

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1032

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Claire BOISSINOT

le 18 Avril 2017

**Devenir des patients non revenus à un an et initialement évalués au cours
de l'année 2014 à l'Hôpital de jour des fragilités et de prévention de la
dépendance de Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Bruno VELLAS	Assesseur
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Sandrine SOURDET	Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1032

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Claire BOISSINOT

le 18 Avril 2017

**Devenir des patients non revenus à un an et initialement évalués au cours
de l'année 2014 à l'Hôpital de jour des fragilités et de prévention de la
dépendance de Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Bruno VELLAS	Assesseur
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Sandrine SOURDET	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} 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. BONAFE Jean-Louis
Doyen 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. BARRRET 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-SCHVEITZER 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. QUERREU 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. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS 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. QUERREU Denis
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
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-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. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
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. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREELUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Enc	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. HANDI 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 Thibaut	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 TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS 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 Manon	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 PERIOUET 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 Manon	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michiel	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

A Monsieur le **Professeur Stéphane OUSTRIC**,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

A Monsieur le **Professeur Bruno VELLAS**,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, je suis très honorée de votre présence dans ce jury, vous qui vous êtes grandement impliqué dans le développement de la fragilité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le **Professeur André STILLMUNKES**,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'évaluer ce travail, recevez l'expression de mes respectueuses considérations.

A Madame le **Docteur Sandrine SOURDET**,

Je te remercie pour ton aide et ton implication dans ce travail, reçois ici mon immense reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Bruno CHICOULAA**,

Je te remercie pour ton soutien et ton accompagnement tout au long de ce travail, tes remarques constructives et ta disponibilité m'ont permis d'avancer sereinement. Sois assuré de mon respect et de ma profonde gratitude.

Et aussi...

A **mes parents** pour leur soutien, leur réconfort et leur patience.

A **Marie et à Pascal** pour leurs conseils avisés et leur écoute.

A **Pauline et à Baptiste** pour leur disponibilité et leur aide technique.

A **Grégoire** pour ton soutien, tes remises en question et ton aide dans ma gestion du stress.

A **Alix**, ma marraine lointaine, pour ton soutien et tes apparitions surprises !

A mes copines sous colleuses **Maxine, Sarah et Bénédicte** avec lesquelles les dimanches soirs associaient travail et gourmandises.

A mes amis **Marion A, Marion F, Marie, Victoire, Edouard, Félix, Julien, Laurent, Wassim, Adrien, Aymeric, Romain...** avec lesquels les années d'externat ont été studieuses mais aussi tellement festives, aux moments d'échanges, de partage et à ces vacances mémorables.

A **mes co-internes lourdais** avec lesquels nous avons partagés nos premiers mois d'interne et de galère !

Aux nouvelles rencontres : **Anne-Sophie, Florence, Hélène, Marion P, Pauline...**

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS

TABLES DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS

I. INTRODUCTION.....	1
II. MATERIELS ET METHODES	3
<i>II.1. Type d'étude</i>	3
<i>II.2. Population étudiée et période de recueil</i>	3
<i>II.3. Critères d'exclusion</i>	3
<i>II.4. Recueil des données</i>	3
II. 4. a Appels.....	4
II. 4. b Entretien	4
II. 4. c Mode de vie	4
II. 4. d Evènement médical	4
II. 4. e Evènements stressants	4
II. 4. f Programmation et refus	5
<i>II.5. Analyse statistique</i>	5
III. RESULTATS.....	6
<i>III.1. Entretien</i>	7
III. 1. a Taux de participation.....	7
III. 1. b Qui répond ?.....	7
III. 1. c Motifs de la non réalisation de l'entretien	8
<i>III.2. Changement du lieu de vie</i>	8
<i>III.3. Evènements médicaux</i>	9
<i>III.4. Evènements stressants</i>	10
III. 4. a Décès du conjoint	10
III. 4. b Maladie grave.....	10
III. 4. c Décès d'un parent ou d'un ami.....	10
III. 4. d Séparation	10

III. 4. e Arrêt d'un hobby	11
III. 4. f Déménagement	11
III. 4. g Perte d'un animal	11
III. 4. h Accident du conjoint	11
III. 4. i Problème financier	11
III. 4. j Autre évènement stressant	11
<i>III.5. Programmation et refus.....</i>	<i>12</i>
III. 5. a Eligibilité à une réévaluation à un an à l'Hôpital de jour de la fragilité et de prévention des dépendances...	12
III. 5. b Accord ou refus pour la programmation :	13
<i>III.6. Critère secondaire.....</i>	<i>16</i>
IV. DISCUSSION	18
<i>IV.1. Principaux résultats.....</i>	<i>18</i>
<i>IV.2. Comparaison des résultats à la littérature</i>	<i>19</i>
<i>IV.3. Limites et forces de l'étude.....</i>	<i>26</i>
V. CONCLUSION	27
REFERENCES	28
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	33

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ADL	Activity of Daily Living
ARS	Agence Régionale de Santé
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GDS	Geriatric Depression Scale
HDJFPD	Hôpital De Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MMSE	Mini Mental State Evaluation
MNA	Mini Nutritionnal Assessment
PPS	Projet Personnalisé de Soins
SPPB	Short Physical Performance Battery

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un problème de santé publique propre à tous les pays occidentaux. Au premier janvier 2012, la France compte 65,35 millions d'habitants. Les personnes de 65 ans ou plus représentent 17,1% de la population (contre 16,0% il y a dix ans) dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus (1). En 2050, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants et un habitant sur trois aurait plus de 60 ans (2).

Cette tendance démographique engendre un coût par l'augmentation des hospitalisations, des institutionnalisations, le besoin d'une aide humaine face à la perte d'autonomie.

La gériatrie s'est développée il y a environ 30 ans prenant en charge initialement les personnes âgées dépendantes puis s'est tournée peu à peu vers la prévention afin d'intervenir à un stade plus précoce et mettre en place des interventions ciblées pour prévenir la dépendance (3). C'est à partir de ce moment qu'est apparu le concept de fragilité. En effet le vieillissement touche de façon inhomogène les personnes, permettant ainsi de distinguer 3 catégories : personnes âgées dépendantes, personnes âgées robustes et personnes âgées fragiles (4).

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie définit la fragilité comme 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. Les conséquences du syndrome de fragilité sont donc clairement identifiées (5).

Les personnes âgées fragiles ne sont pas dépendantes, elles sont dans un état intermédiaire et réversible d'où l'intérêt de repérer la fragilité pour mettre en œuvre un plan personnalisé de soin (PPS) adapté (6).

En partant de ce postulat de réversibilité, le Gérontopôle de Toulouse en association avec le DUMG et soutenu par l'ARS, a créé en 2011 l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance (HDJFPD). Il a pour objectif d'évaluer les personnes âgées fragiles et pré-fragiles pour mettre en œuvre un PPS à la suite de l'évaluation (7).

Ce PPS intervient dans plusieurs domaines : nutritionnel, physique, social, psychique, psychologique et médicamenteux.

Le PPS est élaboré par une équipe multidisciplinaire. Pour que le patient adhère au maximum à ce PPS, il doit être adapté, réalisable et discuté avec le médecin traitant et les aidants. L'étude de Cameron et al. (8) montre que le bénéfice du PPS n'est pas visible à 3 mois mais qu'il est apparent à partir de 12 mois. Le caractère réversible de la fragilité montre l'intérêt non seulement du suivi mais aussi de réévaluer les patients à un an, ce qui est une nouveauté dans la prévention de la dépendance des personnes âgées.

Le suivi proposé par l'HDJFPD est un contact téléphonique par une infirmière de l'hôpital de jour à 1 mois pour une évaluation détaillée du PPS : si besoin, des conseils sont donnés et les patients sont encouragés, les événements stressants sont recherchés. Un deuxième appel téléphonique est réalisé à 3 mois avec évaluation de l'ADL et de l'IADL, avec la recherche d'événements stressants et la recherche d'une perte de poids. Entre 8 et 11 mois, un questionnaire téléphonique est effectué recherchant les événements intercurrents, et proposant une réévaluation à un an à l'HDJFPD. Or seul 35% des patients évalués reviennent à un an reflétant la difficulté du suivi.

C'est pourquoi nous avons choisi dans cette étude de nous intéresser aux patients non revenus à l'issue de la première évaluation à la Plateforme de la fragilité de Toulouse grâce à l'entretien standardisé réalisé au cours de l'année suivant leur première évaluation.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le devenir des patients non revenus à un an et initialement évalués au cours de l'année 2014 à la Plateforme de la fragilité de Toulouse.

L'objectif secondaire de notre étude est de comparer les caractéristiques de ces patients par rapport à celles des patients revenus, obtenues à l'issue de la première évaluation en 2014 à la Plateforme de la fragilité de Toulouse.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

II.1. Type d'étude

Notre étude était une étude observationnelle descriptive rétrospective dans une population de sujets de plus de 65 ans évalués au cours de l'année 2014 à l'HDJFPD.

II.2. Population étudiée et période de recueil

La population étudiée était les patients qui avaient été évalués pour la première fois au sein de l'HDJFPD de Toulouse au cours de l'année 2014.

