



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Dépistage de la (pré)fragilité : Bilan de Santé Bien Vieillir et son plan personnalisé de prévention, enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes des Hauts de France

Présentée et soutenue publiquement le 20 février 2024 à 18h00
salle des thèses n°2 du Pôle Formation
par **Lucas MOREAU**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jean-Paul KORNOBIS

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE	
A- VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : CADRE GÉNÉRAL.....	9
a. Définition du vieillissement.....	9
a.1. Définition gériatrique.....	9
a.2. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	9
a.3. Définition sociale.....	9
b. Physiologie du vieillissement : comprendre la vulnérabilité liée à l'âge.....	9
c. Démographie.....	12
d. Enjeux de santé publique.....	14
B- LA (PRÉ)FRAGILITÉ.....	15
a. Définition de la (pré)fragilité.....	15
a.1. Le modèle de Linda FRIED.....	17
a.2. Le modèle de Kenneth ROCKWOOD.....	18
b. Épidémiologie de la (pré)fragilité en France et dans les Hauts-de-France.....	19
C- MOYENS ET PRÉVENTION.....	19
a. Dépistage utilisé en médecine générale.....	20
b. La lutte contre la fragilité au niveau Européen.....	21
c. Présentation du bilan de santé « Bien vieillir ».....	22
DEUXIÈME PARTIE	
A- OBJECTIFS.....	24
B- MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	24
a. Sélection des médecins.....	24
b. Méthode d'intervention.....	25
c. Méthode d'observation.....	25
d. Méthode d'évaluation et statistique utilisée.....	25
C- RÉSULTATS.....	27
a. Étude directe des données	27
a.1. Données socio-démographiques de la population.....	27
a.2. Réception et communication du programme tempoforme®.....	30
a.3. Attentes des médecins généralistes.....	33
a.4. Évaluation des recommandations du plan personnalisé de prévention.....	36
a.5. Mise en place et perspectives.....	38
b. Étude analytique des données.....	42
b.1. Exposition du contexte.....	42
b.2. Analyse bivariée.....	42

D- DISCUSSION.....	55
d.1. Interprétations des résultats.....	55
d.2. Forces de l'étude.....	57
d.3. Limites de l'étude.....	57
d.4. Perspectives.....	58
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	65
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	77

Liste des abréviations utilisées

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

CNEG : Collège National des Enseignants de Gériatrie

OMS : l'Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ESPS2012 : Enquêtes Santé et Protection Sociale de 2012

HSM2008 : Handicap-Santé-Ménages 2008

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

CNPG : Conseil National des Professionnels de Gériatrie

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

EIP-AHA : Partenariat Européen d'Innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IRFO : Institut des Rencontres de la Forme

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

CSP : Catégorie socio-professionnelle

Introduction

La population française ne cesse de vieillir. Les personnes âgées de plus de 60 ans au 1^{er} janvier 2020 représentent 27 % de la population contre 16 % en 1946. Les projections publiées en 2016 par l'INSEE montrent que la principale hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes de plus de 65 ans (1).

La notion de vieillir en bonne santé est, et restera un enjeu majeur de santé publique. Jusqu'à maintenant, l'allongement de l'espérance de vie s'est toujours accompagné d'une diminution du nombre d'années vécues en incapacité par chaque individu (2). Notre espérance de vie est plus longue et nous vivons plus longtemps en bonne santé. Cependant, cette notion est variable selon les pays et selon les catégories socio-professionnelles (3).

Un des enjeux de santé publique est de maintenir la diminution du nombre moyen d'années vécues en incapacité pour chaque individu. Afin de limiter l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et donc de limiter l'impact économique du vieillissement démographique, la médecine générale et préventive se doit d'augmenter le dépistage d'entrée dans la fragilité.

Le médecin généraliste tient ce rôle clef du dépistage d'entrée dans la fragilité.

Dans une approche globale et centrée patient, le médecin généraliste effectue des dépistages afin de mettre en surface les premiers signes de (pré)fragilité. Cela permettra la correction des facteurs aggravants l'entrée dans la fragilité.

La réalité de la pratique de la médecine générale, comme le manque de médecin généraliste, a entraîné un changement de la consultation médicale. Le temps de la consultation médicale dédié au dépistage est devenu insuffisant.

Ma consœur le Dr RUBIRA a interrogé les médecins généralistes du Narbonnais et a relevé que seulement 34 % des médecins interrogés dépistaient la fragilité dans leur patientèle (4).

Pour pallier ce manque de dépistage, de nombreuses initiatives ont été mises en place. Par exemple, les dépistages de la fragilité peuvent être réalisés par différents soignants, comme des infirmières de pratique avancée ou des aide-soignantes à domicile (22).

À Lille, un programme de dépistage de la pré-fragilité nommé tempoforme® a été mis en place au CHU depuis mai 2022. L'espace de santé tempoforme® prend en charge les personnes pour qui une (pré)fragilité aura été dépistée en leur proposant la réalisation d'un bilan de santé « Bien vieillir ». À la suite de ce bilan, un compte-rendu contenant des recommandations et un plan personnalisé de prévention (Cf Annexe 2) avec priorisation est envoyé au médecin généraliste du patient.

L'objectif premier de ce travail est de déterminer l'appropriation du bilan de Santé « Bien Vieillir » par les médecins généralistes.

Dans un second temps, le but de cette étude est de déterminer la satisfaction et les éventuelles recommandations que ces médecins peuvent avoir par rapport à ce bilan de santé.

Les résultats de cette étude permettront à l'équipe de tempoforme® de préciser l'intérêt que portent les médecins généralistes pour le bilan de santé « Bien vieillir ».

Cette étude a porté sur 141 médecins généralistes localisés pour une majorité dans la région des Hauts-de-France.

Première partie

A- VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : CADRE GÉNÉRAL

a. Définition du vieillissement

a.1. Définition Gériatrique

Le vieillissement est défini par le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) comme « un ensemble de processus lent et progressif qui altère l'organisme d'âge mûr. C'est l'association d'un ensemble de facteurs, comme génétiques, environnementaux et aléatoires qui impacteront l'organisme tout au long de sa vie. On peut aussi décrire cette résultante comme étant un facteur de risque de vulnérabilité qui altérera la réponse de l'organisme à un stress aigu » (5).

a.2. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS définit une personne « âgée » comme une personne qui a atteint l'âge de 60 ans (6).

a.3. Définition sociale

En science sociale, la vieillesse est définie comme une exclusion qui n'est pas liée à un âge, mais plutôt à un état. Ici, ce serait le moment où un individu quitte le monde du travail (7).

b. Physiologie du vieillissement : comprendre la vulnérabilité liée à l'âge

« Le vieillissement entraîne une diminution des capacités fonctionnelles de

l'organisme. Il diminue la capacité à faire face à une situation de stress aiguë. Le vieillissement est variable chez un sujet d'un organe à l'autre et est très variable d'un sujet à l'autre à âge égal » (16).

Les principales modifications dues au vieillissement organe par organe sont les suivantes, cette liste est bien évidemment non exhaustive :

- Le vieillissement cardio-vasculaire

Au niveau artériel, on observe une modification de la matrice extracellulaire qui entraîne une augmentation des résistances périphériques et une rigidité des gros troncs artériels. Ces modifications vont favoriser l'apparition d'une hypertension artérielle associée à une hypertrophie ventriculaire gauche.

Au niveau cardiaque, cette hypertrophie ventriculaire gauche entraîne un défaut de compliance du myocarde. De plus, on observe une augmentation de la prévalence des troubles du rythme, de conduction, une diminution de la fréquence cardiaque maximale qui se traduit par une diminution de la tolérance à l'effort. Aussi, on remarque une plus grande sensibilité à l'ischémie myocardique.

- Le vieillissement du système nerveux

Au niveau du système nerveux central, on observe une augmentation des temps de réaction ; une diminution des performances mnésiques, une diminution des capacités attentionnelles, une déstructuration du sommeil et une diminution de la sensation de soif.

Concernant le système nerveux périphérique, on observe une diminution de la sensibilité proprioceptive. Au niveau du système nerveux autonome, on observe une diminution de fonctionnement de la boucle baroréflexe favorisant l'hypotension

orthostatique. On observe aussi une diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines avec augmentation de leur concentration.

- Le vieillissement de l'appareil respiratoire

On observe avec le vieillissement, une altération de la capacité ventilatoire. Cette altération est engendrée par la diminution de la compliance du tissu pulmonaire, une diminution de la compliance de la cage thoracique associée à une diminution de la force et du volume des muscles respiratoires.

- Le vieillissement de l'appareil digestif

Avec le vieillissement, les sujets présentent une diminution du flux salivaire associée à une diminution de la sécrétion exocrine des cellules gastriques, une diminution du péristaltisme ainsi qu'une diminution de la masse et du débit sanguin hépatique. Aussi, l'altération de l'appareil bucco-dentaire entraîne une anorexie.

- Le vieillissement de l'appareil locomoteur

Le vieillissement touche aussi l'appareil squelettique, on observe une diminution de la masse maigre ainsi qu'une diminution de la force et un ralentissement de la réponse musculaire. On observe une diminution de la densité osseuse et une diminution de la résistance mécanique du tissu osseux. Le cartilage perd de son contenu en eau entraînant une altération de ses propriétés mécaniques.

- Le vieillissement de l'appareil urinaire

Concernant l'appareil néphro-vésical, on observe une diminution de la taille des reins, de leur masse et une diminution de la couche corticale. On observe aussi une diminution de la capacité de filtration avec une perte de débit glomérulaire de 0,5 à 1 ml/min/1,73 m² en moyenne par an à partir de 50 ans. De plus, les capacités fonctionnelles des reins sont altérées comme leur pouvoir de dilution ou de concentration des urines et leur capacité à s'adapter aux variations de la natrémie.

- Le vieillissement des organes sexuels

Chez les femmes, la ménopause entraîne une involution de l'utérus, des glandes mammaires ainsi qu'une perte de la fonction de reproduction.

Chez les hommes, l'andropause se définit par une diminution de la sécrétion de la testostérone et une augmentation du volume prostatique.

- Le vieillissement de la peau et des phanères

Comme pour le tissu vasculaire, le tissu élastique de la peau s'altère entraînant un épaissement fibreux du derme. La vitesse de croissance des phanères diminue et le nombre de mélanocytes diminue également. Les glandes sébacées et sudoripares s'altèrent.

- Le vieillissement du système immunitaire

Le système immunitaire s'altère aussi sous l'effet du vieillissement. Par exemple, les récepteurs des anticorps se modifient entraînant une diminution de leur affinité. Leur nombre diminue également. On observe une augmentation de l'état inflammatoire.

Il est important de différencier le vieillissement en bonne santé du vieillissement réussi. Le vieillissement en bonne santé se retrouve chez des individus n'ayant qu'une faible diminution de leurs capacités physiques. Ce sont des individus qui ne sont pas dépendants. Alors que le vieillissement réussi est une notion propre à chaque individu.

c. Démographie

L'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans concerne tous les pays du monde. D'après les projections statistiques de l'OMS, le nombre de personnes de

plus de 60 ans atteindra un sixième de la population mondiale en 2030. Il aura doublé entre 2015 et 2050. Si la tendance est inchangée, cette hausse s'accélèrera dans les prochaines décennies (8).

Ce sont les pays en voie de développement qui connaîtront la hausse la plus rapide de cette tranche de leur population. L'augmentation de l'espérance de vie au niveau mondial entraîne une « mutation démographique » d'après l'OMS.

Le vieillissement en bonne santé est un enjeu de santé prioritaire, toujours d'après l'Organisation Mondiale de la Santé. L'assemblée générale des Nations Unies a mis en place un plan d'action mondial appelé la « *Décennie du vieillissement en bonne santé* » (2021-2030). Ce plan d'action résulte d'une collaboration mondiale de toutes les instances en lien avec le sujet afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'améliorer la vie des personnes âgées (6).

Au niveau européen, cette mutation démographique est présente en proportion plus importante. D'ici 2050, les plus de 65 ans en Europe représenteront 30 % de la population contre 20 % aujourd'hui (9).

Au niveau national, ces chiffres sont plus importants, la part des plus de 60 ans est de 26.9 % aujourd'hui. Elle aura augmenté à 29 % en 2030 jusqu'à 33 % en 2050 (1).

Au niveau régional, dans les Hauts-de-France, ces chiffres sont légèrement inférieurs au niveau national avec une population actuelle à 24.2 %. Ce chiffre conserve la même évolution que celle du niveau national (10).

d. Enjeux de santé publique

- Enjeux individuels

Le dépistage et la correction de la fragilité sont des enjeux importants au niveau individuel, car cela permet d'améliorer la qualité de vie d'un patient vieillissant. En effet, l'étude de cohorte de FRIED datant de 2001 a montré que la fragilité était un facteur prédictif indépendant sur 3 ans d'une évolution vers la survenue de chutes, la perte d'autonomie, l'hospitalisation et le décès (11).

- Enjeux sociaux

De plus, l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées est un moyen de lutte contre l'âgisme sociétal et médical. L'âgisme est une discrimination basée sur l'âge de l'individu discriminé.

À mesure que la société vieillit et que les connaissances progressent, les a priori et les idées reçues reculent, et cette attitude est en voie de régression. L'amélioration de l'état de santé de la population a développé une génération de jeunes retraités en bon état de santé, bénéficiant de temps disponible et, pour nombre d'entre eux, de grandes compétences professionnelles. Certains s'engagent dans des activités utiles pour la société : vie politique, associations, actions bénévoles (12).

D'après le rapport de l'OMS sur l'âgisme datant de mars 2021, l'âgisme médical existe aussi, une revue systématique menée en 2020 a ainsi montré que, dans 85 % des 149 études couvertes, l'âge avait servi de déterminant pour les bénéficiaires de certains actes ou traitements médicaux (13).

- Enjeux économiques

On peut entendre que plus une population est vieillissante et plus les dépenses de santé augmentent. Cependant, l'âge seul n'est pas un bon déterminant des dépenses de santé. L'économiste de la santé, Mme TENAND Marianne, nous explique dans sa publication sur le Vieillissement démographique que sur l'ensemble de la population française, la dépense de santé individuelle moyenne a augmenté de 50 % en moins de dix ans entre 1992 et 2000. Dans le même temps, la part des plus de 60 ans n'a augmenté que de 1,5 point de pourcentage, pour atteindre 20,6 % (14). Comme la qualité de vie a aussi augmenté, les dépenses de santé d'une population vieillissante en bonne santé restent faibles.

En effet, les dépenses de santé sont étroitement liées au nombre d'années de vie vécues sans incapacité. La fragilité entraîne la dépendance. En retardant l'âge d'entrée dans la fragilité, nous diminuons considérablement les dépenses de santé.

Les économistes de la santé Nicolas SIRVEN et Thomas RAPP ont estimé le coût de la fragilité d'après les dépenses de santé ambulatoire. D'après ces auteurs, la pré-fragilité augmenterait les dépenses de soins ambulatoires de 750 euros et la fragilité les augmenterait de 1500 euros par patient (15).

B - LA (PRÉ)FRAGILITÉ

b. Définition de la (pré)fragilité

Nous objectivons la vulnérabilité des sujets âgés en mesurant la fragilité.

La fragilité est définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie comme un syndrome gériatrique mesurable. « Il reflète une diminution des capacités

physiologiques de réserve qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en soins des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (17).

Il est important de préciser que l'état de (pré)fragilité est un vieillissement fonctionnel. Ce n'est pas centré sur un organe, mais bien sur des fonctions.

Il est possible d'améliorer la qualité de vie en corrigeant les facteurs de (pré)fragilité. Il ne faut pas attendre l'entrée dans la dépendance, car c'est un état de santé qui est irréversible (figure 1).

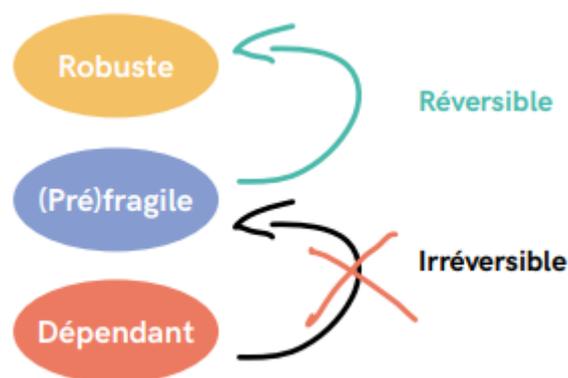


Figure 1 : Réversibilité et état de (pré)fragilité (18)

La fragilité est un concept qui fait consensus dans la communauté scientifique, mais la méthode de son évaluation ne l'est pas. La fragilité est multifactorielle. Les définitions de cette dernière et les méthodes d'évaluation sont aussi multiples. Actuellement, deux modèles de mesure de la fragilité sont validés.

Matteo CESARI décrit ces deux modèles, le premier est le phénotype de fragilité de Linda FRIED et le second l'indice de fragilité de Kenneth ROCKWOOD. CESARI propose les bonnes façons de les mettre en œuvre dans le cadre clinique. Ces deux outils sont complémentaires (19).

a.1. Le modèle de Linda FRIED

Le modèle de FRIED est basé sur le phénotype « physique ». Il est fondé sur la recherche de 5 symptômes.

