

01/05/2018

Personnes âgées fragiles

*Expérimentation relative au
repérage précoce de la fragilité
chez les personnes âgées en
Bretagne*

Enquête qualitative

Table des matières

1. Introduction	3
A. Contexte et objectifs de l'expérimentation	3
B. Déroulement du projet.....	4
C. Etat des lieux à partir des éléments chiffrés de l'évaluation.....	5
D. Objectifs de l'enquête qualitative	6
E. Point méthodologique.....	7
2. Analyse des résultats.....	8
A. L'intérêt des soirées de sensibilisation pour les professionnels	8
B. L'expérimentation et ses outils dans la pratique.....	10
C. Différentes situations évoquées à l'origine de la fragilité	12
D. Proposer une orientation adéquate à chaque cas particulier	14
E. L'enjeu de la communication avec les patients	15
F. Une bonne communication interprofessionnelle, élément facilitant du repérage.....	18
G. Difficultés et besoins exprimés par les professionnels suite à un repérage	19
H. Pistes d'améliorations, les propositions évoquées par les professionnels	20
3. Faire évoluer l'expérimentation	22
4. Perspectives : Fiches actions	24
Annexes	25
A. La définition et le diagnostic de la fragilité au quotidien.....	25
1. Appropriation du concept de fragilité.....	25
2. Soirées de sensibilisation et de formation	25
3. Aborder la notion de fragilité avec le patient et/ou le proche aidant	25
4. Appropriation des outils et de la méthode dans la pratique quotidienne	26
B. Le parcours du patient et sa coordination.....	26
5. Les relations interprofessionnelles et la coordination du parcours	26
6. Un parcours type ? Des situations récurrentes ? Des orientations privilégiées ?.....	26
C. Informations complémentaires (si non évoquées auparavant)	27
7. Le réseau du professionnel	27

8. Les enjeux du territoire	27
D. Améliorer l'expérimentation.....	27
1. L'intérêt des soirées de sensibilisation pour les professionnels.....	28
L'intérêt et l'apport des soirées de sensibilisation.....	28
L'appropriation du concept de fragilité par les professionnels de santé libéraux	28
2. L'expérimentation et ses outils dans la pratique	29
Le repérage en pratique.....	29
Les différentes utilisations a grille de repérage	29
3. Les différents situations de fragilité évoqués.....	29
4. Proposer une orientation adéquate - La place de la gériatrie dans le parcours	30
5. L'enjeu de la communication avec patients et aidants.....	31
6. La communication interprofessionnelle	31
7. Les besoins et difficultés exprimés.....	32
8. Propositions évoquées par les professionnels.....	33

1. Introduction

A. Contexte et objectifs de l'expérimentation

Le projet d'expérimentation relative au repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées donne suite aux travaux menés dans le groupe de travail régional « Pathologies du Vieillissement » piloté par l'Agence régionale de santé Bretagne (ARS). Les Unions régionales des professions de santé (URPS) de Bretagne portent le projet avec le soutien financier de l'ARS Bretagne.

Cette expérimentation s'inscrit dans une démarche de prévention et d'amélioration du parcours pour la personne âgée. L'objectif général du projet est de « prévenir et retarder la perte d'autonomie chez la personne âgée, le plus précocement possible et dès le domicile ».

Dans la perspective d'accompagner les personnes repérées vers une « trajectoire de vieillissement réussi », les professionnels peuvent mettre en œuvre « si nécessaire une expertise gériatrique ».¹

Pour mener à bien cet objectif, les acteurs du projet s'attachent à :

- Sensibiliser les professionnels à la notion de fragilité
- Organiser un repérage opportuniste de la fragilité pour les personnes de plus de 70 ans autonome
- Soutenir les dynamiques organisationnelles dans une logique de parcours
- Evaluer les procédures mises en œuvre

Les professionnels concernés par le projet sont les professionnels de santé libéraux de premier recours des trois territoires retenus. On trouve donc les Chirurgiens-dentistes, les Médecins, les Pharmaciens, les Infirmiers, les Masseurs-kinésithérapeutes, les Orthophonistes et les Pédiatres-podologues.

Les trois territoires retenus sont Brest Métropole, le Pays d'Auray et du canton de Matignon. Brest Métropole est un territoire majoritairement urbain avec plus de 200 000 habitants. Le territoire rural d'Auray regroupe 90 000 habitants sur 28 communes tandis que celui de Matignon est plus restreint avec 9 communes et 11 000 habitants. Avec trois territoires différents, l'expérimentation fait face à des problématiques variables en termes de ressources disponibles, d'interconnaissance ou de dynamique professionnelle.

¹ Finalité du projet énoncée dans la convention

B. Déroulement du projet



La première phase a permis d'associer au projet les équipes hospitalières et notamment les gériatres des établissements supports des filières gériatriques de proximité. Les équipes projets de chaque territoire, composées de professionnels de santé et de gériatres ont pu élaborer les soirées de sensibilisation et le contenu de leur présentation.

La seconde phase correspond à l'information et la sensibilisation des professionnels de santé libéraux des territoires. L'objectif était de présenter l'intérêt de l'expérimentation pour les mobiliser, en privilégiant les échanges techniques illustrés par des cas cliniques. Sur les trois territoires, plus de la moitié des participants aux soirées ont confirmé leur engagement.

Les URPS et l'ARS Bretagne ont collaboré tout au long des phases du projet, sur le plan méthodologique, dans la mise en cohérence des actions sur les différents territoires et dans la réponse aux interrogations des professionnels.

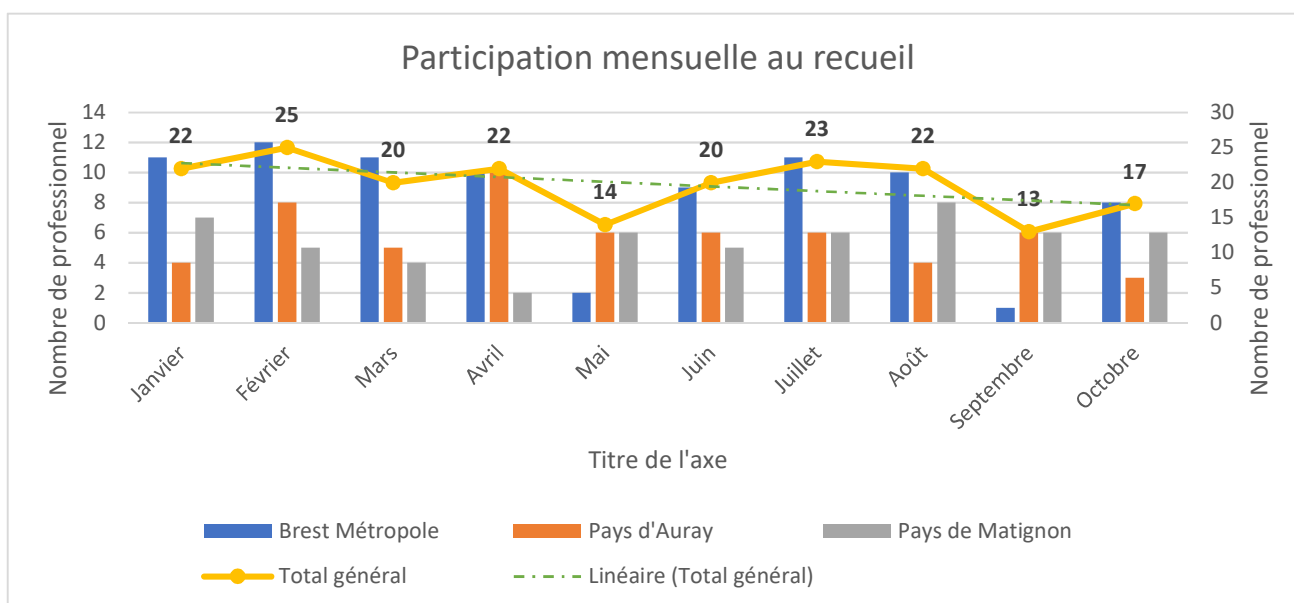
S'en est suivi une phase de test de trois mois pour mettre en application les éléments apportés par les soirées. Suite aux remarques des professionnels, un premier point d'étape a permis d'adapter les outils notamment pour mieux communiquer avec le patient sur les risques liés à la fragilité.

L'expérimentation s'est ensuite prolongée pendant six mois afin de consolider les données quantitatives et obtenir des éléments qualitatifs basés sur une expérience de repérage plus conséquente pour les professionnels.

Une première évaluation a été produite, elle se base sur la participation, les repérages effectués et remontés, le nombre de grilles de repérage transmises. La partie qualitative de cette évaluation se base sur des entretiens téléphoniques et un questionnaire. C'est cette partie qualitative qui est approfondie ici.

C. Etat des lieux à partir des éléments chiffrés de l'évaluation

	Brest Métropole	Pays d'Auray	Pays de Matignon	TOTAL
Nombre de professionnels formés	44	33	28	105
Nombre de professionnels engagés déclarés	28	21	16	65
Nombre de professionnels repérants	19	12	13	44



A partir des retours de l'évaluation, un bilan a pu être effectué. Malgré une bonne implication et l'intérêt des professionnels constaté suite aux soirées de sensibilisation, le nombre de repérage rapportés diminue légèrement au fil des mois. Les questionnaires d'évaluation mettent en avant la difficulté à changer les habitudes, et le manque de disponibilité des professionnels.

Les professionnels impliqués remontent aussi la difficulté d'aborder la question de la fragilité avec le patient, du fait du caractère anxiogène du repérage précoce. Ils évoquent aussi une perte d'information lorsque le médecin traitant du patient n'est pas impliqué dans l'expérimentation.