II.3. Critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure de l'étude :

- les patients issus de la filière onco-gériatrique
- les patients pour lesquels l'évaluation pendant l'année 2014 correspondait à la réévaluation à un an
- les patients inclus dans des études telles que MIDFRAIL ou DOHEALTH car au cours de l'année suivant leur première évaluation, ils sont recontactés ou alors revus en consultation dans le cadre de l'étude
- les patients ayant un MMSE (9) inférieur ou égal à 15
- les patients dépendants avec IADL et ADL inférieurs à 3
- les patients ayant nécessité un suivi plus rapproché avec des consultations gériatriques diverses

II.4. Recueil des données

La saisie des données a été faite par le chercheur de juin à décembre 2016 et s'est effectuée à l'HDJFPD sur un tableau EXCEL à partir d'un questionnaire. Toutes les réponses ont été recueillies par contact téléphonique auprès du patient ou de l'aidant, initialement par les deux infirmières du service puis par un médecin attaché au cours de l'année 2015.

Pour le critère secondaire les données ont été saisies à partir des courriers de sortie des patients suite à l'évaluation effectuée en 2014. Les critères auxquels nous nous sommes intéressés sont l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut marital, le lieu de vie, l'ADL, l'IADL, le statut de fragilité selon les critères de Fried (10), la vitesse de marche, le SPPB qui est un score composite sur 12 points. Il est composé d'un test de vitesse de marche, un

test d'équilibre et un test de lever de chaise. Un score entre 10 et 12 montre une bonne performance physique, un score entre 7 et 9 montre une performance moyenne et un score entre 0 et 6 est une faible performance (11). Les autres critères sont le MMSE (9), le GDS (12), et le MNA (13).

II. 4. a Appels

La règle pour les appels était de recueillir le nombre de tentatives. Si le patient ou son entourage ne répondaient pas, le nombre maximum de tentatives d'appel était fixé à 3 fois.

II. 4. b Entretien

Les informations contenues dans le questionnaire papier permettaient de savoir si l'entretien avait eu lieu. S'il n'avait pas eu lieu il fallait préciser pourquoi : refus du patient, patient décédé, hospitalisation, pas de réponse ou autre.

Si le patient était décédé ; la date du décès, le lieu du décès (hôpital ou domicile) ainsi que la cause quand elle était connue étaient notés.

Il a été déterminé avec qui l'entretien était effectué : le patient ou un aidant en précisant qui était l'aidant : époux, épouse, enfant, IDE...

II. 4. c Mode de vie

Les informations concernant le mode de vie ont également été recueillies avec tout particulièrement la recherche d'une modification du mode de vie comme un déménagement, une entrée en EHPAD ou en foyer logement.

II. 4. d Evènement médical

Le questionnaire s'intéressait aussi à la survenue d'un évènement médical au cours de l'année comme l'apparition d'une pathologie aiguë, un passage aux urgences avec hospitalisation, un passage aux urgences sans hospitalisation, une hospitalisation programmée, une hospitalisation non programmée, une chirurgie ou autre.

II. 4. e Evènements stressants

Les évènements stressants ont été recherchés, c'est-à-dire le décès du conjoint, une maladie grave, le décès d'un parent ou d'un ami, une séparation, l'arrêt d'un hobby, un déménagement, la perte d'un animal, un accident du conjoint, un problème d'ordre financier ou autre.

II. 4. f Programmation et refus

A l'issue de la collecte de ces informations, la question était de savoir si le patient relevait de l'hôpital de jour et si oui est-ce qu'il acceptait la réévaluation à un an. S'il n'acceptait pas la réévaluation il était important de savoir pourquoi : était-ce un refus temporaire (hospitalisation actuelle, évènements intercurrents, déplacement ou autre) ou était-ce un refus définitif (pas d'intérêt, suivi suffisant par le médecin traitant, refus du conjoint ou de la famille, déménagement ou autre).

Enfin, si le patient ne relevait pas de l'hôpital de jour, était-il devenu dépendant ou était-il atteint d'une pathologie aigüe.

II.5. Analyse statistique

La population de l'étude a été analysée de manière descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre et en pourcentage. L'analyse statistique a été faite par l'intermédiaire d'EXCEL 2015.

Pour le critère secondaire, une analyse bivariée par test du Chi2 (pour les variables qualitatives) et test de Student (pour les variables quantitatives) a été réalisée pour comparer les caractéristiques entre les patients revenus et non revenus à l'issue de la première évaluation. Les co-variables analysées sont l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le mode de vie, le statut marital, le lieu de vie, l'IADL, l'ADL, le statut de fragilité en fonction des critères de Fried (10), la vitesse de marche, le SPPB, le MMSE, le GDS et le MNA. Le seuil de $p < 0,05$ était considéré comme valeur statistiquement significative.

III. RÉSULTATS

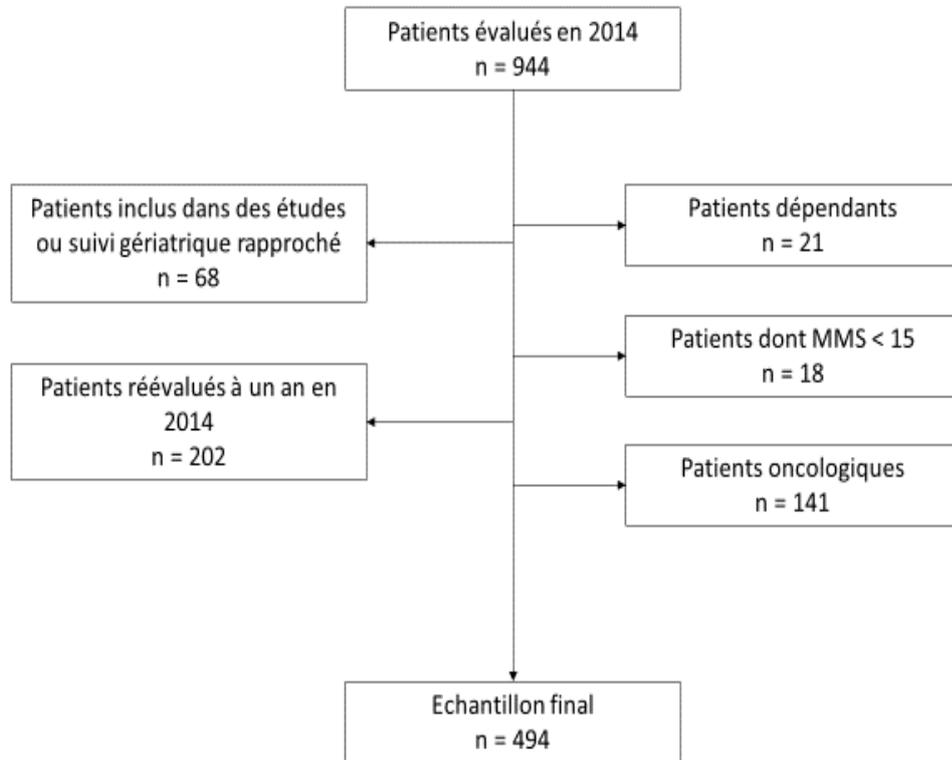


Figure 1: Diagramme de flux

Sur les 494 patients inclus dans l'étude, seulement 167 patients (34%) ont été revus à un an.

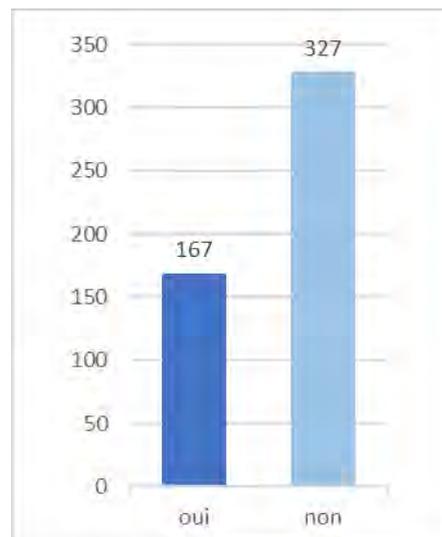


Figure 2: Patients revus à un an

327 (66%) patients ne sont pas revenus à la réévaluation malgré l'envoi d'une convocation papier et l'appel téléphonique.

Nous nous sommes donc intéressés à ces 327 patients et plus particulièrement à ceux qui avaient répondu à l'entretien effectué par téléphone pour étudier les caractéristiques de cette population.

III.1. Entretien

III. 1. a Taux de participation

Chez les 327 patients non revus, **179 (54,7%)** patients ont réalisé l'entretien téléphonique en répondant au questionnaire et 136 (41,6%) patients ne l'ont pas réalisé. Pour 12 (3,7%) d'entre eux, l'information est manquante.

Chez les patients revus à un an, le taux de réponse au questionnaire est de 72% soit un taux de réponse plus important que chez les patients non revus à un an.



Figure 3: Taux de participation à l'entretien chez les patients non revus

III. 1. b Qui répond ?

Chez les 179 patients non revenus et dont il y a une réponse au questionnaire, il y en a 8 qui sont décédés mais pour lesquels la famille a répondu à l'appel téléphonique.

Chez les 171 patients restants, 96 (56%) d'entre eux ont répondu et pour 75 (44%) patients c'est un aidant. Pour la majorité des aidants, c'est un enfant qui répond pour 37 (49,3%) des patients. Puis l'époux ou l'épouse qui répond pour 13 (17,3%) patients. Dans quelques

rare cas c'est l'IDE pour 2 (2,6%) patients. Et pour les patients restants, l'aidant qui répond est diverse : la nièce, le petit fils, la femme de ménage...

Donc au total nous avons eu **171** réponses analysables soit un taux de réponse de **52,2%** pour les patients non revenus.