- « 1. L'amaigrissement : perte de poids, involontaire, de minimum 5 % du poids de l'année précédente (par mesure directe du poids).
- 2. La faiblesse musculaire : force de préhension dans les 20 % les plus bas au départ, ajusté en fonction du sexe et de l'indice de masse corporelle.
- 3. Manque d'endurance et d'énergie : comme l'indique l'auto-évaluation d'épuisement. Asthénie déclarée par le patient. Associé au stade d'exercice atteint lors des tests d'effort progressifs, en tant qu'indicateur d'O₂ max, et est prédictif de maladies cardiovasculaires.
- 4. Lenteur : les 20 % les plus lents de la population ont été définis au départ, sur la base du temps nécessaire pour marcher 15 m, en ajustant pour le sexe et la taille debout.

- 5. Faible niveau d'activité physique : un score pondéré de kilocalories dépensées par semaine a été calculé au départ, sur la base du rapport de chaque participant. Le quintil le plus bas de l'activité physique a été identifiée pour chaque sexe. » (20).

Les patients sont considérés comme fragiles s'ils présentent trois ou plus de ces symptômes. S'ils ont un ou deux de ces critères, ils sont (pré)fragiles. Enfin, s'ils ne présentent aucun de ces symptômes, ils sont dits robustes (20).

a.2. Le modèle de Kenneth ROCKWOOD

Ce deuxième modèle de fragilité se base sur d'autres critères intégrant les facteurs cognitifs, psychologiques, nutritionnels et sociaux. Ces facteurs sont regroupés sous le nom de fragilité multi-domaine. L'échelle de fragilité clinique de ROCKWOOD est composée de 7 stades. Le passage d'une catégorie à une autre augmenterait le risque de décès de 21.2 % sur 70 mois et le risque d'entrée en institution de 23.9 % (21).

1 - *Très en forme*. Robuste, actif, énergique, bien motivé et en forme. Ces personnes font généralement de l'exercice régulièrement et font partie du groupe le plus en forme pour leur âge.

2 - *Bien*. Sans maladie active, mais moins en forme que les personnes de catégorie 1.

3 - *Moins bien*, avec une maladie traitée. Les symptômes de la maladie sont bien contrôlés par rapport à ceux de la catégorie 4.

4 - *Apparemment vulnérable*. Bien qu'elles ne soient pas franchement dépendantes, ces personnes se plaignent fréquemment d'être « ralenties » ou de présenter des symptômes de maladie.

5 – *Légèrement fragile*. Avec une dépendance limitée à l'égard des autres pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

6 – *Modérément fragile*. Une aide est nécessaire pour les activités instrumentales et non-instrumentales de la vie quotidienne.

7 - *Gravement fragile*. Complètement dépendant des autres pour les activités de la vie quotidienne, ou en fin de vie.

c. Épidémiologie de la (pré)fragilité en France

La prévalence moyenne de la fragilité chez les plus de 65 ans en France en 2013 était estimée à 10 %. Cependant, ce chiffre varie, il dépend de la définition utilisée et du sexe des individus. Les variations de ces chiffres peuvent aller de 5 à 58 % (22).

Dans l'analyse transversale européenne SHARE (2004), la fragilité selon les critères de FRIED chez les plus de 65 ans en France était mesurée à 15 %. La (pré)fragilité y était mesurée à 43.6 % (23).

En 2016, une étude mesurait les prévalences de la (pré)fragilité et de la fragilité en se basant sur les données des enquêtes santé et protection sociale (ESPS2012) et de Handicap-Santé-Ménages (HSM2008). Les prévalences de la (pré)fragilité et de la fragilité étaient de 48 % et 11 % à partir des données ASPS2012 et de 39 % et 12 % à partir des données de HSM2008 (24).

C - MOYENS ET PRÉVENTION

Le concept de fragilité n'est pas récent, mais l'intérêt qu'il suscite est plus important ces dernières années. Nous l'avons vu avec la mise en place de la « décennie du vieillissement en bonne santé » portée par l'OMS (6), mais aussi au niveau législatif récemment avec la proposition de loi « Bien vieillir » chargée de garantir le droit de vieillir dans la dignité et de préparer la société au vieillissement de sa population (25). Interrogeons-nous sur quelques exemples de prévention et de dépistage de la fragilité.

a. Dépistage utilisé en médecine générale

Depuis la généralisation du concept de fragilité, beaucoup de tests de dépistage ont été mis en place. Une revue de la littérature datant de 2012 a dénombré que 29 tests de dépistages ont été créés entre 1996 et 2008. Cependant, aucun de ces tests n'a été mis en place dans l'optique d'une utilisation en médecine générale (26).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) basées sur un accord d'expert, concernant la validation d'un test de dépistage de la fragilité en médecine générale, sont les suivantes (22) :

- simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours et accessibilité aux aides ménagères et travailleurs sociaux.
- sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats du gold standard et une bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables, tels qu'incapacités vis-à-vis des activités de la vie quotidienne, chutes et hospitalisations.
- validation en soins de premier recours.

Un outil a été validé par la HAS, par la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie et par le Conseil National Professionnel de Gériatrie. Ce questionnaire a été développé par le Gérotopôle de Toulouse et s'appelle le *Gerontopole Frailty screening tool* (figure 2).

Ce questionnaire reprend trois items du modèle de FRIED, associés à deux questions portant sur la cognition et sur l'isolement social. L'avis subjectif du médecin est aussi pris en compte. Si le médecin estime que le patient est fragile alors cela est comptabilisé. Il est destiné aux patients de plus de 65 ans, autonomes et qui sont à distance d'une pathologie aiguë. La sensibilité du test est de 95 % en comparaison au modèle de FRIED (27).

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

Figure 2 : *Gerontopole frailty screening tool*

b. La lutte contre la fragilité au niveau européen

La notion du « Bien vieillir » a été défini en 2012 par la Commission européenne comme étant le vieillissement actif et en bonne santé d'une population. Depuis une

décennie c'est un enjeu majeur mis en avant par nos sociétés (28). L'Europe a défini un triple objectif afin d'améliorer le « Bien vieillir ».

- « Améliorer les conditions de vie générales des personnes âgées
- Promouvoir un vieillissement actif et une vie indépendante
- La durabilité des systèmes de soins et de santé » (29)

c. Présentation du bilan de santé « Bien Vieillir »

Dans son étude, le Dr BUCHWALTER montre que les freins au dépistage de la fragilité en soins primaires sont essentiellement dus au manque de temps (pour 53.7 % des médecins interrogés), au manque d'outils spécifiques de dépistage (26 %) et au manque de connaissances (13.5 %) (30).

Dans le cadre de l'appel à projet « prévenir et repérer la fragilité des seniors dans les Hauts-de-France » piloté par la CARSAT ; le CHU de Lille, le CHU Amiens-Picardie, l'Institut des Rencontres de la Forme (IRFO) et l'entreprise Kelindi se sont mobilisés pour mettre en place un espace dédié, un parcours de prévention de santé visant au dépistage et à la réversibilité de la (pré)fragilité. L'enjeu de ce programme est d'améliorer la qualité de vie des habitants de la région Hauts-de-France qui se situent dans un contexte peu favorable. Ce contexte se définit par un niveau socioculturel bas, de nombreux comportements à risques, un désintérêt au dépistage et un mal-logement. Ces différents critères entraînent des situations ou maladies évitables, le programme temporforme® « propose de sensibiliser le plus grand nombre à la nécessité de s'évaluer au fur et à mesure de son existence, quel que soit l'âge, le profil ou le rythme de vie » (31).

Le programme est proposé et accessible via plusieurs moyens : une application, un numéro vert et un site internet. Les patients qui en ressentent le besoin peuvent effectuer un premier auto-repérage de leur (pré)fragilité via l'application tempoforme®. Si le test est positif, une consultation avec le médecin traitant est recommandée au patient.

Par la suite, le patient est amené à réaliser un bilan de santé « Bien vieillir » au sein de l'espace tempoforme® du CHU de Lille. Bilan complet avec réalisation de plusieurs tests (cognitif, physique, neurosensoriel, cardio métabolique et nutritionnel). Un compte-rendu est envoyé au médecin traitant du patient avec des recommandations et une priorisation des actions à mener pour promouvoir la réversibilité de la (pré)fragilité (31) (cf annexe 2).

Mon travail consistait à interroger les médecins généralistes pour lesquels un ou plusieurs de leurs patients ont pu réaliser le bilan de santé « Bien vieillir ».

Deuxième partie

A- OBJECTIFS

Le but de ce travail était de déterminer l'appropriation du bilan de santé « Bien vieillir » tempoforme® par les médecins généralistes.

Dans un second temps, déterminer la satisfaction ou les recommandations que ces médecins pouvaient avoir.

B- MATÉRIELS ET MÉTHODE

a. Sélection des médecins

Cette étude était une étude descriptive et rétrospective.

Les médecins ont été choisis, car ils ont un ou plusieurs patients qui ont réalisé un bilan de santé « Bien vieillir ». Entre mai 2022 et juillet 2023, l'espace tempoforme® a communiqué un plan personnalisé de prévention à 141 médecins généralistes. Ce sont ces 141 médecins généralistes que nous avons interrogés pour réaliser ce travail.

L'échantillon de ce travail de recherche était composé de 141 médecins généralistes localisés pour 121 d'entre eux dans le département du Nord, 11 dans le département du Pas-de-Calais, 1 dans le département de la Somme, 4 dans le département de l'Oise, 2 dans le département de Saône-et-Loire, 1 dans le département des Côtes-d'Armor et 1 en Moselle. Au total, 137 médecins sont basés dans la région des Hauts-de-France. L'espace tempoforme® est un projet d'initiative régionale de la région Hauts-de-France. Dans l'échantillon de médecin, on retrouve 4 médecins hors

région. Ces médecins interrogés m'ont informé lors de l'entretien qu'il s'agissait de patient ayant déménagé.

b. Méthode d'intervention

Le recueil des données s'est déroulé de juillet à novembre 2023. Nous avons commencé par un contact téléphonique afin de proposer un entretien.

Cet entretien d'une durée de 15 minutes était réalisé par moi-même à l'aide d'un questionnaire (cf annexe 1). Lors du premier contact, une majorité des médecins nous ont proposé un rendez-vous ultérieur en dehors de leur consultation afin de répondre au questionnaire. En l'absence de réponse dans les 15 jours suivants, un deuxième contact téléphonique était réalisé en proposant de transmettre le questionnaire par mail, si le médecin était volontaire pour participer à l'étude.

Enfin, une dernière relance s'est passée par mail lors du troisième contact.

c. Méthode d'observation

Le questionnaire (cf annexe 1) proposé aux médecins était composé de 26 questions, dont 22 questions à choix multiples et de 4 questions à réponses ouvertes. Les réponses ont été anonymisées et stockées à l'aide du logiciel EXCEL. Pour un suivi plus précis, nous avons créé un tableau croisé dynamique afin d'avoir les valeurs groupées de l'ensemble des réponses au questionnaire. Nous nous sommes appuyés sur ce document pour analyser les données.

d. Méthode d'évaluation et statistique utilisée

Les réponses que nous avons recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel EXCEL.

Nous avons dans un premier temps réalisé une étude directe des résultats avec calcul des effectifs et des pourcentages des données qualitatives.

Puis nous avons procédé dans un second temps à une étude analytique de nos résultats, qui seront présentés dans des tableaux de contingences.

Nous utiliserons comme test statistique le test du Khi^2 , ce test nous paraît le plus approprié, car nos données sont qualitatives et les effectifs sont compris entre 5 et 40. L'intérêt de ce test est de mesurer l'indépendance entre deux variables qualitatives à partir du tableau de contingence. On pose les hypothèses de départ, H_0 pour laquelle les variables étudiées sont indépendantes si $p\text{-value} > 5 \%$.

Et H_1 pour laquelle les variables étudiées sont dépendantes si $p\text{-value} < 5 \%$.

C- RÉSULTATS

a. Étude directe des données

Taux de réponse/nombre de médecins ayant répondu

Après le premier contact, nous avons recueilli 21 réponses positives, 23 refus associés à 6 impossibilités de contact (par manque de secrétariat téléphonique).

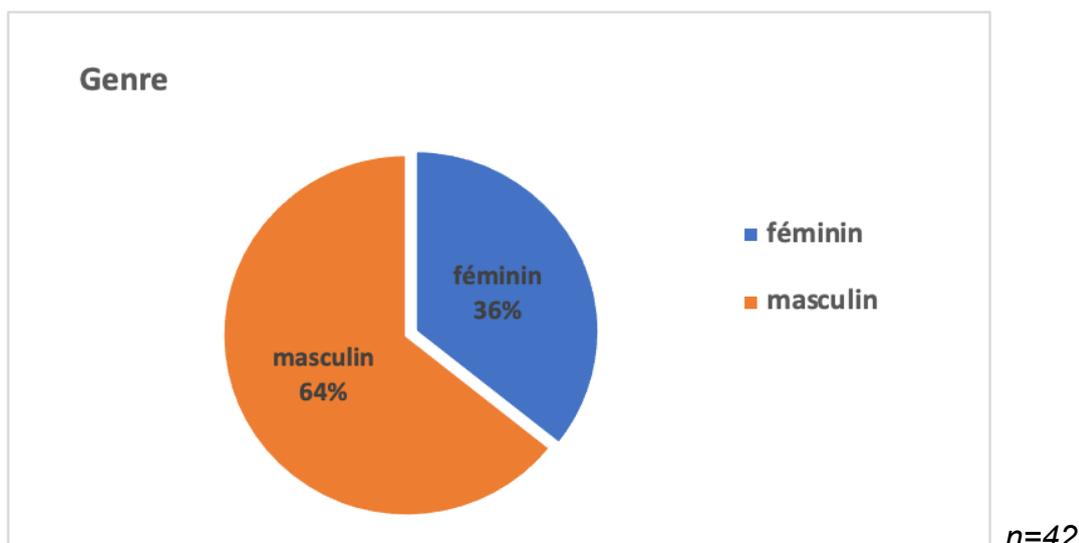
À la suite du deuxième contact, nous avons recueilli 12 réponses positives, et 9 réponses positives après la troisième relance. Nous n'avons pas eu de retour de 71 médecins après les deuxième et troisième contacts.

Au total, l'étude porte sur 42 réponses pour 141 médecins sollicités, le taux de réponse est ici de 30 %.

a.1. Données socio démographiques de la population

a.1.1. Genre des médecins interrogés

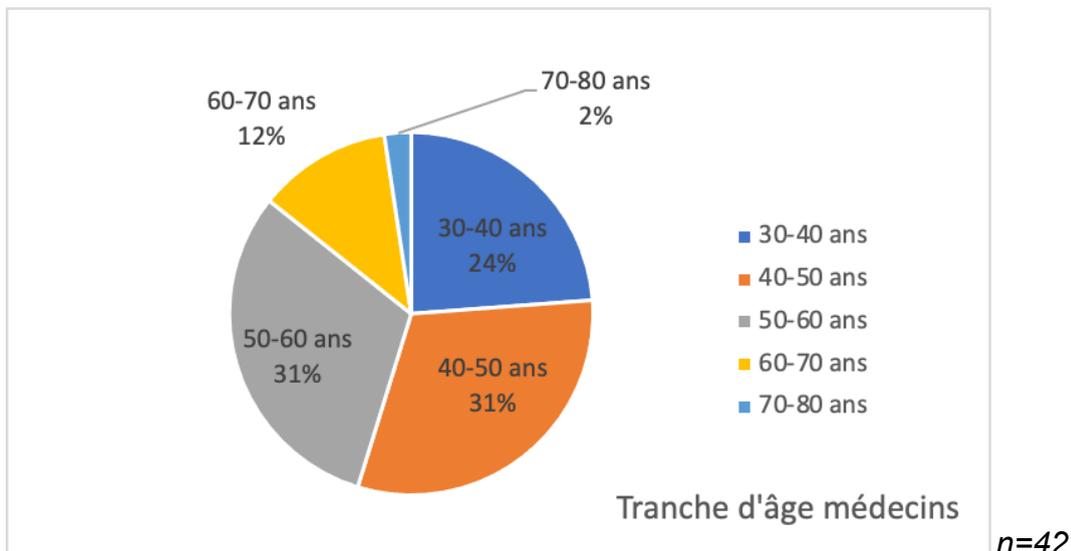
Sur les 42 réponses, il y a eu 27 médecins masculins (64 %) et 15 médecins féminins (36 %). Les résultats obtenus ne représentent pas la démographie médicale actuelle.



a.1.2. Âge

76% des médecins répondants ont plus de 50 ans avec sur le panel des 42 réponses une égalité avec 31 % des médecins entre 40 et 50 ans, 31 % entre 50 et 60 ans.