Les chiffres analysés sont à prendre avec précaution dans la mesure où la démarche de repérage était perçue comme déjà effectuée par les professionnels avant l'expérimentation, ou ne sont pas toujours formalisés ou remontés dans les données. Par ailleurs, l'appropriation diverse de la notion de fragilité fait que l'on trouve derrière ces chiffres des situations d'une grande diversité. Enfin, certains

professionnels estiment que certains patients sont déjà repérés à partir du moment où ils ont une prise en charge, cela les exclut donc du recueil.

D. Objectifs de l'enquête qualitative

Dans plusieurs réunions territoriales et lors d'échanges bilatéraux des interrogations ont été constatées sur la place du professionnel de santé, les champs de compétences du Médecin Traitant et du gériatre. Plusieurs professionnels s'interrogent donc sur la façon dont le médecin traitant peut adresser la personne fragile. Quand-est-ce qu'une Evaluation Gériatrique Standardisée s'avère pertinente ? Dans quel cas le médecin fait-il seulement le lien avec les professionnels du premier recours ?

L'enquête qualitative permet d'approfondir la variété des pratiques et des opinions des professionnels à ce sujet. Les éléments d'observation recueillis par des entretiens individuels avec les professionnels impliqués permettront de dégager des profils, et d'identifier les situations courantes. Cela permet notamment de questionner la pertinence d'un parcours type. Le repérage précoce de la fragilité peut en effet mener à des orientations variées selon les pathologies, les types de prise en charge, l'entourage de la personne repérée fragile et sa propension à s'inscrire dans cette démarche de prévention.

Cette enquête sera aussi l'occasion de questionner le territoire d'action, le rôle des professionnels impliqués dans le parcours de la personne âgée repérée fragile.

Plusieurs pistes ont été évoquées pour faire évoluer l'expérimentation :

- Le relais par les URPS auprès de leurs pairs sur le repérage précoce de la fragilité dans les territoires engagés de fait par la promotion de l'expérimentation.
- Le besoin d'identifier un professionnel référent dans le suivi pour appuyer les professionnels et suivre le patient (coordinateur, gestionnaire de cas...)
- La possibilité de resserrer l'expérimentation à une équipe plus réduite de professionnels
- L'association au repérage des acteurs du médico-social et du social

Cette phase d'évaluation complémentaire doit permettre de se positionner sur ces pistes et proposer d'autres ajustements.

E. Point méthodologique

Cette enquête est conduite avec l'appui de l'Université de Bretagne Occidentale et M. Fernandez, sociologue pour apporter un regard universitaire à ce travail. L'Agence régionale de santé Bretagne a aussi été associée au travail pour déterminer les thématiques et approuver le contenu de la grille d'entretien, jointe en annexe.

Par souci de diversité des profils des professionnels rencontrés, nous nous sommes attachés à rencontrer des professionnels des trois territoires. Il a aussi fallu tenir compte de la disponibilité des professionnels. Finalement ce sont 7 professionnels de Brest, 5 du pays d'Auray et 2 du pays de Matignon qui ont pu participer aux entretiens.

Il était aussi important d'avoir des données qualitatives sur toutes les professions engagées dans l'expérimentation. Nous nous sommes donc tenus à avoir au moins deux entretiens par profession.

- 3 Médecins Généralistes
- 2 Pharmaciens
- 3 Infirmières
- 2 Masseurs-kinésithérapeutes
- 2 Orthophonistes
- 2 Pédiatres-Podologues

Les autres acteurs et parties prenantes de l'expérimentation, tels que Gériatre, Pilote Maia et représentant d'usagers, n'ont pu être rencontrés en entretien par manque de temps. Cependant, les retours ont été réguliers depuis le début de l'expérimentation avec ces différents acteurs.

La grille d'entretien a pour objectif de balayer les différentes thématiques propres au repérage précoce de la fragilité, et de répondre aux questionnements qui font suite aux réunions menées pendant l'expérimentation. Les entretiens étant semi-directifs, les professionnels de santé interrogés ont la possibilité de développer les aspects qui leur semblent le plus pertinent pour mener à bien cette démarche de prévention. Pour tenir compte de tous ces éléments, une deuxième grille vise à ordonner le recueil de ces propos : la grille d'analyse. C'est à partir des thématiques les plus riches, retenues dans la grille d'analyse que nous allons exposer les résultats de l'enquête. La grille d'analyse se compose de huit thématiques :

1. L'intérêt des soirées de sensibilisation pour les professionnels
2. L'expérimentation et ses outils dans la pratique
3. Les différentes situations de fragilité évoquées
4. Proposer une orientation adéquate – La place de la gériatrie dans le parcours
5. L'enjeu de la communication avec patients et aidants
6. La communication interprofessionnelle

7. Les besoins et difficultés exprimés
8. Propositions évoquées par les professionnels

2. Analyse des résultats

A. L'intérêt des soirées de sensibilisation pour les professionnels

Pour y être confrontés quotidiennement, les professionnels connaissent déjà bien cette thématique. La présentation des gériatres dans ces soirées a souvent complété le regard qu'ils portaient sur la fragilité. Comme l'enquête qualitative a pu le montrer, ils ont trouvé ces soirées utiles.

Des conceptions assez variables de la notion de fragilité

Selon les professions et les sensibilités, ils n'ont pas la même perception du concept de fragilité. Certains envisagent la fragilité au sens clinique au regard des critères établis dans la grille et de l'évolution clinique du patient. D'autres ont une approche psycho-sociale de la fragilité et prêtent d'abord attention à son état psychique, à son entourage, les activités du patient. Un lien direct entre la qualité de la prise en charge et la notion de fragilité est également réalisé par des professionnels. Enfin certains font même abstraction du critère de l'âge dans leur conception de la fragilité et voient les conditions socio-économiques du patient comme un des premiers éléments source de fragilité.

« Des publics différents, parce qu'après fragilité, c'est pas toujours facile à évoquer avec certaines personnes. Hier j'ai une étudiante qui est venue renouveler sa contraception, elle me dit oui un générique c'est mieux je n'ai pas beaucoup d'argent » **Entretien n°4, Pharmacien**

Conduire à une vision plus globale du repérage de la fragilité

Le repérage de la fragilité fait selon eux partie de leurs missions quotidiennes, mais les professionnels ont trouvé un intérêt à rappeler les différentes dimensions à prendre en compte pour diagnostiquer la fragilité. La prise en considération de l'évolution du poids fait partie des éléments que de nombreux professionnels ont pris en compte suite aux soirées. Cela a permis de pointer des éléments nouveaux auxquels les professionnels n'étaient pas toujours vigilants dans leur travail de prévention. Selon les professionnels, certains s'approprient librement les critères et n'utilisent pas la grille dans leur pratique, tandis que d'autres préfèrent se référer à ce type de document de référence. Même s'ils

jugent parfois la grille simpliste, les professionnels soulignent que la concision de la grille leur permet de se l'approprier plus rapidement et de l'ajouter aux autres outils qu'ils utilisent.

« Je dirais que globalement, ça m'a peut-être remise en alerte sur : voilà attention personnes âgées, quels symptômes ? » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Le repérage on le fait quand même plus ou moins naturellement dans notre métier, mais c'était un rappel par rapport au critère qu'on avait, c'était bien de repositionner ça. Non je n'ai pas vraiment appris de choses nouvelles » **Entretien n° 11, Infirmière**

« Oui, pour moi je trouve que c'est important d'avoir des outils, pour avoir des repères, des références, des évaluations » **Entretien n° 8 Médecin Généraliste**

La notion de réversibilité et d'évolution pour la fragilité a aussi modifié la perception de certains professionnels. De manière générale sur le plan scientifique, l'intervention des gériatres a intéressé les professionnels. Ce terme ne faisait pas partie du lexique de tous les professionnels, de la même façon que la discipline de la gériatrie et son champ de compétence sont encore mal maîtrisés par une part des acteurs interrogés.

« Disons que moi personnellement quand j'ai commencé, la notion de personne âgée fragile c'était un lexique qu'on utilisait peu. Je l'ai un peu découverte avec la présentation du gériatre. C'est vrai que maintenant c'est une terminologie qu'on emploie [...] Pour moi personnellement on n'est pas encore âgé. Par contre la notion d'autonomie, est quelque chose qui parle un petit peu plus, parce qu'on peut avoir moins d'autonomie et baisser et devenir fragile même avant 70 ans. » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

« On n'a pas en fait, j'avais pas du tout intégré cette notion d'entre deux, où il y a un moment où c'est sur le fil » **Entretien n° 6, Pédiacre-podologue**

« C'est vrai que maintenant quand ils me disent ah je perds du poids, je suis plus alertée sur des trucs qui sont un petit moins notre domaine mais qui finalement » **Entretien n° 10, Masseuse-Kinésithérapeute**

Un besoin identifié de mieux connaître les ressources

Ils ont aussi rappelé l'importance d'avoir connaissance des ressources en gériatrie disponibles sur le territoire. Nombre d'entre eux souhaiteraient connaître plus largement les services disponibles sur le territoire pour les personnes âgées, à savoir les services d'aide à domicile, les services sociaux, les ateliers mémoire ou de prévention des chutes mais aussi les types de transports possibles pour leurs patients ou les fournisseurs de matériel médical etc.

« Parfois ce qui manque un peu, c'est du réseau, c'est-à-dire des adresses, les kinés sont sollicités ce n'est pas toujours très facile, tout ce qui est matériel orthopédie, ergothérapie, c'est vrai qu'il y a des entreprises qui se déplacent à domicile, parce que là aussi il n'y a pas toujours des aidants qui sont capables de faire l'intermédiaire. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

Suite à ces réunions certains professionnels disent oser plus facilement prendre contact avec les services de gériatrie.

B. L'expérimentation et ses outils dans la pratique

Tous les professionnels n'ont pas utilisé la grille, même lorsqu'ils réalisent ce travail de repérage. En outre, ils ont bien assimilé les critères de la grille et les mobilisent régulièrement dans leur démarche de repérage.

Des façons variées de réaliser le repérage

Entre une approche très rigoureuse accompagnée de la grille pour certains et une approche beaucoup plus intuitive pour d'autres, la méthode de repérage est propre à chacun des professionnels. Les soirées de sensibilisation ont pu élargir les éléments à prendre en compte dans cette démarche préventive.

Plusieurs professionnels évoquent une certaine perplexité face à des situations où ils ont repéré des personnes en situation de fragilité mais pour lesquelles une prise en charge était déjà prévue mais qui se limitait au maintien à domicile.

« Ils sont en grabatérisation, mais ils [les professionnels] sont en passage permanent, donc effectivement, il est en détresse mais contenu et voilà. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

Les pharmaciens évoquent aussi la difficulté de se dégager un temps pour réaliser ce repérage dans la mesure où ils n'ont pas de temps de consultation dédiée, ni de rémunération pour ce faire. Cependant, le déploiement du Bilan Partagé de Médication est une perspective intéressante à évoquer dans le cadre du repérage.

Différentes approches de cette démarche de prévention

Chacun des professionnels ayant un usage de la grille et une conception différente de la fragilité, le repérage auquel ils procèdent n'est pas uniforme. Prenons quelques exemples types :

- « Mon critère de repérage, c'était de repérer les personnes fragiles non dépistées, chez qui il n'y avait pas encore de personnes extérieures à intervenir », **Entretien n°11, Infirmière** à partir du moment où la personne a une prise en charge qui semble adaptée et des intervenants en mesure de constater une évolution des besoins, certains professionnels les excluent de leur démarche de repérage considérant qu'ils sont certes en situation de fragilité, mais repérés.
- « Je l'ai trouvée simpliste par rapport à tout ce qu'on fait en cabinet », **Entretien n°12 Orthophoniste**. D'autres professionnels réalisent déjà des bilans plus exhaustifs et ne se sont pas appropriés la grille comme un outil de repérage, cependant ils ont pu l'utiliser pour transmettre une demande au médecin traitant, ou solliciter un avis gériatrique.
- Les médecins généralistes ont souvent des liens plus directs avec les gériatres, plutôt que de transmettre une grille de repérage, ils vont pouvoir les solliciter directement : « J'ai souvent pris mon téléphone pour demander des bilans d'évaluation c'est vrai. Je travaille bien avec les gériatres, mais je n'ai pas utilisé la grille non », **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

Enfin certains procèdent à un repérage plus intuitif et mobilisent la grille pour justifier et appuyer leur repérage auprès du médecin.

Des usages stratégiques de la grille de repérage : s'assurer que les informations transmises soient prises en compte

Certains professionnels (Infirmières, Masseurs-kinésithérapeute, Orthophonistes et Pédicure-podologues) ont aussi utilisé la grille de façon stratégique afin de s'assurer que les informations recueillies et transmises concernant le patient âgé, soient mieux prises en compte par le médecin traitant.

« Pour que l'entourage ne puisse pas dire que ce n'était que verbal. » **Entretien n°3, Masseur-kinésithérapeute**

« Je vais vous dire ça me permet aussi de me couvrir professionnellement, parce que quand je vois qu'il n'y a pas de suivi ... Ce qui est intéressant aussi, c'est que c'est un papier qui est officiel. On a quand même une référence, on a l'URPS donc voilà, je trouve que c'est très bien fait. » **Entretien n°2, Pédicure-podologue**

Des représentants de chaque profession ont pu donner un exemple de ce type d'usage. Qu'il s'agisse d'informer la famille ou le médecin généraliste, les professionnels y voient un intérêt. Parfois c'est une façon de responsabiliser la famille de la personne en situation de fragilité. Certains professionnels le voient comme un outil qui sera mieux considéré par son caractère institutionnel et scientifique, qu'un simple écrit.

L'orientation vers un gériatre hospitalier peut aussi permettre la mise en place de dispositifs qui ne connaissent pas d'équivalent pour les personnes qui ne passent pas par l'hôpital, par exemple : les visites à domicile des équipes mobiles de géronto-psychiatrie.

C. Différentes situations évoquées à l'origine de la fragilité

La variété des situations montre bien la nécessité d'adapter la prise en charge et les orientations à chaque situation. Pour une partie d'entre elles, les professionnels ne comprennent pas toujours l'intérêt d'un avis gériatrique dans la mesure où les causes de l'évolution de l'état de santé sont connues. Certains professionnels se disent assez démunis en terme de solutions, ils n'envisagent pas toujours d'amélioration de l'état de santé de la personne âgée fragile.

Typologie des situations exposées :

- Retour d'hospitalisation (suite à laquelle la personne n'arrive pas à reprendre ses activités habituelles)
- Personnes soudainement seules (suite au décès d'un conjoint, à l'éloignement de la famille)
- Personnes développant une démence ou une maladie d'Alzheimer
- Personnes dont l'aidant ou la famille restent dans le déni
- Perte d'autonomie suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) ou Accident Ischémique Transitoire (AIT)
- Personnes polyopathologiques
- Personnes proches de la dépression
- Personnes ayant une maladie chronique
- Personnes démunies qui se contentent d'une prise en charge minimale à domicile

- Problèmes d'hygiène, difficulté à prendre soin de soi
- Personnes souffrant de la solitude
- Prise en charge inadéquate ou non réévaluée

La typologie recense les types de situations données en exemple dans les entretiens, les premières catégories sont celles qui sont revenues le plus souvent.

D. Proposer une orientation adéquate à chaque cas particulier

Comprendre le rôle du gériatre dans le parcours de soin

Chaque patient entrant dans le processus de repérage précoce de la fragilité connaît un état de santé et un contexte qui lui est propre. Pour deux états de santé similaires, les besoins sont différents et sont fonction de l'entourage, du caractère volontaire ou réfractaire du patient, de son lieu de vie etc. La prise en charge et les orientations que le médecin lui propose vont dépendre de ces éléments. Hormis pour les situations que les professionnels estiment véritablement complexes, l'orientation vers un gériatre pose souvent question aux professionnels. En effet, même si cette orientation vers un gériatre peut permettre de déceler d'autres éléments sur l'état de santé de la personne, elle est aussi anxiogène pour le patient. Lorsque le professionnel identifie un besoin très ciblé, il peut donc être moins enclin à proposer une évaluation gériatrique. De plus, certains professionnels ont encore du mal à différencier les compétences du gériatre de celle du généraliste qui a aussi l'avantage de suivre son patient dans la durée.

« Embêter un gériatre et faire un gros bilan s'il y a vraiment pas besoin. J'en ai vu qui après ça, orientait un peu trop facilement. Vas-y on va cocher la case, ça au va augmenter le nombre, mais c'est pas un jeu ça coûte de l'argent. » **Entretien n°10, Masseur-kinésithérapeute**

« Il y a aussi des personnes qui ont une maladie chronique ou un traitement et ça veut pas dire que la consultation gériatrique... c'est la maladie qui fait ça » **Entretien n°11, Infirmière**

« Ou bien peut-être que tout dépend aussi de la relation qu'il y a avec le médecin traitant qui font quand même « fonction de », ils ne sont pas gériatre de formation » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

Concilier repérage en cabinet et évaluation en établissement gériatrique

Les médecins généralistes échangent beaucoup avec les spécialistes dans le cadre du suivi de leurs patients lorsqu'ils ont besoin d'un avis spécialisé. Les médecins généralistes libéraux ont des contacts réguliers avec les spécialistes libéraux. Ainsi les spécialistes peuvent facilement proposer des consultations non programmées quand cela est nécessaire pour fournir un avis. Pour la spécialité gériatrique, la problématique semble différente. L'approche globale du patient en gériatrie fait qu'en dehors des situations complexes, le généraliste peut se sentir à même de réaliser ce travail de prévention et de réaliser des bilans. D'après les entretiens la rapidité de prise en charge semble plus variable pour les services de gériatrie hospitaliers et donc comme pour les autres spécialités, les généralistes privilégient le téléphone avant de proposer une consultation en gériatrie. Cela peut avoir un effet de sélection, ce sont les situations les plus complexes, souvent multifactorielles qui vont déboucher sur une évaluation gériatrique standardisée. Pourtant l'approche globale et préventive de

l'Évaluation Gériatrique Standardisée pourrait bénéficier à un panel de personnes plus large pour prévenir plus en amont la fragilité.

E. L'enjeu de la communication avec les patients

Le caractère anxiogène de la démarche

En termes de communication avec le patient et ses aidants potentiels, on peut identifier plusieurs enjeux. Il faut veiller à l'adhésion de la personne dans la démarche, sans créer un climat anxiogène, le patient peut assimiler le bilan de prévention à des examens complémentaires. Le public concerné étant assez âgé, les capacités d'intégration ou de compréhension des personnes obligent les professionnels à être d'autant plus vigilants.

La nécessité de faire adhérer le patient au repérage

Les professionnels essaient d'adapter leur discours pour inscrire le patient dans une démarche positive. Cela passe par des éléments de communication « bilan de prévention », « bien vieillir », « personnes de plus de 70 ans » plutôt que « personnes âgées ». Les professionnels estiment que ce travail de communication est important et parfois long dans la mesure où les personnes âgées peuvent être assez réfractaires au changement d'habitudes ou d'environnement. Elles peuvent être d'autant plus réfractaires, qu'elles ne perçoivent pas d'évolution importante de leur état de santé. Les accidents de parcours ou les hospitalisations sont même des opportunités pour les professionnels de santé de faire adhérer les personnes âgées à un changement de prise en charge, afin d'adapter le logement, ou changer les habitudes alimentaires. Parfois le médecin traitant va plus facilement être entendu par les patients.