III. 1. c Motifs de la non réalisation de l'entretien

Chez les 136 patients non revus n'ayant pas répondu au questionnaire via l'entretien, il y en a 31 (23%) qui sont décédés, 16 (12%) patients ont refusé de répondre au questionnaire, 76 (55%) patients n'ont pas répondu au téléphone malgré 3 tentatives d'appel. 13 (10%) patients avaient une autre raison :

- soit le bilan à un an avait été avancé
- soit il y avait déjà un suivi gériatrique en consultation établi pour ces patients qui n'avait pas été précisé à l'issue de la première évaluation et qui ont donc quand même été recontactés.

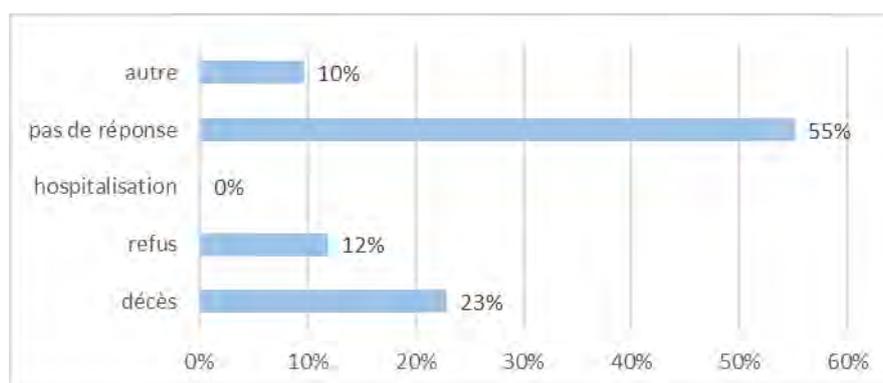


Figure 4: Motifs des non réponses au questionnaire chez les patients non revus

Nous avons donc réellement **104** patients vraiment perdus de vue sans aucune nouvelle soit **21%** des 494 patients inclus dans l'étude. Il y a 76 patients qui n'ont pas répondu au questionnaire malgré 3 tentatives d'appel, 16 patients qui avaient refusé d'être contacté après la première évaluation et 12 patients pour lesquels nous n'avons aucune donnée sur la réalisation ou non du questionnaire.

III.2. Changement du lieu de vie

Pour les 171 patients pour lesquels nous avons une réponse, 119 (70%) n'ont pas changé de lieu de vie, **23 (17%)** ont changé de lieu de vie et il y a 29 (17%) patients pour lesquels nous n'avons pas l'information.

Pour les 23 patients qui ont changé de lieu de vie, 6 patients (26%) soit le plus grand nombre des patients ayant changé de lieu de vie, sont entrés en EHPAD et 2 patients (9%) ont déménagé en foyer logement. 3 (13%) patients ont déménagé dans un domicile individuel. Pour 12 (52%) patients nous n'avons pas d'information sur le nouveau logement ce qui représente presque la moitié des patients ayant changé de lieu de vie.

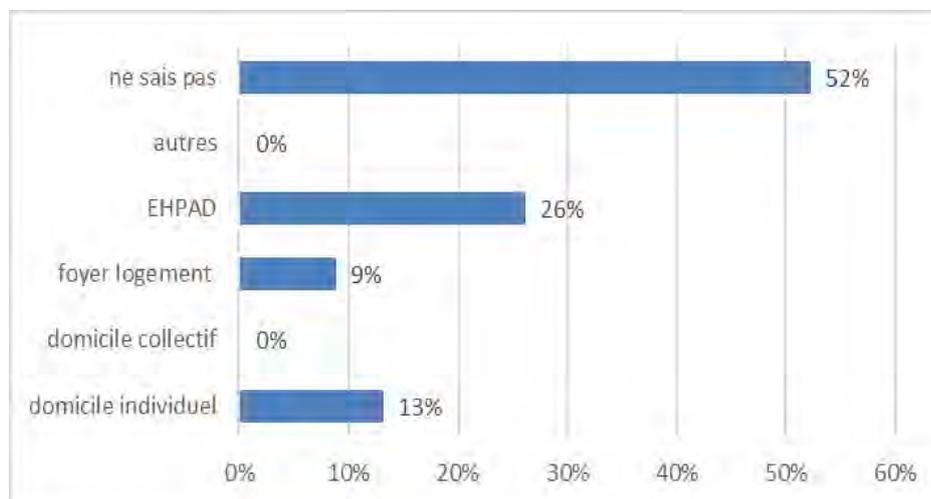


Figure 5: Lieux de vie pour les patients non revus ayant changé de lieu de vie

III.3. Evènements médicaux

Pour les 171 patients non revus qui ont répondu à l'entretien, il y en a 62 (36%) pour lesquels aucun évènement médical n'est survenu au cours de l'année suivant leur première évaluation à la Plateforme de la fragilité de Toulouse. Il y en a 2 (1%) qui ont présenté une pathologie aigüe. 6 (4%) patients sont passés aux urgences puis ont été hospitalisés, 2 (1%) sont passés aux urgences mais n'ont pas été hospitalisés par la suite. Il y en a 7 (4%) pour qui une hospitalisation avait été programmée, pour 8 (5%) patients une hospitalisation est survenue mais n'avait pas été programmée. 12 (7%) ont subi une chirurgie. 14 (8%) patients ont eu un évènement médical autre que ceux cités précédemment, les motifs les plus fréquemment retrouvés sont une fracture, une chute ou des douleurs. Et pour 58 (34%) patients, nous ne savions pas.

Il y a donc 1/3 des patients qui n'ont pas présenté d'évènements médicaux au cours de l'année suivant leur évaluation à la Plateforme de la fragilité de Toulouse et **1/3 d'entre eux ont présenté un évènement médical**. Ces évènements médicaux rencontrés sont variés il n'y en a pas un de prédominant. Et pour le dernier tiers des patients l'information est manquante.

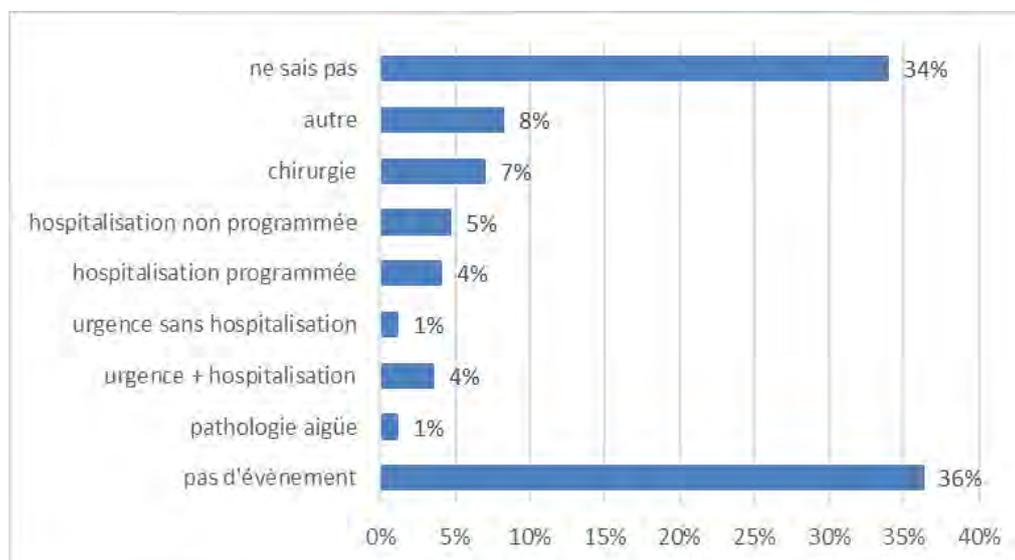


Figure 6: Survenue d'un évènement médical pour les patients non revus

III.4. Evènements stressants

III. 4. a Décès du conjoint

Sur les 171 patients non revus, **2 (1%)** ont été concernés par le décès du conjoint, 97 (57%) ne l'ont pas été et pour les 72 (42%) restant nous n'avons pas eu l'information.

III. 4. b Maladie grave

Chez les patients non revus, **4 (2%)** d'entre eux ont présenté une maladie grave, 95 (56%) n'en ont pas eu. Et 72 (42%) patients n'ont pas répondu.

III. 4. c Décès d'un parent ou d'un ami

Pour les 171 patients non revus, il y en a **3 (2%)** qui ont été touchés par le décès d'un proche ou d'un ami, 96 (56%) ont répondu non et 72 (42%) patients n'ont pas répondu.

III. 4. d Séparation

Au sein des patients non revus, **0** patient n'a répondu oui à cet item, 99 (58%) patients ont répondu non, et 72 (42%) patients n'ont pas répondu.

III. 4. e Arrêt d'un hobby

Dans les patients non revus, il n'y a qu'**1 (1%)** seul patient qui a répondu oui à cette question. 98 (57%) des patients non revus ont répondu non et 72 (42%) patients se sont abstenus de répondre.

III. 4. f Déménagement

Pour les patients non revus, il y en **6 (4%)** qui ont déménagé, 93 (54%) patients n'ont pas déménagé, et 72 (42%) patients n'ont pas donné de réponse.

III. 4. g Perte d'un animal

Sur les 98 patients non revus ayant répondu à cet item, **0** soit aucun patient n'a perdu d'animal. Et il y a 73 (43%) patients non revus qui n'ont pas répondu.

III. 4. h Accident du conjoint

Au sein des patients non revus, il y en a **2 (1%)** qui ont répondu oui à cet item, 96 (56%) patients ont répondu non, et 73 (43%) n'ont pas répondu.

III. 4. i Problème financier

Il y a **0** soit aucun patient qui a présenté un problème financier sur les 98 patients non revus ayant répondu à cet question, et 73 (43%) patients n'ont pas répondu chez les non revus.

