

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2017 N°

TITRE DE LA THESE :

**Etude descriptives de 82 patients fragiles vus en hôpital de jour et
évaluation du suivi à 3 et 6 mois.**

THESE

Présentée

à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE

Et soutenue publiquement le : 10 Avril 2017

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

JUGAND Romain
Né le 28/02/1989 à ANNECY (74)

REMERCIEMENTS

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE MEDECINE GENERALE

COMPOSITION DU JURY

Président :	M le Professeur GONTHIER Régis	Faculté : Jacques LISFRANC
Assesseurs :	M le Professeur BARTHELEMY Jean-Claude	Faculté : Jacques LISFRANC
	M le Professeur BOIS Christophe	Faculté : Jacques LISFRANC
	Mme le Docteur ACHOUR Emilie	Faculté : Jacques LISFRANC
Invité :	Mme le Docteur DE LAVIGERIE Blandine	Faculté : Jacques LISFRANC

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 2C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 2C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATTARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Héléne PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cancérologie	M ; le Dr Pierre FOURNEL	Pr associé
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH CE
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH 1C
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH CE
Gériatrie	Mme le Dr Emilie ACHOUR	MCUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
<i>Hépatologie – Gastro - Entérologie</i>	<i>M. le Pr Xavier ROBLIN</i>	<i>Pr Associé</i>
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Marc DURAND	Pr associé
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Dr Elisabeth BOTELHO NEVERS	MCU-PH 1C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C

Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE	MCUMG
Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG
Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophtalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 2C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 2C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	MCUPH 1C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	M. le Pr Michael DARMON	PUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALON	Pr associé
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	PU-PH CE
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr Laurent BERTOLETTI	PUPH 2C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PUPH 1C

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
1C	1ère classe
2C	2ème classe
CE	Classe exceptionnelle
HC	Hors classe
MCAMG	Maître de conférences associé de Médecine générale
PAMG	Professeur associé de médecine générale

Mise à jour : 8 septembre 2016

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : JUGAND Romain	N° DE THESE :
TITRE DE LA THESE :	
Etude descriptives de 82 patients fragiles vus en hôpital de jour et évaluation du suivi à 3 et 6 mois.	
RESUME :	
<p>Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique en partie réversible. Sa prévention passe par un dépistage structuré, et, est un enjeu majeur de santé publique compte tenu du vieillissement de la population. L'objectif de notre recherche a été de décrire les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de fragilité du CHU de Saint-Etienne et d'étudier l'observance des préconisations à 3 et 6 mois.</p> <p>Méthode : Les patients consultant aux centres de santé de la Caisse Régionale de Santé dans les Mines, ayant plus de 65 ans et un score ADL d'au moins 5 sur 6, ont bénéficié d'une évaluation selon la grille de Fried (côté de 0 à 7) permettant de classer les patients en pré-fragiles ou fragiles. Un score supérieur à 3 déclenchait une évaluation gériatrique standardisée et justifiait des préconisations adaptées à la situation médico-sociale. Un bilan du suivi de ces mesures était réalisé au domicile les 3 et 6^{ème} mois.</p> <p>Résultats : 82 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 83.7±5.7 ans et 99% d'entre eux étaient pré-fragiles ou fragiles et ont reçus en moyenne 3.7±1.6 recommandations. A 3 mois il existe une corrélation statistiquement significative entre le nombre de recommandations et la compliance au suivi ($r=0.291$, $p=0.00813$), ainsi qu'à 6 mois ($r=0.359$, $p=0.0009$). Entre 3 et 6 mois il existe une augmentation significative du nombre de préconisation suivies ($r=0.896$, $p=0.0216$).</p> <p>Conclusion : A 6 mois, plus de 50% des préconisations étaient mise en œuvre, avec une progression significative entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois de l'observance. Ce résultat est encourageant pour montrer l'intérêt d'un accompagnement à domicile dans le suivi des préconisations.</p>	
MOTS CLES : - Fragilité - Evaluation gériatrique standardisée - Personnes âgées - Médecine générale - Hôpital de Jour	
JURY :	
Président :	Pr GONTHIER Régis Faculté : SAINT-ETIENNE
Directeur :	Dr ACHOUR Emilie Faculté : SAINT-ETIENNE
Assesseurs :	Pr BARTHELEMY Jean-Claude Faculté : SAINT-ETIENNE Pr BOIS Christophe Faculté : SAINT-ETIENNE
Invitée :	Dr DE LAVIGERIE Blandine Faculté : SAINT-ETIENNE
DATE DE SOUTENANCE :	10 Avril 2017
ADRESSE DE L'AUTEUR :	1 Rue Carnot 42 270 Saint-Priest-En-Jarez

Etude descriptives de 82 patients fragiles
vus en hôpital de jour et évaluation du
suivi à 3 et 6 mois.



Sommaire

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS	9
I – INTRODUCTION	10
III – MATERIELS ET METHODES	12
1- ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS DES SUJETS AGES FRAGILES (ANNEXE1)	12
2- SELECTION DE LA POPULATION	12
3- ÉVALUATION GERIATRIQUE PLURIDISCIPLINAIRE DU PATIENT DEPISTE COMME FRAGILE	12
4- VARIABLES PRISES EN COMPTE	13
5- PROPOSITIONS ET PRECONISATIONS.....	14
6- SUIVI	15
7- TESTS STATISTIQUES	15
8- DECLARATION RECHERCHE CNIL	16
III – RESULTATS	18
1- CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS.....	18
<i>Caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1)</i>	<i>18</i>
<i>Caractéristiques cliniques et paracliniques (Tableau 2 et 3)</i>	<i>18</i>
2- LES PROPOSITIONS ET LES PRECONISATIONS	22
<i>A l’inclusion des patients (Tableau 4).....</i>	<i>22</i>
<i>A 3 mois du bilan initial</i>	<i>23</i>
<i>A 6 mois du bilan initial</i>	<i>23</i>
<i>Les Patients avec arrêt prématuré du suivi</i>	<i>24</i>
IV – DISCUSSION.....	26
V – CONCLUSION	29
VI – ANNEXES	30
1- DESCRIPTION DE LA CARMi ET DE L’AIMV	30
<i>A propos de la CARMi</i>	<i>30</i>
<i>A propos de l’AIMV.....</i>	<i>30</i>
2- FORMULAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES	31
3- DOSSIER MEDICAL STANDARDISE DE LA PRISE EN CHARGE A L’HDJ.....	32
4- FORMULAIRES STANDARDISES POUR LE SUIVI A DOMICILE DES PATIENTS PAR LES AVS	37
5- DECLARATION CNIL	38
VII – BIBLIOGRAPHIE	39

Glossaire des abréviations

ADL: Activity of Daily Living

AIMV : Agir-Innover-Mieux Veillir

CARMI : Caisse Régionale de la Sécurité Sociale dans les Mines

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CGA : Comprehensive Geriatric Assesment

CNEG : Collège National des Enseignants en Gériatrie

CRP: C-Reactive Protein

EGS: Evaluation Gériatrique Standardisée

GFI score: Groningen Frailty Index score

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPST : Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

IADL: Instrumental Activity Daily Living

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

Mini-GDS: Mini-Geriatric Depression Scale

MKDE: Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MMSE : Mini Mental Status Examination

MNA : Mini Nutritional Assesment

PPS : Plan Personnalisé de Soins

TSH: Thyroid Stimulating Hormon

SFGG: Société Française de Gériatrie et Gériantologie

I – INTRODUCTION

Le vieillissement annoncé de la population est un véritable défi pour notre système de soins. L'adaptation de nos moyens de prise en charge du sujet âgé est donc primordiale pour limiter la dépendance et l'accompagner au mieux quand celle-ci est inévitable. L'aspect préventif dans la prise en charge du sujet âgé semble enfin faire part d'une politique nationale comme l'atteste le *plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie* (1), rapport présenté en Septembre 2015 à la secrétaire d'état en charge des personnes âgées et du vieillissement. Ce projet insiste fortement sur la notion de fragilité, son caractère réversible et estime « qu'il est donc important d'agir le plus en amont possible en repérant les facteurs favorisant ces incapacités et les causes potentielles qui vont en provoquer la survenue. Eviter ou différer la survenue de telles situations doit être un réflexe systématique dans les pratiques et les organisations ».

A la fin du XXème siècle, JW Rowe et RL Khan introduisent le concept du « vieillissement réussi » qui repose sur le trépied suivant : l'absence de maladie entravant le bon fonctionnement de l'individu, le maintien de bonnes capacités physiques, cognitives et un engagement social actif (2). Ce concept se s'intercale dans les 3 niveaux de vieillissement décrit : celui dit *usuel* qui se caractérise par les pertes typiques liées à l'âge, celui dit *pathologique* (en lien avec l'apparition de pathologies) et enfin celui dit *réussi*. Apparaît alors le syndrome clinique de fragilité ou de processus dynamique intermédiaire entre indépendance et dépendance marqué par une altération des réserves physiologiques et sensorimotrices de la personne âgée. En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) décrit la fragilité comme suit : « Le syndrome de fragilité reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.» (3)

De plus, il a été démontré chez le sujet âgé de plus de 65 que l'état clinique de fragilité augmentait le déclin fonctionnel, multipliait le risque d'institutionnalisation par neuf et de décès par trois (4,5). En 1984, Rubenstein et al. ont été les premiers à mettre en évidence les effets bénéfiques d'une évaluation gérontologique standardisée (EGS) sur l'institutionnalisation et la mortalité, ce qui a permis d'aboutir à la mise en place de mesure de prévention et d'un suivi personnalisé (6). Ces résultats seront confirmés en 1993 par une importante méta-analyse de Stuck et al avec la mise en évidence d'une amélioration globale de survie chez les patients ayant bénéficié d'une EGS avec ensuite un suivi par des équipes spécialisées sur le long terme (7)

En 2004, un essai randomisé a étudié l'effet d'une EGS suivie d'interventions sur des sujets de plus de 74 ans en médecine générale. Cette étude met en évidence une notion fondamentale du syndrome de fragilité, à savoir son côté réversible. En effet après une EGS et un plan personnalisé de soins (PPS) adéquat, 27,9% des sujets fragiles ne le sont plus après une durée de suivi de 18 mois (8).

