

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE 2017

N° 2017 TOU3 1021

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Ambre BIEBER**

Le 21 mars 2017

**IDENTIFICATION DES DIFFICULTES  
RENCONTREES PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES POUR FAIRE ADHERER LEURS  
PATIENTS AU SUIVI PROPOSE PAR L'HÔPITAL  
DE JOUR DES FRAGILITES ET DE PREVENTION  
DE LA DEPENDANCE**

*Directeur de Thèse* : Docteur Bruno CHICOULAA

Jury :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC.....Président

Monsieur le Professeur Bruno VELLAS.....Assesseur

Monsieur le Docteur Damien DRIOT.....Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA.....Assesseur



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

## P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDY Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
 Dr CHICOULAA Bruno  
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
 Dr ANE Serge  
 Dr BIREBENT Jordan

# Remerciements

## **Au Président du Jury**

**A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,**

Professeur des Universités en Médecine Générale

*Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce Jury  
Merci pour votre implication dans la valorisation de notre spécialité  
et dans la recherche sur la Fragilité.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.*

## **Aux membres du Jury**

**A Monsieur le Professeur Bruno Vellas,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Gériatrie

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail.  
Je vous remercie de votre implication pour l'enseignement et la recherche  
de la fragilité au sein de notre faculté.  
Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.*

**A Monsieur le Docteur Damien Driot,**

Chef de Clinique Associé en Médecine Générale.

*Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce Jury.  
Merci pour votre engagement dans l'enseignement en médecine générale.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.*

**A mon directeur de Thèse**

**A Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa,**

Maître de Conférence Associé en Médecine Générale

*Merci d'avoir accepté de diriger ma Thèse.*

*Vos conseils et votre expérience m'ont permis de réaliser ce travail de recherche.*

*Je vous remercie infiniment pour votre accompagnement.*

**Je tiens également à faire des remerciements :**

**A Madame le Docteur Sandrine Sourdet,**

Médecin responsable de l'Hôpital de Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance.

**A Monsieur le Docteur Serge Bismuth,**

Médecin généraliste retraité, responsable du pôle Gériatrique du DUMG.

**A Monsieur le Docteur Emile Escourrou,**

Chef de Clinique au Département Universitaire de Médecine Générale.

*Je vous remercie pour vos conseils lors de la  
relecture du questionnaire de cette Thèse*

**A Madame Pedra,**

Secrétaire de l'Hôpital de Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance.

*Je vous remercie pour votre aide à la récupération de  
données concernant les patients évalués.*

**Au Docteur Marie Belle,**

*Pour ton aide pour les statistiques. Merci milles fois !*

## Remerciements Personnels

*Je tiens tout d'abord à remercier ma famille : mes parents qui ont fait ce que je suis, ma sœur et mon frère pour tous les moments partagés, mes grands-parents que j'ai la chance d'avoir toujours auprès de moi (et pour la correction orthographique !) et les cousin(e)s. Un remerciement tout particulier à ma Maman sans qui je n'aurais jamais eu ma P1 et qui est toujours disponible dans les moments de doute.*

*Un grand Merci à celles qui m'accompagnent depuis de nombreuses années :*

*Mélanie : même si on n'a pas souvent l'occasion de se voir, c'est toujours un immense plaisir. On ne compte plus les années !*

*Karine et Flavie : j'aurais trop de choses à vous dire alors juste Merci d'être toujours là ! Deux sur trois (même si le travail n'est pas comparable !), Karine tu es la prochaine !!*

*Merci aux amies qui m'accompagnent depuis le début des années médecine : Sami, Lucile (et Louis je ne t'oublie pas !). On a traversé les mêmes galères ensemble mais aussi plein de bons moments. Bon courage à tous les trois pour la Thèse ! Je suis tellement triste de ne pas pouvoir être là quand ce sera votre tour.*

*Merci aux « copains de la danse » : Angélique, Fax, Nico, Lise, Nath, Lucie, Elodie et Cyril. Merci pour toutes ces danses et pour le reste. Un remerciement particulier à mes anciens colocs, vous me manquez maintenant que vous vous êtes expatriés.*

*Merci aux « Cadurciens » : il n'y avait pas meilleure façon de commencer l'internat ! Vivement le prochain week-end ensemble. Une pensée particulière à Simon et Romain qui ont supporté mon caractère râleur aux Urgences et à Caro qui l'a supporté au gîte !*

*Merci à Anne-Sophie, la bonne rencontre de Lourdes. Tu es toujours la bienvenue pour les soirées Burger !*

*Merci à Mailys et François, les colocs de Auch !*

*Enfin Merci à Duc-Minh, pour ta présence et surtout ta patience ces derniers mois. Maintenant, en route pour le bout du monde !*

***Je voudrais également remercier celles et ceux qui m'ont formé au cours de ces longues études :***

- Les médecins que j'ai croisés, notamment mes différents maîtres de stage. Je remercie particulièrement Valérie Dupont et Nathalie Tastavy pour m'avoir fait découvrir la médecine générale et surtout pour me faire confiance maintenant. C'est un plaisir de travailler dans votre cabinet.*
- Les équipes paramédicales pour leur accueil.*
- Les patients pour m'avoir fait confiance et pour qui je continuerai à me former.*



# Table des matières

Liste des Abréviations .....	3
Introduction .....	4
1. Le Vieillissement.....	4
1.1 Définitions .....	4
1.2 Un enjeu de santé publique .....	4
2. Présentation du travail de l'Hôpital de Jour d'évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance (HDJFPD) du Gérontopôle de Toulouse .....	5
2.1 Définition de la fragilité.....	5
2.2 L'action du Gérontopôle de Toulouse.....	5
3. Le médecin généraliste, un acteur clé dans la prise en charge de la personne âgée fragile .	6
Matériels et Méthodes.....	7
1. Type d'étude .....	7
2. Temps de l'étude.....	7
3. Population .....	7
4. Mise en place du questionnaire .....	8
5. Déroulement de l'étude .....	9
6. Analyse statistique .....	9
Résultats.....	10
1. Population de l'étude .....	10
2. Caractéristiques des médecins répondeurs .....	11
3. Perception de la première EGS et du PPSP .....	11
4. Résultats concernant la réévaluation des patients par l'HDJFPD .....	13
5. Résultats concernant la relation avec le gériatre.....	14
6. Analyse bi-variée et recherche de corrélation.....	14
6.1 Selon l'ancienneté d'installation .....	14
6.2 Selon le lieu d'installation .....	15
6.3 Selon l'attente que les médecins généralistes avaient vis-à-vis de l'EGS .....	17
6.4 Lien avec la perception des conclusions de l'EGS par le médecin généraliste .....	18
6.5 Selon la mise en place du PPSP .....	19
Discussion.....	20
1. Résultats principaux .....	20
1.1 Difficultés en rapport avec la première EGS .....	20
1.2 Difficultés en rapport avec la mise en place du PPSP .....	20
1.3 Difficultés en rapport avec le suivi proposé.....	20
1.4 Difficultés en rapport avec les relations avec le gériatre.....	21

1.5	Attentes des médecins généralistes concernant le suivi .....	21
2.	Forces et Faiblesses.....	21
3.	Comparaison avec la littérature.....	22
3.1	Difficultés en rapport avec la première EGS .....	22
3.2	Difficultés en rapport avec la mise en place du PPSP .....	23
3.3	Difficultés en rapport avec le suivi proposé.....	24
3.4	Difficultés en rapport avec les relations avec le gériatre.....	25
3.5	Attentes des médecins généralistes .....	25
4.	Ouvertures et propositions .....	26
	Conclusion.....	28
	Bibliographie .....	29
	Annexe 1 : Questionnaire.....	33

# Liste des Abréviations

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJFPD : Hôpital de Jour d'évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance de Toulouse

IDE : Infirmières Diplômées d'Etat

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPSP : Plan de Prévention et de Soins Personnalisés

# Introduction

## 1. **Le Vieillissement**

### 1.1 **Définitions**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la personne âgée se définit comme une personne de 60 ans ou plus (1). Ces personnes peuvent avoir des parcours très divers et il est important se concentrer sur leur qualité de vie (2).

En 2002, lors de la Deuxième Assemblée Mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, l'OMS introduit la notion de vieillissement actif, défini comme « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse » (3), qui permet de s'impliquer dans la société.

En France l'espérance de vie entre 1960 et 2011 a progressé. Ceci, corrélé à la baisse de la natalité, est responsable du vieillissement de la population qui se traduit par une augmentation de la proportion des plus de 60 ans : ils étaient 16,8% en 1960, 23% en 2010 (4) et, d'après les estimations de l'INSEE, leur part va encore augmenter pour atteindre le tiers de la population en France métropolitaine en 2060 (4).

En Midi-Pyrénées, on comptera probablement d'ici 2030, 23500 personnes âgées dépendantes supplémentaires, ce qui posera des problèmes d'accueil et de maintien à domicile (5).

### 1.2 **Un enjeu de santé publique**

Cette évolution démographique devient un enjeu de santé publique : on peut légitimement penser que le vieillissement de la population va entraîner (6), en plus des difficultés humaines et familiales, un accroissement des dépenses de santé, bien que cette augmentation soit davantage liée au type de vieillissement.

Depuis quelques années, il apparait au sein de la communauté médicale qu'une meilleure organisation du soin autour des personnes âgées permettrait d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les dépenses. Par exemple, la réduction des hospitalisations par une meilleure prise en charge ambulatoire permettrait une limitation de la perte d'autonomie et des dépenses (7).

C'est pourquoi les pouvoirs publics consacrent de nombreux plans gouvernementaux à la prise en charge des personnes âgées (plan Alzheimer(8), plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie(9), ...) et mettent en exergue l'importance de développer la recherche et les stratégies d'évaluation (9). C'est en ce sens que les travaux réalisés par le Gérotopôle de Toulouse ont toute leur importance.

## **2. Présentation du travail de l'Hôpital de Jour d'évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance (HDJFPD) du Gérotopôle de Toulouse**

### ***2.1 Définition de la fragilité***

La notion de fragilité en gériatrie est un concept apparu dans les années 1980 (10) qui correspond à un état de vulnérabilité accrue en raison de déficiences multiples (11). Malgré les nombreuses études sur ce sujet, (12–14), il n'existe pas encore de définition consensuelle de la fragilité, au niveau mondial.

En France, en 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a adopté la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (15).

Un des postulats en gérontologie actuellement est le caractère potentiellement réversible de la fragilité grâce à des actions multifactorielles (16).

### ***2.2 L'action du Gérotopôle de Toulouse***

Une grille de repérage de la fragilité à destination des médecins généralistes (MG) a été réalisée par le Gérotopôle de Toulouse en collaboration avec le département universitaire de médecine générale (DUMG) (17). S'en est suivi en 2011, l'ouverture de l'HDJFPD, le premier en France.

Dans ce service, la personne âgée, dépistée potentiellement fragile, bénéficie d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) à la suite de laquelle un plan de prévention et de soin personnalisé (PPSP) est proposé. Les patients sont ensuite rappelés systématiquement par une infirmière diplômée d'état (IDE) puis une consultation de réévaluation clinique est proposée un an après. Dans une étude réalisée en 2012 les auteurs constataient que les patients adressés sont majoritairement des personnes fragiles (52,9 %) ou pré-fragiles (41,4%) (18).

Des études (19,20) ont été menées afin de mettre en évidence l'efficacité de ces actions, mais sont limitées par la participation perfectible à la consultation de réévaluation à un an.