III. 4. j Autre évènement stressant

Il n'y a qu'**1** seul patient au sein des patients non revus qui a répondu oui à cette question en précisant que c'est son fils qui avait eu un accident et qu'il était en invalidité depuis. Et 73 (43%) patients non revus n'ont pas répondu.

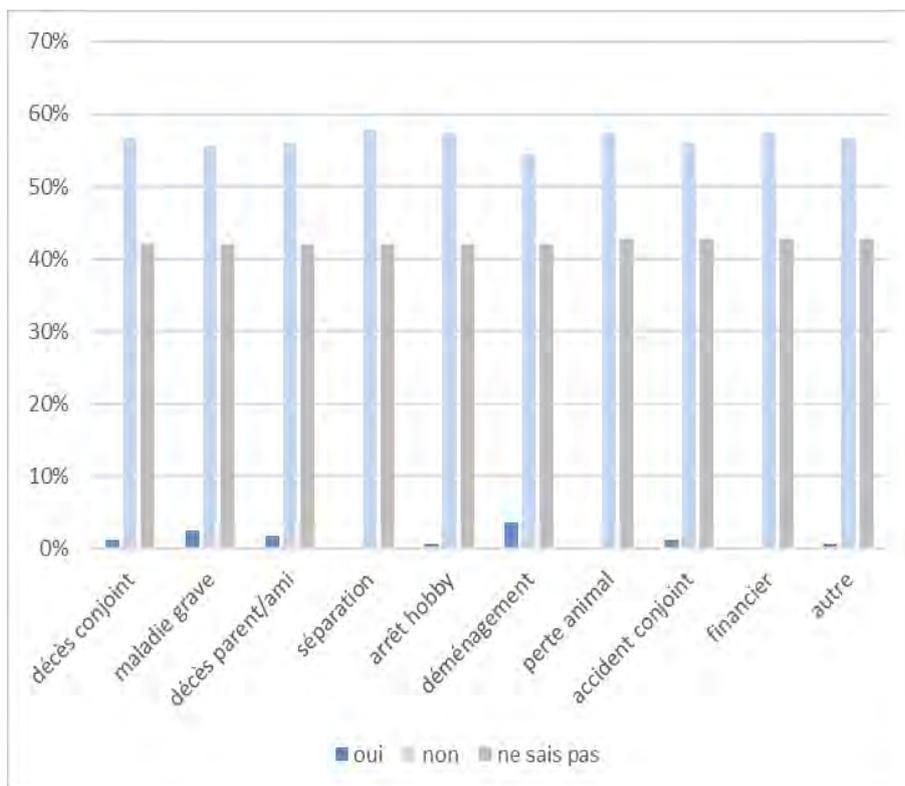


Figure 7: Survenue d'un évènement stressant chez les patients non revus

III.5. Programmation et refus

III. 5. a Eligibilité à une réévaluation à un an à l'Hôpital de jour de la fragilité et de prévention des dépendances

A l'issu de l'entretien réalisé par l'intermédiaire d'un appel téléphonique, sur les 171 patients non revus à un an, **154 (90%)** étaient éligible pour une réévaluation. 13 (8%) ne l'étaient pas et pour 4 (2%) patients, il n'y avait pas de réponse.

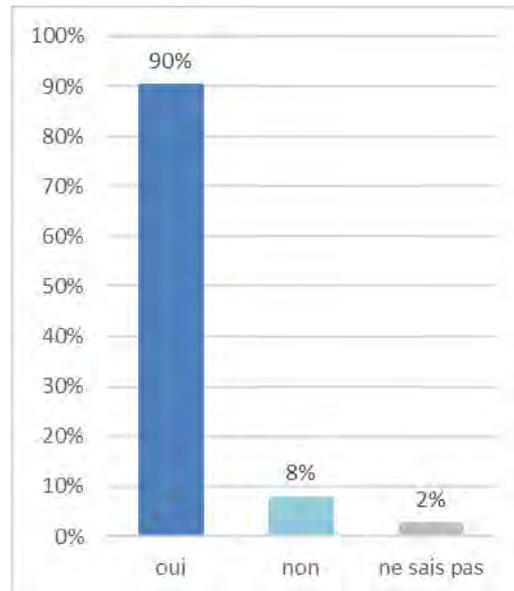


Figure 8: Eligibilité à une réévaluation à un an à l'hôpital de jour de la fragilité des patients non revus

Parmi les 13 patients dont la réévaluation n'était pas pertinente, les causes étaient les suivantes : 11 (85%) patients sont devenus dépendants, 2 (15%) patients présentaient une pathologie aigüe.

III. 5. b Accord ou refus pour la programmation :

Sur les 154 patients pour lesquels une réévaluation était à programmer, 125 (81%) n'étaient pas d'accord, 27 (18%) étaient d'accord et 2 (1%) patients ne se sont pas prononcés mais qui de toute façon ne sont pas revenus.

Parmi les 125 patients qui n'ont pas donné leur accord pour une réévaluation, il y avait **35** patients pour qui c'était un refus temporaire et **90** patients pour lesquels le refus était définitif.

Parmi les causes de **refus temporaire**, 5 (14%) patients étaient hospitalisés au moment de l'entretien, 18 (51%) présentaient des événements intercurrents, 2 (6%) patients étaient en déplacement et 10 (29%) patients ont présenté un autre motif qui était dans la majorité des cas la nécessité d'un temps de réflexion pour en discuter avec un membre de la famille ou le médecin traitant.

En réalité tous les refus temporaires se sont transformés en refus définitifs sauf un, le patient a été revu, il avait mentionné comme refus temporaire la présence d'évènements intercurrents.

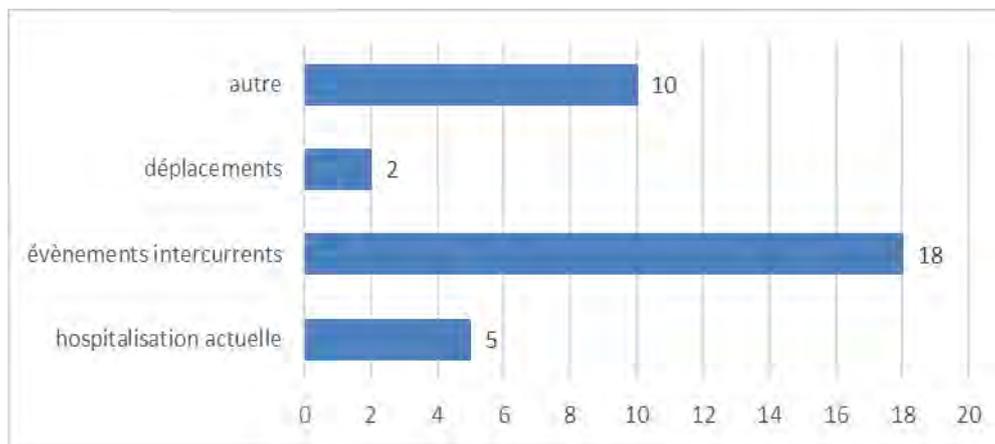


Figure 9: Causes des refus temporaires

Parmi les causes de refus **définitif**, **40 (44%)** patients ne trouvaient pas d'intérêt à revenir à un an, **7 (8%)** patients considéraient que le suivi par le médecin traitant était suffisant. 6 (7%) patients ont donné les deux motifs précédents. 8 (9%) patients ont dit que c'était le conjoint ou la famille qui s'opposait à la réévaluation, 1 (1%) patient a donné cette raison en plus du fait qu'il ne trouvait pas d'intérêt. 1 (1%) patient avait déménagé loin. 3 (3%) patients ont dit que le suivi fait par le médecin traitant était suffisant et que la famille ou le conjoint s'opposait à cette réévaluation. Il y avait 18 (20%) patients qui avaient une autre raison : multiples rendez-vous médicaux, difficultés pour se déplacer, éloignement. 5 (6%) patients n'en voyaient pas l'intérêt et avaient une autre raison et 1 (1%) patient trouvait suffisant le suivi par le médecin traitant et a donné une autre raison, il était déjà suivi en consultation en gériatrie.

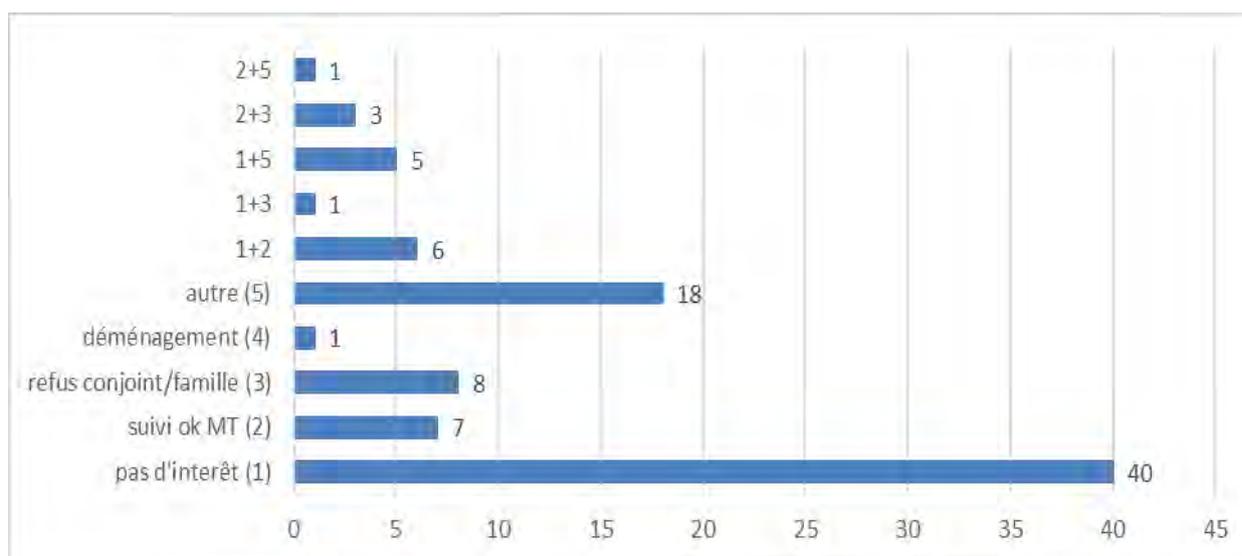


Figure 10: Causes des refus définitifs

En conclusion en intégrant tous ces paramètres, sur les 494 patients inclus dans l'étude nous avons réellement 104 (21%) patients perdus de vue : les 12 patients dont les données sont manquantes concernant la participation au questionnaire, les 16 patients ayant refusé de répondre au questionnaire et les 76 patients dont les 3 tentatives d'appels ont été infructueuses.