Toutefois ces résultats ne sont pas suffisants pour améliorer le dépistage des patients fragiles ainsi que la mise en place de plan personnalisé de soins (PPS) en médecine de ville. Il faudra attendre les deux rapports de 2013 publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour valider des outils pour repérer et prendre en charge la fragilité en ambulatoire (9,10). Pour appuyer dans ce sens, il semble important que médecins généralistes et gériatres travaillent en étroite collaboration. Une première expérimentation a été menée au Gérontopôle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées pour la mise en place d'une « Plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ». Cette structure permet de dépister les causes exposant à une fragilité, puis d'élaborer un PPS dont la mise en œuvre sera suivie en lien avec le médecin traitant et avec les intervenants au domicile (11).

C'est donc dans ce même état d'esprit qu'il a été décidé de créer au sein du CHU de Saint Etienne un hôpital de jour (HDJ) de repérage de fragilité à destination des personnes de plus de 65 ans. Ce projet a été réalisé en collaboration avec la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CARMI) de Saint Etienne pour le recrutement des patients et l'AIMV (Agir-Innover-Mieux-Vieillir) pour organiser les aides et le suivi à domicile. L'une de ses spécificités réside dans le suivi personnalisé de chaque patient pris en charge. En effet, après leur évaluation, chaque patient reçoit à intervalles réguliers des visites à domicile d'auxiliaires de vie ayant pour but d'évaluer l'observance des préconisations ; Et de discuter des éventuels freins à la réalisation de ces préconisations pour essayer d'y apporter des solutions.

Ce travail de thèse fait suite à une première étude sur l'HDJ de repérage de fragilité qui avait démontré sur une partie de la population adressée (n=50) que celle-ci était fragile ou pré-fragile pour 98% d'entre eux et qu'ils avaient bénéficié en moyenne de 2.5 ± 0.9 préconisations. Concernant l'observance, il avait été mis en évidence de manière significative que plus le nombre de préconisation était réduit et meilleur était l'observance à 3 mois (12). L'objectif de cette nouvelle recherche a été d'étudier les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de repérage de fragilité et l'observance à 3 et 6 mois des préconisations personnalisées selon la situation médico-sociale de chaque patient.

III – MATERIELS ET METHODES

1- Acteurs du parcours de soins des sujets âgés fragiles (Annexe1)

L'organisation du parcours de soins du sujet âgé fragile est complexe et peut être décrite selon trois étapes : le **recrutement**, l'**évaluation** et le **suivi**.

Pour ce travail, le recrutement a été effectué par les médecins généralistes exerçant dans des centres de santé gérés par la CARMI.

L'évaluation gériatrique se déroulait sur une journée au sein de l'HDJ de repérage de fragilité de Saint-Etienne, service du pôle de gériatrie du CHU, qui a été créé en juin 2014. Elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, formée dans la prise en charge des personnes âgées, constituée d'une gériatre, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, d'une diététicienne et d'une assistante sociale. En amont de cette EGS, une visite d'évaluation du domicile était faite par un intervenant de l'AIMV. Une seconde visite à 15 jours après l'EGS était faite par l'ergothérapeute.

Le suivi a été réalisé à domicile par un membre du personnel de l'AIMV qui était, de préférence, le même à chaque évaluation. Les données du suivi à 3, 6 et 12 mois ont été centralisées au sein de l'HDJ de repérage de fragilité.

2- Sélection de la population

La population de l'étude a été recrutée selon les critères d'inclusion suivant : âge strictement supérieur à 65 ans et score ADL (Activities Daily Living) supérieur ou égal à 5/6.

Une grille d'évaluation basée sur les critères de Fried et validée par le gérontopôle de Toulouse a été remplie par le médecin en cochant oui, non ou ne sait pas pour chaque item (11). Elle a permis d'évaluer rapidement la situation globale du patient et de permettre de décider d'orienter ou non le patient à l'HDJ de repérage de fragilité (Annexe 2).

Un patient était considéré comme fragile s'il présentait au moins trois réponses positives sur sept. Ainsi, si le patient avait plus de 65 ans, un score ADL supérieur ou égal à 5/6 et un score d'au moins 3 sur 7 à la grille de dépistage de la fragilité, le médecin pouvait l'adresser à l'HDJ de repérage de fragilité.

3- Evaluation gériatrique pluridisciplinaire du patient dépisté comme fragile

L'évaluation gériatrique du patient dépisté fragile a été construite en deux temps : un entretien permettant de recueillir les données concernant la situation socio-économique, l'autonomie actuelle, les antécédents médicaux et les comorbidités. Le patient bénéficiait ensuite d'un examen clinique

complet associé à la réalisation de plusieurs questionnaires ou échelles permettant de mesurer les capacités du sujet âgé :

- *Le test cognitif* : Mini Mental Status Examination (MMSE), afin de définir si le patient présentait une altération des fonctions cognitives.
- *Les échelles d'autonomie pour les activités élaborées et de base de la vie quotidienne* : Instrumental Activities Daily Living (IADL) avec quatre items et l'ADL avec six items.
- *L'évaluation nutritionnelle* : Mini Nutritional Assessment (MNA).
- *Les évaluations sensorielles* : la vision et l'audition ont été évaluées principalement à l'interrogatoire du patient.
- *L'évaluation de la douleur* : échelle numérique et schéma morphologique.
- *L'auto évaluation de leur état de santé par rapport aux sujets du même âge* : échelle qualitative.
- *L'évaluation du risque dépressif* : test Mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS).
- *L'évaluation de la mobilité et de l'équilibre* : test de la station unipodale, Timed Up and Go Test et Short Physical Performance Battery (SPPB).

Un bilan biologique a été prescrit à tous les patients comprenant : une numération formule plaquettaire (NFP), une créatinine, un bilan hépatique, une Thyroid Stimulating Hormon (TSH), une C-Reactive Protein (CRP), le dosage de la vitamine D et de l'albumine sérique.

Un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire, interprétée par un pneumologue, ont aussi été effectués.

Au terme de cette évaluation, un ou des examen(s) complémentaire(s) ou encore l'avis d'un spécialiste pouvaient être prescrits.

L'évaluation gériatrique était suivie dans les dix à quinze jours par un bilan ergothérapeute à domicile. Il permettait d'obtenir les informations concernant l'état du logement, la gestion des médicaments, de la pharmacie, de l'alimentation et des repas ainsi que les aides déjà mises en place (Annexe 3).

Le parcours du patient pris en charge est résumé dans la Figure 1.

4- Variables prises en compte

Dans un premier temps, une sélection de 28 items socio-démographiques et clinico-paracliniques a été réalisée, reprenant les critères principaux des différents outils de dépistage de la fragilité : le score de Fried, le score SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission), le score VES-13 (Vulnerable Elders Survey) et le score GFI (Groningen Frailty Index). Ceci dans le but de s'intéresser aux critères de fragilité et d'améliorer la méthodologie de l'HDJ (13).

Ainsi, les items socio-démographiques étaient : le genre, l'âge, le lieu de vie, le statut marital, la présence d'une aide formelle ou informelle à domicile et le statut de chacune d'elle, l'environnement et l'existence ou non d'un problème financier ou d'avenir.

Les items clinico-paracliniques sélectionnés étaient : le score de fragilité selon l'échelle de Fried qui a été recalculé à l'issue de l'évaluation globale selon les critères suivants (5) :

- Perte de poids involontaire, supérieure à 3 kg en un an, selon le suivi médical.
- Faiblesse musculaire visible à l'examen notamment par la force de préhension affaiblie mais aussi à l'interrogatoire avec la présence ou non de chute(s).
- La sensation de fatigue évaluée par l'échelle qualitative du ressenti par rapports aux personnes du même âge.
- Diminution de la vitesse de marche complétée ici par le Time Up and Go Test.
- La baisse de l'activité physique évaluée par l'interrogatoire du patient.

Ainsi, le patient était dit fragile s'il présentait 3 critères ou plus et pré-fragile si le score était de 1 ou de 2. Cet item était associé au score MMSE, validé pour dépister les troubles cognitifs, aux échelles des ADL sur 6 et des IADL sur 4 afin d'évaluer l'autonomie (14–16). Cette dernière a été choisie dans sa version simplifiée avec quatre items afin de ne pas pénaliser les patients de sexe masculin avec les tâches ménagères. La poly-pathologie a été définie par Fortin M. et al comme une cooccurrence de plusieurs maladies chroniques mais le nombre n'a pas été précisé. Dans ce travail, elle était décrite comme l'existence de plus de trois pathologies chroniques (17). Le terme de polypathologie tend à disparaître progressivement au bénéfice de celui de multimorbidité, plus précis, qui se définit par la présence d'au moins deux pathologies chroniques, sans que l'une ou l'autre soit prioritaire (18). La polymédication a été définie par la HAS comme la prescription de quatre médicaments sur l'ordonnance, ce chiffre a donc été la référence pour ce travail (19,20). Sur le plan du psychique, l'échelle du mini-GDS a été choisie car simple et validée en gériatrie (21).

Concernant les examens, l'électrocardiogramme et la radiographie pulmonaire étaient évalués de façon binaire, normale ou anormale, avec une précision sur cette dernière : connue ou non. Enfin, pour les examens biologiques, les résultats ont été analysés selon les normes du laboratoire et classés de la même façon que ci-dessus. Pour le taux de vitamine D, la valeur du seuil de référence d'un taux déficitaire était de 30 ng/mL, pour l'albumine de 35 g/L et pour la TSH la valeur était dite normale si elle était comprise entre 0.27 et 4.2 µUI/mL (20,22).

