

La majorité des personnes ayant répondu rencontrer des difficultés les traduisent par une méconnaissance des outils d'évaluation (85%), viennent ensuite la méconnaissance du concept de fragilité et l'absence de protocole au sein du service pour 60% des répondants. Le manque de temps est également mis en avant (47,5%) et enfin la résistance des patients (17,5%).

6. DISCUSSION

6.1. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces, à commencer par le sujet étudié. En effet, l'intégration du concept de fragilité dans les pratiques des soignants en SMR, notamment à travers son repérage et son évaluation, reste peu explorée dans la littérature scientifique actuelle. Or, ces services prennent en soins une population âgée qui ne cesse de croître, rendant le concept de fragilité particulièrement présent en leur sein.

La force de cette étude réside notamment dans le nombre de répondants. En effet, 90 professionnels ont répondu à cette étude, ce qui représente 31.1% des 289 personnes sollicitées. Cela nous permet d'avancer que ces résultats sont représentatifs de la population sélectionnée. De plus, la diversité des répondants est également une force notable de ce travail, cela contribue à mettre en avant les différentes professions exerçant au sein des services de SMR, renforçant ainsi la représentativité des résultats.

Enfin, le fait que cette étude a été menée de façon multicentrique nous permet de renforcer la validité externe de l'étude puisqu'elle ne s'arrête pas à l'organisation d'un seul établissement et offre donc une vision plus généraliste.

6.2. Limites de l'étude

Cette étude comporte également certaines limites. Tout d'abord, en l'absence d'unité de recherche au sein de mon établissement et n'étant pas familière avec la méthodologie quantitative, je me suis documentée afin de mieux maîtriser cette méthode. Il est possible que certains biais aient influencé les résultats. Par exemple, pour les questions 12, 13 et 14, j'ai employé le terme « d'échelle d'évaluation », il aurait peut-être été plus judicieux de le remplacer par « échelle de repérage » ou « échelle de dépistage », permettant ainsi de limiter l'interprétation erronée par les répondants et, par conséquent, les réponses telles que « l'échelle de Braden » ou le « MOCA ». Pour autant, lorsque j'ai testé mon questionnaire auprès de professionnels de santé avant la diffusion, j'ai échangé sur cela et les termes d'échelles d'« évaluation », de « repérage » ou de « dépistage » semblent être compris de manière similaire.

La formulation de la question concernant la collaboration avec la médecine de ville aurait pu être repensée, afin d'éviter une forte proportion de réponses « ne se prononce pas » et permettre ainsi une analyse plus pertinente de cette question.

Le recrutement des participants s'est avéré complexe puisqu'il a nécessité des relances fréquentes auprès des professionnels pour obtenir un nombre de réponses suffisantes au questionnaire. Un biais peut également être envisagé par la participation volontaire, les répondants pourraient avoir un intérêt particulier pour ce sujet, ce qui pourrait influencer les résultats.

Enfin, il aurait été judicieux de poser une question concernant la présence ou non d'une équipe mobile gériatrique au sein de l'établissement des répondants permettant d'affiner l'analyse des réponses concernant les actions mises en place suite au repérage de la fragilité par les professionnels exerçant en SMR. De même concernant la question sur l'orientation des patients une fois la fragilité repérée, je n'ai pas défini à quel type de professionnel l'item « professionnels qualifiés » faisait référence.

6.3. Freins identifiés

6.3.1. Manque de connaissance sur la fragilité et les outils de repérage et d'évaluation

L'élément le plus frappant issu de l'analyse de mes résultats est la proportion importante de personnes ne connaissant pas les échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité. En effet, 83,9% déclarent ne pas connaître ces échelles et 95,4% ne les utilisent pas dans leur pratique. Les causes de non-utilisation sont multiples et s'expliquent selon les participants, principalement par une méconnaissance de ces échelles, mais aussi, dans une moindre mesure, par un manque de temps et une utilisation jugée trop complexe.

De plus, parmi les 46% de répondants exprimant des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité, 60% traduisent ces difficultés par une méconnaissance du concept de fragilité. Dès lors, comment les soignants peuvent-ils repérer et évaluer efficacement la fragilité s'ils expriment une méconnaissance à la fois du concept de fragilité mais également des outils disponibles pour la repérer et l'évaluer ?

On note également des obstacles organisationnels tels que le manque de temps pour 47.5% et l'absence de protocole au sein du service de soins pour 60% des répondants.

De plus, les professionnels ne semblent pas percevoir la fragilité de la même manière et ne s'appuient pas sur les mêmes critères pour la repérer comme je l'ai détaillé dans mon analyse. Il semble donc nécessaire de trouver un moyen d'harmoniser les pratiques soignantes autour de ce concept.

6.3.2. Faible orientation vers les EGS

Un autre élément marquant est la faible orientation vers les EGS. Même si 79,3% des répondants orientent leurs patients vers des professionnels qualifiés une fois la fragilité repérée, seulement 18,4% des répondants orientent leurs patients vers une EGS, ce qui ne correspond pas aux recommandations de la HAS. (26)

En effet, la HAS précise que le repérage de la fragilité par les professionnels de santé constitue la première étape dans la prise en charge de la fragilité des patients. Ainsi, lorsque la fragilité est repérée, il est recommandé que les patients bénéficient ensuite d'une EGS. (26)

De plus, seulement 11,5% sollicitent l'intervention de l'équipe mobile gériatrique (EMG).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par le fait que tous les établissements de soins ne disposent pas d'une EMG, permettant ainsi de pratiquer l'EGS. En 2020, 355 établissements de santé disposaient d'équipes mobiles gériatriques (43), alors qu'en 2022, la France comptait 2 976 établissements de santé. (44)

Le faible nombre d'EMG par rapport au nombre total d'établissement de santé, pourrait ainsi expliquer la faible sollicitation de demande de passage de l'EMG, notamment si les établissements interrogés n'en disposent pas.

Il est donc essentiel de trouver des solutions pour pallier cette problématique en mobilisant les ressources disponibles au sein des établissements, soit avec les professionnels présents sur place, soit en orientant les patients vers des services spécialisés ou des hôpitaux de jour gériatriques permettant ainsi la pratique des EGS de façon plus systématique selon les recommandations de la HAS.

6.3.3. Collaboration avec la médecine de ville

À partir des résultats de l'étude, il semblerait qu'il existe très peu de collaboration avec la médecine de ville après le repérage de la fragilité. En effet, 29.9% des répondants déclarent

qu'il n'existe pas de collaboration avec la médecine de ville. De plus, 55.2% ne se sont pas prononcés sur la question ce qui peut en partie s'expliquer par une méconnaissance de l'existence éventuelle d'une collaboration hôpital/ville. Enfin, parmi les 14.9% ayant exprimé une collaboration avec la médecine de ville, la majorité des répondants la traduisent essentiellement par l'inscription des fragilités repérées dans le courrier de sortie.

Cette collaboration semble assez fragile si elle se limite au seul relais par le courrier de sortie du patient. De plus, parmi les 65.5% de répondants estimant que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent être améliorés, certains soulignent notamment la nécessité d'un suivi plus rapproché et d'une collaboration avec le médecin traitant ou les services extérieurs.

6.4. Leviers à actionner

6.4.1. Formation des professionnels

Il semble nécessaire d'actionner certains leviers pour pouvoir améliorer l'intégration de ce concept de fragilité au sein des pratiques soignantes des professionnels exerçant en SMR. Selon les résultats de l'étude, 94.3% des répondants pensent que le repérage et l'évaluation de la fragilité améliorent la prise en soins des patients âgés de 65 ans et plus. Par ailleurs, 65.5% pensent que ces pratiques pourraient encore être améliorées. Ainsi, l'élément le plus fréquemment évoqué pour y parvenir est l'instauration et l'utilisation systématique d'échelles d'évaluation au sein des services de soins, ainsi que la nécessité de former et de sensibiliser les soignants à ce concept de fragilité.

De plus, 87.4% des répondants expriment le souhait d'être davantage formés au repérage et à l'évaluation de la fragilité. Il semble donc nécessaire de répondre à ce souhait et de pallier les difficultés exprimées par les soignants, notamment concernant la méconnaissance du concept de fragilité et des outils d'évaluation existants.

Actuellement, plusieurs formations à destination des professionnels de santé existent concernant la fragilité. A Lille, par exemple, la Faculté des Sciences de la Santé et du Sport de l'Université de Lille, en collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille a mis en place une Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire (AUEC) intitulée « Bien vieillir : repérer la fragilité pour en promouvoir sa réversibilité ». (45)

Il existe ailleurs en France, des Diplômes Universitaires (DU) sur la fragilité, comme à Angers avec le DU « Repérer, diagnostiquer, prévenir, corriger et accompagner les fragilités chez les personnes âgées. » (46)

Ces formations ont pour objectif d'aider les professionnels à mieux appréhender le concept de fragilité et les outils existants pour la repérer, afin d'acquérir de nouvelles compétences pour ainsi améliorer l'orientation et la prise en soins des patients.

Il serait également pertinent de proposer des formations sur la prise en soins de la fragilité au sein même des établissements, afin de s'adapter aux conditions de travail des professionnels et ainsi leur proposer des solutions adaptées facilitant l'évaluation au sein des services. En effet, 47.5% des professionnels ayant signalé des difficultés ont évoqué le manque de temps pour repérer la fragilité.