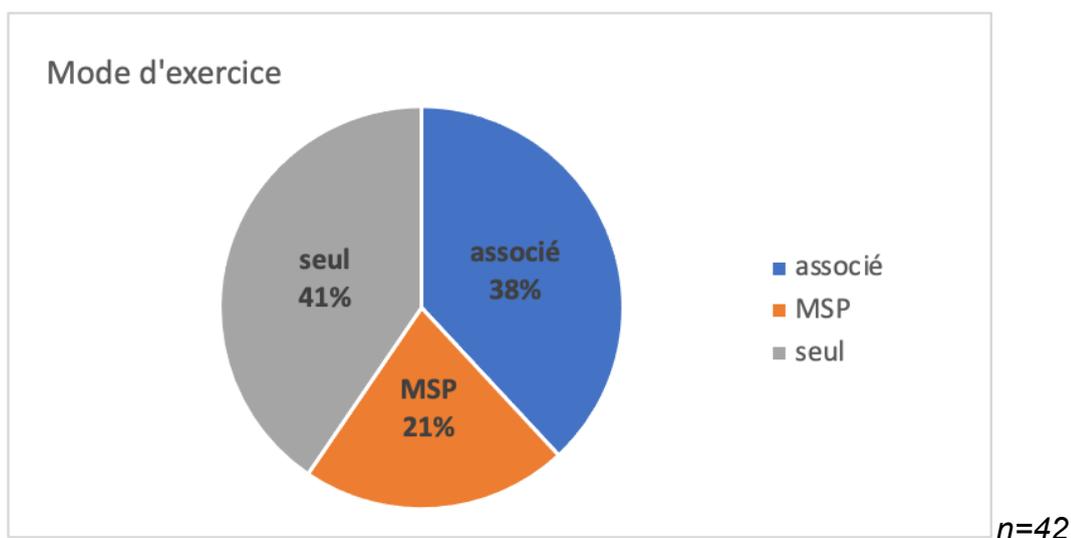
24 % des médecins ayant répondu se situent entre 30 et 40 ans.



a.1.3. Mode d'exercice

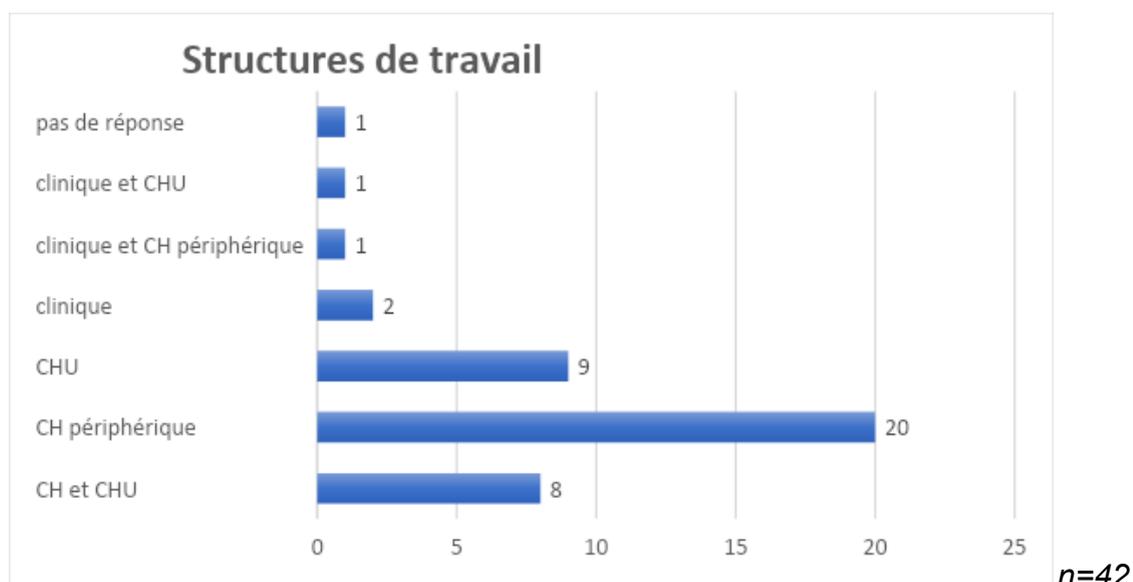
Les médecins ayant répondu au questionnaire exercent majoritairement en groupe, 59 % des médecins interrogés travaillent en association ou en MSP.

41 % des autres médecins interrogés exercent seuls.



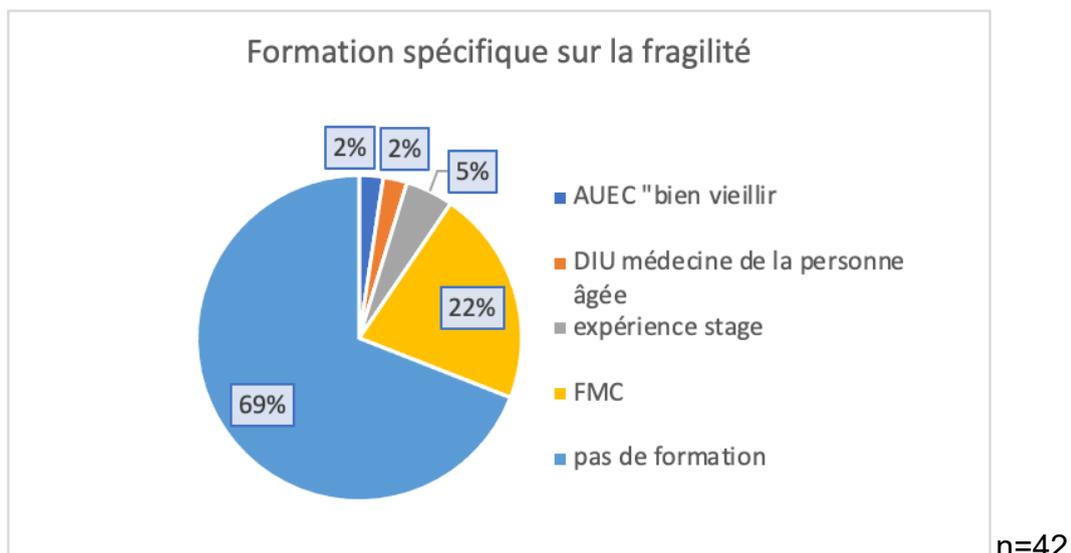
a.1.4. Habitude d'orientation hospitalière :

Sur les 42 réponses obtenues, 20 médecins (48 %) ont l'habitude de travailler avec les Centres hospitaliers périphériques, 9 autres médecins (21 %) ne travaillent qu'avec les Centres hospitaliers Universitaires, 8 médecins (19 %) collaborent à la fois avec les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, 2 médecins (5 %) ne travaillent qu'avec des cliniques privées.



a.1.5. Formations spécifiques sur la fragilité

29 médecins interrogés (69 %) n'ont pas de formation spécifique gériatrique, 9 médecins (22 %) ont eu une formation sur la gériatrie via leur formation médicale continue, 2 personnes (5 %) ont eu une expérience de stage, 1 médecin (2 %) possède un Diplôme Inter-Universitaire de médecine de la personne âgée, et 1 médecin (2 %) a une Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire « Bien vieillir ».

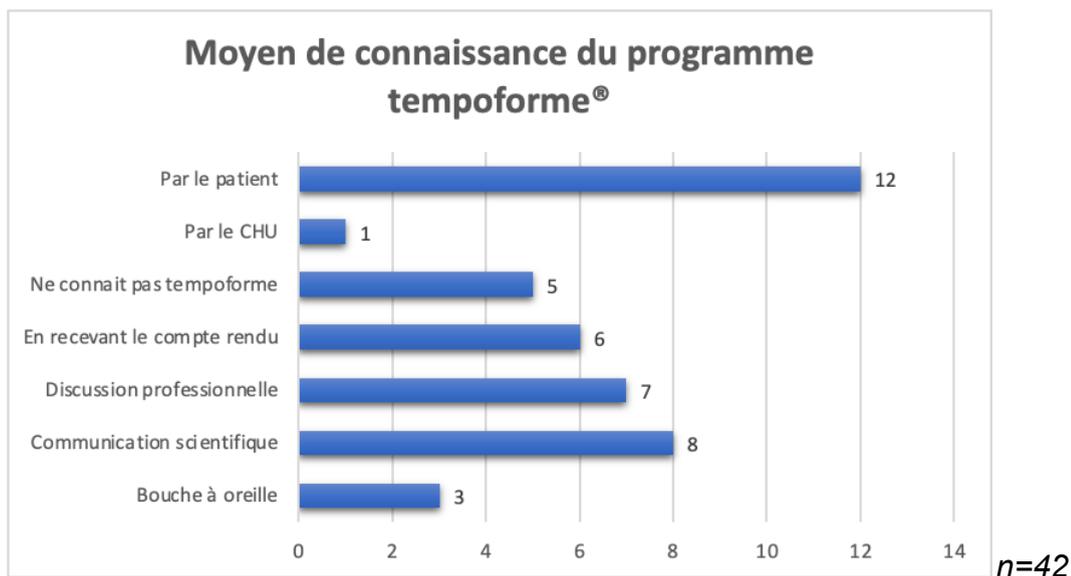


a.2. Réception et communication du programme tempoforme®

a.2.1. Connaissance du programme tempoforme®

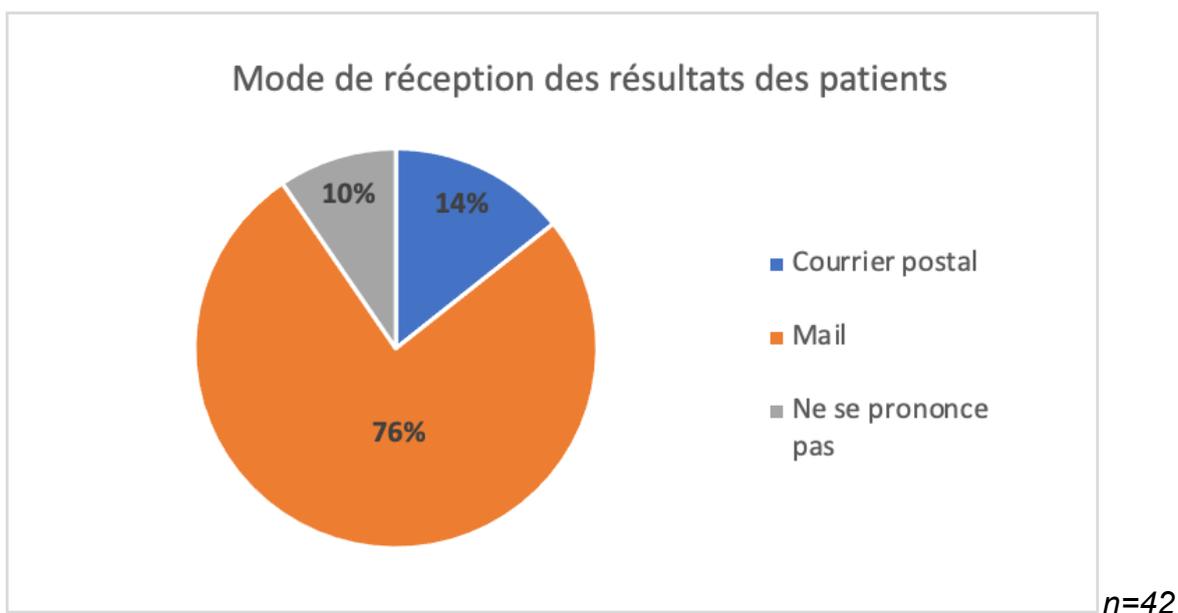
Sur les 42 médecins interrogés, 12 ont eu connaissance du programme tempoforme® directement via leurs patients (29 %). 8 médecins via une communication scientifique (19 %), 7 médecins ont été informés de l'existence de la plateforme lors de discussions professionnelles (17 %), 6 médecins ont eu connaissance du programme en recevant le compte rendu du bilan « Bien vieillir » réalisé par leurs patients (14 %). 5 médecins interrogés ne connaissaient pas tempoforme® (12 %).

43 % des médecins ont eu connaissance de tempoforme® suite au bilan qu'ont réalisé leur patient.



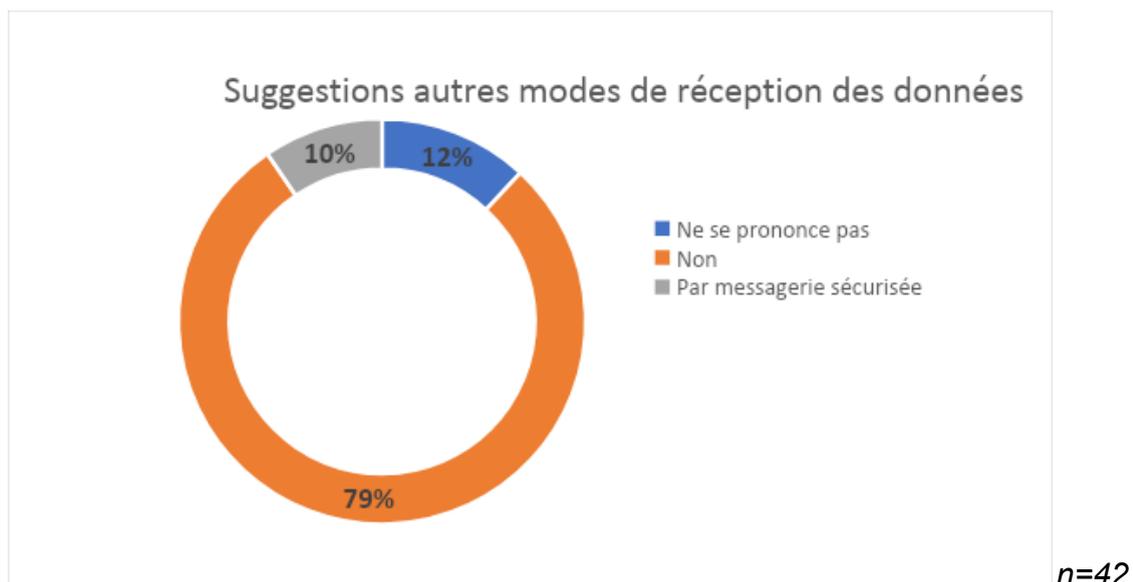
a.2.2. Mode de réceptions résultats bilan « Bien vieillir »

76 % des médecins ont reçu les résultats de leurs patients par mails, 14 % par voie postale et 10 % n'ont pas répondu à la question.



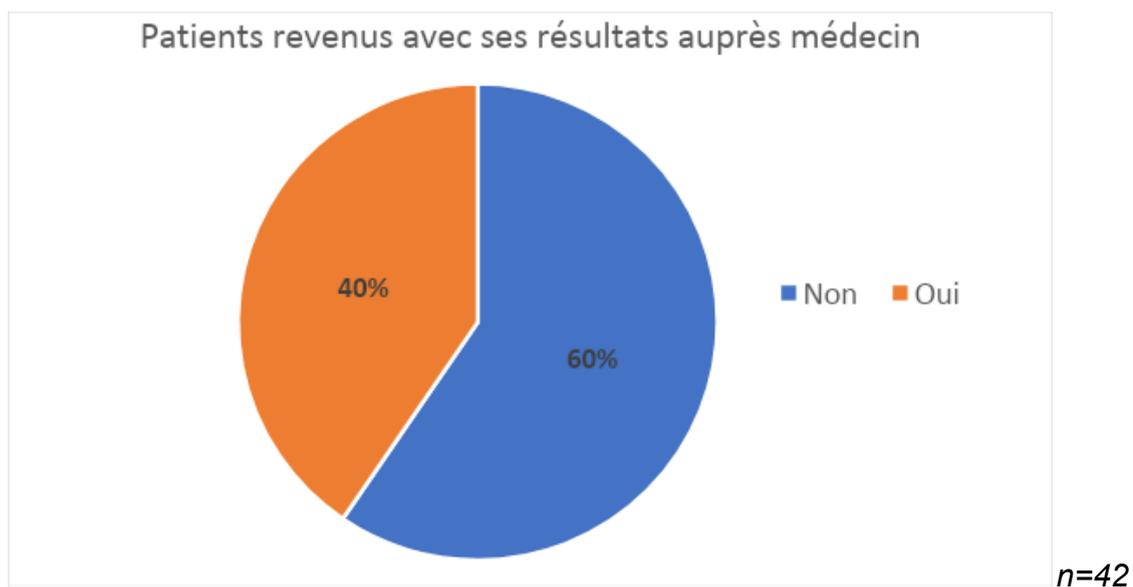
a.2.3. Suggestions autres modes de réception des données patients

33 médecins questionnés (79 %) ne souhaitent pas un autre mode de réception que par mail ou voie postale, 5 médecins (12 %) ne se prononcent pas et 4 médecins (9 %) ont suggéré de recevoir les données par messagerie sécurisée.