5- Propositions et Préconisations

Après leur journée d'évaluation une synthèse était faite à partir des résultats obtenus afin de proposer au patient un plan personnalisé de soins et d'établir une liste de propositions et de préconisations. Il était alors accueilli en consultation afin de recevoir toutes les explications

nécessaires sur la suite de la prise en charge. Le plan personnalisé de soins pouvait concerner plusieurs domaines, les recommandations étaient regroupées en six entités :

- Trouble(s) de la mobilité : prescription de kinésithérapie ou de soins de pédicure, location ou achat d'aides techniques, réalisation d'une activité physique quotidienne d'au minimum 30 minutes ou enfin adapter et sécuriser le logement.
- Trouble(s) de l'alimentation avec risque de dénutrition (23) : préconiser le portage des repas, faire appel à un tiers pour les courses et/ou la réalisation des repas, recommander l'arrêt du gaz, vérifier l'hygiène et les dates de péremption, réaliser une pesée hebdomadaire et tenir un cahier des valeurs.
- Problème(s) lié(s) aux médicaments avec risque de iatrogénie : prescription d'un passage infirmier, demander à un tiers de préparer les médicaments, acheter un pilulier, ranger et vérifier les péremptions dans la pharmacie ou prendre un rendez-vous tous les 3 mois chez le médecin traitant.
- Organiser un suivi : prendre un rendez-vous de consultation chez un spécialiste ou pour un examen médical ou demander ceci à un tiers.
- Problème(s) socio-économique(s) : prendre contact avec l'assistante sociale du quartier, mise en place d'un étayage à domicile, orienter le patient vers des actions de loisirs, prendre contact à la mairie pour un Pass Senior (24) ou prendre contact avec la caisse de retraite complémentaire.

A ces propositions, l'équipe pouvait en ajouter d'autres librement en fonction des évaluations (Annexe 3).

6- Suivi

Le suivi a été envisagé à 3, 6 et 12 mois de l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire. Dans ce travail, les résultats ont concerné le bilan à 3 mois et à 6 mois réalisé à domicile par le personnel de l'AIMV : un ergothérapeute, un psychomotricien d'une équipe spécialisée, une auxiliaire de vie sociale ou une assistante de soins en gérontologie. Une grille inspirée de celle des propositions a permis d'évaluer les mesures. L'évaluation s'est faite de façon binaire : préconisation faite ou prévue regroupée sous la même entité ou refusée.

7- Tests statistiques

Les variables quantitatives ont été présentées dans ce travail avec les moyennes et les écarts types. Les pourcentages et les effectifs décrivaient les variables qualitatives. Un modèle ANOVA a été effectué pour comparer le suivi des préconisations à 3 mois et 6 mois en fonction de différents facteurs d'ajustement (Sexe, situation familiale, présence d'aide, les ressources, le niveau d'étude, la polypathologie, la polymédication, la perte de poids, la présence de troubles de la marche). Les

données des perdus de vue ont été comparées à celles des patients suivis via un test de χ^2 . Les tests statistiques ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5 %. L'analyse statistique a été conduite avec le logiciel Statview SAS Institut.ink version 5.0.

8- Déclaration recherche CNIL

Ce sujet de thèse a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL du fait de l'utilisation de données biomédicales comme recommandé par l'article 53 de la loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (25,26) (Annexe 5).

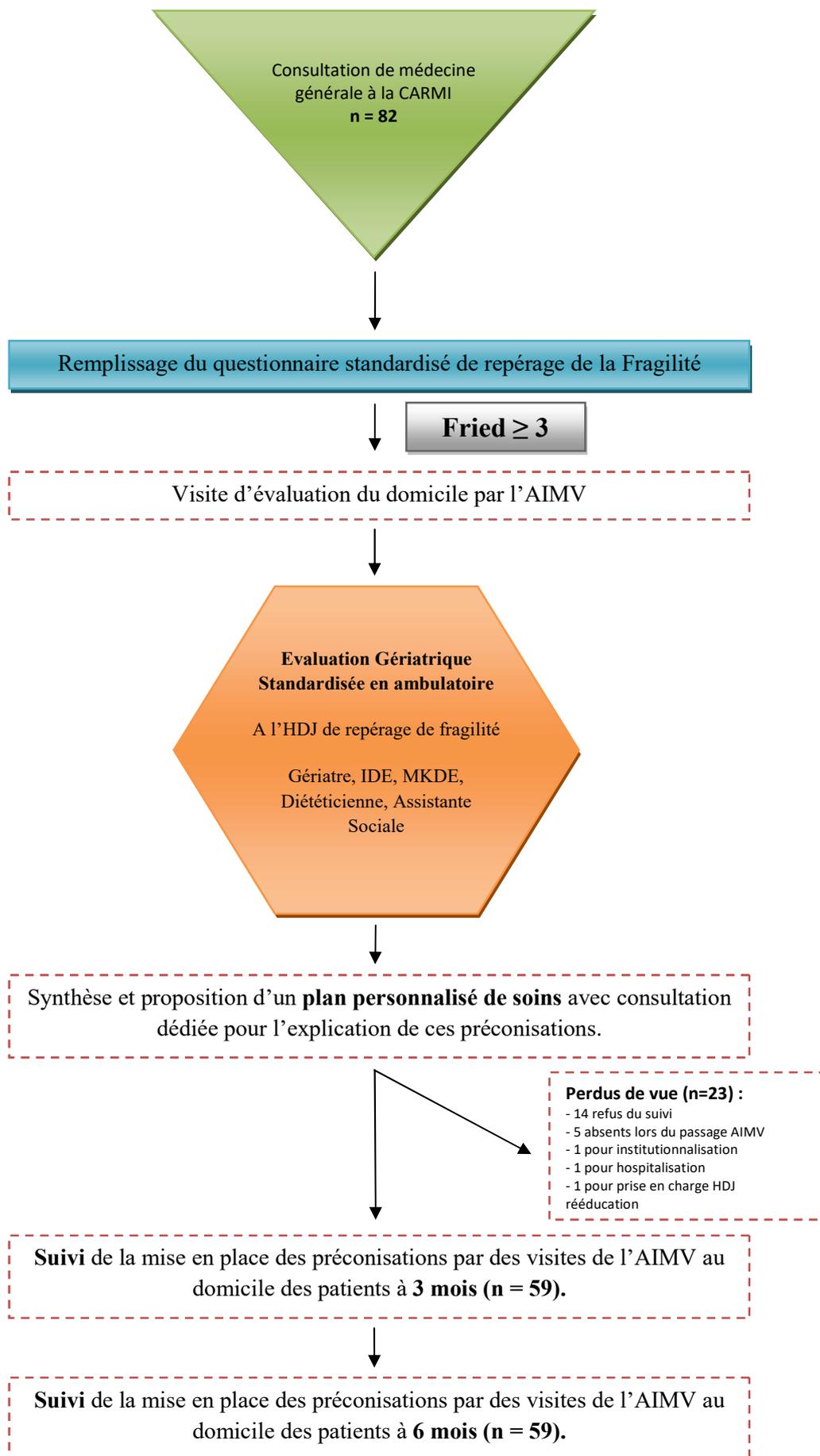


Figure 1 : Flow Chart représentant le parcours de soin du patient pris en charge à l'HDJ de repérage de fragilité du CHU de Saint-Etienne.

III – RESULTATS

1- Caractéristiques des patients

Caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1)

Les 82 patients suivis dans le cadre de cette étude ont été inclus entre Juin 2014 et Décembre 2015.

L'âge moyen des patients était de 83.7 ± 5.7 ans, avec 57 femmes (69.5%) et 25 hommes (30.5%); la majorité était veufs (62.2%). Le lieu de vie principal était le domicile (98%), ils ne bénéficiaient pas d'aides formelles pour 52% d'entre eux. La population bénéficiant d'une aide formelle était représentée par l'intervention d'une aide ménagère (40%) dont le temps moyen était de 2.8 heures par semaines, d'un kinésithérapeute (12%) et d'une infirmière (11%). Une proportion de 69% des patients déclaraient une aide informelle qui était assurée majoritairement par les enfants (72%), suivi des conjoint(e)s (19%).

Concernant leur environnement, celui-ci était jugé adapté pour une majorité d'entre eux (55%). Les principaux métiers retrouvés étaient en premier celui de femme au foyer (28%), puis mineurs (24%) et ouvriers (20%).

Caractéristiques cliniques et paracliniques (Tableau 2 et 3)

En ce qui concerne le score de Fried qui permet d'évaluer la présence ou l'absence de critères de fragilité chez un patient âgé, on observe que la majorité des patients inclus était considérés comme fragiles (71%) et 28% étaient classés pré-fragile.

Sur le plan cognitif, le score moyen du MMSE était retrouvé à 24.8 ± 3.8 sur un score maximal de 30. Le MMSE minimal était de 15 et le maximal de 30.

Sur le versant de l'autonomie, on retrouve un score ADL à 5.9 ± 0.45 et un score IADL à 3.0 ± 1.0 .

Une proportion de 67% des patients était polypathologique et plus des deux tiers avaient une ordonnance contenant au moins 4 médicaments.

Sur le plan physique, une incontinence urinaire existait pour 34% d'entre eux et aucun ne présentait d'incontinence fécale. Sur le plan des déficiences sensorielles: 42% des patients présentaient une hypoacousie dont 57% étaient appareillés; 84% rapportaient une déficience visuelles (97% étaient porteurs de lunettes correctrices).

L'indice de masse corporel moyen était de 26 ± 4.7 kg/m² et plus d'un tiers (35%) rapportait une perte de poids involontaire dans l'année écoulée. Le score de dénutrition évalué par le Mini-MNA était à 11.6 ± 2.1 sur un score total de 14. Un tiers des patients présentaient un risque de dénutrition.

Sur le plan de la locomotion, 34% des patients présentaient un risque de chute.

Sur le plan thymique, le risque dépressif était évalué par la Mini-GDS dont le score moyen était de 1.0 ± 1.2 sur un total de 4.

