UNIVERSITE TOULOUSE III-PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019 2019 TOU3 1018

THESE

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

Présentée et soutenue publiquement par : EL HILA Camélia

Le 21 mars 2019

DEVENIR D'UNE POPULATION GERIATRIQUE EVALUEE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE A 6 ET 12 MOIS

Directeur de thèse : Dr Bruno Chicoulaa

Jury :

Professeur Stéphane Oustric : Président du Jury

Professeur André Stillmunkes : Assesseur

Docteur Emile Escourrou : Assesseur

Docteur Bruno Chicoulaa : Directeur de thèse

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	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. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	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

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé en Pédiatrie

Mme CLAUDET Isabelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI 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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
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. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme 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 GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

FEVRIER 2019

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, je vous remercie de me faire l'honneur de présider à mon jury et de juger mon travail. Merci pour votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale. Retrouvez l'expression de mon profond respect.

A mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa, merci de ton aide et de tes conseils durant tout ce travail. Tu m'as accompagné avec beaucoup d'attention et de bienveillance. Merci de ton implication dans notre formation et ton implication dans le Gérontopôle. Tu as ma profonde reconnaissance.

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Stillmunkes, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de votre implication dans la formation des internes de médecine générale sur la gériatrie. Recevez ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Emile Escourrou, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Merci pour votre implication dans notre formation sur la gériatrie. Recevez ma profonde reconnaissance.

Aux personnes ayant participé à mon étude :

Merci à Christine Lagourdette, l'infirmière formée à la gérontologie qui a réalisé les évaluations gériatriques sur lesquelles mon travail repose. Et au **Dr Bertrand Fougère** qui a dirigé l'étude FAP.

Un grand merci à l'ensemble des médecins généralistes et patients qui ont participé à cette étude.

<u>Remerciements à mes maitres de stage et équipe soignante :</u>

Au Dr Paubert, qui m'a énormément apporté durant mes premiers pas en médecine générale. Merci encore pour ton soutien.

Aux Docteur Bruno Chicoulaa, Docteur Hervé Oscar et Dr Yvon Vicq pour ce dernier stage qui m'a permis de commencer ma vie professionnelle après l'internat avec une réelle confiance.

Aux Docteur Cyrille Gounot, Docteur Pierre Razongles, Docteur Corinne Basset, Docteur Pascal Blet, Docteur Bernard Lemahieu, Docteur Marie-Christine Edouj pour vos conseils et votre formation dans la pratique de la médecine générale.

A l'équipe de la PMI de Balma pour leur aide dans ma formation pédiatrique.

A l'ensemble de l'équipe des urgences de Montauban.

A l'ensemble de l'équipe du Post Urgence Gériatrique de Purpan.

Aux facultés de médecine de Toulouse pour mon internat et de Limoges pour mon externat.

Merci à l'ensemble des services du CHU de Limoges qui m'ont reçu durant mon externat.

Remerciements à mes proches :

A ma petite Clara, avec qui j'ai partagé ces nombreuses années d'études jusqu'à ce que tu partes trop tôt. C'est avec toi que j'aurais dû passer cette thèse mais c'est à toi que je la dédie en premier.

A maman, merci pour tout le soutien et l'amour inconditionnel que tu m'as apporté durant toute ces années. Sans toi, rien n'aurait été possible.

A ma sœur, Elyssa, merci pour ton soutien durant tout mes années d'études, tu m'as fait me sentir fière de mon parcours.

A mon neveu et ma nièce, Ilyana et Soan, pour lesquels je serai toujours présente.

A Sylvain, merci pour ton soutien durant la fin de l'internat et mes débuts de pratique. Je compte bien partager d'autres moments importants avec toi dans notre futur.

A Benoit, mon beau-frère et sa famille qui ont toujours étaient présents.

A mon amie d'enfance, Celia, malgré nos projets professionnels différents, nous avons su toujours garder contact. Merci pour ton amitié.

A Auriane, pour notre externat passé ensemble et bien plus encore. Les kilomètres ne changeront pas notre amitié.

A Céline, merci pour ton soutien particulièrement cette dernière année après la tragédie que nous avons traversé.

Et enfin je remercie mes amis rencontrés durant l'externat de Limoges : Daniel, Camille et Sébastien. Merci pour tous ces beaux moments Limougeauds et tous les futurs bons moments que nous partagerons.

TABLE DES MATIERES

Table des abréviations.....3

Liste des abréviations.....4

I. Introduction.....5

II. Matériel et méthodes.....8
II.1. Design.....8
II.2. Ethique.....8
II.3. Population étudiée et période de recueil.....8
II.4. Critère d'exclusion.....8
II.5. Le recueil des données.....9
II.6. L'analyse des données.....10

III. Résultats.....13
III.1. L'entretien téléphonique 13
III.1.1. Caractéristiques générales de la population.....14
III.1.2. Caractéristiques de l'évaluation gériatrique initiale.....15
III.1.3. Suivi proposé.....17
III.1.4. Evaluation des évènements stressants et médicaux depuis l'évaluation initiale.....18
III.1.4.1. Evènements stressants.....18
III.1.4.2. Evènements médicaux 18
III.1.5. Adhésion au plan de prévention et de soins personnalisé.....19
III.1.5.1. Aides à domicile.....19
III.1.5.2. Sur le plan nutritionnel.....19
III.1.5.3. Sur le plan fonctionnel et physique.....20
III.1.5.4. Sur le plan cognitif.....20
III.1.5.5. Sur le plan psychologique.....21
III.1.5.6. Capacités visuelles et auditives.....21

III.2. L'évaluation du suivi à un an.....22

III.2.1. Recrutement de la population.....22

III.2.2. Caractéristiques générales de la population.....23

III.2.3. Analyse de l'évaluation initiale (T0) et de l'évaluation à un an (T1).....24

IV. Discussion.....26

IV.1. Principaux résultats.....26

IV.1.1. Objectif principal.....26

IV.1.2. Objectif secondaire……27
IV.2. Comparaison avec les thèses réalisées……28
IV.2.1. Sur la population étudiée……28
IV.2.2. Suivi à un an……29
IV.3. Comparaison avec la littérature……31
IV.3.1. La satisfaction et l'adhésion des patients aux évaluations gériatriques……31
IV.3.2. La motivation des médecins généralistes……32
IV.3.3. Les infirmiers à pratique avancée……32
IV.3.3. Les études réalisées sur l'impact des évaluations gériatriques……33
IV.4. Forces et limites de l'étude……33
IV.5. Perspectives de cette étude……34
V. Conclusion……35

Bibliographie……37
Annexe……41

Table des illustrations

Figure 1. Diagramme de flux……13

Tableau 1. Caractéristiques générales des 203 patients évalués par téléphone à 6 mois de l'évaluation initiale……14

Tableau 2. Caractéristiques gériatriques de l'évaluation initiale des 203 patients……15

Tableau 3. Critères de Fried sur 197 patients évalués……16

Figure 2. Suivi proposé suite à l'évaluation initiale……17

Figure 3. Suivi des Recommandations……17

Tableau 4. Description des évènements stressants et médicaux……18

Tableau 5. Aide à domicile et adhésion au plan proposé……19

Tableau 6. Recommandations nutritionnelles et adhésion……19

Tableau 7. Recommandations physiques et adhésion……20

Tableau 8. Recommandations cognitives et adhésion……20

Tableau 9. Recommandations psychologiques et adhésion……21

Figure 4. Diagramme de flux……22

Tableau 10. Caractéristiques générales des 63 patients……23

Tableau 11. Analyse de l'évaluation gériatrique à T0 et T1……24

Tableau 12. Critères de Fried à T0 et T1……25

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

DUMG : Département universitaire de Médecine Générale

IEG : Infirmière d'Evaluation Gérontologique

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

ORL : Oto-Rhyno-Laryngologie

MMSE : Mini-Mental State Examination

WMS: Wechsler Memory Scale

ADL: Activities of Daily Living

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

SPPB: Short Physical Performance Battery

Mini-GDS : Mini Geriatric Depression Scale

IMC : Indice de Masse Corporel

MNA : Mini Nutritional Assesment

PPSP : Plan de Prévention et de Soins Personnalisés

HDJ : Hôpital de Jour

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

NP : Nurse Practitioner

URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

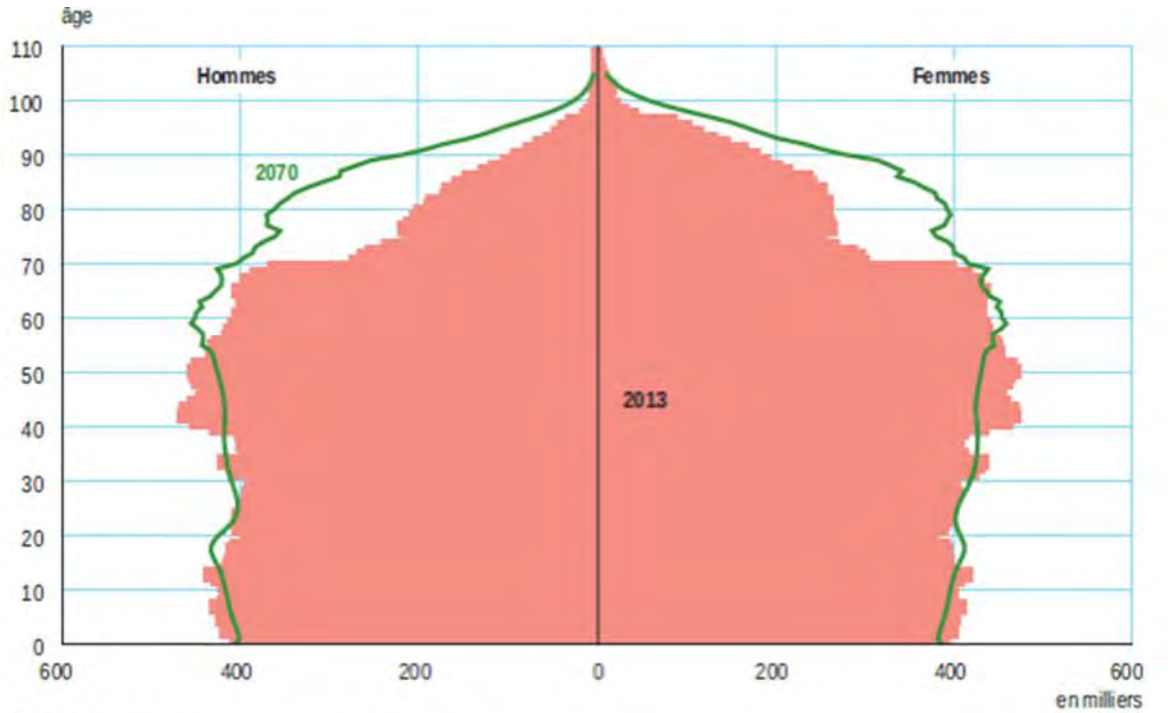
IRDES : Institut de recherche et documentation et économie de la santé

I. Introduction

Au 1er janvier 2016, 18,8% de la population est âgé d'au moins 65 ans. Nous observons depuis des dizaines d'années, dans les pays occidentaux, une augmentation nette de la population âgée et une diminution de la population jeune due à une baisse de la natalité. (1)

En Occitanie, l'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 4ème plus élevé de France : il est de 89,1 pour une moyenne nationale de 72,2. (2)

L'INSEE a fait une projection de la population en 2070 : la population âgée de 75 ans ou plus sera deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions), environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). (3)



Champ : France.
Source : Insee, projections de population 2013-2070.

Un des principaux enjeux actuels est que la population qui vit plus longtemps puisse mener une vie en bonne santé, active et indépendante. C'est ainsi que la Commission européenne a mis en évidence le « bien vieillir » (4) C'est dans ce contexte que s'intègre le concept de fragilité.

La fragilité est un concept gériatrique né dans les années 80 en Amérique du Nord. (5) En l'absence de consensus international, la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) a donné une définition en 2011 : « La fragilité est un syndrome clinique. La fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements 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. » (6)

Plusieurs échelles ont été élaborées pour évaluer la fragilité.

En 1994, Rockwood a proposé un modèle de fragilité multi-domaine. Il présente une échelle à quatre niveaux, allant de l'absence de problème de fonctionnement physique et cognitif à la dépendance totale d'un tiers pour les activités de la vie quotidienne. (5)

Le modèle de Fried, qui est facilement utilisable en pratique clinique, proposé en 2001, définit le phénotype de fragilité par cinq critères principaux : la perte de poids involontaire dans la dernière année, la vitesse de marche lente, la faible endurance, la fatigue ou faiblesse et l'activité physique réduite. (7) Ce qui permet de définir trois types d'états :

- 0 critère de Fried : robuste
- 1 ou 2 critères de Fried : pré-fragile
- 3 à 5 critères de Fried : fragile

En France, le Gérontopôle de Toulouse en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé et le DUMG a créé en 2011 le premier Hôpital de Jour de Fragilité où les patients suspectés d'être fragiles ont une évaluation gériatrique complète. (8) Depuis, chaque région et la plupart des départements ont créé leurs structures hospitalières dédiées.

En Europe, le nombre estimé dans la population des plus de 65 ans est de 30% de pré-fragile et 15 % de fragiles. (9) Ce nombre croissant de patients potentiellement fragiles, fait que les structures hospitalières n'ont ni la vocation, ni la possibilité d'accueillir et de prendre en charge cette population.

Vu le nombre important de sujets potentiellement fragiles et le souhait des patients, qui ne sont pas forcément malades, à ne pas se rendre dans des structures hospitalières, il est devenu nécessaire de prendre en charge l'évaluation et le suivi de ses patients en ambulatoire.

C'est ainsi que secondairement, ont été développées différentes structures en ambulatoire avec la formation d'infirmières diplômées d'état libérales à l'évaluation gériatrique de la fragilité pour participer à la prise en charge de ces patients. (10)

Le protocole FAP « Frailty and Alzheimer's disease prevention into Primary care » en Midi Pyrénées, est un protocole visant à étudier l'évaluation par une Infirmière d'Evaluation Gérontologique (IEG), pour évaluer les sujets avec une plainte cognitive et/ou une impression subjective de fragilité en cabinet de médecine générale à partir de mai 2015. Le devenir de ces patients évalués hors des murs est peu connu.

L'objectif principal de mon travail était la description des événements intercurrents et le taux de réalisation des actions proposées 6 mois auparavant au cours d'une évaluation gériatrique faite en cabinet de médecine générale par une réévaluation par téléphone.

L'objectif secondaire de mon travail était de décrire la population de patients évalués sur le plan gériatrique au sein des cabinets de médecine générale et de comparer cette évaluation à celle réalisée un an auparavant.

II. Matériel et méthodes

II.1. Design

C'était une étude descriptive observationnelle rétrospective réalisée en Haute-Garonne sur une population de sujets âgés évalués sur le plan gériatrique par une infirmière du Gérontopôle dans les cabinets de médecine générale à partir de mai 2015.

II.2. Ethique

Un comité d'éthique n'a pas été nécessaire dans ce cadre d'évaluation rétrospective des données avec anonymisation des données.

II.3. Population étudiée et période de recueil

27 médecins généralistes participant au protocole FAP Study en Haute-Garonne ont sélectionné dans leur patientèle des sujets âgés de plus de 65 ans à risque de fragilité. Une infirmière d'évaluation gérontologique (IEG) les a évalués une première fois en cabinet de médecine générale à partir de mai 2015 jusqu'en avril 2018.

Six mois après l'évaluation initiale, la même infirmière a évalué par téléphone les évènements survenus et l'adhésion au plan de prévention et de soins personnalisés de février 2016 à janvier 2018.

Un an après la première évaluation, à la demande du médecin traitant, et en accord avec le patient, la même infirmière a réalisé la même évaluation gériatrique de septembre 2016 jusqu'en avril 2018.

II.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les sujets âgés de moins de 65 ans, et les plus de 65 ans qui n'ont pas pu être évalués à un an par l'infirmière pour l'objectif secondaire.

II.5. Le recueil des données

L'évaluation gériatrique initiale se déroulait dans le cabinet de médecine général. La durée moyenne de l'évaluation était d'une heure trente à deux heures. L'infirmière rentrait l'ensemble des données dans un tableau Excel.

L'ensemble des domaines évalués sont décrits ci-dessous :

- Caractéristiques de la population : l'âge, le sexe et le niveau d'étude

- Le domaine social : le mode de vie, le statut marital, les aides existantes, la présence d'une mesure de protection juridique et l'APA.

- Les antécédents : le nombre de pathologies chroniques, le nombre de classes de médicaments et les rendez-vous médicaux (ORL, ophtalmologue, dentiste, podologue).

- Le domaine cognitif : une plainte en rapport avec la mémoire du patient et/ou de son entourage, un antécédent de Maladie d'Alzheimer chez un parent du premier degré, le MMSE, WMS-MLI, WMS-MLII, WMS-MLII stand.

- Le domaine physique et fonctionnel : la peur de chuter et l'antécédent de chute dans les 3 derniers mois, l'ADL et l'IADL, le SPPB, la station unipodale, la présence de fuites urinaires et les critères de Fried (perte de poids, sédentarité, épuisement, force du poignet et vitesse de marche).

- Le domaine sensoriel : l'évaluation des capacités visuelles avec et sans correction et l'évaluation des capacités auditives avec et sans correction.

- Le domaine psychologique : le mini-GDS

- Le domaine nutritionnel : le poids, la taille, l'IMC, la variation du poids et le MNA.

En fonction des résultats, elle proposait en accord avec le médecin traitant, un plan de prévention et proposait un suivi approprié qui pouvait être : par le médecin traitant seul, l'hospitalisation de jour de fragilité, le centre de mémoire ou une consultation gériatrique selon un algorithme pré-défini (Annexe 1)

A 6 mois de l'évaluation initiale, elle a appelé ces patients pour évaluer les évènements intercurrents et l'adhésion au plan de prévention dans tous les domaines. En fonction des résultats, elle pouvait modifier certaines propositions du PPS et ainsi proposer un nouveau plan de prévention.

A un an, l'infirmière sur la demande du médecin traitant a pu, pour certains des patients inclus, à nouveau les évaluer en cabinet de médecine générale sur l'ensemble des données de l'évaluation initiale.

II.6. L'analyse des données

Le recueil des données est répertorié sur des fichiers Excel. J'ai rassemblé l'ensemble des données sur un seul fichier Excel en sélectionnant une ou deux évaluations par domaine :

- Les caractéristiques de la population : l'âge, le sexe, le niveau d'étude.

- Le domaine social : mode de vie et APA. L'APA ou Allocation Personnalisée d'Autonomie est une allocation attribuée par le conseil général aux personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance. Elle permet à cette population de financer un dispositif d'aide à la personne.

- Les antécédents : le nombre de pathologies chroniques et le nombre de classes de médicament. La polypathologie était définie par la présence d'au moins trois maladies chroniques. (11) La polymédication était définie par la prise d'au moins cinq spécialités différentes par le sujet. (12)

- Le domaine cognitif : le MMSE. Le MMSE (Mini Mental State Examination) est l'outil de dépistage de référence pour les troubles cognitifs. (13) Le MMSE est normal s'il est supérieur à 24.

- Le domaine fonctionnel : l'antécédent de chute dans les trois mois, l'ADL, l'IADL et le SPPB. L'ADL (Activities of Daily Living) évalue l'autonomie pour 6 activités de base de la vie quotidienne. (14) L'IADL (Instrumental Activities of Daily Living) évalue l'autonomie pour 8 activités instrumentales de la vie quotidienne (15). Le SPPB (Short Physical Performance Battery) est un outil composite d'évaluation des performances physiques, recommandé pour le dépistage de la sarcopénie. (16) Le patient présente de bonnes performances s'il est supérieur à 9.

- Les critères de fragilité : les critères de Fried (épuisement subjectif durant la dernière semaine, perte de poids involontaire, faible force du poignet, vitesse de marche lente, sédentarité).

- Le domaine sensoriel : l'évaluation des capacités visuelles avec et sans correction et l'évaluation des capacités auditives avec et sans correction.

- Le domaine psychologique : le mini-GDS (Geriatric Depression Scale) est un outil de dépistage de la dépression du sujet âgé en l'absence de troubles cognitifs. (17) A partir d'un critère positif, il y a une forte probabilité de dépression.

- Le domaine nutritionnel : le MNA et l'IMC. Le MNA (Mini Nutritional Assessment) est un outil de dépistage recommandé pour la dénutrition chez le sujet âgé. (18) Le bon état nutritionnel est défini par un MNA supérieur à 23,5.

- Les événements intercurrents à 6 mois : médicaux et stressants.

- Les conseils diététiques et l'adhésion aux propositions.

- Les conseils physiques et l'adhésion aux propositions.

- Les aides proposées et les conseils suivis.

- Les conseils cognitifs et l'adhésion aux propositions.

- Les conseils psychologiques et l'adhésion aux propositions.

Avec le logiciel Excel j'ai calculé les moyennes, écarts-types et pourcentages. J'ai été à une formation du DUMG sur l'analyse statistique. Pour le calcul de la significativité des résultats entre l'évaluation initiale et l'évaluation à un an, j'ai utilisé sur BiostaTGV le test de Student pour données appariées.

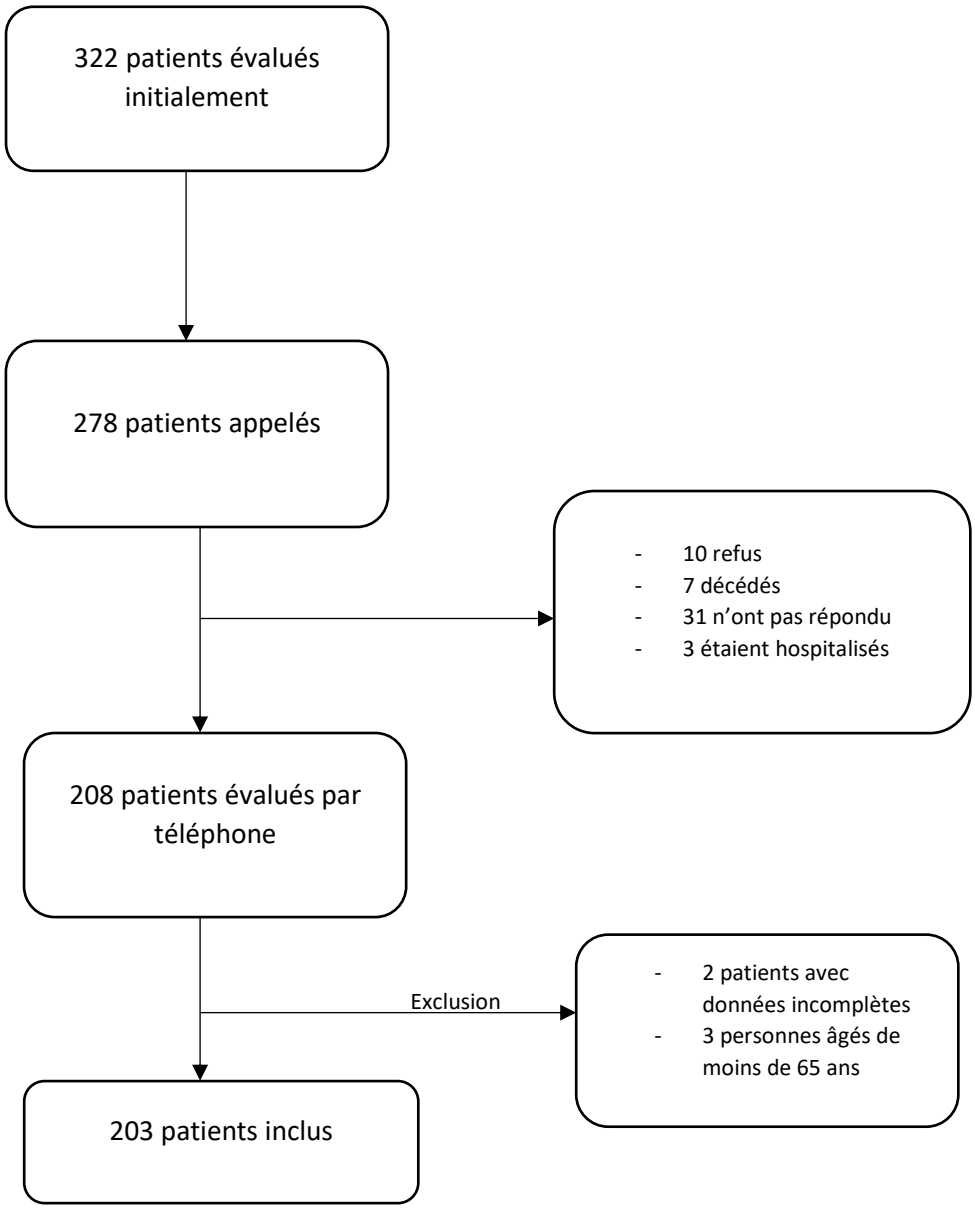
III. Résultats

Entre mai 2015 et avril 2018, 409 patients ont eu l'évaluation gériatrique initiale en cabinet de médecine générale.

III.1. L'entretien téléphonique

Sur les 409 patients, 208 personnes ont été évaluées à 6 mois de l'évaluation initiale, par téléphone, entre 2015 et 2018. 3 personnes âgées de moins de 65 ans ont été exclues ainsi que deux personnes dont les données étaient incomplètes. Soit sur les 409 patients évalués initialement, 322 patients étaient évaluables dans les délais. Sur les 322 patients, 203 patients (63%) dont l'appel téléphonique à 6 mois a pu être exploitable.

Figure 1: Diagramme de flux



III.1.1. Caractéristiques générales de la population

La moyenne d'âge des personnes évaluées était de 80,6 ans avec 84 sujets (41,3%) ayant entre 70 et 79 ans et 90 sujets (44,3%) ayant entre 80 et 89 ans. Nous avions une majorité de femme (133 sujets (65,5%)). 112 sujets (55,7%) vivaient avec leur conjoint contre 69 sujets (34,3%) qui vivaient seuls.

Tableau 1. Caractéristiques générales des 203 patients évalués par téléphone à 6 mois de l'évaluation initiale.

Caractéristiques	**n (%) ou m ± ET [min - max]**
Age (203)	80,6 ± 4,95 [65 - 95]
65-69 ans	8 (3,94)
70-79 ans	84 (41,3)
80-89 ans	90 (44,3)
≥ 90 ans	21 (10,3)
Genre (203)	
Femmes	133 (65,5)
Niveau d'études (203)	
Pas de scolarité	15 (7,3)
Ecole primaire	16 (7,8)
Certificat d'étude primaire	48 (23,6)
Brevet élémentaire, CAP, BEP	52 (25,6)
Baccalauréat	38 (18,7)
Etudes supérieures	34 (16,7)
Mode de vie (201)	
vit avec conjoint (e)	112 (55,7)
vit avec famille	20 (9,95)
vit seul	69 (34,3)

III.1.2. Caractéristiques de l'évaluation gériatrique initiale

Tableau 2. Caractéristiques gériatriques de l'évaluation initiale des 203 patients.

Critères d'évaluation	n (%) ou m ± ET [min - max]
APA	29 (14,2)
ADL (/6) 197	5,84 ± 0 [4 - 6]
IADL (/8)197	7,1 ± 0,71 [0 - 8]
Nombres de pathologies chroniques	2 ± 1,41 [0 - 6]
Nombres de classe de médicaments	2,5 ± 0,71 [0 - 10]
MMSE (/30)	28,5 ± 0,71 [10 - 30]
>24 (Normal)	135 (66,5)
19-24 (Démence légère)	55 (27,1)
10-18 (Démence modérée)	13 (6,4)
SPPB (/12) 202	10 ± 2,83 [1 - 12]
10-12 (Performances bonnes)	113 (55,9)
7-9 (Performances moyennes)	50 (24,7)
0-6 (Performances faibles)	39 (19,3)
Critères de Fried (/5)	1,5 ± 0,71 [0 - 5]
0 (Robuste)	53 (26,1)
1-2 (Pré-fragile)	95 (46,8)
3-5 (Fragile)	55 (27,1)
Chutes dans les 3 mois	37 (18,2)
MNA (/30) 202	27 ± 0 [30 - 17,5]
30-24 (Bon état nutritionnel)	168 (83,2)
23,5-17 (Risque de malnutrition)	34 (16,8)
16-0 (Mauvais état nutritionnel)	0
GDS (/4)	1,5 ± 2,12 [0 - 4]
0 (Forte probabilité d'absence de dépression)	94 (46,3)
1-4 (Forte probabilité de dépression)	109 (53,7)

Sur les 203 patients, 29 sujets (14,2%) avaient l'APA.

98 patients soit 48,7% des patients étaient polypathologiques. 51 patients soit 25% des patients étaient polymédiqués.

Le MMSE était en moyenne à 28,5 avec 66,5 % des personnes évaluées avec un MMSE normal.

37 sujets (18,2%) ont eu une chute durant les trois derniers mois. Le SPPB, évalués sur 202 patients, était en moyenne de 10 dont 113 sujets (55,9%) avaient de bonnes performances. L'ADL était de 5,87/6 en moyenne et l'IADL à 7,1/8.

Le MNA était en moyenne à 27 dont 168 sujets (83,2%) avaient un bon état nutritionnel.

109 sujets (53,7%) avaient un score de mini-GDS définissant une forte probabilité de dépression.

Les critères de fragilité

Selon les critères de Fried, 53 personnes (26,1%) évaluées étaient robustes, 95 personnes (46,8%) étaient pré-fragiles et 55 personnes (27,1%) étaient fragiles.

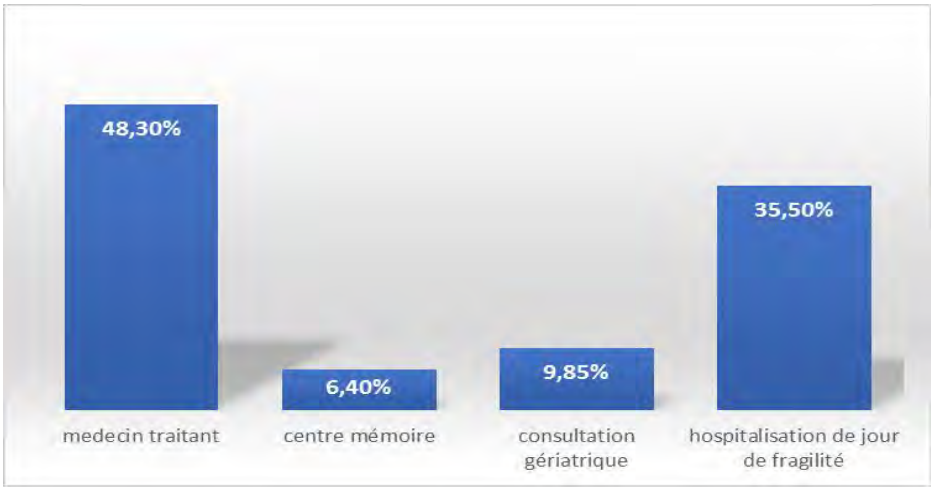
Tableau 3. Critères de Fried évalués sur 197 personnes

Critères de Fried n=197	**n(%)**
Perte de poids involontaire	22 (11,2)
Epuisement subjectif durant la dernière semaine	32 (16,2)
Sédentarité	76 (38,6)
Vitesse de marche lente	73 (37)
Faible force du poignet	101 (51,3)

III.1.3. Suivi proposé

Sur les 203 patients, l'infirmière a proposé, selon l'algorithme décisionnel, un suivi seul par le médecin traitant pour 98 patients (48,3%), 13 patients (6,4%) pour le centre mémoire, 20 patients (9,8%) pour la consultation gériatrique et 72 patients (35,5 %) pour l'hospitalisation de jour de fragilité.

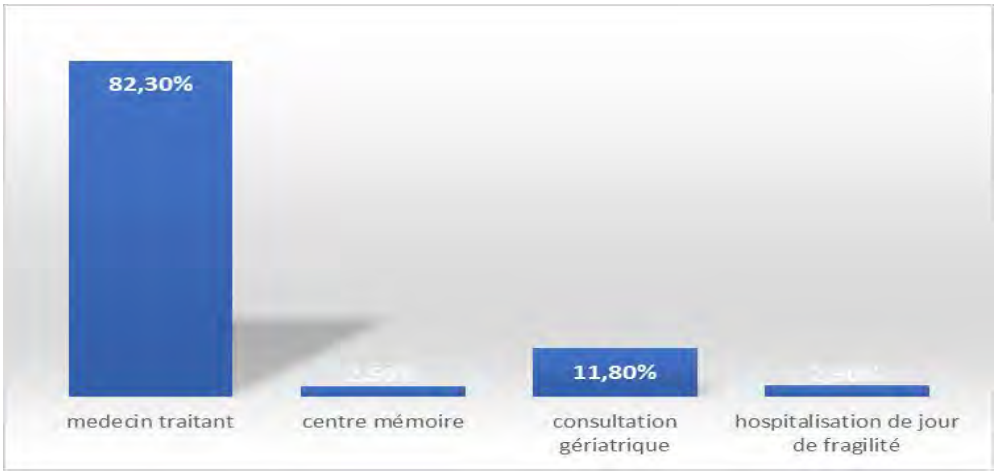
Figure 2. Suivi proposé suite à l'évaluation initiale



Nous avons vérifié si le suivi proposé avait été respecté. Sur les 72 patients dont le suivi en hospitalisation de jour de fragilité a été proposé, seulement 6 patients (8,3%) y ont été évalués soit 2,9 % des patients sur les 203 patients évalués.

Pour les 13 patients adressés au centre de mémoire, seulement un seul y est allé. Quatre personnes prévues initialement à l'hospitalisation de jour de fragilité ont été évaluées au centre de mémoire. Quatre patients ont été en consultation gériatrique au lieu d'aller en hospitalisation de jour de fragilité ou en centre de mémoire.

Figure 3. Suivi des recommandations



III.1.4. Evaluation des évènements stressants et médicaux depuis l'évaluation initiale

III.1.4.1. Evènements stressants

Les évènements stressants recherchés, survenus durant les six mois suivant l'évaluation initiale, étaient : les chutes, le décès d'un proche, la séparation ou l'éloignement d'un proche, l'arrêt d'une activité importante pour le patient, un déménagement, des problèmes financiers et la perte d'un animal domestique.

20 patients évalués (9,8%) ont chuté durant les six mois suivants et 6 patients (3 %) ont eu deux évènements stressants.

III.1.4.2. Evènements médicaux

65 patients (32 %) ont eu un évènement médical durant les 6 mois suivant l'évaluation comprenant une pathologie aiguë sans hospitalisation, un passage aux urgences avec ou sans hospitalisation, une hospitalisation programmée, le diagnostic d'une maladie grave, une chirurgie ou des effets secondaires d'un médicament.

9 patients (4,4 %) ont eu deux évènements médicaux.

Tableau 4. Description des évènements stressants et médicaux

Evènements depuis l'évaluation	n (%)
Evènements stressants personnels (203)	48 (23,6)
Chute	20 (9,85)
Un évènement stressant hors chutes	24 (11,8)
Deux évènements stressants	6 (2,96)
Evènement médical (203)	65 (32)
Pathologie aigue sans hospitalisation	19 (9,36)
Passage aux urgences (sans hospitalisation)	5 (2,46)
Passage aux urgences (avec hospitalisation)	5 (2,46)
Hospitalisation programmée	19 (9,36)
Diagnostic d'une maladie grave	7 (3,45)
Chirurgie	10 (4,93)
Effets secondaires d'un médicament	8 (3,94)
Deux évènements médicaux	9 (4,43)

III.1.5. Adhésion au plan de prévention et de soins personnalisé

III.1.5.1. Aide à domicile

Durant l'évaluation initiale, l'infirmière avait proposé une infirmière à domicile, une aide-ménagère, un aménagement du domicile et/ou la téléalarme.

Tableau 5. Aides à domicile proposées et non-adhésion au plan proposé

Plan de Prévention et de Soin Personnalisé	Propositions n (%)	Adhésion n(%)
Aide à domicile (203)	21 (10,3)	10 (47,6)
IDE	5 (2,46)	5 (100)
Aide-ménagère	11 (5,42)	5 (45,4)
Téléalarme	8 (3,94)	2 (25)
Aménagement du domicile	3 (1,48)	1 (33,3)
Non Adhésion au plan de prévention (21)	11 (52,4)	
N'en voit pas l'intérêt/Refus (11)	7 (63,6)	
Refus du conjoint (11)	2 (18,2)	
Evènements intercurrents (11)	4 (36,3)	

III.1.5.2. Sur le plan nutritionnel

Durant l'évaluation initiale, l'infirmière a pu proposer une modification du régime alimentaire, une modification de la texture des repas, le portage des repas et/ou la prise de compléments nutritionnels oraux.

Tableau 6. Recommandations nutritionnelles et non-adhésion

Plan de Prévention et de Soin Personnalisé	Propositions n (%)	Adhésion n(%)
Plan nutritionnel (203)	33 (16,3)	25 (75,7)
Modification de régime alimentaire	31 (15,3)	25 (80,6)
Modification de texture	2 (0,99)	1 (50)
Portage des repas	5 (2,5)	3 (60)
Compléments nutritionnels oraux	10 (4,93)	7 (70)
Non adhésion au plan de prévention (33)	8 (24,2)	
Conseils perçus non adaptés (8)	2 (25)	
Refus du conjoint (8)	1 (12,5)	
N'en voit pas l'intérêt/Refus (8)	3 (37,5)	
Evènements intercurrents (8)	2 (25)	

III.1.5.3. Sur le plan fonctionnel et physique

Durant l'évaluation initiale, l'infirmière a pu proposer une prise en charge par un kinésithérapeute, la participation à des ateliers spécifiques collectifs et/ou un programme individuel. Le programme individuel consistait par des auto-exercices proposés.

Tableau 7. Recommandations physiques et non-adhésion

Plan de Prévention et de Soin Personnalisé	Propositions n (%)	Adhésion n(%)
Plan physique (203)	92 (45,3)	67 (72,8)
Kinésithérapeute	73 (36)	52 (71,2)
Ateliers spécifiques collectifs	11 (5,42)	5 (45,5)
Programme individuel	26 (12,8)	23 (88,5)
Non adhésion au plan de prévention (92)	25 (27,2)	
N'en voit pas l'intérêt/Refus (25)	16 (64)	
N'y arrive pas (25)	1 (4)	
Evènements intercurrents (25)	8 (32)	

III.1.5.4. Sur le plan cognitif

Durant l'évaluation initiale, l'infirmière a pu proposer un bilan neuropsychologique, la participation à un atelier de stimulation cognitive et/ou un programme individuel. Le programme individuel consistait par des auto-exercices de stimulation cognitive.

Tableau 8. Recommandations cognitives et non-adhésion

Plan de Prévention et de Soin Personnalisé	Propositions n (%)	Adhésion n(%)
Plan cognitif (203)	51 (25,1)	18 (35,3)
Bilan neuropsychologique	42 (20,7)	12 (28,6)
Atelier de stimulation cognitive	8 (3,94)	5 (62,5)
Programme individuel	5 (2,46)	5 (100)
Non adhésion au plan de prévention (51)	33 (64,7)	
Conseils perçus non adaptés (33)	3 (9,1)	
N'en voit pas l'intérêt/Refus (33)	14 (42,4)	
Refus du conjoint (33)	1 (3,03)	
N'y arrive pas (33)	1 (3,03)	
Evènements intercurrents (33)	14 (42,4)	

III.1.5.5. Sur le plan psychologique

Durant l'évaluation initiale, l'infirmière a pu proposer une consultation avec un psychiatre, une consultation avec un psychologue, une suggestion de mise sous antidépresseur et/ou une psychologie comportementale.

Pour 15 patients (7,4%) l'infirmière avait suggéré l'introduction d'un antidépresseur, 12 patients (80%) ont réellement eu l'introduction d'un antidépresseur.

Tableau 9. Recommandations psychologiques et non-adhésion

Plan de Prévention et de Soin Personnalisé	Propositions n (%)	Adhésion n(%)
Plan psychologique (203)	26 (12,8)	13(50)
Consultation psychiatrique	2 (0,99)	2(100)
Consultation psychologue	13 (6,4)	2 (15,4)
Mise sous antidépresseur	15 (7,4)	12 (80)
Psychologie comportementale	2 (0,99)	2 (100)
Non adhésion au plan de prévention (26)	13 (50)	
N'en voit pas l'intérêt/ Refus (13)	7(53,8)	
Refus du conjoint (13)	0	
Conseils non adaptés (13)	1 (7,69)	
Evènements intercurrents (13)	5 (38,5)	

III.1.5.6. Capacités visuelles et auditives

194 patients avaient une capacité visuelle déficiente initialement. Sur ces 194 patients, 185 patients (95%) avaient une capacité visuelle normale avec correction à 6 mois de l'évaluation. 9 patients (4,6% des 194 patients) ont leur capacité visuelle initialement évaluée déficiente et non corrigée à 6 mois de l'évaluation initiale.

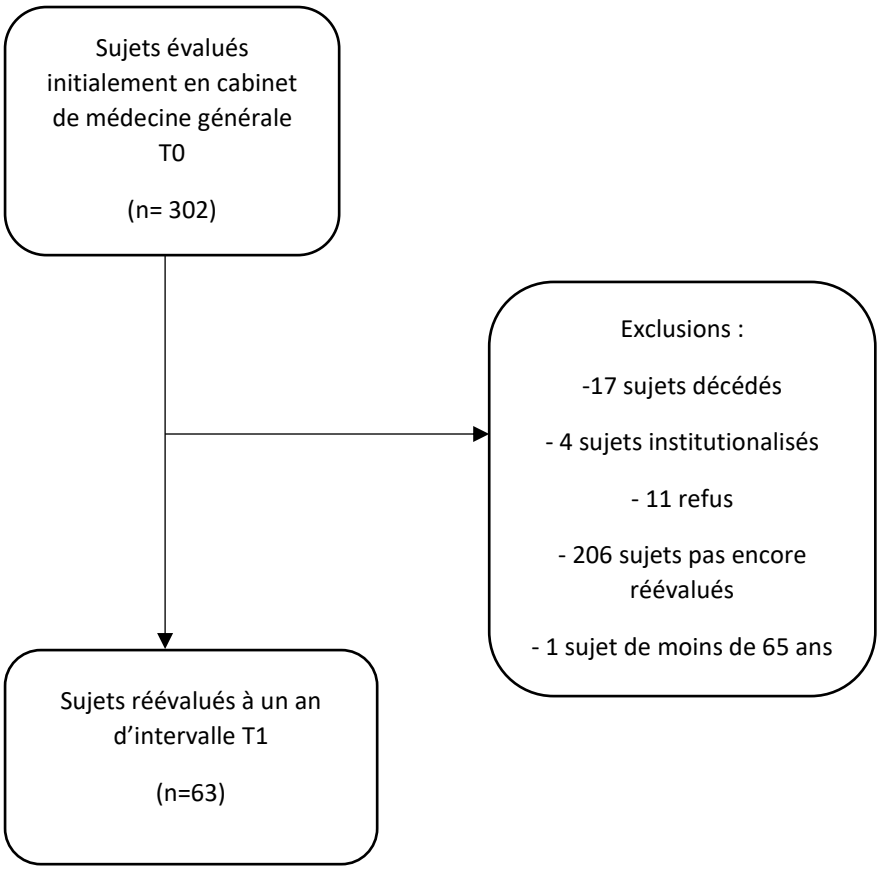
72 patients avaient une capacité auditive déficiente initialement. Sur ces 72 patients, 53 patients (73,6%) avaient une capacité auditive normale avec correction à 6 mois de l'évaluation. 19 patients (26,4% des 72 patients) ont leur capacité auditive initialement évaluée déficiente et non corrigée à 6 mois de l'évaluation initiale.

III.2. L'évaluation du suivi à un an

III.2.1. Recrutement de la population

Sur les 409 patients évalués initialement, 302 patients étaient évaluables dans les délais. Sur les 302 patients, 63 patients (21%) ont été réévalués en cabinet de médecine générale au bout d'un an entre mai 2015 et avril 2018. Nous avons donc analysé les deux évaluations à un an d'intervalle de 63 patients.

Figure 4: Diagramme de flux



III.2.2. Caractéristiques générales de la population

La moyenne d'âge des patients évalués était de 79 ans dont 46% ont entre 80 et 89 ans. La population était composée de 60,3% de femmes.

56,4% des patients vivaient avec leur conjoint contre 35,4% qui vivaient seul. 39,6% avaient une aide à domicile.

Tableau 10. Caractéristiques générales des 63 patients qui ont été évalués à T0 puis à T1

Caractéristiques	**n (%) ou m ± ET [min - max]**
Age (63)	79,05 ± 1,41 [65 - 93]
65-69 ans	4 (6,35)
70-79 ans	26 (41,3)
80-89 ans	29 (46)
≥ 90 ans	4 (6,34)
Genre (63)	
Femmes	38 (60,3)
Niveau d'études (63)	
Pas de scolarité	2 (3,17)
Ecole primaire	2 (3,17)
Certificat d'étude primaire	15 (23,8)
Brevet élémentaire, CAP, BEP	15 (23,8)
Baccalauréat	19 (30,1)
Etudes supérieures	10 (15,9)
Mode de vie (62)	
vit avec conjoint (e)	35 (56,4)
vit avec famille	6 (9,68)
vit seul	22 (35,4)
Aide à domicile (63)	25 (39,6)

III.2.3. Analyse de l'évaluation initiale (T0) et de l'évaluation à un an (T1)

Tableau 11. Analyse de l'évaluation gériatrique à T0 et à T1.

Caractéristiques	Population à T0 n (%) ou m ± ET [min - max]	Population à T1 n (%) ou m ± ET [min - max]	Significativité
Nombre de classe de médicaments	2,75 ± 1,41 [0 - 7]	3,01 ± 0,71 [0 - 8]	p=0,21
APA	3 (4,76)	4 (6,34)	p=1
MMSE (/30)	25,68 ± 4,24 [13 - 30]	26,3 ± 4,24 [4 - 30]	p=0,13
>24 (Normal)	47 (74,6)	46 (73)	
19-24 (Démence légère)	11 (17,5)	13 (20,6)	
10-18 (Démence modérée)	5 (7,94)	3 (4,76)	
0-4 (Démence sévère)	0	1 (1,59)	
SPPB (/12) 61	9,87 ± 2,83 [1 - 12]	9,84 ± 0,71 [1 - 12]	p=0,99
10-12 (Performances bonnes)	39 (63,9)	41 (65,1)	
7-9 (Performances moyennes)	15 (24,6)	12 (19,7)	
0-6 (Performances faibles)	7 (11,5)	8 (13,1)	
Critères de Fried (/5)	1,21 ± 2,12 [0 - 4]	1,25 ± 1,41 [0 - 4]	p=0,72
0 (Robuste)	25 (39,7)	21 (33,3)	
1-2 (Pré-fragile)	26 (41,3)	30 (47,6)	
3-5 (Fragile)	12 (19,04)	12 (19,04)	
Chutes dans les 3 mois	11 (17,5)	10 (15,8)	p=0,84
MNA (/30) 202	25,7 ± 0,35 [14,5 - 30]	26,1 ± 0,71 [16 - 30]	p=0,32
30-24 (Bon état nutritionnel)	53 (85,4)	53 (85,4)	
23,5-17 (Risque de malnutrition)	8 (12,9)	8 (12,9)	
16-0 (Mauvais état nutritionnel)	1 (1,61)	1 (1,61)	
mini-GDS (/4)	**1,24 ± 2,82 [0 - 4]**	**0,73 ± 0,71 [0 - 4]**	**p=0,004**
0 (Forte probabilité d'absence de dépression)	24 (38,1)	36 (57,1)	
1-4 (Forte probabilité de dépression)	39 (61,9)	27 (42,8)	
ADL (/6)	5,97 ± 0 [4,5 - 6]	5,8 ± 0 [2 - 6]	p=0,39
IADL (/8)	7,40 ± 0 [0 - 8]	7,3 ± 1,41 [0 - 8]	p=0,23
IMC	25,35 ± 0,87 [18,3 - 35,65]	25,18 ± 0,60 [17,1 - 33,23]	p=0,059

Nous avons noté une amélioration du mini-GDS entre T0 et T1, passant de 1,24 à 0,73/4, le résultat étant significatif (p=0,004). A T0, 24 patients soit 38% des patients ne présentaient pas de possibilité de syndrome dépressif contre 36 patients (57%) à T1.

Tableau 12. Critères de Fried à T0 et T1

Critères de Fried n=63	Population à T0 n(%)	Population à T1 n(%)	Significativité
Perte de poids involontaire	8 (12,7)	6 (9,5%)	p=0,57
Epuisement subjectif durant la dernière semaine	13 (20,6)	10 (15,9%)	p=0,52
Sédentarité	16 (25,4)	20 (31,7%)	p=0,29
Vitesse de marche lente (n=62)	16 (25,8)	15 (24,2%)	p=0,74
Faible force du poignet	23 (36,5)	28 (44,4%)	p=0,2

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats

IV.1.1. Objectif principal

Notre étude a porté sur une population avec une moyenne d'âge de 80,6 ans et une majorité féminine avec un ratio femme/homme à 1,9. Les différents niveaux d'étude étaient représentés de façon homogène.

La population est en majorité autonome avec une moyenne de l'ADL à 5,84/6 et un IADL avec une moyenne à 7,1/8 et seulement 29 patients (14,2%) qui avaient l'APA. Sur le plan physique, la moyenne du SPPB était de 10.

L'évaluation des critères de Fried a permis de retrouver 53 patients (26,1%) robustes, 95 patients (46,8%) pré-fragiles et 55 patients (27,1%) fragiles.

Une majorité de patients ne présentait aucun trouble cognitif (135 patients (66,5%)) et avait un bon état nutritionnel (168 patients (83,2%)). Un probable état dépressif a été dépisté chez 109 patients (53,7%).

Suite à l'évaluation initiale, l'infirmière avait proposé au médecin traitant une proposition de suivi avec un plan de prévention et de soins personnalisé. Elle avait proposé à 72 patients (35,5%) d'avoir une évaluation en Hospitalisation de Jour de Fragilité, mais seulement 6 patients (8,3% des 72 patients) y ont été évalués. 167 patients (82,3%) ont au final était évalué par le médecin traitant seul.

20 patients (9,8%) ont chuté durant les 6 mois suivants l'évaluation initiale.

Les patients ont eu une bonne adhésion au PPSP sur le plan nutritionnel (25 patients (75,7%)) et sur le plan physique (67 patients (73%)). Le PPSP sur le plan physique a été le plus proposé avec 92 patients (45,3%)

Le PPSP sur le plan social a été le moins proposé avec 21 patients (10,3%). La proposition de prendre une infirmière à domicile a été suivie par tous les patients pour lesquels elle avait été proposée. La demande d'une aide-ménagère, la demande de la téléalarme et l'aménagement du domicile ont été peu suivis.

La proposition d'un programme individuel d'auto-exercices de stimulation cognitive a été suivie par les 5 patients (100%) pour lesquels il a été proposé. Les ateliers de stimulation cognitive ont été bien suivis (5 patients (62,5%)). Par contre, le bilan neuropsychologique a été peu réalisé, seulement 12 patients (28,6%). Ce qui est concordant avec la faible proportion de patients adressés et qui se sont réellement rendus au centre mémoire ou à l'Hospitalisation de Jour de Fragilité.

L'ensemble des patients pour lesquels a été proposé une consultation psychiatrique ou une psychologie comportementale ont suivi ces propositions. La majorité des patients pour lesquels l'introduction d'un anti-dépresseur a été proposé ont suivi la recommandation (12 patients (80%)). La consultation avec un psychologue a été très peu suivie avec seulement 2 patients qui ont suivi la recommandation (15,4%).

IV.1.2. Objectif secondaire

Nous avons étudié et comparé l'évaluation initiale et l'évaluation à un an réalisées sur 63 patients. La moyenne d'âge de cette population était de 79,05 et le ratio femme/homme était de 1,5. 25 patients (39,6%) avaient une aide à domicile. La répartition selon le niveau d'étude était assez homogène.

Un seul résultat était revenu significatif avec une amélioration du mini-GDS passant de 1,24 à 0,73/4 (p=0,004).

Le reste des résultats n'étaient pas significatifs, mais nous avons pu noter une stabilité du SPPB, des critères de Fried, du MMSE et du MNA.

IV.2. Comparaison avec les thèses réalisées

IV.2.1. Sur la population étudiée

Deux études de synthèse d'évaluations gériatriques réalisées en Hospitalisation de Jour de Fragilité (HDJ) (19) et dans les Maisons de Santé pluridisciplinaire (MSP) (20) de Midi-Pyrénées nous ont permis de comparer leur population à notre population étudiée

Les caractéristiques des populations sont assez similaires avec une population plus jeune pour notre étude à 80,6 ans contre 82,7 ans pour l'HDJ et 83,4 ans pour les MSP. Nous retrouvons une prédominance féminine dans les trois études (65,5% dans cette étude, 63,9% en HDJ et 64,7% dans les MSP).

Sur le plan de l'autonomie, notre population était plus autonome avec 14,2% des patients ayant l'APA, un ADL à 5,8/6 et un IADL à 7,1/8 contre en HDJ, 38,1% qui avaient l'APA, un ADL à 5,4/6 et un IADL à 5,4/8 et en MSP, 20% qui avaient l'APA, un ADL à 5,6/6 et un IADL à 6,25/8.

Sur le plan physique, notre étude comportait beaucoup moins de chuteurs avec 18,2% contre 35,3% en HDJ et 33,6% dans les MSP. La différence de la moyenne du SPPB est aussi importante avec 10/12 pour notre étude contre 7,4/12 en HDJ et 7,6/12 dans les MSP.

Sur le plan cognitif, nous avons là aussi une grande différence avec une population présentant un bon état cognitif avec une moyenne du MMSE à 28,5/30 contre 24,5/30 en HDJ et 23,9/30 dans les MSP.

Sur le plan psychologique, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux de l'HDJ car nous avons utilisé le mini-GDS. Dans l'étude dans les MSP le mini-GDS et le GDS ont été utilisés. La probabilité de syndrome dépressif était assez similaire avec 53,7% de nos patients et 56,2% dans les MSP.

Sur le plan nutritionnel, notre population présentait un meilleur état nutritionnel avec un MNA à 27/30 contre 23,7/30 en HDJ et dans les MSP.

Les critères de fragilité ont été évalués dans nos trois populations avec les critères de Fried. Notre population présentait moins de patients fragiles avec 27,1% de patients fragiles, 46,8% de patients pré-fragiles et 26,1% de patients robustes. En HDJ, il y avait 51% de patients

fragiles, 40,5% de patients pré-fragiles et 8,5% de patients robustes. Dans les MSP, il y avait 39,7% de patients fragiles, 24,3% de patients pré-fragiles et 36% de patients robustes. La proportion de patients présentant une perte de poids involontaire dans les 3 études : 11,2% dans notre étude, 22,2% en HDJ et 19,2% dans les MSP. Nous avons bien moins de patients déclarant avoir un épuisement subjectif avec 16,2% des patients contre 48,3% des patients en HDJ et 47,2% dans les MSP. Nous avons moins de sédentaires avec 38,6% des patients contre 64,2% en HDJ et 57,9% dans les MSP. La proportion de patients présentant une vitesse de marche lente est comparable à celle de l'HDJ avec 37% dans cette étude et 40% en HDJ ; dans les MSP, ils sont plus nombreux avec 63,7%. Les données pour la diminution de la force du poignet sont très différentes entre cette étude (51,3%), en HDJ (66%) et dans les MSP (86,8%).

Les différences sur le plan de l'autonomie, nutritionnel et cognitif peuvent s'expliquer premièrement par une population légèrement plus jeune. Cette étude s'étant ciblée sur une évaluation en soins primaires aurait dû être plus comparable à celle en MSP, l'évaluation se faisant dans les mêmes conditions.

Une thèse soutenue en 2018 avait pour but d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes suite à une évaluation gérontologique réalisée au domicile des patients âgés ayant nécessité une intervention du SAMU pour chute accidentelle survenue à leur domicile. Mais notre étude peut difficilement être comparée à cette population qui concerne des patients dépendants et ne pouvant se relever seul. (21)

IV.2.2. Suivi à un an

La thèse publiée en 2015 par le Dr Segolène Vigué (22) évaluait une population de 100 patients suivis en Hospitalisation de jour de fragilité à Toulouse à un an d'intervalle. Ce qui me permet de faire une comparaison avec mon objectif secondaire portant sur un suivi à un an. Notre travail a porté sur 63 sujets alors que le travail en HDJ portait sur 100 patients.

La population évaluée dans notre travail est plus jeune avec une moyenne d'âge de 79,05 ans contre 81,9 ans en HDJ avec une population légèrement moins féminine avec 60% contre 68% en HDJ.

La population de cette étude est plus autonome avec un ADL à 5,97/6 initialement contre 5,7/6, un IADL à 7,4/8 contre 6,5/8 et 4,8% qui ont l'APA contre 19% à l'HDJ. Le SPPB est à 9,8/10 dans cette étude contre 7,8/10 en HDJ.

Sur le plan cognitif, le MMSE est comparable dans les deux études. Sur le plan psychologique, la comparaison n'est pas possible, car dans cette étude il a été utilisé le mini-GDS et non le GDS comme dans l'étude en HDJ. La population a un meilleur état nutritionnel dans notre étude avec 85% des patients ayant un bon état nutritionnel contre 69% en HDJ.

Notre étude comporte plus de patients robustes avec 39,7% des patients contre 3% en HDJ et moins de patients fragiles avec 19% contre 36,4% en HDJ. Nous avons donc étudié une population moins fragile que durant l'étude de suivi en HDJ.

L'étude en HDJ avait aussi recherché l'adhésion au plan de prévention et de soins personnalisés (PPSP) sur le plan nutritionnel et physique. Elle a retrouvé une bonne adhésion comme dans notre étude avec 83,9% de patients qui ont suivi les recommandations sur le plan nutritionnel et 62,1% de patients qui ont suivi les recommandations sur le plan physique.

Une amélioration franche et significative du MNA a été retrouvée dans l'étude HDJ, qui n'a pas été retrouvée dans notre étude. La proportion de patients présentant une perte de poids involontaire diminue de façon significative en HDJ et dans cette étude, mais le résultat n'est pas significatif. La proportion de patients présentant une diminution de la force musculaire augmente de manière significative en HDJ, de même dans cette étude, mais non significative.

L'adhésion au PPSP sur le plan social est comparable avec 43,8% de patients qui ont adhéré aux propositions (47,6% dans cette étude) Dans les deux études, ce sont les propositions dans le domaine social qui étaient le moins proposé.

L'adhésion à un PPSP sur le plan cognitif et psychologique n'ont pas été recherchés dans la thèse du Dr Vigué.

L'étude a retrouvé une aggravation significative du nombre de patients présentant un syndrome dépressif, alors que dans cette étude nous avons retrouvé une amélioration significative. Dans l'étude en HDJ, le plan thymique a été évalué par le GDS plus sensible.

IV.3. Comparaison avec la littérature

IV.3.1 La satisfaction et l'adhésion des patients aux évaluations gériatriques

Un travail effectué sur la même base de données de notre étude (23) a évalué la satisfaction des patients montrant 72% d'avis positif concernant des évaluations gériatriques au sein du cabinet de médecine générale et 42% auraient refusé l'évaluation si elle avait été effectuée à l'hôpital. Ce résultat montre bien l'importance des travaux en soins primaires pour dépister.

La thèse du Dr Bieber réalisée sur une population évaluée à l'Hospitalisation de Jour de Fragilité de Toulouse a montré une adhésion au PPSP de 58,1% en moyenne et l'adhésion est souvent impacté par la mauvaise compréhension du patient sur l'intérêt du PPSP. (24) Dans notre étude, la moyenne d'adhésion est de 21,6% mais la mauvaise compréhension sur l'intérêt du PPSP est retrouvée comme dans notre étude.

La thèse menée par les Dr Kassab et Dr Brisseau a montré plusieurs freins prédictifs à une mauvaise adhésion au PPSP : l'isolement, la difficulté de compréhension de leur état de santé et de la finalité du plan de soin, la disposition psycho-sociale du patient face à son vieillissement, la douleur et la difficulté relationnelle patient-soignant. (25)

Une étude réalisée dans le but d'évaluer le ressenti des patients avec le concept de fragilité a montré l'importance d'adapter un plan de soins à chaque personne. Le diagnostic de fragilité a une connotation négative et est souvent perçu comme un état irréversible pour les patients. (26) Or la fragilité est en état potentiellement réversible. (27) Une analyse sur la vulnérabilité a montré que de nombreux patients l'associe à la vieillesse. (28) Les patients fragiles se sentent donc dans un état de vulnérabilité.

IV.3.2 La motivation des médecins généralistes

Une étude réalisée en Haute Garonne sur la même population que notre étude a analysé le ressentis des médecins généralistes qui ont participé au projet FAP. Elle a montré que 35% des médecins ont estimé que plus de 50% de leurs patients auraient refusé l'évaluation dans une structure hospitalière ayant permis ainsi un dépistage plus large des sujets fragiles. Leur ressenti a été positif pour 88% des médecins généralistes. La principale difficulté retrouvée a été la réalisation du PPSP et l'aspect chronophage de l'évaluation. (29) Les difficultés retrouvées dans cette étude ont montré l'importance de trouver d'autres solutions en soins premiers. Les infirmiers à pratique avancée sont une solution pour l'aspect chronophage.

IV.3.3 Les infirmiers à pratique avancée

Durant ces dernières années, nous avons observé dans plusieurs pays, notamment les pays anglo-saxons, un intérêt à augmenter le rôle des infirmiers dans la répartition des soins.

Cet intérêt est apparu devant le manque de médecins et la répartition inégale des médecins en fonction des régions, avec l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population (intérêt pour diminuer les hospitalisations et maintenir le patient à domicile), l'intérêt de diminuer les coûts des soins en formant des paramédicaux. (30)

Aux Etats Unis et au Canada, en 1965, sont apparus les *nurse practitioners (NP),* des infirmiers possédant un diplôme de Master et un doctorat de *nursing practice*. Puis, ces formations ont aussi été développées au Royaume Uni. Ils sont fréquemment spécialisés en pédiatrie, gériatrie, gynécologie, dermatologie, cardiologie et oncologie. (31) Selon une revue bibliographique, de 2002, évaluant le travail des *nurse practitioners*, la satisfaction des patients est augmentée. Les consultations avec les NP sont plus longues et demandent plus d'investigations. Aucune différence n'a été retrouvée sur la qualité des prescriptions. (32) Une revue Cochrane en 2018 étudiant les infirmiers qui substituent les médecins généralistes retrouve des résultats similaires à l'étude précédente. (33)

En France, en 2003, l'Action de santé libérale en équipe ou Asalee a été créé à l'initiative du Dr Jean Gautier et de l'URML de Poitou-Charentes. Son objectif est « d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coordination entre médecins généralistes et infirmières par la délégation à des infirmières de certaines tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi réalisées antérieurement par le médecin

généraliste ». (34) L'IRDES (Institut de recherche et documentation et économie de la santé) a réalisé une évaluation d'Asalee entre 2014 et 2015 mettant en évidence une amélioration significative de la qualité de suivi des patients diabétiques. (35)

En novembre 2016, neuf organisations (Union des syndicats de pharmaciens d'officine, le syndicat de médecins généralistes MG France, le syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux , l'Union nationale pour l'avenir de la podologie- Syndicat national de la podologie, la Fédération nationale des Centres de santé, Asalee, l'Union syndicale des médecins de centre de santé, la fédération française des maisons et pôles de santé, l'Association nationale des sages-femmes libérales) ont créé la Fédération des soins primaires pour promouvoir la coordination entre les professionnels autour du patient.

IV.3.4. Les études réalisées sur l'impact des évaluations gériatriques

Une méta-analyse a conclu suite à l'évaluation de plusieurs études réalisées sur les visites en soins premiers à but préventif des personnes âgées que les résultats n'ont pas montré de résultats bénéfiques. (36) Mais une des conclusions de cette étude remarquait que devant le faible taux d'études, ils ne pouvaient conclure définitivement. De nouvelles études sont donc nécessaires.

Mais quelques études ont montré des résultats positifs comme l'étude de Cameron et al qui a montré l'efficacité d'une intervention multifactorielle pour réduire la fragilité et améliorer la mobilité. Cette étude qui n'a pas été réalisée en soins premiers a montré la nécessité d'adapter le plan de soin au sujet. (37)

Mais une revue de la littérature réalisée en 2016 a montré que les prises en charge globales n'ont pas encore montré une efficacité suffisante et qu'il est nécessaire d'avoir d'autres études de bonne qualité. (38) La prescription d'exercices physiques et la réduction de la iatrogénie sont les deux prises en charge qui ont montré le plus d'efficacité chez les sujets fragiles. (39)

IV.4. Forces et limites de l'étude

La première force de cette étude est son originalité, ayant trouvé peu de travail sur les suivis d'évaluations gériatriques et aucune étude sur le suivi des patients âgés fragiles. La deuxième

force de l'étude est le fait que ce soit la même infirmière qui ait fait l'ensemble des évaluations a permis de limiter les biais d'évaluation.

Une des limites de cette étude est le recueil des données parfois incomplet, en particulier les précisions sur les critères de Fried. Deuxièmement, le mini-GDS a été utilisé au cours de cette étude au lieu du GDS. Le mini-GDS est un test de dépistage et ne permet de parler que de probabilité de dépression donc avec un risque de surestimation.

Troisièmement, le fait que l'évaluation a été réalisée seulement ~~en~~ Haute Garonne et uniquement chez des médecins généralistes de la Métropole Toulousaine permet difficilement de comparer sur le plan national. Les médecins recrutés étaient des médecins volontaires et en majorité maitre de stage universitaire amenant un probable biais de sélection.

Quatrièmement, une des faiblesses est le faible échantillon de patients pour l'évaluation du suivi à un an.

IV.5. Perspectives de cette étude

Une étude réalisée par Cameron et al a montré que les bénéfices du PPSP commençait à se montrer à 12 mois. (37) Mais nos résultats ont montré qu'il y aurait peut-être un intérêt à réaliser une évaluation à 2 ou 3 ans de l'évaluation initiale pour mieux évaluer les bénéfices. Même si nos résultats ont pu déjà prouver une certaine stabilisation.

L'idéal serait de faire un suivi avec un groupe témoin mais cela reviendrait à ne pas prendre en charge une population ce qui n'est pas recevable.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude de suivi sur la population en Hospitalisation de Jour de Fragilité. En effet, lorsque le Dr Vigué a réalisé son étude sur le suivi de 100 patients en HDJ de Fragilité, nous étions au début de ces programmes de prévention. Ces dernières années, il s'est développé un dépistage en soins premiers, notamment dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaire. Actuellement, la population adressée en HDJ est en partie déjà sélectionnée et présente des critères de fragilités plus importants comme dans notre étude.

V. Conclusion

Devant le vieillissement de la population, ces dernières années, les pouvoirs publics ont mis en œuvre plusieurs actions de prévention pour prévenir la perte d'autonomie. C'est ainsi que s'est inscrit le concept de fragilité qui est apparu depuis les années 90. Plusieurs définitions ont été proposées sans pouvoir donner une définition consensuelle. Actuellement, les Critères de Fried sont ceux qui sont principalement utilisés dans les études et en pratique clinique. En Haute Garonne, le Gérontopôle a mis en place le projet FAP pour étudier une évaluation gériatrique complète réalisée dans les cabinets de médecine générale par une Infirmière d'Evaluation Gérontologique.

L'objectif principal de notre étude était la description des évènements intercurrents et le taux de réalisation des actions proposées 6 mois auparavant au cours de cette évaluation gériatrique et l'objectif secondaire était de comparer cette évaluation à une évaluation réalisée un an après par la même infirmière.

Les principaux résultats ont montré pour l'objectif principal, un plus grand suivi par le médecin traitant que par structures hospitalières proposées, que le PPSP le moins proposé est le PPSP social et une bonne adhésion au PPSP nutritionnel et physique.

Pour l'objectif secondaire, nous avons retrouvé une amélioration significative du mini-GDS. Aucuns autres résultats n'étaient significatifs mais nous avons observé une stabilisation.

Nous avons comparé nos résultats aux autres thèses réalisées sur la région en Hospitalisation de Jour de Fragilité et en Maisons de Santé Pluridisciplinaire. Notre population est plus jeune, plus autonome et dans un meilleur état cognitif et nutritionnel.

Nous avons pu comparer notre étude à une étude réalisée sur un suivi à un an en Hospitalisation de Jour de Fragilité qui a retrouvé aussi une bonne adhésion au PPSP nutritionnel et physique. Dans nos deux études le PPSP social est le moins proposé. Nous avons une grande différence des résultats sur le plan thymique.

Des études ont montré qu'une majorité de patients souhaitent une évaluation en soins premiers et que les médecins généralistes ont été majoritairement satisfaits par cette évaluation. Mais le coté chronophage et la difficulté à la réalisation du PPSP ont été retrouvées comme les principales difficultés énoncées par les médecins généralistes.

Ainsi apparait l'intérêt de proposer des pratiques avancées aux infirmiers pour aider à la prise en charge et au dépistage en soins premiers de cette population.

Il manque encore plusieurs bonnes études pour évaluer l'efficacité de ces évaluations. Actuellement seule la prescription d'exercices physiques et la réduction de la iatrogénie a montré une efficacité.

Il serait intéressant au vus de nos résultats de réaliser un suivi sur deux ou trois ans.

Toulouse, le 22/02/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

Vu le président du jury

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

BIBLIOGRAPHIE

1. Tableaux de l'Économie Française - Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906743INSEE.

2. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/

4. Livre blanc « REPÉRAGE ET MAINTIEN DE L ' AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES ». p.4. Janvier 2015. (cité 10 août 2018)

www.fragilite.org/livreblanc

5. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ Can Med Assoc J. 15 févr 1994;150(4):489‑95.

6. 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.

7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older AdultsEvidence for a Phenotype. J Gerontol Ser A. 1 mars 2001;56(3):M146‑57.

8. Livre blanc « REPÉRAGE ET MAINTIEN DE L ' AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES ». p.12. Janvier 2015 (cite 10 août 2018)

www.fragilite.org/livreblanc

9. Santos-Eggimann B., Cuénoud P., Spagnoli J., Junod J. Prevalence of frailty in middle-ages and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. Journal of gerontology. 2009 Vol 64A, No 6,675-681

10. elizeos. Fragilité des seniors : détecter au plus tôt pour prendre en charge. 2015. (cité 10 aout 2018) Disponible sur: http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmieres-internes-pour-reperer-troubles-cognitifs-seniors.html

11. Haute Autorité de Santé - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

12. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Haute Autorité de Santé. Mars 2015

13. Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. Sci Soc Santé. 24 déc 2014;Vol. 32(4):71‑7.

14. Noelker LS, Browdie R. Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care. The Gerontologist. 1 févr 2014;54(1):13‑20.

15. Lawton, M.P., and Brody, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 9:179-186,

16.Hars M. , Trombetti A. Evaluation de la marche, de l'équilibre et du muscle chez le sujet âgé. Rev Med Suisse 2013; volume 9. 1265-1271

17. Clément JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F.Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997;XXIII:91-9.

18. Haute Autorité de Santé - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

19. Menini T. Etude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2255 premiers patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérontopôle de Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2017 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1640/

20. Savary L. Description de la population gériatrique évaluée en soins primaires au sein des maisons de santé de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2275/

21. Costes D. Évaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes concernant une évaluation gérontologique réalisée au domicile des patients âgés chuteurs après intervention du SAMU [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2153/

22. 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] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/746/

23. Renoux M. Evaluation du degré de satisfaction de patients ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1896/

24. Bieber A. 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 [Internet] [exercice]. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2017 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1690/

25. Brisseau V, Kassab A-S. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne [Internet] [exercice]. Université

Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/737/

26. Escourrou E., Herault M., Gdoura S., Stillmunkes A., Oustric S., Chicoulaa B. Becoming frail: a major turning point in patient's life course. Family practice. 2018. 1-6.

27. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the Gérontopôle. J Nutr Health Aging. août 2012;16(8):714‑20.

28. Brocklehurst H, Laurenson M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. Br J Nurs Mark Allen Publ. 27 déc 2008;17(21):1354‑7.

29. Daure A. Evaluation du degré de satisfaction des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins primaires [Internet] [exercice]. Université Toulouse lll - Paul Sabatier; 2016 [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1581/

30. Fougère B., Morley JE., Decavel F., Nourhashémi F., Abele P., Resnik B. and al. Development and implementation of the advanced practice nurse worldwide with an interest in geriatric care. The society for Post acute and long-term care medicine AMDA. 2016.

31. What is a Nurse Practioner? Nurse Practioner Schools. www.nursepractitionerschools.com

(cité 20 octobre 2018)

32. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. Avril 2002.

33. Laurant M, Van der Bierzen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Jah van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Systematic Review. Juillet 2018.

34. Afrite A, Fournier C, Gilles de La Londe J, Ménard C, Mousques J, Raynaud D. Evaluer l'impact de la coopération entre médcin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalee. IRDES. Mars 2018.

35. Evaluation Asalée : Daphnee. Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalee. Protocole d'évaluation et de recherche. 9 juillet 2015. http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf (cité 15 octobre 2019)

36. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PloS One. 2014;9(3):e89257.

37. 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.

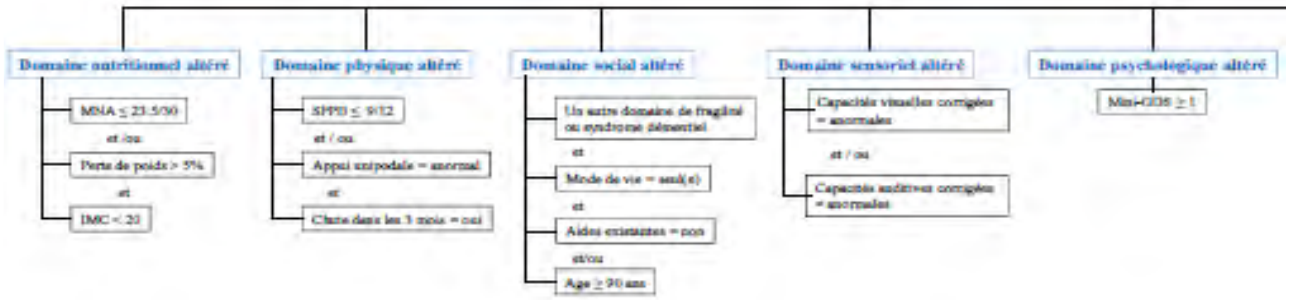
38. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27114104

39. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. J Am Med Dir Assoc. juin 2013;14(6):392‑7.

40. Christensen HK, Kristensen T, Andersen MK, Lykkegaard J. Frailty characteristics and preventive home visits: an audit on elderly patients in Danish general practice. Fam Pract. 1 févr 2017;34(1):57‑62.

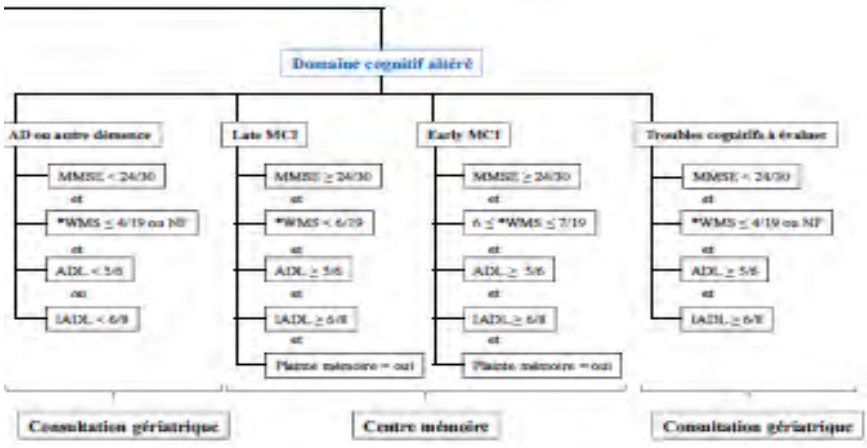
ANNEXE

Annexe 1 : Algorithme décisionnel sur le suivi



0-2 domaines altérés = suivi médecin traitant
≥ 3 domaines altérés = HDJ Fragilité

Si ≥ 2 domaines altérés (nutrition, physique, social, psychologique ou sensoriel) + domaine cognitif altéré = HDJ Fragilité



Auteur : El Hila Camélia
Titre : Devenir d'une population gériatrique évaluée en cabinet de médecine générale à 6 et 12 mois
Directeur de thèse : Dr Bruno Chicoulaa
Lieu et date de soutenance : A Toulouse, le 21 mars 2019

Résumé

Introduction : Durant les deux dernières décennies, s'est développé le concept de fragilité. Depuis quelques années, est apparu sur le plan national des modalités de suivi de cette population fragile en soins primaires. Le but de cette étude est d'évaluer le devenir d'une population gériatrique évaluée en cabinet de médecine générale par une infirmière d'évaluation gérontologique à 6 mois par téléphone et par une nouvelle évaluation un an après.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive observationnelle rétrospective. Une infirmière d'évaluation gérontologique a réalisé une première évaluation gériatrique dans les cabinets de médecine générale chez des médecins généralistes volontaires de Haute Garonne. Elle a recueilli par téléphone 6 mois après les évènements survenus et l'adhésion au plan de prévention de soins personnalisés (PPSP). Enfin elle a réalisé une évaluation gériatrique similaire un an après.

Résultats : Sur les 409 patients évalués initialement, 203 patients (63%) ont été évalués par téléphone et sur les 302 patients évaluables à un an, 63 patients (21%) ont eu une nouvelle évaluation. La moyenne d'âge de la population était de 80,6 ans pour l'objectif primaire et de 79,05 ans pour l'objectif secondaire. Les patients ont eu une bonne adhésion aux PPSP nutritionnel (25 patients (75,7%)) et physique (67 patients (73%)) ; le PPSP physique a été le plus proposé. Le PPSP social était le moins proposé (21 patients (10,3%) et le moins suivi. Sur la comparaison des deux évaluations gériatriques, un seul résultat était revenu significatif, l'amélioration du mini-GDS passant de 1,24 à 0,73/4 (p=0,004).

Discussion : Il est intéressant de proposer aux patients une évaluation en soins premiers pour éviter de se faire évaluer à l'hôpital. Pour pouvoir prendre en charge cette population grandissante, se développe dans plusieurs pays une formation des infirmiers à des pratiques avancées. Des études sont encore nécessaires pour montrer les bénéfices de ces évaluations à but préventif en soins premiers.

Become of a geriatric population evaluated in general practice at 6 and 12 months

Abstract

Introduction: During the last two decades, the concept of frailty has developed. In recent years, there has emerged at national level follow-up procedures for this frailty population in primary care. The purpose of this study is to evaluate the future of a geriatric population evaluated in a general practice by a gerontological evaluation nurse at 6 months by telephone and a new evaluation one year later.

Material and methods: This is a retrospective observational descriptive epidemiological study. A nurse trained for gerontological's evaluation has carried out a first geriatric evaluation in the general practice of volunteer general practitioners in Haute Garonne. She collected by phone 6 months after events occurred and adherence to the Personalized Care Prevention Plan (PPCP). Finally she did a similar geriatric evaluation one year later.

Results: On 409 patients initially assessed, 203 patients (63%) were assessed by telephone and of 302 evaluable patients at one year, 63 patients (21%) had a new assessment. The average age of the population was 80,6 years for the primary objective and 79,05 years for the secondary objective. Patients had good adherence to PPCPs nutritional (25 patients (75,7%)) and physical (67 patients (73%)); the physical PPCP was the most proposed. The PPCP social was the least proposed (21 patients (10,3%) and the least followed.) For comparison of two geriatric evaluations, only one result was significant income, the improvement of mini-GDS from 1,24 to 0,73/4 (p= 0,004).

Discussion: It's interesting to offer patients an assessment in primary care to avoid being evaluated at the hospital. To be able to take charge of this growing population, nurses are developing in several countries with advanced practices. Studies are still needed to show benefits of preventive assessments in primary care.

Keywords: frailty, geriatric evaluation, primary care

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France