Une revue australienne a mené une étude visant à identifier et évaluer l'efficacité des programmes de formation sur la fragilité à destination des professionnels de santé. Les résultats de cette étude mettent en avant que les professionnels perçoivent ces programmes de formation comme efficaces pour renforcer leurs connaissances et compétences concernant la fragilité. À ce jour, il semblerait qu'il n'existe aucune étude similaire menée en France. (47)

6.4.2. Accentuer la collaboration avec la médecine de ville

Même si cet aspect a été peu approfondi dans le mémoire, la collaboration avec la médecine de ville et les intervenants de soins primaires semble être également un levier à actionner dans ce sujet d'intégration du concept de fragilité au sein des pratiques soignantes des professionnels de SMR.

Parmi les 65.5% de personnes pensant que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent être améliorés en SMR, de nombreux répondants ont précisé que cela pourrait être amélioré par un suivi plus rapproché et une collaboration avec le médecin traitant ou les services extérieurs.

De plus, parmi les 14.9% exprimant une collaboration avec la médecine de ville, les réponses précisées quant à la façon dont se met en place cette collaboration se traduisent pour la quasi-totalité par l'inscription des fragilités repérées sur le courrier de sortie du patient. Il n'est pas

détaillé plus de collaboration avec la médecine de ville ou un suivi particulier une fois le patient sorti.

Il semblerait donc que des améliorations soient possibles concernant cette collaboration hôpital-ville. En 2015, la HAS a rédigé un rapport sur les expérimentations concernant les « *nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* ». Ce rapport évoque notamment que dans sept projets, un suivi spécifique du patient soit prévu pendant les 30 jours suivant sa sortie en coopération avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires. (48)

Il serait judicieux de réfléchir à la manière d'adapter cela à une plus grande échelle permettant une collaboration entre les différents acteurs dans les premiers temps suivant la sortie du patient.

Un aspect qui m'a également particulièrement étonnée lorsqu'il a été demandé de préciser comment se mettait en place la collaboration avec la médecine de ville une fois la fragilité repérée, a été l'absence de mention d'une collaboration entre les professionnels de santé hospitaliers et de ville via les outils numériques. Compte tenu du développement important du numérique en santé ces dernières années, il est surprenant qu'aucun répondant n'ait évoqué cela dans ses réponses. De ce fait, il semble important de développer l'intégration du numérique au sein des services de SMR pour améliorer la collaboration entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

Aujourd'hui, il existe de nombreux moyens de communiquer entre les différents professionnels de santé présents dans le parcours de soins du patient tels que la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS), le Dossier Médical Partagé (DMP), etc. Ces services permettent le partage d'informations entre la ville et l'hôpital favorisant ainsi la continuité des soins.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) revu en 2023 pour une durée de cinq ans, définit six orientations stratégiques et vingt-quatre objectifs généraux dont un sur le numérique. Cet objectif intitulé « *Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires* » vise à renforcer le développement du numérique auprès des acteurs de l'écosystème de santé en déployant les outils nationaux de partage et d'échange d'informations tels que la MSS, le DMP, etc. (49)

Aujourd'hui, le numérique en santé occupe une place importante dans notre système de soins et son déploiement est indispensable au sein des établissements de santé. Ce développement

du numérique en santé à travers la collaboration avec les intervenants extérieurs via les outils numériques, a pour objectif d'améliorer la communication entre professionnels et d'optimiser le suivi des patients.

6.4.3. Trame de travail au sein des services

Parmi les difficultés évoquées par les professionnels, 60% des répondants ont signalé l'absence de protocole au sein de leur service. Concernant les raisons de non-utilisation des échelles de repérage et d'évaluation de la fragilité, 9 répondants ont expliqué cette non-utilisation par l'absence d'échelle intégrée au sein du logiciel patient utilisé dans leur service.

Il est intéressant de noter qu'une étude menée en Australie en 2022 soulignait également que les obstacles rencontrés par les professionnels de santé dans l'évaluation de la fragilité étaient l'absence de protocole défini et l'absence de consensus sur l'outil d'évaluation de la fragilité à utiliser. (50)

Afin d'accompagner les professionnels de santé dans l'intégration de ce concept de fragilité au sein de leurs pratiques et d'améliorer le parcours de soins des patients, il serait intéressant de développer une trame de travail ou un arbre décisionnel permettant de formaliser le repérage de la fragilité au sein des services, facilitant ainsi la prise en soins des patients âgés fragiles.

Une piste envisageable serait d'intégrer au sein du logiciel patient, une échelle de repérage de la fragilité à réaliser dès l'entrée du patient et à réévaluer au cours du séjour, comme nous pouvons déjà l'observer pour les échelles d'évaluation de la douleur ou du risque d'escarre par exemple.

Le Gérotopôle Sud a d'ailleurs développé un outil commun de repérage de la fragilité et des facteurs de risques d'aggravation destiné aux personnes âgées de plus de 75 ans, qu'elles soient admises aux urgences ou hospitalisées dans des services hospitaliers non gériatriques. Cet outil s'appelle le Tableau d'Aide ou Grille du Repérage du Risque d'Aggravation de la Personne Âgée (TAGRAVPA). (51) (Cf. Annexe 21)

Cette grille a été élaborée sur la base des recommandations de la HAS publiées en juin 2013. Elle reprend ainsi la Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) du Gérotopôle de Toulouse (Cf. Annexe 7) et la Triage Risk Screening Tool (TRST) (Cf. Annexe 5). Elle permet de

repérer les patients admis aux urgences ou dans un service hospitalier non gériatrique pouvant bénéficier d'une EGS, lorsque le score obtenu est supérieur à 4 sur 9. (51)

Il pourrait être intéressant d'envisager la transposition de cette grille au sein des services de SMR, en adaptant l'orientation vers des professionnels formés à l'EGS au sein de l'établissement, ou vers l'équipe mobile gériatrique si l'établissement en dispose.

6.4.4. *Relation soignant-soigné*

Enfin, une des difficultés rencontrées par 17.5% des professionnels dans le repérage et l'évaluation de la fragilité est la résistance des patients. Il semble important de comprendre la raison de cette résistance pour ainsi déterminer comment y remédier. Pour faciliter le repérage de la fragilité, il semble nécessaire de développer une relation soignant-soigné de qualité. Cela repose notamment sur l'empathie, que Carl Rogers définit comme le fait de « *percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ». (52)

Mais aussi sur l'écoute active qui permet, toujours selon Carl Rogers, de « *reconnaître et comprendre plus clairement ses sentiments, ses attitudes et ses formes de réactions, et à l'encourager à en parler.* » (53). Cela favorise ainsi l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Un patient se sentant écouté et en confiance échangera plus facilement sur ses difficultés et sera davantage impliqué dans sa prise en soins, il sera donc plus aisé de repérer la fragilité.

6.5. *Perspectives pour l'Infirmière en Pratique Avancée*

L'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) est une infirmière exerçant des compétences élargies. Par ses deux années de formation supplémentaires, elle développe des compétences en évaluation clinique, suivi et adaptation des thérapeutiques. Elle intervient dans différents domaines comme les pathologies chroniques stabilisées ayant pour objectif d'améliorer la qualité, la coordination et l'accessibilité aux soins des patients. (54)

De nombreuses perspectives sont possibles pour l'IPA concernant l'intégration du concept de fragilité dans les pratiques soignantes des professionnels de SMR. Sur le plan clinique, cette étude a permis de voir l'importance de l'intégration du concept de fragilité au sein des SMR afin de repérer rapidement les facteurs de risques modifiables, optimisant ainsi la prise en soins des patients. Une homogénéisation des pratiques semble nécessaire pour garantir que tous les patients bénéficient d'une prise en soins adaptée. Cela pourrait notamment passer par l'instauration d'un outil validé, commun à l'ensemble des services, facilitant le repérage de la fragilité. Cet outil pourrait être utilisé dès l'admission du patient et réévalué au cours du séjour en fonction de son état clinique. Il semble également important de renforcer la collaboration entre les SMR et la médecine de ville concernant le suivi de la fragilité, en s'appuyant notamment sur des outils numériques comme la MSS ou le DMP.

Dans les résultats de l'étude, certains répondants ont également souligné l'importance de la prévention et de l'éducation des patients ainsi que de leurs aidants afin d'améliorer le repérage de la fragilité en SMR. Cette démarche préventive pourrait notamment s'appuyer sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), dispensée par l'IPA. En effet, cette dernière est formée à l'ETP, définie par l'OMS en 1996, comme des actions visant " *à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ". L'ETP vise notamment à renforcer l'autonomie du patient en favorisant son adhésion aux traitements prescrits et en contribuant à l'amélioration de sa qualité de vie (55).

Des perspectives professionnelles émergent également suite à ce travail de recherche. Un besoin important de formation ressort des résultats de l'étude, tant sur le concept de fragilité que sur les outils de repérage et d'évaluation. L'IPA pourrait répondre à ce besoin par ses compétences de formation auprès des autres professionnels de santé. Par son positionnement transversal et ses compétences cliniques élargies, elle pourrait devenir une référente dans le sujet de la fragilité en SMR, en accompagnant les équipes de soins dans le repérage et en assurant le suivi des patients. Elle pourrait également participer aux EGS. En outre, par ses compétences en coordination et en collaboration avec les autres acteurs de santé, l'IPA pourrait jouer un rôle dans la coordination interprofessionnelle entre les SMR et la médecine de ville, assurant ainsi un parcours de soins fluide pour les patients repérés fragiles. L'IPA pourrait ainsi compléter les informations transmises par les autres professionnels, aussi bien par l'introduction d'un paragraphe dans le courrier de sortie du patient que dans le DMP de ce dernier. Enfin, elle pourrait assurer le suivi post-hospitalisation

en organisant une consultation un mois après la sortie du patient, comme évoqué dans sept projets du rapport de la HAS de 2015. (48)

Cette étude ouvre aussi plusieurs perspectives de recherche pour l'IPA. Il serait intéressant d'évaluer l'influence de l'introduction d'un outil de repérage standardisé de la fragilité dans les SMR sur la qualité des soins et la prévention de la dépendance chez les patients de plus de 65 ans hospitalisés en SMR. Une autre perspective de recherche serait de comprendre les résistances des patients dans le repérage de la fragilité, comme cela a été mentionné par certains professionnels. Enfin, il pourrait aussi être pertinent d'explorer le rôle de l'IPA auprès des patients âgés fragiles afin de mesurer les bénéfices possibles de son intervention au sein de leurs parcours.