A propos des examens paracliniques réalisés lors de leur journée d'évaluation, la réalisation systématique d'un électrocardiogramme a permis de découvrir une anomalie inconnue chez 22 patients (27%). Près d'un quart (24%) présentait une radiographie pulmonaire de face anormale. Au niveau biologique, une anomalie a été découverte chez 23 patients (28%), une carence en vitamine D existait chez 67% d'entre eux. L'albuminémie moyenne était à 42.1 ± 2.7 g/L. Aucun patient ne présentait sur le plan biologique de dysfonction thyroïdienne.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des 82 patients évalués à l'hôpital de Jour de Repérage de la Fragilité.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	N (%)
Genre (n=82)	
Femme	57 (69.5)
Homme	25 (30.5)
Age moyen en années (\pm DS) (n=82)	83.7 ± 5.7
Statut Familial (n=82)	
Marié	27 (32.9)
Veuf/Veuve	51 (62.2)
Divorcé	4 (4.9)
Lieu de Vie (n=82)	
Domicile	81 (98.8)
Foyer résidence	1 (1.2)
Métiers (n=82)	
Mineurs	20 (24.4)
Agriculteurs	3 (3.5)
Ouvriers autres que mineurs	17 (20.7)
Couturières	7 (8.)
Employés	8 (9.8)
Femme au foyer	23 (28.1)
Autres	4 (4.9)
Aide Formelle (n=82)	
Oui	40 (48.7)
Type d'Aide Formelle (n=82)	
Infirmière	9 (11.0)
Aide-ménagère	33 (40.2)
Temps d'Aide Ménagère en heures (\pm DS)	2.8 ± 1.8
Auxiliaire de Vie	0 (0)

Kinésithérapeute	10 (12.0)
Aide Informelle (n=82)	
Oui	57 (69.5)
Statut de l'Aide Informelle (n=82)	
Conjoint	11 (19.3)
Enfants(s)	41 (71.9)
Autre(s) Parent(s)	2 (3.5)
voisin(s)	3 (5.3)
Environnement (n=82)	
Adapté	45 (54.9)
Non Adapté	37 (45.1)
Problème financier (n=82)	
Présent	11 (13.4)
Absent	54 (65.9)
Non Renseigné	17 (20.7)

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des 82 patients évalués à l'hôpital de Jour de Repérage de la Fragilité.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES	N (%)
Score de Frieds (n=82)	
Fragile (≥ 3 critères)	58 (70.7)
Pré Fragile (1 à 2 critères)	23 (28.0)
Non Fragile (0 critère)	1 (1.2)
Votre Patient vous parait-il fragile?	
Oui	74 (90.2)
Score ADL (/6)	5.9 \pm 0.45
Score IADL (/4)	3.0 \pm 1.0
Polypathologies (≥ 3 pathologies chroniques)	55 (67.1)
Polymédication (≥ 4 médicaments)	57 (69.5)
Incontinence urinaire (n=82)	28 (34.2)
Occasionnelle	10 (12.2)
Permanente	18 (22.0)
Incontinence fécale (n=82)	0 (0)
Echelle du ressenti de sa santé (/5) \pm DS (n=80)	2.8 \pm 1.4
Hypoacousie/surdité (n=82)	35 (42.7)
Appareillée (n=35)	20 (57.1)
Troubles visuels (n=82)	69 (84.1)
Lunettes (n=69)	67 (97.1)

Perte de poids depuis 1 an (n=82)	29 (35.4)
Poids de base en kg (\pm DS) (n=82)	66.6 \pm 14.5
Poids actuel en kg (\pm DS) (n=82)	64.8 \pm 14.7
Taille en cm (\pm DS) (n=82)	157.1 \pm 9.1
IMC en kg/m² (\pm DS) (n=82)	26.2 \pm 4.7
Mini MNA (/14) (\pm DS) (n=82)	11.6 \pm 2.1
Risque dénutrition (n=82)	27 (33.0)
MMSE (/30) (\pm DS) (n=82)	24.8 \pm 3.8
Mini GDS (/4) (\pm DS) (n=82)	1.0 \pm 1.2
Présence de troubles de la marche (n=82)	28 (34.1)

Tableau 3 : Caractéristiques paracliniques des 82 patients évalués à l'hôpital de Jour de Repérage de la Fragilité.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	N (%)
ECG (n=82)	
Normal	56 (68.3)
Anomalie Inconnue	22 (26.8)
Anomalie Connue	4 (4.9)
Radio Pulmonaire (n=82)	
Normale	62 (75.6)
Anormale	20 (24.4)
Bilan biologique (n=82)	
Normal	58 (70.7)
Anomalie Inconnue	23 (28.1)
Anomalie Connue	1 (1.2)
Vit D (n=82)	
Normale	27 (33.0)
Anormale	55 (67.1)
Albumine (n=82)	
Normale	82 (100)
Valeur Albumine en g/L (\pm DS)	42.1 \pm 2.7
TSH (n=82)	
Normale	82 (100)

2- Les propositions et les préconisations

A l'inclusion des patients (Tableau 4)

Après la journée d'évaluation des patients à l'HDJ de repérage de fragilité, il a été retrouvé 299 préconisations pour les 82 patients de cette étude. Soit une moyenne de 3.7 ± 1.6 préconisations par patient.

Les préconisations les plus fréquentes ont été en premier lieu celles relevant de la mobilité avec 108 (36.1%) préconisations. Au sein desquelles la mise en place de moyens d'adaptation et de sécurisation du logement était majoritaire avec 42 (38.8%) préconisations suivi par les prescriptions de kinésithérapie pour 21 (19.4%) préconisations, la réalisation d'une activité quotidienne pour 18 (16.7%) préconisations.

En second lieu, on a trouvé les préconisations relevant de l'organisation du suivi médical avec 52 (71.2%) préconisations pour une consultation médicale et 21 (28.7%) recommandations pour la réalisation d'un examen médical.

En troisième lieu, les préconisations concernaient la lutte contre l'isolement social avec 12.7% (38) de l'ensemble des patients.

En quatrième lieu, venait les conseils alimentaires avec 37 (12.4%) préconisations, largement dominés par une surveillance du poids pour 23 (62.1%) d'entre eux.

Concernant les préconisations médicamenteuses on a dénombré 26 (8.7%) avec essentiellement l'aide d'un tiers pour préparer les médicaments à 34.6% (9/26), la prescription d'un passage infirmier à 26.9% (7/26) à égalité avec l'achat d'un pilulier (7/26).

Enfin, la lutte contre la précarité représentait 17 préconisations soit 5.7% du total des préconisations. L'ensemble des ces 17 préconisations consistait en un rendez vous avec l'assistante sociale du secteur d'habitation du patient.

A 3 mois du bilan initial

Le bilan réalisé à 3 mois de l'évaluation initiale retrouvait 140 préconisations réalisées sur les 299 initiales (46.8%). Le suivi à 3 mois met en évidence une corrélation statistiquement significative entre le nombre de recommandations et la compliance au suivi ($r= 0.291$, $p=0.00813$).

23 des patients (28%) ont été perdus de vue sur cette période.

A 6 mois du bilan initial

Le bilan réalisé à 6 mois de l'évaluation initiale retrouvait 54.2% de préconisations réalisées (162/299).

Tout comme le résultat à 3 mois, une corrélation significative a été retrouvée entre le nombre de préconisation et l'observance du suivi à 6 mois ($r= 0.359$, $p=0.0009$).

Entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois on a observé une augmentation statistiquement significative du nombre de préconisation suivi ($r= 0.896$, $p<0.0001$). Ceci correspond à 26 nouvelles préconisations suivies en plus (16%).

Au vue de ces résultats, nous avons effectué un ajustement sur les éventuels facteurs confondants concernant l'adhésion aux préconisations de 3 à 6 mois. La mise en place des préconisations était favorisée chez les personnes qui avaient besoin d'un renforcement des aides ($p=0.0021$), qui avaient des difficultés financières ($p=0.0001$), qui avaient une polymédication ($p=0.0067$) et qui présentaient une perte de poids depuis 1 an ($p=0.0006$).

En revanche, le sexe, la situation familiale, la présence d'aides formelles ou non, le niveau d'études, la polypathologie ou son absence, les troubles de la marche avec chute ou son absence, n'influençaient ni sur le nombre de préconisation et ni sur le nombre réalisé au 3^{ème} mois et 6^{ème} mois.

On observe que les préconisations les moins suivies étaient celles liées à la précarité avec 58.8% (10/17), à l'isolement social avec 57.9% (22/38) et à l'adaptation et la sécurisation du logement avec 47.6% (20/42).

Tableau 4 : Suivi des préconisations à 3 et 6 mois des 82 patients suivi à l'hôpital de jour de repérage de fragilité

Suivi des préconisations, n = 82	3 mois		6 mois	
	Faite	Refusée	Faite	Refusée
Préconisations mobilité				
Prescription de kinésithérapie/rééducation	12	9	12	9
Prescription de pédicure/podologue	6	9	6	9
Location ou achat d'aides techniques	5	7	6	6
Réaliser une activité physique au quotidien, au minimum 30minutes/jour	12	6	12	6
Adapter et sécuriser le logement	19	23	22	20
Préconisations alimentaires				
Préconiser un portage des repas + Tiers pour l'alimentation	3	7	6	4
Préconiser un changement de gazinière	0	4	1	3
Préconiser une pesée hebdomadaire et noter le poids	11	12	14	9
Préconisations médicamenteuses				
Prescription d'un passage infirmier	4	3	4	3
Demander à un tiers de préparer les médicaments	4	5	5	4
Achat d'un pilulier	5	2	6	1
Prendre rendez-vous trimestriellement chez médecin traitant	1	2	1	2
Préconisation organisation du suivi				
Prendre rendez-vous de consultation chez un spécialiste	30	22	31	21
Prendre rendez-vous pour un examen médical	10	11	13	8
Préconisations liées à la précarité				
Prendre contact avec l'assistante sociale du quartier	6	11	7	10
Préconisations liées à l'isolement social				
Mise en place d'un étayage à domicile	6	14	7	13
Orientation vers les actions de loisirs	6	12	9	9

Les Patients avec arrêt prématuré du suivi

A 3 mois on observe 23 perdus de vue, ces derniers étant les même que ceux à 6 mois.

Les principales raisons de l'arrêt prématuré du suivi étaient pour 14 d'entre eux le refus de la visite de l'AIMV (et majoritairement le refus d'ouvrir la porte, rendant impossible le recueil de données pouvant motiver ce refus), l'absence à plusieurs reprises lors du passage de l'AIMV pour 5 patients, 3 patients ayant arrêtés le suivi pour raison médicale (une institutionnalisation, une hospitalisation et une prise en charge en hôpital de jour de rééducation) et 1 patient étant parti à l'étranger pour un long séjour.

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients perdus de vue par rapport à la population suivie ainsi que les résultats sont décrites dans le tableau 5.

Tableau 5 : Comparaison des caractéristiques sociodémographique et clinique entre les patients suivis et les perdus de vue.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Patients suivis à 6 mois n = 59	Patients perdus de vue n = 23	p
Age (moyenne en années)	84.1 ± 5.7	82.8 ± 5.8	0.36
Score ADL (/6)	5.9 ± 0.5	5.7 ± 0.4	0.33
Score IADL (/4)	3.1 ± 1.1	2.9 ± 1	0.58
Echelle de l'état de santé perçu (/5)	2.9 ± 1.4	2.5 ± 1.4	0.23
Echelle de dépression gériatrique (/4)	1.0 ± 1.2	1 ± 1.2	0.61
Score MMSE (/30)	24.9 ± 3.8	24.7 ± 3.9	0.88
Polypathologique (en %)	40 (67.8)	15 (65.2)	0.83
Polymédication (en %)	45 (76.3)	12 (52.2)	0.05
Score de Frieds (/5)	3.0 ± 1.4	3.6 ± 1.2	0.14
Nombre de recommandations	3.7 ± 1.7	3.7 ± 1.6	0.47

IV – DISCUSSION

La moyenne des préconisations par patient s'établit à 3.6 ± 1.6 , ce qui est en augmentation par rapport à la première étude sur les 50 premiers patients de l'HDJ de repérage de fragilité du CHU de St-Etienne avec 2.5 ± 0.9 (12). Esmail et al retrouvaient dans leur étude une moyenne de recommandation de 2.7 ± 1.8 par patient (27). Avec une puissance plus importante, notre étude confirme de manière significative un lien statistique en nombre de préconisations et qualité de l'observance. En effet plus le nombre de préconisations initiales est faible, meilleure sera l'observance, à 3 mois ($r=0.291$ $p=0.00813$) comme à 6 mois ($r=0.359$ $p=0.0009$).

On observe également une augmentation statistiquement significative de l'observance des préconisations entre le 3^{ème} mois et le 6^{ème} mois ($r= 0.896$, $p=0.0216$). L'impact du suivi à domicile à 6 mois semble donc positif pour maintenir et améliorer la compliance au suivi des préconisations. A 6 mois, plus de la moitié de ces dernières étaient réalisées (54.2%). Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans d'autres études (28–30) ; l'étude d'Esmail et al atteint elle 65% de préconisations réalisées à 6 mois (27).

L'HDJ de repérage de fragilité du CHU de St-Etienne a permis un recrutement ciblé de ses patients avec 99% d'entre eux qui étaient fragiles ou pré-fragiles au regard des critères de Fried validés en médecine de ville. La population décrite dans notre étude présentait un âge moyen de 83.7 ± 5.7 ans et étaient autonomes dans les actes de la vie quotidienne. Leurs caractéristiques cliniques et biologiques sont superposables à celles retrouvées dans d'autres centres d'étude de la fragilité en France (notamment Toulouse et Paris) (11,31).

Pour optimiser la mise en application des préconisations, nous pouvons supposer qu'il serait intéressant de fractionner les préconisations avec une limitation à 1 à 2 préconisations lors de l'évaluation initiale, puis l'ajout si besoin de nouvelles mesures au décours du suivi pour maximiser l'adhésion. L'idée de limiter le nombre de recommandations pour favoriser l'adhésion est retrouvée dans la littérature. Une étude menée par une équipe mobile de gériatrie du CHU de Grenoble propose de limiter les préconisations à 4 ou 5 alors que le nombre moyen dans leur étude était de 7 par patient. Ils insistent aussi sur l'importance d'un suivi régulier dans la mise en place des recommandations pour augmenter l'adhésion des patients (32).

L'implication du médecin généraliste semble aussi importante pour permettre le suivi des patients, et notamment dès le début de la prise en charge. Mais à ce sujet il manque des données sur la manière dont les médecins généralistes utilisent et perçoivent les conclusions de l'évaluation gériatrique standardisée de leur patient. Cette supposition peut être corroborée par le résultat montrant de manière statistiquement significative que l'adhésion des patients polymédiqués est supérieure à celle de ceux ayant peu de traitement. On peut y voir l'influence du suivi régulier par le médecin

généraliste. Cette hypothèse restant à vérifier, les facteurs d'efficacité d'une bonne observance des patients reposent probablement sur plusieurs critères : notamment le suivi après évaluation et l'implication du médecin généraliste (33,34)

La présence d'un entourage familial n'influait pas la mise en place des préconisations, ce qui est en faveur d'un suivi professionnel à domicile, pour induire des changements de comportements en termes de santé. De plus, envisager des visites plus précoces, pour les patients les plus réticents, pourraient être une piste pour limiter entre autres les arrêts prématurés du suivi. Un suivi téléphonique, possiblement perçu comme moins intrusif, pourrait être une piste (32).

Au sujet des patients ayant arrêté prématurément leur suivi, on relève que ceux-ci ont été répertoriés dans les 3 premiers mois suivant l'évaluation en HdJ. Tous les patients ayant été présents à 3 mois, ont poursuivi la prise en charge à 6 mois. Il semble donc important de rechercher l'adhésion du patient dès le début de sa prise en charge. Parmi eux, 14 ont refusés catégoriquement la visite au domicile. Ceci pose la question de la compréhension du principe de prévention qui n'est pas forcément évidente pour le sujet âgé. Mais au regard de notre étude il n'a pas été démontré de manière significative des facteurs pouvant être prédictifs d'une mauvaise adhésion. Une cohorte de 5519 patients cite les troubles cognitifs comme facteur de risque important de négligence et donc d'abandon de suivi. Et ce d'autant plus que le risque de négligence n'est pas relié avec le score MMSE mais plus avec la perte des fonctions exécutives (35). Une des pistes envisagées est d'utiliser le score IADL comme prédicateur du déclin des fonctions exécutives.

L'éducation thérapeutique pourrait être une voie validée pour recentrer la prise en charge sur les besoins du patient afin qu'il acquiert des compétences vis-à-vis de ses pathologies. L'évolution du patient vers un processus d'auto-soins pourrait permettre d'augmenter les probabilités d'adhésion aux préconisations données et ainsi améliorer le suivi, la prise en charge et la qualité de vie (36–38). D'autant plus que l'éducation thérapeutique est considérée comme *une pièce maitresse pour faire évoluer le système de santé* par l'Académie de Médecine (39); et devrait être intégrée dans le parcours de soins de tous patients porteurs de maladies chroniques comme l'indique l'article 84 de loi HPST de 2009 (40). Une étude est actuellement en cours sur un autre hôpital de jour (CHU de Saint Etienne) pour évaluer notamment l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie perçue du sujet âgé de plus de 75 ans.

Les résultats de cette étude sont à modérer. Premièrement la puissance statistique avec un nombre d'inclus certainement insuffisant pour conclure de manière formelle sur l'effet bénéfique de la mise en place des préconisations. De plus il existe un certain nombre de biais : un biais de sélection en raison d'un risque de précarité plus important dans notre population recrutée via la CARMI, et un biais

de suivi de part la variabilité des intervenants pour les évaluations au domicile ainsi que l'absence de guide de consultation bien défini pour ces visites.

Afin de tendre vers un objectif de 100% de réalisation il semble intéressant de poursuivre l'étude afin d'obtenir des résultats à 12 mois sur un échantillon plus important ; d'autant plus qu'il existe peu d'étude sur une durée de suivi si longue.

Le recrutement des patients est élargi à l'ensemble des médecins généralistes de la région stéphanoise, ce qui diluera probablement le biais de sélection présent dans notre étude.

V – CONCLUSION

En voulant développer l'HDJ de repérage de fragilité en lien avec les médecins généralistes, le CHU de Saint-Etienne semble donc répondre à cette volonté de développer les réseaux de prévention primaires pour le « bien vieillir » de la population générale.

L'étude des patients suivis, montrant que 99% d'entre eux sont fragiles ou pré-fragiles, atteste de la qualité du ciblage de l'HDJ de repérage de fragilité. Au bout de 6 mois de prise en charge, plus de la moitié des préconisations étaient mise en œuvre. Il a été démontré significativement qu'un faible nombre de préconisation est corrélé à une meilleure observance, et ce lors des bilans à 3 et 6 mois. Il existe aussi une progression significative entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois de l'observance. Ce bilan est donc encourageant pour atteindre l'objectif d'une réversion de la fragilité parmi le plus grand nombre de ces patients et ainsi retarder le risque de dépendance.

Mais cette prise en charge n'aura d'intérêt que si elle est relayée auprès des différents acteurs intervenant autour du sujet âgé. L'information et la formation de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du sujet âgé demeure indispensable.

VI – ANNEXES

1- Description de la CARMi et de l'AIMV

A propos de la CARMi

Cette structure a deux grands types de mission : celles dévolues aux organismes de sécurité sociale (prestations légales et extralégales) et la gestion d'une offre de santé sous l'appellation Filièris, créée en 2009.

Une réforme en Août 2011 a entraîné la fusion des différentes CARMi régionales en France avec la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM). D'autres réformes (2014 et 2015) ont récemment transféré les compétences d'assurance maladie (branche maladie et branche accident du travail) à d'autres organismes, notamment la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Dès lors, dès l'année 2015, la CANSSM (ex-CARMi) n'est plus qu'un prestataire d'offre de soins via sa filiale Filièris.