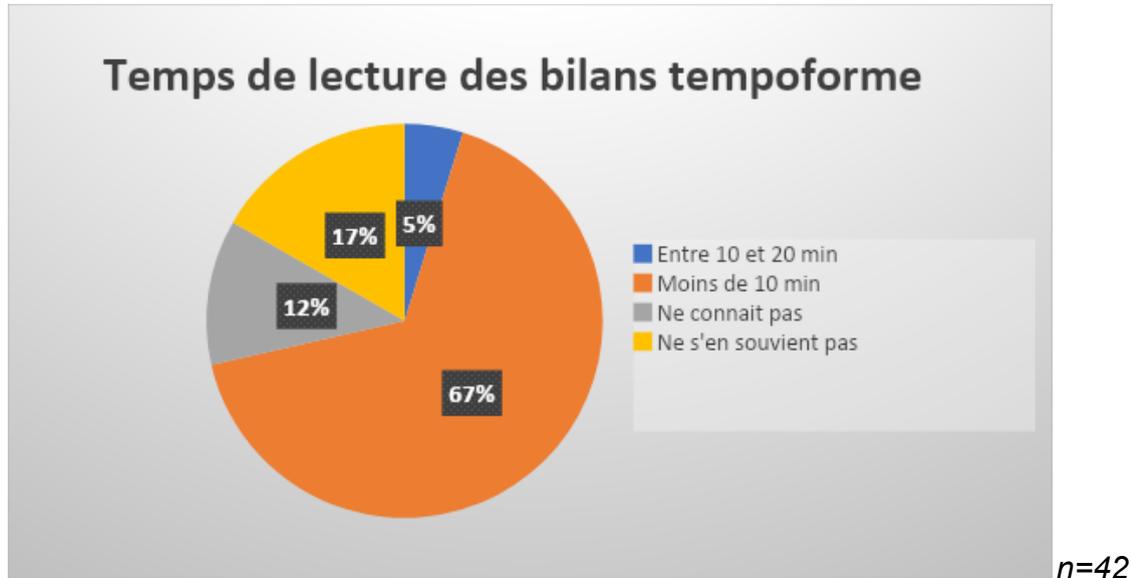
a.2.4. Transmission des informations par les patients

25 médecins répondant (60 %) ont répondu que les patients n'étaient pas revenus vers eux avec les résultats du bilan « Bien vieillir », 17 médecins (40 %) ont répondu que les patients étaient revenus vers eux avec les résultats.



a.2.5. Temps de lecture des bilans tempoforme®

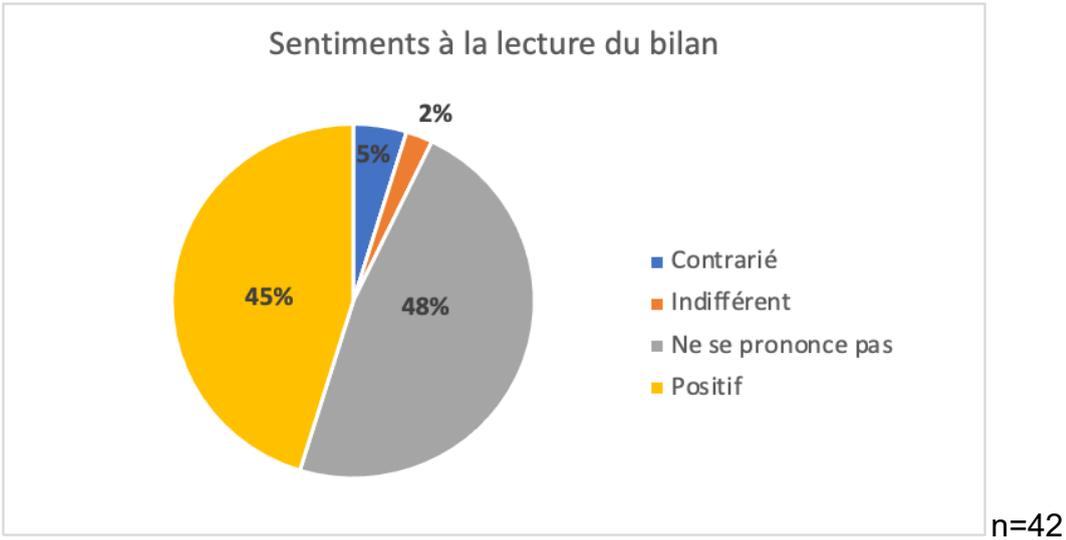
28 des médecins répondant (67 %) ont lu les données du bilan « Bien vieillir » tempoforme® en moins de 10 minutes, 2 médecins (5 %) entre 10 et 20 minutes, 7 médecins (16%) ne s'en souviennent pas et 5 médecins (12 %) ne connaissent pas tempoforme®.



a.3. Attentes des médecins généralistes

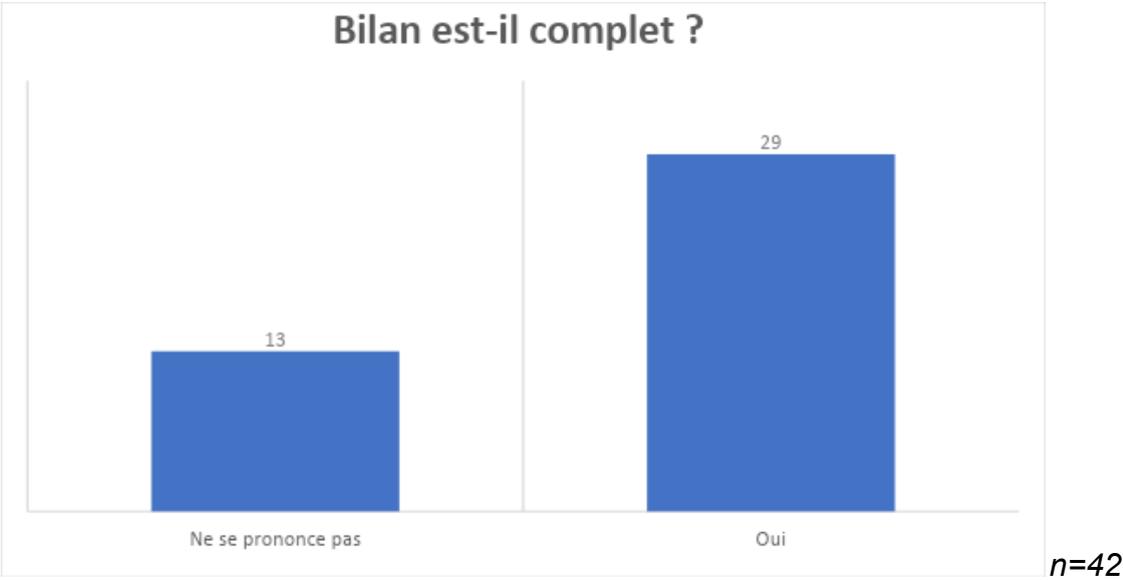
a.3.1. Sentiments à la lecture du bilan

19 médecins interrogés (45 %) déclarent avoir eu un sentiment positif à la lecture du bilan, 20 médecins (48 %) ne se prononcent pas, 2 médecins (5 %) étaient contrariés, ils regrettent de ne pas avoir été consultés à la réalisation du bilan et 1 médecin a déclaré être indifférent à la lecture du bilan.



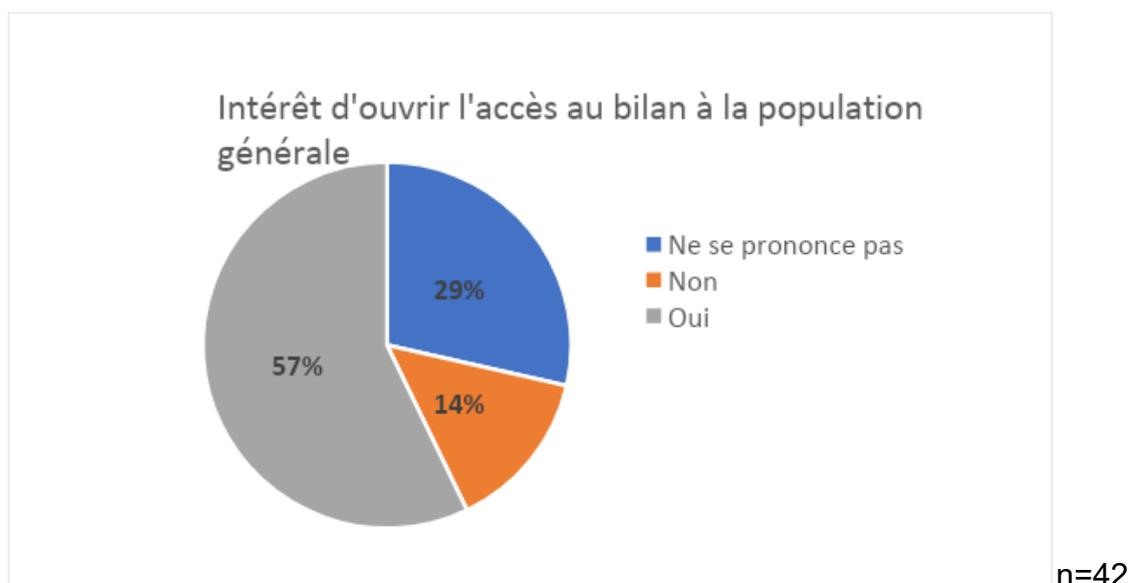
a.3.2. Qualité du bilan

29 des médecins interrogés (69 %) déclarent que le bilan est complet et 13 autres (31 %) ne se prononcent pas.



a.3.3. Utilité du bilan de santé « Bien vieillir » chez certains de leurs patients en dehors d'une approche « Bien vieillir » :

24 médecins interrogés (57 %) pensent utile de proposer ce bilan à certains de leurs patients en dehors d'une approche « Bien vieillir », 12 médecins (29 %) ne se prononcent pas et 6 médecins (14 %) ne le pensent pas.



a.3.4. Y a-t-il des choses à revoir concernant le bilan de santé « Bien vieillir » ?

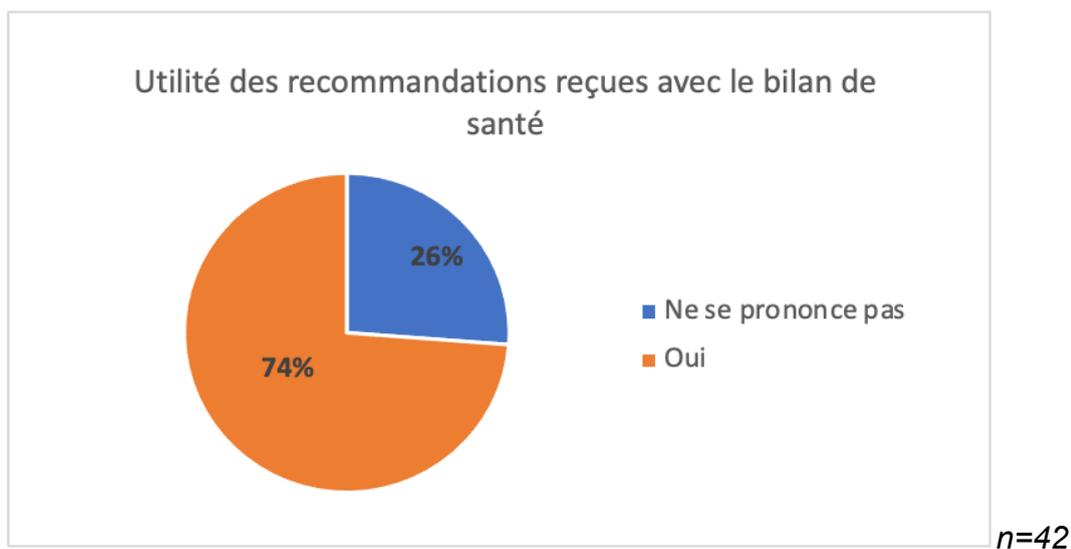
En question ouverte, les 6 médecins ayant répondu négativement à la question précédente mettent en avant l'accès au bilan de santé. Un des médecins interrogés exprime que la population devrait être plus ciblée d'ordre général. Deux médecins pensent qu'il faudrait sélectionner des patients sur des critères sociaux, un de ces deux médecins exprime que ses patients, ayant eu recours au bilan, appartiennent à une catégorie socio-professionnelle (CSP) favorisée et que le bilan ne suscite que trop peu d'intérêt pour les autres patients. Deux des médecins interrogés souhaiteraient que la sélection des patients soit réalisée en coordination avec le médecin traitant. Un autre médecin propose de limiter l'accès au bilan sur un critère

d'âge fixe. Car d'après lui, les patients qui font la démarche d'eux-mêmes ont un suivi exemplaire.

a.4. Évaluation des recommandations du plan personnalisé de prévention

a.4.1. Utilité des recommandations du bilan

31 médecins interrogés (74 %) trouvent les recommandations utiles et 11 médecins (26 %) ne se prononcent pas.



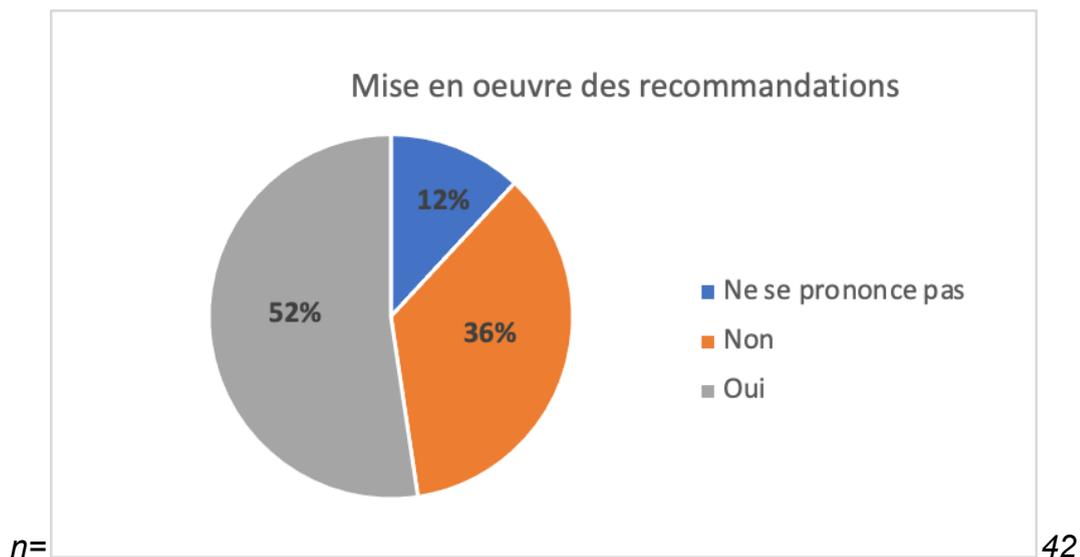
a.4.2. Formulation des recommandations

Une grande majorité des médecins interrogés (74 %) considèrent que la formulation des recommandations n'est pas trop directive. Un médecin trouve la formulation trop directive et 24 % des répondants ne se prononcent pas.



a.4.3. Mise en œuvre des recommandations

22 médecins (52 %) des médecins questionnés ont mis en place les recommandations. En revanche, 15 autres (36 %) ne les ont pas appliquées.



a.4.4. Raisons de la non mise en place des recommandations

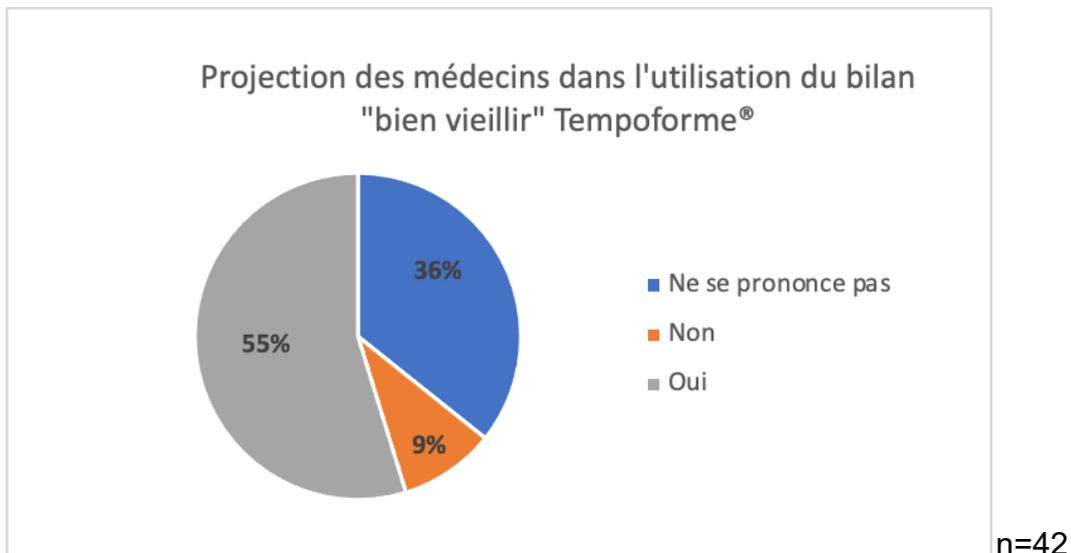
Avec cette question ouverte, nous avons demandé les raisons pour lesquelles les médecins interrogés n'ont pas mis en place les recommandations reçues. 11 ont répondu que le patient n'était pas revenu avec les résultats en consultation. 1 médecin exprimait que le bilan n'avait pas été concerté avant sa réalisation et

1 médecin mettait en avant les difficultés de terrain rencontrées en médecine de ville.
5 médecins n'ont pas répondu à la question.

Il serait intéressant de voir si ces 11 médecins sont aussi des médecins qui ont pris connaissance de tempoforme® par leur patient, ou en recevant le bilan.

a.4.5. Suite de l'utilisation du bilan

23 médecins (55 %) envisagent de proposer le bilan de santé « Bien vieillir » à d'autres patients, 4 médecins (9 %) ne comptent pas le proposer à l'avenir et 15 ne se prononcent pas (36 %).