### **3. Le médecin généraliste, un acteur clé dans la prise en charge de la personne âgée fragile**

En France, le médecin généraliste est le coordonnateur de l'ensemble des soins. Il a un impact important sur l'état de santé de la population âgée fragile de son territoire (21). De par sa relation particulière avec le patient, il est déterminant dans l'application des recommandations hospitalières (22).

Les médecins généralistes sont une majorité à connaître le principe de fragilité (23) et à s'y impliquer (24). L'efficacité de l'action de l'HDJFPD va dépendre de la mise en place des recommandations et donc de l'implication du médecin généraliste dans son suivi (20).

C'est dans ce contexte que s'inscrit ma thèse.

Notre objectif principal était d'identifier les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour faire adhérer le patient au suivi proposé par l'HDJFPD.

Notre objectif secondaire était de voir quelles étaient les attentes des médecins généralistes concernant le suivi de leurs patients.

# Matériels et Méthodes

## 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale quantitative interrogeant les médecins généralistes par le biais d'un questionnaire à réponses fermées envoyé par mail.

## 2. Temps de l'étude

Nous avons décidé de cibler notre étude sur les médecins généralistes dont les patients, évalués en 2014, n'étaient pas revenus à une consultation de réévaluation en 2015, ni au premier semestre 2016. La liste des patients évalués à l'HDJFPD en 2014 a été récupérée en août 2016. Le questionnaire a été envoyé à partir de septembre 2016. Les réponses ont été clôturées le 19 décembre 2016.

## 3. Population

La population cible de cette étude était l'ensemble des médecins généralistes, interrogeables par e-mail en 2016, des patients primo-évalués en 2014 à l'HDJFPD qui ne se sont pas rendus à la consultation de réévaluation à un an.

Sur l'ensemble des patients évalués en 2014, certains patients ne nécessitaient pas de réévaluation à un an lorsque :

- L'évaluation de 2014 n'était pas une primo-évaluation
- Le patient était décédé
- Le patient était institutionnalisé ou évalué dans d'autres filières gériatriques ou intégrés dans des études
- Le patient faisait partie de la filière oncogériatrique.

Nous avons ensuite ouvert les dossiers de tous les patients restant afin de vérifier leur présence ou non à la consultation de réévaluation. Nous avons alors récupéré le nom des médecins adresseurs des patients qui n'étaient pas revenus.

Parmi ces médecins adresseurs, étaient exclus de cette étude :

- Les médecins non généralistes
- Les médecins retraités
- Les médecins n'ayant pas d'adresse mail
- Les médecins non joignables (pas d'adresse mail connue et mauvais numéro ou pas de réponse après quatre appels téléphoniques).

#### **4. Mise en place du questionnaire**

Une recherche bibliographique a été effectuée dans différents moteurs de recherche :

- Internationaux, dans Pub Med et Cochrane avec les termes frailty elderly evaluation, frailty elderly geriatric and general practice
- Français, dans SUDOC et Archipel avec les termes : suivi personne âgée fragile, relation gériatre médecin généraliste fragile, prise en charge personne âgée fragile.

Nous avons retenu trois études pour développer des propositions d'analyse de difficulté de suivi des personnes âgées fragiles afin de construire un questionnaire à questions fermées :

- Une thèse réalisée avec le Gérontopôle de Toulouse établissant les freins rencontrés par les patients pour mettre en place le plan personnalisé de soin (20)
- Une thèse de la faculté de Caen étudiant les relations des médecins généralistes avec une équipe mobile de gériatrie (22)
- Une étude belge sur la relation entre les médecins généralistes et les gériatres (25).

Notre questionnaire a ensuite été construit de la manière suivante :

- Une première partie pour préciser la pratique générale du médecin interrogé : son sexe, son lieu d'installation, son mode d'exercice, son niveau de formation en gériatrie.
- Une deuxième partie s'intéressant à la perception de la primo-évaluation par le médecin.
- Une troisième partie concernant le PPSP : les difficultés pour le mettre en place et leurs éventuelles conséquences sur le suivi.
- Une quatrième partie permettant d'évaluer la connaissance qu'avaient les médecins généralistes du suivi proposé, et leurs attentes concernant ce suivi.



- Enfin la dernière partie s'attachait à évaluer la relation entre les médecins généralistes et les gériatres.

Deux questions ouvertes ont été posées afin de mieux connaître leurs attentes.

Le questionnaire, une fois relu et corrigé par le directeur de Thèse, deux enseignants du pôle gériatrique du DUMG et le médecin responsable de l'HDJFPD, le Dr SOURDET, a été mis en forme grâce à un GoogleForm. Il a ensuite été testé sur trois médecins généralistes non concernés par l'enquête. Le questionnaire est en Annexe 1.

#### **5. Déroulement de l'étude**

Les adresses mails ont été récupérées grâce à la base de données du Gérontopôle puis par un appel téléphonique aux médecins généralistes pour les adresses manquantes. Le questionnaire a été envoyé par un e-mail personnalisé où il était fait mention du nom du patient concerné. Les réponses étaient anonymes. Les premiers questionnaires ont été envoyés mi-septembre, en même temps que les appels aux médecins pour obtenir leur adresse mail. Une première relance s'est échelonnée entre le 17 novembre et le 2 décembre puis une deuxième le 13 décembre.

#### **6. Analyse statistique**

Une feuille de calcul Excel a pu être générée directement à partir du Google Form. Le logiciel SPSS version 23 (version MAC) a été utilisé pour les analyses statistiques. Nous avons réalisé des analyses de corrélation : des tests Chi<sup>2</sup>, lorsque les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5 ou lorsqu'il y avait plus de deux modalités ; et des tests exacts de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5 et qu'il n'y avait que deux modalités. Les réponses aux deux questions ouvertes ont servi à étayer la discussion.

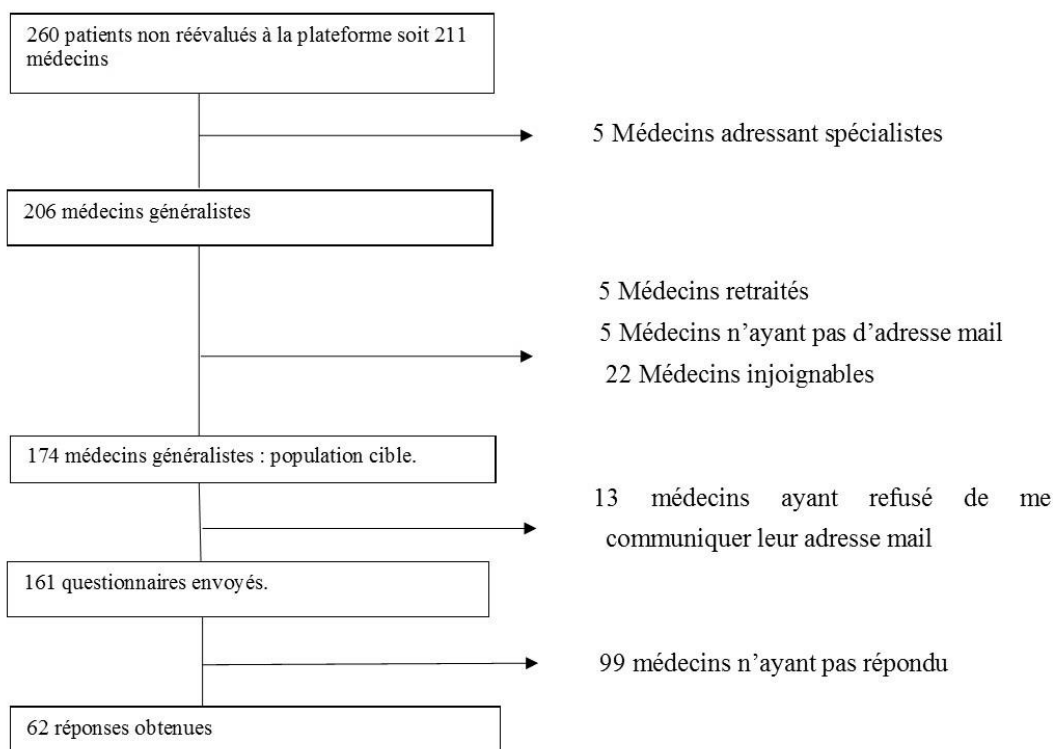
# Résultats

## 1. Population de l'étude

Sur la liste des 944 patients évalués en 2014, nous avons exclu 420 patients ne nécessitant pas de réévaluation (192 patients n'étaient pas des primo-évalués, 28 étaient décédés, 69 étaient institutionnalisés ou évalués dans d'autres filières gériatriques ou intégrés dans des études, 131 faisaient partie de la filière oncogériatrique).

Au total, 524 patients devaient bénéficier d'une réévaluation et seuls 264, soit 50,4%, s'y sont présentés. Sur les 49,6 % autres patients, nous avons recensé 211 médecins adresseurs. Après exclusion des médecins ne répondant pas aux critères de mon étude, il restait 174 médecins généralistes constituant ma population cible (figure 1.)

Au cours de mes appels téléphoniques, 13 médecins ont refusé de me communiquer leur adresse e-mail. Ils ont été considérés comme sujets non répondant au questionnaire.



**Figure 1.** Diagramme de flux de la population de l'étude.

Le nombre de réponses obtenues à la fin du recueil est de 62 soit

- 39,5% des réponses sur les 161 questionnaires envoyés
- 35,6% de la population cible de médecins généralistes
- 29,4% de l'ensemble des médecins adresseurs.

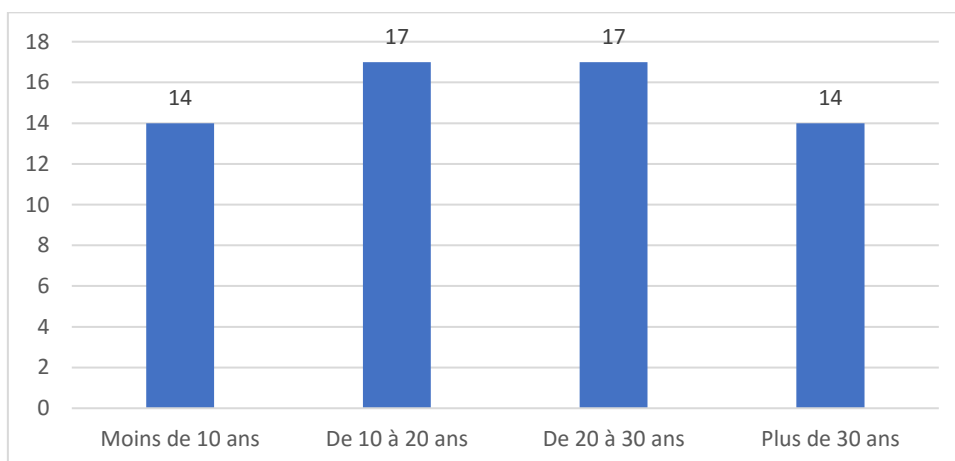
Tous les médecins ont répondu à l'ensemble des questions.

## 2. **Caractéristiques des médecins répondeurs**

Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient majoritairement

- des hommes (n=36 soit 58,1%)
- installés à moins de 10 km de Toulouse (n=50 soit 80,6%)
- en groupe (n=40 soit 64,5%)
- sans formation spécifique en gériatrie (n=36 soit 58,1%)

Parmi les 62 médecins répondeurs, 15 (24,1%) avaient suivi une Formation Médicale Continue en gériatrie, 6 (9,7%) avaient une capacité et 8 (12,9%) avaient un DU de gériatrie. La durée d'installation était très variable et répartie de manière homogène dans la population (Figure 2).