Pour les autres, il y a 39 (7,8%) patients décédés. Il y a 167 (34%) patients revus, 171 (34,6%) patients non revus mais ayant répondu au questionnaire. Et il y a 13 (2,6%) patients non revus mais dont le suivi a été rapproché.

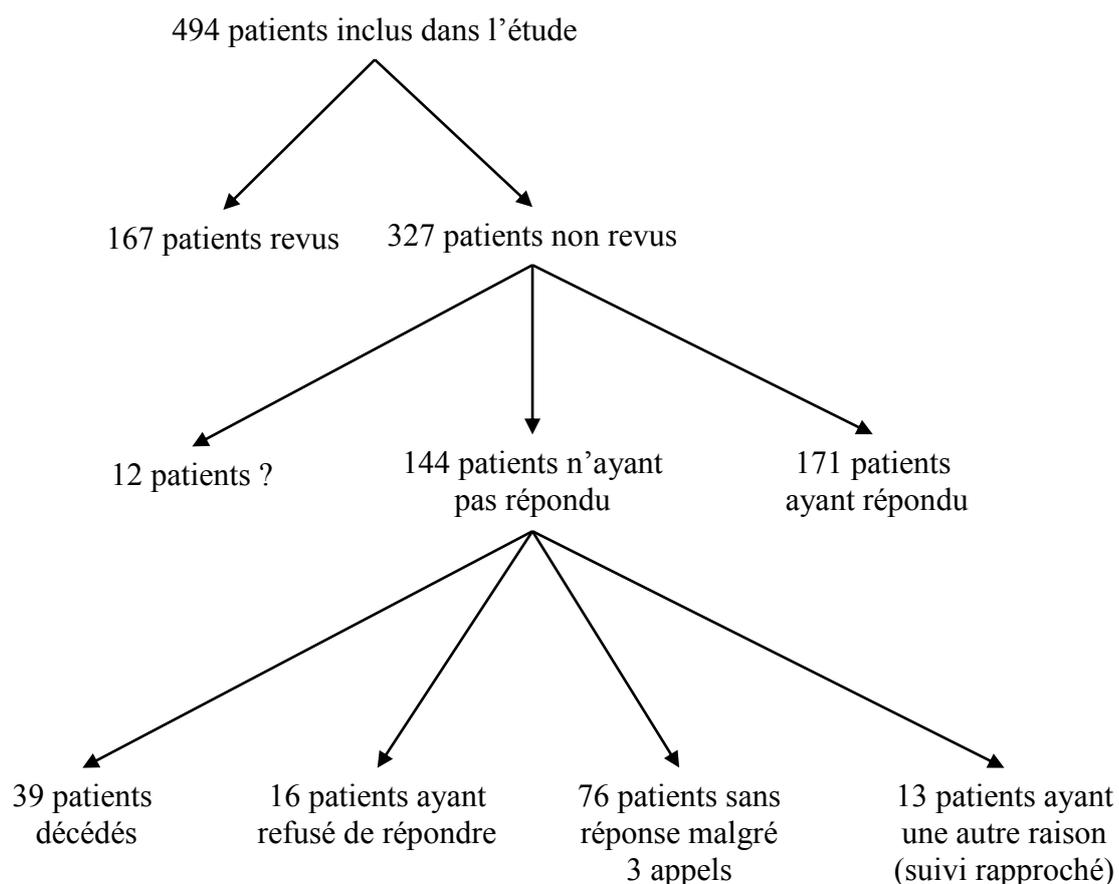


Figure 11: Devenir des 494 patients inclus dans l'étude

III.6. Critère secondaire

L'objectif secondaire était de comparer les caractéristiques des patients revenus à celles des patients non revenus à l'issue de la première évaluation réalisée sur l'année 2014. Les résultats sont dans le tableau 1.

	Patients Revenus (n=167)	Non Revenus (n=327)	p
Age, ans, moy ± ET	81.0 ± 6.7	81.9 ± 6.2	0.120
Sexe, Femme, n (%)	228 (69.7)	123 (71.1)	0.509
Scolarité, n (%)			0.687
-Collège/Baccalauréat /Etudes supérieures (vs pas de scolarité/ primaire)	196 (66.9)	106 (65.0)	
Statut marital, n (%)			0.760
Veuf, célibataire, divorcé (vs Marié)	184 (59.2)	100 (60.6)	
Lieu de vie, n (%)			0.317
-Domicile individuel	190 (61.5)	89 (53.3)	
-Domicile collectif	101 (32.7)	67 (40.1)	
-Foyer logement	11 (3.6)	8 (4.8)	
-EHPAD	7 (2.3)	3 (1.8)	
ADL score (/6), moy ± ET	5.7 ± 0.4	5.6 ± 0.4	0.418
IADL score (/8), moy ± ET	6.0 ± 2.2	5.5 ± 2.2	0.010
Etat de Fragilité selon les Critères de Fried, n (%)			<0.001
Robuste	58 (10.8)	165 (8.9)	
Pré-fragile	260 (48.6)	722 (38.8)	
Fragile	217 (40.6)	975 (52.4)	
Vitesse de marche (m/s), moy ± ET	0.85 ± 0.26	0.81 ± 0.28	0.100
SPPB score (/12), moy ± ET	8.4 ± 2.7	7.8 ± 2.9	0.036
MMSE score (/30), moy ± ET	26.1 ± 3.9	25.3 ± 4.0	0.031
GDS score (/15), moy ± ET (n=1426)	4.2 ± 3.0	4.6 ± 2.9	0.225
Présence de symptômes dépressifs si (GDS>5)			
MNA score (/30), moy ± ET	25.6 ± 3.8	24.8 ± 3.2	0.017

Tableau 1: Caractéristiques des patients évalués en 2014 revus et non revus en 2015

Les caractéristiques ayant une différence statistiquement significative entre les personnes revenus et non revenus à l'issue de la première évaluation sont :

- l'IADL qui est en moyenne à 6 chez les patients revus et à 5,5 chez les patients non revus.

- le statut de fragilité : effectivement les patients revus sont moins fragiles (40,6%) que les patients non revus (52,4%).
- le SPPB étant en moyenne de 8,4 chez les patients revus et de 7,8 chez les patients non revus.
- le MMSE avec une moyenne de 26,1 chez les patients revus et de 25,3 chez les patients non revus
- le MNA où la moyenne chez les patients revus est de 25,6 et de 24,8 chez les patients non revus.

IV. DISCUSSION

IV.1. Principaux résultats

Les principaux résultats de notre étude montrent que sur les 494 patients inclus dans l'étude, 167 patients (34%) sont revenus à un an, 39 patients (7,8%) sont décédés, 288 patients (58,2%) ne sont pas revenus. Au sein de ces 288 patients, il y en a réellement 104 (21%) perdus de vue, 171 (34,6%) ont répondu au questionnaire, et 13 (2,6%) patients ont eu un suivi rapproché.

Dans notre étude, peu de patients (17%) non revenus ont changé de lieu de vie.

Il y a également peu de patients non revenus (30%) qui ont présenté un évènement médical à la suite de leur première évaluation.

Sur les 171 patients non revenus et ayant répondu au questionnaire, 90% d'entre eux étaient éligibles à une réévaluation et 6,4% d'entre eux sont devenus dépendants ne relevant donc plus d'une réévaluation à la fragilité.

Dans l'étude, pour les refus de programmation d'une réévaluation à un an, les causes majoritaires sont soit que les patients n'ont pas trouvé d'intérêt à la journée (44%), soit c'est la famille ou le conjoint qui s'opposait à la réévaluation (9%), ou alors le suivi du médecin traitant est suffisant (8%).

Le taux de mortalité dans l'étude chez les patients non revenus est de 12%.

IV.2. Comparaison des résultats à la littérature

Dans l'étude FRADEA (14) qui étudie l'association entre la fragilité, la mortalité, l'invalidité et la perte de mobilité, par un suivi simple sur 18 mois chez des personnes âgées de plus de 70 ans, le taux de participation est de 85%. Les auteurs de l'étude expliquent ce chiffre important par le fait que les patients ont reçu une lettre informative au début de l'étude, que c'est le même intervenant au cours du suivi donc les personnes mettent un visage sur la personne les appelant et que les patients vivent à proximité du service de soin.