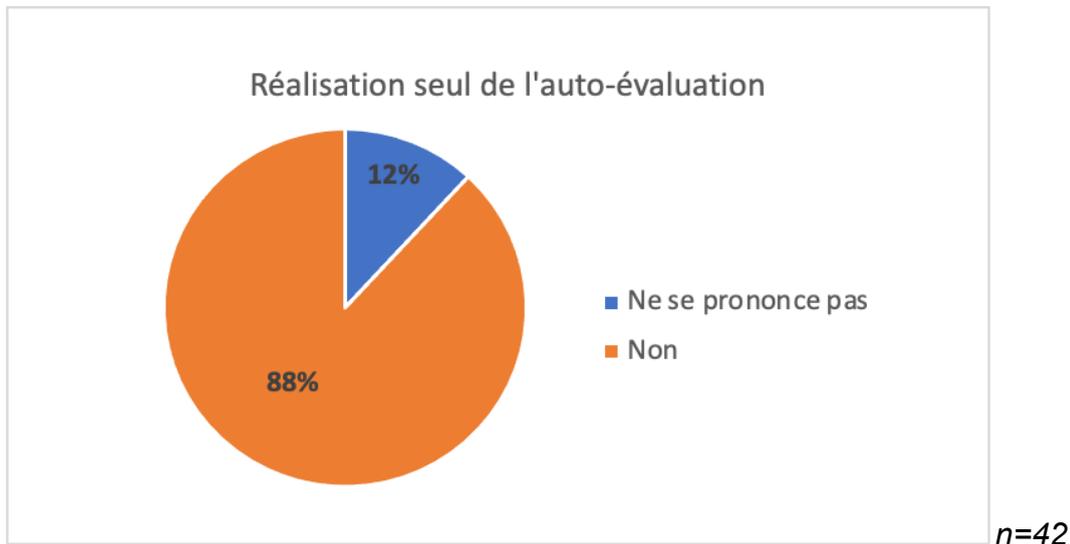
a.4.6. Difficultés rencontrées lors de la mise en place des recommandations

Dans cette question ouverte, les médecins interrogés indiquent les difficultés rencontrées lors de la mise en place des recommandations. Trois médecins ont mis en avant le problème d'accès aux spécialistes. D'après eux, les recommandations non-applicables en médecine de ville devraient être proposées directement par le CHU. Deux médecins ont mis en avant les difficultés en lien avec la motivation du patient. Un médecin soulève le manque de structure pour la mise en place d'une activité physique adaptée.

a.5. Mise en place et perspectives

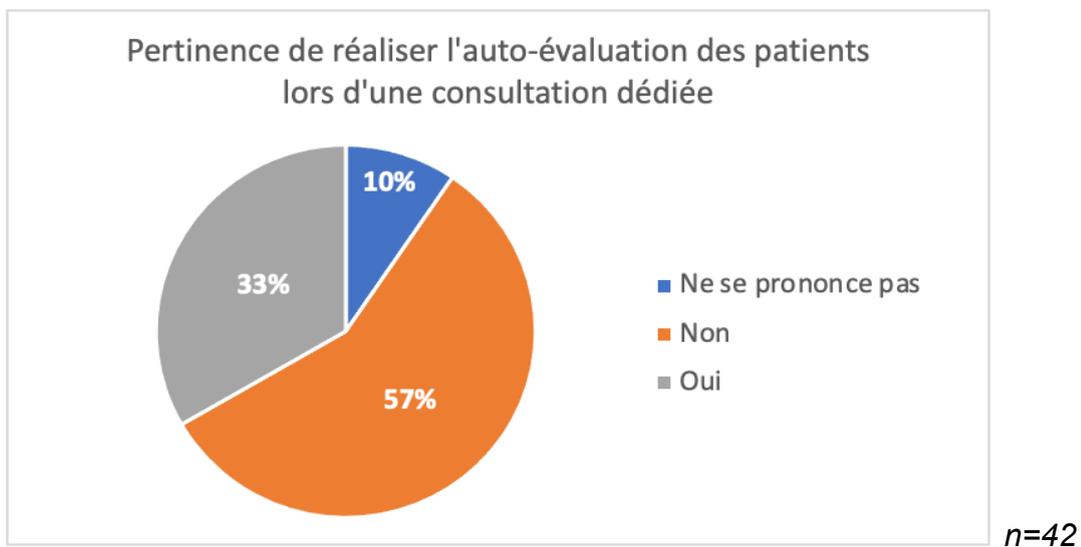
a.5.1. Réalisation seul de l'auto-évaluation

37 médecins (88 %) interrogés pensent que leurs patients ne peuvent pas tous réaliser l'auto-évaluation sur l'application mobile.



a.5.2. Accompagnement par les médecins généralistes pour l'auto-évaluation

24 médecins interrogés (57 %) ne souhaitent pas réaliser l'auto-évaluation en consultation avec leurs patients, mais 14 médecins (33 %) la proposeraient.



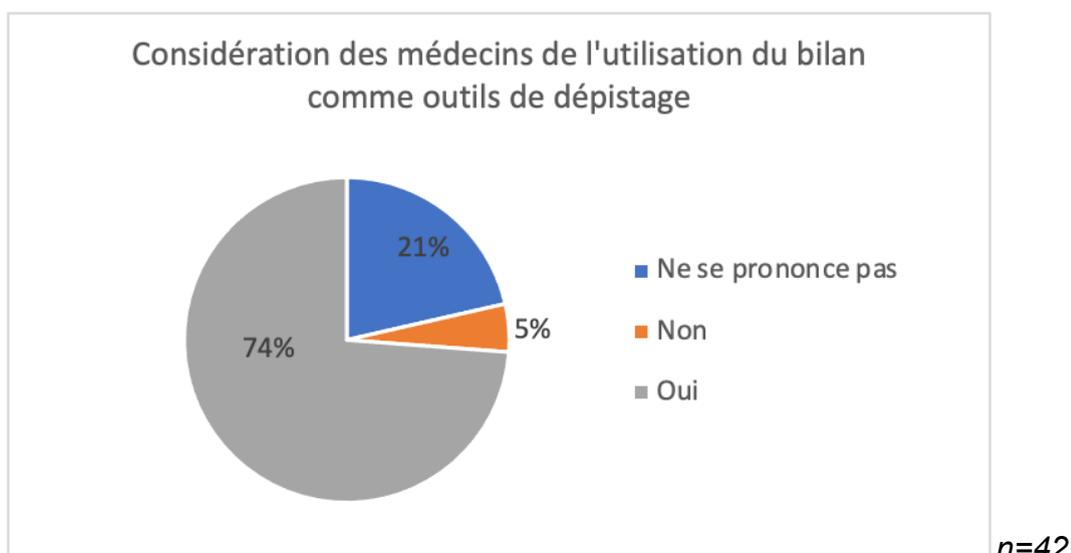
a.5.3. Suggestions sur le bilan « Bien vieillir »

Dans cette question ouverte, les médecins ont pu nous faire part de leurs suggestions concernant le bilan de santé « Bien vieillir ». Nous avons recueilli 7 réponses.

Un des médecins souhaiterait que le bilan soit proposé à des patients plus jeunes. Un autre souhaiterait qu'un accompagnement soit proposé aux populations plus précaires afin d'en augmenter la sélection. Trois médecins souhaiteraient que la communication envers les médecins généralistes soit plus importante et donnent l'exemple de brochure et d'affiche pour leur cabinet. Ils proposent aussi la création d'un mois dédié à la fragilité, comme l'« Octobre rose » pour le dépistage du cancer du sein. Deux médecins souhaiteraient que les demandes de bilan soient à l'initiative du médecin généraliste.

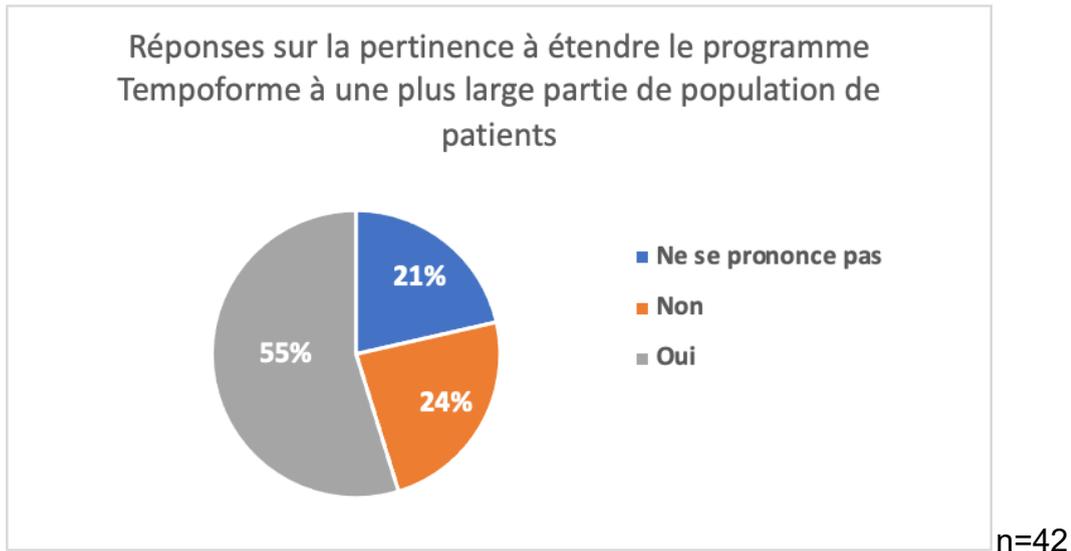
a.5.4. Intérêts des médecins généralistes pour le programme tempoforme®

31 médecins interrogés (74 %) pensent que le programme tempoforme® est un outil important dans la lutte de la fragilité, 2 médecins (5 %) ont un avis contraire et 9 médecins (21 %) n'ont pas répondu à la question.



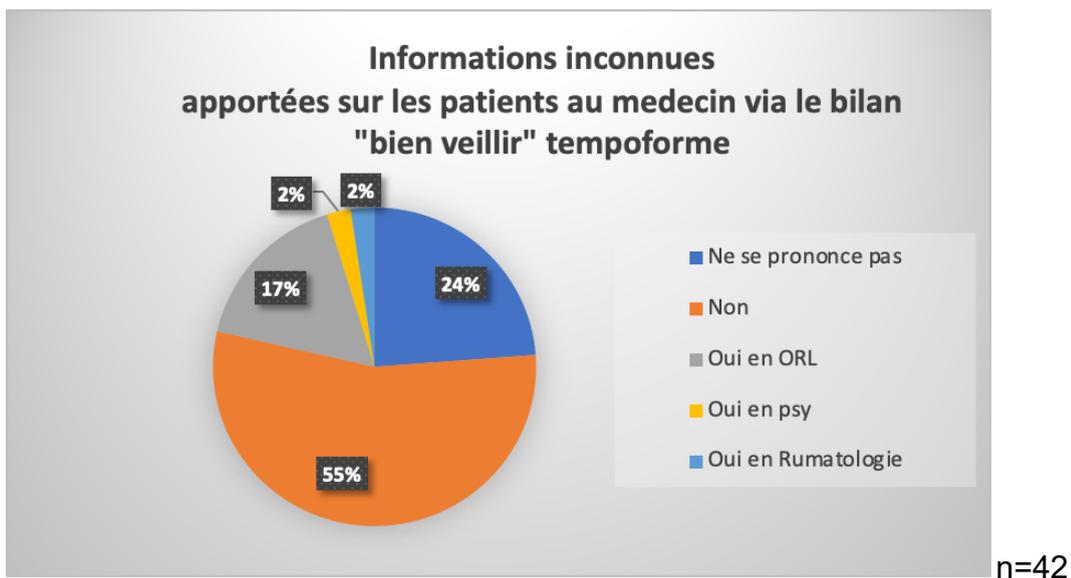
a.5.5. Ouverture de l'accès au bilan de santé « Bien vieillir » à la population générale

23 médecins interrogés (55 %) trouvent pertinente l'ouverture de l'accès au bilan de santé « Bien vieillir » à une plus large partie de la population.



a.5.6. Informations inconnues apportées sur les patients

Le bilan de santé a permis à 9 des médecins interrogés (21 %) d'apprendre des informations qu'ils ne connaissaient pas sur leurs patients.



b. Étude analytique des données

b.1. Exposition du contexte

74 % des médecins répondants pensent que le programme tempoforme® est un outil utile dans la prévention de la fragilité. Nous évaluerons si ce résultat peut être impacté par d'autres variables.

b.2. Analyse bivariée

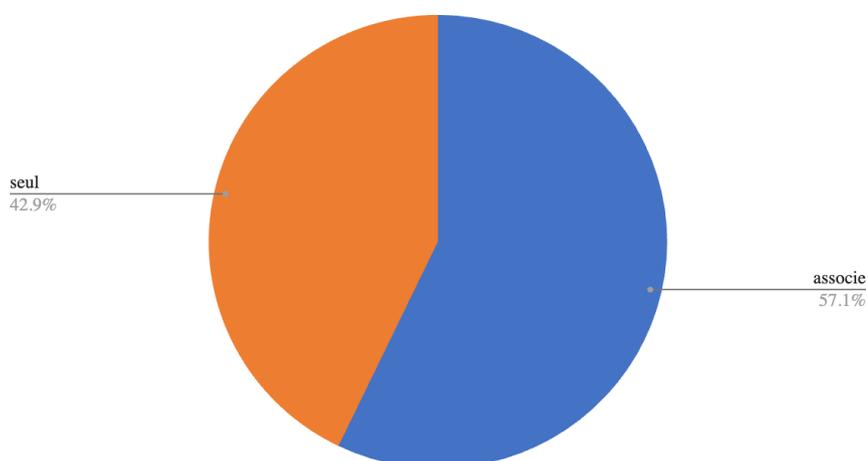
Nous allons dans cette partie détailler les axes d'analyses choisies. Ces axes ont été choisis pour leurs caractères qualitatifs et qui ne comprennent pas des questions ouvertes.

Nous analyserons si le mode d'exercice a un impact sur le fait que les médecins aient trouvé tempoforme® utile dans la prévention de la fragilité.

b.2.1. Mode d'exercice

Le mode d'exercice est un peu plus représenté par des médecins exerçant associés que seuls. Néanmoins, nous avons voulu voir si cela pouvait être lié au fait que les médecins trouvent tempoforme® utile dans la prévention de la fragilité.

Q3. Mode d'exercice



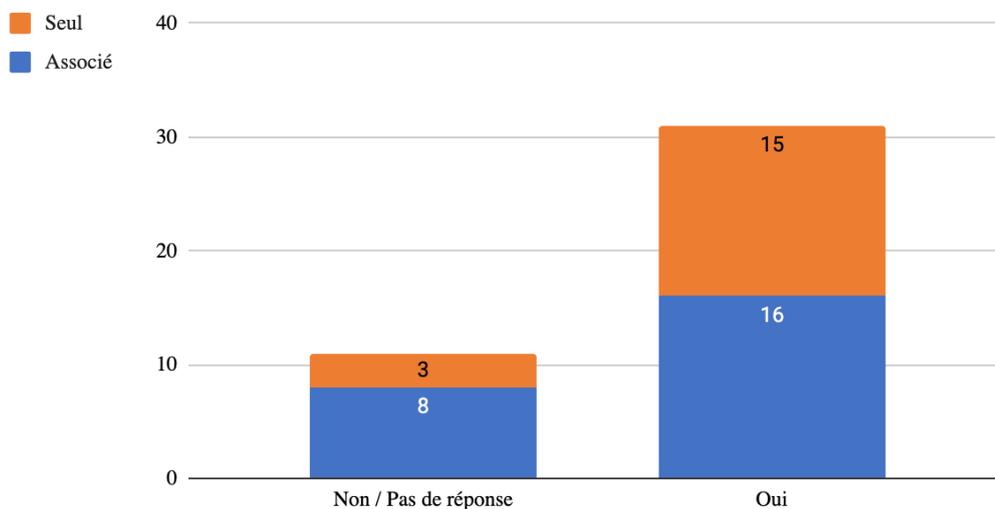
Nous avons également observé que malgré la répartition des modes d'exercices « seul » plus faibles, elle est très bien représentée lorsqu'on l'analyse avec notre variable d'intérêt (l'utilité du programme temporforme®), comme nous pouvons le voir ci-dessous.

Nous remarquons que $\frac{2}{3}$ des personnes qui n'ont pas répondu étaient des associés.

En analysant de manière plus approfondie avec le test du Khi2, nous obtenons une valeur de test de : **8,56**.

Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **6**

Répartition entre le mode d'exercice et l'utilité du programme tempoforme®



Ainsi, notre p-value est de : **0.2**

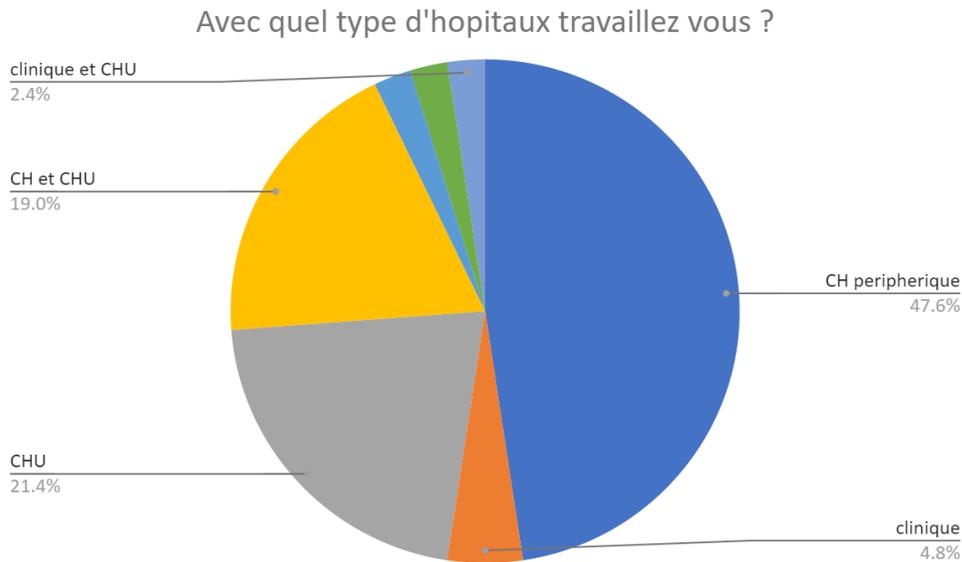
Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, nous ne pouvons rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes), pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes).