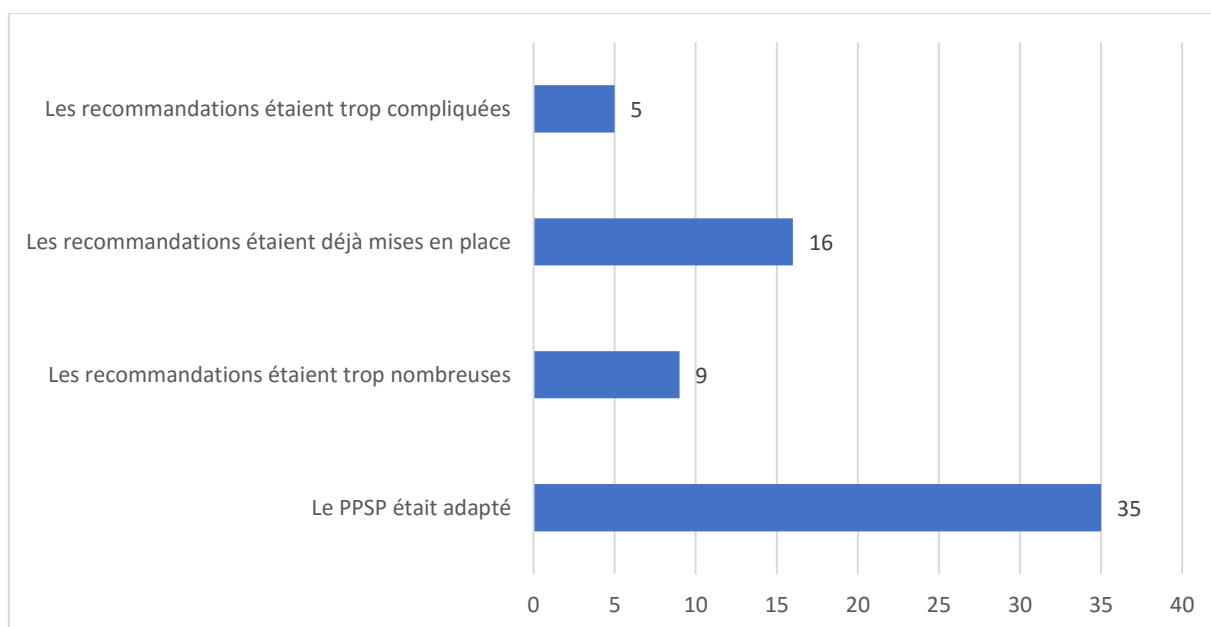
**Figure 2.** Durée d'installation des médecins généralistes.

## 3. **Perception de la première EGS et du PPSP**

40 médecins (soit 64,5%) avaient des attentes précises en adressant leurs patients à la première EGS. Les médecins avaient la possibilité de préciser leurs attentes dans une question ouverte.

20 médecins avaient adressé leur patient afin d'obtenir un bilan complet et/ou un avis extérieur sur leur patient et/ou une aide à la hiérarchisation des prises en charge,  
4 médecins sollicitaient un soutien et une motivation du patient,  
4 médecins recherchaient une évaluation neuropsychologique,  
3 médecins recherchaient une aide à la gestion médicamenteuse,  
2 médecins une aide à la gestion sociale  
1 médecin une aide à la prise en charge nutritionnelle.

Les conclusions de cette première EGS avaient aidé globalement 45 médecins soit 72,6% des médecins répondant. 35 médecins (soit 56,5%) avaient trouvés que le PPSP proposé à la sortie était adapté au patient (Figure 3).

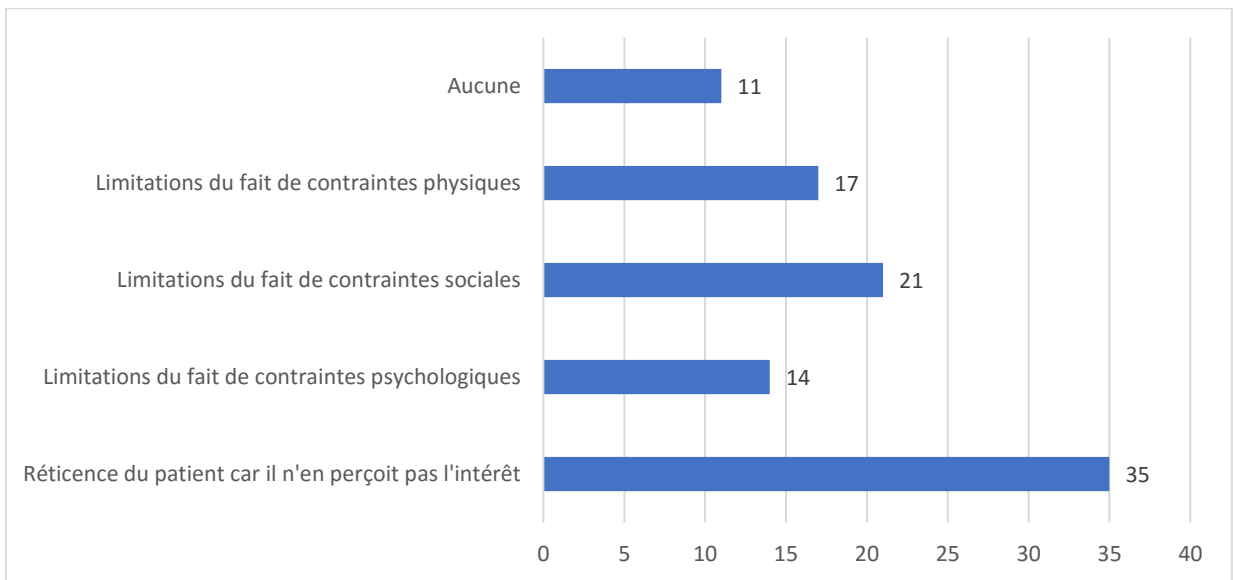


**Figure 3.** Perception par les médecins du PPSP.

Au total, 36 médecins soit (58,1 %) estimaient avoir pu dans l'ensemble mettre le PPSP en place.

Les plus grandes difficultés rencontrées par les médecins pour mettre en place ce PPSP sont décrites dans la figure 4.

Parmi les 27 médecins qui auraient aimé voir l'intervention d'autres acteurs dans la prise en charge, 20 médecins auraient aimé avoir l'aide d'un acteur social au cours du suivi.

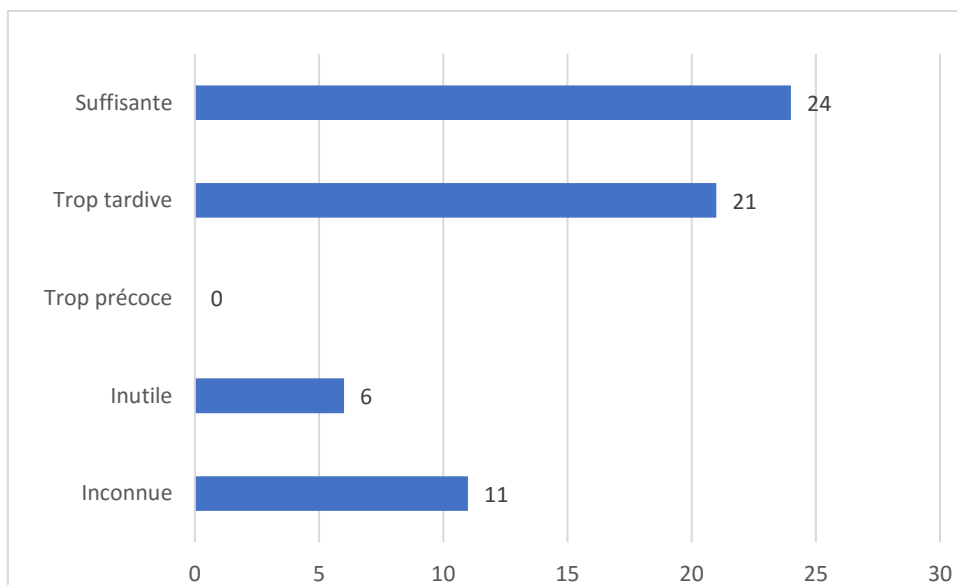


**Figure 4.** Difficultés rencontrées pour mettre en place le PPSP.

#### **4. Résultats concernant la réévaluation des patients par l'HDJFPD**

27 médecins (soit 43,5 %) ne connaissaient pas l'existence du suivi téléphonique par les IDE et 11 (soit 17,7%) ne connaissaient pas l'existence d'une consultation de suivi à un an.

Les avis des médecins concernant la consultation de réévaluation à un an sont résumés dans la Figure 5.



**Figure 5.** Perception par les médecins de la consultation de réévaluation à un an.

27 médecins auraient aimé des consultations ou des appels aux patients plus fréquents, et 17 n'auraient pas voulu de suivi systématique mais un suivi à la demande.

Seuls 29 médecins (soit 46,8%) savaient que leur patient ne s'était pas rendu à la consultation de suivi. Parmi eux, 21 médecins jugent que c'est lié à un refus du patient (ou que le patient n'en a pas compris l'intérêt) et 6 qu'il a oublié.

31 médecins (soit 50%) ont encouragé leur patient à se rendre à cette consultation, et 9 (soit 14,5%) ne l'ont pas fait. 22 médecins (soit 35,5%) n'étaient pas au courant de cette consultation.

7 médecins ont estimé que la consultation de réévaluation n'était pas justifiée chez leur patient car leur état clinique s'était dégradé, 10 médecins se sentaient capables d'assurer seuls le suivi.

#### **5. Résultats concernant la relation avec le gériatre**

51 médecins (soit 82,3%) se sont sentis impliqués au côté des gériatres dans le suivi de la fragilité, 6 (soit 9,7%) ne se sont pas sentis impliqués car insuffisamment formés et 5 (soit 8,1%) se sont sentis « dépossédés » de leur patient.