Dans notre étude, le taux de participation à l'entretien pour répondre au questionnaire chez les patients non revenus est de 54,7%. Quand le questionnaire n'a pas été réalisé, pour la moitié des patients c'est parce qu'il n'y a pas eu de réponse à l'appel téléphonique malgré 3 tentatives d'appels échelonnées sur plusieurs jours et même plusieurs semaines. Quand c'était la messagerie, le médecin laissait un message en expliquant le motif de son appel et en disant de rappeler si possible. Les patients ou les aidants ont donc été difficiles à joindre et nous nous sommes heurtés à des refus. Il serait alors peut être intéressant d'essayer de contacter le patient ou l'aidant par un autre moyen comme par mail ou par SMS. En effet, le patient ou l'aidant est plus disponible pour répondre car il choisit le moment. Ce moyen de communication permettrait de pallier à un autre problème qui est la presbyacousie (15), la prévalence de la presbyacousie dans une population de 70 ans et plus en France est de 66% (16). Un autre moyen pour essayer d'augmenter le taux de participation à l'entretien serait d'avoir une personne référente pour les appels, qui soit toujours la même, et qui s'identifie à l'issue de la journée d'évaluation.

Plusieurs études regroupées dans une revue de la littérature ont montré que le statut de fragilité est à l'origine d'institutionnalisation, même si la durée de suivi des études était variable, allant de 1 an et demi à 10 ans (17).

Dans l'étude de Hogan and al. (18), le suivi sur un an de personnes âgées de plus de 65 ans vivant au Canada montre que 19% des patients sont institutionnalisés.

Dans notre étude, seulement 4.6% des 171 patients non revenus et ayant répondu au questionnaire sont institutionnalisés. Cette différence peut s'expliquer par les hypothèses suivantes : nous n'avons pas de réponse à cet item pour 17% des patients, que sur les 23 patients de notre étude ayant déménagé, il y en a 12 pour lesquels nous ne connaissons pas leur nouveau logement, que le nombre de sujets inclus dans l'étude de Hogan and al. (n =

1066) est bien supérieur au nôtre. Et que contrairement à notre étude il n'y a pas de PPS mis en place ni d'intervention proposée, il y a juste un suivi simple.

Nous remarquons une discordance dans les résultats entre le changement du lieu de vie et le déménagement dans les événements stressants. Sur les 23 patients ayant changé de lieu de vie, il y a seulement 6 patients qui ont déclaré le déménagement comme événement stressant. Cette discordance peut s'expliquer par le fait que pour certains patients un changement de lieu de vie n'est pas considéré comme un événement stressant tandis que pour d'autres patients il l'est. Sur les 23 patients ayant changé de lieu de vie, la majorité d'entre eux sont entrés en EHPAD ou en foyer logement ce qui peut être source de réassurance pour ces patients car ils ne sont plus seuls mais ceci reste une hypothèse à confirmer.

Plusieurs études montrent aussi que le statut de fragilité est en corrélation avec la survenue d'événements médicaux dans les années qui suivent, le plus souvent ce sont des chutes avec ou sans fracture, ou une hospitalisation.

De nouveau, dans l'étude de Hogan and al. (18), le taux d'hospitalisation sur un an est de 39.8% tandis que dans notre étude il est de 12.2%. Là aussi la différence peut peut-être s'expliquer par le fait qu'un tiers des patients n'a pas répondu à cet item, par le nombre de patients inclus plus important et par l'absence d'intervention proposée.

Dans l'étude de Avila-Funes and al. menée en France le taux d'hospitalisation est lié avec la fragilité. Sur un suivi de 4 ans le taux est de 31.3% pour les personnes âgées fragiles, de 23.8% pour les personnes âgées pré-fragiles et 20.3% pour les personnes âgées robustes (19). On note donc que ce taux d'hospitalisation est d'autant plus important quand la personne âgée est fragile.

La survenue d'un événement médical n'est pas anodine. On sait que chez une personne âgée un événement médical aiguë accélère le vieillissement physiologique. Ce concept a été démontré par le modèle 1+2+3 de Bouchon (20).

Le taux de mortalité retrouvé dans notre étude (7.8 %) est légèrement inférieur à celui retrouvé dans d'autres études mais reste équivalent au taux de mortalité en France.

En 2014, le taux de mortalité chez les personnes âgées de 80 à 89 ans est de 59 décès pour 1000 habitants soit de 5,9% et chez les personnes âgées de plus de 90 ans il est de 175

décès pour 1000 habitants soit 17,5% (21). Nous avons donc un taux de mortalité se situant entre les 2 classes d'âge.

De nouveau dans l'étude FRADEA réalisée en Espagne (14), le taux de mortalité sur 18 mois était de 10.6%. Dans l'études de Hogan and al. (18) le taux de mortalité sur un an est de 15.9%.

La revue de la littérature de Shu-Fang Chang and al. (22) montre que sur les 11 études retenues avec un suivi allant de 18 mois à 10 ans, la fragilité induit un risque de mortalité plus élevé que chez les patients pré fragiles ou robustes.

L'étude de Kulmala and al. (23) révèle qu'effectivement, le statut de fragilité engendre un taux de mortalité supérieur par rapport aux statuts pré fragiles et robustes mais qu'il y a aussi une différence significative entre les hommes et les femmes. Chez les femmes, seule la fragilité a été associée à une mortalité plus élevée, tandis que chez les hommes, les statuts fragiles et pré fragiles sont associés à une mortalité plus élevée. Cette différence est due selon les auteurs de l'étude à l'hypothèse où les hommes resteraient plus facilement au stade pré fragiles selon les critères de Fried (10) en raison d'une masse musculaire de base plus importante que chez les femmes. En effet, différentes études tendent à montrer qu'il y a un lien entre la sarcopénie et la fragilité (24). La sarcopénie serait le substratum biologique de la fragilité (25).

Les patients ont évoqué plusieurs raisons motivant leur refus de revenir à un an.

Pour 8% d'entre eux, le suivi proposé par le médecin généraliste est suffisant, ne nécessitant pas pour eux d'aller à l'HDJFPD. Le médecin traitant occupe une place centrale dans la prise en charge globale de la personne âgée, c'est pourquoi il est important de l'inclure dans le PPS. Il y a donc un intérêt à l'appeler à la fin de la journée, cependant parfois il n'est pas joignable ou absent. Un éventuel appel ne se fait qu'exceptionnellement les jours suivants. Le médecin traitant pourrait revoir, dans les 10 jours suivant l'évaluation, le patient pour voir avec lui ce qu'il en a retenu et en rediscuter même si l'IDE de l'HDJFPD l'appelle à 1 mois. En effet, pour les personnes âgées les médecins traitants sont une référence et l'écoutent généralement plus qu'une personne extérieure, intervenant dans le parcours de soin. Par ailleurs, dans une thèse réalisée en 2014 sur les freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne (26) les patients rapportent l'idée qu'il y a trop d'informations d'un coup et qu'ils ne peuvent pas tout emmagasiner.

44% des patients non revenus ayant répondu au questionnaire et éligibles à une réévaluation à un an n'ont pas trouvé d'intérêt à cette journée, dans cette même thèse sur les freins à la mise en place des recommandations de prévention (26) les personnes âgées interrogées évoquent la notion de trop tard ou d'inutilité ne comprenant pas ce caractère réversible de la fragilité. Dans une autre thèse réalisée en 2015 portant sur les 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 (27), 24.2% des sujets ont vu leur statut de fragilité s'améliorer en un an montrant ainsi l'intérêt de la mise en place d'un PPS. En France la médecine est avant tout curative (28) et non préventive. Les patients ne se sentant pas malades, ils ne voient donc pas l'intérêt de se rendre à l'hôpital et de mettre en place un PPS. Il n'y a pas non plus à la fin de la journée de diagnostic précis évoqué ni de prescription d'une ordonnance contenant des médicaments ce que certains patients ont du mal à concevoir au vu des habitudes des soins en France. En effet, la France est le premier pays européen consommateur de médicaments, l'ordonnance ayant un pouvoir symbolique (29).

Il serait donc judicieux de remettre au patient à l'issue de la journée d'évaluation une feuille récapitulative simplifiée avec les différents objectifs à tenir et avec le suivi proposé.

Il est difficile pour toute personne et encore plus chez les sujets âgés de modifier ses habitudes et son mode de vie. Une étude publiée au Canada sur la recherche des facteurs favorisant l'adhésion à un programme de prévention des chutes met en évidence certains points comme le fait que les personnes âgées adhèrent mieux si le programme leur renvoie une image positive d'eux-mêmes, s'il met l'accent sur les bénéfices attendus, s'ils ont confiance en leur capacité à faire le programme et si le soutien de l'entourage est important (30).

Une étude menée en Suisse (31) sur l'adhésion thérapeutique du patient montre que celle-ci sera meilleure si le professionnel de santé s'adapte au patient et non l'inverse. En effet, le niveau d'information souhaité est variable d'un patient âgé à l'autre. D'autre part, les représentations que se fait le patient âgé de son état de santé peuvent être très différentes de celles des professionnels de soins. Les représentations de la maladie du patient sont façonnées par la maladie elle-même (par les croyances des patients au sujet de son origine, ses manifestations cliniques, ses conséquences au quotidien), son parcours de vie, par l'histoire de ses proches, mais aussi par toutes autres sources d'information.

Effectivement, dans une thèse qualitative réalisée en 2015 portant sur les représentations de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse (32), les résultats montrent que les patients font une confusion entre fragilité et dépendance et fragilité et vieillissement. Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés dans l'étude concernaient essentiellement le domaine physique avec les troubles de la marche et de l'équilibre, et le domaine socio-économique avec l'isolement familial ou amical.