Le mode d'exercice n'influe pas sur le fait que le médecin ait trouvé la plateforme utile dans la prévention de la fragilité.

b.2.2. Habitude d'orientation hospitalière

Nous avons ensuite voulu analyser le lien entre le type de structure hospitalière avec laquelle les médecins ont le plus l'habitude de travailler. 21 médecins ont l'habitude de travailler avec les CH périphériques (50 % des médecins interrogés).

Nous avons souhaité l'analyser de manière plus approfondie pour voir si les médecins qui trouvent tempoforme® utile avaient davantage l'habitude de travailler avec le CHU que les autres structures.



En analysant de manière plus approfondie, avec le test du Khi2, nous obtenons une valeur de test de : **0.74**

Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **1**

Ainsi, notre p-value : **0.4**

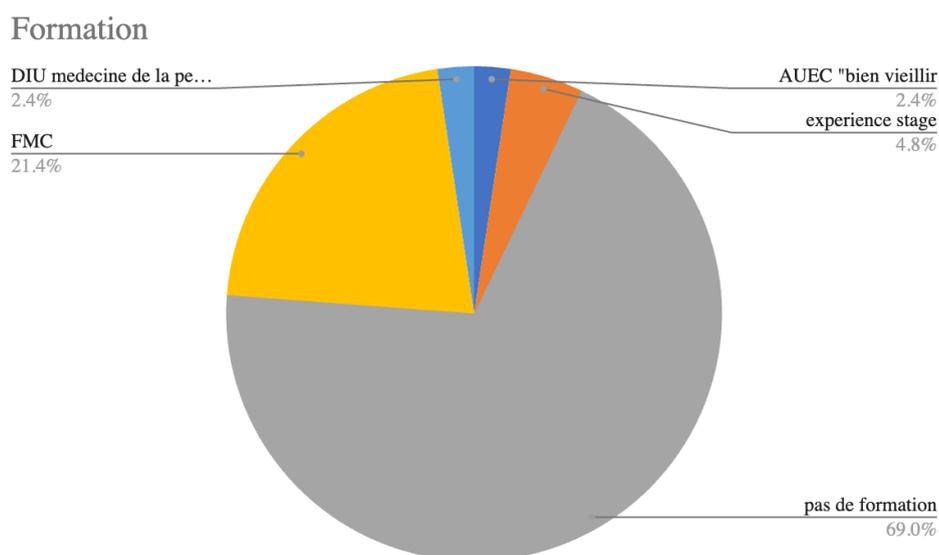
Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, alors nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes) pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes).

Le type d'hôpital avec lequel les médecins ont l'habitude de travailler n'influence pas sur le fait que le médecin ait trouvé le programme tempoforme® utile ou non dans la prévention de la fragilité.

b.2.3. La formation spécifique à la fragilité

Nous cherchions à savoir si le fait d'avoir une formation spécifique sur la fragilité aurait un lien avec le fait de trouver la plateforme tempoforme® utile ou non dans la prévention de la fragilité. La plupart des répondants ont répondu qu'ils n'avaient pas de formation spécifique sur la fragilité. Cette information est donc peu exploitable, car elle manque de diversité dans les résultats.

Nous observons une grosse disparité, puisque 76 % des répondants ont répondu oui sur l'utilité, mais n'ont pas de formation spécifique.



Au vu des effectifs, nous ne pouvons pas aller plus loin sur notre analyse.

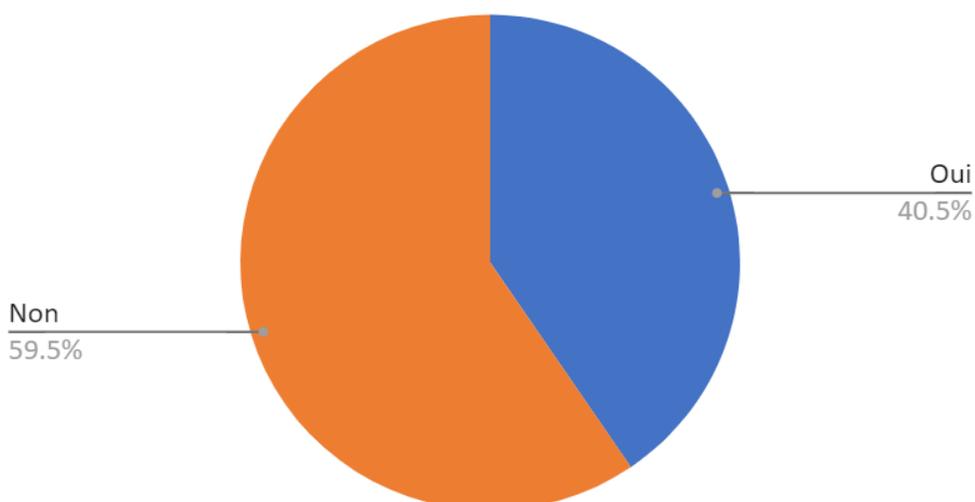
Q5 / Q24	No n	Oui
AUEC "bien vieillir"	0	1
DIU médecine de la personne âgée	0	1
FMC	2	7
Expérience stage	2	0
pas de formation	7	22

b.2.4. Le patient est-il revenu vers vous avec les résultats ?

Moins de 1 patient sur 2 est revenu vers son médecin généraliste après la réalisation du bilan de santé « Bien vieillir ».

Ceci indique un réel frein quant à l'implication du médecin généraliste par le patient.

Q9. Le patient est-il revenu ?



Au vu des effectifs, nous ne pouvons pas continuer nos analyses.

Q9 / Q24	Non	Oui
Non	9	16
Oui	2	15

b.2.5. Mode de connaissance du programme tempoforme® par les médecins

Nous avons souhaité voir par quel moyen de communication nos répondants ont connu tempoforme®.

Nous constatons déjà que 1 médecin sur trois a pris connaissance de tempoforme® par l'intermédiaire de son patient. Une meilleure communication permettrait au médecin de proposer plus souvent ce dépistage et donc d'avoir plus de résultats

pour garantir la véracité de notre étude, mais aussi d'élargir la population de patients pouvant bénéficier de ce dépistage.

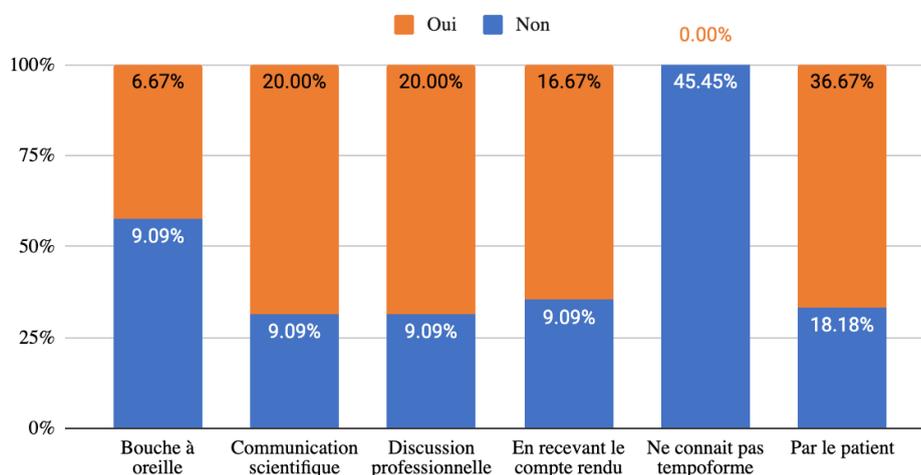


Il serait intéressant de faire une analyse complémentaire en demandant aux patients le mode de communication qui leur a permis de découvrir tempoforme®.

Nous souhaiterions voir si le mode de communication ayant permis de connaître tempoforme® peut avoir un impact sur la perception de son utilité.

On constate visuellement qu'il existe une disparité sur les modes : bouche à oreille et ne connaît pas tempoforme®.

Répartition entre l'utilité du tempoforme® et les leviers de connaissances



Nous allons maintenant vérifier notre hypothèse de dépendance entre ces deux informations via le test du Khi 2.

Par rapport à notre cas d'étude, nous obtenons une valeur de test de : **16,62**

Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **6**

Ainsi, notre p-value équivaut à : **0.01**

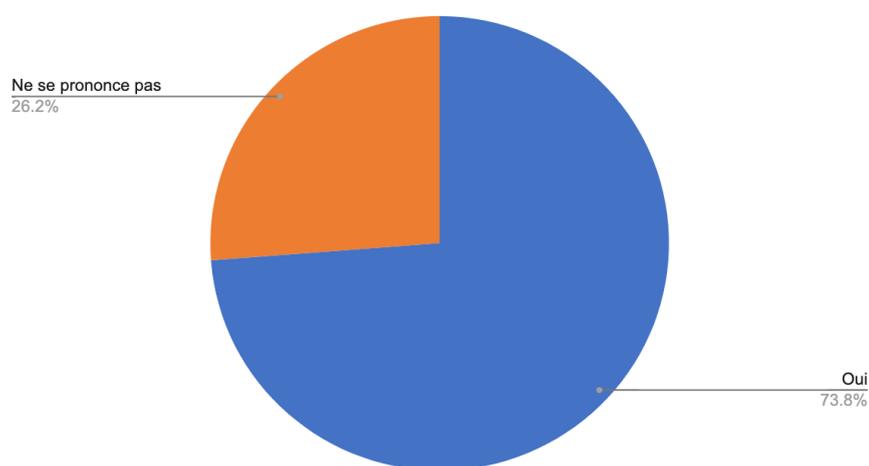
Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, nous pouvons rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes) pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes).

Le mode de communication sur notre population est statistiquement dépendant du fait que les médecins aient trouvé utile ou non tempoforme® dans la prévention de la fragilité.

b.2.6. Utilité des recommandations

Plus de deux médecins sur trois ont trouvé les recommandations reçues par le plan personnalisé de prévention utile. Essayons maintenant d'observer s'il existe un lien entre l'utilité des recommandations et l'utilité de tempoforme® dans la prévention de la fragilité.

Les recommandations vous semblent-elle utiles ?



Ici, on observe que les médecins trouvant tempoforme® utile ont également trouvé les recommandations utiles (84 %).

Néanmoins, parmi ceux n'ayant pas trouvé les recommandations utiles, plus de 1 médecin sur 2 n'a pas trouvé tempoforme® utile. On peut donc imaginer que si les recommandations ne sont pas utiles, le programme tempoforme® ne l'est pas non plus. Vérifions l'hypothèse qu'il existe un lien entre les recommandations et l'utilité de tempoforme®.

Répartition entre les médecins trouvant le programme tempoforme® utile et ceux trouvant les recommandations utiles

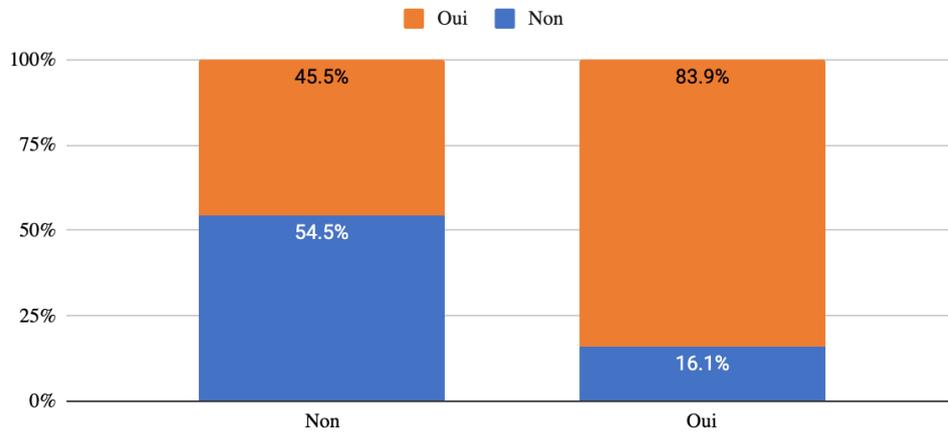


Table de contingence :

Par rapport à notre cas d'étude, nous obtenons une valeur de test de : **16,62**

Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **6**

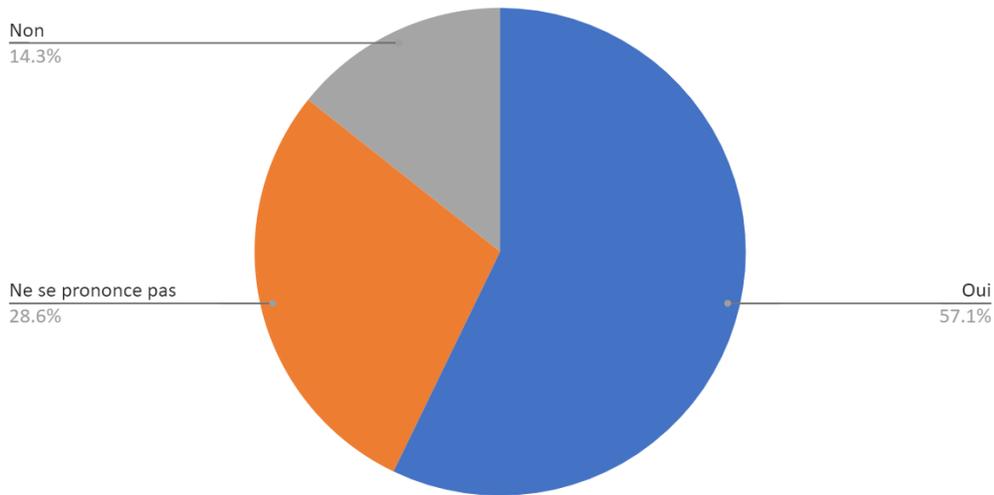
Ainsi, notre p-value équivaut à : **0.01**

Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, nous pouvons rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes) pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes). Il y a un lien entre le fait de trouver les recommandations utiles et le fait de trouver le programme tempoforme® utile.

b.2.7. Proposer le bilan de santé à certains de leurs patients hors du cadre « Bien vieillir »

Il est intéressant d'observer que 1 médecin sur 2 pense qu'il serait intéressant de proposer le bilan de santé à certains de leurs patients en dehors du cadre « Bien vieillir ». Peut-être des patients plus jeunes, mais des patients qu'ils soupçonnent en état de (pré)fragilité.

Pous vous, le diagnostic devrait-il être élargi aux populations hors du cadre "Bien Vieillir" ?



Afin de mieux observer le lien potentiel entre le fait qu'un médecin pense que tempoforme® est utile dans la prévention de la fragilité dans la population-cible mais aussi chez des patients plus jeunes, nous avons effectué l'analyse bivariée ci-contre. Nous observons néanmoins que la répartition semble corrélée. 71 % des médecins trouvant tempoforme® utile dans la prévention de la fragilité, le recommanderait à d'autres patients. Il serait intéressant d'apporter un nouvel axe d'analyse sur cette partie permettant de comprendre pourquoi ceux qui trouvent tempoforme® utile ne le recommanderaient pas à d'autres patients plus jeunes (18 %).

Par rapport à notre cas d'étude, nous obtenons une valeur de test de : **10.53**

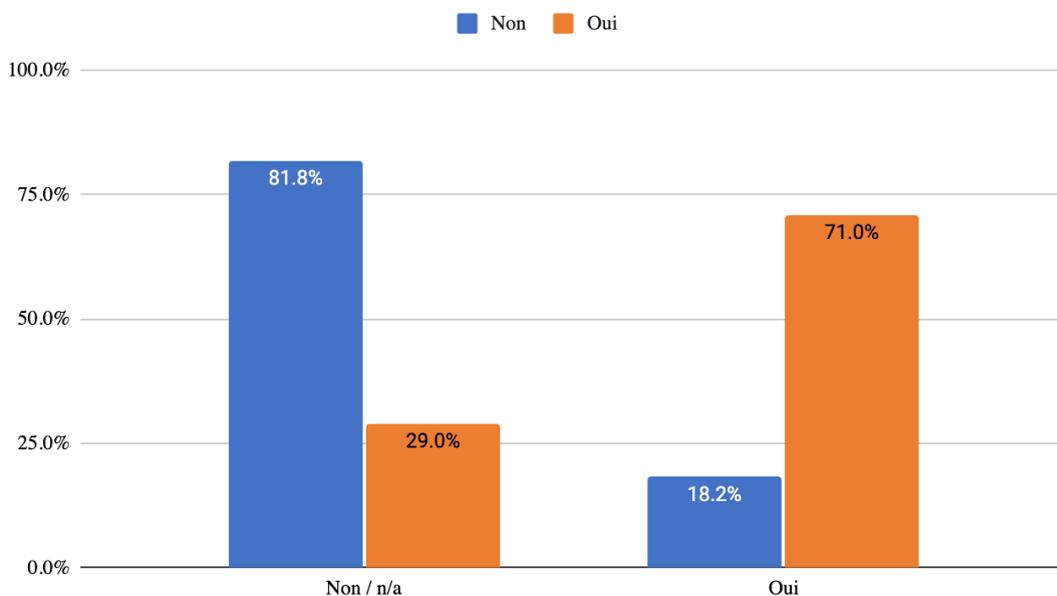
Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **2**

Ainsi, notre p-value équivaut à : **0.005**

Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, nous pouvons rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes) pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes).

Il existe un lien entre les médecins qui souhaiteraient élargir le dépistage à d'autres patients plus jeunes et ceux ayant trouvé le programme tempoforme® utile dans la prévention de la fragilité.

Répartition entre les médecins trouvant le programme tempoforme® utile et les réponses au souhait de proposer le dépistage en dehors du cadre "Bien vieillir" ce dispositif à d'autres patients



b.2.8. Proposer le dépistage à d'autres patients

Le questionnaire comportait également une question permettant de savoir si les médecins proposeraient le dépistage à d'autres patients. Ici, nous observons que 2 médecins sur 5 ne proposeraient pas ce bilan à d'autres patients. Ces résultats sont étonnants sachant que plus de 1 médecin sur 2 le conseillerait pour d'autres

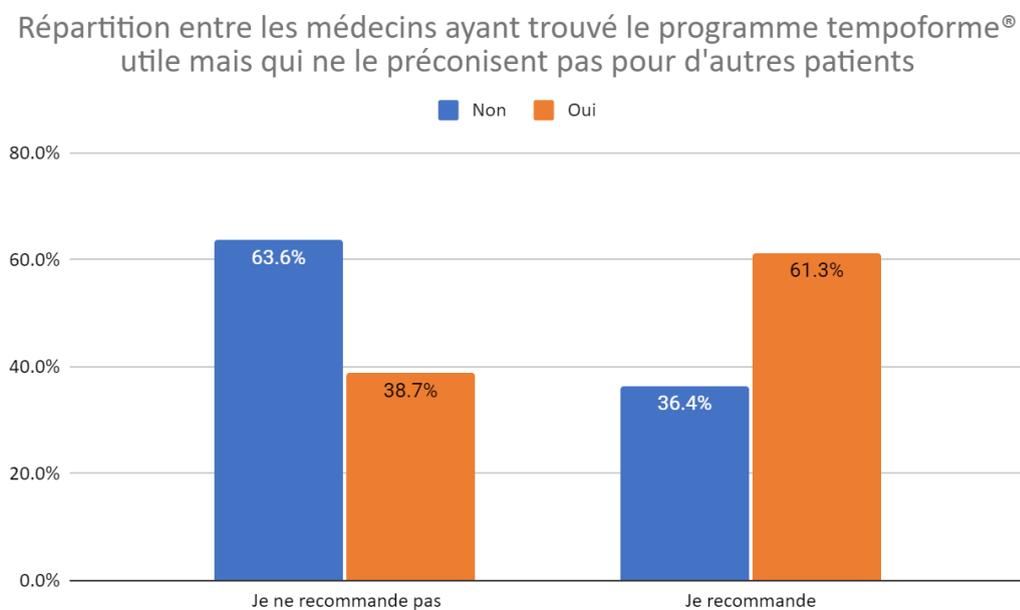
patients en dehors du cadre « Bien vieillir ». Vérifions cela en comparant avec leurs réponses à la question sur l'utilité du bilan.

Réalisons maintenant le test du Khi2.

Par rapport à notre cas d'étude, nous obtenons une valeur de test de : **1.15**

Par rapport à notre problématique, nous obtenons un degré de : **1**

Ainsi, notre p-value équivaut à : **0.28**



Si nous acceptons le risque alpha de première espèce à 5 %, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse H0 (les variables sont indépendantes) pour l'hypothèse H1 (les variables sont dépendantes).

Comme nous n'avons pas d'effectif suffisant à cette question, nous avons associé les réponses « non » et « ne se prononce pas ». Nous voulions apporter une analyse complémentaire avec cette question, mais elle n'était pas évidente. Les résultats

diffèrent des réponses à la question 13, mais il faut noter que la question 19 est pondérée par les réponses à la question 17. Nous pensons que c'est une erreur de notre part dans la réalisation du questionnaire et qu'il existe un biais de compréhension pour les répondants.

D- DISCUSSION

d.1. Interprétations des résultats

Nous avons pu démontrer qu'il existait un lien entre le mode de connaissance de la plateforme tempoforme® par les médecins généralistes et l'avis qu'ont ces derniers sur l'utilité de la plateforme tempoforme® dans la prévention de la fragilité (p-value = 0,01). Les analyses descriptives nous laisseraient penser qu'il puisse exister un lien entre le fait de trouver le programme tempoforme® inutile dans la prévention de la fragilité et le fait d'avoir découvert le programme tempoforme® par leur patient.

33 % des médecins ont connu tempoforme® par l'intermédiaire de leur patient. Aussi, les médecins qui trouvent que le bilan « Bien vieillir » n'est pas un outil utile dans la prévention de la fragilité sont des médecins qui ont eu connaissance de tempoforme® par l'intermédiaire de leur patient. Le manque de communication officielle fait partie des suggestions que trois médecins ont mises en avant. Ils proposaient dans une question à réponse ouverte, d'augmenter la communication à destination des médecins généralistes. Ils suggéraient de fournir des brochures et des affiches aux médecins généralistes ou de mettre en place un « mois de la fragilité » à l'instar de l'« Octobre rose » pour le dépistage du cancer du sein. Cela permettrait de peut-être augmenter le nombre de dépistages, et ce, en impliquant les médecins généralistes dans la sélection des patients. De plus, deux médecins

étaient contrariés à la lecture du plan personnalisé de prévention. Ils mettaient en avant le manque de concertation avec le médecin généraliste avant la réalisation du bilan. L'augmentation de la communication officielle envers les médecins généralistes pourrait favoriser les demandes de bilan à l'initiative de ces derniers, ce qui améliorerait peut-être leur considération.

Nous avons aussi pu montrer le lien entre les médecins qui trouvaient les recommandations du plan personnalisé de prévention utiles et ceux qui trouvaient que le programme tempoforme® était utile dans la prévention de la fragilité (p-value = 0.01). Cette hypothèse paraît cohérente. Aucun médecin n'a trouvé le plan personnalisé de prévention inutile. 5 médecins n'ont pas répondu à la question et il s'agit de 5 médecins qui ne connaissaient pas la plateforme tempoforme®.

Aussi, concernant les raisons de la non-application des recommandations par les médecins généralistes, il est intéressant de noter que 11 des médecins interrogés ont répondu que le patient n'était pas revenu avec les résultats en consultation, 1 médecin exprimait que le bilan n'avait pas été concerté avant sa réalisation et 1 autre mettait en avant les difficultés de terrain rencontrées en médecine de ville.

Dans une autre question ouverte, 4 médecins expliquaient avoir rencontré des difficultés pour la mise en place des recommandations liées à l'accès difficile aux consultations et aux examens spécialisés depuis leur cabinet libéral.

Enfin, nous avons pu montrer le lien entre les médecins qui proposeraient le bilan à des patients plus jeunes et le fait de trouver que le programme tempoforme® était utile dans la prévention de la fragilité (p-value = 0.005). Ces médecins estiment que certains de leurs plus jeunes patients sont déjà en état de (pré)fragilité et qu'il serait bénéfique de leur proposer ce bilan.

d.2. Forces de l'étude

Dans cette étude, le taux de réponse était plutôt bon, il représentait 30 %. Cependant, la petite taille de notre échantillon limitait la possibilité d'interprétation.

La moyenne d'âge de notre effectif est de 49 ans, ce qui est représentatif de la population de médecin généraliste français. En effet, la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2022 était de 50 ans.

Cependant, notre effectif était composé à 64 % d'hommes, ce qui n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes français, car au 1^{er} janvier 2022, 53 % des médecins généralistes étaient des femmes (32).

Nous avons mis en avant le fait que la majorité des médecins trouvaient que le programme tempoforme® était utile dans la prévention et le dépistage de la fragilité. Les suggestions données par les médecins répondants sont aussi encourageantes, car elles permettent d'affiner les attentes et les limites du bilan.

d.3. Limites de l'étude

Il aurait été intéressant de connaître l'environnement d'exercice des médecins répondants. Est-ce que les médecins qui connaissaient tempoforme® avaient significativement un environnement professionnel urbain plutôt que rural ?

Il aurait été aussi intéressant de connaître l'état des connaissances de ces médecins sur le syndrome de fragilité et s'ils effectuaient des dépistages en consultation.

Ces données auraient pu nous permettre de créer d'autres sous-groupes de population. Nous aurions pu rechercher si les connaissances des médecins sur la

fragilité ou le lieu de leur exercice auraient eu un impact sur le recours au bilan de santé « Bien vieillir ».

Aussi, il existe un biais méthodologique, nous aurions peut-être pu augmenter la taille de notre population, si nous avons procédé à un premier contact par voie postale.

On peut ajouter qu'il existe un biais de formulation avec la question 19, en supprimant la pondération nous aurions peut-être recueilli suffisamment de données, nous évitant de regrouper les réponses "non" et "ne se prononce pas".

Enfin, nous pouvons évoquer la présence d'un biais affectif avec la question 11 car nous posons une question en rapport avec les sentiments des répondants.

d.4. Perspectives

Cette étude nous a permis de mettre en évidence qu'une majorité de médecins interrogés trouvaient le programme tempoforme® utile pour le dépistage et la prévention de la fragilité de leur patient. Celui-ci apporte aux médecins généralistes un précieux outil de dépistage. Certains médecins généralistes envisagent de le proposer à leurs patients plus jeunes en situation de (pré)fragilité.

Plusieurs répondants qui ne connaissaient pas le programme tempoforme® auraient aimé être à l'initiative de la demande de bilan, ce qui nous questionne sur les limites actuelles de la communication du programme.

Nous pouvons donc supposer qu'une meilleure visibilité du programme tempoforme® auprès des professionnels de santé permettrait une augmentation des demandes de bilan par ces derniers.

Concernant la difficulté qu'ont les médecins à mettre en place les recommandations du plan personnalisé de prévention, 4 médecins répondants ont mis en avant le problème d'accès à certains spécialistes et à certains examens en médecine libérale. Il pourrait être intéressant de mettre en place une liaison entre les médecins et le CHU par l'intermédiaire de la structure tempoforme®, afin de proposer une solution de prise en soins directement au niveau du CHU. Cela aurait le double avantage d'améliorer la prise en soins des patients en leur permettant d'accéder aux examens et aux consultations recommandées dans leur plan personnalisé de prévention. Mais cela permettrait aussi d'améliorer la communication entre les libéraux et les structures hospitalières.

Devant la méconnaissance des outils de dépistage de la fragilité et le manque de temps consacré au dépistage, le programme tempoforme® est un outil utile pour les médecins généralistes de la région des Hauts-de-France. À l'instar du jeune gérontopôle des Hauts-de-France, il s'inscrit dans les nouveaux moyens mis en place au niveau régional en faveur du « Bien vieillir ».

Pour un travail ultérieur, il serait intéressant d'interroger les patients afin de mettre en avant les raisons de leur absence de retour vers leur médecin généraliste avec les résultats du bilan. Le médecin généraliste reste le coordinateur pour la mise en place des recommandations visant à limiter les facteurs aggravant l'entrée dans la fragilité.

CONCLUSION

Nous pouvons donc retenir de cette étude que le programme tempoforme® et son plan personnalisé de prévention est validé par un panel de médecins généralistes des Hauts-de-France. Il est considéré comme un nouvel outil de prévention et de dépistage de la (pré)fragilité chez les patients. Ce programme peut répondre au manque de temps et à la volonté de travailler davantage en réseau que peuvent subir les médecins généralistes dans le dépistage de la fragilité et pré-fragilité. Il propose une aide au dépistage de la (pré)fragilité dans la région des Hauts-de-France.

Le concept du « Bien vieillir » est devenu un enjeu majeur et actuel de nos politiques de santé publique. Le dépistage de la (pré)fragilité est un pilier de ces politiques. Au niveau de la région des Hauts-de-France, le programme tempoforme® est un dispositif de santé innovant en matière de dépistage, le programme tempoforme® s'inscrit dans le plan d'action mondial de la « *Décennie du vieillissement en bonne santé* » (2021-2030) lancé par l'OMS.

Nous espérons qu'il permettra l'amélioration du dépistage précoce de la (pré)fragilité dans la pratique des médecins généralistes et qu'il participera à l'amélioration de la qualité de vie des patients vieillissants.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Population par âge - Tableaux de l'économie française* (s.d) | Institut national de la statistique et des études économiques. [Consulté le 5 décembre 2023].
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Collège National des Enseignants de Gériatrie. *Gériatrie*. 4^{ème} édition, 2018, p.5
3. Cambois E, Robine J-M, « *Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique* », *Informations sociales*, 2014/3 (n° 183), p.106-114. DOI : 10.3917/inso.183.0106. URL :
<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-106.htm>
4. Rubira L, *Dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Narbonnais : évaluer l'implication future des médecins généralistes dans un circuit de dépistage en lien avec l'Hôpital*. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03338162
5. Collège National des Enseignants de Gériatrie. *Gériatrie*. 4^{ème} édition, Elsevier Masson, 2018, p.3-4
6. World Health Organization : WHO. (2022, 1 octobre). *Vieillesse et santé*. [Consulté le 5 décembre 2023]
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Foucart J, « *La vieillesse : une construction sociale* », *Pensée plurielle*, 2003/2 (no 6), p.7-18. DOI : 10.3917/pp.006.0007.
<https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2003-2-page-7.htm>
8. Vieillesse mondiale | OMS [Internet]. [Consulté le 5 décembre 2023]. Disponible sur https://www.who.int/fr/health-topics/ageing#tab=tab_1
9. Le vieillissement de la population européenne. Commission Européenne [Internet]. [Consulté le 5 décembre 2023]. Disponible sur

https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_fr#:~:text=Le%20vieillissement%20de%20la%20population%20europ%C3%A9enne,-Les%20Europ%C3%A9ens%20vivent&text=Cette%20tendance%20a%20une%20incidence,de%20possibilit%C3%A9s%20et%20de%20d%C3%A9fis.&text=La%20proportion%20de%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20de%2015%20%C3%A0%2029%20ans,16%20%C3%20%25%20en%202021.

10. Dossier complet - Région des Hauts-de-France. Evolution et structure de la population par grande tranche d'âge | INSEE. [Consulté le 5 décembre 2023]
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32#tableau-POP_G2
11. Fried LP et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 mars 2001 ; 56(3) : M146-M156
12. Conséquences économiques et sociales du vieillissement de la population. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 4^{ème} édition, ELSEVIER MASSON, 2018, p.6.
13. L'âgisme, un enjeu mondial | Communiqué de presse de l'OMS [Internet] [Consulté le 5 décembre 2023]. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
14. Tenand M, « Vieillissement démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? », *Informations sociales*, 2014/3 (n° 183), p.74-82. DOI : 10.3917/inso.183.0074. URL :
<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-74.htm>
15. Sirven N, Rapp T. The cost of frailty in France. Eur J Health Econ. 2017 Mar;18(2):243-253. doi: 10.1007/s10198-016-0772-7. Epub 2016 Feb 25. PMID: 26914932.

16. Boddaert J et Al. Vieillesse des organes. Collège National des Enseignants de Gériatrie. 5^{ème} édition, Elsevier Masson, 2021
17. Vieillesse : vulnérabilité ou fragilité ? Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 4^{ème} édition, Elsevier Masson, 2018
18. Renart B, (2022). Dossier de presse. Présentation tempoforme®. [Internet] [Cité le 5 décembre 2023]
<https://www.agevillage.com/media/library/images/Pr%C3%A9sentation-Tempoforme.pdf>
19. Cesari et al., 2014 : The frailty phenotype and the frailty index : different instruments for different purposes
20. Fried L.P. and AL (2001). Frailty in older adults : Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology : Medical Sciences, 56A, n° 3, M146-M156.
21. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051. PMID: 16129869; PMCID: PMC1188185.
22. Fiche parcours fragilité. HAS. Juin 2013 [Internet][Cité le 5 décembre 2023].
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
23. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009 Jun;64(6):675-81. doi: 10.1093/gerona/glp012. Epub 2009 Mar 10. PMID: 19276189; PMCID: PMC2800805.
24. A.-L. P. et al., 2016 : Pré-fragilité, fragilité et multimorbidité en France : prévalences et déterminants. EM consult

25. Proposition de loi n°1061 “ bien vieillir” du 4 avril 2023. [Internet][cité le 5 décembre 2023]. Disponible sur :
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1061_proposition-loi
26. Rougé Bugat, Marie-Eve & Subra, J. & Oustric, S. & Nourhashémi, F. (2012). Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. Les cahiers de l'année gérontologique. 4. 10.1007/s12612-012-0305-7.
27. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, Bismuth S, Oustric S, Cesari M. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. 2013 Jul;17(7):629-31. doi: 10.1007/s12603-013-0363-6. PMID: 23933875.
28. Marchais I. L'Europe du Nord : championne du bien vieillir. Jacques DELORS Institute. Policy Paper. 2022
29. Gomez M. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées. *Le livre blanc sur la fragilité*. (page-4) Gérontopôle CHU Toulouse, 2015.
30. Buchwalter L. *La fragilité du sujet âgé en médecine générale : enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes*. Université de Bordeaux, Mai 2018.
31. Présentation de tempoforme®. [Consulté le 5 décembre 2023]. Disponible sur : <https://tempoforme.fr/page/programme>
32. Arnault F, Atlas de la démographie médicale au 1/1/22. Ordre des médecins. page 65. [Consulté le 5 décembre 2023].
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire pour l'évaluation du bilan tempoforme®:

- 1- Comment définissez-vous votre genre ?
 - Masculin
 - Féminin
 - Autres

- 2- Quel est votre âge ?
 - 30-40 ans
 - 40-50 ans
 - 50-60 ans
 - 60-70 ans
 - 70-80 ans

- 3- Quel est votre mode d'exercice ?
 - Activité seul
 - Activité associé
 - Maison de Santé Pluridisciplinaire

- 4- Structure de travail : en fonction de votre environnement de travail, avec qui avez-vous l'habitude de travailler ?
 - Centre hospitalier et Centre hospitalier universitaire
 - Centre hospitalier périphérique
 - Centre hospitalier universitaire
 - Clinique
 - Clinique et Centre hospitalier universitaire
 - Ne se prononce pas
 - Autres

- 5- Avez-vous une formation spécifique sur la fragilité et/ou le vieillissement ?
 - Capacité de Gériatrie
 - AUEC « Bien vieillir »
 - DIU médecine de la personne âgée
 - DU psychogériatrie
 - DU soins et santé en gériatrie
 - Pas de formation
 - Autres (veuillez préciser)

- 6- Comment avez-vous eu connaissance de tempoforme® ?
 - Lors d'une discussion avec votre patient
 - Lors d'une discussion avec un autre professionnel de santé
 - Par bouche à oreille

- Lors d'une communication scientifique orale ou écrite (congrès, conférence, article)
- Autre (veuillez préciser)

7- Comment avez-vous reçu les résultats de votre patient après son « Bilan Bien vieillir » ?

- Mail
- Courrier postal
- Autres
- Ne se prononce pas

8- Il y a-t-il un autre mode de réception que vous préférez ?

- Oui (Veuillez préciser)
- Non
- Ne se prononce pas

9- Le patient est-il revenu vers vous avec les résultats ?

- Oui
- Non

10- En combien de temps avez-vous lu les derniers bilans « Bien vieillir » tempoforme® reçus ?

- Moins de 10 min
- Entre 10 et 20 min
- Plus de 20 min
- Autres (Veuillez préciser)

11- Quel sentiment avez-vous eu à la lecture du bilan ?

.....
.....

12- Le bilan vous paraît-il complet ?

- Oui
- Non
- Autres (Veuillez préciser)

13- Le bilan complet tempoforme® vous serait-il utile pour vos patients en dehors d'une approche « Bien vieillir » ?

- Oui
- Non
- Autre (Veuillez préciser)

14- Il y a-t-il des choses à revoir ?

.....
.....

15- Les recommandations vous sont-elles parues utiles ?

- Oui
- Non
- Autre (Veuillez préciser)

16- Avez-vous trouvé la formulation des recommandations trop directive ?

- Oui
- Non
- Autre (Veuillez préciser)

17- Les avez-vous mises en œuvre ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

18- Si non, pourquoi ? Non réalisables ? Autre (veuillez préciser)

.....
.....

19- Si oui, comptez-vous proposer un Bilan « Bien vieillir » tempoforme® à d'autres patients ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

20- Avez-vous rencontré des difficultés pour mettre en place les recommandations proposées à l'issue du Bilan Bien Vieillir : Plan Personnalisé de Prévention ? Si oui lesquelles : Difficultés logistiques / difficultés en lien avec la motivation du patient / autre (veuillez préciser)

.....
.....

21- Pensez-vous que tous vos patients puissent réaliser leur auto-évaluation via l'application mobile ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

22- Trouvez-vous pertinent de réaliser l'auto-évaluation avec vos patients lors d'une consultation dédiée ? Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

23- Avez-vous en tant que médecin utilisateur de la plateforme tempoforme®, une suggestion à faire sur le bilan ? Si Oui, laquelle ou lesquelles – non - sans opinion.

.....
.....

24- Pensez-vous que le programme Tempoforme® est un outil utile dans la prévention de la fragilité de vos patients ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

25- Vous semblerait-il bénéfique de l'étendre à une plus large population de patients ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

26- Le « Bilan Bien vieillir » vous a-t-il apporté des informations que vous ne connaissiez pas concernant votre/vos patient(s) ? Si oui, dans quels domaines ?

- Oui (Veuillez préciser)
- Non
- Ne se prononce pas

Annexes 2 : Exemple de Plan Personnalisé de Prévention



Dr Médecin Généraliste
Ville, Hauts-de-France

Références courrier : BOULANGER ERIC
IEP : 01010101

N° Vert 0 800 72 88 44

tempoforme@chu-lille.fr

Bilan de santé Bien Vieillir

Equipe médicale :
Pr Eric BOULANGER
Dr Camille BIAVA
Dr Aurélie MAILLIEZ

Infirmière :
Mme Laura BODELLE

Assistante médico-administrative :
Mme Nathalie MORVAN

Compte rendu du bilan « Bien Vieillir » du : 27/07/2023
Identité du patient : XY
Né(e) le : 01/01/1960
Adresse : 123 AVENUE DU BOULEVARD
Code postal : 00000 Ville : XX

Cher Confrère,

Lille, le 03/08/2023,

Nous avons reçu votre patient, **Monsieur XY**, âgé de 65 ans, pour son bilan « Bien Vieillir » s'inscrivant dans le programme « tempoforme® » ayant pour objectif de prévenir l'entrée dans la dépendance.

Préalablement à ce bilan, le patient s'est autoévalué (repérage des (pré)fragilités) via l'application « tempoforme® » et a répondu à un questionnaire.

Synthèse des (pré)fragilités mises en évidence :

- 1 - **Fragilité neurosensorielle (auditive et visuelle)** pouvant accélérer le vieillissement cérébral et l'entrée dans la dépendance cognitive ;
- 2 - **Fragilité musculaire** pouvant accélérer l'entrée dans la dépendance physique.

Plan Personnalisé de Prévention (PPP), actions à mener :

- **En priorité :**
 - Avis ORL pour prise en soin de la presbyacousie ;
 - Prise en soin précoce de la DMLA dépistée ce jour ;
 - Renforcement musculaire par APA pour lutter contre la sarcopénie. Marche quotidienne (objectif : 30 min avec possibilité d'augmenter progressivement).
- **Dans un second temps :**
 - 50 000 UI de vitamine D / mois ;
 - Macrocytose = dosage B12 et B9 à programmer ;

Nous sommes à votre disposition pour toute information complémentaire.

Sensible à votre confiance, nous vous prions de croire, Cher Confrère, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pr **Éric BOULANGER**

Identité - Coordonnées

Nom : YX
Date de naissance : 01/01/1960
Sexe : M
Age : 75 ans
Adresse : 123 AVENUE DU BOULEVARD
Code postal : 00000 Ville : XX

Patient(e) adressé(e) par : son médecin traitant

Interrogatoire et examen clinique

Antécédents médicaux :

- Diabète de type 2 depuis 2004
 - ❖ Macroangiopathie : Coronaropathie stentée (IVA, octobre 2021)
 - ❖ Microangiopathie : Pas d'atteinte oculaire, rénale ou nerveuse périphérique
 - ❖ HBA1c = 7.2 % (le 05/07/2022)
- Cancer de prostate en rémission (radiothérapie 2012)

Antécédents chirurgicaux :

- Cure d'halux valgus (2007)

Antécédents gynéco-obstétricaux : Non concerné

Allergies : Pas d'allergie connue

Vaccination :

- Anti grippale : annuelle
- Anti covid 19 : a reçu 4 doses (dernière le 01/07/2022)
- DTP : à jour (dernière injection en 2018)

Antécédents familiaux :

Pas de notion d'antécédent relatif à une néoplasie ou à tout évènement métabolique et/ou thromboembolique vasculaire

Consommation tabagique : Non

Consommation éthylique : Oui

Quantification : 1 à 2 verres d'alcool quotidiens

Autres toxiques : Néant

Traitement :

- OZEMPIC 0.5 mg : 1 injection sous cut /sem (les lundis)
- SYNJARDY 12.5/1000 mg : 1 cp le matin
- PRAVASTATINE 20 mg : 1 cp le soir
- PERINDOPRIL 2 mg : 1 cp le matin
- RESITUNE 75 mg : 1 cp le matin

Bilan sanguin effectué en amont du bilan le 05/10//2022 :

- NFS :
 - Hb : 14,9 g/dl
 - Plaquettes : 350 G/l
 - Leucocytes : 5,35 G/l
 - PN Neutrophiles : 2,35 G/l
 - PN Eosinophiles : 0,21 G/l
 - PN Basophiles : 0,02 G/l
 - Lymphocytes : 2,16 G/l
 - Monocytes : 0,61 G/l

- Fonction rénale :
 - Créatinine : 10 mg/l
 - DFG (CKD-EPI) : 69.56 ml/min/1.73m²
 - Natrémie : 142 mmol/l
 - Kaliémie : 4 mmol/l

- Métabolisme :
 - Glycémie à jeun : 1,05 g/l
 - HbA1c : 5,20 %
 - TSH : 1,913 mUI/l

- Bilan hépatique :
 - TGO : 21 U/l
 - TGP : 18 U/l
 - PAL : 72 U/l
 - GGT : 34 U/l
 - Bilirubine totale : 10 mg/l

- Bilan lipidique (Normes en l'absence de facteurs de risque cardio-vasculaire):
 - Cholestérol total : 2,21 g/l
 - HDL Cholestérol : 0,54 g/l
 - LDL Cholestérol : 1,41 g/l
 - Triglycérides : 1,32 g/l
 - Albumines : 40,9 g/l
 - 25 OH-Vitamine D : 22,3 mg/l

- Inflammation :
 - CRP : 2,8 mg/l

Commentaire : carence en vitamine D

Examen clinique :

- Sur le plan neurologique : Sans particularité
- Sur le plan cardiologique : OMI sans prise de godet
- Sur le plan pneumologique : Diminution du MV base gauche
- Sur le plan abdominal : Abdomen plethorique
- Sur le plan cutané : Sans particularité
- Sur le plan rhumatologique : Tendinite pied gauche
- Sur le plan ORL : Sans particularité
- Aires ganglionnaires : Sans particularité
- Autres : Sans particularité

Dépistage des fragilités par domaine**Dépistage de la fragilité physique**

- **Timed Up and Go test** : 12 (N ≤ 20 secondes)
Interprétation : Dans les normes

- **Appui Unipodal** :
 - Gauche : 7 secondes (N ≥ 5 secondes)
 - Droite : 7 secondes (N ≥ 5 secondes)Interprétation : Dans les normes (tendance à écarter les bras)

- **Grip-test**
 - Côté Dominant : Droit = 17 kg
Interprétation : Valeur Inférieure aux normes (18.1 – 61.2 kg) : possible sarcopénie
 - Côté Non dominant : Gauche = 13.3 kg
Interprétation : Valeur Inférieure aux normes (14.1 – 54 kg) : possible sarcopénie

- **Bio-impédancemétrie** : masse musculaire squelettique :
 - Valeur : 27 kg (27.9 - 36.8)
 - Interprétation : Insuffisance musculaire squelettique diffuse

- **Ostéodensitométrie à ultrasons**
 - Site : Radial Gauche
 - T-Score : 0,6
 - Z-Score : 1,2
 - Interprétation : Résultats dans les normes, pas de signes d'ostéopénie ou d'ostéoporose

Dépistage de la fragilité cognitive, de l'humeur et du sommeil

- **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment) : 30 (N > 26)
Interprétation : Pas d'atteinte neurocognitive décelée

- **Echelle HAD** (Hospital Anxiety and Depression scale)
 - Score Anxiety : 3 (N ≤ 7)
 - Interprétation : Pas d'argument en faveur d'une anxiété sous-jacente
 - Score Depression : 2 (N ≤ 7)
 - Interprétation : Pas d'argument en faveur d'une dépression sous-jacente

- **ESS** (Epworth Sleepiness Scale) : 4 (N ≤ 10)
Interprétation : Absence de somnolence diurne subjective

- **ISI** (Index de Sévérité de l'Insomnie) : 3 (N ≤ 7)
Interprétation : Absence d'insomnie

Dépistage de la fragilité neurosensorielle

- **Visuelle** :
 - Rétinographie :
Interprétation ophtalmologique : Croissant atrophique juxta-papillaire. Maculopathie bilatérale liée à l'âge : présence de drüsen maculaires
 - Pression oculaire :
 - Œil gauche : 16 mmHg (N<21)
 - Œil droit : 15,7 mmHg (N<21)
 Interprétation : Pression oculaire normale des deux côtés
 - Transparence de l'œil :
 - Œil gauche : 9 (N>7)
 - Œil droit : 9 (N>7)
 Interprétation : Transparence normale des deux côtés

- **Auditive** :
 - Audiométrie vocale dans le bruit
 - Résultats : 9,5 dB
 Interprétation : Perte auditive > 3 dB : en faveur d'une presbyacousie avec effet « cocktail party » justifiant d'un avis ORL pour éventuel appareillage

Dépistage de la fragilité respiratoire

- **Saturation en oxygène** : 97 % en air ambiant

- **Spirométrie**
 - VEMS : 86%
 - VEMS/CV : 103%
 - CVF : 83%
 - CVL : 86%

(Valeurs exprimées en % de valeurs prédites et variant entre les individus selon l'âge, la taille, l'ethnie et le sexe)
Interprétation : Pas d'anomalie décelée.

Dépistage de la fragilité cardio-métabolique

- **Température** : 37.2°C
- **Poids** : 97.7 kg
- **Taille** : 1.72 m
- **IMC** : 33.02 kg/m²
- **Bio-impédancemétrie** :
 - Masse maigre : 75 %
 - Masse grasse : 25 % (N< 30 %)
 - Graisse viscérale : 2.4 litres (N< 2.1)
- **Pression artérielle systolique** : 145 mmHg
- **Pression artérielle diastolique** : 92 mmHg
- **AGE Reader™** (auto-fluorescence cutanée) : 2.7
 - Résultat attendu : 2.532 [2.18 ; 3.28]

Interprétation : Risque cardio-vasculaire global dans les normes pour l'âge et le sexe
- **ECG** :
 - Fréquence : 56 bpm
 - Rythme
 - Régulier
 - Sinusal
 - Axe : Normal
 - Trouble de la conduction : Non
 - Trouble du rythme : Non
 - Anomalie du segment ST : Non
 - Trouble de la repolarisation : Non

Interprétation cardiologique : Variabilité sinusale de la fréquence cardiaque

SERMENT D'HIPPOCRATE

texte revu par l'ordre des médecins 2012

“ Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. ”

AUTEUR : MOREAU LUCAS

Date de soutenance : 20 février 2024

Titre de la thèse : Dépistage de la (pré)fragilité : Bilan de Santé Bien Vieillir et son plan personnalisé de prévention, enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Médecine générale et Gériatrie*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : Dépistage, (pré)fragilité, Médecine générale, fragilité, bien vieillir

Résumé : Le stade de vieillissement fonctionnel de (pré)fragilité correspond à un état intermédiaire entre la robustesse et la dépendance chez le sujet âgé, mais également chez les sujets plus jeunes.

Le stade de (pré)fragilité permet de mettre en évidence un sur-risque de dépendance, donc d'institutionnalisation et donc de décès chez ces sujets. L'état de dépendance est irréversible alors que l'état de (pré)fragilité est réversible.

tempoforme® est un programme de santé publique mis en place en mai 2022 afin de dépister la (pré)fragilité des patients, d'en promouvoir la réversibilité et de retarder l'entrée dans la dépendance par le « Bien vieillir ».

Pour ce travail, nous avons interrogé les médecins généralistes des Hauts-de-France pour lesquels un ou plusieurs de leurs patients ont pu réaliser le bilan de santé « Bien vieillir ». Nous avons contacté un total de 141 médecins généralistes afin de leur soumettre un questionnaire par entretien téléphonique. Ce questionnaire était composé de 26 questions visant à interroger les médecins sur le programme tempoforme®. Nous avons recueilli un taux de participation de 30%. Les médecins interrogés sont convaincus que le programme tempoforme® est utile dans le dépistage de la fragilité pour 74% d'entre eux. Nous avons pu observer que 21% des médecins interrogés n'ont pas répondu à cette question, car ils ne connaissaient pas le programme tempoforme®. Cela peut être corrélé aux suggestions que plusieurs médecins répondants ont pu nous faire. Il serait intéressant d'augmenter la communication professionnelle et institutionnelle afin de majorer la diffusion du projet aux médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Docteur Jean-Paul KORNOBIS ; Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Professeur Eric BOULANGER