38 médecins (soit 61,3%) auraient aimé davantage de contacts avec le gériatre, essentiellement lors de problèmes aigus (53,8%)

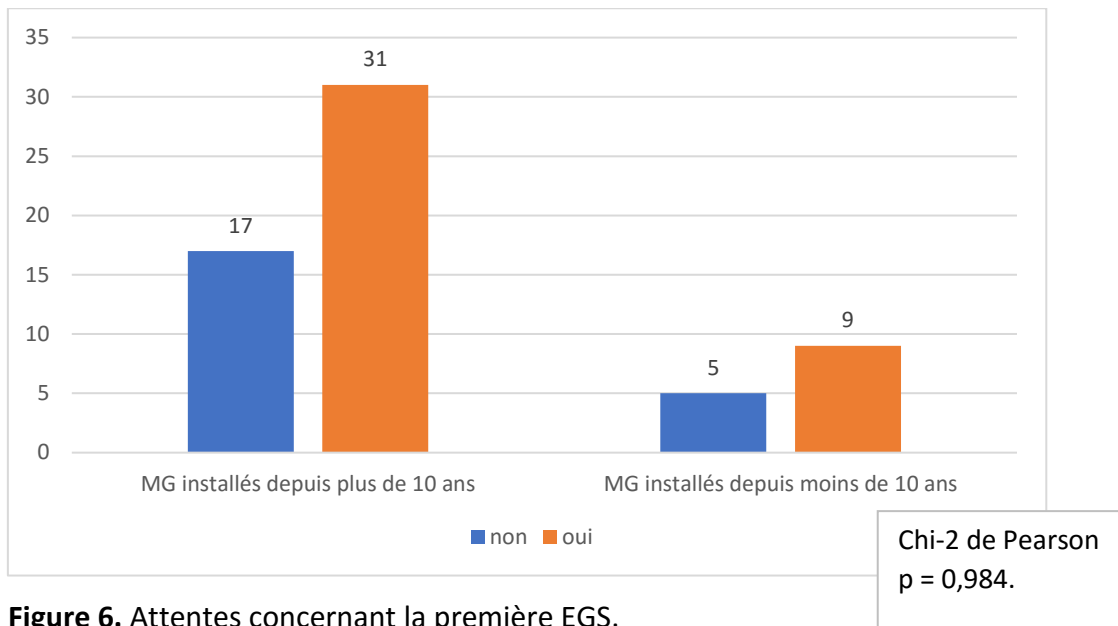
#### **6. Analyse bi-variée et recherche de corrélation**

##### **6.1 Selon l'ancienneté d'installation**

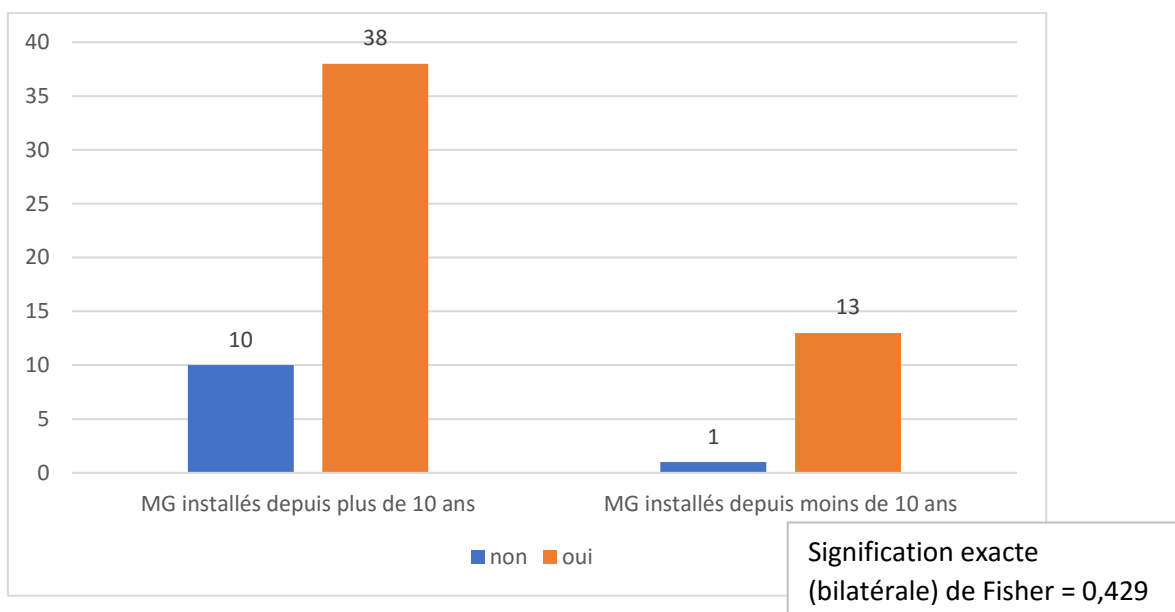
Un lien statistique a été recherché entre l'ancienneté d'installation et les attentes vis-à-vis de la première EGS ; et entre l'ancienneté d'installation et l'implication dans la prise en charge des personnes âgées fragiles.

Afin d'améliorer la puissance statistique du test nous avons regroupé les médecins en deux catégories : ceux qui étaient installés depuis moins de 10 ans et ceux qui étaient installés depuis plus de 10 ans.

Les résultats sont présentés dans les figures 6 et 7. Aucun de ces résultats n'est significatif ( $p > 0,05$ ).



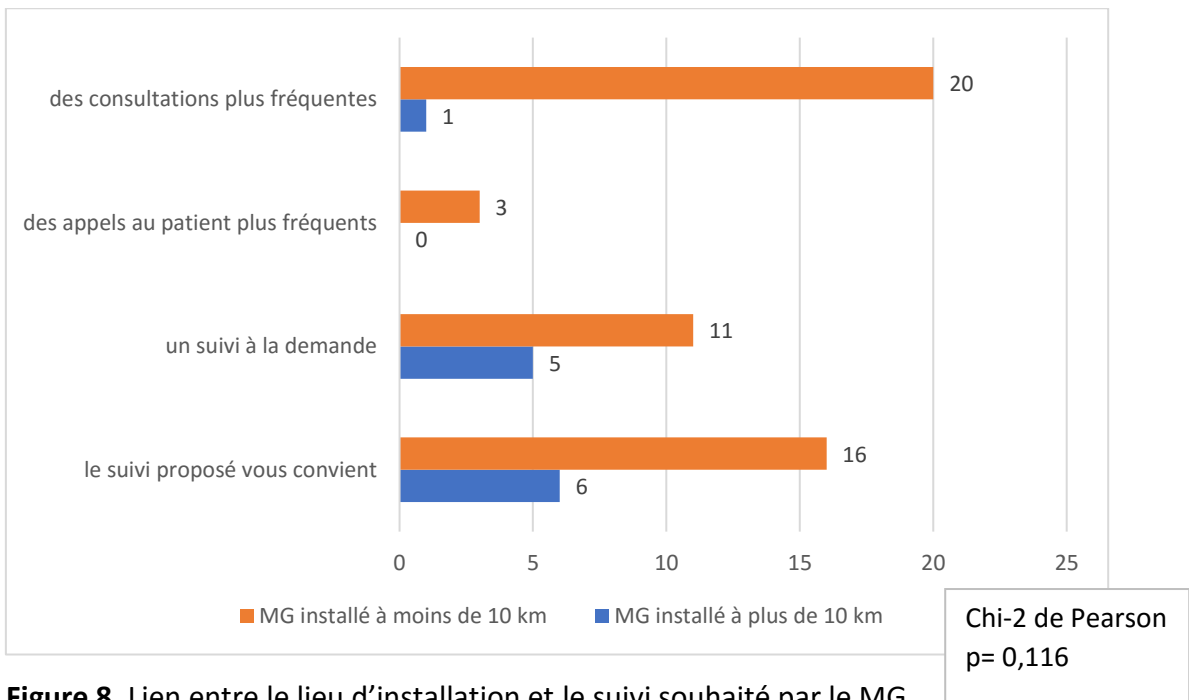
**Figure 6.** Attentes concernant la première EGS.



**Figure 7.** Implication des médecins dans la prise en charge de la fragilité.

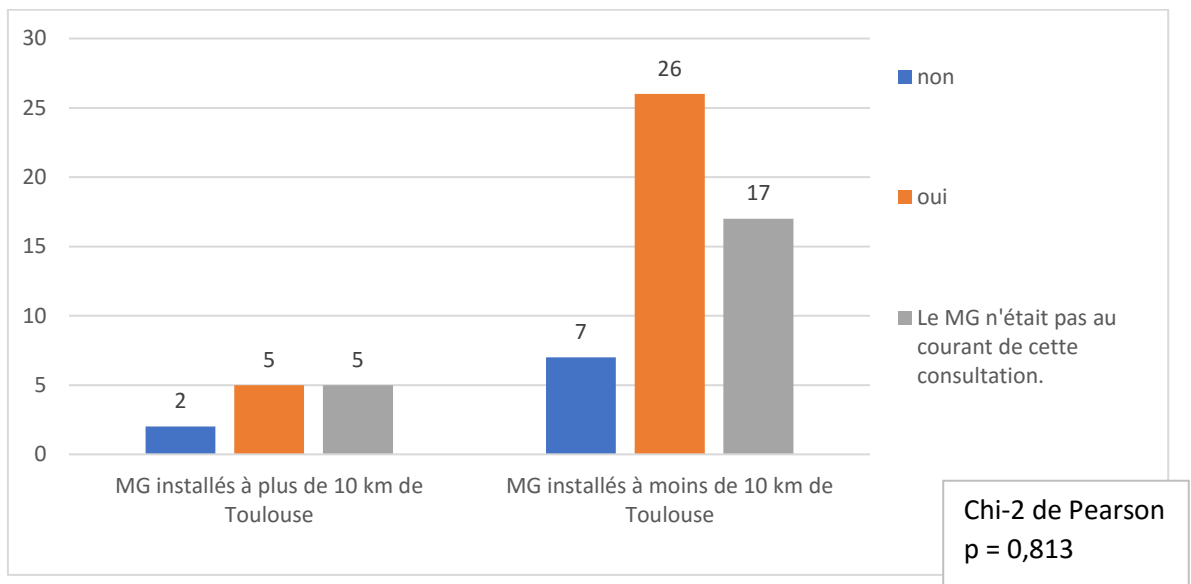
### 6.2 Selon le lieu d'installation

Nous avons recherché s'il existait un lien significatif entre le lieu d'installation et le type de suivi souhaité par le médecin (Figure 8). Certains médecins souhaitaient à la fois des consultations et des appels plus fréquents : nous avons choisi dans ce cas pour l'analyse statistique de conserver uniquement la demande de consultation plus fréquente car ce paramètre nous semblait plus influençable par le lieu d'installation.



**Figure 8.** Lien entre le lieu d’installation et le suivi souhaité par le MG.

Nous avons aussi recherché si le lieu d’installation influençait l’attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la consultation de réévaluation à un an (figure 9).



**Figure 9.** Lien entre lieu d’installation et consultation de réévaluation à un an encouragée par les MG.

Au total l’attitude du médecin et ses attentes concernant le suivi ne semblent pas significativement différentes selon le lieu d’installation.



### 6.3 Selon l'attente que les médecins généralistes avaient vis-à-vis de l'EGS

Nous avons voulu voir si les médecins qui avaient des attentes avant d'adresser leur patient à l'HDJFPD avaient été aidés ensuite par les conclusions de l'EGS (Figure 10). Ce résultat se révèle significativement positif.

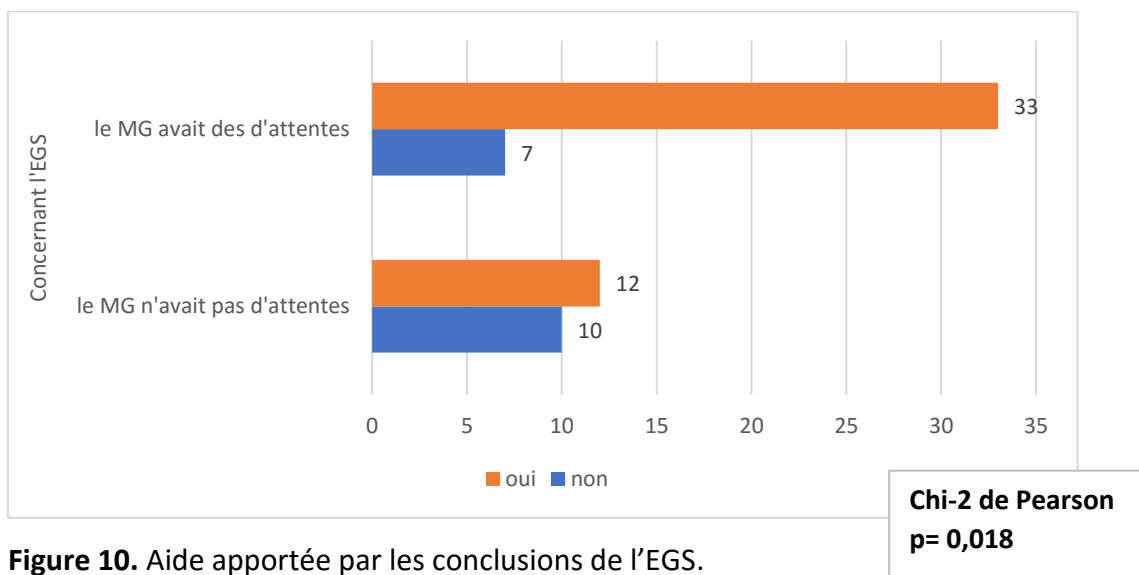


Figure 10. Aide apportée par les conclusions de l'EGS.