« Il faudrait que la décision soit prise sur des bases pluridisciplinaires, que ça aille de l'aide-ménagère au praticien de santé, aux aidants, aux familles. Et que la décision soit prise dite ou annoncée par le médecin traitant. Quand c'est par les familles c'est très mal pris, l'exemple de la voiture quand c'est le médecin oh, là c'est une autorité donc on ne dit rien. » **Entretien n°6, Pédiacre-podologue**

Au moment de proposer des bilans de santé ou des bilans mémoire, les patients peuvent sentir leurs capacités remises en causes et refuser de les réaliser. Les réactions et les raisons de refus sont variées : « *autant ne pas savoir* », « *je ne suis pas fou* », « *qu'est-ce que ça change ?* »²

² Extrait des retranscriptions complètes

Un partage de l'information entre professionnels à propos des patients très disparate

Entre les règles de confidentialité et la pratique, les modalités de transmission d'information entre professionnels à propos du patient sont très variables.

En pratique, selon les professionnels la transmission de la grille de repérage au médecin traitant ne faisait pas de la même façon. Si certains se sont appliqués à faire signer ou au moins à demander l'approbation du patient dans le colloque singulier pour transmettre la grille de repérage, d'autres professionnels ont aussi utilisé la grille sans se consulter l'avis du patient. Pour rappel, dans une équipe de soins primaires formalisée, les échanges et le partage se réalisent sous le régime juridique de l'accord implicite du patient, sous réserve de son droit d'opposition³. En dehors d'une équipe de soins, les échanges et le partage, ne peuvent se faire que sous le régime juridique du recueil préalable du consentement exprès du patient.

La nécessité d'intégrer l'aidant dans la prise en soins de la personne âgée fragile

L'aidant participe souvent au maintien des capacités de la personne aidée, dans son accompagnement quotidien. Il peut lui-même être en situation de fragilité.

« Ca nous arrive aussi de conseiller à l'aidant, ça l'évite d'aller voir le médecin, le travail avec l'aidant fait partie du travail, on a ce rôle-là de prévention d'information et de formation même des aidants. En orthophonie on organise même des programmes de formation aux aidants aussi » **Entretien n°12, Orthophoniste**

La participation de l'aidant à une consultation destinée à la personne aidée peut être une opportunité pour constater la fragilité chez l'aidant. Du point de vue du professionnel de santé, dans le cadre du repérage, l'enjeu est de pouvoir décentrer son regard pour réaliser un repérage opportuniste de l'aidant même si la consultation concernait la personne aidée. L'aidant est aussi épuisable et peut même représenter un frein à l'évolution de la prise en charge ou à la mise en place de solutions plus adaptées.

³ Dispositions du décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 complétant l'article R. 1110-4 du code de santé publique

« Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article R. 1110-1 et en informent préalablement la personne concernée. »

Les professionnels décrivent parfois des aidants fatalistes ou peu enclins au changement de leurs habitudes. Par ailleurs, il arrive aussi que la famille ou l'aidant soient dans le déni. Cela peut parfois compliquer l'adhésion du patient et de son entourage à la démarche de prévention.

« Quoiqu'on leur dise, il n'y a pas d'issue. Des cas où la famille ne veut pas en entendre parler, même à un état avancé, toujours rien de fait. Le déni tant du patient que de l'entourage est très compliqué à gérer. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

Dans d'autres cas, les familles et la personne repérée peuvent être contrariées dans la mesure où ils jugent leur état de santé correct, c'est une des difficultés des démarches de repérage ou de prévention.

« Bah je leur avance, je leur dis, et bien vous voyez, ces signes là et bien, permettront au médecin de vous ouvrir à un autre regard, de faire attention à vous différemment. Le but c'est vraiment d'arriver à les amener à la suite » **Entretien n°1, Infirmière**

L'enjeu pour les professionnels est aussi de rendre le patient acteur de sa santé dans une démarche similaire à l'éducation thérapeutique. Il s'agit d'apporter une aide aux patients et/ou leur entourage pour comprendre leur pathologie, leurs traitements, améliorer la qualité de vie et motivant notamment des changements de comportements.

Avant que le médecin prescrive ou oriente le patient vers des ateliers ou des consultations complémentaires, le patient est le premier acteur de son état de santé. Le patient identifié comme fragile peut modifier ses comportements alimentaires, ses activités physiques et cognitives. C'est pour cela que les professionnels prêtent attention à leur communication et à la réaction des personnes qu'ils repèrent, la liberté de choix du patient est totale pour ce type de démarche. Les professionnels se cantonnent à un rôle d'information. Pour certains professionnels, cela explique en partie qu'ils préviennent le médecin traitant sans l'accord du patient, ce dernier peut avoir, selon eux, une force de conviction plus importante.

F. Une bonne communication interprofessionnelle, élément facilitant du repérage

Les compétences et le travail réalisé par chacun des professionnels

Dans le cadre de cette expérimentation avec des professionnels de santé libéraux, tous les professionnels du territoire n'ont pas participé à l'expérimentation. Les professionnels de santé adressant leur courrier ou leur grille au médecin traitant, ne savent pas si le médecin va adhérer à la démarche.

Plusieurs professionnels soulignent aussi leur manque d'interconnaissance, et donc le besoin d'échanges réguliers. Ils rappellent ne pas connaître l'ensemble du champ de compétence des autres professions de santé, et notamment le travail réalisé en termes de prévention. Les professionnels rappellent aussi que le repérage et le suivi de la personne âgée fragile nécessite une communication interprofessionnelle régulière.

Les échanges entre professionnels autour d'un patient leur permettent de se concerter, ainsi ils peuvent établir à plusieurs la prise en charge et les exercices les plus adaptés.

« Oui les approches sont complémentaires, le regard n'est pas le même, on est aussi toujours un peu pressé par le temps, donc entre ce qu'on voudrait faire et ce qu'on peut faire en pratique il y a des marges. Le fait de rappeler un confrère, parce que là la personne n'y arrive pas, repousser à plus tard... En fait les choses se font aussi dans les deux sens, l'infirmier nous appelle quand il voit un truc, mais nous aussi on est amenés à l'appeler quand on veut réajuster une vigilance, quand on ne sait pas trop sur l'observance » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Bon le grille pourquoi pas, mais nous on oriente la grille sur le médecin traitant, mais lui il adhère pas forcément et puis ça fait plouf. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« C'est pas si simple que ça, nous en tant que paramédicaux il nous manque toujours énormément d'éléments. On a pas tout le dossier médical, on ne sait bien souvent que ce que le patient veut bien nous dire » **Entretien n°11, Infirmière**

« C'est-à-dire que l'infirmière, elle va très bien s'occuper de dire, « ah il faudrait que la kiné elle fasse machin » mais sans qu'il y ait une concertation, à la limite si elle a envie de me dire ça elle m'appelle et puis on en discute. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

Les acteurs intervenant régulièrement au domicile

Les intervenants à domicile, professionnels de santé ou non sont des ressources très utiles aux professionnels. Les pharmaciens, par exemple, peuvent obtenir des informations concernant l'observance. C'est parfois suite à une visite à domicile que le professionnel se rend compte de ces défauts d'observance.

Plusieurs médecins ont rappelé combien ils prenaient en considération, et avait besoin des informations transmises par l'infirmière lorsqu'elle intervient régulièrement à domicile. Dans ce cadre, ils sollicitent aussi les masseurs-kinésithérapeutes. Ils peuvent encore solliciter les aide-ménagères pour rassembler un maximum d'informations.

« Je prends toujours en considération les compétences des soignants. L'infirmier sait beaucoup plus de choses que moi sur la vie de tous les jours de la personne, d'abord parce qu'il le voit tous les jours et puis parce qu'ils sont encore plus dans l'intimité, moi c'est pas ça du tout je peux pas être dans l'intimité quotidienne. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Nous en tant que pharmacien, notre grosse préoccupation c'est l'observance du traitement parce que, c'est pareil je suis un couple de personne âgée, la fille est arrivée, il y avait plus de six mois de traitement non utilisé. » **Entretien n°5, Pharmacien**

G. Difficultés et besoins exprimés par les professionnels suite à un repérage

Le fait d'effectuer ce repérage ne permet pas toujours au professionnel de trouver la solution qui va répondre au diagnostic. Le professionnel peut identifier un besoin spécifique de prise en charge en non pas le besoin d'une évaluation gériatrique. Plusieurs professionnels ont fait part de leur perplexité face au manque de solutions en aval : ateliers de prévention, variété des services d'aides à domicile, prise en charge psychiatrique. Les délais sont parfois importants pour certains types de consultations (kinésithérapie, orthophonie). Le manque de médecins généralistes sur le territoire peut aussi avoir une conséquence sur le délai de mise en œuvre de propositions personnalisées de santé qui nécessitent une prescription.

« Bah là je n'ai pas tellement de solutions. Je ne suis pas sûr que d'avoir fait un repérage, c'est plus une solution qu'il faudrait, l'aidant fatigué, il n'a pas forcément besoin d'un bilan biologique et de ses compétences. » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Ah oui forcément, nous à T*** en ce moment on est à 3 semaines de délai pour voir un médecin donc c'est forcément compliqué, ils ne sont plus que 2 au lieu de 5, donc forcément ils ne peuvent plus gérer les patients, si on les appelle. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

H. Pistes d'améliorations, les propositions évoquées par les professionnels

Les suggestions pour améliorer l'existant

Plusieurs professionnels souhaitent qu'on leur fasse parvenir à nouveau la grille informatisée qui a été élaborée au cours de l'expérimentation. Certains évoquent dans l'idéal, qu'elle puisse s'intégrer à leur logiciel et application. D'autres professionnels suggèrent des outils scientifiques et synthétiques, comme des abaques, sur smartphone pour approfondir le processus de repérage.

« Côté smartphone il pourrait y avoir des choses se mettre des abaques ou autres. C'est toujours intéressant à un moment donné de sortir un peu de l'intuition ou de l'approche intuitive et d'avoir des outils précis. Et puis bêtement passer en revue sur des items sur lesquels on s'arrêterait pas forcément. Se dire ah oui la vaccination, ah oui les protéines, le minimal test le faire plus facilement. Après il faut que ça reste pratique, les intégrer sur informatique. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

Les professionnels rappellent aussi que la dimension psychologique n'est pas présente dans cette grille. La souffrance psychique du sujet âgé peut être dissociée de la catégorie des troubles cognitifs et mériteraient selon les professionnels d'intégrer les critères de repérage.

Enfin, même si les soirées mettaient en avant l'approche globale que constitue l'évaluation gériatrique, les professionnels ont souvent rappelé leur besoin de connaître le panel des professionnels du territoire pour répondre aux besoins spécifiques de leurs patients plus rapidement.

Des modes d'organisation du parcours différents

La question de la mobilité des personnes âgées est aussi un obstacle à l'Évaluation Gériatrique Standardisée réalisée au centre hospitalier. Un bilan gériatrique élargi à différentes spécialités (cardiologie, pneumologie, radiologie, psychiatrie...), de sorte à regrouper les rendez-vous sur une journée et réduire les déplacements pour la personne âgée.

« Bah là cette consultation du Dr P*** (Gériatre) me permettrait peut-être d'avoir un avis cardio, une radio des poumons, être sûr que je ne passe pas à côté d'un foyer pulmonaire, et peut-être la rassurer avec un psychologue. Une consultation multipartite peut-être, on aurait besoin de ça. » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Parce que c'est pareil, consultation gériatrique, très bien mais s'il faut que la personne, elle aille jusqu'à V***, c'est ça aussi la difficulté » **Entretien n°5, Pharmacien**

Suite au repérage de la fragilité par un professionnel, il semble opportun d'établir un bilan partagé entre les professionnels et/ou proches qui connaissent le mieux la personne. Les professionnels ont parfois besoin de connaître plus en détail la situation de la personne repérée pour établir les causes et les solutions adéquates. Cela peut aussi permettre d'adapter plus rapidement le parcours. Ce bilan partagé peut être une étape intermédiaire avant une évaluation gériatrique standardisée.

Certains professionnels estiment qu'il serait utile d'avoir une personne référente sur le territoire. Un gestionnaire de cas ou une infirmière coordinatrice pourrait évaluer les besoins au cas par cas et proposer des activités en conséquence. En lien avec les médecins traitants, ce référent pourrait coordonner le parcours de soins en articulation avec les différents professionnels de santé mais aussi du social pour faciliter le recours aux aides quand il est nécessaire.

« Non là comme ça, hormis ce que je vous disais une personne référente qui irait évaluer les besoins au cas par cas, une évaluation globale, il y a juste besoin tiens elle ne connaît pas Cap'Age, ça peut être que ça. Tous les ans ou tous les 5 ans, ces gens-là passent au domicile des gens dits âgés et voit en tant de temps comment ils évoluent. Quel est leur degré de fragilité ? » **Entretien n°11, Infirmière**

3. Faire évoluer l'expérimentation

Si l'on envisage d'élaborer des projets sur le repérage précoce de la fragilité et que l'objectif est de les pérenniser, l'expérimentation évaluée ici doit servir d'expérience et de point de départ. Il s'agit donc de tirer les conclusions en faisant la synthèse des pistes proposées par les professionnels et en tenant compte par ailleurs des difficultés évoqués par les professionnels de santé au cours de l'enquête.

- La problématique de l'interconnaissance des professionnels et de leur implication dans un dispositif questionne aussi l'échelle de son déploiement, elle pourrait par exemple, en zone urbaine, être resserrée sur un quartier. Les professionnels ont été très nombreux à souligner le besoin de connaître l'ensemble des ressources du territoire de proximité. Connaître ce tissu d'acteurs locaux leur permet de conseiller au mieux leurs patients pour organiser leur prise en charge sanitaire ou sociale.
- Est aussi rappelé le besoin de connaître plus largement les services qui peuvent faciliter le quotidien des personnes âgées potentiellement fragiles. On peut penser aux services d'aides à domicile, mais cela concerne aussi les activités de loisirs, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Ce besoin identifié d'interconnaissance, c'est aussi connaître le travail ou les méthodes utilisées par les autres professionnels de santé selon les publics ou les pathologies leur permet d'adresser les patients vers des consultations plus variées ou plus pertinentes. Chaque professionnel a aussi ses préférences et des compétences plus approfondies en fonction des sujets.
- D'après les acteurs, il est nécessaire de ne pas multiplier les outils et d'associer les professionnels de santé à leur élaboration. Ainsi les professionnels adaptent les outils à leurs besoins et à leurs pratiques. Cela permet aussi d'harmoniser les usages qui en sont fait sur un territoire en s'accordant sur les situations qui justifient ou pas l'usage de l'outil. Cette démarche semble importante pour pérenniser l'usage d'un outil, quitte à ce que l'outil ne soit pas homogène selon les territoires. Cette co-construction entre acteurs de terrain et cette harmonisation des usages ont peut-être manqué dans l'expérimentation.

- Ce type de repérage peut aussi s'appuyer sur une dynamique d'exercice coordonné existante (équipe de soins primaires formalisées ou non, maisons de santé pluri-professionnelle). Dans ce cas, il peut être plus simple d'identifier le rôle de chacun des professionnels et de formaliser ce travail de repérage.
- Il semble pertinent de questionner le lien ville-hôpital. De nombreux professionnels ont rappelé les difficultés de mobilité pour les personnes âgées. Il est donc important pour ce public de développer une démarche d'aller-vers en cohérence avec la logique préventive du repérage précoce de la fragilité ou de l'évaluation gériatrique standardisée. Certains professionnels proposaient notamment de systématiser la réévaluation des besoins des personnes âgées (tous les trois ans par exemple). Cela peut déboucher sur plusieurs types d'organisation comme :
 - La mise en place d'un coordonnateur ou d'un gestionnaire de cas
 - La mise en place de consultation hors les murs avec une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière
- L'enjeu est bien ici de construire une réponse de proximité, au niveau territorial (CPTS) par les professionnels de santé libéraux en collaboration avec l'ensemble des partenaires hospitaliers, médico-sociaux.
- L'aidant mérite peut-être d'être identifié comme une cible privilégiée du repérage précoce de la fragilité, dans la mesure où la variation de son état de santé met en péril deux personnes, tandis qu'il pourra pallier à une diminution des capacités pour la personne aidée.
- Le bilan partagé de médication qui se déploie actuellement est une réelle opportunité, il peut tout à fait s'associer à une démarche de repérage précoce de la fragilité. Il permet aux pharmaciens d'avoir une rémunération et un temps dédié avec la personne âgée pour faire le point sur sa médication et l'accompagner dans son observance. C'est notamment l'occasion de veiller aux problèmes de iatrogénie mais aussi de voir si le patient n'a pas besoin d'être accompagné pour prendre en charge sa santé au quotidien. C'est aussi un dispositif dans lequel le patient est associé et responsabilisé.

Ce travail d'enquête qualitative et les propositions d'évolutions méritent d'être discutés au regard d'autres expérimentations existantes. De nombreuses expérimentations sur la fragilité ont été

menées dans le cadre du dispositif PAERPA. D'autres ont été financées dans le cadre de la Conférence des Financeurs ou encore de l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Des temps d'échanges avec les référents de ces dispositifs ont aussi éclairé cette enquête, il semble tout à fait pertinent de les associer à nos réflexions et aux réunions pour bénéficier de leurs expériences.

4. Perspectives : Fiches actions

Cf. document projet Repérage Précoce de la Fragilité pour la période 2019-2022.

Grille d'entretien

A. La définition et le diagnostic de la fragilité au quotidien

1. Appropriation du concept de fragilité

- a. Comment vous représentez-vous la fragilité chez la personne âgée ?
- b. A partir de quels symptômes ? Quels outils ?
- c. Quelle différence faites-vous avec le début de la perte d'autonomie ?
- d. Associez-vous l'idée de fragilité à celle de réversibilité ou à une possible amélioration de l'état de santé ?

2. Soirées de sensibilisation et de formation

- a. Les soirées de sensibilisation/formation ont-elles modifié votre perception de la fragilité, fait évoluer votre pratique ?
- b. Pour quelles raisons avez-vous eu envie de participer à cette expérimentation ?
- c. Avant ces soirées, étiez-vous attentif à cette question ?
- d. Qu'est-ce que vous ont apporté cette/ces soirées ?

3. Aborder la notion de fragilité avec le patient et/ou le proche aidant

- a. Comment présentez-vous le diagnostic/repérage aux patients ? Quelle communication (« bilan de santé en prévention »)
- b. Prenez-vous en compte le proche aidant ou le conjoint du patient dans votre démarche de repérage ?
- c. Comment justifiez-vous l'orientation vers
 - i. *Pour les MT* : un autre professionnel ou une évaluation gériatrique standardisée (EGS) ?
 - ii. *Pour les autres professions* : le médecin traitant ?
- d. *Pour les autres professions* justifiez-vous l'orientation vers un médecin traitant ou une évaluation gériatrique standardisée
- e. La transmission des éléments au médecin traitant entraîne-t-elle des réticences de la part du patient ?
- f. D'un point de vue déontologique/éthique, quels sont les éléments suffisants pour partager le repérage de la fragilité entre professionnels ?
- g. Informez-vous systématiquement le patient ?

4. Appropriation des outils et de la méthode dans la pratique quotidienne

- a. Combien repérage avez-vous effectué ? Les avez-vous systématiquement remontés ?
- b. Utilisez-vous la grille de repérage telle quelle ? Comment vous êtes-vous approprié ces critères ?
- c. L'utilisez-vous cette méthode de repérage dans votre travail routinier ? Pourquoi ?
- d. Comment effectuez-vous ce repérage aujourd'hui ?
- e. Est-ce que cette formation/sensibilisation et participation à l'expérimentation a fait évoluer votre pratique ?

B. Le parcours du patient et sa coordination

5. Les relations interprofessionnelles et la coordination du parcours

- a. Comment se fait le lien avec les services de gériatries ou les médecins traitants des patients ?
 - i. Comment se fait le lien avec les services de gériatrie, autres
 - ii. Avec le MT
- b. Comment se passe généralement la transmission d'information / orientation sur le repérage avec les autres professionnels de santé ?
- c. Quels freins ou leviers identifiez-vous dans les relations interprofessionnelles ?
(Sensibilisation des professionnels non formés, la transmission de la grille, l'adressage au médecin traitant, le retour d'information)

6. Un parcours type ? Des situations récurrentes ? Des orientations privilégiées ?

- a. Identifiez-vous des profils patient ou situations récurrentes types dans le cadre du repérage ?
- b. Si oui, quelles orientations sont les plus récurrentes dans le cadre d'un repérage ? (ciblée, MT, EGS)
- c. Quels éléments vous permettent de suivre l'évolution du patient ?

C. Informations complémentaires (si non évoquées auparavant)

7. Le réseau du professionnel

- a. Depuis combien de temps exercez-vous sur ce territoire ?
- b. Sur ce territoire, comment travaillez-vous avec...
 - i. vos confrères ?
 - ii. les autres professions médicales et paramédicales ?
 - iii. les professions du médico-social ?
- c. Avez connaissance des structures et ressources disponibles sur votre territoire ? (*pour prise en charge des personnes âgées : HDJ, SAAD, EHPAD, MAIA...*)
- d. Quelle part de votre patientèle est concernée par le repérage précoce de la fragilité ?

8. Les enjeux du territoire

- a. Les acteurs de votre territoire sont-ils habitués à travailler ensemble autour de question similaire à la fragilité, la prévention de la perte d'autonomie ?
- b. Observez-vous une dynamique, ...
 - i. De regroupement ?
 - ii. Associative ou politique ?
 - iii. De travail coordonné ? ... sur votre territoire ?
- c. La démographie médicale est-elle un enjeu prégnant sur le territoire ? Cette question a-t-elle un impact sur votre travail ?
- d. Selon vous la population du territoire est-elle vieillissante ? Et votre patientèle ?

D. Améliorer l'expérimentation

- a. Quel regard portez-vous sur l'expérimentation ?
 - a. Que vous-a-t-elle apporté ?
 - b. Identifiez-vous des difficultés particulières que nous n'avons pas abordées ?
 - c. Avez-vous des suggestions pour améliorer le repérage précoce de la fragilité ?
- b. Avez-vous connaissance d'autres expérimentations de ce type ?
- c. Faire le point sur les pistes évoquées :
 - a. le développement possible du rôle des officines dans le repérage ?
 - b. l'identification d'un gestionnaire de cas, médecin/infirmière coordinateur
 - c. une collaboration plus étroite avec les professionnels du médico-social
 - d. Travailler le repérage sur la base d'une ESP, resserrer l'expérimentation

Grille d'analyse

Les éléments qui ont permis la rédaction du rapport et l'analyse ne se limitent pas à ceux présents dans la grille. Les retranscriptions sont le matériau principal, cette grille est un outil complémentaire. Nous avons ici, une variété des opinions et des points de vue, mais elle ne reflète en aucun cas leur fréquence dans les entretiens avec les professionnels rencontrés.

1. L'intérêt des soirées de sensibilisation pour les professionnels

L'intérêt et l'apport des soirées de sensibilisation

« Donc quand j'ai quelqu'un en main, et c'est en ça que j'ai trouvé ça bien, les signes de fragilité bah oui bien sûr il y en a et je l'ai constaté, mais après je ne les exploitais pas. Donc là, ça a été informé, et puis il y avait moyen de renvoyer les données, donc je trouvais ça bien » **Entretien n°1, Pédiatrice-podologue**

« Oui c'est plutôt ça, qu'on ait les ressources disponibles, parce qu'on est souvent assez gênés par, justement on a repéré avant même que ce soit sur papier, on voit bien des gens âgés qui ne vont pas très bien, on est assez démunis sur l'évaluation gérontologique. A part une consultation au CHU, avec des délais très longs c'est compliqué » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Je dirais que globalement, ça m'a peut-être remise en alerte sur « voilà attention personnes âgées, quels symptômes ? » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Oui, pour moi je trouve que c'est important d'avoir des outils, pour avoir des repères, des références, des évaluations » **Entretien n° 8 Médecin Généraliste**

« On n'a pas en fait, j'avais pas du tout intégré cette notion d'entre deux, où il y a un moment où c'est sur le fil » **Entretien n° 6, Pédiatrice-podologue**

« C'était très intéressant de, surtout ce médecin, Dr X***, son intervention sur la gériatrie. » **Entretien n°5, Pharmacien**

« Même si j'en avais un peu entendu parler, le fait qu'ils viennent se présenter, qu'ils proposent des consultations en disant que, ça y est il y avait moins d'attente, qu'il y avait plus de possibilités de rendez-vous. Bah nous du coup de notre côté, on invite plus facilement les gens à se rapprocher de leur service, voilà de discuter avec le médecin traitant » **Entretien n° 3, Masseuse-kinésithérapeute**

L'appropriation du concept de fragilité par les professionnels de santé libéraux

« Des publics différents, parce qu'après fragilité, c'est pas toujours facile à évoquer avec certaines personnes. Hier j'ai une étudiante qui est venue renouveler sa contraception, elle me dit oui un générique c'est mieux je n'ai pas beaucoup d'argent, j'ai vu qu'elle avait eu un autre problème, avec prescription de compléments alimentaires. » **Entretien n°4, Pharmacien**

« Disons que moi personnellement quand j'ai commencé, la notion de personne âgée fragile c'était un lexique qu'on utilisait peu. Je l'ai un peu découverte avec la présentation du gériatre. C'est vrai que maintenant c'est une terminologie qu'on emploie. C'est vrai qu'on est sur des personnes de plus de 70 ans, ce n'est pas forcément âgé. En orthophonie on voit des gens très âgés, j'ai des patients de plus de 90 ans, donc à 70 ans. Pour moi personnellement on n'est pas encore âgé. Par contre la notion d'autonomie, est quelque chose qui parle un petit peu plus, parce qu'on peut avoir moins d'autonomie et baisser et devenir fragile même avant 70 ans. » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

« Le repérage on le fait quand même plus ou moins naturellement dans notre métier, mais c'était un rappel par rapport au critère qu'on avait, c'était bien de repositionner ça. Non je n'ai pas vraiment appris de choses nouvelles » **Entretien n° 11, Infirmière**

« C'est vrai que maintenant quand ils me disent ah je perds du poids, je suis plus alertée sur des trucs qui sont un petit moins

notre domaine mais qui finalement » **Entretien n° 10, Masseur-Kinésithérapeute**

2. L'expérimentation et ses outils dans la pratique

Le repérage en pratique

« Maintenant j'ai pu suivre au niveau du poids et l'encourager différemment, parce que ce qui l'intéressait c'était pas ce qu'elle mangeait, c'était d'aller à la selle. Donc je suis parti de ce qui l'intéressait pour alimenter » **Entretien n° 1, Infirmière**

« Parce que là, les deux seuls, qui pouvaient poser problème, il y a la famille, on a dispatché la femme dans un EHPAD, le monsieur seul chez lui. Ils sont en grabatés, mais ils sont en passage permanent, donc effectivement, il est en détresse mais contenu et voilà. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« C'est très subjectif, et je me fie surtout à mon instinct, c'est-à-dire deux trois petites questions déjà est-ce que la personne est entourée de ses proches ou pas. « Et vos enfants ? Est-ce que vous avez des enfants ? » Comme ça ils commencent à parler » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**

« Mon critère de repérage, c'était de repérer les personnes fragiles non dépistées, chez qui il n'y avait pas encore de personnes extérieures, auxiliaires de vie, le médecin n'avait pas vu que cette personne-là était en difficulté liée à la solitude, liée à un vieillissement naturel. » **Entretien n°11, Infirmière**

Les différentes utilisations a grille de repérage

« La grille c'est quelques critères, juste pour dire qu'il rentre dans les cases » **Entretien n°1, Infirmière**

« Oui, moi je l'ai trouvée hyper simple, simpliste par rapport à tout ce qu'on fait en cabinet, mai voilà on est quand même rentré dedans en donnant tout de suite des limites, mais c'est vrai que nous en cabinet les patients viennent déjà pour un souci de ce style » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

« J'ai souvent pris mon téléphone pour demander des bilans d'évaluation c'est vrai. Je travaille bien avec les gériatres, mais j'ai pas utilisé la grille non » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Oui, j'ai écrit une lettre, en lui disant, en lui orientant que le groupe a pour connaissance voilà... et surtout qu'il prenait en charge le côté euh... si ... » **Entretien n°1, Infirmière**

« Oui prendre ce temps pour faire des signalements plus précis et avec cet appui ça peut être un outil formidable. » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**

« Du coup c'est bien que vous soyez passé, parce que maintenant que vous êtes passé je pense que je vais faire un courrier au médecin. » **Entretien n°5, Pharmacien**

« Pour que l'entourage ne puisse pas dire que ce n'était que verbal. » **Entretien n°3, Masseur-kinésithérapeute**

« Je vais vous dire ça me permet aussi de me couvrir professionnellement, parce que quand je vois qu'il n'y a pas de suivi, je trouve ça quand même euh... Ce qui est intéressant aussi, c'est que c'est un papier qui est officiel. On a quand même une référence, on a l'URPS donc voilà, je trouve que c'est très bien fait. Je pense qu'en règle générale, maintenant je le vois, quand j'envoie un papier comme ça et bien derrière on met des choses en place. Pour nous c'est intéressant effectivement. » **Entretien n°2, Pédicure-podologue**

3. Les différents situations de fragilité évoqués

« Il a quand même eu un AVC ou un AIT mais ils ont reconnu la faiblesse de la vue sur les extérieurs » **Entretien n°1, Infirmière**

« Il faut mettre une APA en route, des fois on intervient un petit peu pour ne pas laisser les gens dans la panade, mais le médecin fait systématiquement des ordonnances de toilette alors que c'est pas toujours la priorité du moment, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose aussi à mettre en place par rapport à tout ça » **Entretien n°11, Infirmière**

« Le déprimé je dirais, la polyopathie qui fait qu'elle a du mal à sortir comme la dépression, ou la personne âgée qui boite, qui a une canne un déambulateur, qui s'est fracturé, c'est quelqu'un qui va stopper des activités. Le changement de domicile, les enfants qui déménagent ou la personne âgée qui déménagent parce que la maison est trop grande, parce que c'est trop compliqué à l'entretien. Tous les anxiolytiques prescrits depuis... » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Oui ça nous est arrivés sur certains cas, alors c'est vrai que j'avais plutôt initialement en tête, des personnes qui sont

seuls à domicile avec des aidants enfants ou beaux enfants et c'est vrai que on a un couple où la dame a été institutionnalisée » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« C'est vrai que dans un premier temps c'est tout ce qui est somatique. Et puis arrive toujours la question du moral, après il y a certains patients qu'on connaît pas trop mal, et rien qu'à voir le visage, on se dit bof c'est pas comme d'habitude, les traits sont tirés, donc oui oui se pose la question, en module, antidépresseur on en met un peu. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Ce dont je vous parlais tout à l'heure la dame, la femme est partie en EHPAD, parce qu'elle perde complètement la boule, elle a une démence, pas un Alzheimer, sans doute une démence. Elle pouvait plus gérer ça. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Vous auriez besoin de tant d'heures mais on va vous accorder tant, le reste ? Le reste il faudra payer. Et les gens qui peuvent pas bah ils prennent pas, et ces gens-là ils vont rester fragiles. » **Entretien n°11, Infirmière**

« C'est quand même, ce qui revient c'est la mobilité. Un petit peu la vue, mais le cœur du problème c'est le déplacement. C'est des gens vieillissants qui ont des douleurs, et donc plus ils ont de douleurs, moins ils vont marcher. Ils vont être arthrosique, mais pour l'arthrose en fait il faut marcher pour aller mieux donc c'est des gens » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**

« Bah le problème, c'est que si ce sont des personnes qui ne voient jamais chez le médecin, on peut difficilement transmettre un bilan au médecin parce qu'il n'y a pas de médecin. C'est des situations qui peuvent arriver, des personnes qui ont tendance à tomber par exemple. » **Entretien n°5, Pharmacien**

« Et en fait, j'interviens toujours auprès du mari, et c'est plus la femme qui est en train d'aller vers la maladie d'Alzheimer, en fait. Mais pour l'instant ça reste quand-même elle l'aidant. » **Entretien n°3, Masseuse-Kinésithérapeute**

4. Proposer une orientation adéquate – La place de la gériatrie dans le parcours

« Donc chaque médecin a une spécialité. Et là vous serez dirigé vers les adultes à partir de 70 ans. Voilà, toute la partie de vie, ce médecin-là est spécialisé pour adulte à partir de 70 ans. Pour un pédiatre, c'est pour les premières semaines, jusqu'à 3 ans. Et eux connaissent, le moindre détail de l'importance, c'est le contraire des généralistes. » **Entretien n°1, Infirmière**

« Le CH P***, j'ai le numéro direct d'un des médecins et puis son portable, j'appelle généralement, j'ai une place dans la journée ou le lendemain. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Si c'est vraiment urgent j'appelle les spécialistes, je demande un conseil, souvent elle me dit je vais la voir ça ira plus vite, plutôt que le conseil par téléphone parce qu'après il faudra refaire. Ils ont compris qu'il fallait mieux prendre en urgence, voilà c'est tout, sinon si c'est vraiment très grave, c'est l'hôpital ou la clinique. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Par rapport aux consultations gériatriques, il faut bien que le patient soit orienté par le médecin généraliste ? Ou les patients peuvent d'emblée, eux, appeler ? » **Entretien n°5, Pharmacien**

« Il y a aussi des personnes qui ont une maladie chronique ou un traitement et ça veut pas dire que la consultation gériatrique... c'est la maladie qui fait ça » **Entretien n°11, Infirmière**

« Disons que pour moi personnellement sur ces signes-là, on va pas forcément voir un gériatre. On va peut-être voir d'abord d'autres professionnels. C'est aussi une possibilité, dans notre compte-rendu de bilan, on va dire au médecin traitant, prenez rendez-vous directement chez l'ORL pour tester votre audition, on va déjà envoyer vers le spécialiste, chez un diététicien, le kiné. Le besoin peut être identifié, après ça ne remet pas en cause l'utilité d'une consultation gériatrique, quand vraiment c'est multifactoriel, si c'est plusieurs choses, ou bien si on sent que la famille est prête à quelque chose » **Entretien n°12, Orthophoniste**

« Ou bien peut-être que tout dépend aussi de la relation qu'il y a avec le médecin traitant qui font quand même « fonction de », ils ne sont pas gériatre de formation » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

« On avait peu de gériatre, c'est vrai que de plus en plus je reçois, moi, directement des prescriptions direct des gériatres » **Entretien n° 12, Orthophoniste**

« C'est pas très grave, mais embêter un gériatre et faire un gros bilan s'il y a vraiment pas besoin. J'en ai vu qui après ça, orientait un peu trop facilement. Vas-y on va cocher la case, ça au va augmenter le nombre, mais c'est pas un jeu ça coûte de l'argent. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

5. L'enjeu de la communication avec patients et aidants

« Oh non de toute façon c'est pas la peine ». Donc là quand même, son rhumatologue, j'ai dit je fais ça d'office sans votre signature et là elle a pris conscience quand je lui ai fait signé, le fait de vouloir lui faire signer » **Entretien n°1, Infirmière**

« Et c'est pour ça que j'insistais dans les fiche à nous proposer de mettre « les personnes, les adultes à partir de 70 ans ». **Entretien n°1, Infirmière**

« Bah je leur avance, je leur dis, et bien vous voyez, ces signes là et bien, permettront au médecin de vous ouvrir à un autre regard, de faire attention à vous différemment. Le but c'est vraiment d'arriver à les amener à la suite » **Entretien n°1, Infirmière**

« Ce que j'en avais retenu de la dernière réunion. Notion de bilan de santé en prévention, parler davantage de prévention que de fragilité, de bilan de prévention, ou vieillir en santé. » **Entretien n°12, Orthophoniste**

« Si c'est une famille voilà, mais des fois les familles veulent pas entendre, c'est pas facile. Il y a des médecins ils disent, je veux pas contrarier la famille, il y en qui étaient orientés, qui n'étaient pas si mal que ça, et ils ne l'ont pas bien pris. Ils ont dit « ah oui on nous prend pour des débiles. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« Quoiqu'on leur dise, il n'y a pas d'issue. Des cas où la famille ne veut pas en entendre parler, même à un état avancé, toujours rien de fait. Le déni tant du patient que de

l'entourage est très compliqué à gérer. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« Ca nous arrive aussi de conseiller à l'aidant, ça l'évite d'aller voir le médecin, le travail avec l'aidant fait partie du travail, on a ce rôle-là de prévention d'information et de formation même des aidants. En orthophonie on organise même des programmes de formation aux aidants aussi » **Entretien n°12, Orthophoniste**

« Oui, du coup le problème il est là, c'est que les gens, par exemple la personne qui venait pour un problème de dos, sa réponse ça a été « autant pas savoir ». **Entretien n°3, Masseur-Kinésithérapeute**

« C'est déjà le pouvoir d'intégration de la personne, c'est pas évident quand déjà avec le grand âge » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Dans la vrai vie c'est pas si évident que ça, ou en tout cas quand on repère des trucs, de dire aux gens bon bah là, faut faire comme ci, comme ça. Quand ça ne va pas trop mal c'est pas évident que ça suive en fait. C'est pas facile de vieillir et de modifier certaines habitudes parce qu'ils ont l'impression d'être en perte de vitesse, on modifie finalement leur petit monde » **Entretien n°6, Pédiacre-podologue**

« C'est pareil ça dépend, certains patients ont besoin d'être maternés, d'autres stimulés sur le ton de l'humour. Ca va dépendre vraiment » **Entretien n°6, Pédiacre-podologue**

« Mais que la décision soit prise sur des bases pluridisciplinaires, que ça aille de l'aide-ménagère au praticien de santé, aux aidants, aux familles. Et que la décision soit prise dite ou annoncée par le médecin traitant. Quand c'est par les familles c'est très mal pris, l'exemple de la voiture quand c'est le médecin oh, là c'est une autorité donc on dit rien. » **Entretien n°6, Pédiacre-podologue**

6. La communication interprofessionnelle

« Bon le grille pourquoi pas, mais nous on oriente la grille sur le médecin traitant, mais lui il adhère pas forcément et puis ça fait plouf. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« C'est-à-dire que l'infirmière, elle va très bien s'occuper de dire, « ah il faudrait que la kiné elle fasse machin » mais sans qu'il y ait une concertation, à la limite si elle a envie de me dire

ça elle m'appelle et puis on en discute. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« C'est vrai qu'ici sur la rive droite, c'est très pratique parce qu'on a toujours le docteur V*** qui est très dispo pour ça, donc quand on a une question. Moi je l'ai faite intervenir pour des bilans patients, soit des gens qui se déplacent, elle fait un bilan géronto au cabinet, soit à domicile, donc sur certains dossier voilà on a travaillé ensemble » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Les professionnels que je vais voir ici, c'est kinés, infirmiers, les aides-ménagères pour moi c'est très important c'est elle qui viennent le plus en contact avec les personnes fragiles et point-barre, et le pharmacien. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Je prends toujours en considération les compétences des soignants. L'infirmier sait beaucoup plus de choses que moi sur la vie de tous les jours de la personne, d'abord parce qu'il le voit tous les jours et puis parce qu'ils sont encore plus dans l'intimité, moi c'est pas ça du tout je peux pas être dans l'intimité quotidienne. » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Nous en tant que pharmacien, notre grosse préoccupation c'est l'observance du traitement parce que, c'est pareil je suis un couple de personne âgée, la fille est arrivée, il y avait plus de six mois de traitement non utilisé. » **Entretien n°5, Pharmacien**

« C'est le cas de le dire, donc du coup j'ai pris contact avec le médecin, je suis tombé sur la secrétaire, sur la bonne secrétaire. Donc je lui ai dit, voilà, il faut absolument voir cette patiente, faire des radios, lui donner des antibiotiques, et donc le médecin n'était pas là, donc il fallait voir un autre médecin qui était aussi dans le cabinet. Voilà la problématique, quand vous êtes en soins à domicile, l'autre médecin ne voulait pas faire d'ordonnances. » **Entretien n°2, Pédicure-podologue**

7. Les besoins et difficultés exprimés

« Personne, parce que à chaque fois que je voyais quelqu'un dans des conditions dites fragiles, il y avait déjà un intervenant » **Entretien n°11, Infirmière**

« C'est pas si simple que ça, nous en tant que paramédicaux il nous manque toujours énormément d'éléments. On a pas tout

le dossier médical, on ne sait bien souvent que ce que le patient veut bien nous dire » **Entretien n°11, Infirmière**

« Un de nos premiers travail avec le pôle de santé, avait été de mettre en place une sorte de cahier de liaison au domicile du patient, et puis on avait réfléchi là-dessus et on a pas trouvé le bon système, parce que le souci c'était que un vulgaire cahier » **Entretien n°11, Infirmière**

« Ah oui forcément, nous T*** en ce moment on est à 3 semaines de délai pour voir un médecin donc c'est forcément compliqué, ils ne sont plus que 2 au lieu de 5, donc forcément ils ne peuvent plus gérer les patients, si on les appelle. » **Entretien n°10, Masseur-Kinésithérapeute**

« Bah là je n'ai pas tellement de solutions. Je ne suis pas sûr que d'avoir fait un repérage, c'est plus une solution qu'il faudrait, l'aidant fatigué, il n'a pas forcément besoin d'un bilan biologique et de ses compétences » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Mais je ne suis persuadé que la consultation gériatrique va changer grand-chose, parce qu'une fois qu'on a dit oui effectivement, il y a peu de trouble cognitifs, bah on fait quoi ? A part prévenir les enfants, essayer de stimuler les gens âgés, leur faire adhérer à un groupe, rééducation de l'équilibre » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« L'orthophoniste, moi j'ai grande confiance dans les orthophonistes, un an de délai à Brest à peu près, entre 6 mois et un an. Ils font quoi d'autres ? » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Alors j'avoue que parfois, et c'est pas bien, les urgences rendent service, quand ça devient un peu dramatique, un peu juste niveau sécurité » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Dans beaucoup d'hôpitaux qui ne sont pas le CHU en fait, j'ai vu ça à M***, à G***, à L***, c'est vrai que la porte d'entrée principale que va utiliser le médecin généraliste pour une prise en charge en gérontologie : c'est les urgences souvent avec un mot » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Finalement, je m'aperçois que j'ai du mal à intégrer des nouvelles échelle et des nouvelles choses, parce qu'il faut les mettre en pratique tout de suite, il faut l'avoir sous la main au bon moment » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Parce que c'est pareil, consultation gériatrique, très bien mais s'il faut que la personne, elle aille jusqu'à V***, c'est ça aussi la difficulté » **Entretien n°5, Pharmacien**

« Dans l'idéal, si on pouvait se mettre en relation le centre de gériatrie, en disant j'ai tel problème avec tel patient. Eux qu'est-ce qu'ils vont faire derrière à part la rencontrer ? »

Entretien n°5, Pharmacien

8. Propositions évoquées par les professionnels

« Et on a pas forcément tout de suite l'idée de remplir la grille, on avait évoqué une grille informatisée alors oui pourquoi pas. Je lui évoquais aussi le fait que la problématique du coût. C'est-à-dire que nous quand on fait ce repérage, on le fait gratuitement quelque part, tandis que le médecin il va tout de suite demander la carte vitale » **Entretien n°4, Pharmacien**

« Ce qui serait bien effectivement, c'est d'avoir cette grille accessible sur nos logiciels. Je sais bien qu'il y a beaucoup de choses qui pourraient être faites. Par nos logiciels ça serait vraiment plus pratique. Une touche, sur la fiche patient, tac » **Entretien n°4, Pharmacien**

« En tant que professionnel de santé on s'adapte constamment, et du point de vue du professionnel de santé, on sache ce qui existe » **Entretien n°12, Orthophoniste**

« C'est vrai qu'il pourrait y avoir davantage de participation des professionnels si on communiquait nous URPS par rapport à nos consoeurs et confrères **Entretien n°12, Orthophoniste**

« Non là comme ça, hormis ce que je vous disais une personne référent qui irait évaluer les besoins au cas par cas, une évaluation globale, il y a juste besoin tiens elle connaît pas Cap'Age, ça peut être que ça. Tous les ans ou tous les 5 ans, ces gens-là passent au domicile des gens dits âgés et voit en tant de temps comment ils évoluent. Quel est leur degré de fragilité ? » **Entretien n°11, Infirmière**

« Equibr'Age c'est des gens qui sont entre l'autonomie, courses, loisirs, et les gens qui sont en cabinet ou à domicile en aide à la marche individuelle. En fait, ces gens-là peuvent être orientés par tous les professionnels de santé. » **Entretien n°10, Masseuse-Kinésithérapeute**

« Alors que quand ils sont en groupe bah ils s'aperçoivent que oui ils ont fait tomber le ballon mais que le copain deux secondes après il l'a laissé tomber. Etre en individuel c'est plus compliqué je trouve pour eux » **Entretien n°10, Masseuse-Kinésithérapeute**

« A part le mot d'ordre aux réunions, c'est à partir du moment où on a repéré, c'est orienter vers l'évaluation géronte de l'hôpital, c'est univoque. Et est-ce qu'il faut que ce soit univoque ? » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Il faudrait peut-être créer ça, un hébergement temporaire pour couple, dont l'un a des troubles cognitifs, pour que l'aidant se repose. » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Bah là cette consultation du Dr P*** (Géronte) me permettrait peut-être d'avoir un avis cardio, une radio des poumons, être sûr que je ne passe pas à côté d'un foyer pulmonaire, et peut-être la rassurer avec un psychologue. Une consultation multipartite peut-être, on aurait besoin de ça. » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« L'idéal ce serait le passage de l'équipe des gérontops, voilà pour évaluer le côté dépressif et tout ça. On les a vu à l'œuvre pour ***, ça a été inefficace au possible. » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Faut pas que ça se multiplie et qu'on arrive non plus à une organisation comme on veut maintenant avec l'infirmière là qui décidera de toute l'organisation autour du patient. Chacun son boulot, c'est moi qui sait quand même » **Entretien n°9, Médecin Généraliste**

« Côté smartphone il pourrait y avoir des choses se mettre des abaques ou autres. C'est toujours intéressant à un moment donné de sortir un peu de l'intuition ou de l'approche intuitive et d'avoir des outils précis. Et puis bêtement passer en revue sur des items sur lesquels on s'arrêterait pas forcément. Se dire ah oui la vaccination, ah oui les protéines, le minimal test le faire plus facilement. Après il faut que ça reste pratique, les intégrer sur informatique. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Parfois ce qui manque un peu, c'est du réseau, c'est-à-dire des adresses, les kinés sont sollicités ce n'est pas toujours très facile, tout ce qui est matériel orthopédie, ergothérapie, c'est vrai qu'il y a des entreprises qui se déplacent à domicile, parce que là aussi il n'y a pas toujours des aidants qui sont capables de faire l'intermédiaire. » **Entretien n°8, Médecin Généraliste**

« Moi ce qui m'intéresse dans voir mes professionnels c'est mes correspondants, type cardio, le radiologue... » **Entretien n°7, Médecin Généraliste**

« Par exemple moi je passe une fois par mois ou tous les deux mois. Les kinés, une fois par semaine ou deux. Donc c'est vraiment un bilan qui doit être fait par tous ses acteurs qui

interviennent auprès de la personne » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**

« Oui ça c'est certain, d'ailleurs j'ai pris connaissance d'un centre, c'est un village répit famille » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**

« Il y a aussi les besoins psychosociaux. Parfois, on se concentre trop sur la santé de la personne âgée, on essaie de l'emmener le plus loin possible en la maintenant, mais moralement cette personne, elle est en manque d'attention et pas en manque de soin. C'est compliqué. Combien les personnes âgées râlent parce que les enfants ne passent pas les voir. » **Entretien n°6, Pédicure-podologue**