J'ai élaboré une ébauche d'arbre décisionnel pouvant être mise en place au sein des services de SMR, reprenant les différents leviers à actionner dans l'intégration de ce concept de fragilité au sein des pratiques soignantes des professionnels exerçant en SMR. Cet arbre décisionnel est disponible en Annexe 22.

Cet arbre décisionnel a pour objectif de repérer les fragilités du patient, de les formaliser dès son admission et d'assurer une transmission efficace des informations en aval afin de favoriser le retour et le maintien à domicile.

CONCLUSION

Par le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, les services de SMR accueillent un nombre croissant de patients âgés de plus de 65 ans. Dans ce contexte, le concept de fragilité occupe une place importante au sein de ces services et dans le parcours de soins des patients âgés. Toutefois, ce concept de fragilité reste complexe à définir car il diffère selon les approches, certaines le définissent comme un syndrome, d'autres comme un diagnostic clinique. L'intégration de ce concept dans les pratiques soignantes s'avère essentiel pour prévenir la perte d'autonomie, réduire les hospitalisations et améliorer la qualité de vie des patients.

Ce travail de recherche a permis de répondre aux objectifs de l'étude. Pour rappel, l'objectif principal de l'étude était d'identifier comment les professionnels de santé définissent la fragilité, de comprendre comment s'organise le repérage et l'évaluation de cette dernière dans les services de SMR ainsi que les actions mises en place une fois la fragilité repérée, mais aussi d'identifier les méthodes et outils actuellement utilisés par les professionnels de santé exerçant en SMR pour dépister la fragilité. L'objectif secondaire était de repérer les obstacles ou difficultés rencontrés par les professionnels de santé dans le repérage de la fragilité pour ainsi établir une réflexion sur la manière d'améliorer et d'intégrer ce repérage dans le parcours de soins des patients.

Cette étude nous a permis de voir que les professionnels ne définissent pas tous la fragilité de la même manière en fonction de leurs professions mais aussi que le repérage et l'évaluation de la fragilité ne sont pas forcément protocolisés au sein des services de SMR. Ainsi, le repérage et l'évaluation reposent essentiellement sur le ressenti des professionnels, fondé sur l'observation clinique, tandis que les outils validés restent rarement utilisés. De plus, une fois la fragilité repérée, il semblerait que les actions mises en place ne suivent pas toujours les recommandations de la HAS, notamment en raison de la faible orientation vers les EGS. Enfin, la collaboration avec la médecine de ville se limite la plupart du temps à l'inscription des fragilités repérées sur le courrier de sortie.

Les professionnels rencontrent également des difficultés dans l'intégration de ce concept de fragilité au sein de leurs pratiques, telles que la méconnaissance du concept et des outils de repérage et d'évaluation, l'absence de protocole au sein des services ou encore le manque de temps.

Des améliorations semblent possibles par le développement de formations auprès des professionnels de santé, ainsi que le développement d'une trame de travail ou d'un arbre décisionnel au sein des établissements, facilitant l'intégration du repérage de la fragilité au sein des pratiques soignantes. Le développement du numérique en santé constitue également un axe d'amélioration, permettant de favoriser l'échange entre l'hôpital et la ville, optimisant ainsi la continuité des soins.

Par ses nombreuses compétences acquises en formation, l'IPA contribue à renforcer l'offre de soins auprès des patients et a sa place dans le parcours de soins des patients fragiles. Elle a également un rôle à assurer dans les perspectives cliniques, professionnelles et de recherche qui émergent de ce travail, ouvrant ainsi la voie vers des actions permettant d'améliorer l'intégration du concept de fragilité dans les pratiques soignantes des professionnels de santé en SMR.

Bibliographie :

1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Soins médicaux et de réadaptation, analyse de l'activité hospitalière 2023. 2023.
2. Papon S. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. [cité 15 déc 2024]. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
3. Maurin L. Un vieillissement de la population souvent exagéré [Internet]. Centre d'observation de la société. 2024 [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/population/donneesgeneralespopulation/un-vieillissement-de-la-population-souvent-exagere-2/>
4. Athari E, , Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. [cité 15 déc 2024]. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437>
5. Maurin L. Espérance de vie : des progrès au ralenti [Internet]. Centre d'observation de la société. 2024 [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/population/donneesgeneralespopulation/evolution-esperance-de-vie/>
6. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#tableau-figure2>
7. Direction de la recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,2 ans pour les hommes en 2022. 2023 déc. (Études et Résultats). Report No.: 1290.
8. Gérontopôle Sud. Détection de la fragilité [Internet]. 2013 [cité 5 déc 2024]. Disponible sur: https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions#_ftn1
9. Direction de la recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. Etudes Résultats [Internet]. oct 2022;(1243). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1243_MAJ.pdf
10. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? Presse Médicale. 1 nov 2015;44(11):1146-54.
11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023. 2023.
12. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;
13. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. juill 2012;380(9836):37-43.

14. Légifrance. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. JORF n°0010 du 13 janvier 2022.
15. Ministère de la santé et de la prévention. INSTRUCTION relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation. DGOS/R4/2022/210 sept 28, 2022.
16. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024 [cité 28 déc 2024]. Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>
17. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Vieillesse et santé [Internet]. 2024 [cité 29 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation de la prise en soin des personnes âgées selon le référentiel de certification. 2024.
19. Krieg A. Le vieillissement du pied. Rev Podol. 1 janv 2020;16(91):12-3.
20. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. 2022 [cité 28 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
21. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Université médicale virtuelle francophone, Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. La personne âgée malade [Internet]. 2009 [cité 29 déc 2024]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/1.html>
22. Sanchez P, Chappelon I, Peyron PA, Colomb S, Baccino E. Accélération du processus de vieillissement : une spécificité de l'évaluation du dommage corporel chez la personne âgée. Rev Médecine Légale. 1 juin 2023;14(2):100369.
23. Larousse É. Définitions : fragilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fragilit%C3%A9/34950>
24. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
25. Gérontopôle Sud. Définitions | Gérontopôle Sud [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9finition-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013.
27. Clero B, Floc'h-Liziard M, Lenouvel C. Dépister la fragilité chez le sujet âgé. Rev L'infirmière [Internet]. avr 2023 [cité 9 déc 2024];140(290). Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879729623000029>

28. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 30 août 2005;173(5):489-95.
29. Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N, et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 4 févr 2014;186(2):E95-102.
30. McNallan SM, Singh M, Chamberlain AM, Kane RL, Dunlay SM, Redfield MM, et al. Frailty and healthcare utilization among patients with heart failure in the community. *JACC Heart Fail.* avr 2013;1(2):135-41.
31. Santé Publique France. Repérer la fragilité pour prévenir le risque de chutes chez les personnes âgées. 2022.
32. Tom SE, Adachi JD, Anderson FA, Boonen S, Chapurlat RD, Compston JE, et al. Frailty and fracture, disability, and falls: a multiple country study from the global longitudinal study of osteoporosis in women. *J Am Geriatr Soc.* mars 2013;61(3):327-34.
33. Zulfiqar AA, Boulefred A, Kone S, Dembele IA, Amadou N, Geny B, et al. Comment appréhender le syndrome de fragilité? *Cah Santé Médecine Thérapeutique.* 2021;30(2):97-106.
34. Dumontet M, Sirven N. Évaluation de la grille Fragire à partir des données de l'enquête Share. *Retraite Société.* 2018;80(2):121-49.
35. Desbordes G. Evaluation et impact de la fragilité chez les personnes âgées dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Limoges; 2015.
36. Liendle M. Vulnérabilité. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 28 déc 2024]. p. 304-6. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304>
37. Warchol N. Dépendance. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 23 janv 2025]. p. 147-50. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-147>
38. Formarier M. Qualité de vie. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 23 janv 2025]. p. 260-2. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-260>
39. Ware, Sherbourne. Questionnaire SF-36. 1992.
40. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Qualité de vie | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/qualite-de-vie>
41. Vellas B. Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bull Académie Natl Médecine.* avr 2013;197(4-5):1009-19.

42. Haute Autorité de Santé (HAS), Conseil National Professionnel de Gériatrie. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. 2017.
43. Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la cohésion sociale. INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées. 2021.
44. Boisguérin B, Gaimard L. En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît. Dir Rech Études L'Évaluation Stat DREES [Internet]. sept 2024 [cité 4 mai 2025];(1289). Disponible sur: https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-2022-la-baisse-du-nombre-de-lits-en-etat?utm_source=chatgpt.com
45. Tempoforme. Formation AUEC : repérer la fragilité pour promouvoir sa réversibilité [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://tempoforme.fr/page/formationPro>
46. Université d'Angers. DU Repérer, diagnostiquer, prévenir, corriger et accompagner les fragilités chez les personnes âgées [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://formations.univ-angers.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-DUC/sciences-technologies-sante-STS/du-reperer-diagnostiquer-prevenir-corriger-et-accompagner-les-fragilites-chez-les-personnes-agees-KTVK3TBW.html>
47. Warren N, Gordon E, Pearson E, Siskind D, Hilmer SN, Etherton-Beer C, et al. A systematic review of frailty education programs for health care professionals. *Australas J Ageing*. déc 2022;41(4):e310-9.
48. Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. 2015.
49. Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France. Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 [Internet]. 2025 [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028-1>
50. Shafiee Hanjani L, Fox S, Hubbard RE, Gordon E, Reid N, Hilmer SN, et al. Frailty knowledge, training and barriers to frailty management: A national cross-sectional survey of health professionals in Australia. *Australas J Ageing*. juin 2024;43(2):271-80.
51. Gérontopôle Sud. Repérage du risque de réhospitalisation précoce, d'aggravation de l'état de santé de la personne âgée : Fiche "TAGRAVPA". 2022.
52. Simon E. Empathie. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 8 mai 2025]. p. 168-71. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-168>
53. Simon E. Écoute active. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 8 mai 2025]. p. 310-1. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-310>

54. Légifrance. Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1) [Internet]. juill 18, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

55. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Education thérapeutique du patient [Internet]. 2022 [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>

Table des matières :

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS..... 1

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE 2

1.1. ÉTAT DES LIEUX ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE 2

1.2. DIVERSITE DES PROFILS GERIATRIQUES 3

1.3. PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES 4

1.4. LES PERSONNES AGEES EN SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR) 5

1.4.1. Définition de la personne âgée..... 6

1.5. LE VIEILLISSEMENT 6

1.5.1. Définition..... 6

1.5.2. Modèle de Bouchon..... 7

1.6. FRAGILITE..... 8

1.6.1. Définition..... 8

1.6.2. Risques 9

1.6.3. Méthodes d'évaluation et repérage en milieu hospitalier..... 10

1.6.4. Concept de fragilité dans la pratique soignante 12

1.7. VULNERABILITE 12

1.8. DEPENDANCE 13

1.9. QUALITE DE VIE 14

1.10. PARCOURS DE SOINS 15

1.10.1. Prise en soins pluridisciplinaire..... 15

1.10.2. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) 15

2. PROBLÉMATIQUE 17

2.1. QUESTION DE RECHERCHE 17

2.2. HYPOTHESES 18

2.3. OBJECTIFS 18

3. MÉTHODE..... 19

3.1. CHOIX DE LA METHODOLOGIE 19

3.2. CHOIX DU TERRAIN 19

3.3. CHOIX DE LA POPULATION INTERROGEE 19

3.4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES 20

3.5. DEROULEMENT DE L'ETUDE..... 23

4. RÉSULTATS..... 25

4.1. POPULATION ETUDIEE 25

4.2. DEFINITION DE LA FRAGILITE SELON LES PROFESSIONNELS DE SANTE 26

4.3. REPERAGE ET EVALUATION DE LA FRAGILITE EN SERVICE DE SMR..... 28

4.3.1. Spécificité selon la profession des répondants..... 32

4.4. TRAÇAGE DES INFORMATIONS RECUEILLIES ET ORIENTATION DU PATIENT 35

4.5. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET SOUHAI DE FORMATION 36

5. ANALYSE.....	37
5.1. ANALYSE GLOBALE DE L'ETUDE	37
5.2. MISE EN RELATION DES RESULTATS AVEC LES HYPOTHESES DE RECHERCHE	38
5.2.1. Hypothèse n°1	38
5.2.2. Hypothèse n°2	38
5.2.3. Hypothèse n°3	39
5.2.4. Hypothèse n°4	39
6. DISCUSSION	40
6.1. FORCES DE L'ETUDE	40
6.2. LIMITES DE L'ETUDE	40
6.3. FREINS IDENTIFIES	41
6.3.1. Manque de connaissance sur la fragilité et les outils de repérage et d'évaluation	41
6.3.2. Faible orientation vers les EGS	42
6.3.3. Collaboration avec la médecine de ville	42
6.4. LEVIERS A ACTIONNER.....	43
6.4.1. Formation des professionnels.....	43
6.4.2. Accentuer la collaboration avec la médecine de ville.....	44
6.4.3. Trame de travail au sein des services.....	46
6.4.4. Relation soignant-soigné.....	47
6.5. PERSPECTIVES POUR L'INFIRMIERE EN PRATIQUE AVANCEE.....	47
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ILLUSTRATIONS	
TABLE DES ANNEXES	
ANNEXES	

Table des illustrations :

Figures :

Figure 1 : Courbe du vieillissement. Adapté à partir de : Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996.....	3
Figure 2 : Modèle 1 + 2 + 3 de Bouchon. Adapté à partir de : Bouchon J.P « 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? », La Revue du Praticien, vol. 34, 1984, pp. 888-892.....	7
Figure 3 : Le développement de la fragilité avec l'avancée en âge d'après P.O Lang. (Source : Lang PO. Le processus de fragilité : que comprendre de la physiopathologie ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2013;13(73):28-34.)	10
Figure 4 : Question 9 : Pensez-vous que le repérage de la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus est :	28
Figure 5 : Selon l'estimation personnelle des répondants, nombre de personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisé dans leur service de SMR.....	28
Figure 6 : Question 11 : A quel moment du séjour évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?	28
Figure 7 : Question 10 : A quelle fréquence évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?	28
Figure 8 : Question 13 : Connaissez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité ?	29
Figure 9 : détails des échelles d'évaluation de la fragilité connues des répondants	30
Figure 10 : Question 14 : Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité dans votre pratique professionnelle ?.....	30
Figure 11 : Raisons de la non-utilisation des échelles d'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé en SMR.....	31
Figure 12 : Question 15 : Quel(s) critère(s) utilisez-vous dans votre pratique pour repérer la fragilité ?	31
Figure 13 : Question 18 : Pensez vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus améliorent leur prise en soins ?	32
Figure 14 : Question 19 : Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent-être améliorés en SMR ?	32
Figure 15 : Question 17 : Existe-t-il une collaboration avec la médecine de ville dans le suivi de la fragilité chez vos patients de 65 ans et plus ?	35
Figure 16 : Question 20 : Rencontrez-vous des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ?	36
Figure 17 : Question 21 : Souhaiteriez-vous être davantage formé au repérage et à l'évaluation de la fragilité ?	36

Tableaux :

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon total.....	25
Tableau 2 : Question 12 : Comment évaluez-vous principalement la fragilité dans votre pratique professionnelle ?.....	29
Tableau 3 : Détails des critères de fragilité utilisés en fonction de la profession des répondants	32
Tableau 4 : Actions mises en place une fois la fragilité repérée.....	35
Tableau 5 : Difficultés rencontrées dans le repérage et l'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé exerçant en SMR	36

Table des annexes :

Annexe 1 : Echelle FRAIL (critères de Fried)	I
Annexe 2 : Echelle de fragilité clinique de Rockwood	II
Annexe 3 : Grille SEGA	III
Annexe 4 : Echelle de fragilité d'Edmonton	V
Annexe 5 : Triage Risk Screening Tool (TRST)	VI
Annexe 6 : Grille FRAGIRE	VII
Annexe 7 : Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)	VIII
Annexe 8 : Grille G8	IX
Annexe 9 : Questionnaire SF-36	X
Annexe 10 : WHOQOL-BREF	XII
Annexe 11 : Activities of Daily Living (ADL)	XIV
Annexe 12 : Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	XV
Annexe 13 : Mini-mental state evaluation (MMSE)	XVI
Annexe 14 : Montreal COgnitive Assessment (MOCA)	XVII
Annexe 15 : Mini Nutritional Assessment (MNA)	XVIII
Annexe 16 : Mini-GDS (Geriatric Depression Scale)	XIX
Annexe 17 : Test de Tinetti	XX
Annexe 18 : Questionnaire à destination des professionnels exerçant en SMR	XXI
Annexe 19 : Attestation de déclaration DPO	XXIV
Annexe 20 : Affiche de l'étude	XXV
Annexe 21 : Tableau d'Aide ou Grille du Repérage du Risque d'Aggravation de la Personne Âgée (TAGRAVPA)	XXVI
Annexe 22 : Arbre décisionnel fragilité	XXVII

Annexe 1 : Echelle FRAIL (critères de Fried)

Critères	
	Perte de poids involontaire au cours de la dernière année
	Vitesse de marche lente
	Faible endurance
	Faiblesse, fatigue
	Activité physique réduite
Nombre de critères	Etat de fragilité
0	Non fragile
1-2	Pré-fragile ou intermédiaire
<u>> 3</u>	Fragile

Source : Fried L. Echelle FRAIL [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: https://www.sfdrmg.org/wiki/images/b/be/Criteres_Fried.png

Annexe 2 : Echelle de fragilité clinique de Rockwood



Score de Fragilité Clinique à partir de Rockwood

	1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.		7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels , quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).
	2 Bien - Personnes qui ne présentent aucun symptôme de maladie active mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très actives par période . (par exemple des variations saisonnières).		8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.
	3 Assez bien - Personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés , mais ne sont pas régulièrement actives au-delà de la marche quotidienne.		9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une espérance de vie < 6 mois , qui sinon ne sont pas fragiles de façon évidente .
	4 Vulnérable - Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs symptômes limitent leurs activités . Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.	Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence. Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de démence légère inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social. Dans la démence modérée , la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation. Dans la démence grave , elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.	
	5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un ralentissement plus évident , et ont besoin d'aide dans les activités d'ordre élevé de la vie quotidienne (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.		
	6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l' entretien de la maison . A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour prendre un bain et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.		

Source : Institut du vieillissement, Hospices Civils de Lyon. Grille de Rockwood.

Annexe 3 : Grille SEGA

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Le volet A peut être utilisé seul pour le repérage de la personne âgée fragile et engager des actions nécessaires pour identifier les facteurs de risques de fragilité réversibles. Le but est de retarder la perte d'autonomie dite évitable et de prévenir la survenue d'événements indésirables (hospitalisation, chutes...)

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Fonction de l'évaluateur

Volet A

	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total / 26				

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Grille Fragilité SEGA version modifiée et validée 2014

Réseau RéGéCA - Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de médecine EA 3797, Reims, F-51092

Volet B

Le volet B apporte une information complémentaire au volet A et permet un ciblage plus fin de la fragilité du sujet. Il permet de donner les orientations du plan de soin et peut servir de guide pour établir le plan personnalisé de soins et d'aide.

	Données complémentaires			
	0	1	2	Score
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

TOTAL Volet B (sur 22)
Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

REMARQUES DE L'EVALUATEUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Source : BIETTLOT S, SCHOEVAERDTS D, MALHOMME B, REZETTE C, GILLET JB, VANPEE D. Grille Fragilité SEGA version modifiée. La Revue de Gériatrie. 2004;29(3):169-78.

Annexe 4 : Echelle de fragilité d'Edmonton

EDMONTON FRAIL SCALE ⁽¹⁾		Entourer l'évaluation faite et additionner les points		Score : /17
		(0-3 : non fragile ; 4-5 : légèrement fragile ; 6-8 : modérément fragile ; 9-17 : sévèrement fragile)		
Domaine	Item	0 point	1 point	2 points
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.	Pas d'erreurs	Erreurs mineures de positionnement	Autres erreurs
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?	0	1-2	3 ou plus
	En général comment appréciez-vous votre santé	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes avez-vous besoin de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive	0-1	2-4	5-8
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider	Toujours	Parfois	Jamais
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?	Non	Oui	
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?	Non	Oui	
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges	Non	Oui	
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	Non	Oui	
Continence	Perdez-vous des urines sans le vouloir ?	Non	Oui	
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronomètre. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10sec	11-20sec	>20 sec, ou Assistance, ou refus

Source : OCS - Office Cantonal de la Santé. ge.ch. 2019 [cité 1 févr 2025]. The Edmonton Frail Scale. Disponible sur: <https://www.ge.ch/node/15447>

Annexe 5 : Triage Risk Screening Tool (TRST)

Annexe 13. Le TRST, *Triage Risk Screening Tool*

Cet outil peut être utilisé dans les services médico-chirurgicaux recevant des PA, pour le repérage précoce des patients de 75 ans et plus, nécessitant l'intervention d'une équipe mobile gériatrique. Il mesure cinq dimensions. Le score varie de 0 (pas de risque) à 5 (très très haut risque). Un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile gériatrique.

Triage Risk Screening Tool (TRST-version adaptée)	
	Oui : 1 point Non : 0 point
Présence de troubles cognitifs (Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo-spatiale relevés par les soignants de l'unité)	
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes	
Polymédication (Utilisation de cinq médicaments ou plus)	
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)	
Évaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière (Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL entre l'évaluation actuelle et l'évaluation à 15 jours avant l'admission à l'interrogatoire)	
TOTAL / 5 points	

Source : Haute Autorité de Santé (HAS), Conseil National Professionnel de Gériatrie. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.

Annexe 6 : Grille FRAGIRE

GRILLE FRAGIRE													
Nom évaluateur				Nom évalué									
Date (jj/mm/aaaa)				Lieu									
Question 1	Cette question porte sur le ressenti de la personne évaluée au cours de la semaine qui vient de s'écouler, aujourd'hui compris. Comment décririez-vous votre état de santé par une note entre 0 et 10 ? (0 Aussi mauvais que possible - 10 Aussi bon que possible)												
Réponse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Question 2	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi les celles proposées. Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 6 derniers mois ?												
Réponse	0				1 à 2 fois				Plus de 2 fois				
Question 3	Cette question porte sur le ressenti de la personne évaluée au cours de la semaine qui vient de s'écouler, aujourd'hui compris. Comment décririez-vous votre bien-être général par une note entre 0 et 10 ? (0 Aussi mauvais que possible - 10 Aussi bon que possible)												
Réponse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Question 4	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Au cours du dernier mois, avez-vous été heureux(se) la plupart du temps ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 5	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti fatigué(e) pendant la journée ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 6	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Au cours du dernier mois, avez-vous souffert au point d'avoir des idées de suicide ?												
Réponse	Oui						Non						
Test 1	Set Test d'Isaac - STI												
Réponse	Couleurs			Fruits			Animaux			Villes/Villages			Total 0
Test 2	Score de Mémoire avec l'indice - SMI												
Réponse	Rappel Libre						Rappel Indice						Total 0
Question 7	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Avez-vous un sentiment de solitude et/ou d'abandon ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 8	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Votre niveau de ressources vous semble-t-il suffisant ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 9	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Utilisez-vous Internet ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 10	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Participez-vous à des activités (clubs sportif, artistique...) ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 11	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Etes-vous affecté(e) par des signes visibles du vieillissement ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 12	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Vous intéressez-vous à la sexualité ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 13	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Vous occupez-vous d'un proche dont vous vous sentez responsable ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 14	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Ces dernières semaines, avez-vous eu des difficultés pour reconnaître le goût des aliments que vous consommez ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Question 15	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. De combien de consultations dentaires annuelles avez-vous bénéficié ?												
Réponse	0				1				Plus de 1				
Question 16	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Avez-vous chuté au cours des 6 derniers mois ?												
Réponse	0				1				Plus de 1				
Question 17	Cochez la réponse qui convient le mieux parmi celles proposées. Ces dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?												
Réponse	Pas du tout			Un peu			Assez			Beaucoup			
Test 3	TEST - Vitesse de marche sur 4 m avec 3 seuils												
Réponse	Normale : ≥ 1 m/s				Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s				Fragilité (globale) : < 0,65 m/s				
Question 18	Question réservée à l'évaluateur. Comment décririez-vous l'état de santé global de la personne évaluée ?												
Réponse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Score Fragire													

Source : Assurance retraite, Régime Social des Indépendants, Maison Famille Retraite Services. Grille FRAGIRE.

Annexe 7 : Gérontopôle 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 ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

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 : Médecin traitant informé : ☐ OUI ☐ NON	Rendez-vous programmé le :
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u> Contacter 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.	

Juin 2013

Source : Haute Autorité de Santé (HAS). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 8 déc 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

Annexe 8 : Grille G8



Grille G8

Outils de dépistage de la fragilité des personnes
âgées prises en charge pour un cancer

Identité du patient (étiquette)	Pathologie :	Service : Nom du professionnel ayant rempli cette grille : Profession : Date : / /
--	---------------------	--

ONCODAGE est le nouvel outil d'évaluation de l'état général de patients âgés ayant un cancer. Cet outil permet de détecter de manière rapide et sûre lors d'une consultation si une évaluation gériatrique plus approfondie du patient est nécessaire avant la mise en place d'un traitement.

Questions	Réponses	Score
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère	0
	Anorexie modérée	1
	Pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (<3mois)	Perte de poids > 3 kg	0
	Ne sait pas	1
	Perte de poids entre 1 et 3 kg	2
	Pas de perte de poids	3
Indice de masse corporel (IMC= [poids]/ [taille]² en kg par m²)	IMC < 19	0
	19 ≤ IMC ≤ 21	1
	21 ≤ IMC ≤ 23	2
	IMC ≥ 23	3
Motricité	Du lit au fauteuil	0
	Autonome à l'intérieur	1
	Sort du domicile	2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère	0
	Démence ou dépression modérée	1
	Pas de problème psychologique	2
Prend plus de 3 médicaments	Oui	0
	Non	1
Le patient se sent- il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne	0
	Ne sait pas	0.5
	Aussi bonne	1
	Meilleure	2
Age	> 85	0
	80-85 ans	1
	< 80 ans	2

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question.

Score = [] / 17

Si le score est ≤ 14, une évaluation gériatrique est recommandée.

N° d'appel pour prendre RDV : _____

Référence : Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology : The ONCODAGE project P. Soubeyran, ASCO ANNUAL Meeting 2011

Source : Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire. Grille G8.

Annexe 9 : Questionnaire SF-36



SF-36

Questionnaire au patient

▲ # de dossier

▲ Date (AAAA-MM-JJ)

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- ☐ Excellente
 ☐ Très bonne
 ☐ Bonne
 ☐ Médiocre
 ☐ Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- ☐ Bien meilleur
 ☐ Plutôt meilleur
 ☐ À peu près pareil
 ☐ Plutôt moins bon
 ☐ Beaucoup moins bon

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes.
Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités?

	Oui, beaucoup limité.e	Oui, un peu limité.e	Non, pas du tout limité.e
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport, etc.	☐	☐	☐
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc.	☐	☐	☐
c. Soulever et porter les courses.	☐	☐	☐
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.	☐	☐	☐
e. Monter un étage par l'escalier.	☐	☐	☐
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.	☐	☐	☐
g. Marcher plus d'un kilomètre à pied.	☐	☐	☐
h. Marcher plusieurs centaines de mètres.	☐	☐	☐
i. Marcher une centaine de mètres.	☐	☐	☐
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.	☐	☐	☐

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **physique**?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	☐	☐
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité?	☐	☐

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants à votre travail ou pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé **émotionnelle**?

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention?	☐	☐

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

☐ Pas du tout ☐ Un petit peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

☐ Nulle ☐ Très faible ☐ Faible ☐ Moyenne ☐ Grande ☐ Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

☐ Pas du tout ☐ Un petit peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses sont allées pour vous au cours de ces 4 dernières semaines. Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous ressentez.

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Vous vous êtes senti.e dynamique?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Vous vous êtes senti.e très nerveux.se?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Vous vous êtes senti.e si découragé.e que rien ne pouvait vous remonter le moral?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Vous vous êtes senti.e calme et détendu.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Vous vous êtes senti.e débordant.e d'énergie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Vous vous êtes senti.e triste et abattu.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Vous vous êtes senti.e épuisé.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Vous vous êtes senti.e bien dans votre peau?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Vous vous êtes senti.e fatigué.e?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité.e dans votre travail ou vos activités domestiques?

☐ En permanence ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Quelquefois ☐ Rarement ☐ Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants sont-ils vrai ou faux pour vous?	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Je suis en parfaite santé.	☐	☐	☐	☐	☐

▲ Signature du patient

▲ Date

Source : Ware et Sherbourne. Questionnaire SF-36. 1992.

Annexe 10 : WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	☐	☐	☐	☐	☐

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	☐	☐	☐	☐	☐

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	☐	☐	☐	☐	☐
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	☐	☐	☐	☐	☐
5 Aimez-vous votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	☐	☐	☐	☐	☐
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	☐	☐	☐	☐	☐
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	☐	☐	☐	☐	☐
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	☐	☐	☐	☐	☐
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	☐	☐	☐	☐	☐
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	☐	☐	☐	☐	☐

WHOQOL-BREF

www.performance-sante.fr

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement ☐	difficilement ☐	assez facilement ☐	facilement ☐	très facilement ☐
----	--	---	--	---	---	--

16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) ☐	insatisfait(e) ☐	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) ☐	satisfait(e) ☐	très satisfait(e) ☐
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐

18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	très insatisfait(e) ☐	insatisfait(e) ☐	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) ☐	satisfait(e) ☐	très satisfait(e) ☐
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	☐	☐	☐	☐	☐
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	☐	☐	☐	☐	☐
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	☐	☐	☐	☐	☐

26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais ☐	parfois ☐	assez souvent ☐	très souvent ☐	tout le temps ☐
----	--	---	--	--	---	--

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation

Source : OMS. WHOQOL-BREF.

Annexe 11 : Activities of Daily Living (ADL)

Tableau 110.1 Les 6 items des activités de la vie quotidienne (ADL).

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

Source : Philippe Chassagne. Chapitre 110 : Évaluation de la dépendance. In: Gériatrie, pour le praticien [Internet]. Elsevier Masson. 2018 [cité 1 févr 2025]. (pour le praticien). Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/geriatrie>

Annexe 12 : Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Tableau 110.2 Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

(Suite)

Source : Philippe Chassagne. Chapitre 110 : Évaluation de la dépendance. In: Gériatrie, pour le praticien [Internet]. Elsevier Masson. 2018 [cité 1 févr 2025]. (pour le praticien). Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/geriatrie>

Annexe 13 : Mini-Mental State Evaluation (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) Date : Évalué(e) par : Niveau socio-culturel	Etiquette du patient
--	----------------------

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

⇒ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|---|---|
| 1. en quelle année sommes-nous ? [Ouv] | 4. Quel jour du mois ? [Ouv] |
| 2. en quelle saison ? [] | 5. Quel jour de la semaine ? [] |
| 3. en quel mois ? [] | |

⇒ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | |
|---|--|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? [] | |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? [] | |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? [] | |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? [] | |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? [] | |

APPRENTISSAGE

⇒ Je vais vous dire 3 mots ; Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|----------|----|------------|-----|
| 11. Cigare | ou | [citron] | ou | [fauteuil] | |
| 12. fleur | | [clé] | | [tulipe] | [] |
| 13. porte | | [ballon] | | [canard] | [] |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

⇒ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- | | |
|--------|-----|
| 14. 93 | [] |
| 15. 86 | [] |
| 16. 79 | [] |
| 17. 72 | [] |
| 18. 65 | [] |

⇒ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

⇒ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|----------|----|------------|-----|
| 19. Cigare | ou | [citron] | ou | [fauteuil] | |
| 20. fleur | | [clé] | | [tulipe] | [] |
| 21. porte | | [ballon] | | [canard] | [] |

LANGAGE

- | | | |
|--|--------------------|-----|
| 22. quel est le nom de cet objet ? | Montrer un crayon. | |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | [] |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | [] |

⇒ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-----|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | |
| 26. Pliez-la en deux. | [] |
| 27. et jetez-la par terre ». | [] |

⇒ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|----------------------------------|--|
| 28. « faites ce qui est écrit ». | |
|----------------------------------|--|

⇒ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|--|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | |
|---|--|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

⇒ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|--|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | |
|---|--|



SCORE TOTAL (0 à 30) []

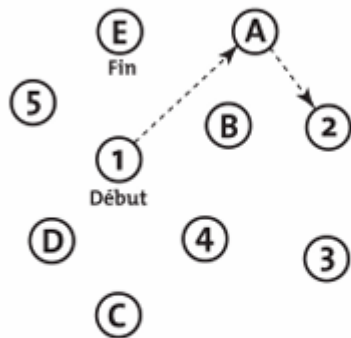
Service de Gériatrie - 10 décembre 2007. 1/2

Source : yumpu.com [Internet]. [cité 1 févr 2025]. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) - Sgca.fr. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/17525609/mini-mental-state-examination-mmse-sgcafr>

Annexe 14 : Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM : _____
Scolarité : _____ Date de naissance : _____
Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS			
		[]		[]	[] [] [] Contour Chiffres Aiguilles	___/5			
DÉNOMINATION									
						___/3			
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
1 ^{er} essai		[]		[]	[]	[]	[]	[]	[]
2 ^{ème} essai		[]		[]	[]	[]	[]	[]	[]
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					___/2		
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					___/1		
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3		
4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt									
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					___/2		
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)					___/1		
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					___/2		
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel		Indice de catégorie Indice choix multiples		[]	[]	[]	[]	[]	___/5
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

Source : Wikimedecine [Internet]. 2024 [cité 1 févr 2025]. Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

Disponible sur: [https://www.wikimedecine.fr/Montreal_Cognitive_Assessment_\(MOCA\)](https://www.wikimedecine.fr/Montreal_Cognitive_Assessment_(MOCA))

Annexe 15 : Mini Nutritional Assessment (MNA)

Tableau 106.1 Version courte du *Mini nutritional assessment* (MNA).

A. Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois en raison d'une perte d'appétit, de problèmes digestifs ou de difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 = Baisse sévère des prises alimentaires 1 = Baisse légère des prises alimentaires 2 = Pas de baisse des prises alimentaires
B. Le patient a-t-il perdu du poids involontairement au cours des 3 derniers mois ?	0 = Perte de poids > 3 kg 1 = Ne sait pas 2 = Perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = Pas de perte de poids
C. Qu'en est-il de la mobilité du patient ?	0 = Alité ou au fauteuil 1 = Autonome à l'intérieur (peut sortir du lit ou de son fauteuil, mais ne sort pas de son domicile) 2 = Sort du domicile
D. Le patient a-t-il souffert de stress psychologique ou d'une maladie aiguë au cours des 3 derniers mois ?	0 = Oui 2 = Non
E. Le patient présente-t-il des problèmes neuropsychologiques ?	0 = Démence ou dépression sévère 1 = Démence légère 2 = Pas de problème psychologique
F. Quel est l'indice de masse corporelle (IMC) du patient (poids en kg/taille en m ²) ?	0 = IMC < 19 kg/m ² 1 = 19 ≤ IMC < 21 kg/m ² 2 = 21 ≤ IMC < 23 kg/m ² 3 = IMC ≥ 23 kg/m ²
Score de dépistage (sous-total maximal = 14 points) : – ≥ 12 points = normal : pas besoin de continuer l'évaluation – ≤ 11 points = possibilité de malnutrition : continuer l'évaluation	14
© Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ, Albarede JL. Mini Nutritional Assessment. A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts Res Gerontol</i> 1994; 4 : 15-59.	

Source : Philippe Chassagne. Evaluation de l'état nutritionnel. In: Gériatrie, pour le praticien. Elsevier Masson. (pour le praticien).

Annexe 16 : Mini-GDS (Geriatric Depression Scale)

Mini GDS

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent

1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non

Cotation :

Question 1 : oui : 1, non : 0

Question 2 oui : 1, non : 0

Question 3 oui : 0, non : 1

Question 4 oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.

Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.

Source : Yesavage JA. Mini-GDS (Geriatric Depression Scale). Psychopharm Bull. 1988;(24):709-10.

Annexe 17 : Test de Tinetti

Tableau 6 : Evaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche L'EQUILIBRE

1. Equilibre en position assise	• S'incline ou glisse sur la chaise = 0 • Stable, sûr = 1	-
2. Lever	• Incapable sans aide = 0 • Capable mais utilise les bras pour s'aider = 1 • Capable sans utiliser les bras = 2	-
3. Essai de se relever	• Incapable sans aide = 0 • Capable mais nécessite plus d'une tentative = 1 • Capable de se lever après une seule tentative = 2	-
4. Equilibre en position debout (5 premières)	• Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) = 0 • Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support = 1 • Stable en l'absence d'un déambulateur, d'une canne ou d'un autre support = 2	-
5. Equilibre en position debout	• Instable = 0 • Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur ou un autre support = 1 • Polygone de sustentation étroit sans support = 2	-
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible, l'examineur pousse 3 fois légèrement le sternum du patient avec la paume)	• Commence à tomber = 0 • Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre = 1 • Stable = 2	-
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	• Instable = 0 • Stable = 1	-
8. Rotation 360°	• Pas discontinus = 0 • Pas continus = 1 • Instable (s'agrippe, chancelle) = 0 • Stable = 1	-
9. S'asseoir	• Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) = 0 • Utilise les bras ou le mouvement est brusque = 1 • Stable, mouvement régulier = 2	-
Score de l'équilibre :		- /16

Tableau 7 : Evaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche LA MARCHÉ

10. Initiation de la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	• Hésitations ou tentatives multiples = 0 • Sans hésitations = 1	-
11. Longueur et hauteur du pas		
Balancement du pied droit	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche = 0 • Le pas dépasse le pied d'appui gauche = 1 • Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher = 0 • Le pied droit quitte complètement le plancher = 1	-
Balancement du pied gauche	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit = 0 • Le pas dépasse le pied d'appui droit = 1 • Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher = 0 • Le pied gauche quitte complètement le plancher = 1	-
12. Symétrie des pas	• Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche = 0 • Égalité des pas du pied droit et gauche = 1	-
13. Continuité des pas	• Arrêt ou discontinuité des pas = 0 • Continuité des pas = 1	-
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carreau de 30 cm : observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	• Déviation marquée = 0 • Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur = 1 • Marche droit sans aide = 2	-
15. Tronc	• Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur = 0 • Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos ou élargit les bras pendant la marche = 1 • Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et sans utilisation d'un déambulateur = 2	-
16. Attitude pendant la marche	• Talons séparés = 0 • Talons presque se touchant pendant la marche = 1	
Score de la marche :		- /12
Score total (équilibre + marche) :		- /28

Un score total < 26 indique habituellement un problème ; plus le score est bas, plus le problème est sévère.
Un score total < 19 indique un risque de chutes augmenté de 5 fois.

Source : yumpu.com [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Le Test de Tinetti - Cnsa. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/16236537/le-test-de-tinetti-cnsa>

Annexe 18 : Questionnaire à destination des professionnels exerçant en SMR

Données socio-démographiques :

1. Vous êtes :
 - ☐ Un homme
 - ☐ Une femme
 - ☐ Ne préfère pas répondre
2. Vous êtes âgé :
 - ☐ Entre 18 et 25 ans
 - ☐ Entre 26 à 35 ans
 - ☐ Entre 36 à 45 ans
 - ☐ Entre 46 à 55 ans
 - ☐ De plus de 55 ans
3. Vous êtes diplômé depuis :
 - ☐ Moins d'un an
 - ☐ 1 à 5 ans
 - ☐ 6 à 10 ans
 - ☐ 11 à 15 ans
 - ☐ 16 à 20 ans
 - ☐ Plus de 20 ans
4. Vous exercez en SMR depuis :
 - ☐ Moins d'un an
 - ☐ 1 à 5 ans
 - ☐ 6 à 10 ans
 - ☐ 11 à 15 ans
 - ☐ 16 à 20 ans
 - ☐ Plus de 20 ans
5. Dans quel service exercez-vous ?
 - ☐ SMR polyvalent
 - ☐ SMR gériatrique
 - ☐ SMR locomoteur
 - ☐ SMR système nerveux
 - ☐ SMR brûlés
 - ☐ SMR hôpital de jour
 - ☐ Plusieurs services
 - ☐ Autre (précisez) :

Si plusieurs services, précisez dans quels services vous exercez (choix multiples) :

- ☐ SMR polyvalent
- ☐ SMR gériatrique
- ☐ SMR locomoteur
- ☐ SMR système nerveux
- ☐ SMR brûlés
- ☐ SMR hôpital de jour
- ☐ Plusieurs services
- ☐ Autre (précisez) :

6. Vous êtes :
 - ☐ Médecin
 - ☐ Infirmier(e)
 - ☐ Aide-soignant(e)
 - ☐ Diététicien(ne)
 - ☐ Kinésithérapeute
 - ☐ Ergothérapeute
 - ☐ Psychologue
 - ☐ Psychomotricien(ne)
 - ☐ Infirmier(e) en Pratique Avancée
 - ☐ Enseignant(e) en APA
 - ☐ Assistant(e) social(e)
 - ☐ Autre (précisez) :
7. Selon vous, au sein de votre service, la proportion de vos patients de 65 ans et plus est de :
 - ☐ Moins de 25 %
 - ☐ Entre 25 et 50 %
 - ☐ Entre 50 et 75 %
 - ☐ Plus de 75 %

Définition du concept de fragilité :

8. Comment décririez-vous le concept de fragilité en quelques mots ?
.....
.....

Evaluation de la fragilité :

Selon la Société Française de Gériatrie et Gerontologie, « la fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. »

9. Pensez-vous que le repérage de la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus est :
 - ☐ Essentiel
 - ☐ Secondaire
 - ☐ Pas nécessaire

10. A quelle fréquence évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus :
- ☐ De manière systématique
 - ☐ Uniquement si cela semble nécessaire
 - ☐ Jamais
11. A quel moment du séjour évaluez-vous la fragilité chez les patients âgés de 65 ans et plus ?
- ☐ Dès l'admission
 - ☐ Au cours du séjour
 - ☐ À la sortie
 - ☐ Tout au long du séjour
 - ☐ Jamais
12. Comment évaluez-vous principalement la fragilité dans votre pratique professionnelle ? (Plusieurs choix possibles)
- ☐ Utilisation d'échelle d'évaluation
 - ☐ Observation clinique
 - ☐ Autre (précisez) :
13. Connaissez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui : Lesquelles ? (Plusieurs choix possibles) → menu déroulant avec :

- ☐ Echelle FRAIL (critères de Fried)
- ☐ Echelle de Rockwood
- ☐ Echelle de fragilité d'Edmonton (EFS)
- ☐ GFST ou Gérotopôle Frailty Screening tool
- ☐ Grille SEGA
- ☐ Triage risk screening tool (TRST)
- ☐ Grille FRAGIRE
- ☐ Questionnaire PRISMA-7
- ☐ Autre (précisez) :

14. Utilisez-vous des échelles d'évaluation de la fragilité dans votre pratique professionnelle ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

Si non, pourquoi (plusieurs choix possible) :

- ☐ Utilisation trop complexe
- ☐ Non adapté au secteur hospitalier
- ☐ L'utilisation de ces échelles demande trop de temps
- ☐ Ces échelle n'existent pas dans le logiciel patient utilisé dans le service
- ☐ Je ne connais pas les échelles d'évaluation
- ☐ Autre (précisez) :

15. Quel(s) critère(s) utilisez-vous dans votre pratique pour repérer la fragilité (plusieurs réponses possibles) :
- ☐ Perte de poids involontaire
 - ☐ Diminution de la force musculaire
 - ☐ Chutes répétées
 - ☐ Diminution de la vitesse de marche
 - ☐ Polypathologies
 - ☐ Polymédication
 - ☐ Présence de troubles cognitifs
 - ☐ Isolement social
 - ☐ Autres (précisez) :

16. Si la fragilité est repérée chez l'un de vos patients, quelles actions sont mises en place (plusieurs choix possibles) :
- ☐ Traçage de la fragilité dans le dossier médical du patient
 - ☐ Orientation vers des professionnels qualifiés
 - ☐ Demande de passage de l'équipe mobile gériatrique
 - ☐ Échange en équipe pluridisciplinaire
 - ☐ Orientation vers une évaluation gériatrique standardisée
 - ☐ Inscription de ce repérage au courrier de sortie pour optimiser le suivi du patient à sa sortie
 - ☐ Autre (précisez) :

17. Existe-t-il une collaboration avec la médecine de ville dans le suivi de la fragilité chez vos patients de 65 ans et plus ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne se prononce pas

Si oui, pouvez-vous expliquer brièvement comment cette collaboration se met en place ?

.....

18. Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus améliorent leur prise en soins ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne se prononce pas

19. Pensez-vous que le repérage et l'évaluation de la fragilité peuvent-être améliorés en SMR ?
- ☐ Oui

- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

Si oui, pourriez-vous exposer en quelques mots comment ce repérage pourrait être amélioré ?

.....
.....

Obstacles au repérage et à l'évaluation de la fragilité :

20. Rencontrez-vous des difficultés dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

Si oui, quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans le repérage et l'évaluation de la fragilité ? (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Méconnaissance du concept de fragilité
- ☐ Méconnaissance des outils d'évaluation
- ☐ Manque de temps
- ☐ Absence de protocole au sein du service
- ☐ Résistance des patients
- ☐ Autre (précisez) :

21. Souhaiteriez-vous être davantage formé au repérage et à l'évaluation de la fragilité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Evaluation et retour :

22. Avez-vous des commentaires ou suggestions à l'amélioration de cette enquête ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, précisez :

.....
.....

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse :
gaelle.dacquain.etu@univ-lille.fr

Annexe 19 : Attestation de déclaration DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Repérage et évaluation de la fragilité par les professionnels de santé travaillant en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) chez les patients âgés de 65 ans et plus

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Christine BOUTTEMENT
Interlocuteur (s) : Mme Gaëlle DACQUIN

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul (e) vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 20 janvier 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 20 : Affiche de l'étude



Je m'appelle Gaëlle Dacquin, je suis Infirmière et étudiante en Pratique Avancée de deuxième année.

Je réalise une étude sur :

Le repérage et l'évaluation de la fragilité par les professionnels de santé exerçant en SMR chez les patients âgés de 65 ans et plus.



Votre participation me serait précieuse, merci d'avance pour le temps que vous y consacrerez.

Pour participer, flashez ce QR code :



OU RENDEZ-VOUS À L'ADRESSE SUIVANTE :

[HTTPS://FRAMAFORMS.ORG/REPERAGE-ET-EVALUATION-DE-LA-FRAGILITE-PAR-LES-PROFESSIONNELS-DE-SANTE-TRAVAILLANT-EN-SMR-CHEZ-LES](https://framaforms.org/reperage-et-evaluation-de-la-fragilite-par-les-professionnels-de-sante-travaillant-en-smr-chez-les)

Vous trouverez la lettre d'information concernant l'étude en flashant le QR code ou en suivant le lien ci-dessus.

Annexe 21 : Tableau d'Aide ou Grille du Repérage du Risque d'Aggravation de la Personne Âgée (TAGRAVPA)

TABLEAU D'AIDE ET GRILLE DE REPERAGE D'AGGRAVATION DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS HOSPITALISEES ¹ A REALISER DANS LES 24 HEURES
--

Nom et Prénom :

Date :

Patient à exclure du repérage (ne pas remplir la grille) en cas de :

☐ Patient ininterrogeable ☐ Grabataire à domicile ☐ Pronostic engagé

Lieu de vie : ☐ domicile ☐ EHPAD ☐ AUTRES

Mail sécurisé du médecin traitant :

Motif(s) d'hospitalisation :

Comorbidités (pathologies chroniques ≥ 3) : ☐ oui ☐ non

DEPUIS TROIS MOIS VOTRE PATIENT :	O	N	NSP
1/ A-t-il plus de 5 médicaments par jour?			
2/ A-t-il été hospitalisé récemment ? (*30 j SAU ou *3 mois pour une hospitalisation)			
3/ Nécessite-t-il une ou des aides pour au moins 1 des activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, continence, préparation des repas) ?			
4/ Présente-t-il des problèmes de mémoire ?			
5/ Présente-t-il des difficultés à la marche, aux transferts assis/debout, ou a-t-il chuté récemment ?			
6/ A-t-il perdu du poids involontairement ?			
7/ Se sent-il plus fatigué ?			
8/ Présente-t-il une vitesse de marche ralentie et/ou une marche instable ?			
9/ Est-il isolé ?			
Nombre de réponses positives à la grille : / 9			

Si score ≤ 0 : patient robuste : aucune recommandation

Si score [1 – 4] : recommandations gériatriques à l'intention du médecin traitant

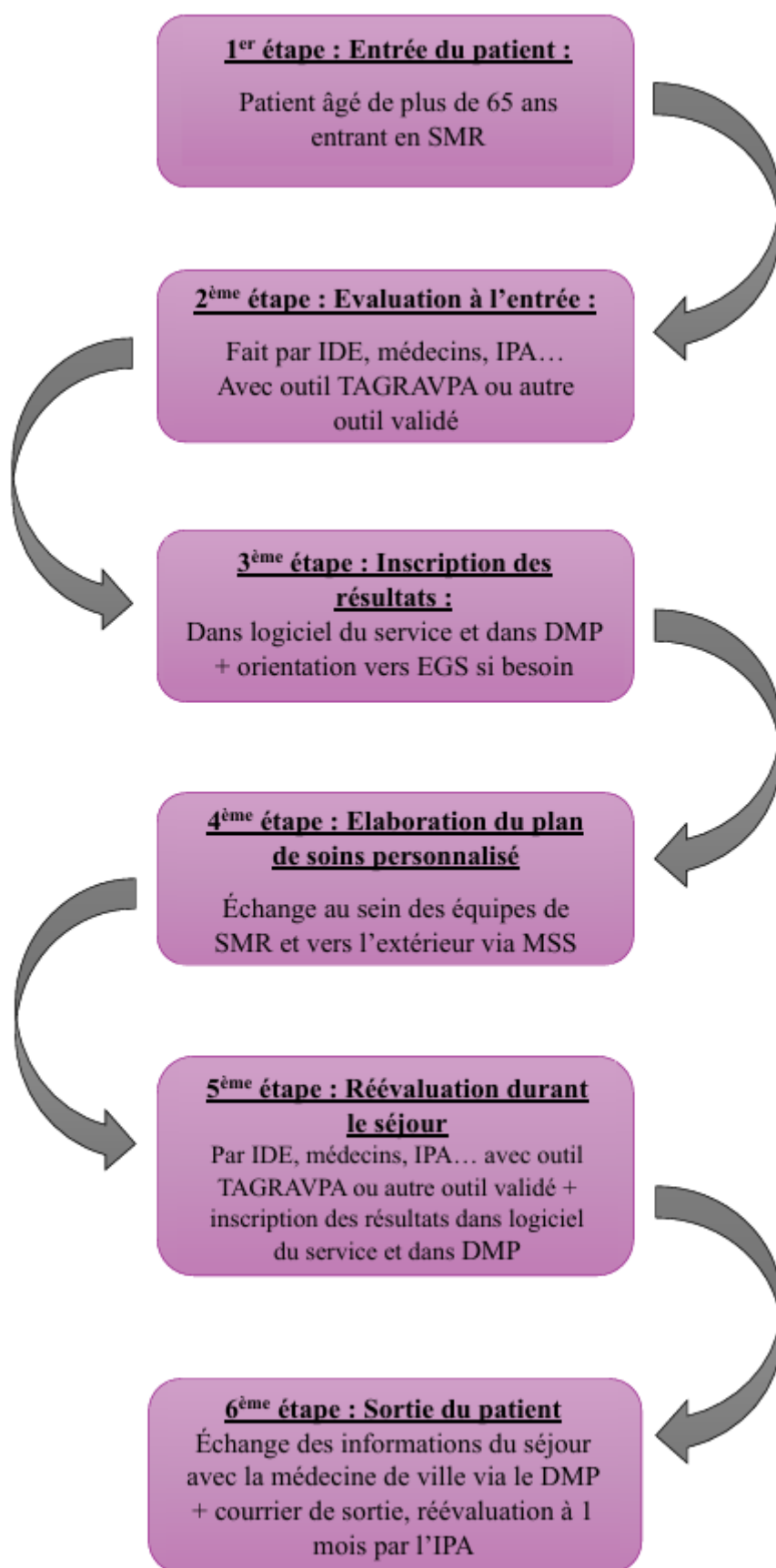
Si score > 4 : signalement à l'Equipe Mobile de Gériatrie ou Référént Gériatrique pour EGS et Plan Personnalisé de Santé

¹ Décision n°2013.0050/DC/SMACDAM du 25 avril 2013 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur l'adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? »

Dr Géraldine Delalande – Mme Maryline Boumiquen Article 70 LRSS 2012 Marseille

Source : Gérontopôle Sud. Repérage du risque de réhospitalisation précoce, d'aggravation de l'état de santé de la personne âgée : Fiche "TAGRAVPA". 2022.

Annexe 22 : Arbre décisionnel fragilité



AUTEURE : Nom : DACQUIN

Prénom : Gaëlle

Date de soutenance : 3 juillet 2025 à 10h

Titre du mémoire : Intégration du concept de fragilité dans les pratiques soignantes des professionnels de santé exerçant en services de Soins Médicaux et de Réadaptation

Mots-clés libres : fragilité, vieillissement, personnes âgées, pratiques soignantes, Soins Médicaux et de Réadaptation

Résumé :

Le vieillissement de la population française transforme le milieu du soin notamment dans les services de SMR, où les patients âgés de plus de 60 ans sont désormais majoritaires. Dans ce contexte, le concept de fragilité apparaît comme un enjeu central pour prévenir le risque de perte d'autonomie et améliorer la qualité de vie des patients âgés. Ce mémoire repose sur une étude quantitative, transversale et multicentrique, réalisée à partir d'un questionnaire en ligne auprès de professionnels de santé exerçant en SMR et prenant en soins des patients âgés de 65 ans et plus. Les objectifs de cette étude étaient d'explorer leur perception de la fragilité, les pratiques et outils utilisés, les actions mises en place une fois la fragilité identifiée ainsi que les éventuels obstacles rencontrés. Les résultats montrent une définition hétérogène du concept de fragilité selon les professions, une évaluation basée en majorité sur l'observation clinique et une non utilisation des outils d'évaluation standardisés, une faible orientation vers les EGS et une collaboration limitée avec la médecine de ville. Les professionnels évoquent une méconnaissance du concept de fragilité et des outils de repérage, une absence de protocoles formalisés ainsi qu'un manque de temps. Un besoin de formation est également exprimé. Plusieurs leviers sont identifiés pour améliorer l'intégration de ce concept de fragilité dans les pratiques soignantes : la formation des professionnels, le développement des outils numériques facilitant la traçabilité et la collaboration avec les intervenants extérieurs mais aussi l'élaboration d'une trame de travail au sein des établissements. Dans ce cadre, l'Infirmière en Pratique Avancée contribue à renforcer l'offre de soins auprès des patients et a sa place dans le parcours de soins des patients fragiles. Elle a un rôle à assurer dans la structuration des pratiques, la coordination des parcours de soins et la formation des équipes, favorisant ainsi une prise en soins adaptée des patients fragiles en SMR.

Abstract :

Aging of French population transforms healthcare, especially in SMR units, where patients aged 60 or more are now the majority. Therefore, frailty concept appears as a key stake to prevent the risk of autonomy loss and improve elderly patients' life quality. This master thesis is based on a quantitative, transversal and multicentred study, made from an online form among healthcare professionals working in SMR and taking care of patients aged 65 or more. This study's objectives were to explore their perception of frailty, the tools they use, what is done after frailty is identified and the possible obstacles. Results show an heterogeneous definition of frailty depending on professions, an evaluation mainly based on clinical observation rather than standardized tools, a poor orientation towards EGS and a limited collaboration with city medicine. Unknowledge of frailty concept and spotting tools, a lack of formalized protocols and time are raised, as a need for training. Several solutions are identified to improve this concept's integration in healthcare : professionals training, digital tools development making collaboration between stakeholders easier and creation of protocols within the units. In this context, advanced nurse practitioners contribute in reinforcing the care offer towards patients and has an important place in fragile patients care pathway. They have an important role to play in structuring practices, care pathways coordination and teams training, therefore facilitating an adapted care for fragile patients in SMR.

Directrice de mémoire : BOUTTEMENT Christine