Nous avons ensuite étudié le lien entre les attentes qu'avaient les médecins généralistes avant l'EGS et leur volonté d'avoir plus de contact avec le gériatre (figure 11). La valeur de p étant juste supérieure à 0,05 on ne peut conclure à un lien significatif entre ces deux paramètres.

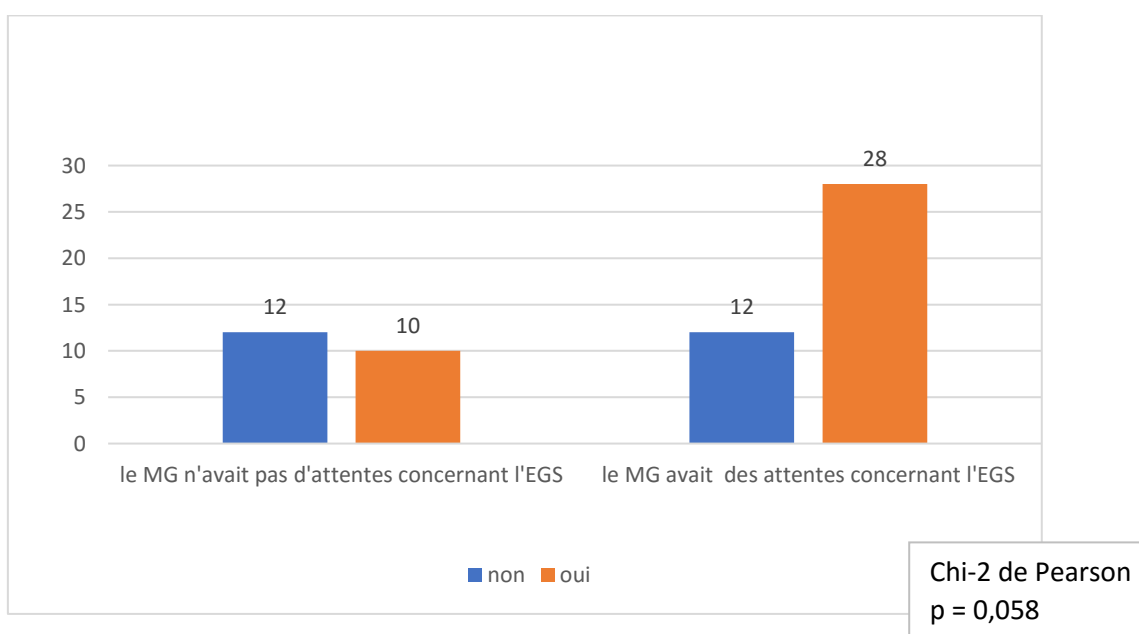


Figure 11. Souhait des MG d'avoir plus de contact avec les gériatres.

#### 6.4 Lien avec la perception des conclusions de l'EGS par le médecin généraliste

Grâce à un test exact de Fischer nous avons pu mettre en évidence que le PPSP avait significativement plus de probabilité d'être mis en place si les conclusions de l'EGS sont utiles au médecin (Figure 12).

Cependant on ne peut pas conclure sur le fait que cela ait influencé la volonté du médecin d'encourager le patient à se rendre à la consultation de réévaluation à un an (Figure 13).

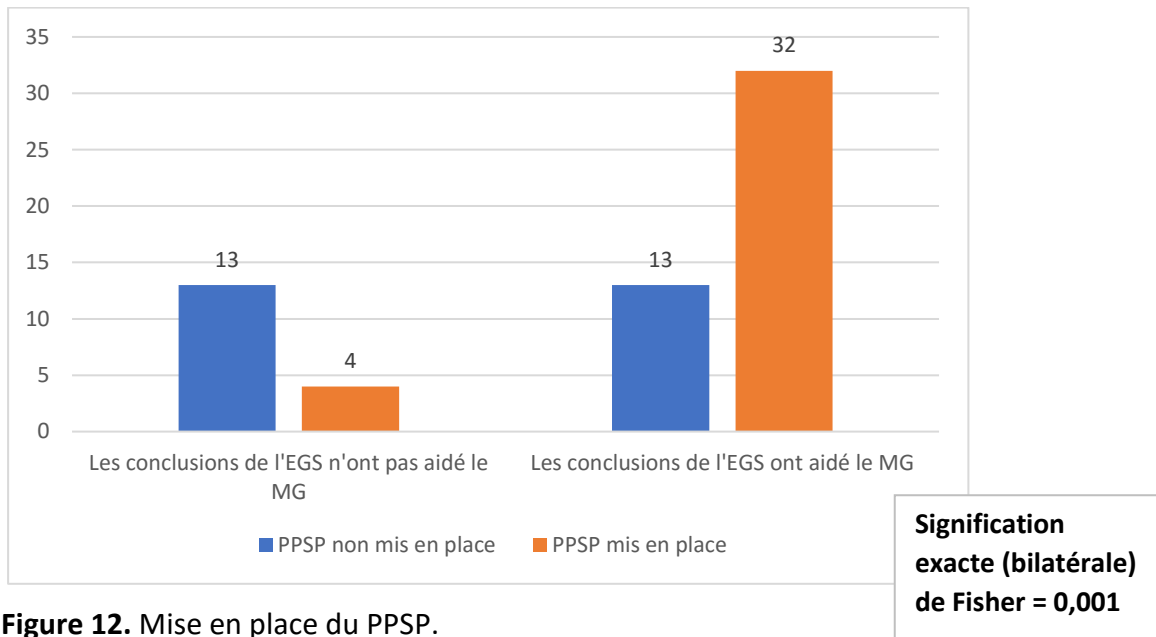


Figure 12. Mise en place du PPSP.

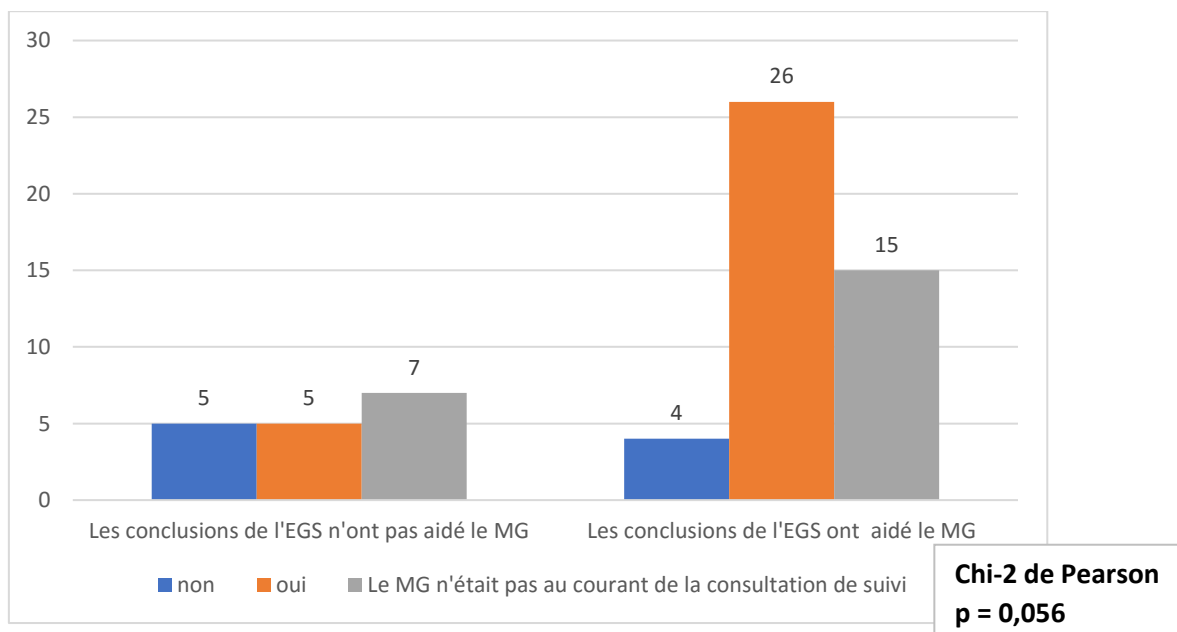


Figure 13. Attitude encourageante du médecin vis-à-vis de la consultation de réévaluation.

### 6.5 Selon la mise en place du PPSP

Nous avons enfin recherché s'il y avait un lien entre la mise en place du PPSP et l'attitude du médecin concernant la consultation de réévaluation (Figure 14). De la même manière nous avons voulu voir si le refus du patient de se rendre à la consultation de suivi était associé à une incapacité à mettre en place le PPSP (figure 15). Ces deux résultats ne sont pas significatifs.

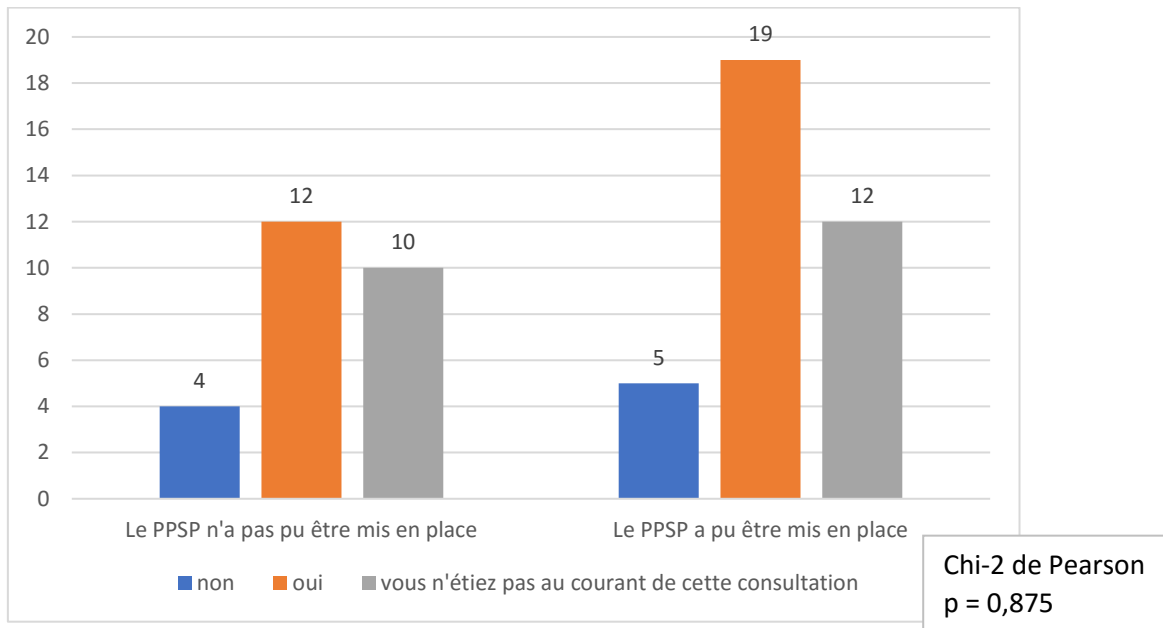


Figure 14. Encouragement du patient par le MG à se rendre à la consultation de suivi.