Au niveau national, Filièris coordonne 141 centres de santé, regroupant différents professionnels de santé, 23 centres hospitaliers ou médicaux et médico-sociaux (dont 5 EHPAD), 16 services de soins infirmiers à domicile, 2 services d'aide à la personne.

Sur le bassin stéphanois, cette dernière se constitue de trois pharmacies et de centres de santé où exercent médecins généralistes et spécialistes ainsi que d'autres professionnels de santé. Ils sont ouverts à l'ensemble de la population quelque soit le régime de sécurité sociale et proposent le tiers payant. Ils contribuent ainsi à l'accès à la santé pour tous. Ces centres de santé ont un potentiel de plus de 1 600 patients d'âge compris entre 70 et 90 ans, ils sont donc des acteurs importants du repérage de la fragilité.

A propos de l'AIMV

L'AIMV est une association loi 1901 à but non lucratif créée en 1956 qui s'engage à participer aux initiatives permettant de développer la solidarité et l'aide à l'égard des populations fragiles. Par la diversité et la complémentarité de ses services ainsi que la compétence de son personnel, elle constitue un acteur majeur du secteur sanitaire et social de la Loire.

Ses services sont : une aide à domicile, un service de soins infirmiers à domicile, un centre de santé infirmier, une équipe spécialisée Alzheimer, une équipe spécialisée pour la prise en charge de l'handicap, un accueil de jour, un service de téléassistance, et un service mandataire judiciaire à la protection des majeurs et un service de transport accompagné.

L'association emploie 1300 professionnels salariés qui permettent de prendre en charge plus de 13 000 patients répartis dans près de 150 communes sur le département de la Loire. Elle dispose de 9 agences réparties dans la Loire.

2- Formulaire à destination des médecins généralistes

NOM :
Prénom :
Tél :
Adresse :
Date de naissance :

Date du rendez-vous hôpital :



Nom du Médecin Traitant

Tel :

Programmation en Hôpital de Jour de repérage de la fragilité au CHU de ST ETIENNE

A qui s'adresse ce repérage ?
Tout sujet de plus de 65 ans, sans dépendance sévère ADL > 5/6

Votre patient est-il entièrement autonome ? (ADL > 5/6) Oui Non

Echelle d'évaluation des activités de la vie quotidienne (autonomie complète : ADL 6/6)

Autonome pour l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autonome pour le choix des vêtements et l'habillement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et s'habiller ensuite	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autonome pour la locomotion	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autonome pour la continence	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autonome pour les repas (mange seul)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?			
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours de ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?			
Votre patient se plaint-il de troubles de la mémoire ?			
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)?			
Votre patient se plaint-il de son sommeil ?			

⇒ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions et/ou :

Votre patient vous paraît-il fragile ? Oui Non

Proposition d'une évaluation de la fragilité en hôpital de jour :

Prise de rendez-vous au 04 77 12 70 49 (IDE, Mme RIOCREUX) avec envoi de la fiche de liaison et courrier d'accompagnement par Fax au 04 77 12 71 57.

Lieu : Consultations Fragilité Pavillon L Rez de chaussé Hôpital de La Charité 44 Rue Pointe Cadet 42000 Saint Etienne.

(En parallèle contacter l'AIMV en envoyant cette fiche par Fax, par mail à esa@aimv.org ou par téléphone au 04 77 59 18 47 (Me RIBES Anne) pour communiquer la date de rdv à l'HDJ et les coordonnées du patient pour programmer la visite à domicile par l'ergothérapeute dans les 10 jours après le rdv à l'hôpital)

3- Dossier médical standardisé de la prise en charge à l'HDJ



CHU de SAINT-ETIENNE
Hôpital Charité
Gérontologie Clinique
44 rue pointe cadet
42055 SAINT-ETIENNE CEDEX 2

POLE GMI
SERVICE DE GERONTOLOGIE CLINIQUE
Professeur R. GONTHIER
Docteurs A. DEVUN - AF. CHANELIERE - E. ACHOUR
DOSSIER D'HOPITAL DE JOUR DE REPERAGE DE LA FRAGILITE

NOM :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Né(e) le :
Médecin qui adresse le patient :
Médecin traitant :
Personne de confiance : désignée : 0 Non 1 Oui Coordonnées :

Présence de l'entourage : 0 Non 1 Oui

Évaluation le : / /

SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Situation familiale :

1 célibataire 2 marié(e) 3 veuf(ve) depuis :
3 divorcé(e) depuis : 4 Concubinage :
1 Vit seul 2 vit avec son époux(se) / 3 vit chez un membre de la famille :

Entourage familial :

0 Aucun 1 Oui Vivants : Filles : garçons :

• Nombre d'enfants Proximité géographique (enfant le plus proche) :

Noms, adresses :

• Aidant naturel principal : 0 Non 1 Oui

1 Conjoint 2 enfant 3 petit-enfant 4 fratrie 5 autre parent 6 voisin

Nombre d'heures/sem consacrées au patient :

Courses faites par :

Ménage fait par :

Repas préparés par :

Epuisement ou mésentente familiale : 0 Non 1 Oui

Isolement social : 0 Non 1 Oui

Lieu de Vie :

1 appartement 2 maison
3 foyer logement 4 EHPAD 5 CANTOU 6 SLD 7 Hébergement temporaire

Demande d'admission en EHPAD 0 Non 1 Oui 2 en cours 4 à demander

Si à domicile :

1 Propriétaire 2 Locataire

Etage :

ascenseur : 0 Non 1 Oui

Escaliers intérieur : 0 Non 1 Oui Extérieur : 0 Non 1 Oui

Nombre de marche :

Confort :

Eau chaude : 0 Non 1 Oui

Salle de bain : 0 Non 1 Oui Baignoire Douche

Chambre, SDB, WC, cuisine sur le même niveau 0 Non 1 Oui

Téléphone : 0 Non 1 Oui

Gaz : 0 Non 1 Oui

Sédentarité/confinement au domicile : 0 Non 1 Oui

Aides humaines :

➤ IDE 0 Non 1 Oui

Nom :

Adresse Tel :

Rôle : Toilette Médicaments Pansements autre

Rythme :

➤ Auxiliaire de vie 0 Non 1 Oui

Organisme ou nom :

Tel : Rythme jour nuit

➤ Aide ménagère 0 Non 1 Oui

Nom :

Organisme : Tel : Rythme :

➤ Kinésithérapeute 0 Non 1 Oui

Nom :

Adresse : Tel : Rythme :

➤ Portage des repas : 0 Non 1 Oui

➤ Prise de repas en EPHAD : 0 Non 1 Oui

➤ Accueil de jour : 0 Non 1 Oui

Lieu : rythme :

➤ Réseau de soins (AMADIS) : 0 Non 1 Oui

➤ Intervenant Social : 0 Non 1 Oui

Coordonnées

Aides techniques

Téléalarme 0 Non 1 Oui
 Barres d'appui 0 Non 1 Oui
 Rehausseur de toilettes 0 Non 1 Oui
 Déambulateur, canne(s) 0 Non 1 Oui
 Fauteuil roulant 0 Non 1 Oui
 Chaise garde-robe 0 Non 1 Oui
 Autres aides techniques : 0 Non 1 Oui

Aides financières

Couverture sociale : 0 Non 1 Oui
 Mutuelle : 0 Non 1 Oui
 ALD : 0 Non 1 Oui 2 en cours 4 à demander
 Bénéficiaire APA : 0 Non 1 Oui 2 en cours 4 à demander
 Bénéficiaire APL 0 Non 1 Oui 2 en cours 4 à demander
 Ressources insuffisantes : 0 Non 1 Oui
 Mauvaise gestion : 0 Non 1 Oui
 Mesure de protection juridique : 0 Non 1 Oui 2 en cours
 1 sauvegarde de justice 2 curatelle 3 curatelle renforcée 4 Tutelle
 coordonnées :

Aides à renforcer : 0 Non 1 Oui

Activité professionnelle exercée :

Niveau d'études : 0 Illettré(e) 1 CEP 2 Brevet 3 Bac 4 Etudes supérieures

AUTONOMIE ACTUELLE

ADL : / 6

IADL : / 4

Centres d'intérêt, loisirs, activités extérieures : 0 Non 1 Oui
 Conduite automobile : 0 Non 1 Oui 2 ne fait plus
 Club 3^{ème} âge : 0 Non 1 Oui 2 ne fait plus
 Autre :

ANTECEDENTS MEDICAUX / COMORBIDITES

Polypathologies (> 3) : 0 Non 1 Oui

Traitement actuel :

Polymédication (>4) 0 Non 1 Oui

Automédication : 0 Non 1 Oui

Observance : 0 Non 1 Oui

Allergies : 0 Non 1 Oui

Vaccinations :
 Grippe 0 Non 1 Oui
 Tétanos 0 Non 1 Oui
 Pneumocoque 0 Non 1 Oui

Habitudes toxiques :

Tabac 0 Non 1 Oui Alcool 0 Non 1 Oui

Examen clinique :

Incontinence urinaire 0 Non 1 Oui fécale 0 Non 1 Oui

Dysurie : 0 Non 1 Oui

Incontinence urinaire d'effort : 0 Non 1 Oui

Instabilité vésicale : 0 Non 1 Oui

Rétention urinaire : 0 Non 1 Oui

Retentissement de la gêne dans la vie quotidienne : 0 Non 1 Oui

Levers nocturnes : 0 Non 1 Oui nombre : /nuits

Appareillage : 0 Non 1 Oui

Evaluation cutanée

Négligence corporelle : 0 Non 1 Oui

Escarre : 0 Non 1 Oui Localisation

Ulcère veineux : 0 Non 1 Oui Localisation

Ulcère artériel : 0 Non 1 Oui Localisation

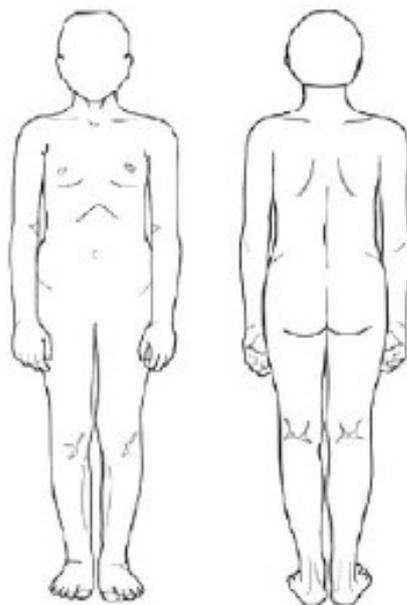
Plaie diabétique : 0 Non 1 Oui Localisation

Mycose 0 Non 1 Oui Localisation

Autres : 0 Non 1 Oui :

Evaluation de la douleur

Marquez dans quelle partie du corps vous ressentez la douleur :



Evaluez votre douleur sur une échelle de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) :

- Au repos : / 10 - A l'effort : / 10

Type de douleur :

Nociceptive Neuropathique

Douleur sourde

Coup de poignard

Engourdissement

Elancement

Piqûre

Crampes

Décharge électrique

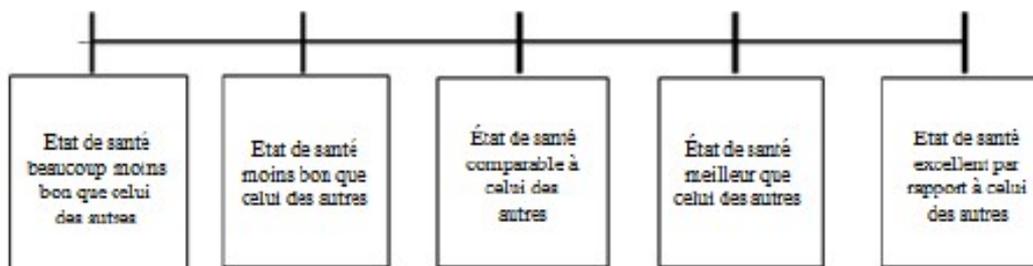
Oppression

Fourmillement

Traitement antalgique en cours :

Echelle d'auto évaluation de l'état de santé des sujets par rapport aux sujets de leur âge.

Comment évaluez-vous votre état de santé par rapport aux sujets de votre âge ? (Mettez une croix sur la case correspondante à votre choix)



EVALUATION TROUBLES SENSORIELS**Deafférentation neurosensorielle** 0 Non 1 Oui**Hypoacousie /Surdité :**
 Droite : 0 Non 1 Oui gauche : 0 Non 1 Oui
 Appareillée : 0 Non 1 Oui adaptée : 0 Non 1 Oui
 refus d'appareillage : 0 Non 1 Oui raison financière : 0 Non 1 Oui
Troubles visuels :
 Œil Droit : 0 Non 1 Oui Œil Gauche : 0 Non 1 Oui
 DMLA Cataracte Autres :
 Lunettes 0 Non 1 Oui adaptées 0 Non 1 Oui
EVALUATION RISQUE DE DENUTRITION
 Aspect dénutri : 0 Non 1 Oui
 Anorexie 0 Non 1 Oui
 Appareil dentaire : 0 Non 1 Oui adapté : 0 Non 1 Oui
 Perte de poids : 0 Non 1 Oui
 poids de base : poids actuel : Taille :
 BMI : Albuminémie : g/l (avec une CRP à mg/l) Mini MNA : / 14
Risque de dénutrition 0 Non 1 Oui
EVALUATION COGNITIVE**EVALUATION RISQUE DEPRESSIF**

Résultat : / 4

Traitement en cours :

EVALUATION QUALITE DU SOMMEIL**EVALUATION MOBILITE / EQUILIBRE****TROUBLES DE LA MARCHE +/- CHUTES A REPETITION** 0 Non 1 Oui

Nombre de chute dans les 3 mois : Conséquences :

Marche
 Risque de chute : 0 Non 1 Oui
 Prise de risque 0 Non 1 Oui

Commentaire :

Station unipodale droite < 5 s > 5 s
 gauche < 5 s > 5 s
Timed Up and Go Test < 20 secondes > 20 secondes (risque de chute)**Short Physical Performance Battery (SPPB)** Résultat : / 12

Préconisations :

- Problème de mobilité (risque de chute)**
 - Prescription de kinésithérapie/rééducation
 - Prescription pédicure/podologue
 - Location ou achat d'aides techniques (cane, déambulateur...)
 - Réaliser activité physique au quotidien au minimum 30 min/jour (marche, loisir...)
 - Adapter et sécuriser le logement (retirer les tapis, prévoir travaux escalier, SDB...)
- Alimentation (risque de dénutrition)**
 - Préconiser un portage de repas
 - Demander à un tiers de faire les courses
 - Demander à un tiers de faire les repas
 - Préconiser le changement de gazinière (arrêt du gaz)
 - Vérifier l'hygiène et les péremptions dans des placards, réfrigérateur...
 - Pesée (sur une balance) régulière (1x/sem) et noter le poids
- Problèmes liés aux médicaments (risque iatrogénie)**
 - Prescription d'un passage IDE
 - Demander à un tiers de préparer les médicaments (Famille, IDE...)
 - Achat d'un pilulier
 - Ranger et vérifier les péremptions dans la pharmacie
 - Prendre RDV tous les 3 mois chez médecin traitant
- Organisation du suivi**
 - Prendre RDV de consultation chez spécialiste :
 - Prendre RDV pour un examen médical :
 - Demander à un tiers pour l'aide à la prise des RDV
- Problèmes liés à la précarité (financière, habitat...)**
 - Prendre contact avec l'assistante sociale du quartier (via le conseil général, MLA)
- Problèmes liés à l'isolement social**
 - Prendre contact avec l'assistante sociale du quartier (via le conseil général, MLA)
 - Mise en place d'un étayage à domicile (aide-ménagère, téléalarme...)
 - Orientation vers des actions de loisirs (club, OSPA...)
 - Prendre contact avec la mairie pour Pass Senior
 - Prendre contact avec caisse retraite complémentaire (chèque sortir plus)

4- Formulaires standardisés pour le suivi à domicile des patients par les AVS

Préconisations pour les patients ayant bénéficiés d'une évaluation en HDJ de repérage de la fragilité	
Nom :	Visite à MOIS
<input type="checkbox"/> Problème de mobilité (risque de chute) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescription de kinésithérapie/rééducation <input type="checkbox"/> Prescription pédicure/podologue <input type="checkbox"/> Location ou achat d'aides techniques (cane, déambulateur...) <input type="checkbox"/> Réaliser activité physique au quotidien au minimum 30 min/jour (marche, loisir...) <input type="checkbox"/> Adapter et sécuriser le logement (retirer les tapis, prévoir travaux escalier, SDB...) 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	
<input type="checkbox"/> Alimentation (risque de dénutrition) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Préconiser un portage de repas <input type="checkbox"/> Demander à un tiers de faire les courses <input type="checkbox"/> Demander à un tiers de faire les repas <input type="checkbox"/> Préconiser le changement de gazinière (arrêt du gaz) <input type="checkbox"/> Vérifier l'hygiène et les péremptions dans des placards, réfrigérateur... <input type="checkbox"/> Pesée (sur une balance) régulière (1x/sem) et noter le poids 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	

<input type="checkbox"/> Problèmes liés aux médicaments (risque iatrogénie) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prescription d'un passage IDE <input type="checkbox"/> Demander à un tiers de préparer les médicaments (Famille, IDE...) <input type="checkbox"/> Achat d'un pilulier <input type="checkbox"/> Ranger et vérifier les péremptions dans la pharmacie <input type="checkbox"/> Prendre RDV tous les 3 mois chez médecin traitant 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	
<input type="checkbox"/> Organisation du suivi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prendre RDV de consultation chez spécialiste : <input type="checkbox"/> Prendre RDV pour un examen médical : <input type="checkbox"/> Demander à un tiers pour l'aide à la prise des RDV 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	
<input type="checkbox"/> Problèmes liés à la précarité (financière, habitat...) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prendre contact avec l'assistante sociale du quartier (via le conseil général, MLA) 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	

<input type="checkbox"/> Problèmes liés à l'isolement social <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prendre contact avec l'assistante sociale du quartier (via le conseil général, MLA) <input type="checkbox"/> Mise en place d'un étayage à domicile (aide-ménagère, téléalarme...) <input type="checkbox"/> Orientation vers des actions de loisirs (club, OSPA...) <input type="checkbox"/> Prendre contact avec la mairie pour Pass Senior <input type="checkbox"/> Prendre contact avec caisse retraite complémentaire (chèque sortir plus) 	Acte Réalisé <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Commentaire :	

5- Déclaration CNIL

UFR Médecine 2016-Thèse sur les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de repérage de la Fragilité du CHU de Saint-Etienne et bilan du suivi des préconisations à 6 mois		
Retour au sommaire		
<p>Finalité UFR Médecine 2016-Thèse sur les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de repérage de la Fragilité du CHU de Saint-Etienne et bilan du suivi des préconisations à 6 mois</p> <p>Evaluation de l'observance du suivi à 6 mois des préconisations faites lors de l'évaluation gériatrique standardisée à l'hôpital de jour de repérage de la fragilité du CHU de Saint-Etienne</p>		
<p>Entité Université Jean Monnet</p> <p>Responsable de la mise en oeuvre [Université Jean Monnet] Faculté de Médecine</p> <p>Gestionnaire du droit d'accès [Université Jean Monnet] Faculté de Médecine</p> <p>Date de mise en oeuvre 01/10/2015</p> <p>Date d'inscription au registre Version de la fiche 1 - 29/03/2016 - première activation</p>		
<p>Responsable de traitement Université Jean Monnet</p> <p>Catégories de personnes concernées patients de plus de 65 ans adressés par le centre de santé de la CARMI de Saint-Etienne</p> <p>Catégories de données et catégories de destinataires</p>		
Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données
données biologiques (albumine, vitamine D, TSH, ionogramme sanguin, NFP), poids, sexe, âge, niveau d'étude, couverture sociale (mutuelle, APA,...) ECG, radiologie pulmonaire, avis médical spécialisé, échelle d'évaluation médicale (MMSE, EQVPA, mini MNA, mini GDS, ALD, IADL, trouble de la marche), Polymédication, polypathologies, présence ou absence d'aide au domicile formelle (IDE, Auxiliaire de vie, kinésithérapeute) ou informelle (entourage), aide technique de l'environnement (barre d'appui, chaise garde robe,...) critères simplifié de FRIEDS	pôle gériatrique clinique de la Charité, HDJ repérage de la fragilité, madame le docteur Achour (pour le volet statistique) l'étudiant Romain Jugand	1 an
Domaine Recherche	Type de formalité DN - Déclaration	

VII – BIBLIOGRAPHIE

1. Aquino J-P. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. 2015 sept [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
2. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
3. 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.
4. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet Lond Engl*. 16 janv 1999;353(9148):205-6.
5. Bandeen-Roche K, Xue Q-L, Ferrucci L, Walston J, Guralnik JM, Chaves P, et al. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2006;61(3):262-6.
6. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
7. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
8. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San Jose A, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract*. 1 juin 2010;27(3):239-45.
9. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire? [Internet]. Paris; 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? [Internet]. Paris; 2013 déc. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf
11. 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.
12. Nicolas M. Caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour fragilité et bilan à 3 mois [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2015.
13. Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, Zulfiqar AA, Quignard E, Cunin C, et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(8):757-64.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-98.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

16. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. JAMA. 21 sept 1963;185:914-9.
17. Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. Ann Fam Med. avr 2012;10(2):142-51.
18. Excoffier S, Paschoud AS, Haller DM, Herzig L. Multimorbidité en médecine de famille. Rev Médicale Suisse. 2016;12(518):917-21.
19. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2005 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. 2003.
21. Li Z, Jeon Y-H, Low L-F, Chenoweth L, O'Connor DW, Beattie E, et al. Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes. Int Psychogeriatr. sept 2015;27(9):1495-504.
22. Pabst G, Zimmermann A-K, Huth C, Koenig W, Ludwig T, Zierer A, et al. Association of low 25-hydroxyvitamin D levels with the frailty syndrome in an aged population: results from the KORA-age Augsburg study. J Nutr Health Aging. mars 2015;19(3):258-64.
23. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
24. Le Pass Loisirs seniors à Saint-Étienne : des sorties culturelles pour les + de 62 ans | Site Internet de la ville de Saint-Etienne. Disponible sur: <https://www.saint-etienne.fr/d%C3%A9couvrir-sortir/culture/pass-loisirs-seniors/pass-loisirs-seniors-%C3%A0-saint-%C3%A9tienne-des-sorties-cultu>
25. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
26. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Guide des professionnels de santé [Internet]. 2011 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/sites/default/files/typo/document/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf
27. Esmail R, Brazil K, Lam M. Compliance with recommendations in a geriatric outreach assessment service. Age Ageing. juill 2000;29(4):353-6.
28. Epstein AM, Hall JA, Fretwell M, Feldstein M, DeCiantis ML, Tognetti J, et al. Consultative geriatric assessment for ambulatory patients. A randomized trial in a health maintenance organization. JAMA. 26 janv 1990;263(4):538-44.
29. Cefalu CA, Kaslow LD, Mims B, Simpson S. Follow-up of comprehensive geriatric assessment in a family medicine residency clinic. J Am Board Fam Pract. août 1995;8(4):263-9.
30. Shah PN, Maly RC, Frank JC, Hirsch SH, Reuben DB. Managing geriatric syndromes: what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to. J Am Geriatr Soc. avr 1997;45(4):413-9.

31. Bouilly C, Caillard L, Cocchiello S, Chaussade E, Seux M-L, Hanon O. Intéret de la grille proposée par le gérontopôle de Toulouse pour repérer les patients fragiles en médecine générale en région Parisienne. Commun Orales Affichées. 2015;10.
32. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2012;10(3):285-93.
33. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc*. juin 1989;37(6):562-9.
34. Luk JK, Or KH, Woo J. Using the comprehensive geriatric assessment technique to assess elderly patients. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi*. mars 2000;6(1):93-8.
35. Dong X, Simon MA, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Rajan KB, Evans DA. Decline in cognitive function and risk of elder self-neglect: finding from the Chicago Health Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. déc 2010;58(12):2292-9.
36. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. *Education thérapeutique*. 3e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 400 p.
37. *Education thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ?* : Bib-Bop LEGRAIN S., BONNET-ZAMPONI D., SAINT-GAUDENS P.
38. Lacroix A, Assal J-P. *L'éducation thérapeutique des patients : Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*. 3e édition. Maloine; 2011. 220 p.
39. Villars H. *Éducation thérapeutique du patient âgé : la pièce manquante ?* Cah Année Gérontologique [Internet]. 1 déc 2014 [cité 26 févr 2017];(Volume 6, Issue 4). Disponible sur: <http://paperity.org/p/52581303/education-therapeutique-du-patient-age-la-piece-manquante>
40. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : JUGAND Romain	N° DE THESE :
TITRE DE LA THESE :	
Etude descriptive de 82 patients fragiles vus en hôpital de jour et évaluation du suivi à 3 et 6 mois.	
RESUME :	
<p>Introduction : La fragilité est un syndrome gériatrique en partie réversible. Sa prévention passe par un dépistage structuré, et, est un enjeu majeur de santé publique compte tenu du vieillissement de la population. L'objectif de notre recherche a été de décrire les caractéristiques des patients évalués à l'hôpital de jour de fragilité du CHU de Saint-Etienne et d'étudier l'observance des préconisations à 3 et 6 mois.</p> <p>Méthode : Les patients consultant aux centres de santé de la Caisse Régionale de Santé dans les Mines, ayant plus de 65 ans et un score ADL d'au moins 5 sur 6, ont bénéficié d'une évaluation selon la grille de Fried (côté de 0 à 7) permettant de classer les patients en pré-fragiles ou fragiles. Un score supérieur à 3 déclenchait une évaluation gériatrique standardisée et justifiait des préconisations adaptées à la situation médico-sociale. Un bilan du suivi de ces mesures était réalisé au domicile les 3 et 6^{ème} mois.</p> <p>Résultats : 82 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 83.7±5.7 ans et 99% d'entre eux étaient pré-fragiles ou fragiles et ont reçus en moyenne 3.7±1.6 recommandations. A 3 mois il existe une corrélation statistiquement significative entre le nombre de recommandations et la compliance au suivi ($r=0.291$, $p=0.00813$), ainsi qu'à 6 mois ($r=0.359$, $p=0.0009$). Entre 3 et 6 mois il existe une augmentation significative du nombre de préconisations suivies ($r=0.896$, $p=0.0216$).</p> <p>Conclusion : A 6 mois, plus de 50% des préconisations étaient mise en œuvre, avec une progression significative entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois de l'observance. Ce résultat est encourageant pour montrer l'intérêt d'un accompagnement à domicile dans le suivi des préconisations.</p>	
MOTS CLES :	
<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité - Evaluation gériatrique standardisée - Personnes âgées - Médecine générale - Hôpital de Jour 	
JURY :	
Président :	Pr GONTHIER Régis
Directeur :	Dr ACHOUR Emilie
Assesseurs :	Pr BARTHELEMY Jean-Claude
	Pr BOIS Christophe
Invitée :	Dr DE LAVIGERIE Blandine
Faculté : SAINT-ETIENNE	
DATE DE SOUTENANCE : 10 Avril 2017	
ADRESSE DE L'AUTEUR : 1 Rue Carnot	
42 270 Saint-Priest-En-Jarez	

PLATEFORME DE LA QUALITE DE VIE ET DU BIEN-VIEILLIR

Qu'est-ce que c'est ?

Cette plateforme, basée à l'hôpital de jour de la Charité, a pour objectif d'accueillir toutes les personnes de plus de 60 ans qui souhaitent venir faire un bilan complet de leur état de santé sur une journée.

En effet, la plateforme vous propose de rencontrer plusieurs professionnels de santé qui, à la fin de la journée, vont vous proposer des moyens de rester le plus longtemps possible à votre domicile.

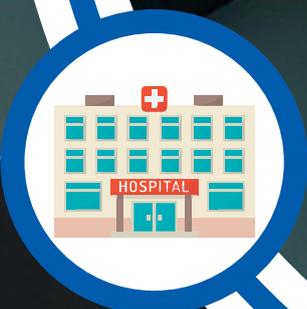


MON CARNET DE BORD

LE PARCOURS :



T0 : Bilan à domicile réalisé par un ergothérapeute de l'AIMV
La visite de ce professionnel à votre domicile, si vous l'acceptez, est d'évaluer les éventuels risques, comme les risques de chute, par exemple.



T1 : Journée à l'hôpital de la Charité
Ici, vous rencontrerez différents professionnels qui, grâce à un examen de santé complet, vous feront, en fin de journée, une liste de préconisations pour assurer au mieux possible le maintien à domicile.

T2 : Bilan à 3 mois
3 mois après la Charité, vous serez contacté par un auxiliaire de vie de l'AIMV qui se rendra à votre domicile pour faire un point sur l'évolution de votre santé.



Bilan à 6 mois : idem

Bilan à 9 mois : idem

MON PARCOURS

Ici, je fais remplir aux différents intervenants les dates-clés de mon parcours

Bilan ergothérapeute :

Réalisé le ___/___/___ à ___h___

Visite à la Charité :

Réalisée le ___/___/___ à ___h___

Suivi à 3 mois :

Prévue en _____(mois)

le ___/___/___ à ___h___

Suivi à 6 mois :

Prévue en _____

le ___/___/___ à ___h___

Suivi à 9 mois :

Prévue en _____

le ___/___/___ à ___h___



MES PRECONISATIONS

Ici, je peux inscrire les préconisations qui m'ont été faites lors de la journée à la Charité :

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

**En cas de question, vous pouvez joindre le
secrétariat du centre bien-veillir
- CHU de Saint-Etienne - Tél. 04 77 12 70 49**