Il serait donc intéressant d'envoyer lors de la convocation un fascicule d'information expliquant ce qu'est la fragilité, le déroulement de la journée avec les différents points qui vont être abordés : nutrition, mémoire, santé physique, médicament et iatrogénie, et le caractère réversible de la fragilité. Même si ces informations sont données à l'oral lors de l'appel de l'IDE au patient pour fixer la date du rendez-vous, il y a plus d'impact avec une information écrite qu'avec une information orale. Dans la thèse sur les freins à la mise en place des recommandations de prévention, la majorité des patients ne connaît pas le motif de l'envoi à l'HDJFPD ou possède une perception erronée de ce motif (26).

Une étude menée en France dans la Drôme et dans le Rhône (33) auprès de médecins généralistes libéraux sur la fragilité reflète l'idée que les patients préfèrent habituellement demeurer à domicile et éviter d'être hospitalisés. Ces médecins généralistes insistent sur la difficulté et le temps nécessaire à convaincre leurs patients, souvent réticents, à accepter des modifications de leur mode de vie, ce qui les conduit parfois à y renoncer d'où l'intérêt du fascicule d'information pour leur apporter des arguments supplémentaires.

20% des patients ayant refusé la programmation ont donné d'autres raisons que celles proposées dans le questionnaire (suivi médecin traitant suffisant, pas d'intérêt, refus famille ou conjoint, déménagement). Ces raisons sont la multiplicité des rendez-vous, les difficultés pour se déplacer ou alors l'éloignement géographique d'où la nécessité du développement de l'EGS en ambulatoire. A cet égard une thèse réalisée cette année, évaluant le degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé au projet d'évaluation gériatrique en soin primaire, rapporte que les médecins estimaient qu'une grande partie de leur patientèle (plus de 50% des patients) ayant bénéficié de l'évaluation gériatrique au cabinet aurait refusé une évaluation en milieu hospitalier (34). Mais les principales difficultés reposent sur le choix d'un outil de dépistage de la fragilité adapté à la consultation de médecine générale (35) (36) et sur l'élaboration du PPS faisant suite à l'évaluation (34).

Il existe une différence statistiquement significative entre les sujets revenus et non revenus au niveau de l'IADL. En effet, les sujets non revenus ont un IADL moins bon que les sujets revenus. On peut émettre l'hypothèse qu'ils n'ont plus les ressources suffisantes pour se déplacer et pour gérer le quotidien donc ils sont moins aptes à se rendre à l'HDJFPD. Dans la thèse sur les facteurs prédictifs de transition de statut de fragilité (37), les résultats retrouvaient un lien entre la perte d'autonomie et le risque de transition de statut de fragilité, un score d'IADL élevé prévenait le risque d'aggravation des pré-fragiles à un an.

Au niveau du MNA, nous retrouvons aussi une différence statistiquement significative entre patients revenus et non revenus. Le MNA représente le statut nutritionnel du patient (38). Dans les critères de Fried (10), la perte de poids est un élément à part entière pour définir le statut de fragilité. Xue et al. dans la cohorte WHAS II (Women's Health and Ageing Studies) ont décrit les déterminants initiaux de la fragilité, un des facteurs prémisses est la perte de poids chez 71% des patientes (39). Ceci est en concordance avec les résultats que nous observons, il y a plus de patients fragiles chez les patients non revenus par rapport aux patients revenus. Dans la thèse sur les modifications du statut de fragilité chez 100 sujets âgés évalués un an après la mise en place d'un PPS, il y a une augmentation du nombre de sujets ayant un état nutritionnel normal (69 à 83%), c'est la partie du PPS pour laquelle les sujets ont le plus adhéré car elle est facile à mettre en place (27). Il est donc important d'insister sur ce point à l'issue de la journée d'évaluation car la perte de poids est un facteur de fragilité mais cette dernière peut être évitée avec des mesures diététiques.

Il existe également une différence statistiquement significative pour le SPPB entre les sujets revus et non revus mais pas pour la vitesse de marche. Le SPPB est le facteur prédictif de transition de statut de fragilité le plus important (37). Certaines études montrent que la vitesse de marche et le SPPB peuvent être des facteurs prédictifs de décès, d'institutionnalisation, de chutes, de dépendance ou d'une déficience cognitive (40) (41). Les sujets non revenus sont donc dans l'ensemble moins résistants physiquement que les sujets revenus ce qui se répercute au niveau de l'IADL.

Au niveau du MMS, il y a aussi une différence statistiquement significative entre les sujets revenus et non revenus. La fragilité cognitive induit un risque de mortalité, d'institutionnalisation, de chutes et de dépendance tout comme la fragilité (42). Cependant la fragilité cognitive ne rentre pas dans les critères pour définir la fragilité dans le modèle

décrit par Fried et son équipe (10), contrairement au modèle défini par Rockwood et son équipe (43). Il n'y a donc pas de consensus alors que le déclin cognitif est, comme la fragilité, lié à un risque plus important de survenue d'évènements péjoratifs. Dans la thèse sur les facteurs prédictifs de transition de statut de fragilité (37), un meilleur statut cognitif selon le score au MMSE était associé à l'amélioration des sujets fragiles.

Les résultats de notre étude nous incitent à faire quelques propositions qui pourraient être mises en place pour améliorer le suivi des patients non revenus à un an à la fragilité et qui sont synthétisées ci-dessous :

- envoyer un fascicule d'information en même temps que la convocation expliquant la fragilité, son caractère réversible, les points qui vont être abordés lors de la journée.
- remettre à l'issue de la journée au patient un récapitulatif du PPS avec les 2 objectifs principaux.
- impliquer le médecin généraliste au PPS et organiser une consultation une dizaine de jours après l'évaluation pour déterminer ce que le patient a retenu de la journée.
- contacter les patients par mails ou par SMS pour le suivi, par une personne identifiée se présentant à la fin de la journée d'évaluation.

IV.3. Limites et forces de l'étude

Limites de l'étude :

Premièrement, nous n'avons que 54.7% de patients qui ont répondu au questionnaire et dans à peu près la moitié des cas, les réponses au questionnaire ne sont pas complètes et les données sont manquantes, ce qui peut biaiser les résultats de notre étude notamment pour les items tels que : changement du lieu de vie, survenue d'un événement médical ou d'un événement stressant. Ceci ne diffère pas, que ce soit le patient ou l'aidant qui réponde. On peut émettre les hypothèses suivantes pour les données manquantes : manque de temps et de disponibilité, surdité et difficultés de compréhension.

Deuxièmement, ce sont différentes personnes qui ont passé les appels, initialement c'était les infirmières de l'hôpital de jour puis après ce sont les médecins de l'hôpital de jour, il n'y a pas eu de méthode standardisée ce qui peut être à l'origine de différences dans les réponses au questionnaire.

Troisièmement, la durée de suivi à l'HDJFPD est de un an, dans la plupart des études s'intéressant au devenir des personnes âgées fragiles, la durée de suivi est d'au moins 2 ans allant même jusqu'à 10 ans, ce qui engendre une restriction dans la comparaison des résultats.

Forces de l'étude :

C'est une étude novatrice et originale, il y a peu d'étude de ce type dans la littérature.

Au final peu de patients sont vraiment perdus de vue, il n'y a que 104 patients sur les 494 inclus dans l'étude soit 21% dont 16 ayant refusé d'être recontacté à l'issue de la première évaluation et n'ayant pas donné de cause précise, 76 patients ont été injoignables et il y a 12 patients pour lesquels nous n'avons aucune donnée sur la réponse ou non au questionnaire.

Pour les patients qui n'ont pas souhaité être réévalués, 90% d'entre eux étaient éligibles à une réévaluation et 6.4% sont devenus dépendants. En France dans une population âgée de 80 à 84 ans, le taux de dépendance est de 14,3% en 2012 (44). Ces chiffres montrent donc qu'il y a peu de patient qui sont devenus dépendants au cours de l'année. Nous pouvons donc supposer qu'ils ont quand même mis en pratique certains conseils donnés et que même s'ils ne reviennent pas, cette première évaluation porte des bénéfices.

V. CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées à un stade précoce pour prévenir la dépendance est un enjeu de santé publique. Il est donc primordial de repérer les personnes âgées fragiles ou susceptibles de l'être, d'élaborer un PPS puis d'instaurer un suivi. Le critère principal de notre étude était donc d'évaluer le devenir des patients qui ne revenaient pas à la réévaluation à un an à l'HDJFPD grâce à un questionnaire standardisé effectué dans l'année suivant la première évaluation.

Les principaux résultats de notre étude montrent que sur les 494 patients inclus dans l'étude, 167 patients (34%) sont revenus à un an, 39 patients (7,8%) sont décédés et 288 (58,2%) patients ne sont pas revenus. Au sein de ces 288 patients, peu de patients sont perdus de vue, il y en a réellement 104 (21%), 171 patients (34,6%) ont répondu au questionnaire, et 13 (2,6%) patients ont eu un suivi rapproché.

Le principal motif pour lequel les patients n'ont pas répondu au questionnaire est qu'ils n'ont pas répondu malgré 3 tentatives d'appel téléphonique.

La majorité des patients non revenus ayant répondu au questionnaire ne trouvent pas d'intérêt à cette journée ou alors, ils considèrent que le suivi exercé par le médecin traitant est suffisant.

Il serait donc judicieux de préparer en amont la journée à l'HDJFPD avec le patient pour que celui-ci prenne conscience de l'intérêt de la journée et des bénéfices qu'elle peut lui apporter en insistant sur le caractère réversible de la fragilité et que le vieillissement n'est pas une fatalité en se focalisant tout particulièrement sur le SPPB, le MNA, le MMSE.