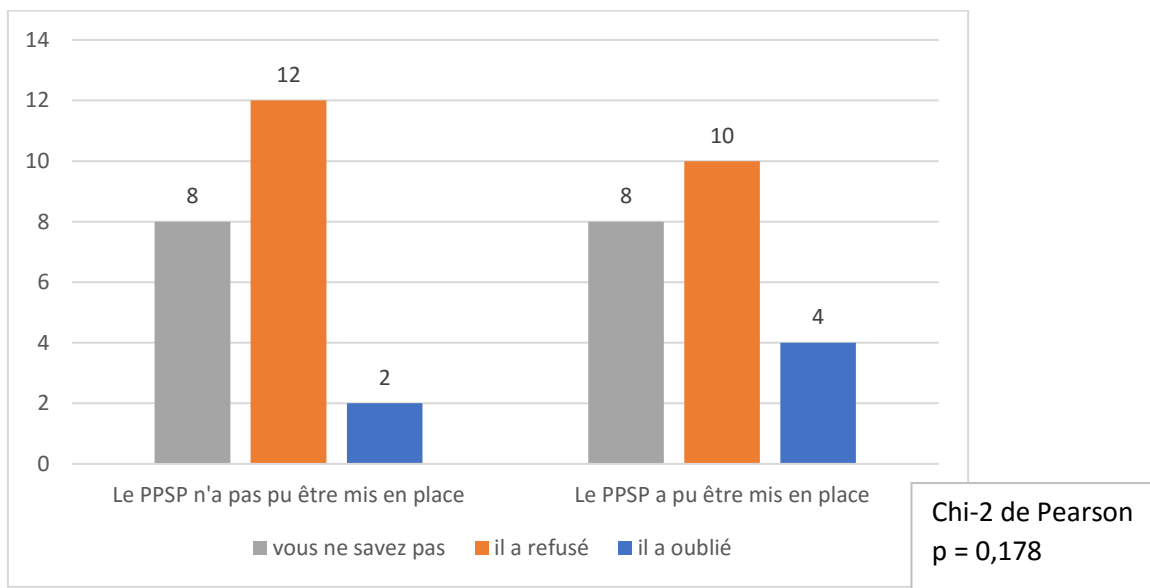


Figure 15. Comportement du patient vis-à-vis de la consultation de réévaluation.

# Discussion

## 1. **Résultats principaux**

### 1.1 ***Difficultés en rapport avec la première EGS***

Le premier résultat significatif retrouvé dans notre étude est que de nombreux médecins avaient des attentes avant la première EGS (64,5%) et dans ce cas ils ont été aidés par les conclusions de cette évaluation. Bien souvent aussi dans ce cas, le PPSP a pu être mis en place et les médecins ont eu une attitude plus encourageante auprès de leur patient concernant le suivi (bien que le résultat soit à la limite de la significativité).

Cela est à nuancer par le point de vue des patients : un tiers ont refusé la réévaluation à un an ou n'en ont pas compris l'intérêt, ce qui peut être le marqueur d'une mauvaise perception de la 1<sup>ère</sup> EGS par les patients.

### 1.2 ***Difficultés en rapport avec la mise en place du PPSP***

L'adhésion au PPSP est moyenne avec seulement 58,1 % des patients chez qui le médecin estime avoir pu globalement le mettre en place. La plus grande difficulté à laquelle ils ont été confrontés est la compréhension par le patient de l'intérêt de ce PPSP. De plus, pour 24% des médecins les mesures proposées avaient déjà été mises en place.

### 1.3 ***Difficultés en rapport avec le suivi proposé***

49,6% des patients devant bénéficier de la réévaluation ne sont pas venus à la consultation à 1 an. Le premier élément important est la mauvaise connaissance que semblent avoir les médecins du suivi proposé par l'HDJFPD : 43,5% ne connaissent l'existence du suivi téléphonique par les IDE et 17,7% celle de la consultation de réévaluation à un an. Un tiers des médecins ne sont pas au courant que le patient a été reconvoqué.

Il y a toutefois un tiers des médecins qui sont satisfaits d'une réévaluation à un an et la moitié des médecins ont encouragé leur patient à s'y rendre quels que soient leur lieu d'installation et leur réussite dans la mise en place du PPSP.

#### ***1.4 Difficultés en rapport avec les relations avec le gériatre***

La relation avec le gériatre semble permettre une prise en charge conjointe du patient : 82,3% des médecins se sont sentis impliqués dans la prise en charge de la fragilité, quelle que soit leur ancienneté d'installation. Seuls 8,1% se sont sentis dépossédés de leurs patients.

#### ***1.5 Attentes des médecins généralistes concernant le suivi***

La majorité des attentes des médecins généralistes à propos de l'HDJFPD se porte sur la réalisation d'un bilan complet des capacités et des limitations de leurs patients. Concernant le suivi, un tiers des médecins trouvent que le suivi est trop tardif et auraient préféré au moins un contact téléphonique plus précoce. De plus un tiers des médecins auraient aimé être aidés par l'intervention d'un acteur social.

Dans leur relation avec les gériatres 61,3% des médecins auraient aimé avoir plus de contact avec eux, surtout lors de problèmes aigus. Cela permettrait peut-être aussi au gériatre de mieux connaître les mesures déjà mises en place.

## **2. Forces et Faiblesses**

Le premier élément à observer est le taux de réponse au questionnaire afin de savoir s'il est possible de généraliser les réponses. Dans notre étude ce taux est de 35,6% de la population cible : ce n'est pas suffisant pour pouvoir généraliser toutes les réponses mais, comparativement au taux de réponse moyen aux questionnaires envoyés aux médecins généralistes, ce taux est correct. Le nombre de réponses a notamment été limité par la décision d'un envoi par mail uniquement. A noter toutefois que tous les médecins ont répondu à l'ensemble des questions ce qui donne de la force à cette étude.

La limite majeure de cette thèse est qu'elle est basée sur du déclaratif datant de plus d'un an. Nous avons essayé de contourner le risque d'oubli en rappelant au médecin généraliste, dans le mail d'envoi du questionnaire, le nom de son ou de ses patients concernés.

L'interprétation des résultats est aussi à nuancer par le fait que nous avons interrogé les médecins traitants des patients qui ne sont pas venus à la consultation de réévaluation à un an.

Ces mêmes médecins ont aussi eu d'autres patients qui s'étaient présentés à la cette consultation de réévaluation.

Il n'y a pas eu de question directe sur les différences qui existaient entre les cas où le patient revenait et ceux où le patient ne revenait pas.

Une des forces de mon étude est la bonne représentativité des médecins répondants à mon étude par rapport à la population de MG de la région Midi-Pyrénées-Languedoc-Roussillon en 2016 (26). En effet, au niveau régional, parmi les MG ayant une activité libérale, il y a 53,9% d'hommes et ils sont 58,1% dans mon étude, il y a environ un quart des médecins qui ont plus de 60 ans (qui correspondent probablement à ceux installés depuis plus de 30 ans dans mon étude). Les seules différences que l'on trouve sont :

- le mode d'exercice, dans notre étude le nombre de médecins travaillant en cabinet de groupe est un peu plus élevé (64,5% contre 57%) ,
- la proportion de jeunes médecins, plus importante dans notre étude (22,5% installés depuis moins de 10 ans contre 15,2% de médecins de moins de 40 ans avec un âge moyen d'installation de 33ans).

La principale force de cette étude réside dans son objectif : c'est la première étude qui s'intéresse à la difficulté de réévaluation de ces patients ayant une prise en charge spécifique de la fragilité. Cela permet une base de réflexion pour de prochains travaux afin d'améliorer l'adhésion au suivi proposé.

### **3. Comparaison avec la littérature**

#### ***3.1 Difficultés en rapport avec la première EGS***

L'HDJFPD est en place à Toulouse depuis maintenant plus de 5 ans, et offre à de nombreux patients une évaluation standardisée permettant la proposition d'un PPSP. L'efficacité de ce type d'action sur la diminution du risque de dépendance ne fait pas encore consensus : certaines études ont montré que ces interventions pouvaient avoir un impact positif (27–30) tandis que d'autres n'ont pas mis en évidence de différence significative sur l'état de santé des patients après la mise en place de programmes spécifiques (31,32). Notre étude prouve toutefois que cette structure apporte aux médecins généralistes un soutien dans la prise en charge de leurs patients âgés fragiles. Cela avait déjà été mis en évidence par la thèse du Dr Plunet (22).

La très bonne perception qu'ont les médecins de ces évaluations gériatriques contraste avec la perception que semblent en avoir les patients.

Dans leur thèse qualitative, les Dr Kassab et Brissau avaient, comme nous, mis en évidence qu'un certain nombre de patients n'avait pas compris le but de l'EGS, bien que cela leur soit expliqué le jour de l'évaluation(20). On peut légitimement penser que ces patients seront donc moins enclins à adhérer au suivi proposé.

Pour conclure sur ce point, l'EGS, qui est la première étape de la prise en charge de la personne âgée fragile, est un élément déterminant pour le suivi ultérieur. Il est intéressant de noter que les médecins qui ont été aidés par l'EGS sont des médecins qui avaient adressé leur patient à l'EGS avec des attentes précises. Cela montre bien que cette démarche pour être efficace doit être initiée par le médecin traitant. Les projets de consultation avancée de gériatrie et de dépistage, par exemple aux urgences comme le propose le Dr. Cossé (33), sont certes intéressants, mais doivent inclure le médecin traitant au risque sinon d'un moins bon suivi et d'une moins bonne efficacité de la mesure.

### ***3.2 Difficultés en rapport avec la mise en place du PPSP***

L'adhésion des patients de mon étude au PPSP, estimée par leur médecin généraliste, est du même ordre de grandeur que l'adhésion au PPSP retrouvée par le Dr Vigué dans son étude réalisée lors de la réévaluation à un an (63,4% pour le domaine médical et 62,1% pour le domaine fonctionnel) (19). Dans la littérature internationale, Cameron et al., dans leur étude visant à déterminer l'efficacité d'une intervention multifactorielle pour réduire la fragilité et améliorer la mobilité, mettent en évidence que le taux d'adhésion au plan de soin se situe le plus souvent entre 25 et 50% (27). On peut donc penser que l'adhésion au suivi proposé n'est pas obligatoirement en lien avec la réussite ou non de la mise en place du PPSP.

Faihall et al ont montré dans leurs travaux qu'une bonne observance des recommandations rendait leur efficacité nettement plus importante (34). La principale difficulté rencontrée par les médecins de notre étude pour mettre en place le PPSP est l'absence d'intérêt perçu par le patient. Cela fait aussi partie des freins, rencontrés par le patient à l'application des recommandations, retrouvés lors de l'analyse du discours des patients (20).

La deuxième difficulté rencontrée par les médecins est le nombre important de mesures déjà mises en place. C'est la première fois que cela est mis en évidence : cet élément n'a pas du tout été signalé par les Dr Kassab et Brissau, qui interrogeaient les patients (20), ni par le Dr Plunet qui a étudié les relations entre les équipes mobiles gériatriques et les médecins généralistes de la région de Caen (22).

La principale difficulté, retrouvée par Cameron et al, à la mise en place des interventions proposées, était leur trop grand nombre (27), ce qui n'est pas le cas dans notre étude car seuls 9 médecins trouvaient le nombre de recommandations trop important.

### ***3.3 Difficultés en rapport avec le suivi proposé***

Dans notre étude, le nombre important de patients n'ayant pas été réévalués est difficilement comparable à celui des études parues dans la littérature internationale. En effet, dans la majorité des études étudiant l'efficacité de ces plans de soins, pour limiter les perdus de vue, la réévaluation se fait à domicile (27,31). Certains investigateurs, afin d'améliorer le suivi, ont même mis en place des appels téléphoniques rapprochés (35). Cependant certains ne connaissent pas l'existence du suivi téléphonique par les IDE déjà en place à un et trois mois.

La méconnaissance du suivi par les médecins généralistes est peut-être liée à la manière globale qu'ont les médecins traitants d'aborder le courrier adressé par le spécialiste : le médecin va s'attacher à regarder les réponses à ses questions et les conclusions du spécialiste et pas forcément le suivi. Le Dr Gasc, dans sa thèse sur la vision par les médecins du courrier adressé par le Gérontopôle, montre que la mise en évidence des prochains rendez-vous est, selon un tiers des médecins, l'élément le moins important dans le courrier de l'HDJFPD (36). Il faut cependant noter que dans ce travail, le rendez-vous de suivi à un an ne fait pas partie des prochains rendez-vous dont il est fait mention.

On remarque, bien que le résultat soit à la limite de la significativité, que les médecins aidés par les conclusions de l'EGS vont bien souvent avoir une attitude plus encourageante auprès du patient pour que celui-ci se rende à la consultation de suivi à un an.



### **3.4 Difficultés en rapport avec les relations avec le gériatre**

On savait, depuis les travaux de Legrand, que les médecins généralistes se sentaient impliqués dans le repérage de la fragilité (23), cette étude montre qu'ils se sentent aussi impliqués dans la prise en charge active de leurs patients âgés fragiles.

Dans une étude menée en Belgique décrivant la collaboration entre les médecins généralistes et les gériatres hospitaliers, les auteurs remarquent que la collaboration est plus importante avec les jeunes médecins, formés à cette notion (25). Cette différence n'a pas été mise en évidence dans notre étude : l'implication dans la prise en charge de la fragilité des médecins est quelle que soit leur ancienneté d'installation du MG. Toutefois ce résultat est biaisé par le fait que ce sont presque uniquement des médecins ayant adressé leur patient à l'HDJFPD. Par ailleurs dans notre étude on retrouve peu la sensation de dépossession ressentie par certains médecins dans cette étude belge.

Dans une grande étude concernant l'application d'un programme de soins pour la personne âgée fragile, en soin primaire, aux Pays-Bas, la majorité des professionnels estimait nécessaire une bonne collaboration interdisciplinaire pour la prise en charge des personnes âgées fragiles (37). En France, dans la région Nord-Pas-de-Calais, il a été mis en évidence dans une étude descriptive de l'activité des Equipe Mobiles de Gériatrie que le principal obstacle à la coordination des soins de la personne âgée était le manque de communication entre ville et hôpital (38). La même conclusion était retrouvée dans une étude Européenne (39). Dagneaux et al au cours de leurs entretiens avec les médecins généralistes concernant leur relation avec le gériatre mettent en évidence que la rencontre entre les professionnels favorise la collaboration (et donc l'adhésion au suivi et l'efficacité des recommandations) (25). Dans notre région, cette collaboration a été sûrement améliorée par la mise en place de l'HDJFPD.

### **3.5 Attentes des médecins généralistes**

Un certain nombre de médecins généralistes trouvent le suivi proposé trop tardif et auraient aimé que leur patient soit réévalué plus tôt. Dans les études internationales, le délai avant la réévaluation pour voir l'efficacité des mesures mises en place, est souvent de un an (31,35) mais il y a fréquemment des contacts intermédiaires. On peut considérer dans le cadre de l'action de l'HDJFPD à Toulouse que ces évaluations intermédiaires sont faites par les IDE par téléphone.

En outre, certains médecins généralistes semblent demandeurs d'une aide pour la prise en charge sociale de leurs patients. Ceci avait déjà été observé dans des travaux français étudiant les rapports entre les médecins généralistes et les structures gériatriques (24), (22).

On retrouve dans notre étude, comme dans ces autres études (22,24,25), le même désir des médecins généralistes d'avoir davantage de contacts directs avec les gériatres. Des contacts suivant la première EGS permettraient éventuellement d'adapter le suivi au patient en fonction de l'apparition d'éléments nouveaux ou de phénomènes aigus.

Des médecins généralistes proposent que le contact se fasse par e-mail ce qui évite le problème de disponibilité immédiate nécessaire avec le téléphone, mais permet une plus grande rapidité comparativement au courrier. Ce type de contact se heurte toutefois au problème de non informatisation persistante dans certains cabinets (que nous avons pu appréhender au cours de notre démarche d'envoi du questionnaire). En 2014, l'informatisation des cabinets médicaux était seulement de 77% (40).

#### **4. Ouvertures et propositions**

Les résultats de cette étude nous permettent d'avoir une première évaluation sur les causes d'un taux de patients non réévalués si important. Cependant on ne peut conclure définitivement et il nous semblerait maintenant intéressant d'étudier cette population qui n'est pas revenue, comparativement à celle qui a été réévaluée. Cela nous permettrait notamment de savoir si leur niveau de dépendance initial était différent. Cette étude est actuellement en cours. De plus nous n'avons pas pu étudier l'influence de l'éloignement géographique sur l'existence d'une moins bonne adhésion au suivi. La question pourrait se poser de la nécessité de consultations de gériatrie dans les territoires plus éloignés du CHU.

A partir de ce travail, plusieurs propositions peuvent être avancées :

- Améliorer la communication avec le patient, notamment lors de la prise de rendez-vous pour la première évaluation, afin que le patient comprenne mieux l'intérêt de l'EGS du PPSP et donc du suivi.

- Etablir un contact entre le gériatre et le médecin généraliste lors de la première EGS afin de bien cerner les attentes du médecin généraliste et de connaître les mesures déjà mises en place.
- Mettre en place un suivi personnalisé, selon l'état de santé du patient et la demande du médecin.
- Expliciter clairement dans le courrier de sortie du patient, le suivi proposé afin que le médecin puisse mieux encourager son patient à y adhérer.
- Améliorer la communication entre la ville et l'hôpital, par exemple en favorisant une communication par e-mail.
- Proposer un contact avec une assistante sociale du secteur du patient au médecin généraliste.

Le but final de ces mesures serait d'améliorer l'adhésion aux mesures proposées (en permettant de les adapter lors de la réévaluation) et de les prolonger dans le temps afin de diminuer le risque de dépendance de la personne âgée fragile.

## Conclusion

La fragilité, qui caractérise l'état de vulnérabilité dans lequel se trouve certaines personnes âgées, a un impact en santé publique important. Le Gérontopôle, par le biais notamment de son HDJFPD, agit maintenant depuis 2011 dans le but d'améliorer la prise en charge de nos aînés. Pour être efficace, une action visant à lutter contre la fragilité doit être ciblée, forte et prolongée. Depuis sa mise en place, l'HDJFPD se trouve confronté à la difficulté de réévaluer un certain nombre de patients ce qui ne permet pas une adaptation et une prolongation des soins entrepris.

C'est pour mieux comprendre pourquoi une telle proportion de patients ne se présentaient pas à la consultation de réévaluation prévue à un an que cette étude descriptive quantitative transversale a été réalisée. Elle interroge les médecins généralistes de patients qui ne sont pas revenus à l'HDJFPD afin de cerner leurs difficultés vis-à-vis de ce suivi et de connaître leurs attentes.

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faire adhérer leur patient au suivi proposé, semble être la bonne compréhension par le patient du but de cette action, ainsi que la forme (consultation au CHU) et la fréquence du suivi proposé.

Notre étude a mis en évidence l'aide qu'apportait la première évaluation par les gériatres, surtout aux médecins généralistes qui avaient des attentes particulières concernant l'EGS, généralement dans le but d'obtenir un bilan global des capacités et limitations de leurs patients âgés fragiles. Bien que la mise en place ou non des recommandations ne semble pas être un frein direct à l'adhésion au suivi, notre étude a permis de montrer que le quart des médecins généralistes s'est retrouvé confronté à des propositions qui avaient déjà étaient mises en place. La nécessaire communication entre la ville et l'hôpital est donc encore perfectible, d'autant plus que les médecins généralistes sont demandeurs de davantage de contacts directs avec le gériatre. L'essai des contacts téléphoniques par les gériatres de l'HDJFPD se heurte au manque de disponibilité des médecins généralistes. C'est pourquoi nous proposons dans cette étude de développer le contact par e-mail.

Toulouse, le 02.03.2014  
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIK

## Bibliographie

1. OMS | Vieillissement de la population et soins de santé. février 2011 [cité 16 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/fr/>
2. Barthélémy L, Imbert G, Stéphanie PLC. Promouvoir la santé des personnes âgées. *Santé Homme*. juin 2009;(401):11-2.
3. Peggy E. Bien vieillir en restant actif. In Madrid: OMS; 2002 [cité 21 sept 2016]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)
4. Population par âge INSEE [Internet]. Les Tableaux de l'économie Française; 2013. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2013/T13F032/T13F032.pdf>
5. Midi-Pyrénées : 23500 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. 6 Pages Insee [Internet]. sept 2012;(143). Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/midi-pyrenees/themes/six\\_pages/6p\\_n143/6p\\_n143.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/midi-pyrenees/themes/six_pages/6p_n143/6p_n143.pdf)
6. Tenand M. Vieillissement démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? *Inf Soc*. 22 août 2014;(183):74-82.
7. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. *Comptes Natx Santé*. 2012;55-70.
8. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [Internet]. 2008. Disponible sur: [http://back-alz.cloud14-firstudio.com/blacktheme/scripts/tinymce\\_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PLANS/Plan%20Alzheimer\\_2008-2012.pdf](http://back-alz.cloud14-firstudio.com/blacktheme/scripts/tinymce_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PLANS/Plan%20Alzheimer_2008-2012.pdf)
9. Aquino JP. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes; 2015. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)
10. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juill 2007;62(7):731-7.
11. Clegg A, Young J, Iliffe S. Frailty in Older People. *Lancet*. 2 mars 2013;381(9868):752-62.
12. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 7 janv 1997;26(4):315-8.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 3 janv 2001;56(3):M146-57.

14. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 30 août 2005;173(5):489-95.
15. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 déc 2011;9(4):387-90.
16. Lang P-O, Michel J-P, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology.* 2009;55(5):539-49.
17. Subra J, Balardy L, Bismuth S, Université Paul Sabatier (Toulouse), Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Purpan. Dépister le sujet âgé fragile en consultation de médecine générale étude de faisabilité en région Midi-Pyrénées. [S.l.]: [s.n.]; 2011.
18. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Plateforme É de la. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Cah Année Gérontologique.* 8 sept 2012;4(3):269-78.
19. Vigué S. Modifications du statut de fragilité chez 100 sujets âgés évalués un an après la mise en place d'un plan de prévention et de soin personnalisé. [Internet]. Toulouse III; 2015 [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/746/1/2015TOU31003.pdf>
20. Kassab A-SDD, Brissau V. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne [Internet]. Toulouse III; 2014 [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/737/1/2014TOU31138-1139.pdf>
21. Kerse NM, Flicker L, Jolley D, Arroll B, Young D. Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ.* 11 sept 1999;319(7211):683-7.
22. Plunet A., Lescure, P. Relations à l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Caen : point de vue des médecins généralistes. Caen; 2014.
23. Legrand L. État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin de santé lourdais [Internet]. Toulouse III; 2015 [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/782/1/2015TOU31017.pdf>
24. Saleh P-Y, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliart L. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 sept 2015;13(3):272-8.
25. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *J Multidiscip Healthc.* 25 janv 2012;5:17-25.

26. Bouet P. Atlas de la Démographie Médicale 2016 [Internet]. France: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
27. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 11 mars 2013;11:65.
28. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. mars 2008;371(9614):725-35.
29. Fairhall N, Aggar C, Kurrle SE, Sherrington C, Lord S, Lockwood K, et al. Frailty Intervention Trial (FIT). *BMC Geriatr* [Internet]. déc 2008 [cité 9 févr 2017];8(1). Disponible sur: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-8-27>
30. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA* [Internet]. 27 févr 2002 [cité 2 févr 2017];287(8). Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.287.8.1022>
31. Ruikes FGH, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJJ, Schers HJ, Koopmans RTCM. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med*. 3 janv 2016;29(2):209-17.
32. Metzelthin et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial - bmj.f5264.full.pdf. *BMJ* [Internet]. sept 2013 [cité 2 févr 2017];347. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f5264.full.pdf>
33. Cossé Y, Lescure P. Impact d'une consultation avancée de gériatrie destinée aux patients de plus de 75 ans à risque de fragilité admis aux urgences sans hospitalisation. [caen]; 2012.
34. Fairhall N, Sherrington C, Cameron ID, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, et al. A multifactorial intervention for frail older people is more than twice as effective among those who are compliant: complier average causal effect analysis of a randomised trial. *J Physiother*. janv 2017;63(1):40-4.
35. Romera L, Orfila F, Segura JM, Ramirez A, Möller M, Fabra ML, et al. Effectiveness of a primary care based multifactorial intervention to improve frailty parameters in the elderly: a randomised clinical trial: rationale and study design. *BMC Geriatr* [Internet]. 27 nov 2014 [cité 29 avr 2016];14. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258273/>

36. Gasc L, Chicoulaa B. Etude transversale de la vision du courrier de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du CHU de Toulouse par les médecins généralistes [Internet]. Toulouse III; 2016 [cité 2 janv 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1187/1/2016TOU31021.pdf>
37. Bleijenberg N, de Jonge A, Brand MP, O'Flynn C, Schuurmans MJ, de Wit NJ. [Implementation of a proactive integrated primary care program for frail older people: from science to evidence-based practice]. Tijdschr Gerontol Geriatr. déc 2016;47(6):234-48.
38. Kamienski P. Enquête régionale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie de la région Nord-Pas-de-Calais. Synthèse des enjeux régionaux. [Internet]. Lille 2; 2014 [cité 5 févr 2016]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d538ec2b-cb82-4108-9083-66b753295f8e>
39. Kvamme O, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). Qual Health Care QHC. mars 2001;10(1):33-9.
40. Darmon D. Haute Autorité de Santé - Tenue du dossier médical en médecine générale : évaluation des logiciels métiers [Internet]. UFR Nice; 2014 [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1734865/fr/tenue-du-dossier-medical-en-medecine-generale-evaluation-des-logiciels-metiers](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1734865/fr/tenue-du-dossier-medical-en-medecine-generale-evaluation-des-logiciels-metiers)



# Annexe 1 : Questionnaire

## Quelles difficultés rencontrez-vous pour faire adhérer votre patient au suivi proposé par l'Hôpital De Jour (HDJ) fragilité

Bonjour.

Vous avez adressé à l'hôpital de jour fragilité un patient pour une évaluation gériatrique standardisée. Votre patient a été recontacté à un an pour une consultation de suivi par l'hôpital de jour, mais il ne s'y est pas rendu. J'aimerais, dans le cadre de ma thèse, avoir votre point de vue à ce sujet. Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Merci de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

\*Obligatoire

---

### Section sans titre

Vous êtes : \*

- un homme
- une femme

Vous êtes installé : \*

- A moins de 10 km de Toulouse
- A plus de 10 km de Toulouse

Vous êtes installé : \*

- en groupe
- seul

Vous êtes installé depuis : \*

- moins de 10 ans
- 10 à 20 ans
- 20 à 30 ans
- plus de 30 ans

Avez-vous une formation en gériatrie ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Non
- Formation Médicale Continue
- Capacité
- Diplôme Universitaire

**Concernant la première Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) lors de sa première venue à l'hôpital de jour :**

Aviez-vous des attentes concernant la première EGS ? \*

- oui
- non

Si oui pouvez-vous précisez la ou laquelle(s)

De manière générale, les conclusions de l'EGS vous ont elles aidé dans la prise en charge de votre patient ? \*

- oui
- non

**Concernant le Projet Personnalisé de Santé (PPS) proposé à la suite de la première EGS (évaluation gériatrique standardisée):**

A la suite de son évaluation à l'hôpital de jour votre patient a reçu des recommandations dans plusieurs domaines afin d'améliorer son état de santé. Trouvez-vous le PPS adapté à votre patient ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- oui
- non, les recommandations étaient trop nombreuses
- non, les recommandations étaient déjà mises en place
- non, les recommandations étaient trop compliquées à mettre en place

Dans l'ensemble, le PPS a-t-il pu être mis en place ? \*

- oui
- non

Quelles ont été les difficultés pour mettre en place le PPS ? (plusieurs réponses possibles) \*

Plusieurs réponses possibles.

- Réticence du patient car il n'en perçoit pas l'intérêt
- Limitation du fait de contraintes psychologiques
- Limitation du fait de contraintes sociales
- Limitation du fait de contraintes physiques
- Aucune

**Concernant le suivi du patient proposé par l'hôpital de jour (HDJ) fragilité :**

Que pensez-vous du suivi téléphonique par les infirmières de l'HDJ à 1 et 3 mois ?

- Vous ne connaissiez pas son existence
- Vous le trouvez inutile
- Vous le trouvez inadapté
- Vous ne le trouvez pas assez fréquent
- Vous le trouvez suffisant

Que pensez-vous de la réévaluation par le gériatre de l'HDJ à 1 an ? \*

- Vous ne connaissiez pas son existence
- Vous le trouvez inutile
- Vous le trouvez trop précoce
- Vous le trouvez trop tardif
- Vous le trouvez suffisant

Quel suivi à la suite de la première EGS (évaluation gériatrique standardisée) auriez-vous aimé ? (plusieurs réponses possibles) \*

Plusieurs réponses possibles.

- Des appels au patient plus fréquents
- Des consultations avec le patient plus fréquentes (avec des Infirmières ou un gériatre)
- Pas de suivi systématique mais une réévaluation à votre demande
- Le suivi proposé vous convient.

Auriez-vous aimé voir l'intervention d'autres acteurs au cours du suivi ? \*

- Oui
- Non

Si oui, le ou lesquels ?

- un acteur social pour les démarches non médicales
- un acteur paramédical pour la coordination des soins
- Autre :

**Concernant la consultation de réévaluation à 1 an :**

Votre patient ne s'est pas présenté à la réévaluation à 1 an, étiez-vous au courant?

- Oui
- Non

Si oui, savez-vous pourquoi? \*

- Il a refusé
- Il a oublié
- Vous ne savez pas
- Autre :

Avez-vous encouragé votre patient à se rendre à cette consultation de suivi ? \*

- Oui
- Non
- Vous n'étiez pas au courant de cette consultation

Si non, pourquoi ?

- L'état de votre patient s'est dégradé, il est entré dans la dépendance
- L'état de votre patient était stable ou amélioré et vous n'avez pas jugé utile une nouvelle évaluation
- Vous vous sentez actuellement capable d'assurer le suivi de votre patient sans aide extérieure

### **Concernant votre relation avec les gériatres de l'HDJ (hôpital de jour) Fragilité:**

Vous êtes-vous senti impliqué dans la prise en charge de la fragilité ? \*

- Oui
- Non, car vous vous sentez insuffisamment formé
- Non, car vous vous sentez "dépossédé" de votre patient

Auriez-vous aimé avoir un contact direct avec le gériatre de l'HDJ plus fréquent ? \*

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle forme ?

Une seule réponse possible.

- Appel téléphonique systématique
- Accessibilité accrue en cas de problème aigu
- Autre :

### **En conclusion**

Avez-vous des remarques concernant le suivi par l'HDJ fragilité ?

# IDENTIFY GENERAL PRACTITIONERS DIFFICULTIES FOR PATIENTS' COMMITTING TO THE FOLLOW-UP SUGGESTED BY THE DAY HOSPITAL FOR EVALUATION OF FRAILTY AND PREVENTION OF DISABILITY

## ABSTRACT

**Introduction.** The « Day Hospital for Evaluation of Frailty and Prevention of Disability » has been established in Toulouse since 2011. The evaluation of its effect is limited by the number of patients who do not attend the reevaluation consultation, one year after the first one. The aim of this study is to identify the difficulties encountered by the general practitioners to get their patients to commit to the suggested follow-up.

**Method.** It is a quantitative descriptive study based on a questionnaire sent by e-mail from September to DEcember 2016 to the general practitioners of patients who were evaluated in 2014 and did not attend the re-evaluation consultation.

**Results.** We noted that physicians who had expectations when referring patients to this Day Hospital found the results of the evaluation helpful. We found that the great difficulties for patient's committing to the follow-up seem to be the patient's lack of understanding of its usefulness and a poor knowledge of the suggested follow-up by the general practitioners.

**Discussion.** This study show that it is necessaryt to improve the comunication between the geriatrician and the general practitioner. It would allow a more accurate assessment of the general practitioner's expectations and of the actions he has already taken, and perhaps allow to adapt the follow-up. Better communication with the patients is also important to facilitate their commitment. This study is the first one to be targeted on the follow-up, and must be completed by other studies, in particular comparing patients who commit to the follow-up to those who do not.

**KEY WORDS :** elderly frailty - general practitioners - follow-up

**AUTEUR** : Ambre BIEBER

**TITRE** : Identification des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé par l'Hôpital de Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance.

**DIRECTEUR DE THESE** : Docteur Bruno CHICOULAA

**LIEU ET DATE DE LA SOUTENANCE** : A Toulouse le 21 mars 2017

**N° DE THESE** : 2017 TOU3 1021

---

**RESUME :**

**Introduction.** L'Hôpital de Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance est en place à Toulouse depuis 2011. L'évaluation de son action est limitée par le nombre de patients qui ne se présentent pas à la consultation de réévaluation un an après l'évaluation gériatrique standardisée. Le but de cette étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins traitants pour faire adhérer leurs patients au suivi proposé.

**Matériel et Méthode.** Il s'agit d'une étude quantitative descriptive interrogeant les médecins généralistes, des patients évalués en 2014 qui ne sont pas revenus à la consultation de réévaluation, par le biais d'un questionnaire envoyé par e-mail entre septembre 2016 et décembre 2016.

**Résultats.** Les grandes difficultés pour faire adhérer le patient au suivi semblent être d'une part un défaut de compréhension de son utilité par le patient, et d'autre part une mauvaise connaissance du suivi proposé par le médecin. Nous avons aussi remarqué que les médecins qui avaient des attentes en adressant leur patient à cet hôpital de jour ont été aidés par les conclusions de l'évaluation standardisée.

**Discussion.** Il semblerait intéressant au vu de cette étude d'améliorer la communication entre médecins généralistes et gériatres afin de mieux cerner les attentes du médecin généraliste et les mesures déjà mises en place, et secondairement d'adapter le suivi. Une meilleure communication avec le patient est également importante pour favoriser son adhésion. Cette étude, qui est la première étude ciblée sur le suivi, doit être complétée, notamment afin de comparer la population de patients qui adhèrent au suivi à celle qui ne revient pas à la consultation de réévaluation.

---

**MOTS-CLES** : Fragilité - Suivi - Médecin généraliste

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE** : Médecine Générale

---