Une consultation avec le médecin traitant dans les jours suivants l'évaluation permettrait de réexpliquer au patient les différents points abordés lors de la journée et de recueillir ce que le patient a retenu de la journée. L'articulation entre hôpital et soins premiers serait à développer.

RÉFÉRENCES

1. Insee - Population - Population par âge [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032
2. ecostat_d.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ecostat_d.pdf
3. index.pdf [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/102075/index.pdf>
4. article-B-Velas.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.fragilite.org/article-B-Velas.pdf>
5. 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.
6. 341_point_de_vue_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_de_gerontologie.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2016]. Disponible sur: http://www.chd-vendee.fr/espace/fichier/chd/journee_des_professionnels_de_la_filiere_gerontologique/341_point_de_vue_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_de_gerontologie.pdf
7. fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
8. Cameron 2013 - A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people - RCT.pdf.
9. mini mental state_a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf

10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
11. A_short_physical_performance_battery_ass20160405-8168-qo711u.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44454269/A_short_physical_performance_battery_ass20160405-8168-qo711u.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488217064&Signature=vghDWLdjBmLPGsGEEOAuM1qykro%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_short_physical_performance_battery_ass.pdf
12. MD JAY, MD JIS. 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontol*. 18 nov 1986;5(1-2):165-73.
13. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation [Internet]. [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: https://www.nestlenutrition-institute.org/resources/library/free/workshop/publication00086/documents/01_booklet.pdf#page=11
14. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S0378512212003325>
15. La presbycousie - Service ORL Hôpital Lariboisière [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.orl-hopital-lariboisiere.com/presbycousie.html>
16. presentation-audition-et-presbycousie.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.api-asso.fr/sites/default/files/medias/articles-medicaux/presentation-audition-et-presbycousie.pdf>
17. Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. :285-9.
18. Hogan D, Freiheit E, Strain L. Comparing frailty measures in their ability to predict adverse outcome among older residents of assisted living [Internet]. [cité 8 janv 2017].

Disponible sur:

http://download.springer.com/static/pdf/929/art%253A10.1186%252F1471-2318-12-56.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcgeriatr.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2318-12-56&token2=exp=1483894937~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F929%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2318-12-56.pdf*~hmac=0aecbef264bb6093e58444f166c950e7d9adbef4670524e1cde739b0cad8e9d3

19. Ávila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Goff ML, Ritchie K, et al. Frailty Among Community-Dwelling Elderly People in France: The Three-City Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 oct 2008;63(10):1089-96.
20. bouchon. J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, *Rev Prat* 1984, 34:888.
21. Taux de mortalité par sexe et âge [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/taux-mortalite-sexe-age/>
22. Chang S-F, Lin P-L. Frail phenotype and mortality prediction: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Nurs Stud*. août 2015;52(8):1362-74.
23. Kulmala J, Nykänen I, Hartikainen S. Frailty as a predictor of all-cause mortality in older men and women. *Geriatr Gerontol Int*. oct 2014;14(4):899-905.
24. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C, et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr*. 1 mai 2006;83(5):1142-8.
25. Landi F, Calvani R, Cesari M, Tosato M, Martone AM, Bernabei R, et al. Sarcopenia as the Biological Substrate of Physical Frailty. *Clin Geriatr Med*. 1 août 2015;31(3):367-74.
26. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute - Garonne, AS.Kassab, V.Brisseau.
27. 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, S.Vigué.

28. L'impact culturel sur la politique de santé publique [Internet]. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:206329/FULLTEXT01.pdf>
29. 4956_BRESCON_these2.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4956_BRESCON_these2.pdf
30. Nyman SR. Psychosocial issues in Engaging Older People with Physical Activity Interventions for the Prevention of Falls. *Can J Aging Rev Can Vieil.* mars 2011;30(1):45-55.
31. Netgen. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-56/31120>
32. Les représentations de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse, Gdoura S., Hérault M. [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1066/1/2015TOU31108-1109.pdf>
33. 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.
34. Evaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé au projet d'évaluation gériatrique en soins primaires, A.Daure.
35. F G, J Z, Y L, Jm S, B B, P J. [Fragility assessment in primary care: which tools for predicting what?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* sept 2015;13(3):289-97.
36. Bugat M-ER, Subra J, Oustric S, Nourhashémi F. Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. *Cah Année Gérontologique.* 1 sept 2012;4(3):279-88.
37. Les facteurs prédictifs de transition de statut de fragilité chez des personnes âgées revues à un an à l'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités du Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse, Z.Steinmeyer.

38. Evaluation nutritionnelle [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.evaluation-nutrition.fr/tl_files/evalin/fichiers/exemples/\[17\]-lien-FICHE%2011-MNA-FNORS.pdf](http://www.evaluation-nutrition.fr/tl_files/evalin/fichiers/exemples/[17]-lien-FICHE%2011-MNA-FNORS.pdf)
39. Xue Q-L, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial Manifestations of Frailty Criteria and the Development of Frailty Phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol Ser A*. 1 sept 2008;63(9):984-90.
40. Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging*. déc 2009;13(10):881-9.
41. Veronese N, Stubbs B, Fontana L, Trevisan C, Bolzetta F, Rui MD, et al. A Comparison of Objective Physical Performance Tests and Future Mortality in the Elderly People. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 28 juill 2016;
42. Houles M, Canevelli M, van Kan GA, Ousset PJ, Cesari M, Vellas B. Frailty and Cognition. *J Frailty Aging*. 2012;1(2):56-63.
43. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J*. 30 août 2005;173(5):489-95.
44. Personnes âgées dépendantes—Tableaux de l'Économie Française - Édition 2014 | Insee [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Diagramme de flux.....	6
Figure 2: Patients revus à un an.....	6
Figure 3: Taux de participation à l'entretien chez les patients non revus.....	7
Figure 4: Motifs des non réponses au questionnaire chez les patients non revus.....	8
Figure 5: Lieux de vie pour les patients non revus ayant changé de lieu de vie.....	9
Figure 6: Survenue d'un évènement médical pour les patients non revus.....	10
Figure 7: Survenue d'un évènement stressant chez les patients non revus.....	12
Figure 8: Eligibilité à une réévaluation à un an à l'hôpital de jour de la fragilité des patients non revus.....	13
Figure 9: Causes des refus temporaires.....	14
Figure 10: Causes des refus définitifs.....	14
Figure 11: Devenir des 494 patients inclus dans l'étude.....	15
Tableau 1: Caractéristiques des patients évalués en 2014 revus et non revenus en 2015....	16

Devenir des patients non revenus à un an et initialement évalués au cours de l'année 2014 à l'Hôpital de jour des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse

Résumé

Introduction : La fragilité est réversible, d'où l'importance du suivi après une première évaluation. Mais seulement 35% des patients reviennent un an après à l'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités de Toulouse. Afin de mieux comprendre pourquoi, cette étude étudie le devenir des patients non revenus. **Méthode :** Un questionnaire téléphonique a été réalisé au cours de l'année 2015 auprès des patients initialement évalués au cours de l'année 2014, recueillant un changement du lieu de vie, les évènements médicaux ou stressants et l'accord ou non pour la réévaluation à un an avec les causes du refus. **Résultats :** Sur les 494 patients inclus, 167 patients (34%) sont revenus à un an, 39 patients (7,8%) sont décédés, 288 patients (58,2%) ne sont pas revenus dont 104 (21%) ont été perdus de vue, 171 (34,6%) ont répondu au questionnaire, et 13 (2,6%) patients ont eu un suivi rapproché. 17% des patients non revus ont changé de lieu de vie et 30% ont présenté un évènement médical. Les causes majoritaires de refus sont soit que les patients n'ont pas trouvé d'intérêt à la journée (44%), soit que c'est la famille ou le conjoint qui s'opposait à la réévaluation (9%), ou alors le suivi du médecin traitant est suffisant (8%). **Conclusion :** La non réponse à l'appel téléphonique est la cause principale de perte de vue des patients, il semble donc judicieux de contacter le patient par un autre moyen (SMS ou mail). Le manque d'intérêt est la cause principale de refus pour la réévaluation. Il y a donc un intérêt à développer la communication et l'information sur la fragilité auprès des patients et de leur famille en amont de la primo évaluation et via le médecin traitant.

Abstract

Background: Frailty is reversible which makes the follow-up after an initial evaluation so important. But only 35% of the patients came back one year after to the Toulouse Frailty Hospital. Therefore, this study examines the outcomes of non-resident patients. **Methods:** A telephone questionnaire was conducted during the year 2015 with patients initially evaluated in 2014, gathering a change of the place of life, medical incidents, stressful events and the agreement or not for reassessment to one year with the causes of the refusal. **Results:** Out of the 494 patients included, 167 patients (34%) came back after one year, 39 patients (7.8%) died, 288 patients (58.2%) did not return whose 104 (21%) were lost to follow-up, 171 (34.6%) responded to the questionnaire, and 13 (2.6%) patients had close follow-up. 17% of untested patients changed their place of life and 30% presented a medical event. The major refusal reasons were that patients did not find interest in the day (44%), their families refused re-evaluation (9%), or doctor's follow-up was sufficient (8%). **Conclusion:** Non-response to the telephone call is the main cause of patients' loss of sight, so it seems sensible to contact the patient by another way (text message or mail). Lack of interest is the main cause of rejection for re-evaluation. Therefore, there is an interest in developing communication and information on frailty among patients and their families through the attending physician.

Mots-Clefs : sujets âgés, fragilité, prévention, suivi, étude observationnelle rétrospective

Key-Words : elderly people, frailty, prevention, follow-up, observational retrospectiv study

Discipline Administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 4 - France

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA